



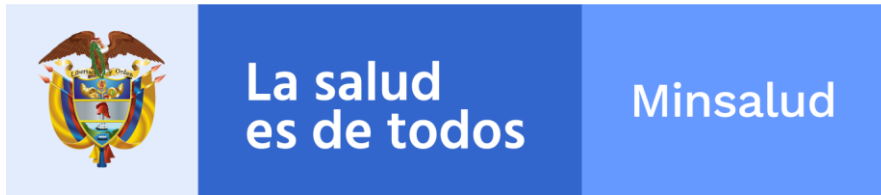
La salud
es de todos

Minsalud

Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018

Dirección de Epidemiología y Demografía

Bogotá D.C, junio de 2019



Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2018

© Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinación Grupo de Planeación de la Salud Pública

Andrea Yanira Rodríguez

Elaboración

Astrid Berena Herrera López

Cuidado de texto

Apoyo en la gestión editorial

Imprenta Nacional de Colombia

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32 76

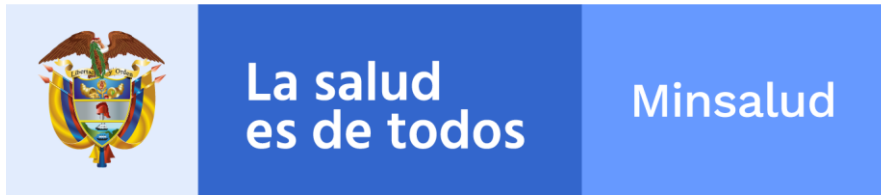
PBX: (57-1) 330 50 00

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, ____ de 2019



JUAN PABLO URIBE RESTREPO

Ministro de Salud y Protección Social

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA

Viceministro de Protección Social

IVAN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

SANDRA LORENA GIRÓN VARGAS

Directora de Epidemiología y Demografía



La salud
es de todos

Minsalud

Contenido

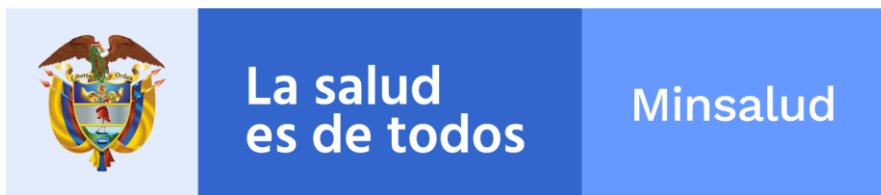
Presentación.....	15
Introducción	17
Metodología.....	19
Capítulo 1. Caracterización de los contextos territorial, político y demográfico.....	22
Contexto territorial	23
Localización	23
Características físicas del territorio.....	24
Patrones climatológicos del territorio	27
<i>Amenazas de origen natural.....</i>	<i>33</i>
<i>Amenazas por inundación.....</i>	<i>33</i>
<i>Amenazas de origen volcánico</i>	<i>37</i>
<i>Amenazas de origen sísmico.....</i>	<i>39</i>
<i>Amenazas de origen remoción en masa</i>	<i>43</i>
<i>Amenazas por erosión del suelo</i>	<i>45</i>
<i>Amenazas por sequías</i>	<i>48</i>
Sistema de transporte.....	50
Contexto político	55
División político administrativa	55
Conformación del poder político actual	57
Contexto demográfico.....	58
Tamaño y volumen poblacional.....	58
Población por curso de vida	63
Estructura poblacional	65
Dinámica demográfica	70
Migración y movilidad	80
Movilidad forzada	81
Inmigración hacia Colombia	84



La salud
es de todos

Minsalud

Movilidad: Colombo-venezolana	87
Capítulo 2. Determinantes sociales de la salud poblacional	90
Pobreza e ingresos	91
Educación	96
Desempleo	101
Circunstancias materiales: hogares y servicios públicos	103
Seguridad alimentaria	110
Factores conductuales, psicológicos y culturales	123
Condiciones laborales	156
Trabajadores afiliados dependientes e independientes	156
Accidente de trabajo calificados	158
Prestaciones económica	162
Capítulo 3. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): determinante de la salud poblacional	164
Cobertura de afiliación del SGSSS.....	165
Talento humano	168
Número estimado de talento humano en salud	168
Densidad estimada de talento humano en salud (por 10.000 habitantes).....	169
Infraestructura	174
Disponibilidad de IPS.....	174
Disponibilidad de transporte asistencial	176
Disponibilidad de camas	178
Acceso a servicios básicos de salud	181
Capítulo 4. Situación epidemiológica	186
Morbilidad	187
Morbilidad atendida	187
Morbilidad atendida por ciclo vital.....	189
Morbilidad atendida por causas y departamentos.....	193
Eventos de alto costo	194
Discapacidad auto declarada registrada	216
Mortalidad	221
Mortalidad general por grandes causas	224



Mortalidad específica por subgrupos	227
Mortalidad materno-infantil y en la niñez	232
Capítulo 5. Prioridades en salud	256
Capítulo 6. Recomendaciones para la acción sobre la salud y sus determinantes	262
Conclusiones	263



La salud
es de todos

Minsalud

Lista de mapas

Mapa 1. Altimetría y relieve	27
Mapa 2. Temperatura media del aire, media anual (1981-2010))	30
Mapa 3. Precipitación media anual.....	31
Mapa 4. Humedad relativa media anual.....	32
Mapa 5. Zonas afectas por el fenómeno de La Niña 1998 a 2012. Colombia.....	36
Mapa 6. Línea de base de inundación. Colombia.....	37
Mapa 7. Zonas de amenaza volcánica. Colombia	38
Mapa 8. Zonas de amenaza sísmica periodo de retorno 475 años. Colombia	41
Mapa 9. Amenaza relativa por movimientos en masa integrado 2010 y 2015. Colombia.....	45
Mapa 10. Zonificación de los suelos por grado de erosión. Colombia	48
Mapa 11. Vías de comunicación terrestre, fluvial y férrea.....	54
Mapa 12. División político administrativa.....	56
Mapa 13. Densidad poblacional, 2019.....	60
Mapa 14. Distribución de la población según pertenencia étnica, 2005.....	61
Mapa 15. Tasa global y general de fecundidad por departamentos, 2015-2020.....	73
Mapa 16. Tasas brutas de natalidad según departamento, 2015 - 2020	77
Mapa 17. Esperanza de vida total, en hombres y mujeres según departamentos, 2015 -2020	79
Mapa 18. Personas en condición de desplazamiento por departamentos de Colombia, 2019	83
Mapa 19. Cobertura de servicios públicos por municipios de Colombia, 2017	107
Mapa 20. Riesgo para el Consumo de Agua potable de Colombia, 2018.....	109
Mapa 21. Bajo peso al nacer según departamento, 2017.....	112
Mapa 22. Uso de los métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas según departamento, 2010 - 2015.....	141
Mapa 23. Accidentes de trabajo calificados. Colombia, 2013 a 2018*.....	160
Mapa 24. Densidad estimada de Talento Humano en Salud (por 10.000 habitantes), según departamentos de Colombia, 2017.....	172
Mapa 25. Instituciones Prestadoras de según naturaleza jurídica departamentos de Colombia, 2019*.....	176
Mapa 26. Porcentaje de cesáreas según departamento, 2017.....	185
Mapa 27. Porcentaje de personas en condición de discapacidad según departamentos, 2018.....	220
Mapa 28. Mortalidad materna según departamentos, 2017	237
Mapa 29. Mortalidad neonatal según departamentos, 2017.....	238
Mapa 30. Coberturas administrativas de vacunación por biológico según departamentos, 2018.....	242
Mapa 31. Mortalidad infantil según departamentos, 2017.....	243
Mapa 32. Mortalidad en la niñez según departamentos, 2017	248
Mapa 33. Mortalidad por EDA en la niñez según departamentos, 2017	250
Mapa 34. Mortalidad por IRA en la niñez según departamentos, 2017.....	253
Mapa 35. Mortalidad por desnutrición en la niñez según departamentos, 2017.....	254



La salud
es de todos

Minsalud

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de urbanización, 1985-2020	62
Gráfico 2. Población por área según departamento, 2019	63
Gráfico 3. Población según curso de vida, Colombia 2019	64
Gráfico 4. Pirámide poblacional, 2005, 2019, 2020	67
Gráfico 5. Índice de envejecimiento, demográfico, dependencia y Friz según departamentos de Colombia 2019	69
Gráfico 6. Tasas de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento natural y exponencial, por cada mil habitantes, 1985-2020	71
Gráfico 7. Equiplot de las tasas de fecundidad según estratificadores de equidad, 1990-2015	72
Gráfico 8. Tasas específicas de fecundidad en adolescentes y nacimientos según grupos de edad, 2005-2017	74
Gráfico 9. Equiplot de las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, según estratificadores de equidad, 1985-2015	75
Gráfico 10. Nacimientos según edad de la madre, 2005-2017	76
Gráfico 11. Esperanza de vida al nacer, por sexo, 1985-2020	78
Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer, en el Mundo y América Latina del Sur 2016	79
Gráfico 13. Tasa de migración por departamentos de Colombia, 1985 – 1990 y 2015 - 2020	81
Gráfico 14. Estructura de la población en condición de desplazamiento, 2019*	82
Gráfico 15. Flujo de extranjeros, saldos migratorios y variaciones. Colombia, 2012 - 2018	84
Gráfico 16. Flujo de entrada de extranjeros por mes y actividad autorizada. Colombia, 2018	85
Gráfico 17. Flujo de entrada de extranjeros. Colombia, 2018	86
Gráfico 18. Flujo de entradas de venezolanos por sexo y edad. Colombia 2012 - 2018	88
Gráfico 19. Registro de entradas de venezolanos según departamento, Colombia 2018	89
Gráfico 20. Incidencia de pobreza monetaria según área, 2002 a 2017	92
Gráfico 21. Incidencia de pobreza monetaria extrema según área, 2002 a 2017	95
Gráfico 22. Índice de Gini según área, 2002-2017	95
Gráfico 23. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) América Latina 2016	97
Gráfico 24. Tasa de cobertura bruta por niveles primaria, secundaria, media y total, 2005-2017	98
Gráfico 25. Tasa de cobertura bruta por básica por regiones , 2005-2017	99
Gráfico 26. Tasa de desempleo por sexo. Colombia y 13 ciudades y Áreas metropolitanas a febrero 2018 y 2019	101
Gráfico 27. Proporción de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados, según área 2007 - 2016	103
Gráfico 28. Riesgo para el Consumo de Agua potable 2000 - 2018	108
Gráfico 29. Porcentaje de bajo peso al nacer, Colombia 2005-2017	110
Gráfico 30. Comportamiento del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para el bajo peso al nacer, Colombia, 2005-2017	111



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 31. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel educativo de la madre, 2000, 2005-2010 - 2015.....	113
Gráfico 32. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel quintiles de riqueza de la madre, 2000, 2005-2010 - 2015.....	113
Gráfico 33. Mediana de lactancia materna total, Colombia 1995, 2000, 2005 y 2010	114
Gráfico 34. Inicio temprano de la lactancia materna, Colombia 2015.....	115
Gráfico 35. Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad, Colombia 2015	116
Gráfico 36. Desnutrición crónica en menores de cinco años, Colombia 2015	118
Gráfico 37. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años, Colombia 1990,1995, 2000, 2005, 2010 y 2015	118
Gráfico 38. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según sexo y etnia, 2015	119
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.....	120
Gráfico 40. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según gradientes, Colombia 2005, 2010 y 2015.....	121
Gráfico 41. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según regiones, 2015	122
Gráfico 42. Prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol en escolares, Colombia* 2011 - 2016 .124	
Gráfico 43. Incidencia en el último año de consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 - 2016.....	126
Gráfico 44. Prevalencia de vida, del último mes y año de consumo de tabaco en escolares, Colombia 2011 - 2016.....	128
Gráfico 45. Frecuencia de consumo de tabaco en personas de 10 años y más según regiones, Colombia 2018	130
Gráfico 46. Prevalencia e incidencia del uso de sustancias ilícitas, 2016	131
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, 2010 y 2015	134
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.....	135
Gráfico 49. Prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según región, 2010 - 2015	136
Gráfico 50. Uso de métodos de anticonceptivos en mujeres en unión entre 15 y 49 años, 2010 - 2015	137
Gráfico 51. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015.....	140
Gráfico 52. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015	140
Gráfico 53. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015	143
Gráfico 54. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015	144
Gráfico 55. Violencia intrafamiliar. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2004-2017	146



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 56. Violencia intrafamiliar según tipo. Tasas por 100.000 habitantes, 2006-2017.....	147
Gráfico 57. Tasas de violencia contra niños, niñas y adolescentes por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017	150
Gráfico 58. Tasas de violencia contra adultos mayores por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017	151
Gráfico 59. Violencia de pareja. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2005-2017	152
Gráfico 60. Tasas de violencia de pareja por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017	153
Gráfico 61. Tasas de violencia entre familiares por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017	155
Gráfico 62. Proporción de trabajadores afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 1994 y 2018*	156
Gráfico 63. Proporción de trabajadores dependientes e independientes afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 2004 y 2018*	157
Gráfico 64. Tasa de accidente de trabajo calificado. Colombia, 1994 a 2017.....	159
Gráfico 65. Coberturas de afiliación al SGSSS según sexo y régimen de afiliación, 2013 - 2018	165
Gráfico 66. Número estimado de talento humano en salud, según niveles de formación. Colombia 2011– 2017	168
Gráfico 67. Número estimado de talento humano en salud, según área del conocimiento, Colombia 2017 ..	169
Gráfico 68. Número camas según área del conocimiento, Colombia 2019*	179
Gráfico 69. Porcentajes de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según departamentos, 2017	181
Gráfico 70. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales según quintil desarrollo sostenible, 2017.....	182
Gráfico 71. Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado y atención institucional, 2017	183
Gráfico 72. Porcentaje de partos atendidos por cesárea, 2005-2017	183
Gráfico 73. Tendencia del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para porcentaje de parto por cesárea. Colombia, 2005-2017	184
Gráfico 74. Morbilidad atendida según agrupación de causas, 2009-2018	187
Gráfico 75. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexos, 2009-2018	188
Gráfico 76. Razón condiciones transmisibles y nutricionales/enfermedades no transmisibles según tipo de atención, 2009-2018.....	189
Gráfico 77. Distribución de la población con ERC según estadio y edad, 2017	197
Gráfico 78. Estadios de la ERC según el régimen de afiliación, 2017	197
Gráfico 79. Casos prevalentes e incidentes de la Enfermedad Renal Crónica, hipertensión arterial y la diabetes, 2015- 2017	200
Gráfico 80. Prevalencia en servicios de salud de hipertensión arterial, por sexo y régimen de afiliación 2015 - 2017	202
Gráfico 81. Prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus según sexos y régimen, 2015 -2017	205



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 82. Tasa de incidencia por cada 100.000 personas año a riesgo de VIH/SIDA, 2008-2018.....	207
Gráfico 83. Casos notificados de VIH/sida en poblaciones especiales, 2018.....	208
Gráfico 84. Distribución de mujeres gestantes con VIH según estadio, 2017.....	211
Gráfico 85. Casos de transmisión materno infantil del VIH y mujeres gestantes con VIH, 2015 - 2017	212
Gráfico 86. Casos de leucemias reportados al SIVGILA, 2008 - 2017	216
Gráfico 87. Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2018*.....	217
Gráfico 88. Población en condición de discapacidad según nivel educativo, 2018*	218
Gráfico 89. Población en condición de discapacidad según actividad económica, 2018*	219
Gráfico 90. Mortalidad general, 2005-2017.....	221
Gráfico 91. Brecha de mortalidad general por sexo, 2005-2017.....	222
Gráfico 92. Mortalidad según nivel educativo, 2005-2017	222
Gráfico 93. Mortalidad según régimen de afiliación, 2005-2017	223
Gráfico 94. Mortalidad según etnia, 2008-2017.....	223
Gráfico 95. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos según grandes causas, 2005-2017.....	225
Gráfico 96. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en hombres según grandes causas, 2005-2017	226
Gráfico 97. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en mujeres según grandes causas, 2005-2017	226
Gráfico 98. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, 2005-2017.....	227
Gráfico 99. Mortalidad por neoplasias en hombres y mujeres, 2005-2017.....	228
Gráfico 100. Mortalidad por causas externas en hombres y mujeres, 2005-2017.....	229
Gráfico 101. Mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres mujeres, 2005-2017	230
Gráfico 102. Mortalidad por afecciones del periodo perinatal en hombres y mujeres, 2005-2017.....	231
Gráfico 103. Mortalidad por las demás causas en hombres y mujeres, 2005-2017.....	232
Gráfico 104. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Colombia 2000-2017	233
Gráfico 105. Mortalidad materna según área, 2005-2017	234
Gráfico 106. Brecha de la razón de mortalidad materna por área, 2005-2017	235
Gráfico 107. Desigualdad en mortalidad materna según quintil de pobreza, 2017.....	235
Gráfico 108. Mortalidad materna según etnia, 2008-2017	236
Gráfico 109. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2017	238
Gráfico 110. Mortalidad neonatal según área, 2005-2017	239
Gráfico 111. Mortalidad neonatal según pertenencia étnica, 2008-2017	239
Gráfico 112. Mortalidad neonatal según quintil de pobreza, 2017	240
Gráfico 113. Mortalidad infantil, Colombia 1998-2017	241
Gráfico 114. Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2017	241
Gráfico 115. Mortalidad infantil según quintil de pobreza, 2017	244
Gráfico 116. Mortalidad infantil según pertenencia étnica, 2008-2017	244
Gráfico 117. Mortalidad infantil según régimen de afiliación, 2005-2017	245
Gráfico 118. Mortalidad infantil según área de residencia, 2005-2017	245

Gráfico 119. Mortalidad en la niñez, 2005-2017, proyecciones 2018-2021	247
Gráfico 120. Mortalidad en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017	249
Gráfico 121. Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, 2005-2017.....	250
Gráfico 122. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017	251
Gráfico 123. Tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años, 2005-2017, proyecciones 2018-2021	252
Gráfico 124. Mortalidad por IRA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017	253
Gráfico 125. Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, 2005-2017	254
Gráfico 126. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2016	255



La salud
es de todos

Minsalud

Tablas

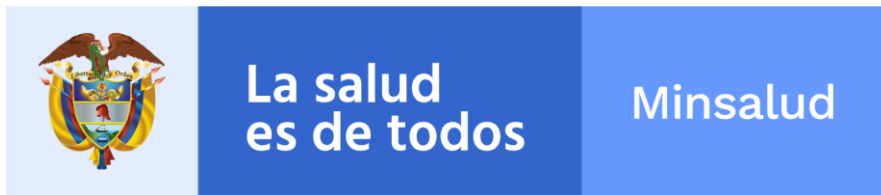
Tabla 1. Grandes sismos de Colombia con intensidades mayores o iguales a 6 en Escala EMS-98, 1644 a 2018.....	41
Tabla 2. Relación de la infraestructura portuaria -canales de acceso y puerto marítimo Colombia, 2017	52
Tabla 3. Índices demográficos: 2005, 2019 y 2020.....	66
Tabla 4. Tasas de crecimiento por actividad económica 2018pr	91
Tabla 5. Semaforización de indicadores de pobreza según departamento y área, 2005	94
Tabla 6. Distribución de ingresos por rango salarial, 2006-2007	96
Tabla 7. Diferencias relativas según determinantes sociales de la salud. Colombia	100
Tabla 8. Tasa de desempleo por 13 ciudades y Áreas metropolitanas y Colombia, febrero 2018 y 2019	102
Tabla 9. Cobertura de servicios públicos, Colombia 2003 - 2018	104
Tabla 10. Cobertura de servicios públicos Colombia 2018	106
Tabla 11. Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR) Colombia 2016	106
Tabla 12. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia, 2011 - 2016	125
Tabla 13. Prevalencia de consumo de cigarrillo en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia, 2016.....	129
Tabla 14. Prevalencia de consumo en el último mes, año y de vida de sustancias psicoactivas en escolares, Colombia, 2011 - 2016.....	132
Tabla 15. Prevalencia de vida en el consumo de sustancias psicoactivas en escolares en departamentos de mayor consumo, Colombia, 2016.....	133
Tabla 16. Uso de los métodos anticonceptivos por mujeres unidas según departamento, 2005, 2010 - 2015	138
Tabla 17. Uso de los métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas según departamento, 2010 - 2015.....	142
Tabla 18. Uso de los métodos anticonceptivos por hombres unidos según departamento, 2015	145
Tabla 19. Tasa de violencia intrafamiliar por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2016 - 2017	148
Tabla 20. Número de accidentes de trabajo calificado por 100, Colombia, 2013 a 2018*	161
Tabla 21. Pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional por departamento, Colombia, 2013 a 2018*	163
Tabla 22. Coberturas de afiliación al SGSSS según departamentos y régimen de afiliación, 2018.....	167
Tabla 23. Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 personas. Colombia, 2017	171
Tabla 24. Distribución de Institución Prestadora de Salud según naturaleza jurídica por departamentos de Colombia, 2019.....	175
Tabla 25. Ambulancias por cada 10.000 habitantes, 2019.....	178
Tabla 26. Distribución de camas de cuidado intermedio e intensivo neonatal, Colombia 2019*	180
Tabla 27. Proporción de atenciones por causa, sexos y ciclo vital, 2009-2018	192



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 28. Proporción de atenciones según departamento, 2009-2018.....	194
Tabla 29. Distribución de frecuencias de personas con ERC según estadios, 2017	196
Tabla 30. Prevalencia y casos de la ERC según departamentos, 2017.....	199
Tabla 31. Prevalencia hipertensión arterial según departamentos, 2017.....	203
Tabla 32. Prevalencia y casos de la diabetes mellitus según departamentos, 2017	206
Tabla 33. Prevalencia y casos de la diabetes mellitus según departamentos, 2017	210
Tabla 34. Casos mujeres gestantes con VIH y transmisión vertical según departamentos, 2017	213
Tabla 35. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2018*	218
Tabla 36. Semaforización de efectos en salud.....	260



Presentación

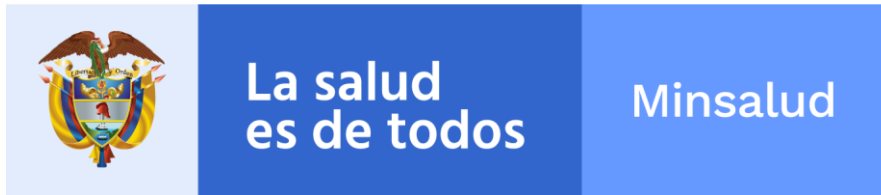
El Análisis de Situación de Salud en un proceso analítico-sintético que comprende diversos tipos de análisis tanto descriptivos como analíticos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio, incluyendo los daños, riesgos y los determinantes 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 2018.

En el Análisis de Situación de Salud de MINSALUD, se presenta un conjunto de indicadores, estadísticas básicas que caracterizan la situación territorial, demográfica, política, de determinantes sociales de la salud, efectos de salud de Colombia. Esta información forma parte del conjunto de datos disponibles en SISPRO. La presente edición se organizó en seis capítulos, para evidenciar las desigualdades en salud que causan los determinantes sociales en las vidas de los colombianos a la vez que representa un avance en disponibilidad de información analizada 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 ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal. Goza de una metodología estandarizada y difundida ampliamente entre las entidades territoriales a través de la *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales*³ cuya aplicación ha permitido avanzar exitosamente en la identificación de los principales efectos en salud que deben ser considerados durante el Proceso de Planeación Integral en Salud, entendido este, como el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud.

La presente es la novena publicación nacional de este tipo y fue antecedida por los Análisis de Situación de Salud, Colombia 2017, 2016, 2015⁴, 2014⁵ y 2013⁶; el Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia⁷, 2016; el Análisis de Situación de Salud según regiones, Colombia 2012⁸; el Análisis de Situación de Salud de poblaciones diferenciales, Colombia 2012⁹, el 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, Análisis de Situación de Salud de en emergencias y desastres 2018 y análisis de situación de salud en salud y ámbito laboral Colombia, 2018. Al igual que los anteriores, este análisis se desarrolló 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 se complace en poner a disposición de los gobernantes, equipos de gobierno, sociedad civil, academia y demás autoridades, los resultados del análisis de la situación de salud para 2018, 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 en 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. En 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. Seguido por el Capítulo 2 contiene la descripción de los determinantes sociales de la salud poblacional. En el presente Capítulo 3, habla de la composición y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se presenta los recursos disponibles desde el 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 según 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.



**La salud
es de todos**

Minsalud

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

El objetivo de este 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.



La salud
es de todos

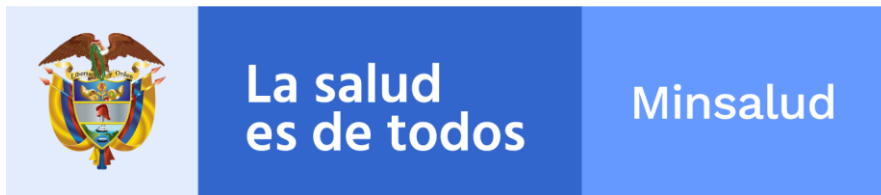
Minsalud

Metodología

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Colombia se realizó con la información disponible para 2019 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 Codazzi¹⁰. 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) 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 el Sistema de Gestión de Datos del Ministerio de Salud y Protección Social a través del cubo de víctimas y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad con fecha de corte a marzo de 2019.

Para el análisis de los efectos en salud y sus determinantes se emplearon los datos de estadísticas vitales provenientes del DANE para el periodo comprendido entre 2005 y 2017; la morbilidad atendida procedente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para el periodo entre 2009 y 2018. La información sobre eventos de alto costo, de la Cuenta de Alto Costo disponible entre 2008 y 2017. 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 2016 e informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (FORENSIS) 2017. 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, (MINSAUD) para el periodo 1994 y abril del 2018, 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 analizó las variables de Institutos 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

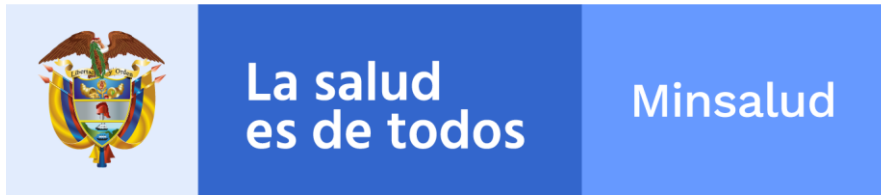


de Talento Humano en Salud, (OTHS) de MINSALUD, se analizó la disponibilidad del talento humano en salud entre el periodo de 2011 y 2017.

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)¹¹. 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 enfermedades¹². Así mismo, se calculó la carga de la mortalidad mediante Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y tasas ajustadas de AVPP para las grandes causas de mortalidad.

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

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



menores de un año usando como denominador los nacidos vivos; para los niños entre 1 y 4 años, la población entre 1 y 4 años; para los menores de cinco años, la población menor de cinco años.

Se realizó una presentación descriptiva 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.,

Para cada indicador incluido en el ASIS 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

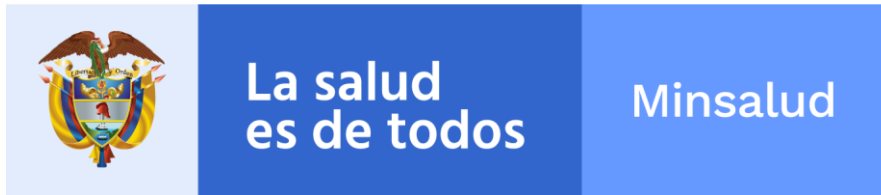
Contexto territorial

La localización del país en el globo terráqueo, las características físicas propias de la composición geográfica del territorio y la capacidad de comunicarse interna y externamente, promueven el establecimiento de relaciones con sus habitantes quienes, potencialmente, verán la influencia de las condiciones territoriales en que viven sobre la salud poblacional y su distribución. Este capítulo presenta, en primer lugar, un panorama general del país en los contextos territorial, político y demográfico. Además, se abordan cinco aspectos clave 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. El propósito de este capítulo consiste en 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 Ecuador¹⁰.

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. Es uno de los países



con un Índice de Desarrollo Humano, (IDH) alto (0,739) para 2018 y una esperanza de vida al nacer de 76,15 años 2015 a 2020 .

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 –y por tanto, una extensa plataforma continental. Es atravesada por la gran cordillera andina, lo que origina una gran variedad de climas y ecosistemas –muchos de ellos propios del país– que a la vez que favorecen el desarrollo de la vida humana, también son reservorio natural de vectores transmisores de enfermedades a los seres humanos.

La orografía colombiana representa las principales características de relieve y de distribución de la red hidrográfica en relación con este. Predominan cuatro grandes sistemas orográficos que han motivado el asentamiento de poblaciones humanas –en diferente medida– 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 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)¹⁰. Su máxima depresión la constituye la Hoz de Minamá, originada por el río Patía en su salida al océano Pacífico. La cordillera Occidental la atraviesan 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



La salud
es de todos

Minsalud

constituyen sus grandes elevaciones, especialmente volcanes y sus numerosos páramo en el Macizo Colombiano nacen las principales corrientes del país (ríos Magdalena, Cauca, Patía y Caquetá). Tiene extensos macizos igneo-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 y el Guamo-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)¹⁰.

Los accidentes más destacados volcanes son 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 msnm¹⁰. La Sierra de La Macarena que es una formación montañosa donde nacen los ríos Guayabero y Ariari, importantes afluentes del río Meta¹⁰ 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 Juan¹⁰.



La salud
es de todos

Minsalud

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

Segundo sistema orográfico: llanuras de la Orinoquía y Amazonía:

Sistema orográfico conformado por las extensas llanuras de la Orinoquía, cubiertas por diferentes tipos de sabanas y por las llanuras de la Amazonía con bosques tropicales. Este conjunto de llanuras tiene topografía ondulada con algunos sistemas de colinas de escasa extensión y está profusamente irrigada por numerosas corrientes y caños que drenan hacia los ríos Orinoco y Amazonas¹⁰.

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 cenagosas¹⁰.

Cuarto sistema orográfico: llanura del Pacífico:

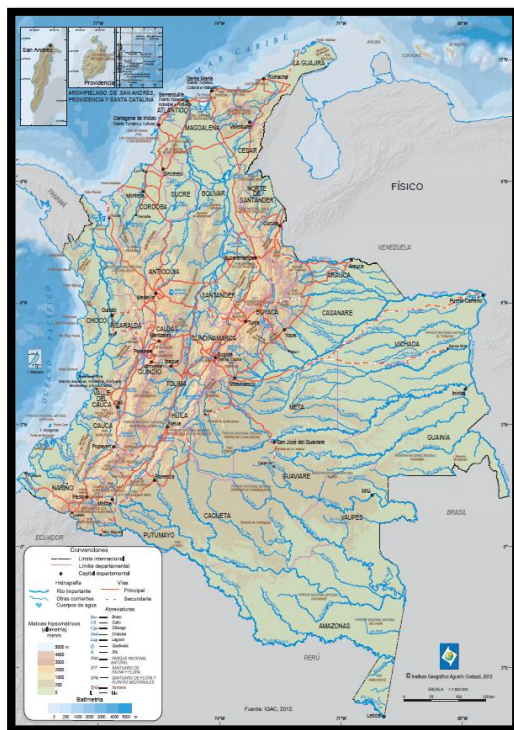
se extiende longitudinalmente desde los ríos Mataje y Mira hasta la desembocadura del río San Juan; hacia el norte se prolonga en la depresión del Atrato-San Juan, que culmina en el Golfo de Urabá. Recibe numerosos ríos que descienden de la Cordillera Occidental y presenta características diferentes a las de la llanura del Caribe, al ser húmeda y selvática¹⁰. (Mapa 1)



La salud es de todos

Minsalud

Mapa 1. Altimetría y relieve



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

Patrones climatológicos del territorio

El clima del país es posible identificar 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 espaciotemporal 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, adquiere relevancia por el factor de la evaporación, que contribuye a disminuir los valores medios de la temperatura¹³.



La salud
es de todos

Minsalud

De acuerdo al informe la 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 cada kilómetro, este descenso, no es homogéneo 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 Guajira¹⁴.

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 ¹⁴.

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) ¹³.

En La Guajira, los mayores valores de temperatura media se registran 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 ¹³. En el resto de la región se registran precipitación durante octubre y noviembre. (Mapa 2)

Región Andina

Las características de orográfica, la precipitación y la altura del sitio sobre el nivel del mar, describen variabilidad al interior de la región. Es decir, la temperatura media se registran 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 y 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 °C¹³. (Mapa 2)



La salud
es de todos

Minsalud

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 temperaturas es aproximadamente monomodal, con máximos a mitad de año y mínimos en diciembre y enero¹³. (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 Urabá¹³. (Mapa 2)

Región Orinoquia y Amazonia

Esta región muestra un comportamiento monomodal, sus temperaturas medias más altas se registran en Arauca, Casanare y Vichada, con los valores medios alrededor de los 28 °C. En el resto de la llanura orinoquense, los valores medios están entre 25 y un poco más de 26 °C. Las máximas temperatura se observan en diciembre, enero, febrero, coincidentes con la sequía estacional en la región, y mínimos en junio y julio, los meses más lluviosos del año¹³. (Mapa 2)

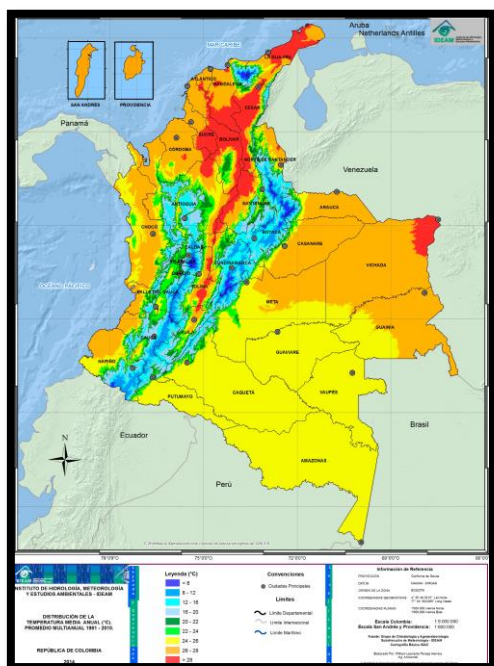
Asimismo, en la Amazonia, la situación es monomodal. Los piedemontes de Caquetá y Putumayo registran la mayor variabilidad, como consecuencia de la disminución de la temperatura con la altura, mientras en la parte plana las temperaturas medias oscilan alrededor de los 25 °C, siendo ligeramente más bajas que las registradas en la Orinoquia¹³. (Mapa 2)



La salud
es de todos

Minsalud

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



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

Precipitaciones

En Colombia, las zonas más lluviosas son la Región Pacífica, los piedemontes amazónico y llanero y los sectores mas secos son la Península de la Guajira; algunos valles interandinos. Los territorios con precipitación superiores de 4000 milímetros al año, se localizan 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 ¹⁴. (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 condiciones se registran en Valle del Cauca, Huila, Santander y Norte de Santander. La península de La Guajira, es el territorio con menor precipitación, que va entre 500 y 1.000 milímetros anuales, pero en el extremo norte se presentan volúmenes anuales menores de 500 milímetros ¹⁴. (Mapa 3)

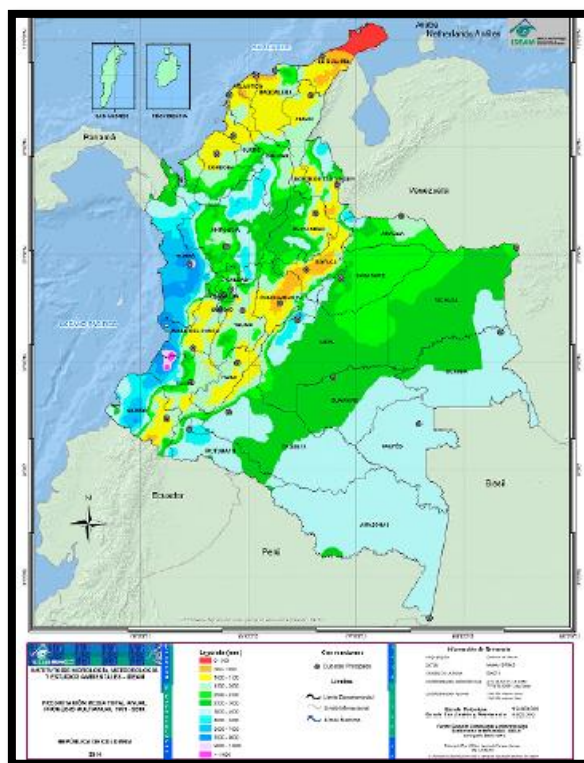


La salud
es de todos

Minsalud

El comportamiento del país es monomodal en la zona oriental, bimodal en las regiones Andina y Caribe, y cuasimonomodal 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 a mayo otra en septiembre y noviembre. En la región Caribe se presenta un máximo en la precipitaciones a mediados de año, luego disminuyen ligeramente en julio-agosto para dar paso a un periodo de mayores lluvias en septiembre octubre ¹⁴. (Mapa 3)

Mapa 3. Precipitación media anual



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

Humedad relativa del aire

La humedad en el territorio nacional es de tipo bimodal, está por encima del 60% siendo mayor en la región del Pacífico en donde está entre 85% y 95%, valores similares se pueden observar en algunos sectores de la Sierra Nevada de Santa Marta. La diferencia entre el mes más húmedo y el más seco es del 10% a 15%. Julio y agosto son los meses de menor humedad, aunque en los Santanderes y en el altiplano cundiboyacense los menores



La región Amazónica registra humedad media anual entre el 80% y el 90%, en la Orinoquía oscila entre 70% y 80%, valores que también se registran la región Andina y Caribe. Se observan humedad relativa por debajo del 70% en el valle del Magdalena en Huila, Tolima, La Guajira y un núcleo el valle del río Cesar¹⁴. (Mapa 4)

Mapa de Colombia

Legenda:

- Numero de especies:**
 - 55 - 70 (Amarillo)
 - 70 - 75 (Naranja)
 - 75 - 80 (Verde claro)
 - 80 - 85 (Verde medio)
 - 85 - 90 (Verde oscuro)
 - 90 - 95 (Azul)
- Conservación:**
 - Reserva Natural
 - Parque Nacional
 - Reserva Biológica
 - Reserva de Biosfera
 - Reserva de la Biosfera
- Protección:**
 - Protección Especial
 - Protección Especial
 - Protección Especial
 - Protección Especial
 - Protección Especial

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, 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”¹⁵.



La salud
es de todos

Minsalud

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 volcánica¹⁶. 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 hidrometeorológicos¹⁷, lo cual se acentúa por las intervenciones antrópicas, como el uso del suelo en actividades agrícolas, ganaderas y la deforestación¹⁸. El 29,0% del territorio nacional tiene condiciones críticas de amenazas por fenómenos hidrometeorológicos, lo que traduce a 32,6 millones de hectáreas, ubicadas en Cundinamarca, Boyacá, Choco, eje cafetero y las sabanas de Casanare y Arauca¹⁸.

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 mesoescala, entre los cuales cabe destacar: las ondas del Este, la Zona de Confluencia Intertropical (ZCIT), las vaguadas y colas de frentes extratropicales, los anticiclones de latitudes medias y bajas presiones cuasipermanentes en la costa Pacífica y en la Amazonia¹⁹.

Las inundaciones son fenómenos hidrológicos recurrentes potencialmente destructivos, que pueden clasificarse 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 principalmente²⁰. La creciente repentina es definida por la Organización Meteorológica Mundial, (OMM) como una “inundación de corta duración que alcanza un caudal máximo relativamente alto”



La salud
es de todos

Minsalud

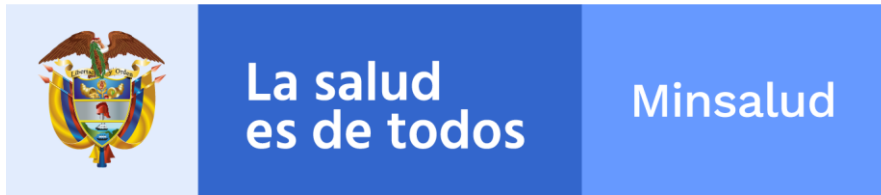
Colombia dispone de un área de 1144.074.972 hectáreas, el 1,7% (1.604.559 ha) corresponde a cuerpos de agua, y las zonas inundables periódicamente corresponden al 12% (13.156.953 ha). El IDEAM cuenta en la actualidad con mapas de amenaza por inundación a diferentes escalas desde nacionales (1:500.000 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 hectáreas e inundaciones por 822.317 ha, los departamentos afectados por el fenómeno de la niña, por inundación en 1998 fueron, Arauca (105.689 ha), Casanare (104.749 ha), Antioquia (77.860 ha), Chocó (72.724 ha), Bolívar (71.759 ha) y Córdoba (62.106 ha). (Mapa 5)

Para el 2000 se registraron 779.165 ha por inundaciones, afectando más a los territorios de Córdoba (107.677 ha), Arauca (106.175 ha), Chocó (102.254 ha), Casanare (84.178 ha), Antioquia (69.589 ha) y Bolívar (52.659 ha). En 2011 el fenómeno de la Niña, ocasiono 1.983.979 ha inundadas, concentrándose más en Bolívar (342.027 ha), Magdalena (244.092 ha), Córdoba (184.213 ha), Casanare (168.489 ha), Sucre (153.839 ha), Meta (148.870 ha), Cesar (139.908 ha), Antioquia (134.764 ha) y Santander (118.833 ha). (Mapa 5)

En 2012 se registraron 245.892 hectáreas inundadas por efecto del fenómeno de la Niña, los departamentos 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)

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)

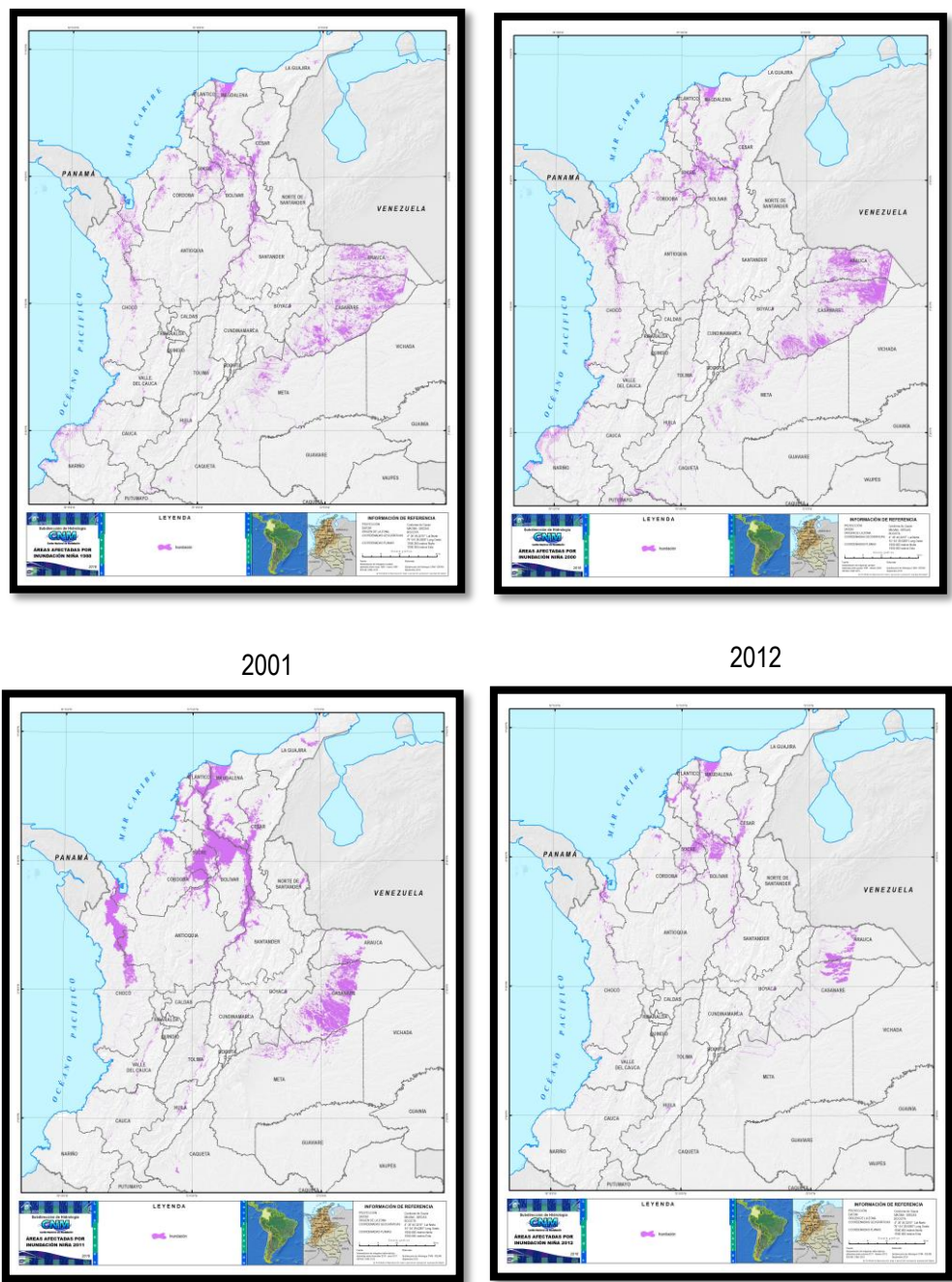
El 12,0% del territorio nacional se encuentra localizado en áreas con una mayor susceptibilidad a inundarse, estas áreas corresponden: 1) a los Valles aluviales en las regiones Caribe y Pacífica, asociados con el río Magdalena, la depresión Momposina, los valles de los ríos Sinú y Alto San Jorge, y en 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 5)

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

1998
2000



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



La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 6. Línea de base de inundación. Colombia



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

Amenazas de origen volcánico

Colombia esta 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 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 choque²¹.

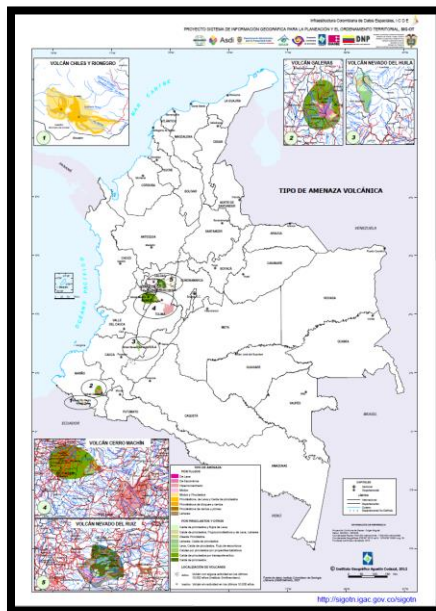
Los Observatorios Vulcanológicos a cargo del Servicio Geológico Colombiano, (SGC) a marzo del 2019, monitorea 20 de 29 volcanes, a este mes informo sobre los cambios en estos volcanes. El 35,0% (7) volcanes se encuentran en nivel III, amarillo, que contempla cambios en el comportamiento de la actividad 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 el 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 Nariño²². (Mapa 7)

En tanto, el 65,0% (13) volcanes estan en nivel IV, es decir volcán activo con comportamiento estable, que corresponden al 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 Nariño ²². (Mapa 7)

Otros volcanes que podrían generar una amenaza corresponde a 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); Volcán Bordoncillo (Nariño y Putumayo). (Mapa 7)

Mapa 7. Zonas de amenaza volcánica. Colombia



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Servicio Geológico Colombiano



La salud
es de todos

Minsalud

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 más²³. De acuerdo al Servicio Geológico Colombiano, (SGC), el país esta dividido en tres niveles de amenaza: alta, intermedia y baja. La categorización de la amenaza tienen 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 SGC²⁴.

Los resultados de la evaluación de la amenaza sísmica se visualiza 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 0,10g, se encuentran en Barranquilla, Cartagena, Riohacha, Leticia, Mitú, Puerto Carreño, Puerto Inírida, San Andrés, San José del Guaviare, Sincelejo y Valledupar²⁵.(Mapa 8)

En tanto los territorios en zona de amenaza sísmica intermedia: definida para regiones donde existe la probabilidad de alcanzar valores de aceleración pico efectiva mayores de 0,10 g y menores o iguales de 0,20g, se localizan en Arauca, Bogotá D.C, Florencia, Ibagué, Medellín, Montería, Santa Marta y Tunja. En zona amenaza sísmica alta, definida como aquellas regiones donde los temblores son muy fuertes con valores de aceleración pico efectiva mayores de 0,20 g y quedan incluidos en esta zona Armenia, Bucaramanga, Cali, Cúcuta, Manizales, Mocoa, Neiva, Pasto, Pereira, Popayán, Quibdó, Villavicencio y Yopal. (Mapa 8)

El 95% de los territorios expuesto amenaza sísmica alta, se encuentran en Huila, Chocó, Valle del Cauca, Nariño, Risaralda, Cauca y Quindío, estos departamentos cuentan en su historia con al menos un evento sísmico que generó pérdidas documentadas desde 1.566, año en que ocurrió el primer sismo del que se tienen reportes en el catálogo histórico del país²⁶.

La región Pacífica se encuentra expuesta a amenaza sísmica alta, asociada con la zona de subducción del océano Pacífico, la cual tiene la capacidad de liberar las mayores cantidades de energía sísmica, en esta región acontecieron los sismos de 1.906 y 1.979, los cuales se destacan, por ocasionar un tsunami que afectó principalmente la población de Tumaco, municipio localizado en la costa Pacífica nariñense²⁶.



La salud
es de todos

Minsalud

En la región Andina, las zonas de amenaza sísmica alta se generan por la actividad de fallas superficiales como Romeral, Cauca, Palestina y Frontal de la Cordillera Oriental, la cual tiene la característica de generar sismos superficiales de gran poder destructivo, como los de Suaza (1827), Huila (1967), Popayán (1983), Páez (1994), Tauramena (1995) y Eje Cafetero (1999), entre otros. 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 (en 1925), así como en Manizales y Pereira, y en otras poblaciones entre el sur de Antioquia y el norte del Valle del Cauca (en 1938, 1961, 1962, 1973, 1979 y 1995)²⁶.

Desde 1644 a marzo del 2019 el país ha registrado 52 sismos con intensidades mayores o iguales a ocho (VIII) en la Escala Macrosísmica 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 colapsar²⁷, que se registraron en los territorios 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)

En nueve territorios de Cauca, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Tolima y Colón registraron sismos con intensidad de IX, que son “destructivos”, que corresponde a la categoría pánico general, con muchas construcciones débiles colapsan, incluso los edificios ordinarios bien contruidos muestran daños serios: fallas graves en los muros y fallas estructurales parciales²⁷. (Tabla 1)

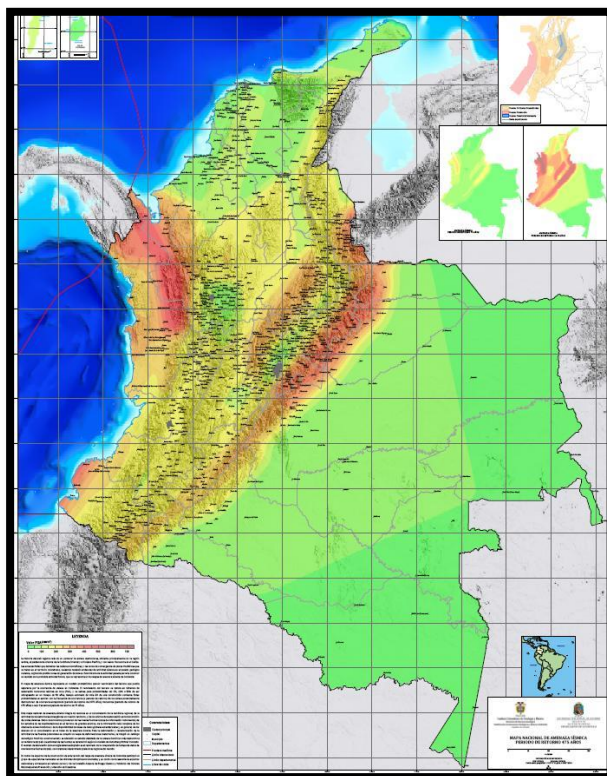
En Antioquia (1.992), Huila (1.827 y 1.967), Norte de Santander (1.875) y Costa Pacífica (1.906 y 1.979) han registrado sismos con categoría X, “Muy destructivo”, muchos edificios ordinarios bien contruidos colapsan. (Tabla 1)



La salud
es de todos

Minsalud

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/

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



La salud
es de todos

Minsalud

Año	Intensidad máxima	Magnitud tipo	Área epicentral	Departamento
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



La salud
es de todos

Minsalud

Año	Intensidad máxima	Magnitud tipo	Área epicentral	Departamento
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
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		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 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 caso²⁸. Los factores causales de movimientos



La salud
es de todos

Minsalud

en masa se ven favorecidos por condiciones geológicas, geomorfológicas, procesos físicos y antrópicos. Los movimientos de masa pueden ser de cinco tipos a deslizamiento, caídas, volcamiento, flujos y reptación²⁹.

De acuerdo a 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 llanero³⁰. (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%)³⁰. (Mapa 9)

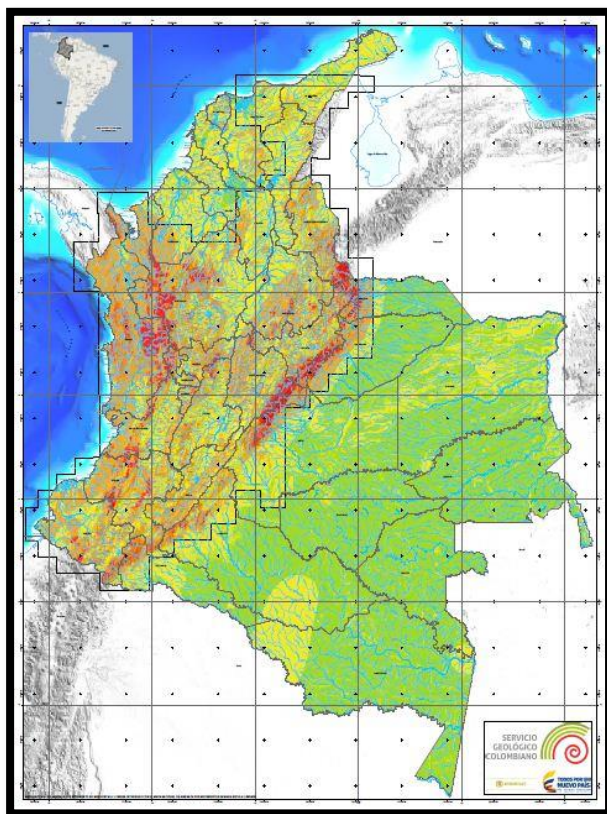
La amenaza muy alta se concentra principalmente en la vertiente de los ríos Cauca y Patía, en la parte norte de la cordillera Oriental y en la cordillera Occidental. En la cordillera Oriental se destaca la inestabilidad de la zona debido al fracturamiento de los materiales asociado con la presencia de 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 Oriental³⁰. (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

Amenazas por erosión del suelo

La erosión de los suelos, es la pérdida físicomecánica 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, 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”³¹.



La salud
es de todos

Minsalud

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 polvo³¹.

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 terraceo³¹. (Mapa 10)

De acuerdo a datos del IDEAM, se identificaron 34 focos de erosión, que corresponde a todas las áreas hidrográficas presentan focos de erosión: 16 en el área hidrográfica Magdalena–Cauca, ocho en la del Caribe, cuatro en la de 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 erosión³¹. (Mapa 10)

Todos los suelos de los departamentos del país presentan algún grado de degradación por erosión. Los que presentan más del 70% de su área afectada es decir mayor "magnitud de degradación por erosión", son: Cesar (81,9%), Caldas (81,9%), Córdoba (80,9%), Cundinamarca (80,3%), Santander (79,4%), La Guajira (79,3%), Atlántico (77,9%), Magdalena (76,9%), Sucre (75,1%), Tolima (73,7%), Quindío (72,7%), Huila (72,5%) y Boyacá (72,1%). En tanto que, los departamentos que presentan mayor proporción de su área afectada por grados de erosión severo y muy severo, son: La Guajira (28,1%), Magdalena (16,5%), Cesar (12%), Huila (8,4%), Sucre (7,6%), Santander (7,6%), Tolima (7,5%), Boyacá (6,8%), Atlántico (6,4%), Norte de Santander (5,7%) y Valle del Cauca (5,4%)³¹. (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



La salud
es de todos

Minsalud

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 y cárcavas y la ocurrencia de incendios de las coberturas vegetales, que tienen mayor frecuencia en los ecosistemas de climas secos³¹.

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, Itsmina y Medio y San Juan³².

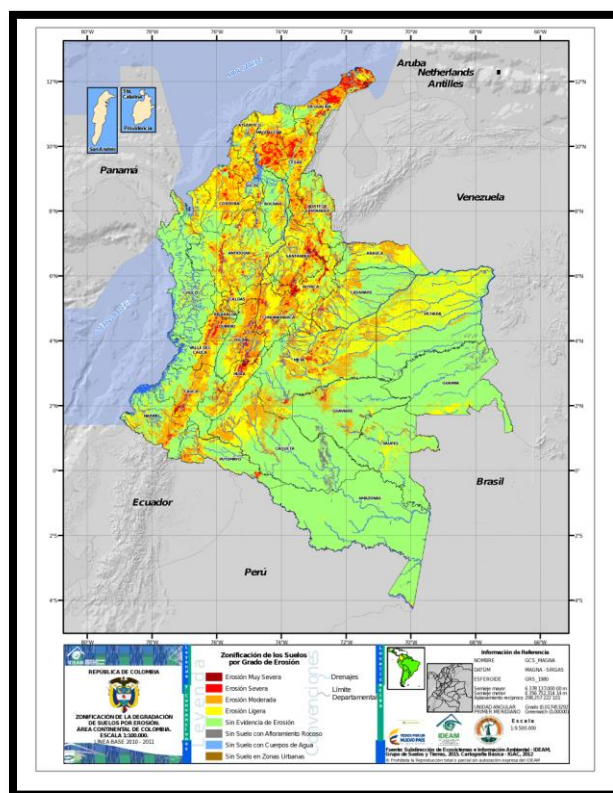
Para 2018 entre julio y septiembre, se evidencia que las regiones Amazónica, Andina y Pacífico persiste la deforestación, los tres principales departamentos identificados en alertas tempranas de deforestación son Guaviare (17,34%), Meta (16,36%) y Norte de Santander (14,43%). Sin embargo, otros territorios de la región Amazónica que continúan desarrollando esta actividad son: San Vicente del Caguán, Calamar, El Retorno, San José del Guaviare, estos tres últimos de Guaviare, La Macarena y La Uribe. En la región Andina se registra en Tierraalta, Puerto Libertador, Tarazá, Segovía, Remedios, Tibú, Sardinata y Mapiripán.



La salud
es de todos

Minsalud

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, El Niño ó Oscilación del Sur (ENOS), es la causa de la mayor señal de variabilidad climática en la franja tropical del océano Pacífico, en la escala interanual³³. En condiciones del fenómeno de El Niño, se presenta déficit de precipitación las regiones Caribe, Andina centro y norte de la región Pacífica, en la Orinoquía y Amazonía, excepto en los piedemontes amazónico y llanero en los que se pueden presentar exceso; bajo la influencia del fenómeno de La Niña la respuesta es inversa: abundantes precipitaciones en gran parte del país, excepto en los piedemontes³⁴.



La salud
es de todos

Minsalud

La sequía es definida por la 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 ambiente³⁵.

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 presentando en el país en 1985, 1988, 1991 a 1992, 1997 a 1998, 2001, 2009 y 2015 a 2016. La sequía en 1985 afectó a la Región de la Orinoquia y norte de la Amazonia, mientras en la región Andina siendo de intensidad moderada, sin afectación en la región Caribe. La sequía entre 1991 y 1992: Una de las más importantes e intensas sequías en la historia del país, combinando su intensidad y duración. A partir del primer semestre de 1991, comenzó a incidir en las regiones Caribe, Centro y Norte de la Andina. El periodo más intenso sobre el centro y sur del país se presentó durante el primer semestre de 1992, en la mayor parte de los departamentos de la Región Andina, alcanzando valores extremos en Huila, Cundinamarca, Nariño, Santander y Antioquia³⁵.

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. En tanto la sequía del 2009, se registro 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, y sobre el Alto y Medio Magdalena y Cauca³⁵.



La salud
es de todos

Minsalud

En relación a 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 indentificó, 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 Cauca³⁵.

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 84,87% (5.957,74 km²) se encuentran pavimentado, el 14,87% (1.043,86 km²) están sin pavimentar y el 0,26% (17,97km²) estan en intervención³⁶. (Mapa 11) (Gráfico 1)

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 bajo¹⁰. El corredor ferroviario está compuesto por 3.154 kilómetros, de los cuales 1.915 (60,72%) están en servicio. La estructura ferroviaria activa está integrada por tres grandes segmentos: del Atlántico, del occidente y del nordeste¹⁰



La salud
es de todos

Minsalud

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 VivaColombia, Easy Fly, ADA y Satena. Para 2015, la red de transporte aéreo cuenta con cerca 581 aeródromos, de 75 aeropuertos, de estos aeropuertos 51 se encuentran bajo control de la Aeronáutica Civil, 11 en concesión, tres en comodato, tres explotados por la Aerocivil³⁷. La Aeronáutica Civil ha dado la connotación de aeropuerto Internacional a Cúcuta, Palonegro, Cartagena de Indias, Matacaña, 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 9,51% y 10,95% en los últimos 15 años, lo cual refleja la demanda del transporte aéreo y su avance en la economía nacional³⁸.

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 los puertos Berrío y Barrancabermeja. Las cuencas Orinoco y Amazonas que fluyen hacia el Océano Atlántico. En la cuenca del Orinoco, existen los puertos de Cabuyaro y La Banqueta y en la cuenca del Amazonas, se encuentran las estaciones fluviométricas en Puerto Asís y Leticia. La Cuenca del Pacífico, desemboca en el Océano Pacífico y se encuentran 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 navegables³⁹. Para 2017 el País dispone de 13 zonas puertarías y 77 muelles. (Tabla 2)



La salud
es de todos

Minsalud

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

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

Fuente: Superintendencia de Puertos y Transporte –SUPERTRANSPORTE



La salud
es de todos

Minsalud

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 navegables³⁸.

Sistema ferreo

Por el momento en Colombia los sistemas férreos son: La Red Férrea del Atlántico conformada por Bogotá – Santa Marta y los ramales Bogotá – Belencito y Bogotá – Lenguazaque con una extensión de 1.493 km, atravesando Cesar, Magdalena, Santander, Boyacá, Antioquia, Cundinamarca y Caldas. La Red Férrea del Pacífico, que cubre 498 Km, en el tramo Buenaventura – Cali – Zarzal – La Tebaida en Caldas, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca⁴⁰. En 2017, el INVIA operaban el 86,8% (1.222,7Km) de la vía férrea del país y el 13,20% (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 continuara trabajando en concluir esfuerzos para mejorar en la infraestructura de las vías de comunicación el país⁴¹.

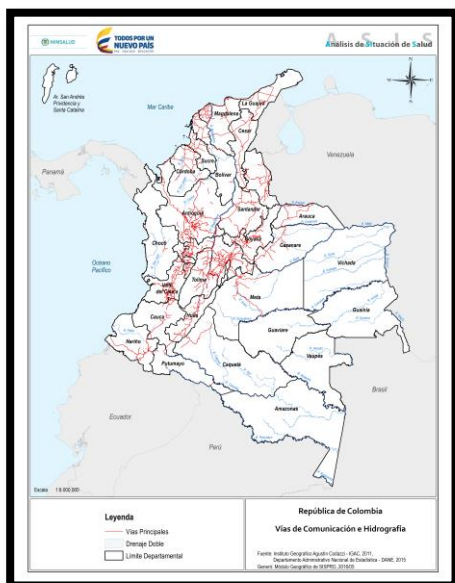


La salud
es de todos

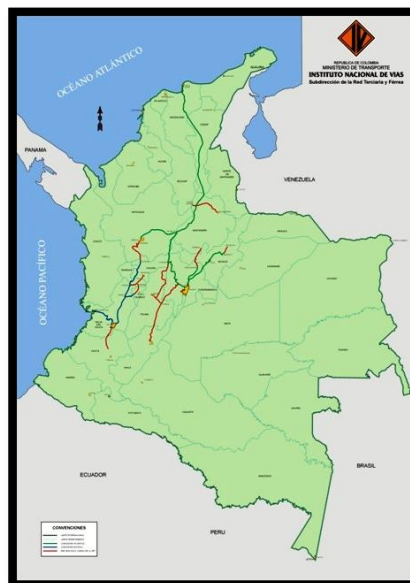
Minsalud

Mapa 11. Vías de comunicación terrestre, fluvial y férrea

Sistemas terrestre y fluvial



Sistema ferreo



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO - ASIS, 2015, Instituto Nacional de Vías (INVÍAS)



La salud
es de todos

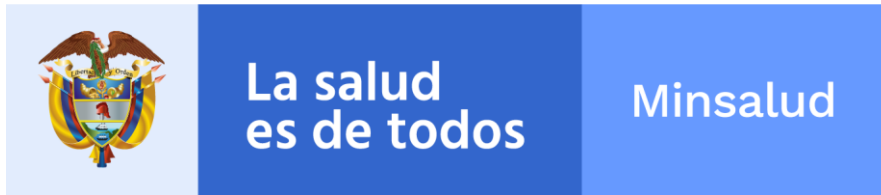
Minsalud

Contexto político

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

División político administrativa

La Constitución Política de 1991, establece que Colombia está dividida política y administrativamente en entidades territoriales cuya asignación descentralizada en lo político promueve la democracia a través de la participación ciudadana en el proceso electoral y en el diseño, ejecución y seguimiento de los programas administrativos de interés económico y social; en lo administrativo compromete a las entidades departamentales y municipales con la gestión de sus asuntos traspasando competencias; en lo fiscal, participa en los ingresos corrientes de la nación y en la autonomía para establecer los tributos necesario hacia el cumplimiento de sus funciones.¹⁰ Actualmente el país se divide en 32 departamentos, nueve distritos: Barranquilla, Cartagena de Indias, Santa Marta, Buenaventura, Riohacha, Monpox, Cali, Tumaco (proceso de convertirse en distrito) y Bogotá, siendo este 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 corresponden a Bogotá, Valle de Aburrá, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Cartagena de Indias, Cúcuta, Santa Marta, Ibagué y Centro Occidente.



satisfacer necesidades básicas de salud, educación, agua potable, vivienda y desarrollo agropecuario de la población indígena¹⁰.

Conformación del poder político actual

Para 2019 el poder ejecutivo en Colombia es ejercido por el Dr. Iván Duque Márquez, quien fue elegido como Presidente de la República en 2018, mediante sufragio popular para un período de cuatro años. Los principales pilares 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, 16 Ministros que lideran las carteras de sus Ministerios (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, Cultura, y Transporte), ocho departamentos administrativos encargados dirigir y ejecutar un servicio público de asistencia técnica administrativa o auxiliar para los demás organismos del ejecutivo (de la Presidencia; de Ciencia, Tecnología e Innovación –*Colciencias*; del Deporte, la recreación, la actividad física y el aprovechamiento del tiempo libre –*Coldeportes*; Nacional de Estadística –*DANE*; Nacional de Planeación –*DNP*; de la Función Pública; 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 conjuces y 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.



La salud
es de todos

Minsalud

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 los 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 sociales⁴² 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 que para 2019 Colombia cuenta con 50.374.478 habitantes y es un 17,% más poblado que en 2005 (42.888.592); el 49,4% (24.873.329) de la población son hombres y el restante 50,6% (25.501.149), mujeres. La relación hombre mujer se ha mantenido estable durante el decenio; para el último año por cada 100 mujeres hay 97,54 hombres⁴³. Sin embargo, datos preliminares del CENSO de 2018, el país cuenta con 45.5 millones de personas, se mantiene la brecha entre hombre (48,6%) y mujeres (51,4), por cada 100 hombres hay 106 mujeres en este año⁴⁴. 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 produce¹⁰.



La salud
es de todos

Minsalud

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 Andes¹⁰. (Mapa 13)

En relación, a los municipios que se destacan por su densidad poblacional, superando el dominio de la Capital Distrital de 5.160 habitantes por kilómetro cuadrado, se encuentran Itagüí (16.463), Soledad (10.203), Barranquilla (7.447) y Medellín (6.588). Otros territorios que tienen densidad poblacional por encima de los 1.800 personas por kilómetro cuadrado, corresponden a Envigado (4.777), Cali (4.476), Sabaneta (3.638), Bucaramanga (3.433), Bello (3.253), Soacha (2.975), Floridablanca (2.649), Armenia (2.632), Dosquebradas (2.584), La Estrella (1.894), Cartagena (1.873) y Chía (1.827). (Mapa 13)

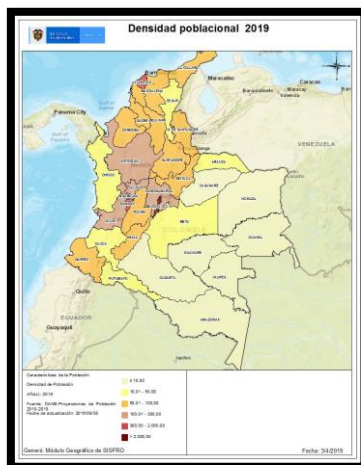
El reconocimiento de la distribución de la población por tamaño de municipios, permite prever los territorios que se encuentran expuestos a concentrar más la carga de la enfermedad, lesiones u otros impactos en salud. En 1985 Colombia tenía tres ciudades con más de 1 millón de habitantes, en donde Bogotá albergaba el 58,85% de los tres ciudades más pobladas de Colombia, y el 13,71% de toda Colombia. Para el 2019, es decir 34 años después, el número de municipios con más de 1 millón de habitantes ascendió a cinco, en donde Bogotá contaba con 53,14% de la población de las cinco ciudades más pobladas, y 16,48% de toda Colombia. Las cinco ciudades más pobladas corresponden a Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena y Soledad. En contraste los territorios con menos de 1.600 personas son Taraira (944), Sativasur (1.021), Jordán (1.084), Pisba (1.262), Busbanzá (1.288), Panqueba (1.359), La Salina (1.480), Pajarito (1.487), Guacamayas (1.544) y Almeida (1.558).



La salud
es de todos

Minsalud

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).⁴⁵ 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.⁴⁵

En Colombia, los pueblos indígenas y sus respectivas etnias se localizan principalmente en las regiones amazónica, andina, la Orinoquía y el Caribe¹⁰; el porcentaje de participación poblacional de los pueblos indígenas es del 3,36% (1.392.623 personas)⁴⁶. 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 Medellín¹⁰. En el Pacífico las comunidades afrocolombianas se localizan en las márgenes de los principales ríos, en las partes medias y



La salud
es de todos

Minsalud

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 Cauca¹⁰. Según el censo de 2005, el porcentaje de participación del grupo de negros, mulatos y afrocolombianos, es del 10,3% (4.273.722 personas)⁴⁶. La población mestiza es la que mayor participación poblacional tiene con un 84,16% (34.898.171 personas)⁴⁶, 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 territorio¹⁰. Por su parte, el pueblo Rrom 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)⁴⁶. (Mapa 14)

Mapa 14. Distribución de la población según pertenencia étnica, 2005



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

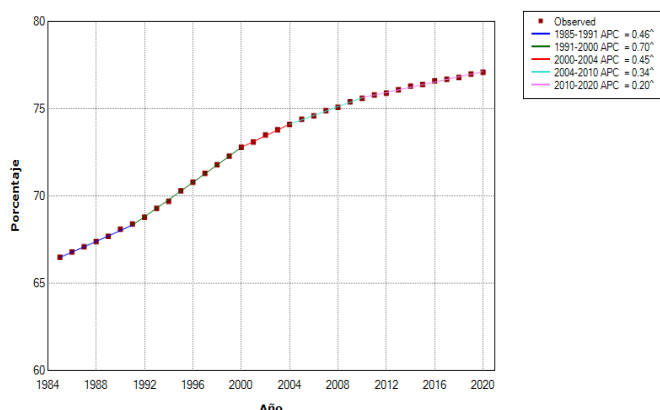
Durante la última década casi todos los países latinoamericanos han sufrido un rápido proceso de urbanización como reflejo de los procesos migratorios internos, regionales y en gran parte como efecto de problemáticas sociales internas. En Colombia este proceso no ha sido ajeno: según las proyecciones censales del DANE, entre 1985 y 2019 el porcentaje de población urbana se incrementó en cerca de un 14%⁴⁷; 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)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 1. Porcentaje de urbanización, 1985-2020



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

Fuente: elaboración propia a partir de los 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 marzo 31 de 2019.

Para 2019 el 77,0% (38.770.520) de la población colombiana habita en las cabeceras municipales y el 23,04% (11.603.958) en el resto; se proyecta que para 2050 el 84,30% de la población esté congregada en las áreas urbanas⁴⁸, 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 habitantes⁴⁹, 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 económicas⁵⁰. El uso de vehículos automotores genera altos índices de contaminación atmosférica y esta a su vez está asociada con mayores tasas de mortalidad infantil⁵¹ y con el incremento en la demanda de servicios de salud⁵².

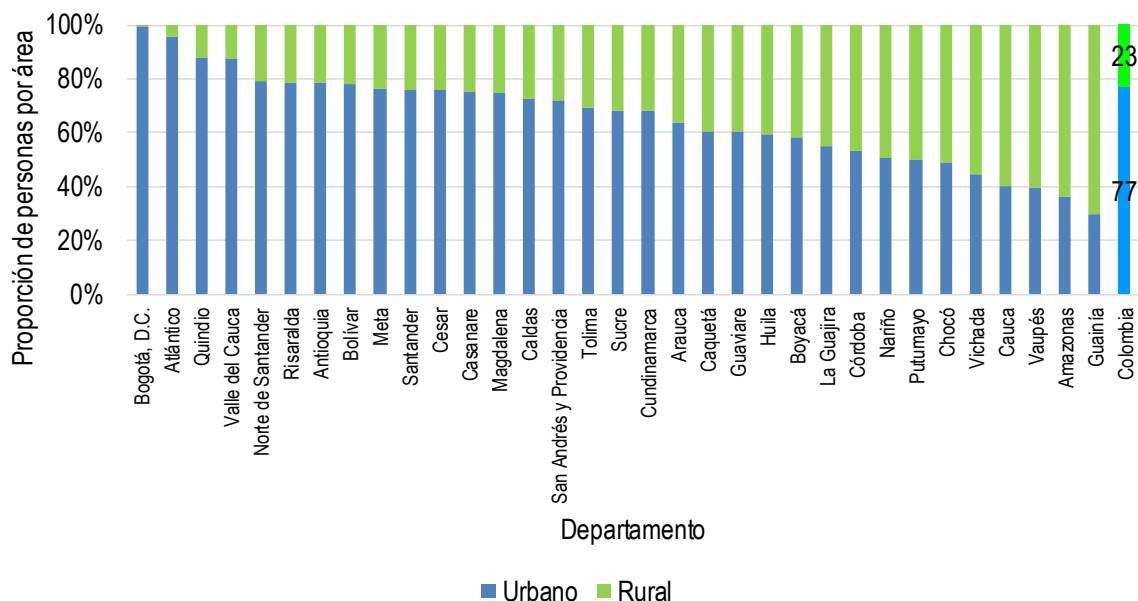
Los fenómenos migratorios han marcado la configuración del espacio nacional e influenciado las formaciones de las zonas urbanas colombianas. Para 2019 los territorios de Bogotá, D.C., Atlántico, Quindío y Valle del Cauca son los territorios que con mayor concentración población urbana. En tanto 64 municipios 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 ciudades⁵³ (Banco Mundial. Desarrollo Urbano).



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 2. Población por área según departamento, 2019

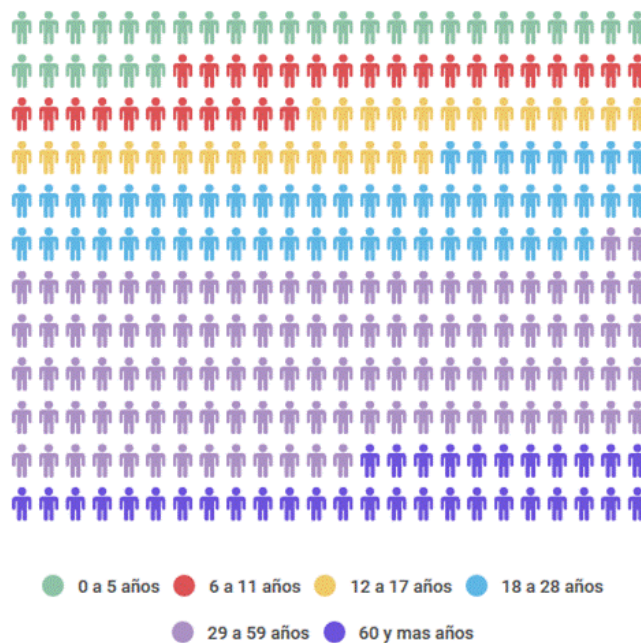


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a marzo 31 de 2019.

Población por curso de vida

En Colombia a 2019, el 38,40% (19.342.277) son personas adultas entre los 29 y 59 años de edad, seguidamente del curso de vida juventud (18 a 28 años) concentra el 18,60 % (9.367.656), en la vejez (60 y más años) concentra el 12,31%(6.198.875), la adolescencia (12 a 17 años) con el 10,13% (5.104.771), en la primera infancia se concentra el 10,38% (5.230.957), y por último, el curso de vida con menor población corresponde a la infancia con 10,18% (5.129.942) (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 y 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 de edad. 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 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE: Estimaciones de población 1985 - 2019 y proyecciones de población 2005 – 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

Estructura poblacional

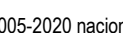
América Latina y el Caribe han entrado en la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por el descenso vertiginoso de las tasa de natalidad hasta equiparar valores reducidos junto con la mortalidad; como consecuencia los países de la región están experimentando cambios en las estructuras 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%⁵⁴.

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 bajas⁵⁵. Para 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 38 niños entre 0 y 4 años; para 2019 esta cifra descendió a 34 y se proyecta que para 2020 pase a 33. Así mismo, en 2019 la población menor de 15 años corresponde al 26% (12.911.121) de toda la población, es 5,4 puntos porcentuales menor que en 2005 y se proyecta que para 2020 continúe descendiendo hasta representar el 25,4% de la población. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 8,3% de toda la población mostrando incremento en 2,0 puntos porcentuales con respecto a 2005 y se proyecta que para 2020 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 8,5%.

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 2019 el número de dependientes es de 54,36 y se proyecta que para 2020 continúe la tendencia al descenso hasta llegar a 51,29. 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 activas⁵⁴. 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 38,77 en 2019, 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 10,9 en 2019; se estima que estos índices continúen con las tendencias observadas y para 2020 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 130,4 en 2019, la población colombiana aún se considera joven, pero se observa que en su tendencia al envejecimiento, en 2020 el índice de Friz, será de 128,5. (Tabla 1).

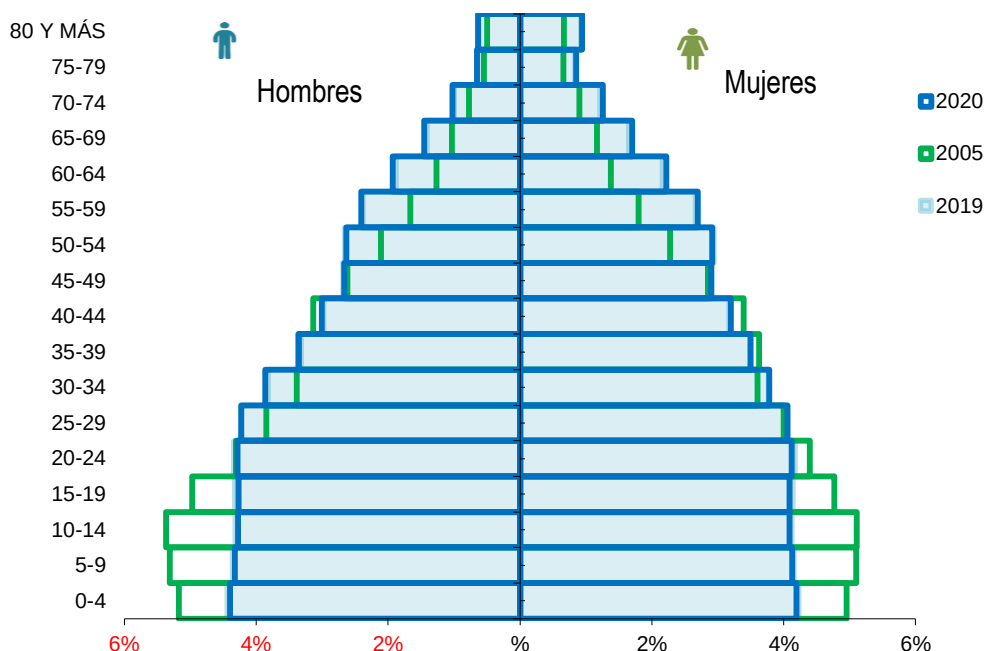
Tabla 3. Índices demográficos: 2005, 2019 y 2020

Índice Demográfico	Año			Tendencia
	2005	2019	2020	
Población urbana	31.889.299	38.770.520	39.241.145	
Población rural	10.999.293	11.603.958	11.670.602	
Población total	42.888.592	50.374.478	50.911.747	
Población Masculina	21.169.835	24.873.329	25.138.964	
Población femenina	21.718.757	25.501.149	25.772.783	
Relación hombres: mujer	97,47	97,54	97,54	
Razón niños:mujer	38,03	33,69	33,51	
Índice de infancia	31,01	25,63	25,39	
Índice de juventud	26,28	25,28	25,04	
Índice de vejez	8,90	12,31	12,65	
Índice de envejecimiento	20,17	32,27	33,48	
Índice demográfico de dependencia	59,41	54,36	51,29	
Índice de dependencia infantil	49,44	38,77	38,41	
Índice de dependencia mayores	9,97	10,94	12,51	
Índice de Friz	156,97	130,44	128,50	

Fuente: 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 junio 30 de 2012.

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2019, comparado con 2005; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios, 20 a 34 años de edad, y a medida que avanza la edad, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas. (Gráfico 4)

Gráfico 4. Pirámide poblacional, 2005, 2019, 2020



Fuente: DANE, Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a junio 30 de 2012.

Para 2019, el 63,6%, es decir 21 de 33 territorios registran valores por encima del promedio nacional en el índice de envejecimiento, según los datos de proyección del CENSO 2005 DANE, Caldas tiene el mayor índice de envejecimiento con 68,2%, seguido de Quindío (66,1%), Risaralda (65,9%), Bogotá, D.C. (60,3%), Valle del Cauca (59,8%), Boyacá (59,1%), Tolima (55,5%) y el Archipiélago de San Andrés (53,8%). Esto trae implicaciones para la planeación de política pública en salud, dado que hay que afrontar la carga pensional, inevitablemente incrementará la carga asistencial de servicios de salud, donde se deberá evaluar principalmente aspectos de cuidados y bienestar de los adultos mayores y disponer de talento humano en salud para los cuidados de esta población en los servicios médicos. (Gráfico 5)

La heterogeneidad social de los departamentos y distritos del país, también se evidencia en la dependencia demográfica, se observa más en Vichada con el 75,2%, seguido de Vaupés (73,5%), Chocó (69,9%), Guaviare (69,3%), Arauca (68,2%), La Guajira (67,6%), Amazonas (67,5%) y Guainía (66,0%), son los territorios, que requieren más de soporte social en la población mayor inactiva por parte de la población en edades activas. (Gráfico 5)



La salud
es de todos

Minsalud

En Vichada (66,9%), Vaupés (64,0%), Amazonas (61,8%), Chocó (61,6%), Guaviare (60,8%), Arauca (59,1%), La Guajira (58,9%) y Guainía (58,4%), 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 conformado por los departamentos de Vichada (268,6), Vichada (268,6), Vaupés (254,8), Guaviare (243,2), Guainía (238,5), Chocó (231,6), Amazonas (230,7), Arauca (221,2), La Guajira (190,4), Magdalena (187,4), Putumayo (179,8), Caquetá (179,5), Cesar (167,0) y Córdoba (161,5). En contraste con otros departamentos que se encuentran entre 158 a 101 que pueden considerarse territorios maduros.

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

2019

Departamento	Índice de envejecimiento	Índice demográfico de dependencia	Índice de dependencia infantil	Índice de dependencia mayores	Índice de Friz
Vichada	19,2	75,2	66,9	8,3	268,6
Vaupés	22,7	73,5	64,0	9,6	254,8
Guaviare	22,3	69,3	60,8	8,5	243,2
Guainía	19,9	66,0	58,4	7,5	238,5
Chocó	21,0	69,9	61,6	8,3	231,6
Amazonas	14,9	67,5	61,8	5,7	230,7
Arauca	24,0	68,2	59,1	9,2	221,2
La Guajira	22,0	67,6	58,9	8,7	190,4
Magdalena	33,4	62,4	50,9	11,5	187,4
Putumayo	25,2	59,9	51,2	8,7	179,8
Caquetá	28,2	60,4	50,8	9,6	179,5
Cesar	31,2	57,7	47,9	9,9	167,0
Córdoba	34,8	57,7	46,7	11,0	161,5
Sucre	41,0	56,3	44,0	12,4	158,7
Tolima	55,5	57,1	41,3	15,8	153,6
Casanare	27,7	53,1	45,1	8,0	153,1
Huila	38,6	54,8	43,5	11,3	152,5
Bolívar	40,3	55,1	43,4	11,8	150,9
Norte de Santander	42,9	52,6	40,8	11,7	144,1
Cauca	43,7	53,6	41,2	12,4	139,8
Boyacá	59,1	56,2	39,7	16,5	137,9
Meta	36,4	52,4	42,3	10,1	136,9
Nariño	42,0	53,4	41,3	12,1	134,8
Cundinamarca	46,3	51,6	39,3	12,3	132,9
Archipiélago de San And	53,8	46,7	35,2	11,4	127,7
Caldas	68,2	52,7	36,0	16,8	125,9
Quindio	66,1	51,5	35,6	16,0	125,6
Atlántico	47,0	48,8	37,2	11,6	122,2
Antioquia	49,6	47,6	35,8	11,8	122,1
Santander	52,0	48,5	35,7	12,8	121,0
Risaralda	65,9	50,3	34,8	15,5	120,0
Valle del Cauca	59,8	47,2	33,6	13,6	111,4
Bogotá, D.C.	60,3	44,3	31,7	12,6	101,0
Colombia	32,3	54,4	38,8	10,9	130,4

Fuente: DANE, Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a junio 30 de 2012.



La salud
es de todos

Minsalud

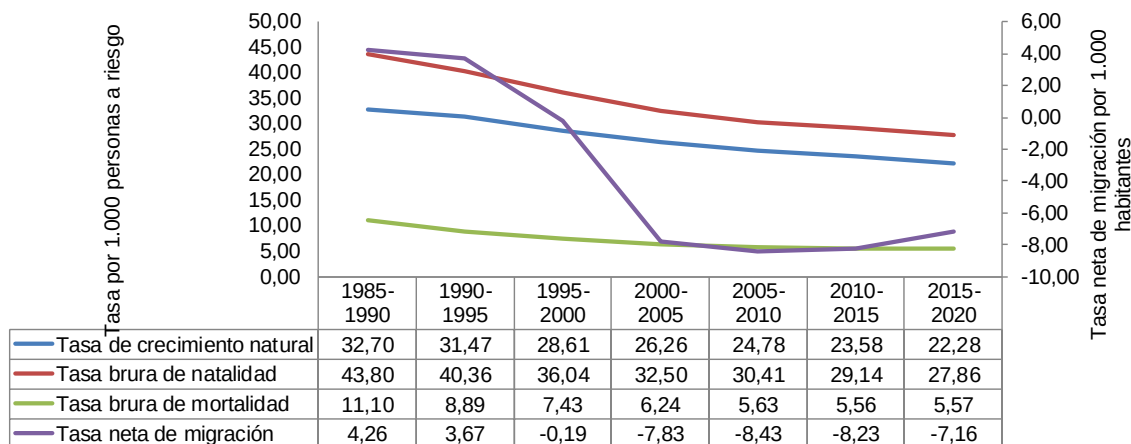
Dinámica demográfica

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 neta⁵⁶. 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%⁵⁷. Según las estimaciones del DANE, las tasas de crecimiento natural muestran un marcado descenso a través del tiempo, pasando de 22,03 personas por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990 a una tasa proyectada de 12,08 en el quinquenio 2015-2020, esto en términos relativos representa una reducción del 45,17% 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 20,54% por cada 1.000 habitantes en el quinquenio 1985-1990 a 10,94% en el quinquenio 2015-2020⁵⁵.

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, pasando de 28,80 a 18,03 nacidos vivos por cada 1.000 personas, lo cual representa una reducción en términos relativos del 37,40% en la tasa bruta de natalidad y en términos absolutos de 10,77 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. Por su parte la mortalidad se prevé estable con una leve inclinación al descenso, pasando de 6,77 muertes por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990, a 5,95 muertes por cada mil en el quinquenio 2015-2020 y se espera que se mantenga constante durante el decenio 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 68,51% que para 1995-2000 pasando de -3,62 a -1,14 migrantes por cada mil habitantes⁵⁵. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Tasas de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento natural y exponencial, por cada mil habitantes, 1985-2020



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

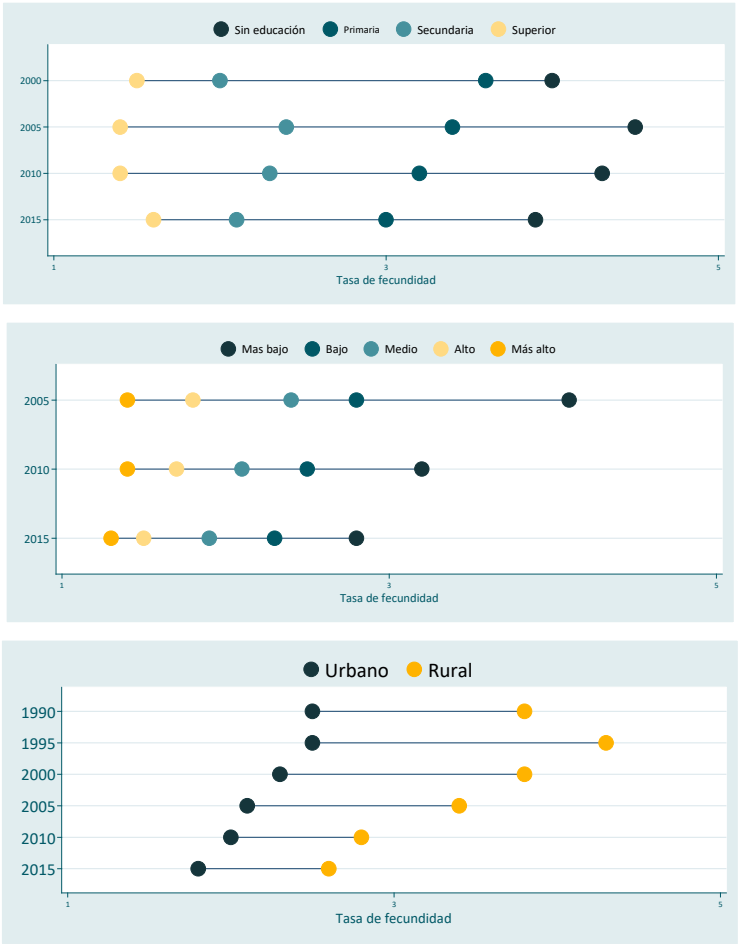
Fecundidad

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 disminuyendo⁵⁵. 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 1985.1990⁵⁵, distando poco de la estimación de 1,9 hijos por mujer para los países de ingresos medianos altos⁵⁷. 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 2005⁵⁵. La reducción en la fecundidad puede estar relacionada con el aumento del acceso al trabajo que han

experimentado 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)

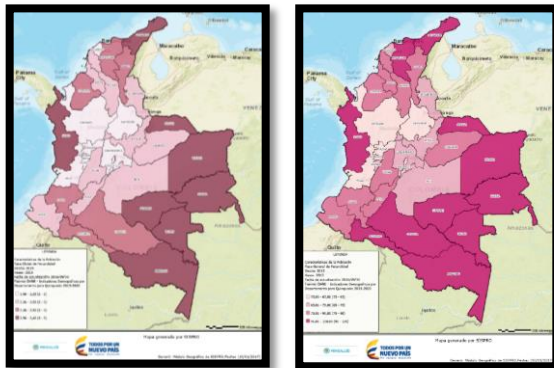
Gráfico 7. Equiplot de las tasas de fecundidad según estratificadores de equidad, 1990-2015



Fuente: elaborado a partir de de la Encuesta Nacional de Demografía y Saliud (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 mujer⁵⁵. (Mapa 15)

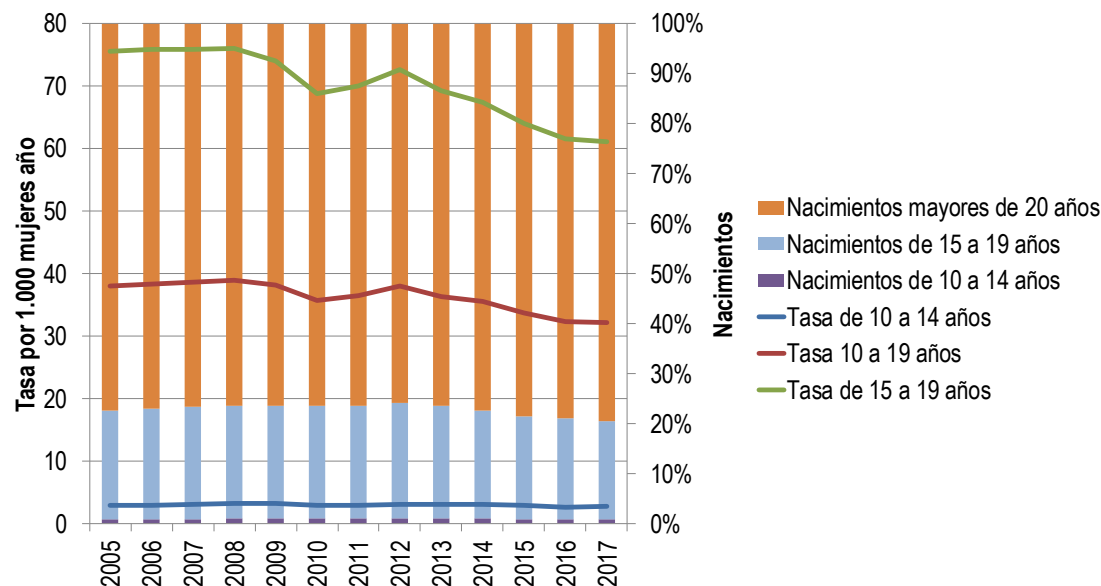
Mapa 15. Tasa global y general de fecundidad por departamentos, 2015-2020



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 2017 las tasas específicas de fecundidad en adolescentes entre 10 y 19 años se mantuvieron estables oscilando entre 38 y 32 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad. Para este periodo el promedio anual fue de 154.745 nacimientos que ocurrieron en adolescentes, se observa 14 nacimientos entre los 15 y 19 año, menos que en 2005, en este grupo de edad se produjeron 61 nacimientos en 2017. El 2,94% restante de los nacimientos en adolescentes ocurrieron entre los 10 y 14 años, es decir que por cada 1.000 mujeres en esta edad se produjeron tres nacimientos anuales durante el periodo 2005 y 2017. (Gráfico 8)

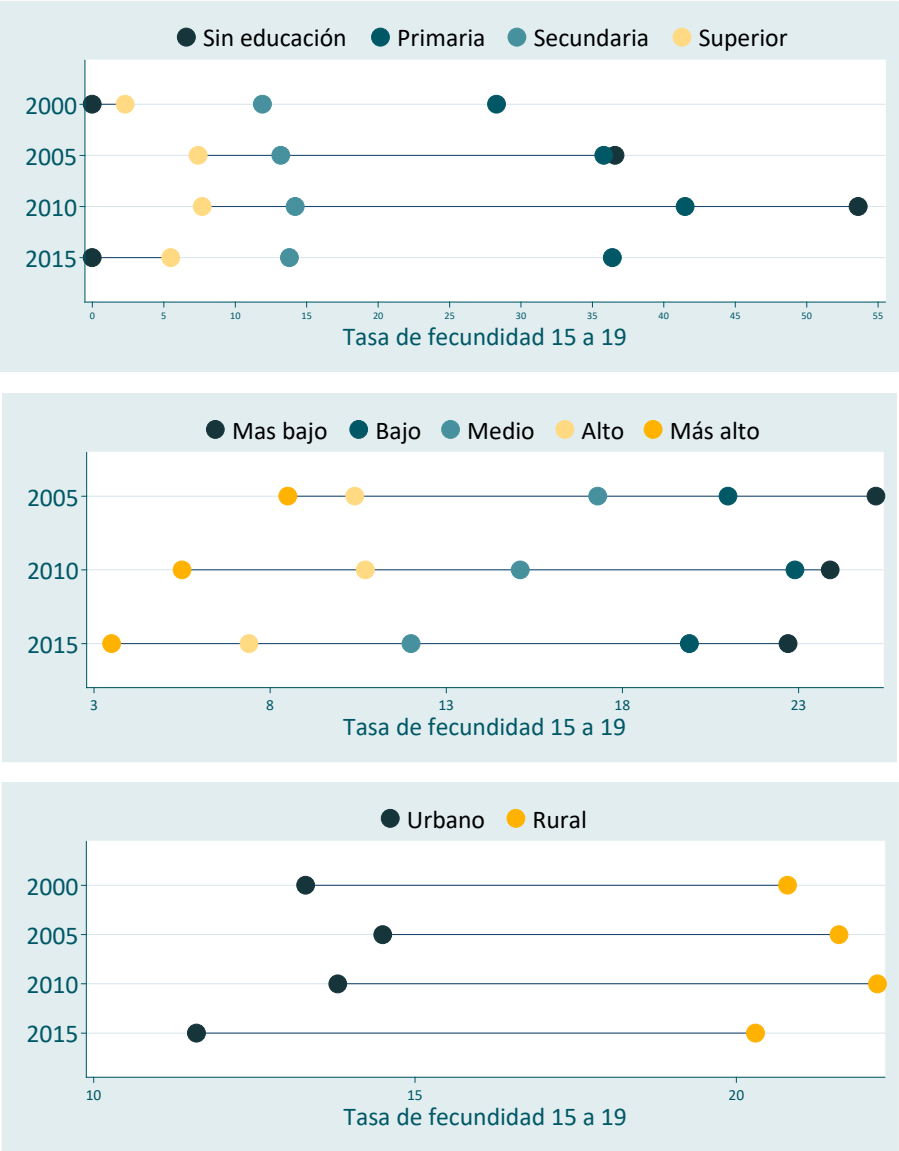
Gráfico 8. Tasas específicas de fecundidad en adolescentes y nacimientos según grupos de edad, 2005-2017



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 2017. Consultado el 2 de marzo de 2019

A pesar de la reducción promedial de las 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. De acuerdo con la ENDS las tasas de fecundidad en adolescentes son más altas en el quintil de riqueza más pobre, en las mujeres menos educadas y en quienes habitan en el área rural. Las brechas de desigualdad en las gradientes generadas por estos estratificadores sociales, han tenido poca modificación en el tiempo. (Gráfico 9)

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



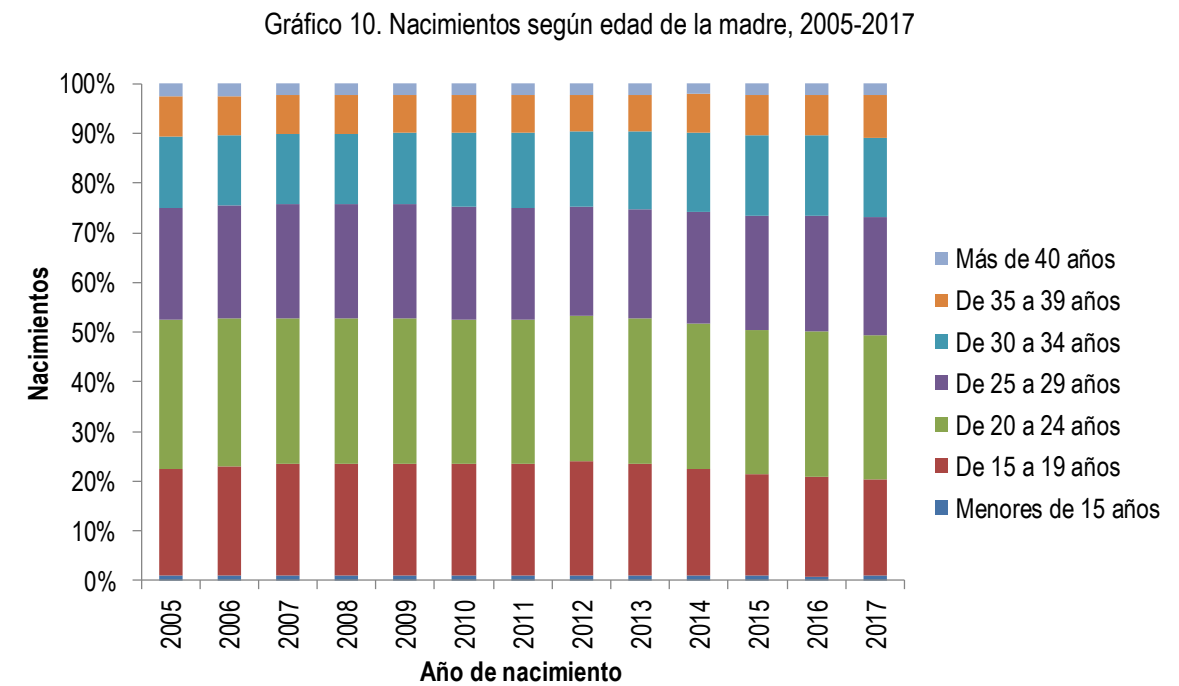
Fuente: elaborado a partir de de la Encuesta Nacional de Demografía y Saliud (ENDS),1985-2015. Tasa de fecundidad 15 a 19

Para adolescentes entre 10 y 19 años los departamentos de Bolívar, Cesar, Huila, Magdalena, Nariño, Amzonas y Vichada tuvieron tasas de fecundidad significativamente más altas que la nacional. En tanto que, Guainía reportó tasa entre los 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 entre los 15 y 19 años significativamente mayores que el país. (Tabla 26)

Natalidad

Los datos absolutos de nacimientos, muestran un descenso en 2009 y 2010, para luego pasar ha 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 habitantes⁵⁵. Cada año nacen en Colombia unos 680.697 nacimientos, en el periodo 2005 y 2017. Durante 2017, el 73,0% de los nacimientos ocurrieron en mujeres menores de 30 años, el 19,6% en menores de 19 años y el 0,9% en menores de 15 años. (Gráfico 10)



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 2013. Consultado el 2 de marzo de 2019.

En 2017, los territorios que tienen tasas bruta de natalidad que se encuentra entre 9 y 12 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, Quindio,

Nariño y Caldas. En este año el país registro un mediana de 13,42 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 15,09 y 27,86 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, con una mediana de 19,61. El 25% tiene tasas superiores a 21,73 y se ubican en el último decil (25,94): La Amazonía (27,86), Chocó (27,12) y La Guajira (26,82). El 25% de los departamentos tiene tasas inferiores a 16,81 y se encuentran en el decil más bajo (15,80): Bogotá (15,09), Caldas (15,68) y Risaralda (15,74). (Mapa 16)

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



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

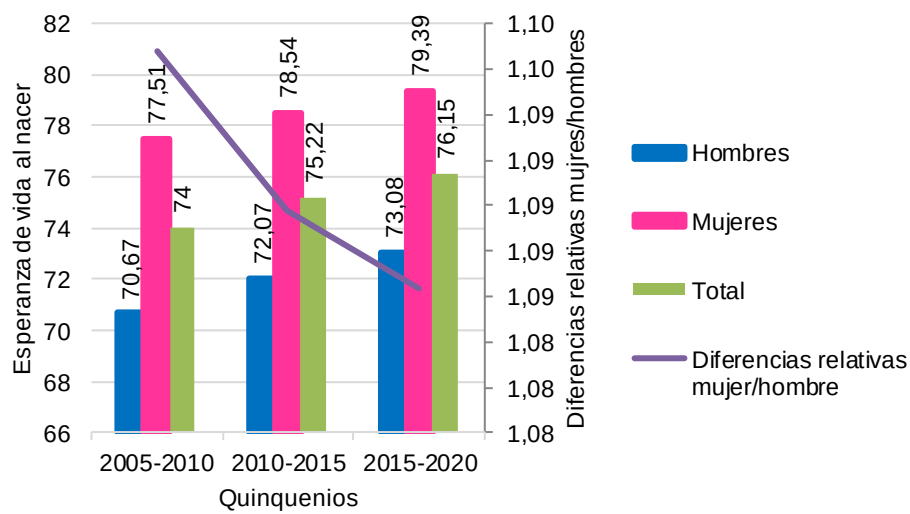
Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que vivirá un recién nacido si los patrones de mortalidad se mantienen constantes a lo largo de su vida; además, permite evaluar las condiciones con que los individuos se desarrollan en la sociedad. En el mundo la esperanza de vida se incrementó en seis años durante 1990 y 2012; en promedio cada persona vive 70 años y hay diferencias por sexo: las mujeres viven 73 y los hombres 68⁵⁷. Mientras en los países de ingresos medio altos el promedio de años que se espera que una persona viva es de 74⁵⁸, en Colombia se espera que para el quinquenio 2015-2020 sea de 76,15⁵⁵.

Las proyecciones poblacionales estimaron un comportamiento ascendente en la esperanza de vida en Colombia. El incremento sostenido pasó de 67,99 años en el quinquenio 1985-1990 a 75,22 años en el quinquenio 2010-2015. Entre 2015 y 2020 se espera un incremento de 0,93 años con respecto al quinquenio

inmediatamente anterior. Por sexo se observa que la esperanza de vida tiende a ser más alta en las mujeres que en los hombres aunque con el tiempo la brecha tiende a disminuir; para los años 2015-2020 se espera un incremento de 0,85 y 1,01 años respectivamente en relación con el quinquenio 2010-2015⁵⁵. (Gráfico 11).

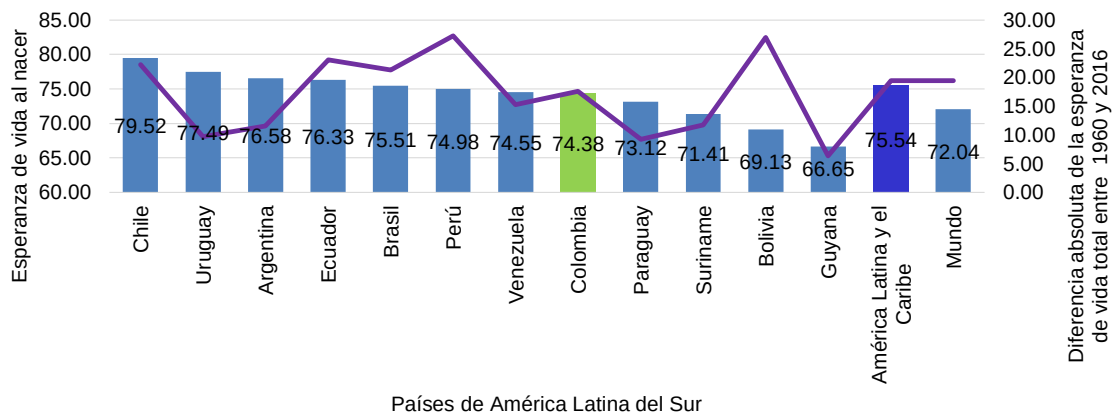
Gráfico 11. Esperanza de vida al nacer, por sexo, 1985-2020



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

De acuerdo a datos del Banco Mundial, en Colombia las personas viven 18 años más, entre 1960 y 2016, al pasar de 56,75 años a 74,38 años respectivamente. Al comparar las diferencias absolutas para este mismo periodo con los países vecinos de Colombia (18) muestran una ganancia menor en la esperanza de vida comparado con Perú (27,3), Bolivia (27,0), Ecuador (23,1), Brasil (21,3) y América Latina y el Caribe (19,5). En tanto con Venezuela (15,3) el país tiene una ventaja de tres años y al compara con la la esperanza de vida del mundo estimada para el 2016 fue de 72,04, la ventaja es de 2,3 años⁵⁹. (Gráfico 12).

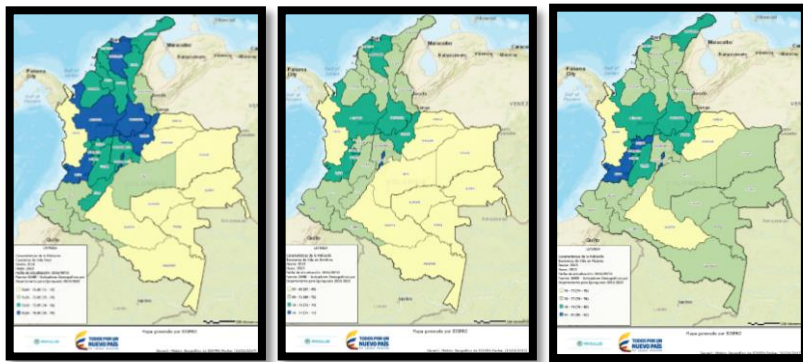
Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer, en el Mundo y América Latina del Sur 2016



Fuente: Banco Munidal. Indicadores según país departamento 1960-2016.

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 respectivamente⁵⁵. (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 y 1990, fue de -1,51 negativo al igual que para el periodo 2015 y 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 Quindío, Risaralda, y San Andrés, Providencia y Santa Catalina 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)

Los territorios de Atlántico, Bolívar, Cauca, Cesar y Magdalena, en los primeros quinquenios registran tasas negativas, se espera que este comportamiento se incrementen la intensidad de la expulsión poblacional, para 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, representa mayor recepción de población. (Gráfico 13)

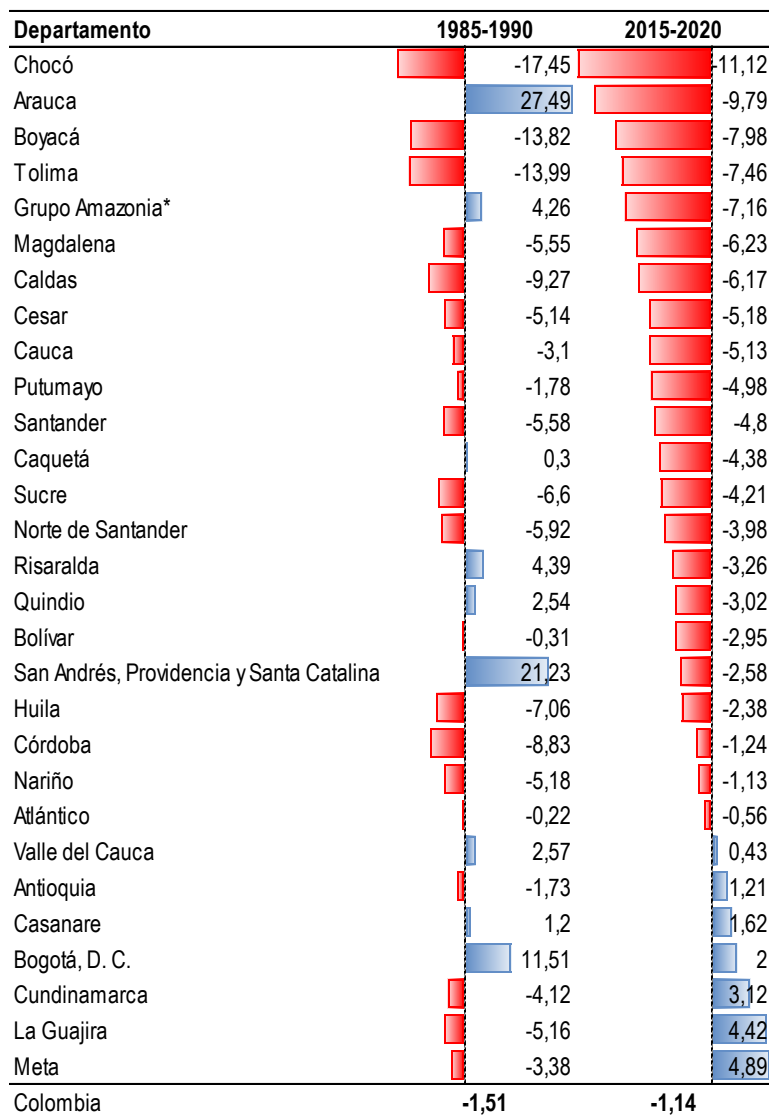
Los datos preliminares del CENSO 2018, muestran que Antioquia, Casanare, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Putumayo, Vaupés y Vichada son los territorios donde las personas inmigraron más en los últimos 12 meses, es decir, reportan tasas de inmigración superior a 22 personas por cada mil habitantes. En tanto, 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 habitantes⁶⁰.



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.

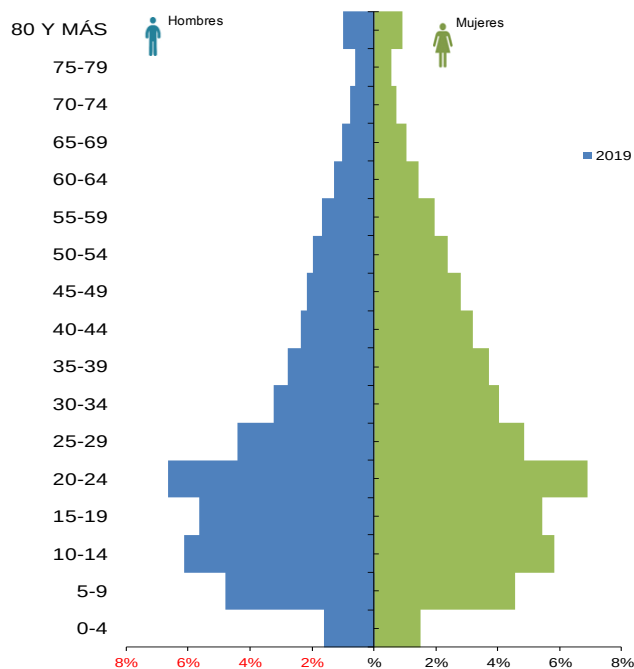
Movilidad forzada

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 y, 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, 2019*



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

*Fecha de corte: enero de 2019, consultado el 26 de marzo de 2019.

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

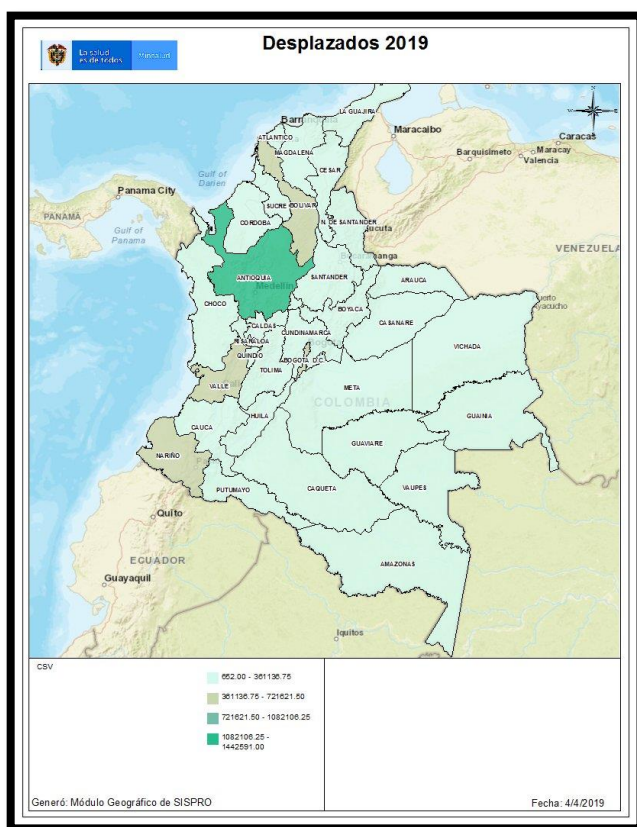


La salud
es de todos

Minsalud

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, 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del cubo Registro Único de Víctimas, (RUV), SISPRO- MINSALUD, consultado el 26 de marzo de 2019.

Departamento	Número de personas	% personas
Antioquia	1.442.590	17,71
Bogotá, D.C.	663.648	8,15
Valle del Cauca	524.540	6,44
Bolívar	422.649	5,19
Nariño	380.193	4,67
Magdalena	359.272	4,41
Cesar	355.609	4,37
Córdoba	332.058	4,08
Sucre	282.816	3,47
Cauca	267.115	3,28
Santander	244.814	3,01
Norte de Santander	238.448	2,93
Caquetá	207.832	2,55
Meta	206.553	2,54
Chocó	205.645	2,52
Atlántico	203.792	2,50
Huila	201.821	2,48
Tolima	195.832	2,40
Cundinamarca	148.183	1,82
La Guajira	147.049	1,81
Putumayo	143.359	1,76
Risaralda	97.619	1,20
Caldas	96.377	1,18
Arauca	90.996	1,12
Casanare	64.944	0,80
Quindío	47.156	0,58
Boyacá	37.749	0,46
Guaviare	33.489	0,41
Guainía	10.080	0,12
Vichada	7.714	0,09
Vaupés	5.996	0,07
Amazonas	2.929	0,04
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	652	0,01
No definido	267.707	3,29
No reportado	208.004	2,55
Total general	8.145.230	

Aunque el 85,82% (7.252.160) de los registros cuyo hecho victimizante es el desplazamiento forzado no tienen diligenciada la variable etnia, se encuentra que el 2,76% (232.894) de las personas se reconocieron como indígenas, el 10,88% (919451) como negro, mulato, afrocolombiano o afro descendiente, el 0,41% (34.457) como Rom, 8.960 (0,11%) personas como raizales de San Andrés y 2.051 (0,02%) personas como palenqueros de San Basilio. El 54,04% (4.566.416) pertenecían al régimen subsidiado y el 22,01 (1.859.434) al contributivo.

Inmigración hacia Colombia

Otro fenómeno poblacional a 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 2018 se registraron 16.719.587 flujos migratorios de colombianos y extranjeros, de estos el 49,3% (8.519.727) corresponden a salidas de colombianos y entradas de extranjeros, lo que evidencia una tendencia positiva de crecimiento asociada a patrones migratorios. (Gráfico 15)

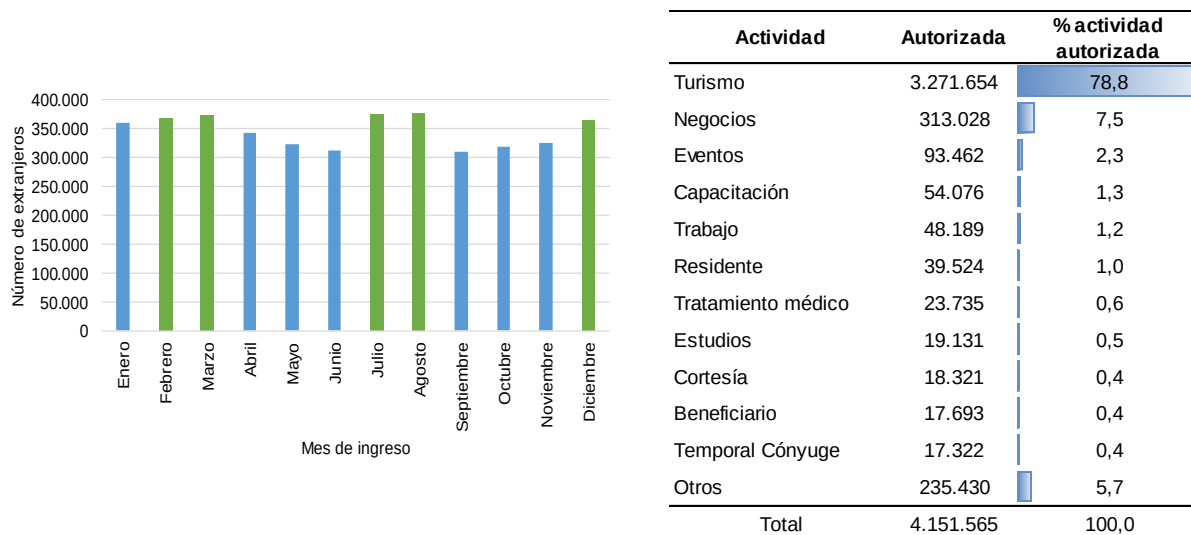
Gráfico 15. Flujo de extranjeros, saldos migratorios y variaciones. Colombia, 2012 - 2018

Año	Colombianos		Extranjeros		Total		Total general	Variación %
	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas		
2012	2.903.861	3.169.261	1.698.366	1.672.780	4.602.227	4.842.041	9.444.268	
2013	3.412.574	3.604.631	1.832.098	1.799.331	5.244.672	5.403.962	10.648.634	13%
2014	3.736.659	3.910.856	2.051.918	2.016.795	5.788.577	5.927.651	11.716.228	10%
2015	3.734.686	3.861.508	2.387.463	2.350.837	6.122.149	6.212.345	12.334.494	5%
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%
Total	25.265.610	26.725.544	18.165.483	17.767.812	43.431.093	44.493.356	87.924.449	

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

Ahora bien, la entrada de extranjeros para 2018 en promedio mensual fue de 345.964, con una desviación estandar de 26.486,34. Febrero, marzo, julio, agosto y diciembre son los mes de mayor frecuencia en la recepción de extranjeros. El 78,8% (3.271.654) de los extranjeros llegan al país por turismo y el 7,5% (313.028) por negocios. (Gráfico 16)

Gráfico 16. Flujo de entrada de extranjeros por mes y actividad autorizada. Colombia, 2018



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

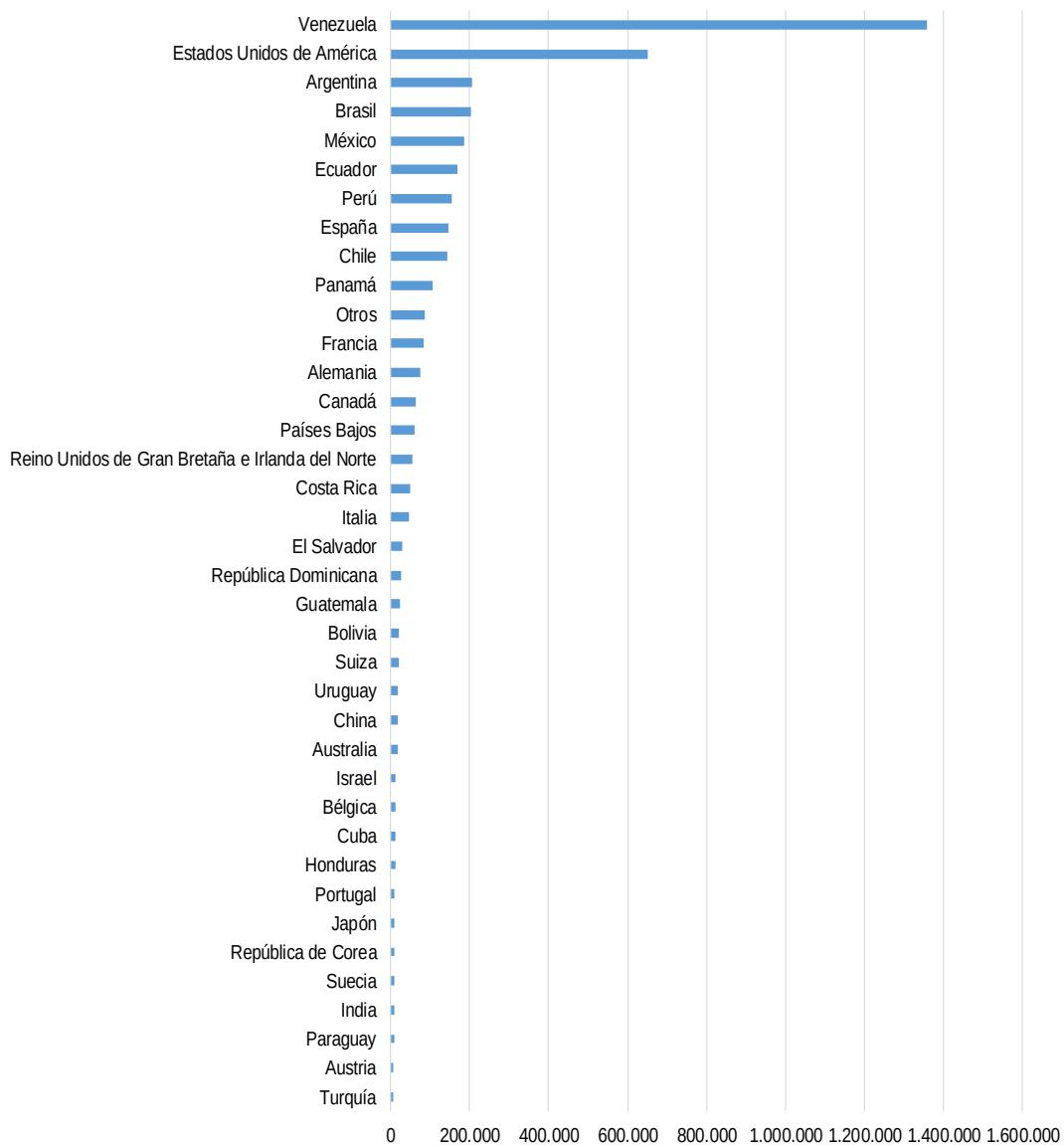
En comparación con el año inmediatamente anterior, se observa un incremento de 806.749 extranjeros. En 2018 los venezolanos se consolidaron como el país con mayor número de entradas a Colombia, con un total 1.359.815, que corresponde al (32,8%) de las entradas para este año, seguido de Estados Unidos 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)



La salud
es de todos

Minsalud

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



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



La salud
es de todos

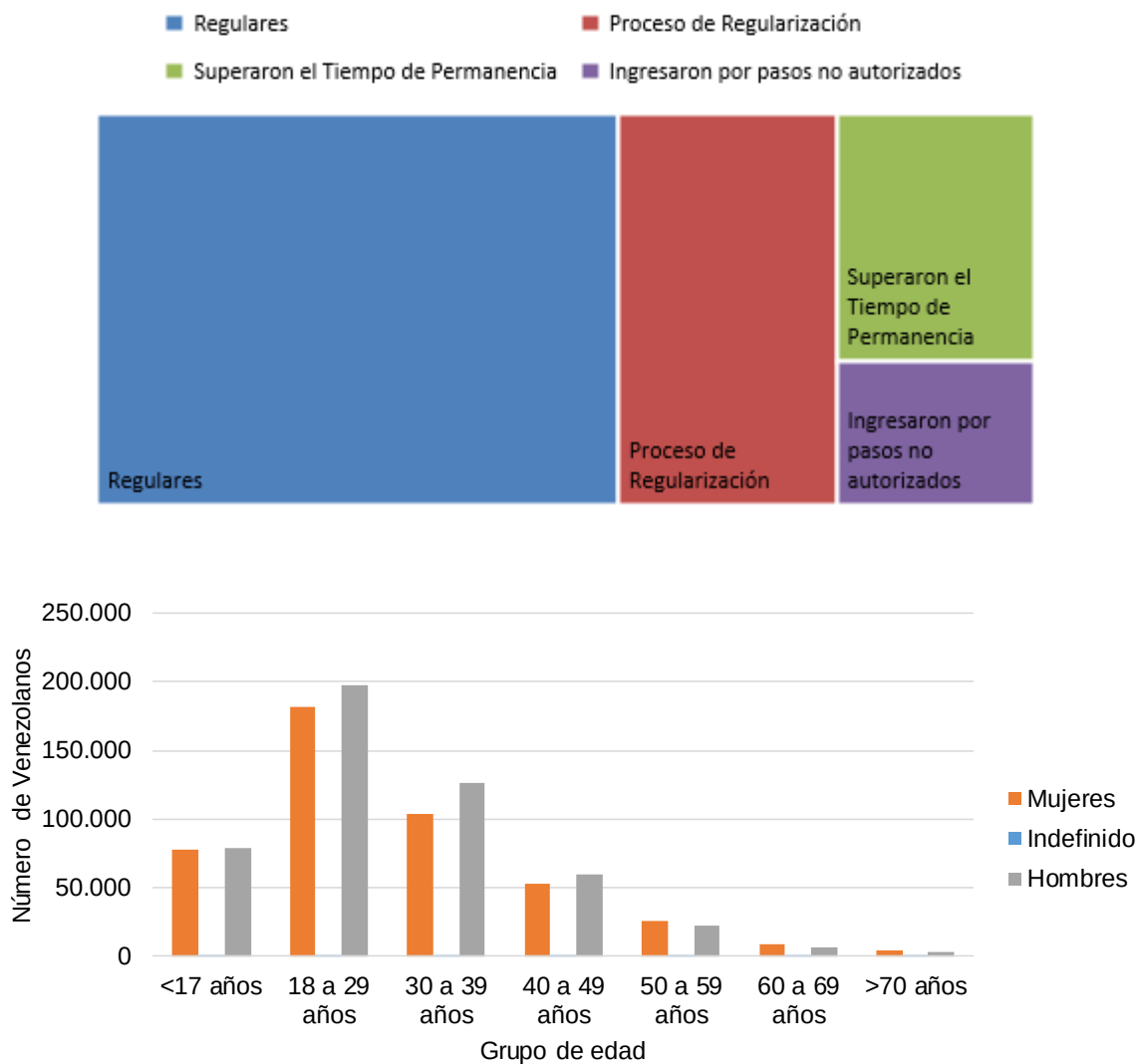
Minsalud

Movilidad: Colombo-venezolana

De otro lado, la Resolución 1220 de 2016 de la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, establece 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 2016, la entrada de venezolanos a Colombia se concentró en los Puestos de Control Migratorio, (PCM) por vía terrestre en los puestos 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%⁶⁰.

La población migrante de la República Bolivariana de Venezuela, para el periodo entre 2012 y 2018, presentó una tendencia ascendente. Entre 1991 y 2018 en el territorio colombiano se encuentran 1.032.016 venezolanos. Distribuidos en ingresos regulares el 55,6% (573.502), que hace referencia a venezolanos con Visa, Cédula de Extranjería, PEP o dentro del Tiempo de Ley Establecido. El 23,3% (240.416) en proceso de regularización, que son los venezolanos que están censados en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos, (RAMV) y están en proceso de expedir el PET. El 13,3% (137.718.) de las personas son irregulares, es decir superaron el tiempo de permanencia y el 7,8% (80.380) ingresaron por pasos no autorizados. (Gráfico 18)

Gráfico 18. Flujo de entradas de venezolanos por sexo y edad. Colombia 2012 - 2018



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

De los 1.032.016 venezolanos que residen en el país, el 44,0% (454.884) mujeres, el 48,1% (496.413) hombres e indefinidos el 0,03% (339), el 15,17% (156.575) son menores de 17 años de edad, el 36,71% (378.812) están entre los 18 a 29 años, el 22,31% (230.266) se encuentran entre 30 a 39 años, el 10,9% (112.904) están entre los 40 a 49 años y 18,0% (73.079) se encuentran las personas mayores de 50 años y sin especificar la edad el

7,8% (80.380). (Gráfico 17) El 50% de los venezolanos residen en Bogotá D.C. (238.758), Norte de Santander (151.803) y La Guajira (123.756). (Gráfico 19)

De acuerdo, con la información de Migración Colombia, el proceso de RAMV, a septiembre del 2018 esta conformado por 415.298 ciudadanos venezolanos cuentan con el PEP, 64.118 son Niños, Niñas y Adolescentes, adultos jóvenes 326.903. El fenómeno migratorio que vive Colombia es de mayor impacto en los departamentos de frontera, Bogotá y la Costa Caribe. Adicionalmente en cuatro municipios con un fenómeno migratorio de mayor complejidad: En Villa del Rosario del total de la población, el 23,0% son venezolanos irregulares, seguido de Arauca con un 17,0%, Maicao con 16,0% y Puerto Carreño con 8,0%⁶¹. Los ingresos autorizados por los Puestos de Control Migratorio y en los territorios: Paraguachón, Macaio (La Guajira), Cúcuta, Los Patios, Villa Rosario, Villa del Rosario, El Zulia, San Cayetano, Simón Bolívar, Puerto Santander (Norte de Santander), Arauca (Arauca), Puerto Carreño (Vichada) e Inírida (Guainía).

Gráfico 19. Registro de entradas de venezolanos según departamento, Colombia 2018

Departamento	Número de venezolanos	Departamento	Número de venezolanos	Departamento	Número de venezolanos
Bogotá D.C.	238.758	Arauca	29.757	Cauca	2.434
Norte de Santander	151.803	Sucre	11.498	Nariño	2.372
La Guajira	123.756	Casanare	9.364	Huila	1.842
Atlántico	105.459	Boyacá	8.313	Vichada	1.719
Antioquia	71.580	Risaralda	7.916	Putumayo	1.106
Santander	49.780	Córdoba	6.373	Chocó	336
Cundinamarca	43.988	Meta	5.507	Amazonas	316
Magdalena	41.460	Guainía	3.765	Caquetá	132
Valle del Cauca	38.747	Tolima	3.647	Guaviare	118
Cesar	32.471	Quindio	3.487	San Andrés Islas	26
Bolívar	31.674	Caldas	2.512		

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



La salud
es de todos

Minsalud

Capítulo 2. Determinantes sociales de la salud poblacional

Pobreza e ingresos

La economía colombiana en 2018p creció 2,7% respecto al 2017p; alcanzando \$976 billones a precios corrientes. Las actividades económicas que más contribuyen a este crecimiento fueron la administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; educación; actividades de atención de la salud humana y servicios sociales crecio el 4,1%, contribuyendo 0,7 puntos porcentuales a la variación anual.

Se atribuye el 3,1 del crecimiento al comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas; transporte y almacenamiento; alojamiento y servicios de comida.Contribuyó 0,6 puntos porcentuales a la variación anual. Las actividades profesionales, científicas y técnicas; actividades de servicios administrativos y de apoyo crecieron en el 5,0% y contribuyeron con 0,4 puntos porcentuales a la variación anual⁶². (Tabla 4)

Tabla 4. Tasas de crecimiento por actividad económica 2018pr

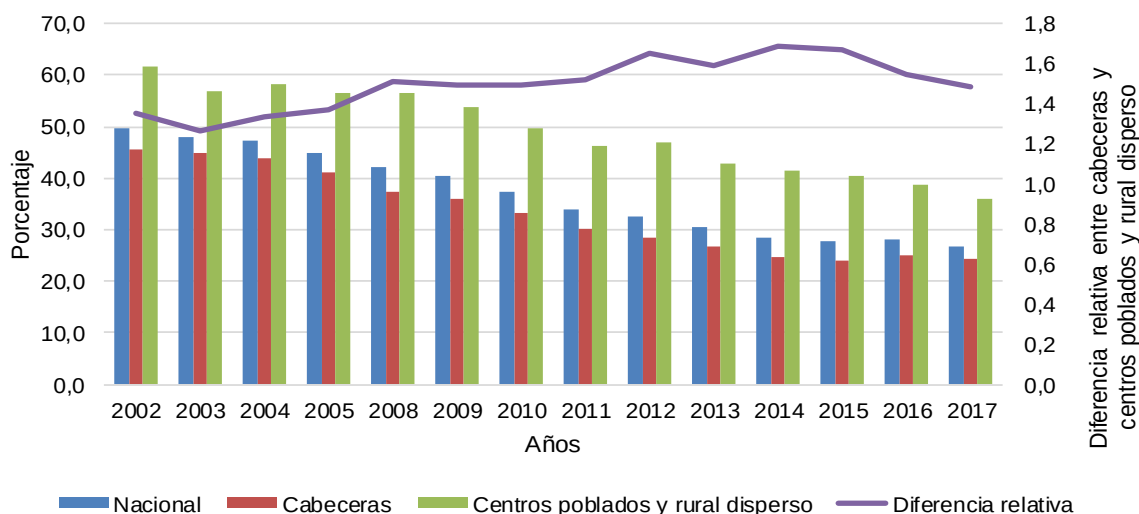
Actividad económica	Tasas de crecimiento		
	Serie original		Serie corregida de efecto estacional y calendario
	Año corrido 2018p /2017p	Anual 2018p IV / 2017p IV	
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	2,0	0,9	0
Explotación de minas y canteras	-0,8	-0,1	-2
Industrias manufactureras	2,0	2,5	0,1
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	2,7	2,6	0,5
Construcción	0,3	4,2	0,9
Comercio al por mayor y al por menor	3,1	2,9	0,4
Información y comunicaciones	3,1	3,7	2,3
Actividades financieras y de seguros	3,1	2,7	1,8
Actividades inmobiliarias	2,0	1,8	0,7
Actividades profesionales, científicas y técnicas	5,0	3,3	-0,9
Administración pública, defensa, educación y salud	4,1	3,9	1,9
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios	1,4	2,6	1,5
Valor agregado bruto	2,5	2,6	0,3
Total impuestos menos subvenciones sobre los productos	2,6	2,5	0,2
Producto Interno Bruto	2,7	2,8	0,6

Fuente: DANE, Cuentas nacionales

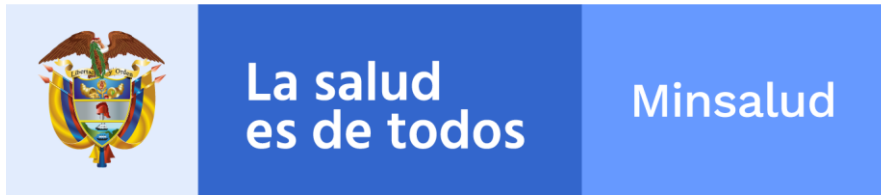
De acuerdo con la estimación del DANE con base en los datos censales de 2005, el 27,78% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 10,64% en la miseria, el 10,41 en viviendas inadecuadas, el 7,36% con servicios inadecuados, el 11,11% en hacinamiento crítico, el 3,56% en viviendas con niños en edad escolar que no asistían a la escuela y el 11,33% en viviendas con alta dependencia económica. La proporción fue 1,72 veces más alta en el resto (rural) que en las cabeceras municipales⁶³. De acuerdo con este índice, grandes diferencias interdepartamentales reflejan la forma como se distribuye la pobreza. Los departamentos de Bolívar, Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena, Nariño, Sucre, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada exhibieron Índices de Necesidades Básicas Insatisfechas significativamente más altos que el nacional, diferencia estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95%. (Tabla 5)

Para 2017 la pobreza multidimensional en Colombia fue del 17,0% experimentando una disminución en 0,8 puntos porcentuales con respecto a 2016. La incidencia de pobreza monetaria ha tendido al descenso, alcanzando un 26,9% para el último año. La brecha entre las cabeceras municipales y los centros poblados y áreas rurales dispersas ha sido incremental, siendo para 2017 un 49% mayor en estas últimas. De acuerdo con la Encuesta Continua de Hogares de 2002 a 2005 y la Gran Encuesta Integrada de Hogares de 2008 a 2017, para este último año 12.883 hogares se clasificaron como pobres monetarios, siendo 385 menos que el 2016⁶⁴. (Gráfico 20).

Gráfico 20. Incidencia de pobreza monetaria según área, 2002 a 2017



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2017).



Así mismo, la pobreza monetaria extrema ha tendido al descenso, aunque la brecha entre las cabeceras municipales y los centros poblados y áreas rurales dispersas ha sido incremental, siendo para 2017 2,08 veces mayor en las segundas. De acuerdo con la Encuesta Continua de Hogares de 2002 a 2005 y la Gran Encuesta Integrada de Hogares de 2008 a 2017, para el último año 3.534 hogares se clasificaron como pobres monetarios extremos, siendo 469 menos que el año 2016⁶⁴. y la pobreza extrema fue 7,4%. (Gráfico 21).



La salud
es de todos

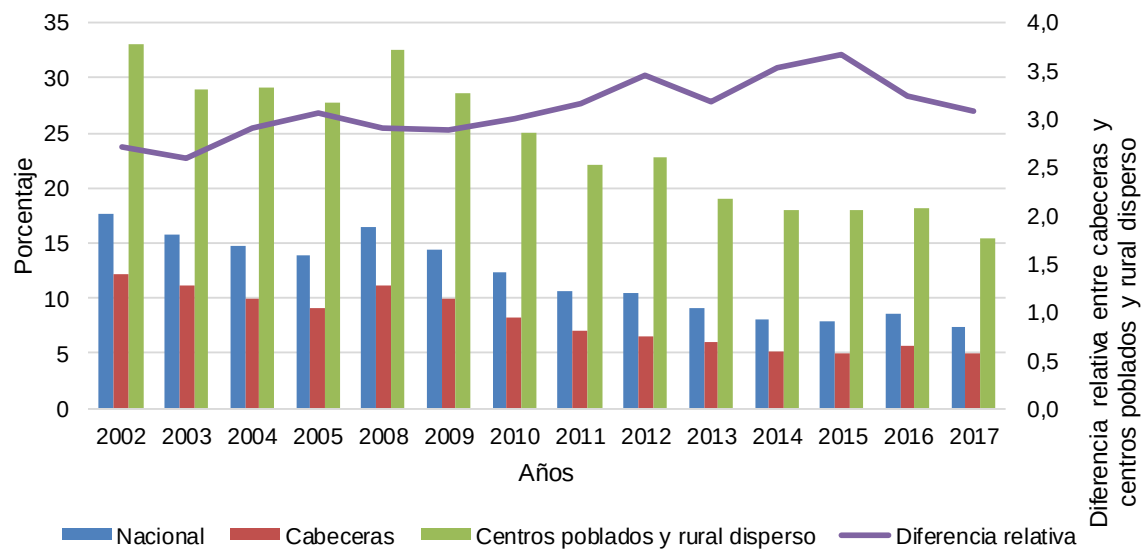
Minsalud

Tabla 5. Semaforización de indicadores de pobreza según departamento y área, 2005

Departamento	IPM	IPM Urbano	IPM Rural	NBI	NBI Urbano	NBI Rural	Departamento	IPM	IPM Urbano	IPM Rural	NBI	NBI Urbano	NBI Rural
Choco	85,79	77,34	96,00	79,19	81,94	76,11	Norte de Santander	58,20	50,96	84,18	30,43	26,09	59,32
Vichada	84,26	67,96	95,63	66,95	41,94	84,40	Huila	58,03	43,55	79,71	32,62	21,80	48,83
La Guajira	79,72	63,91	96,76	65,23	40,47	91,92	Casanare	56,74	45,44	82,97	35,55	26,16	57,34
Córdoba	79,64	66,49	93,20	59,09	42,68	76,60	Boyacá	54,87	33,78	77,94	30,77	14,10	49,00
Guainía	78,83	68,32	92,16	60,62	45,66	81,17	Tolima	54,59	41,15	82,43	29,85	19,68	50,92
Vaupés	77,83	69,37	76,80	54,77	40,26	88,18	Meta	51,06	45,20	75,04	25,03	20,41	44,46
Putumayo	76,34	65,17	88,38	36,01	26,54	46,22	Atlántico	47,33	45,64	79,99	24,74	23,82	42,57
Guaviare	74,95	71,28	88,67	39,89	34,02	61,86	Caldas	46,10	35,70	72,58	17,76	13,29	29,18
Amazonas	73,82	59,64	51,22	44,41	30,83	59,38	Santander	44,99	33,47	77,18	21,93	13,54	45,37
Sucre	73,10	62,48	91,93	54,86	46,60	69,48	Antioquia	44,29	35,49	74,62	22,96	15,90	47,48
Caquetá	70,84	61,58	90,45	41,72	33,48	59,20	Quindío	41,61	38,82	59,84	16,20	15,28	22,23
Cauca	70,59	47,29	86,38	46,62	24,27	61,97	Cundinamarca	41,38	31,02	60,58	21,30	15,42	32,22
Magdalena	69,68	60,74	89,65	47,68	40,08	64,68	Risaralda	41,20	33,26	68,30	17,47	13,06	32,06
Nariño	68,66	50,26	86,72	43,79	22,49	58,91	Valle del Cauca	38,78	35,71	58,88	15,68	14,06	26,22
Cesar	66,71	57,39	89,87	44,73	35,80	66,92	San Andrés	37,54	35,90	41,72	40,84	50,83	15,34
Bolívar	62,84	54,67	89,51	46,60	40,26	67,37	Bogotá D.C.	24,30	24,22	61,78	9,20	9,16	27,84
Arauca	59,15	54,79	90,65	35,91	32,01	64,26	Colombia	48,97	39,1	80,1	27,78	19,66	53,51

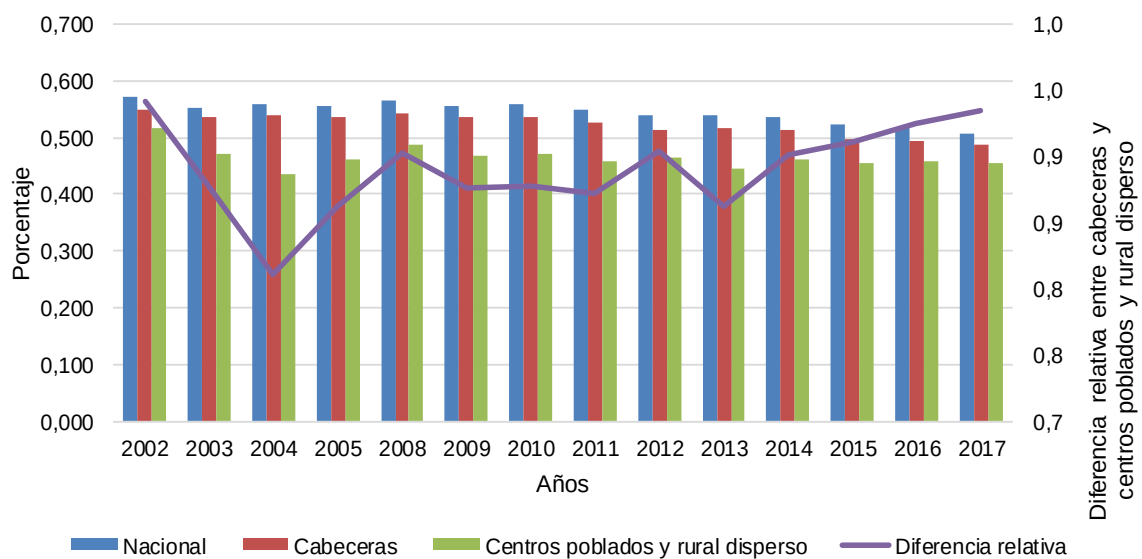
Fuente: IPM: Cálculo DNP-SPSCV con datos del Censo 2005. INB: DANE, Censo 2005, Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, total, cabecera y resto, según departamento y total nacional, a 30 de junio de 2012.

Gráfico 21. Incidencia de pobreza monetaria extrema según área, 2002 a 2017



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2017).

Gráfico 22. Índice de Gini según área, 2002-2017



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2017).

En relación al comportamiento del Gini por ciudades: Pereira (0,401), Bucaramanga (0,406) y Cúcuta (0,426), registraron los menos valores para el coeficiente de Gini para 2017. En contraste con Quibdó (0,531), Riohacha (0,524) y Bogotá (0,498) que registraron valores superiores al coeficiente de Gini nacional. (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución de ingresos por rango salarial, 2006-2007

	2016	2017	Diferencia
Quibdó	0,536	0,531	-0,005
Riohacha	0,52	0,524	0,004
Total Nacional	0,517	0,508	-0,009
Bogotá	0,499	0,498	-0,001
Popayán	0,482	0,486	0,004
Florencia *	0,497	0,474	-0,023
Pasto	0,469	0,47	0,001
Santa	0,45	0,467	0,017
Medellín A.M	0,478	0,464	-0,014
Montería	0,463	0,463	0
Tunja *	0,493	0,463	-0,03
Valledupar	0,462	0,461	-0,001
Cali A.M	0,476	0,46	-0,016
Manizales A.M	0,478	0,455	-0,023
Neiva	0,459	0,453	-0,006
Armenia	0,465	0,452	-0,013
Villavicencio	0,452	0,452	0
Cartagena	0,46	0,449	-0,011
Sincelejo	0,459	0,443	-0,016
Barranquilla	0,433	0,44	0,007
Ibagué	0,43	0,429	-0,001
Cúcuta A.M	0,427	0,426	-0,001
Bucaramanga A.M	0,399	0,406	0,007
Pereira A.M	0,411	0,401	-0,01

Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (2016-2017). (*) corresponde a cambios estadísticamente significativos

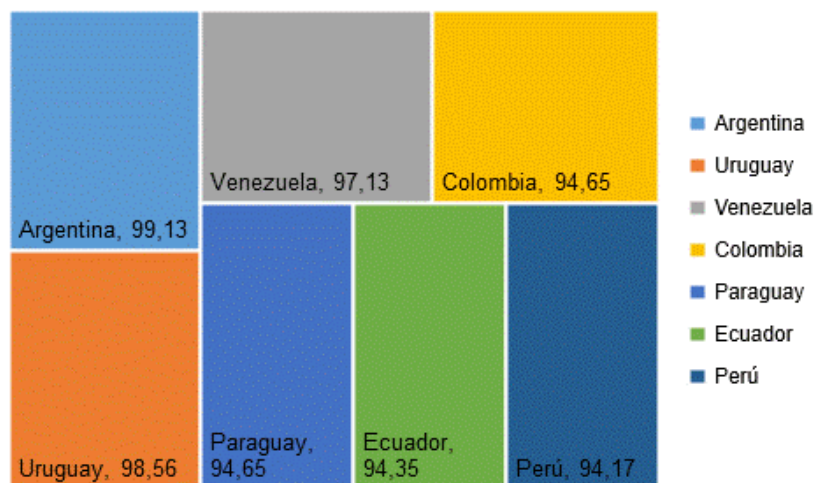
Educación

De acuerdo con las estimaciones del 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 escritura⁶⁵.

De acuerdo a datos del Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)⁶⁶, se estimó que para 2016, 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 (99,13), Uruguay (98,56%), Venezuela (97,13%), Colombia (94,65%), Paraguay (94,65%), Ecuador (94,35%) y Perú (94,17%). (Gráfico 23).

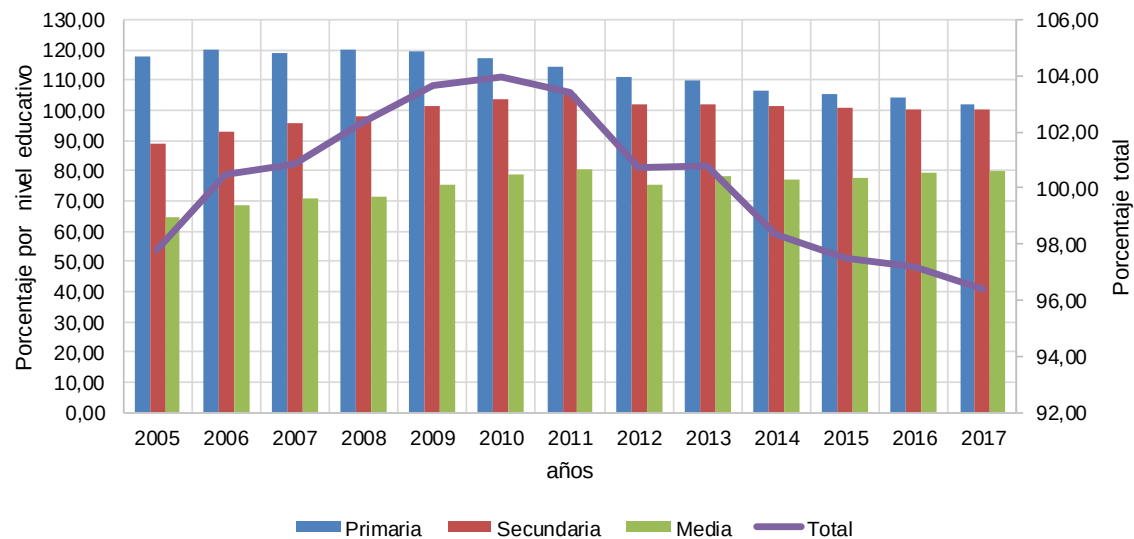
Gráfico 23. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) América Latina 2016



Fuente: Banco Mundial- UNESCO. Fecha de consulta: 10 de abril de 2019.

El Ministerio de Educación Nacional de Colombia reporta que entre 2005 y 2017 la tasa de cobertura bruta por niveles, entendida como la relación entre el número de estudiantes matriculados en un nivel educativo respecto a la población en edad teórica para cursarlo; ha tendido ligeramente al descenso, decayendo 16 puntos porcentuales en la primaria en la población entre 6 y 10 años, 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 12 y 15,2 puntos porcentuales. La cobertura total describe un descenso de dos puntos porcentuales⁶⁷. (Gráfico 24).

Gráfico 24. Tasa de cobertura bruta por niveles primaria, secundaria, media y total, 2005-2017



Fuente: Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Fecha de consulta: 10 de abril de 2019.

Entre 2005 y 2017 las Regiones Caribe y el Eje Cafetero y Antioquia describen coberturas brutas por encima del promedio nacional. Comportamiento diferente en el resto de las regiones que describen tasas por debajo del país. Sin embargo, las regiones de los Llanos y Caribe, muestran un incremento de 0,31 y 2,74 puntos porcentuales en el periodo analizado. Las Regiones describen un descenso que van desde 1,10 a 4,14 puntos porcentuales entre 2005 y 2014, El descenso por regiones para el Centro Sur Amazonía (1,10), Centro Oriente (1,66), Eje Cafetero y Antioquia (2,19) y Pacifico (4,14). (Gráfico 25)

Gráfico 25. Tasa de cobertura bruta por básica por regiones , 2005-2017



Fuente: Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Fecha de consulta: 10 de abril de 2019.



La salud
es de todos

Minsalud

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

Entidad territorial	Pobreza		Porcentaje de analfabetismo	Porcentaje de afiliación a subsidiado 2018	Porcentaje de urbanización 2019	Tasa de desempleo 2017
	IPM	NBI				
Vichada*	84,26	66,95	38,86	88,02	44,51	19,00
Chocó	85,79	79,19	41,72	85,88	49,07	9,80
Putumayo	76,34	36,01	20,23	83,09	50,33	12,70
La Guajira	79,72	65,23	48,81	83,07	54,82	6,50
Vaupés*	77,83	54,77	41,08	82,70	39,59	7,90
Sucre	73,10	54,86	38,56	81,59	68,37	9,10
Arauca*	59,15	35,91	26,74	80,27	64,00	23,40
Córdoba	79,64	59,09	37,60	79,78	53,21	9,10
Guainía*	78,83	60,62	33,56	79,74	29,94	12,50
Nariño	68,66	43,79	25,03	79,24	50,42	6,80
Caquetá	70,84	41,72	26,86	78,86	60,75	8,20
Guaviare*	74,95	39,89	31,33	76,34	60,68	12,00
Cauca	70,59	46,62	23,03	75,93	40,17	8,30
Cesar	66,71	44,73	31,99	71,13	75,85	10,90
Magdalena	69,68	47,68	30,55	70,12	74,77	7,40
Amazonas*	73,82	44,41	21,68	69,70	36,61	6,00
Huila	58,03	32,62	20,59	69,06	59,63	8,70
Norte de Santander	58,20	30,43	23,12	68,75	79,17	12,40
Bolívar	62,84	46,60	28,62	68,17	78,14	6,40
Tolima	54,59	29,85	22,40	58,88	69,25	10,10
Casanare	56,74	35,55	18,61	58,37	75,26	10,40
Boyacá	54,87	30,77	21,36	57,70	58,33	7,50
Atlántico	47,33	24,74	15,53	53,95	95,81	7,40
Meta	51,06	25,03	16,74	53,88	76,41	12,20
Quindío	41,61	16,20	14,49	46,56	88,14	13,50
Caldas	46,10	17,76	15,62	45,13	72,64	9,20
Santander	44,99	21,93	16,19	44,45	76,10	6,80
Risaralda	41,20	17,47	14,11	41,68	78,84	7,80
Valle del Cauca	38,78	15,68	12,11	40,65	87,74	11,50
Cundinamarca	41,38	21,30	15,31	38,04	68,19	8,00
Antioquia	44,29	22,96	18,28	37,40	78,77	10,20
San Andrés, Providencia	37,54	40,84	3,68	23,28	72,06	6,50
Bogotá	24,30	9,20	7,95	15,42	99,79	10,50
Colombia	48,97	27,78	18,50	48,29	76,96	9,40

Fuente: IPM (Índice De Pobreza Multidimensional): Departamento Nacional de Planeación (DNP), índice de pobreza multidimensional municipal, Cálculos DNP-SPSCV con datos Censo 2005. NBI: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a 31 de Diciembre de 2011. Porcentaje de analfabetismo: Departamento Nacional de Planeación (DNP), índice de pobreza multidimensional municipal, Cálculos DNP-SPSCV con datos Censo 2005.



La salud
es de todos

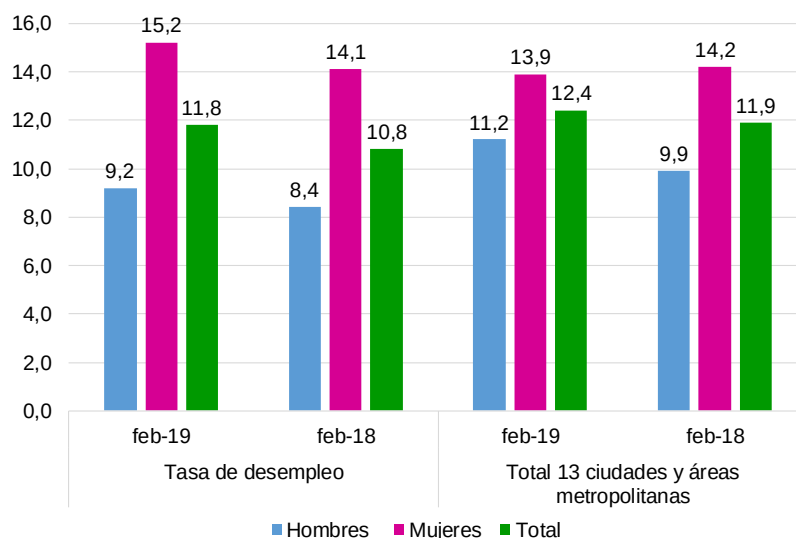
Minsalud

Desempleo

Para febrero del 2019, el DANE estimó que la tasa de desempleo nacional fue de 11,9% con respecto al mismo mes en 2017 (10,8), muestra un incremento de un punto porcentual. La tasa global para las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue de 12,4%, la tasa de ocupación fue de 57,6%. (Gráfico 24) Para febrero de 2019, las ciudades que registraron las mayores tasas de desempleo fueron: Quibdó (20,3%), Armenia (18,4%) y Cúcuta A.M (17,7%). En comparación con las ciudades que presentaron las menores tasas de desempleo fueron: Barranquilla A.M (7,8%), Cartagena (8,0%) y Pereira A.M (8,8%). (Tabla 8)

Para hombres y mujeres se observa incremento de la tasa de desempleo de 0,8 y 1 punto porcentual respectivamente. Asimismo, la brecha se ha mantenido en 6 puntos porcentuales entre hombres y mujeres en febrero del 2018 y el mismo mes del 2019 para este indicador. Este comportamiento se describe a nivel nacional y en las 13 ciudades y áreas metropolitanas. (Gráfica 26)

Gráfico 26. Tasa de desempleo por sexo. Colombia y 13 ciudades y Áreas metropolitanas a febrero 2018 y 2019



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

Tabla 8. Tasa de desempleo por 13 ciudades y Áreas metropolitanas y Colombia, febrero 2018 y 2019

Territorio	TD (Feb 2019)	TD (Feb 2018)	Variación en TD
Quibdó	20,3	16,3	-4,0
Armenia	18,4	16,4	-2,0
Cúcuta AM	17,7	18,7	1,0
Ibagué	17,3	14,9	-2,4
Riohacha	17,1	15,3	-1,8
Florencia	16,7	14,1	-2,6
Valledupar	16,4	14,7	-1,7
Villavicencio	13,6	13,3	-0,3
Manizales AM	13,6	12,4	-1,2
Tunja	13,4	10,6	-2,8
Cali AM	12,9	12,6	-0,3
Bogotá DC	12,9	11,7	-1,2
Medellín AM	12,8	12,8	0,0
Neiva	12,8	12,6	-0,2
Total 23 ciudades y AM	12,5	11,8	-0,7
Total 13 ciudades y AM	12,3	11,7	-0,6
Montería	12,1	11,4	-0,7
Popayán	11,9	11,4	-0,5
Sincelejo	11,5	10,3	-1,2
Bucaramanga AM	10,6	9,5	-1,1
Santa Marta	10,1	8,5	-1,6
Pasto	10,0	10,7	0,7
Pereira AM	8,8	10,2	1,4
Cartagena	8,0	8,1	0,1
Barranquilla AM	7,8	7,8	0,0
San Andrés*	6,6	7,2	0,6

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

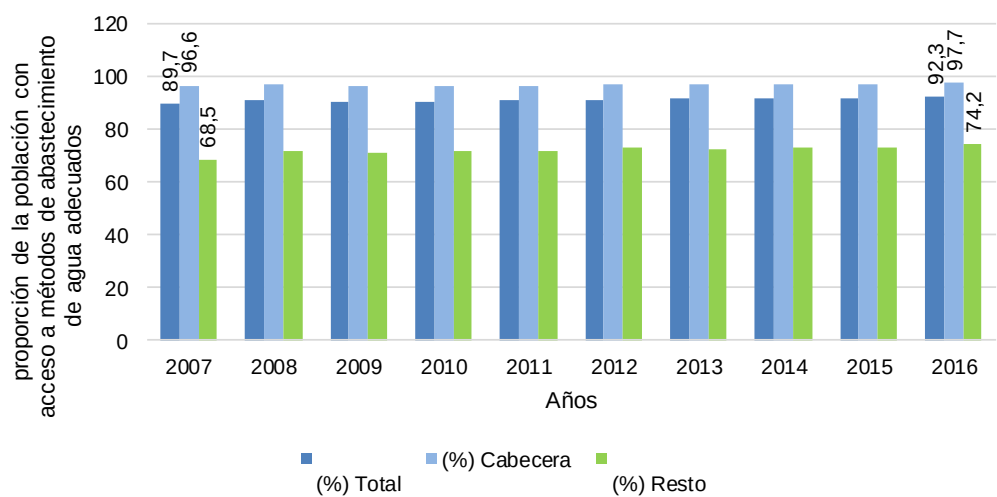
Circunstancias materiales: hogares y servicios públicos

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 incremento en un punto porcentual y en el total el aumento fue del tres puntos porcentuales. (Gráfico 27)

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 electrica y el 64,5% el de gas natural.

Gráfico 27. 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.



La salud
es de todos

Minsalud

De acuerdo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2018, en Colombia el 86,9% de la población tiene acceso a acueducto y el 74,7% a alcantarillado. El acceso a servicios es mayor en el área urbana o cabecera que en el área rural o resto. El 97,7 de los hogares reciben el servicio de energía eléctrica, el 64,4% el de gas natural, el 81,7% de los hogares tienen acceso a la recolección de la basura y el 29,2% disponen de telefonía fija. (Tabla 9)

Para 2018 Colombia incremento a 2 puntos porcentuales (p.p), en la cobertura de energía eléctrica, 29,1 puntos porcentuales en el gas natural, en 0,4 p.p en acueducto, 12 p.p. en alcantarillado, 6,4 en recolección de basuras y descendió en telefonía fija en 25,5 p.p. Este aumento en las coberturas en los servicios de acueducto y alcantarillado, 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 - 2018

	Energía eléctrica	Gas natural conectado a red pública	Acueducto	Alcantarillado	Recolección de basuras	Teléfono fijo
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 alcantarillado, muestra un rezago en las áreas rurales, principalmente para el servicio de alcantarillado en regiones del Caribe y Pacífica (Tabla 10).



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 2018 Bogotá (99,6%) y Valle del Cauca (95,7%) presentan los porcentajes más altos de hogares con acceso a este servicio. Los hogares de la región Central y Oriental son los que tienen mayor acceso al servicio de acueducto, este porcentaje fue 86,8% y 85,5% 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% (314).

Para 2018, el servicio de alcantarillado en la region Central fue del 74,6% y en la Oriental de 74,3% en los hogares, siendo las de mayor cobertura aunque todas las regiones presentaron un porcentaje de acceso a este servicio inferior al promedio nacional (74,7%). (Tabla 10)

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 137; seguido por Antioquia, con 90; Boyacá, con 39; Cauca, con 37; Tolima, con 36 y Santander con 35. Este tipo de infraestructura no ha sido implementada en la misma cantidad en zonas como Amazonas y Guaviare, que no cuenta con ninguna. (Tabla 11)



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 10. Cobertura de servicios públicos Colombia 2018

Región	Total de hogares	Energía eléctrica	Gas natural conectado a red pública	Acueducto	Alcantarillado	Recolección de basuras	Teléfono fijo
Bogotá	2.808	99,9	92,9	99,6	99,6	99,3	56,9
San Andrés	21	99,8	.	50,5	28,3	99,8	14,9
Antioquia	2.147	99,3	57,0	86,4	77,8	87,0	42,0
Valle del Cauca	1.542	99,3	77,6	95,7	89,3	95,6	37,4
Oriental	2.730	98,9	62,3	85,5	74,3	78,8	19,4
Central	1.821	98,3	62,8	86,8	74,6	77,8	21,1
Pacífica	1.125	95,4	14,0	71,0	41,5	52,7	6,0
Caribe	2.870	94,2	64,3	81,8	57,2	72,6	15,7
Orinoquía - Amazonía	429	88,0	24,9	62,0	52,6	62,7	2,1
Total nacional	15.493	97,7	64,4	86,9	74,7	81,7	29,2

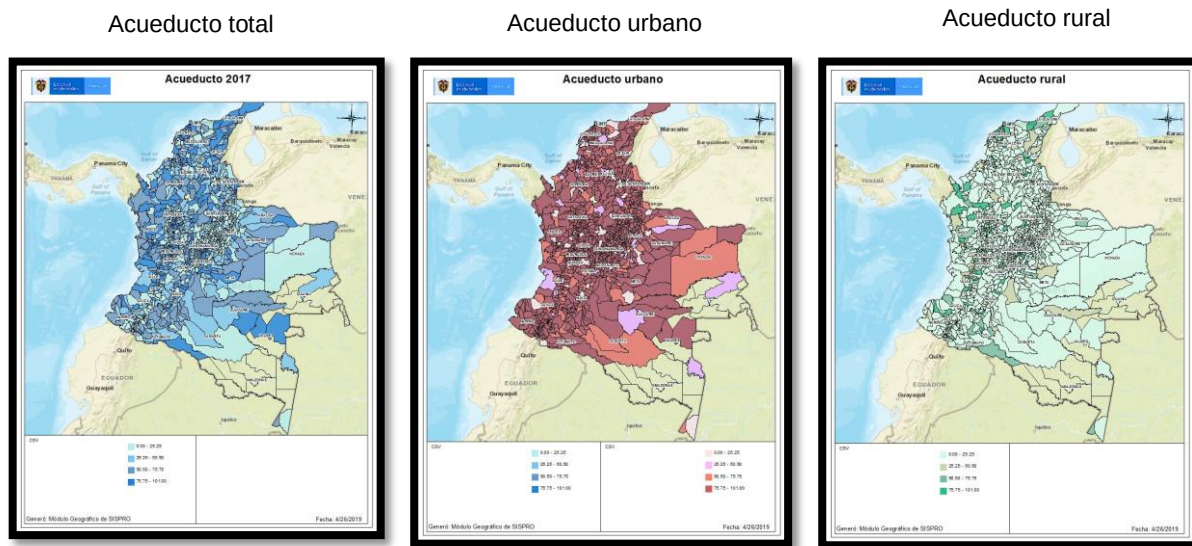
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta de Calidad de Vida.

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

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

Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

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



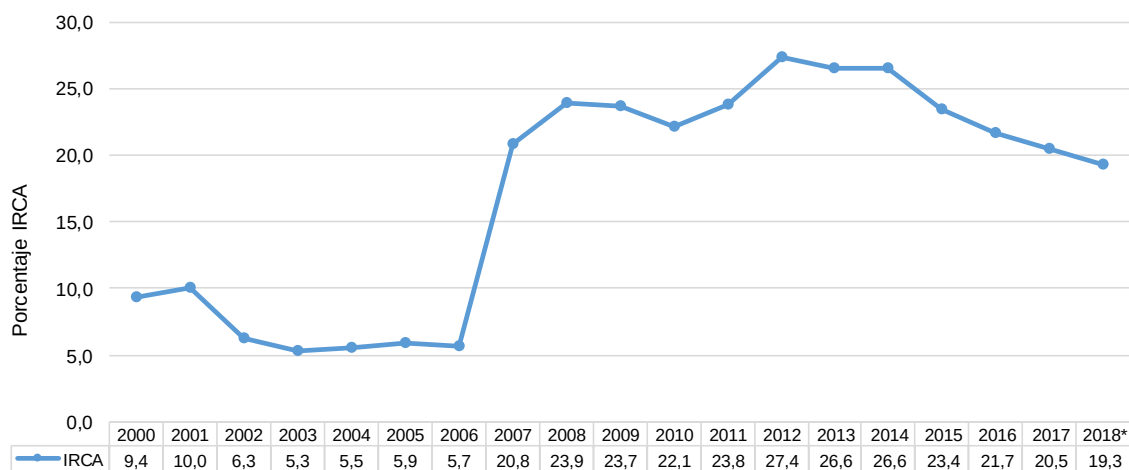
Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - Sistema Único de Información (SUI), consultado el 26 de abril de 2019.

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 en el país se ha mantenido entre 9,4 y 19,3 entre 2000 y mayo de 2018, lo cual indica que el nivel de riesgo es medio. (Gráfico 28)

Entre 2017 y 2018, aumento el número de departamentos con riesgo alto, de 4 en 2017 a 5 en 2018, Norte de Santander y Vichada, paso de riesgo alto a medio y bajo respectivamente. Córdoba y Guaviare pasaron de riesgo bajo a sin riesgo; mientras que Magdalena, Sucre y Tolima parason de riego medio a bajo; Nariño, Putumayo y Vaupés pasaron de riesgo medio a alto; Santander paso de riesgo medio a bajo; Quindío de riesgo medio a sin riesgo y Risaralda de sin riesgo a bajo riesgo. Persistieron en el 2018 con riesgo alto en los departamentos de Caldas y Huila. (Mapa 20)

Gráfico 28. Riesgo para el Consumo de Agua potable 2000 - 2018



Fuente: SIVICAP -Instituto Nacional de Salud

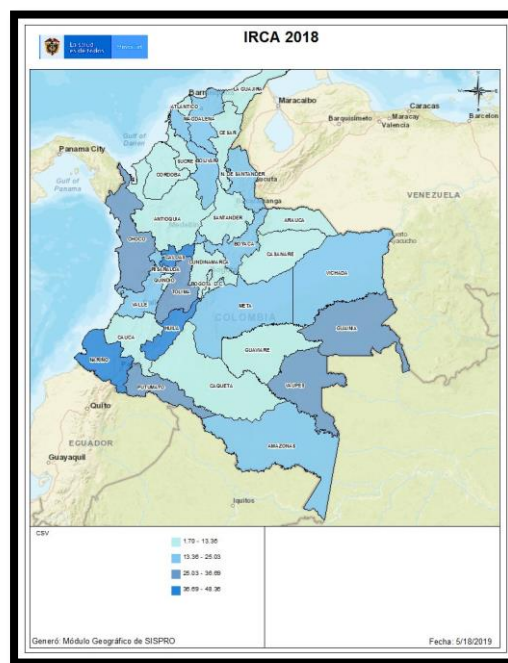


La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 20. Riesgo para el Consumo de Agua potable de Colombia, 2018

Departamento	Muestras	IRCA Total	Nivel_riesgo
Caldas	2.135	44,09	Alto
Vaupés	97	36,60	Alto
Huila	2.959	47,36	Alto
Nariño	3.936	43,98	Alto
Bogotá, D.C.	3.108	6,31	Bajo
Cesar	687	12,29	Bajo
Sucre	804	12,69	Bajo
Caquetá	387	10,17	Bajo
Córdoba	844	7,54	Bajo
Casanare	984	9,90	Bajo
Atlántico	1.832	11,20	Bajo
Santander	2.026	6,74	Bajo
Guaviare	137	7,90	Bajo
Cauca	2.015	11,02	Bajo
Cundinamarca	3.504	7,98	Bajo
La Guajira	385	11,64	Bajo
Meta	507	18,80	Medio
Bolívar	1.537	24,46	Medio
Risaralda	1.818	17,43	Medio
Tolima	1.340	26,10	Medio
Amazonas	119	21,67	Medio
Boyacá	4.007	24,74	Medio
Chocó	33	25,14	Medio
Magdalena	1.272	21,02	Medio
Norte de Santander	542	14,90	Medio
San Andrés	305	27,12	Medio
Valle del Cauca	3.888	19,92	Medio
Putumayo	342	25,38	Medio
Guainía	69	32,78	Medio
Vichada	304	17,32	Medio
Quindío	528	2,97	Sin riesgo
Arauca	707	1,70	Sin riesgo
Antioquia	8.508	3,76	Sin riesgo



Fuente: SIVICAP -Instituto Nacional de Salud

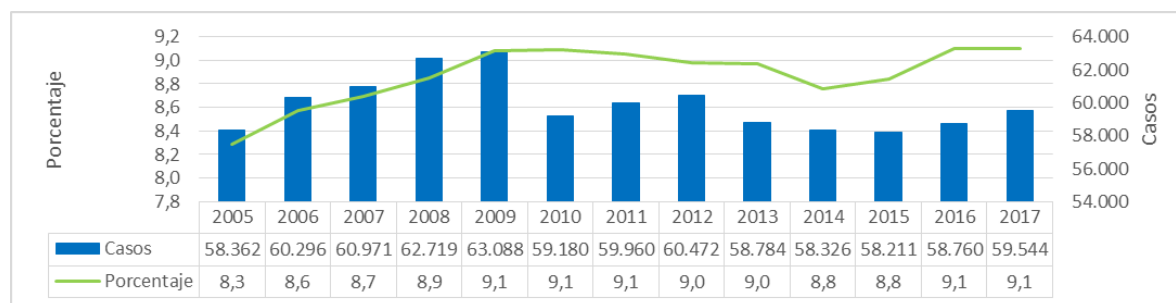
Seguridad alimentaria

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 2017 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 778.673 recién nacidos pesaron menos de 2.499 gramos, para un promedio anual de 59.898 y una desviación estándar de 1.598. (Gráfico 29)

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 infantil⁶⁸ . 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.

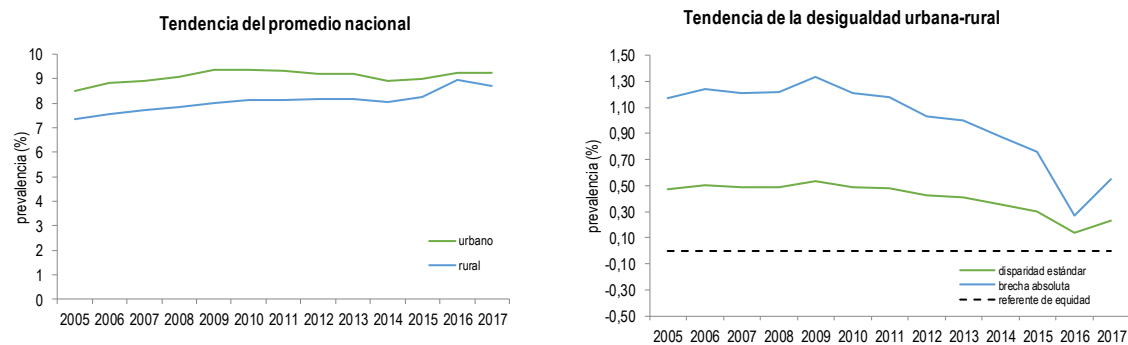
Gráfico 29. Porcentaje de bajo peso al nacer, Colombia 2005-2017



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

Entre 2016 y 2017 la proporción de bajo peso al nacer en Colombia a nivel urbano ha oscilado entre los 9,23 y 9,25 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, sin embargo, 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, describe la desigualdad por área decreciente.(Gráfico 30)

Gráfico 30. Comportamiento del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para el bajo peso al nacer, Colombia, 2005-2017



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

En 2017, el Distrito Capital de Bogotá (13,2%) y los departamentos de Cundinamarca (11,0%), Chocó (10,3%), Boyacá (9,6%), Antioquia (9,6%), Archipiélago de San Andrés (9,4%), Nariño (9,2%) y La Guajira (9,1%) 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)

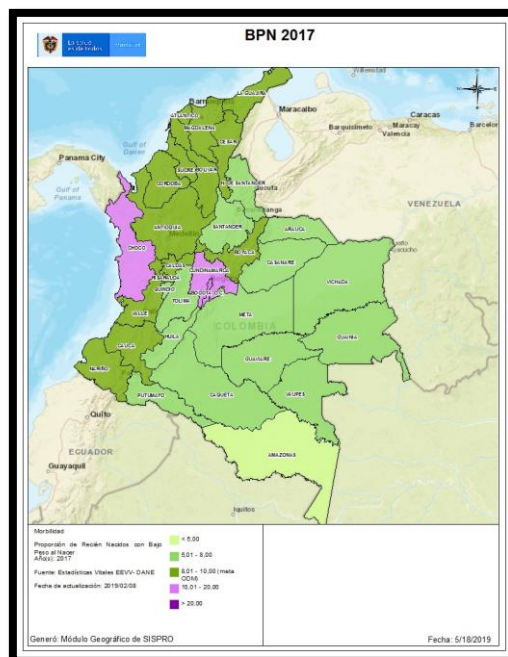


La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 21. Bajo peso al nacer según departamento, 2017

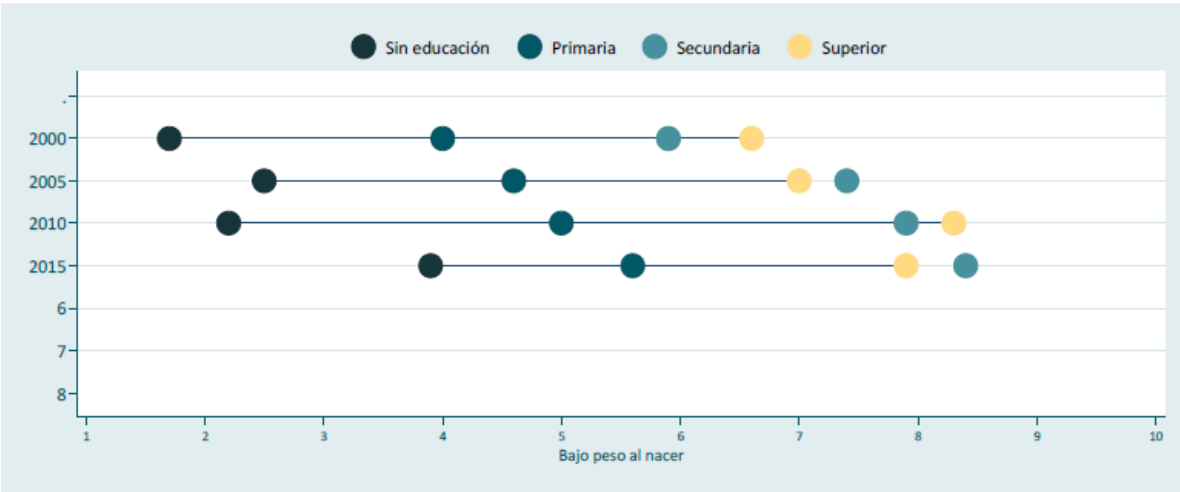
Departamento	BPN 2017
Bogotá, D.C.	13,2
Cundinamarca	11,0
Chocó	10,3
Boyacá	9,6
Antioquia	9,6
Archipiélago de San Andrés	9,4
Nariño	9,2
La Guajira	9,1
Sucre	8,8
Valle del Cauca	8,6
Risaralda	8,6
Atlántico	8,5
Caldas	8,4
Magdalena	8,3
Cauca	8,3
Cesar	8,3
Córdoba	8,1
Bolívar	8,1
Quindío	7,7
Santander	7,5
Guainía	7,1
Vaupés	7,1
Huila	6,9
Tolima	6,8
Vichada	6,5
Norte de Santander	6,4
Caquetá	6,4
Arauca	6,3
Meta	6,1
Casanare	6,1
Putumayo	5,8
Guaviare	5,3
Amazonas	5,0
Colombia	9,1



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

De acuerdo con los datos de la ENDS, el bajo peso al nacer es más frecuente en los hijos de mujeres con nivel educativo superior. Los patrones de las desigualdades en el bajo peso nacer según nivel de educación de la madre, que se muestran en la gráfica conocida como equiplot, se observa que la desigualdad se mantienen en el tiempo para las madres sin educación y con primaria con respecto a las que tienen más educación. (Gráfico 31)

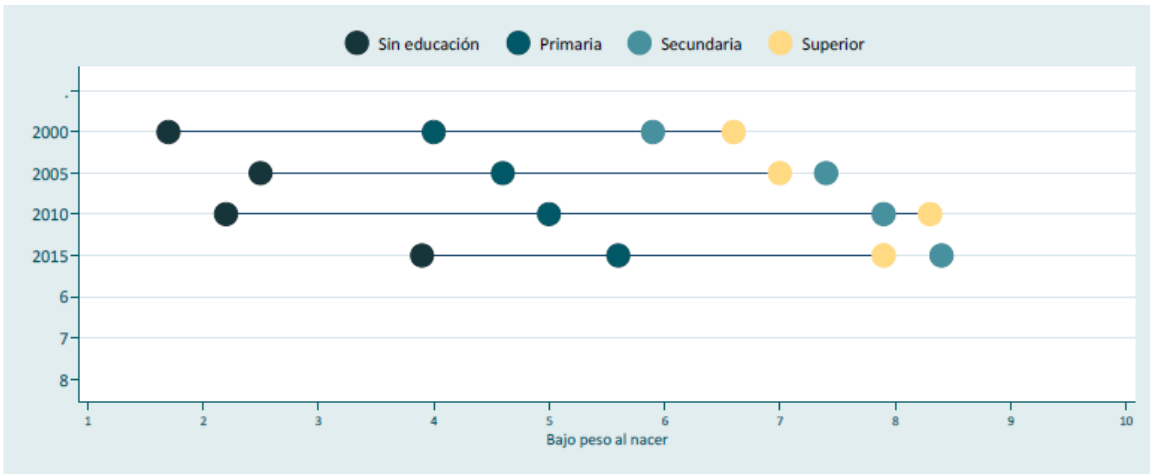
Gráfico 31. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel educativo de la madre, 2000, 2005-2010 - 2015



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

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 en los departamentos más pobres multidimensinalmente. En 2015, el quintil más alto tiene el 64,1% más de los niños con bajo peso al nacer comparadon el quintil más bajo de pobreza. La desigualdad a través del tiempo ha venido aumentado en especial en el mas bajo y bajo quintil de riqueza. (Figura 32)

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.



La salud
es de todos

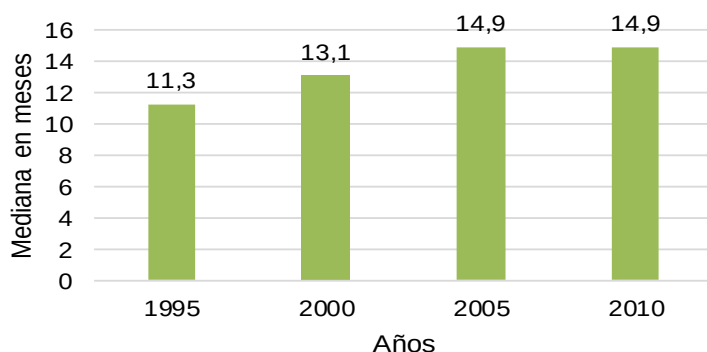
Minsalud

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”⁶⁹. La lactancia materna es una de las formas más eficaces para prevenir la malnutrición y a largo plazo disminuye el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad y diabetes tipo II; además, los niños que la reciben obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia. Desafortunadamente, en el mundo solo el 40% de los lactantes menores de seis meses reciben lactancia materna de forma exclusiva⁷⁰.

“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 dentro de la salud pública que la OMS mantiene bajo continua revisión”⁶⁹. 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. Según la ENSD 2010, la lactancia materna exclusiva entre las mujeres entrevistadas con niños menores de tres años fue apenas de 1,8 meses en mediana y disminuyó en 0,4 meses con respecto a 2005. La mediana de duración de lactancia materna total fue de 14,9 meses tanto para 2005 como para 2010; sin embargo, la mediana de lactancia materna exclusiva fue de 1,8 meses, los lactantes indígenas reciben 2,10 meses de lactancia exclusiva, lo cual es un 17% más que en la población general; por su parte, el grupo afro lacta exclusivamente durante 0,80 meses. Existen pequeñas diferencias por área, siendo de 1,80 en la urbana y 1,70 en la rural⁶⁹. (Gráfico 33)

Gráfico 33. Mediana de lactancia materna total, Colombia 1995, 2000, 2005 y 2010



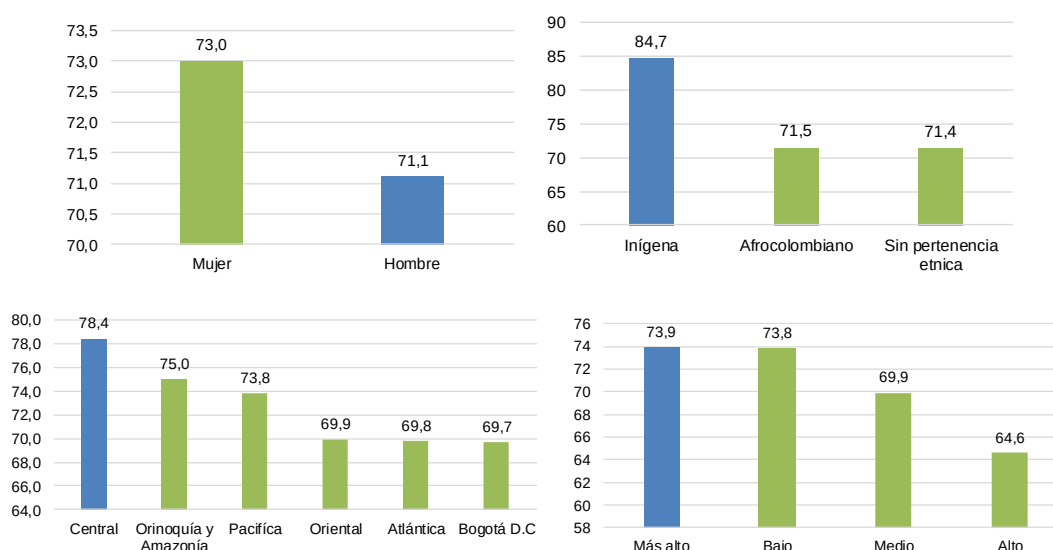
Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 1995-2010.

La ENSIN reporta que para 2010 el 96% de los niños nacidos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta fueron amamantados alguna vez. El 56,6% inició el amamantamiento durante la primera hora y el 19,7% el primer día de nacido.No hay diferencias por sexo, etnia, nivel de SISBÉN, nivel de escolaridad de la madre, asistencia o lugar del parto, área o región, pues todos los porcentajes superan el 90%⁶⁹.

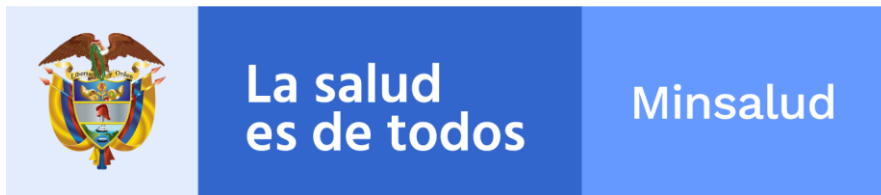
Además,la encuesta informa que el 70,4% (12.871) de las mujeres recibieron asesoría por parte del personal de salud de cómo iniciar la práctica de la lactancia materna en el momento del nacimiento del niño o la niña o al primer o segundo día durante su estadía en la institución de salud; y que el 42,8% (575) de los últimos hijos amamantados de 0 a 5 meses, que viven con su madre, recibieron lactancia materna el día anterior a la encuesta⁶⁹.

El inicio temprano de la lactancia materna se incremento 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 afrocolombiano 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 34)

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



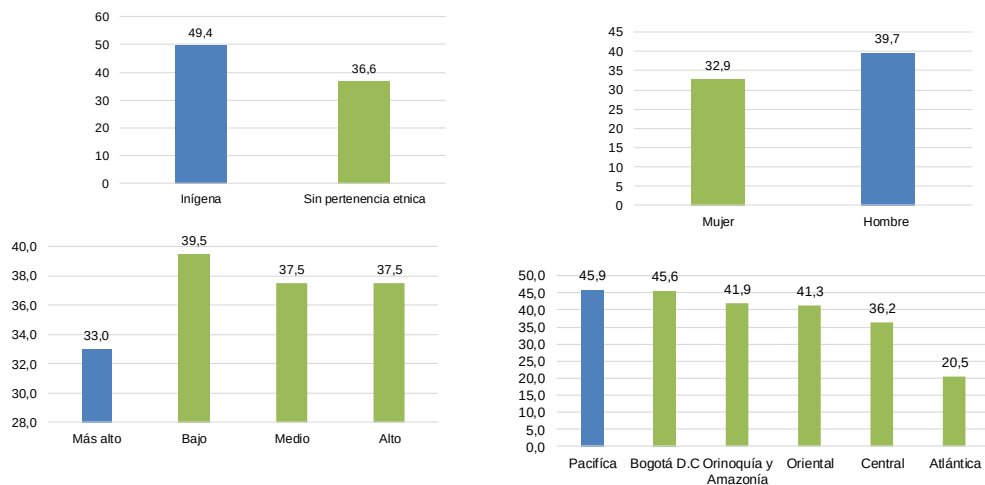
Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 2015.



La lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad se incremento en 25,4 puntos porcentuales entre 1990 y 2015 pasando de 10,7% a 36,1% respectivamente. Sin embargo, comparado con el quinquenio inmediatamente anterior (42,8% para 2010) descendió 6,7 puntos porcentuales.

En 2015 la lactancia materna en el mundo fue de 43,0% y en Latinoamérica y el Caribe fue del 32%⁷¹, los niños menores de seis meses reciben siete puntos porcentuales más lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, este mismo comportamiento se observa en la población indígena 49 de cada 100 niños indígenas tienen inicio temprano de la lactancia materna, es decir alrededor de 12,8 puntos porcentuales más que el resto de la población. En la región Pacífica, 45,9 de cada 100 niños menores de 6 meses reciben lactancia exclusiva, alrededor de 9,8 puntos porcentuales más alto que el país (36,1%). El quintil más bajo de riqueza resgita 4,5 puntos porcentuales menos que el quintil más alto de riqueza. (Gráfico 35)

Gráfico 35. Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad, Colombia 2015



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



La salud
es de todos

Minsalud

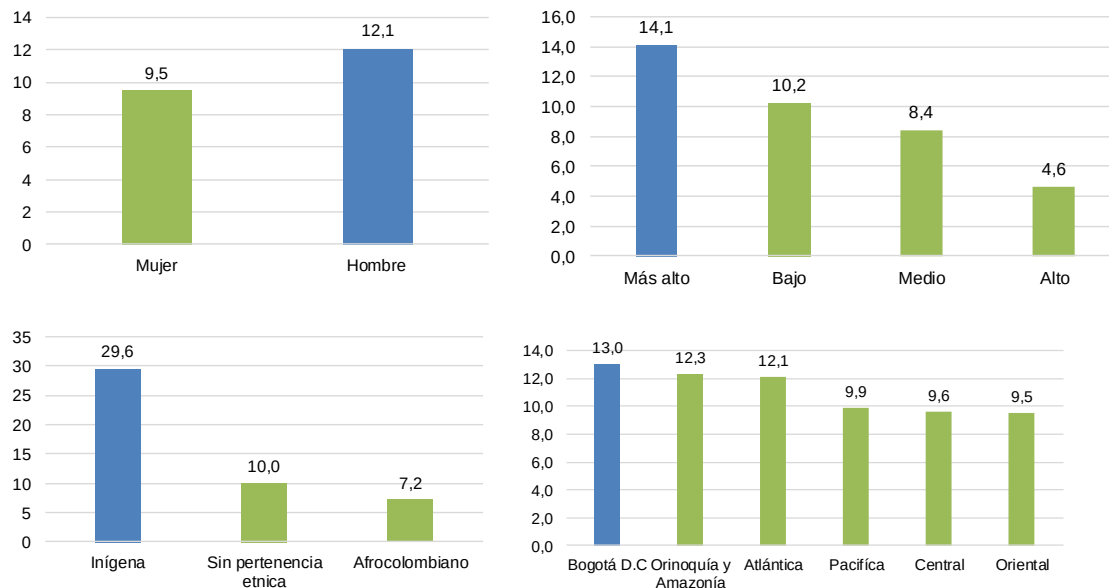
Desnutrición crónica en menores de cinco años ó talla baja para la edad

Los efectos de la 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 y limita el aprendizaje y 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 (26,1%) y 2015 (10,8%) descendió 15,3 puntos porcentuales y 2,4 puntos porcentuales descendió en comparación con 2010 (13,2%). En 2015, 10,8 de cada 100 menores de cinco años tenían desnutrición crónica en 2015. Así mismo, este tipo de desnutrición resulta más común en los grupos reconocidos como indígenas, donde uno de cada tres niños la padece y cuya prevalencia de 29,6 es 2,7 veces mayor que la nacional. La prevalencia de esta desnutrición en el pueblo afro es de 7,2 reflejando la diversidad cultural y de condiciones socioeconómicas de los grupos étnicos en Colombia⁶⁹.

Para 2015, la prevalencia de desnutrición crónica es un 71% mayor en el área rural que en el área urbana (9,0% y 15,4%, respectivamente). 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 20% de los niños incluidos en la encuesta y es significativamente más alta que el indicador nacional⁶⁹. 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). En Bogotá D.C., 13 de cada 100 niños menores de 5 años tienen retraso en talla, es decir 2,2 puntos porcentuales más alto que Colombia (10,8). El quintil con menos riqueza, 10 puntos porcentuales más alto que el quintil más alto de riqueza. (Gráfico 36)

Gráfico 36. Desnutrición crónica en menores de cinco años, Colombia 2015

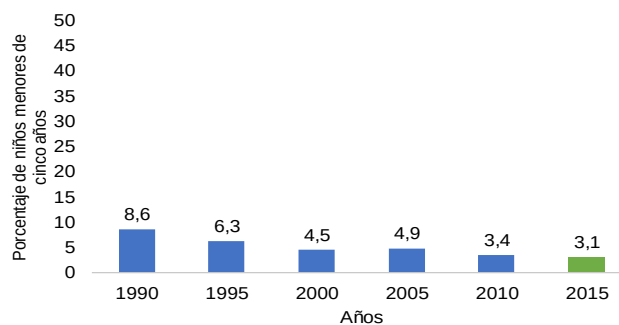


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 1990- 2015.

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 37)

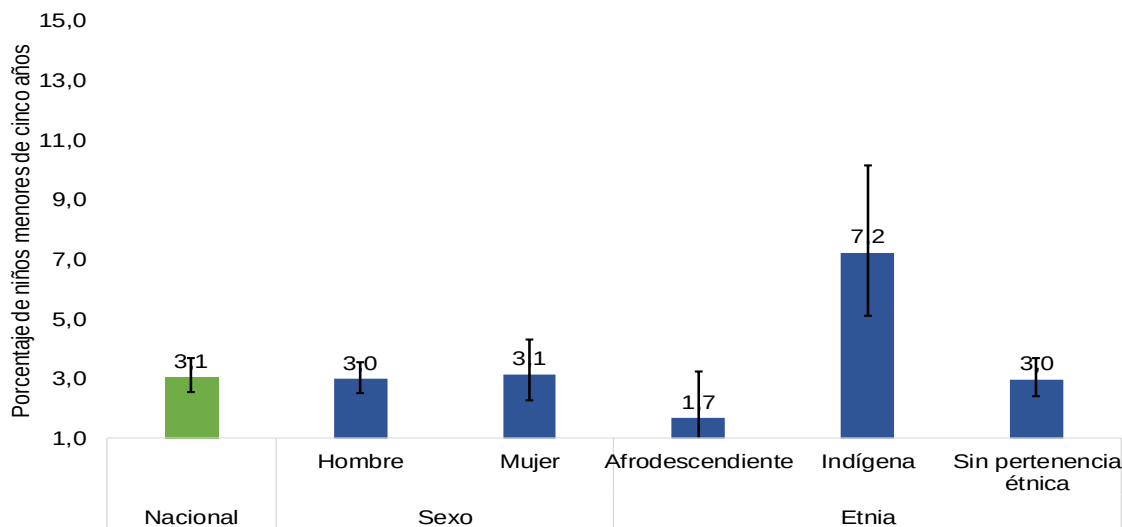
Gráfico 37. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años, Colombia 1990,1995, 2000, 2005, 2010 y 2015



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. La prevalencia de esta desnutrición en el pueblo afro es de 1,7. De la misma manera, se encuentran diferencias por área geográfica. La prevalencia de desnutrición global es un 48,1% mayor en el área rural que en el área urbana (4,0 y 2,7 respectivamente)⁶⁹.(Gráfica 38)

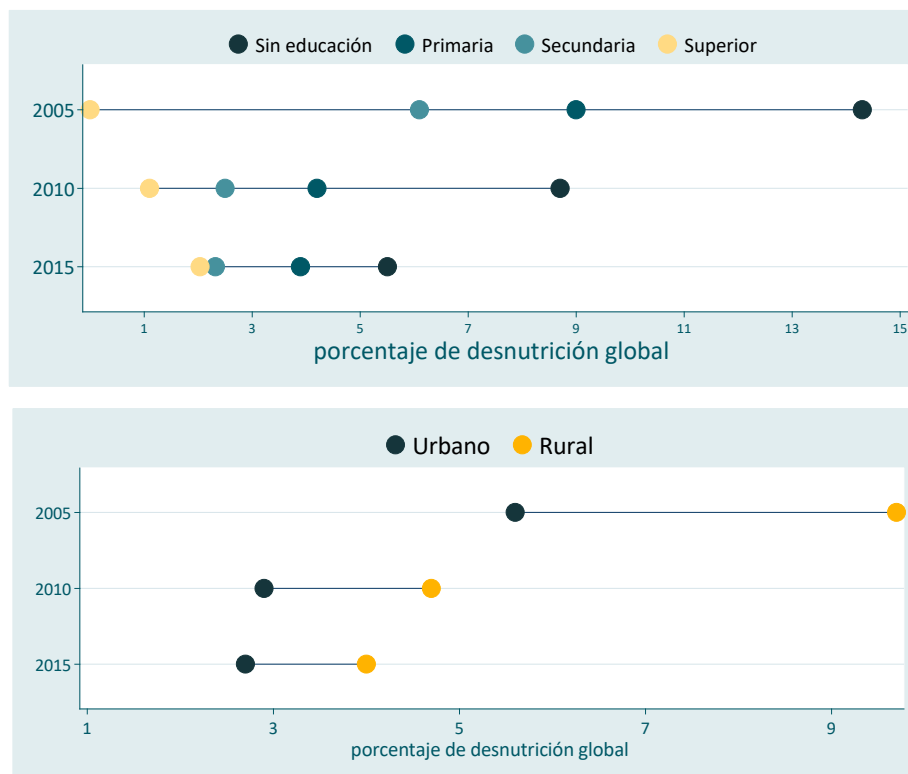
Gráfico 38. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según sexo y etnia, 2015



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 esta descendiendo. Asimismo, 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. (Gráfica 39)

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



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

Obesidad

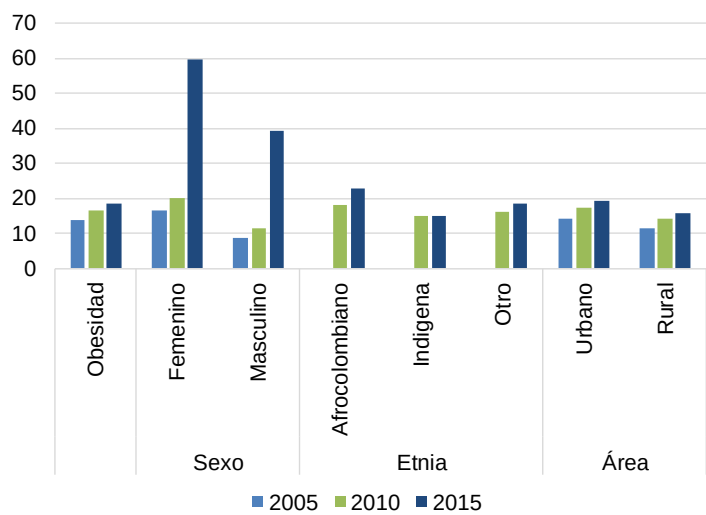
Según datos de la encuesta STEPS de la OPS, en 2016 el sobrepeso y obesidad en adultos, ajustada por edad en América Latina fue de 59,0%, los países que registraron valores por encima de la región fueron Argentina (66,2%), Uruguay (64,9%), Chile (64,7%), México (63,6%), República Bolivariana de Venezuela (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 America Latina⁷⁴.

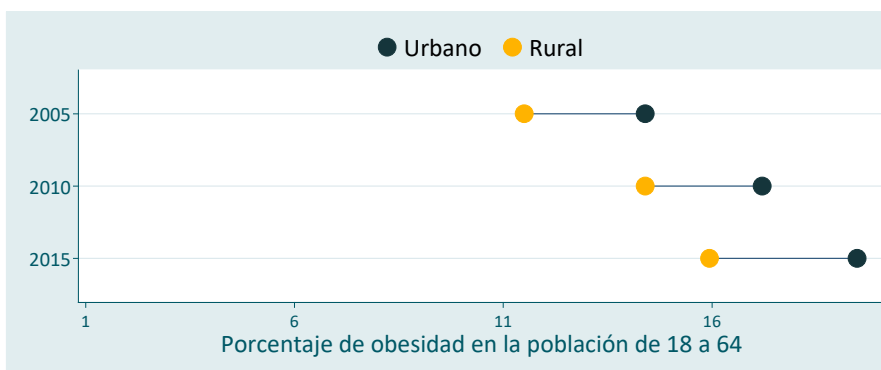
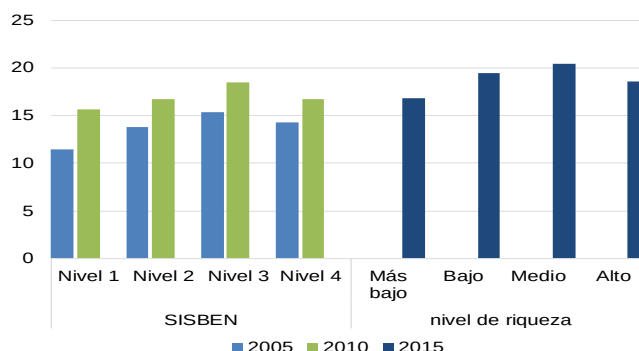
En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2015 es un 13,3% mayor que en 2010 al pasar 16,5 a 18,7 casos por cada 100 personas, asimismo, en 2010 fue un 20% mayor que en 2005, pasando de 13,70 a 16,50 casos por cada 100 personas. En 2015, la población con obesidad es un 55,7% mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (14,4%), con una diferencia absoluta de

8,0 mujeres obesas más por cada 100 personas; un 18,1% mayor en el área urbana (19,5%) que en la rural (15,9%), con una diferencia absoluta de 3,5 obesos más por cada 100 personas; un 34,8% mayor entre las personas que se autorreconocen como afro comparado con el grupo de los otros, para una diferencia absoluta de 8,0 obesos más; y es un 21,5% mayor en el quintil medio de riqueza (20,5%) con respecto al quintil más bajo de riqueza (16,8%), para una diferencia absoluta de 3,6 personas obesas más. (Gráfico 40)

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 graficada a través del equiplot, muestra que la desigualdad por área para la obesidad se ha mantenido a través del tiempo.(Gráfico 40)

Gráfico 40. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según gradientes, Colombia 2005, 2010 y 2015

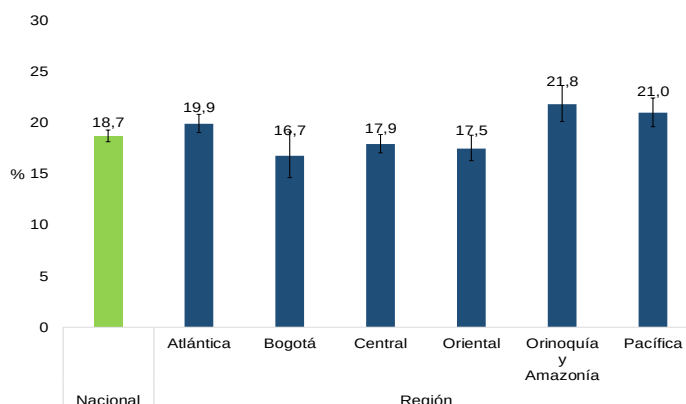




Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010, 2015

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 Bogota (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 41)

Gráfico 41. 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.



La salud
es de todos

Minsalud

Anemia

De acuerdo a 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 Afrodescendientes (33,0%) son los que se ven más afectados por este problema de salud pública. La anemia es un 40,3% más frecuente el quintil de riqueza bajo (26,8%) comparado con el quintil alto de riqueza (19,2), para una diferencia de ocho puntos porcentuales⁷⁵.

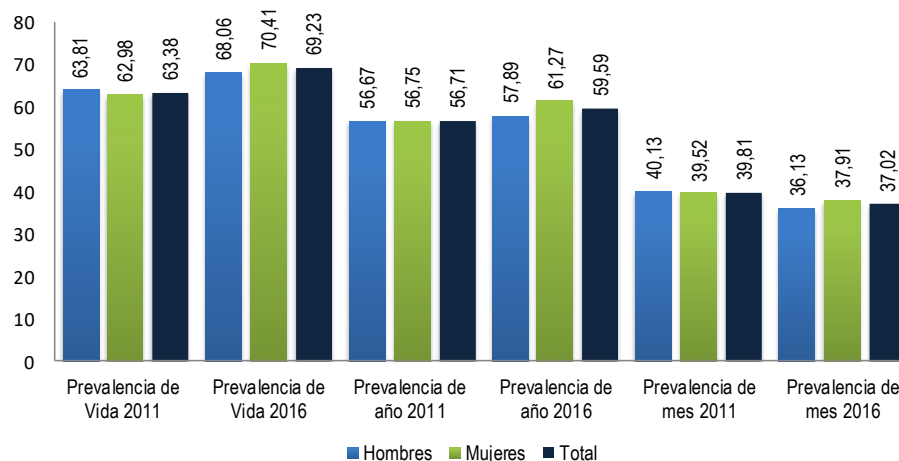
Factores conductuales, psicológicos y culturales

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 Latina⁷⁴.

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 69,2% 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 de últimos años en hombres se aumentó en 1,2 p.p. y en las mujeres 4,5 p.p. La prevalencia de meses descendió en hombres 4 p.p. en hombres y 2 p.p. en las mujeres. (Gráfico 42) 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 42. Prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol en escolares, Colombia* 2011 - 2016



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

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 Caqueta, 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 al 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)

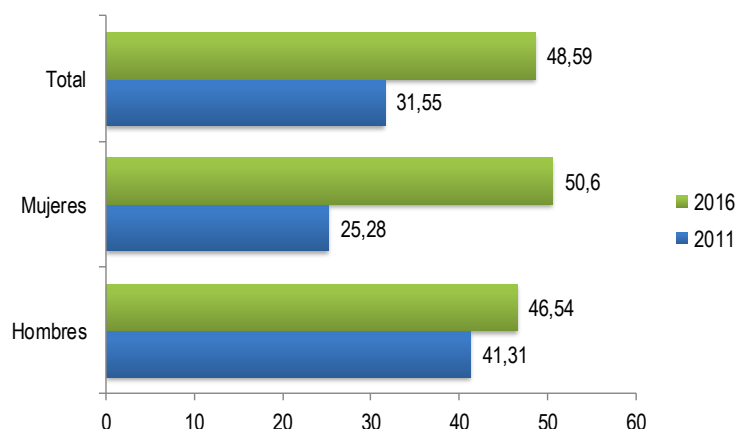
Tabla 12. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia, 2011 - 2016

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	↘

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. (^)No tienen desagregación representativa para departamentos, solo para la región.

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 43)

Gráfico 43. Incidencia en el último año de consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 - 2016

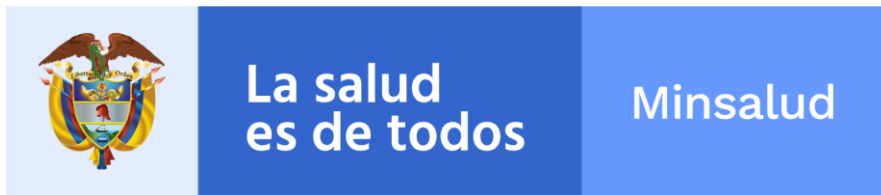


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, Ministerio de Salud y Protección Social. *2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

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

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

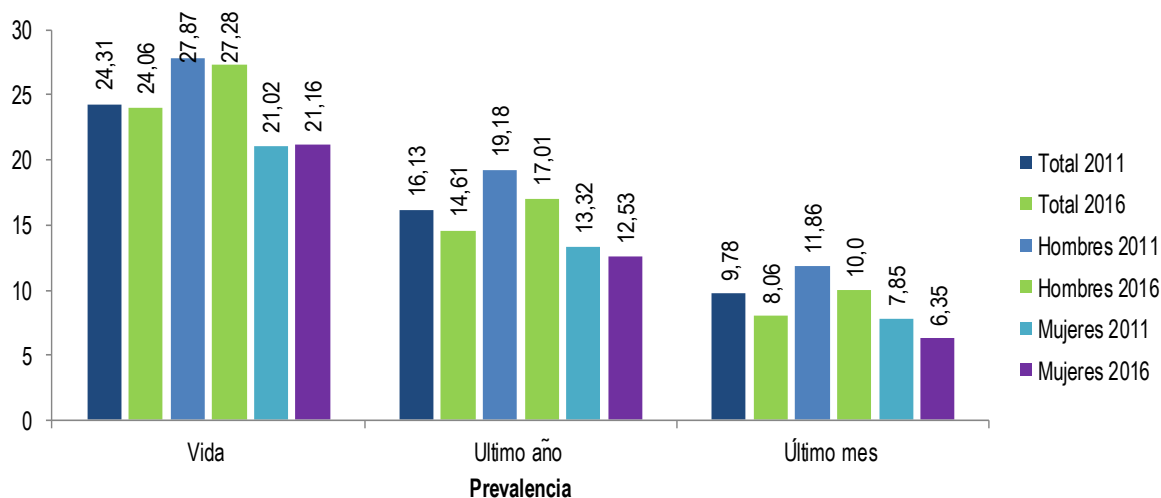
Según datos de la OPS, en 2016 la prevalencia de fumadores actuales de tabaco en adultos, ajustada por edad en América Latina fue de 15,3. En Chile (37,9), Bolivia (23,7*), Argentina (22,0), Uruguay (17,0), Uruguay (17,0), son países que registraron valores por encima de la región. En contraste, Brasil (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 tanto que en los 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. Este mismo comportamiento por sexo se registró en el consumo de tabaco en el último año y en el último mes. (Gráfico 44) 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).

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

Gráfico 44. Prevalencia de vida, del último mes y año de consumo de tabaco en escolares, Colombia 2011 - 2016



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

En 2016 Bogotá D.C., Nariño, Caldas, Arauca, Casanare, Vichada, Cundinamarca, Santander, Amazonas, Boyacá, Tolima y Antioquia resgitan prevalencias superior 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 al consumo de cigarrillo en el último mes. (Tabla 13)



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 13. Prevalencia de consumo de cigarrillo en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia, 2016

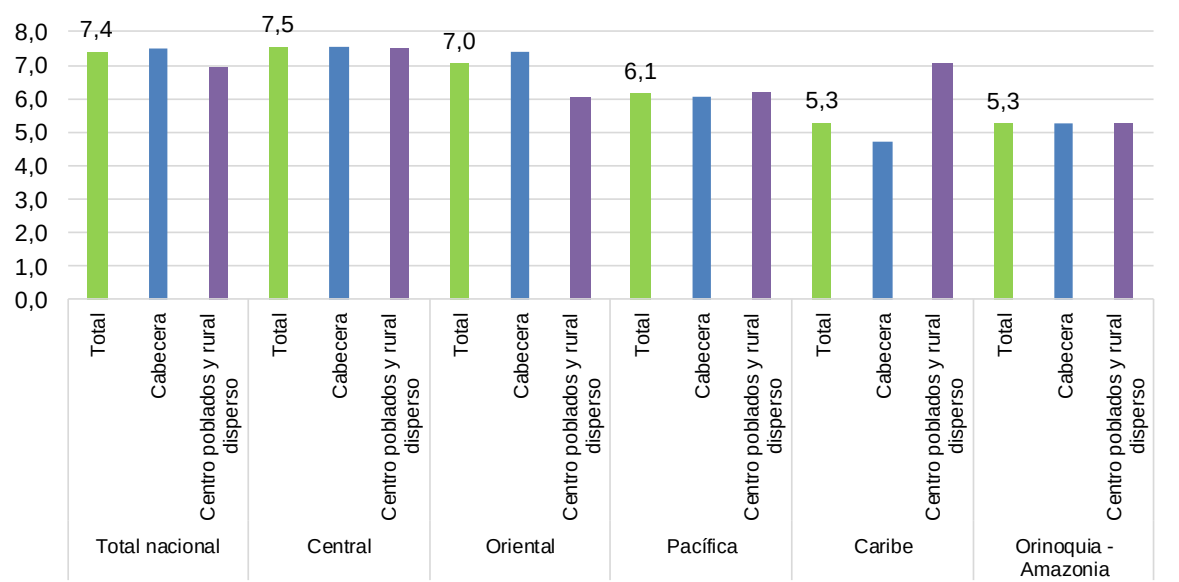
Departamento	2016
Bogotá	13,10
Nariño	13,10
Caldas	11,90
Arauca*	10,80
Casanare*	10,80
Vichada*	10,80
Cundinamarca	10,70
Santander	10,10
Amazonas	9,70
Boyacá	9,10
Tolima	8,90
Antioquia	8,20
Quindío	8,00
Cauca	7,10
Huila	7,00
Risaralda	6,50
Bolívar	6,10
Caquetá	5,90
Valle del Cauca	5,90
Córdoba	5,30
Meta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

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

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 registro 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 Amzonía (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%).

De acuerdo a 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 resgitró la frecuencia más baja (4,3%) (Gráfico 45)

Gráfico 45. Frecuencia de consumo de tabaco en personas de 10 años y más según regiones, Colombia 2018



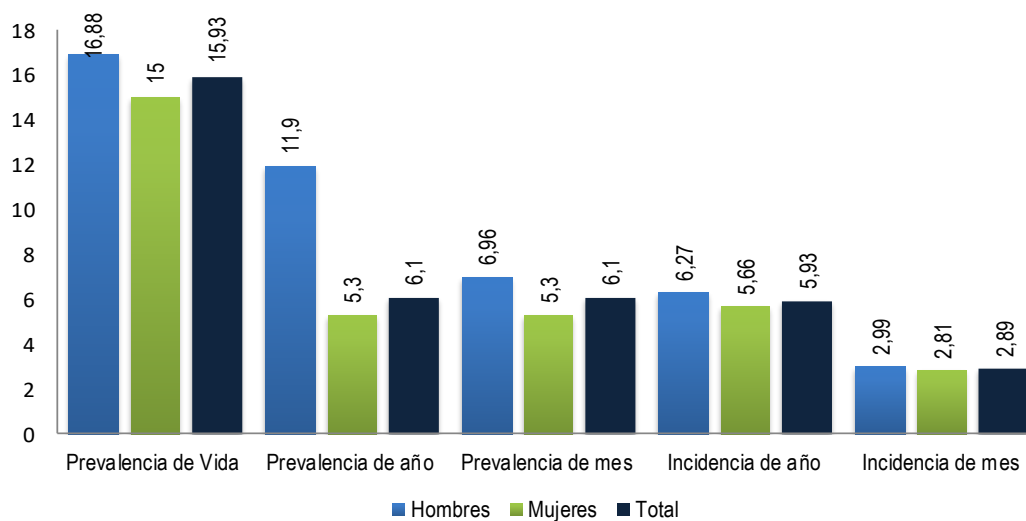
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2018, del DANE en Colombia 2018.

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 registro una diferencia de seis p.p por área de residencia de los estudiantes encuestados, el 16,8% vivian 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 1,16⁷⁶. (Gráfico 46)

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%)⁷⁶.

Gráfico 46. 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.

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

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

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 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.C⁷⁶. (Tabla 14)

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

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

Actividad física

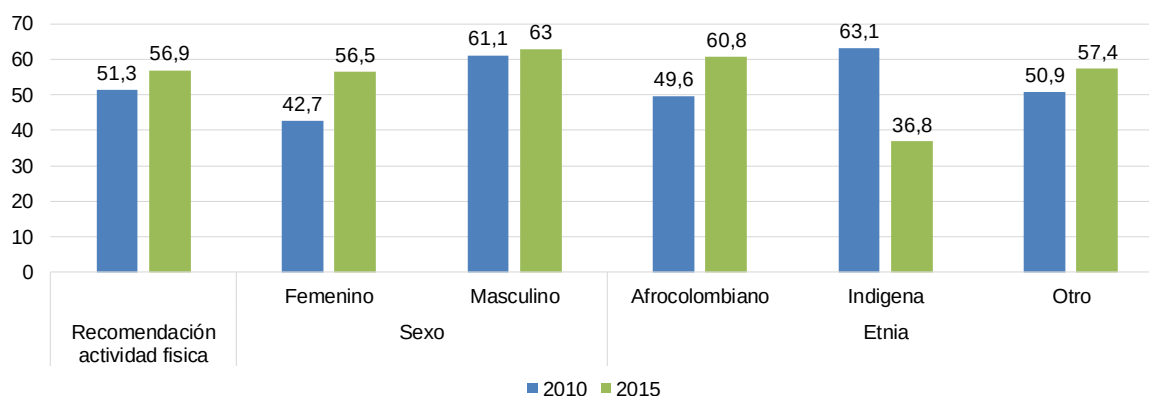
De acuerdo con los datos de la ENSIN 2015, en Colombia, el 31,1% de las personas entre 5 y 12 años cumplen con las recomendaciones de actividad física. En hombres, la prevalencia es un 37,6% más alta que en las mujeres; por cada 100 personas, 35,8 hombres más cumplen las recomendaciones que las mujeres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

El 13,4% de lo 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 recomendación 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 corresponde 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, se incremento 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 incremento en 13,5 p.p. La prevalencia de actividad física para los afrocolombiano 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 47)

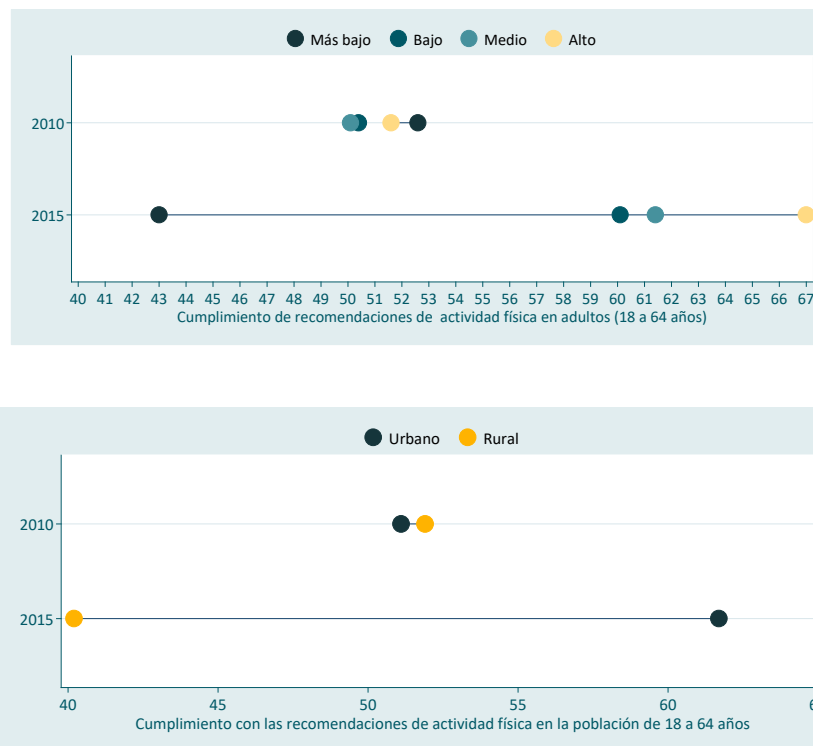
Gráfico 47. Porcentaje de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años por sexo, área, etnia y quintil de riqueza, 2010 y 2015



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 48)

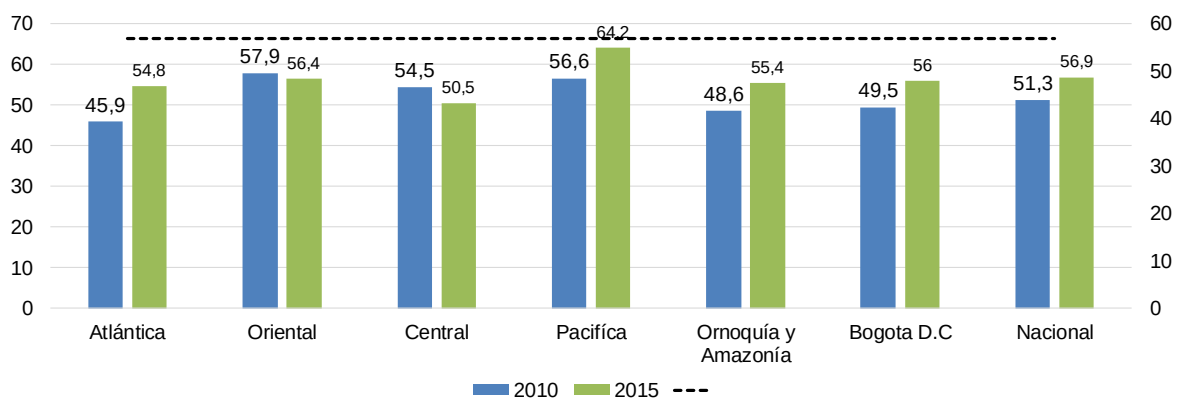
Gráfico 48. Equiplot del de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según índice de riqueza y área de residencia, 2010 - 2015



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, Ornoquía y Amazonía y Bogota D.C describen una tendencia creciente. (Gráfico 49)

Gráfico 49. 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

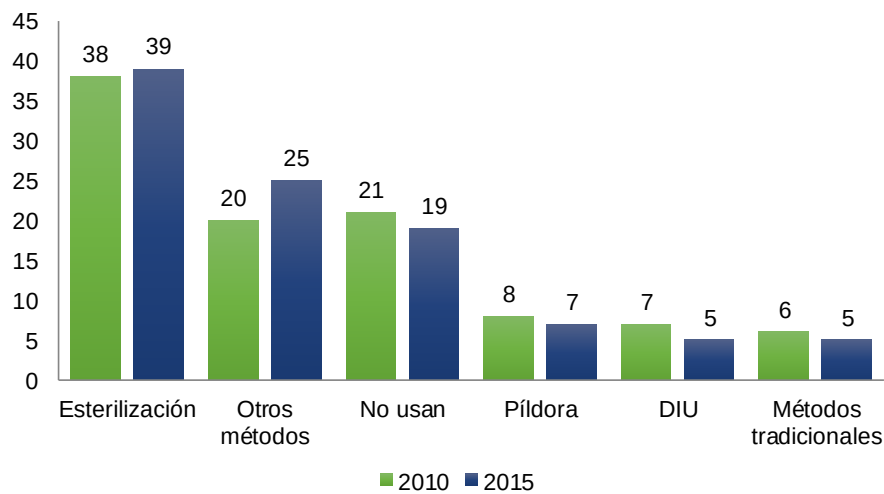
De acuerdo a los datos de la ENDS 2015, el conocimiento de los métodos de planificación es universal, entre las mujeres y hombres encuestados con edades entre 13 y 49 años; los métodos modernos específicos más reportados fueron el condón masculino (98,6%), píldora (97,6%) y la esterilización femenina (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 anticoncepción entre mujeres en unión de 15 y 49 años de edad se incremento en 2 puntos porcentuales, respectivamente. Otros métodos moderno aumento en cinco p.p el uso entre las mujeres unidas, los demás métodos se incremento en un p.p a excepción del uso del DIU, píldora y métodos tradicionales. (Gráfico 50)

Gráfico 50. Uso de méto 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 incremento 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.



La salud
es de todos

Minsalud

Entre 2005 y 2015, Guaviare (13,90), Casanare (10,10) Cauca (8,50), Magdalena (7,80), Caquetá (7,00), Cesar (6,40), Meta (6,30), Valle del Cauca (5,40), Norte de Santander (5,00) y Antioquia (4,70) 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

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

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



La salud
es de todos

Minsalud

Métodos anticonceptivos modernos

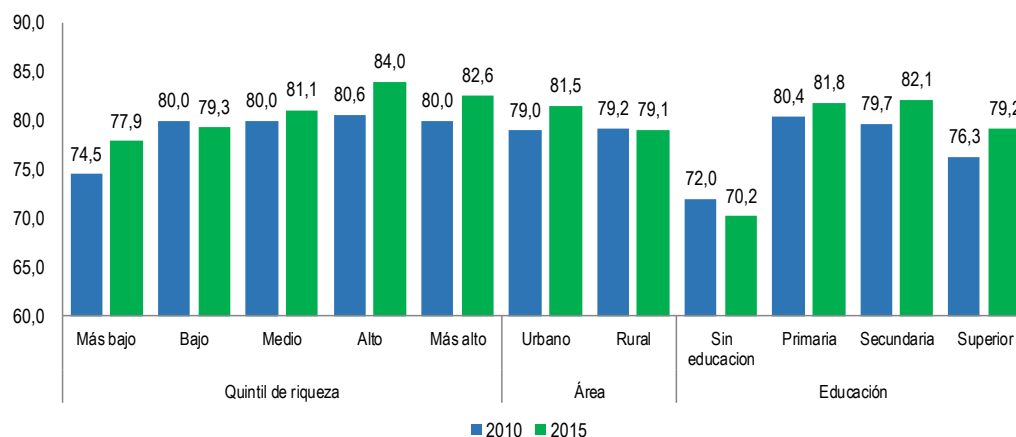
El uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres en edad fértil (15 -49) unidas ha ido en incremento tanto en el área urbana como la rural. En 1990 se observa que el uso de estos métodos era más bajo en la población rural que en la urbana, pero con el tiempo esta brecha ha desaparecido a tal 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 incremento 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 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 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 51 y 52)

Según el quintil de riqueza, se observa que entre 2010 y 2015, en todos con quintiles se incremento el uso de métodos de anticoncepción moderna en las mujeres con el 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 mas estrecha y se ha mantenido a través del tiempo. (Gráfico 52)

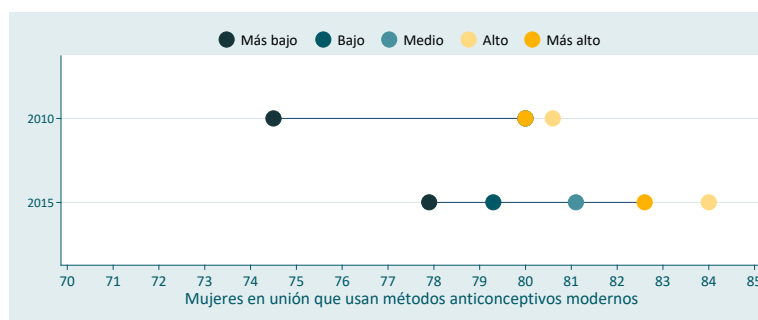
Gráfico 51. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015



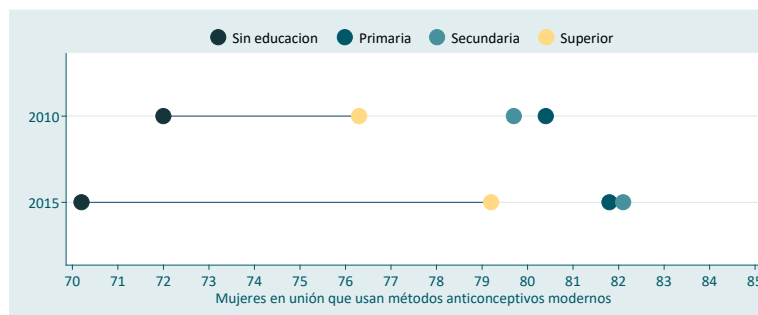
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015

Gráfico 52. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015

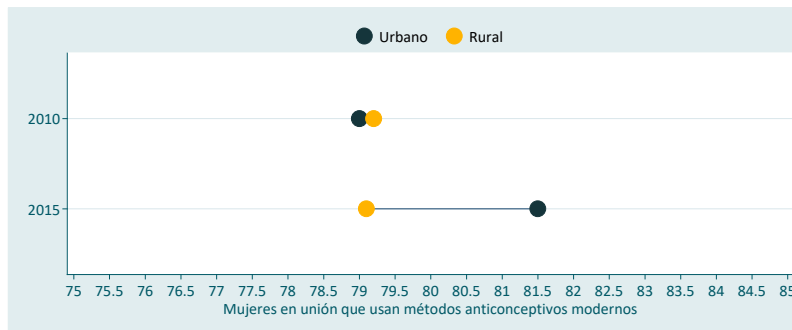
Quintil de riqueza



Nivel de educación



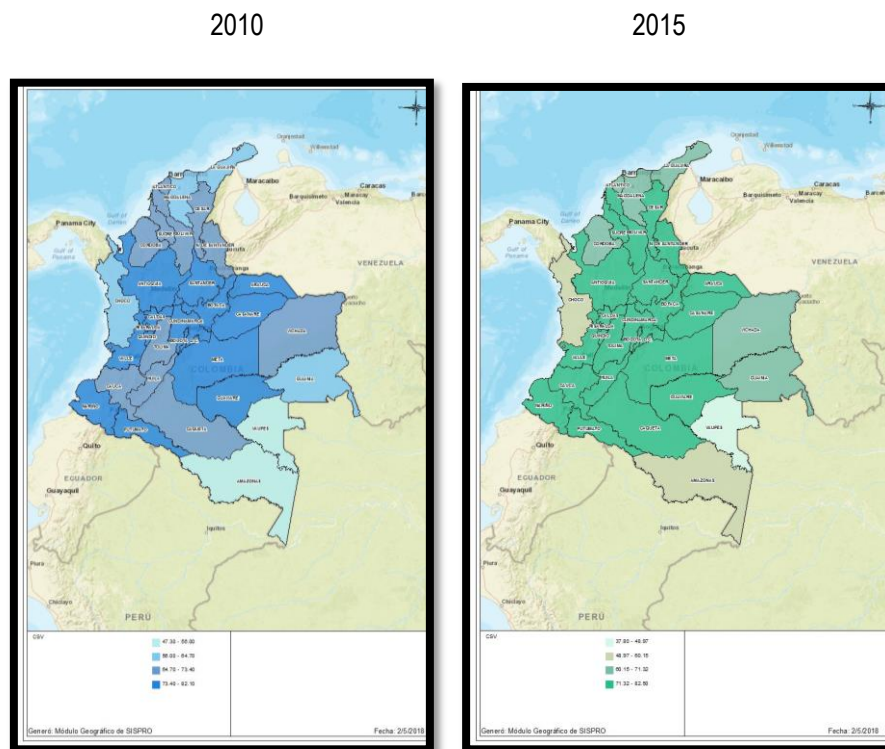
Área de residencia



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



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	↗

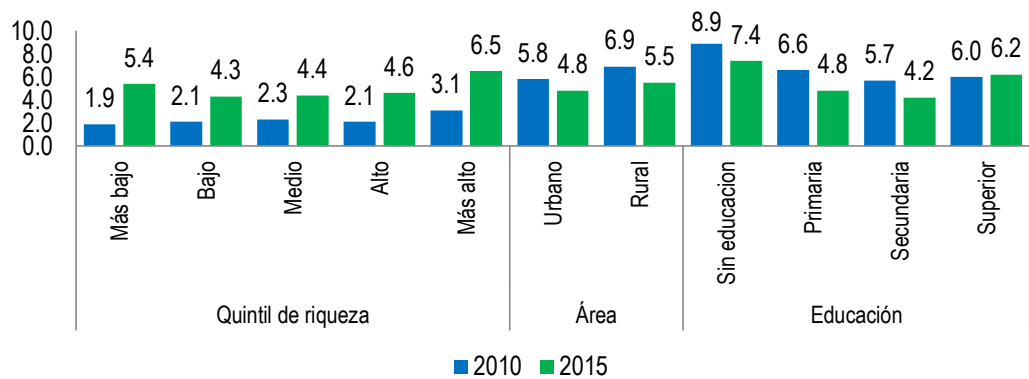
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015 SISPRO, MINSALUD

Métodos anticonceptivos tradicionales

Entre 2010 y 2015 por el índice riqueza, en todos con quintiles se incremento 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 53) La tendencia de la brecha, muestra que la desigualdad por quintil de riqueza es mas estrecha y se ha mantenido a través del tiempo. (Gráfico 54)

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 53 y 54)

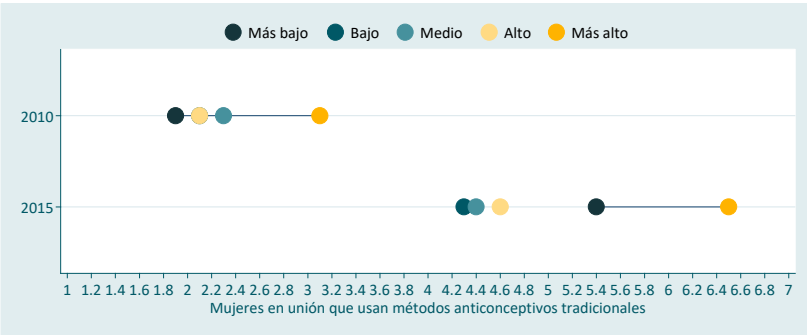
Gráfico 53.Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015



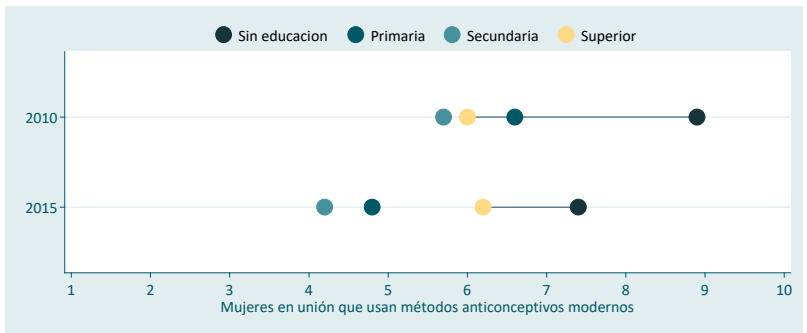
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010 y 2015.

Gráfico 54. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015

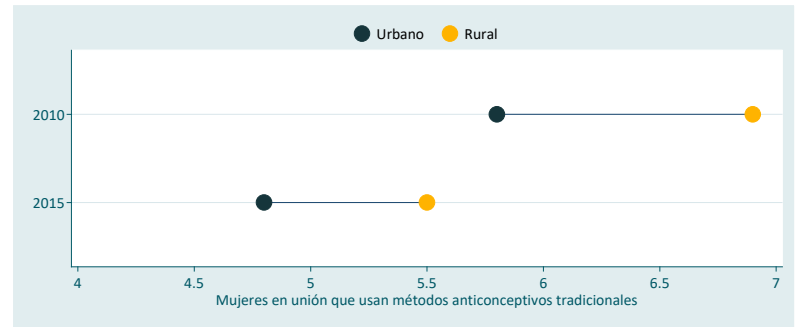
Quintil de riqueza



Nivel de educación



Área de residencia



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



La salud
es de todos

Minsalud

Uso de métodos anticonceptivos en hombres

Según datos de la 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 masculina (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



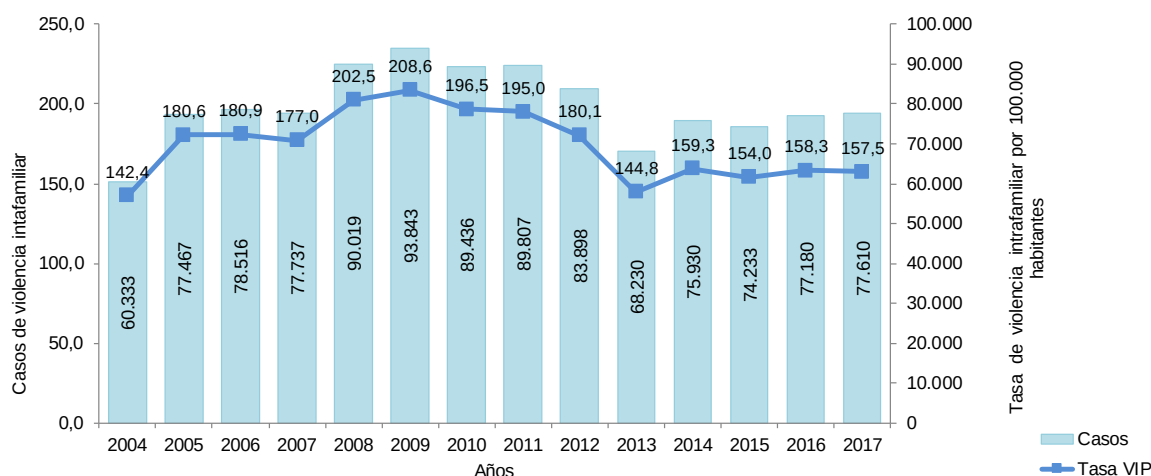
La salud
es de todos

Minsalud

Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar “son todas aquellas lesiones sufridas en personas cuyos agresores son miembros de su familia o personas con las cuales han 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 2017, se registraron 1.114.239 casos incidentes de violencia intrafamiliar, con una media anual de 79.588,5 y una desviación estándar de 9.167,6, 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 2013 se registró descenso en 35 casos por cada 100.000 habitantes, con respecto al 2012. (Gráfico 55)

Gráfico 55. Violencia intrafamiliar. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2004-2017

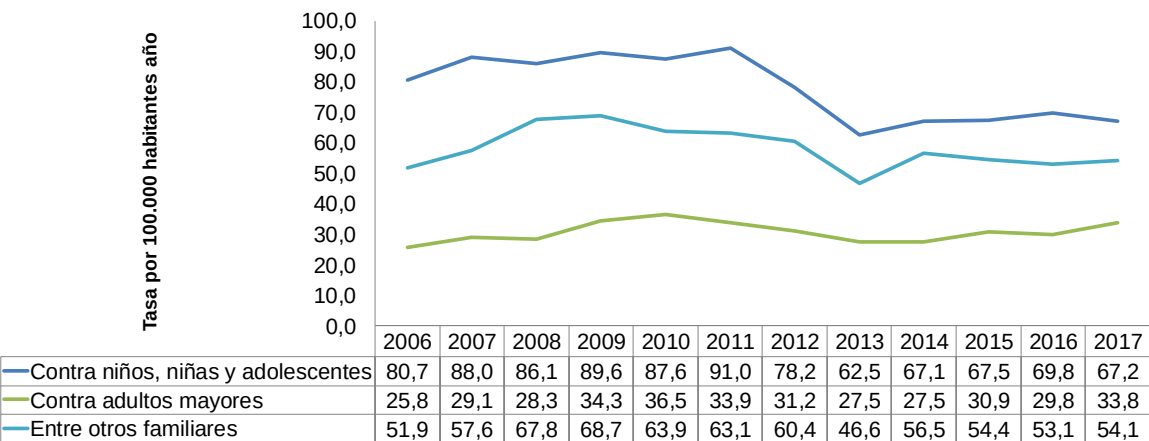


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del FORENSIS, Colombia, 2004 a 2017.

En el 2017, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) registró 553 casos de reconocimientos medicolegales más por violencia intrafamiliar (violencia contra niños, niñas y adolescentes, violencia contra la población adulta mayor y la violencia entre otros familiares), al pasar de 26.985 casos en 2016 a 27.538 casos de violencia intrafamiliar en 2017, de estos, 10.385 (37,71%) corresponden a casos ocurrieron en niños, niñas y adolescentes con una tasa de 67,2 por cada 100.000 personas y como presuntos agresores en alrededor del 30% de los casos se documentan a los padres⁸².

Para el mismo año 2017, se registraron 1.944 (7,1%) casos de violencia contra la población adulta mayor, con una tasa de 33,8 y como presuntos agresores se describen a los hijos en casi el 42,2% de los casos. En los 15.209 casos (55,2%), casos de violencia entre otros familiares, con una tasa de 54,1 el 26,5% de los casos se atribuyen a los hermanos y casi el 13,9% a los cuñados. En casi el 73,3% de los casos, estos actos ocurren en las viviendas. (Gráfico 56)

Gráfico 56. Violencia intrafamiliar según tipo. Tasas por 100.000 habitantes, 2006-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del *FORENSIS, Colombia, 2006 a 2017*.

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

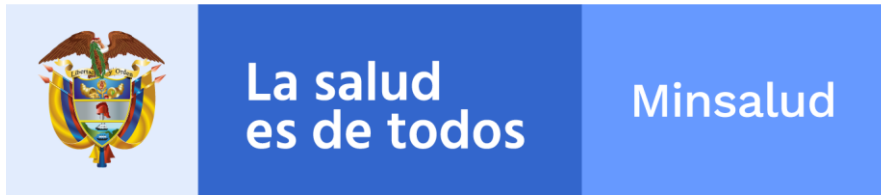


La salud
es de todos

Minsalud

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, Meta	640,72	291,93	-348,8	↘
Amazonas	384,40	276,71	-107,7	↘
Bogotá, D.C.	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	↘



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

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

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

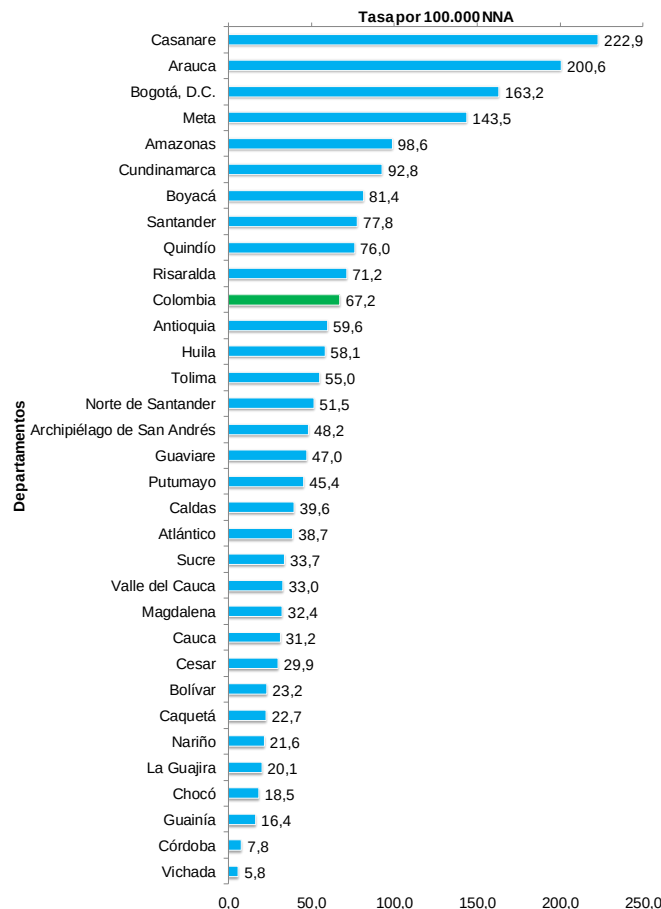
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2016 - 2017

Violencia de contra niños, niñas y adolescentes

La violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA), entre 2008 y 2017 se reportaron 118.794 casos, con una tendencia decreciente al pasar de 13.580 en 2008 a 10.385 casos en 2017. Sin embargo, entre 2016 y 2017, describe un incremento del 3,01%, que equivale en números absolutos a 303 casos. Los factores predominantes y desencadenantes de la agresión sobre los NNA fueron la intolerancia y el machismo, con el 83,05% (7.484 casos); los celos, desconfianza e infidelidad, con el 9,19% (828 casos); y el alcoholismo o drogadicción, con el 6,11% (551 casos). Según el área de residencia, la cabecera concentró 9.531 (92,43%); el área rural con 534 (5,18%), y el centro poblado con 247 (2,40%).⁸²

Para 2017, la tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes en Casanare fue la tasa más alta del país siendo 3,3 veces más alta que la nacional con un valor de 222,9 por cada 100.000 habitantes y un total de 296 casos registrados. En segundo lugar se ubica el Arauca con un total de 229 registros y una tasa 2,9 veces más alta que la nacional con 67,2 casos por cada 100.000 habitantes. Bogotá D.C, Meta, Amazonas, Cundinamarca, Boyacá, Santander, Quindío y Risaralda registran valores por encima de la tasa del promedio nacional. (Gráfico 57)

Gráfico 57. Tasas de violencia contra niños, niñas y adolescentes 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

Violencia de contra adultos mayores

La violencia contra adultos mayores entre 2008 y 2017 se reportaron 15.381 eventos, con una tendencia creciente al pasar de 1.175 en 2008 a 1.944 casos en 2017. Asi mismo, entre 2016 y 2017, describe un incremento del 17,6%, que equivale en números absolutos a 291 casos. Los factores predominantes y desencadenantes de la agresión sobre los adultos mayores fueron consumidores de sustancias psicoactivas o alcohol con 84 casos (4,32 %), el hecho de ser campesino o trabajador del campo, con 46 (2,37%), y ser mujer cabeza de hogar, con 22 (1,13%). Según el área de residencia, la cabecera concentró el 91,3%; el área rural con el 6,2%, y el centro poblado con 2,4%.⁸²

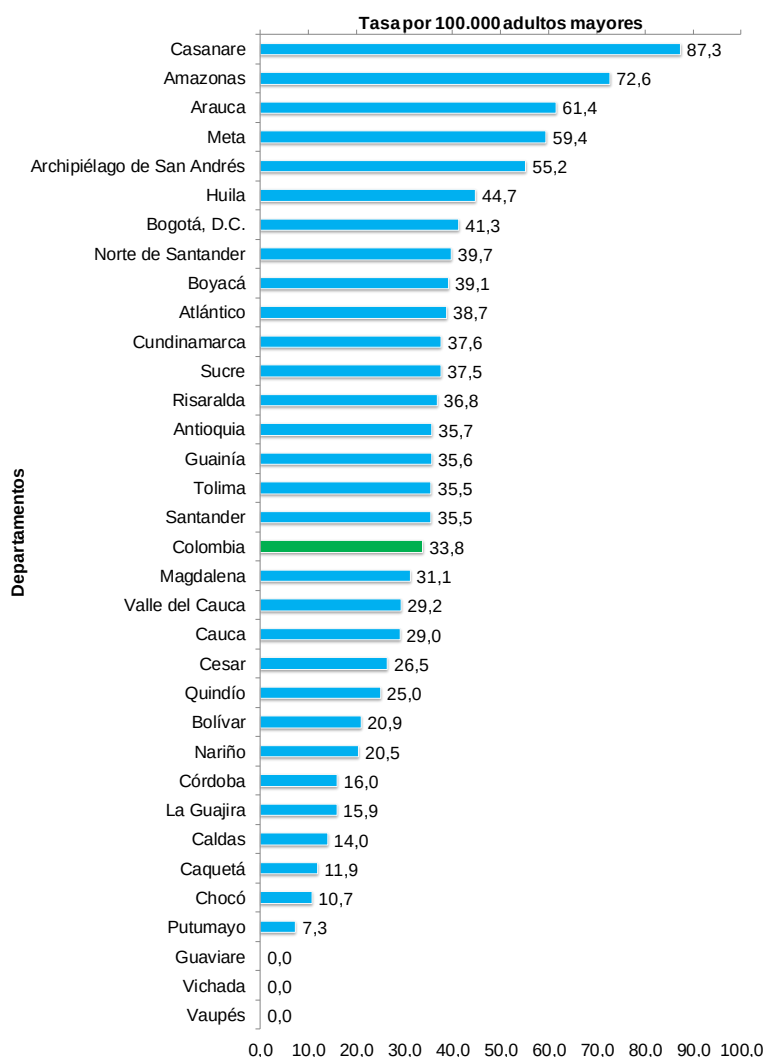


La salud
es de todos

Minsalud

Casanare tuvo la tasa más alta de violencia contra adultos mayores con un valor de 87,3 casos por cada 100.000 personas siendo 2,6 veces mayor que la nacional (33,8). Amazonas, Arauca, Meta, Archipiélago de San Andrés, Huila, Bogotá, D.C., Norte de Santander, Boyacá, Atlántico, Cundinamarca, Sucre, Risaralda, Antioquia, Guainía, Tolima y Santander también tuvieron tasas significativamente mayores que la nacional con un nivel de confianza del 95%⁸⁰. (Gráfico 58)

Gráfico 58. Tasas de violencia contra adultos mayores 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

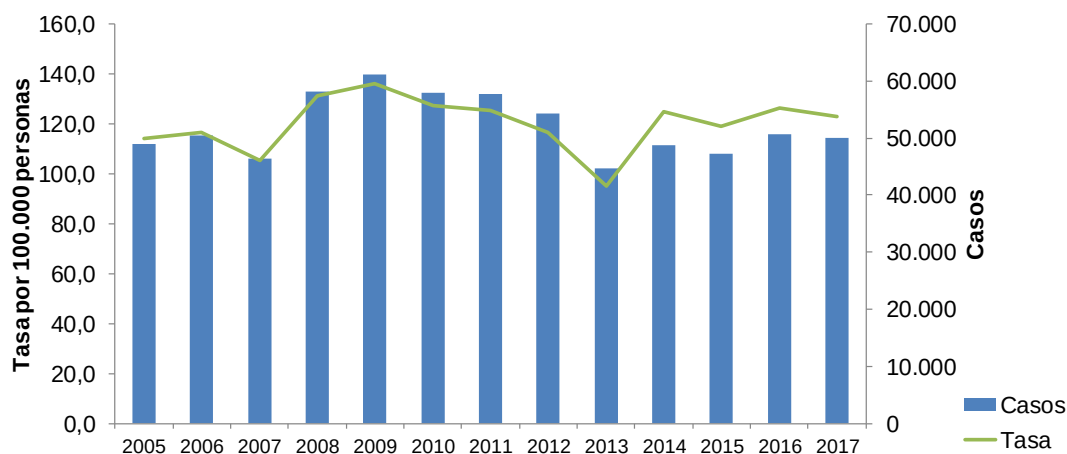
Minsalud

Violencia de pareja

Entre 2005 y 2017 se reportaron realizó 676.768 eventos por violencia de pareja entre mujeres y hombres. Es decir, un promedio de 52.059 valoraciones por año. La tasa más alta por cada cien mil habitantes se registro en 2009 (168,13) y la más baja en el 2013 (116). En 2017 la tasa fue de 123 casos por cada cien mil personas, con descenso de 3,2 puntos, representados en 635 casos menos de los registrados en 2016⁸². (Gráfico 59) .

El 86% (43.176) de los casos ocurren en mujeres y en casi el 45,1% (19.424) de los casos el agresor es el compañero permanente. Los factores que desencadena la intolerancia entre los miembros de la pareja continua como la principal razón de los casos de violencia, en 2017 se reportaron 33.453 casos (69,81%), seguida de los celos, desconfianza y la infidelidad con 7.517 casos, (15,69%) y el alcoholismo y la drogadicción con 4.653 eventos (9,71%).⁸²

Gráfico 59. Violencia de pareja. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2005-2017

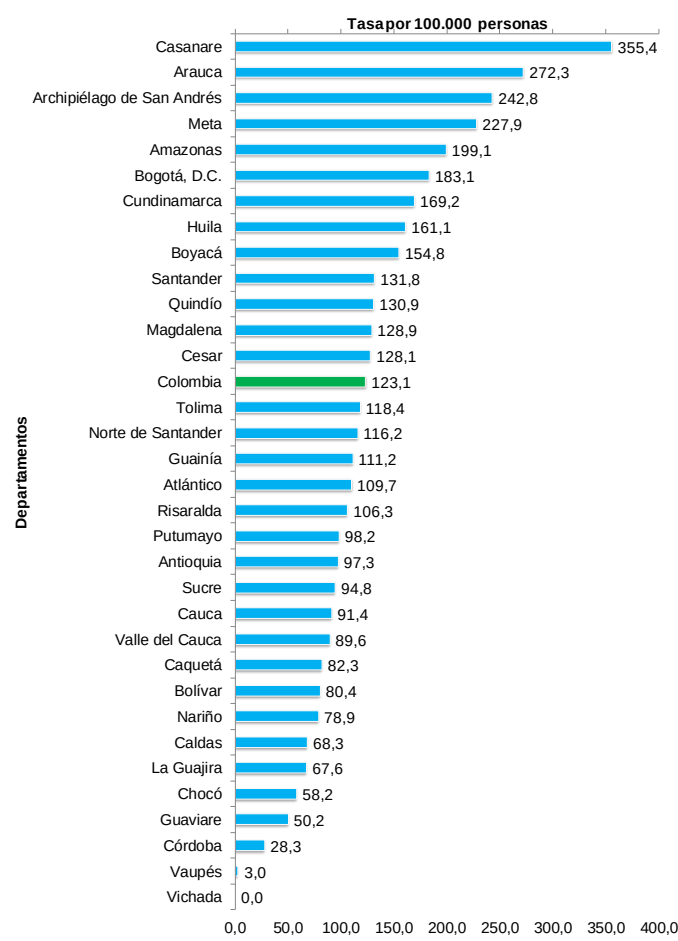


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del FORENSIS, Colombia, 2005 a 2017.

En Casanare la tasa de violencia de pareja fue 2,8 veces más alta que la nacional (123,1) alcanzando un valor de 355,4 casos por cada 100.000 habitantes, para un registro de 1.049 casos. Arauca, Archipiélago de San Andrés, Meta, Amazonas, Bogotá, D.C., Cundinamarca, Huila, Boyacá, Santander, Quindío, Magdalena y Cesar tuvieron tasas significativamente mayores que la nacional con un nivel de confianza del 95%. (Gráfico 60)

En 2017, los departamentos con el mayor número de casos registrados fueron Bogotá (12.583), Antioquia (5.395), Cundinamarca (3.849), Valle de Cauca (3.566). Las ciudades capitales con el mayor número de casos fueron Bogotá (12.583), Medellín (3.134), Cali (1.988), Barranquilla (1.454) y Villavicencio (1.432).En contraste con los municipios que resgistraron el menor número de eventos, son Guainía (36), Guaviare (43) y Vaupés (2).

Gráfico 60. Tasas de violencia de pareja 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

Entre otros familiares

Durante el periodo 2008 a 2017, se reportaron 154.589 casos por violencia entre otros tipos de familiares; con una tendencia decreciente, con 1.404 casos menos, al pasar de 16.613 y 15.209 eventos registrados para este periodo. En 2013 (12.415) se registro el menor número de lesionados en los últimos nueve años. Las mujeres fueron las más afectadas (9.915) en comparación con los hombres (5.294). En 2017 (15.209), se produjo un aumento de 3,20 puntos porcentuales con respecto al 2016 (14.738), equivalentes a un aumento en 471 casos.

Los factores relacionados con este evento son los consumidores de sustancias psicoactivas o alcohol, con 924 casos (6,1%); las mujeres cabeza de hogar y con 211 casos (1,49 %). Los agresores involucrados más frecuentes son familiares de segundo grado de consanguinidad; correspondieron a los (las) hermanos(as) de las víctimas, con el 26,6% de los lesionados (4.040 casos). Según área del hecho, la cabecera municipal presentó el 92,60% (14.043) de los registros, en la zona rural con el 5,0% (758); y el centro poblado con el 2,40% (364).⁸²

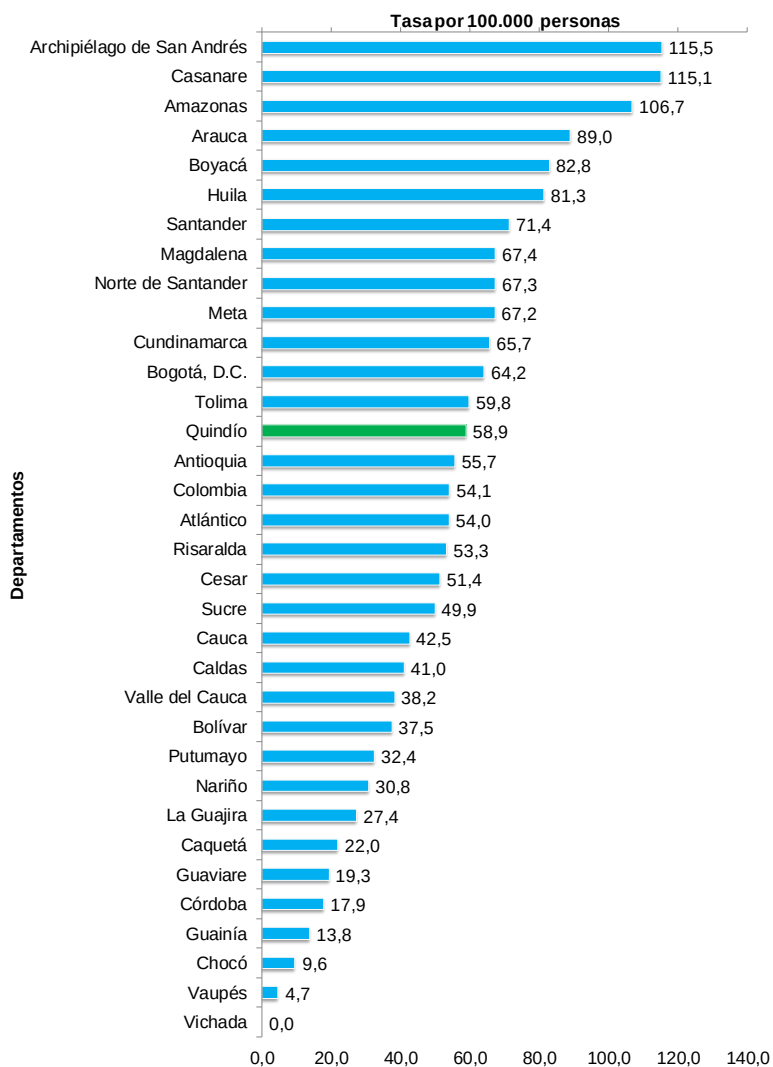
En el archipiélago de San Andrés y Providencia la tasa de violencia de pareja fue 2,0 veces más alta que la nacional (58,9) alcanzando un valor de 115,5 casos por cada 100.000 habitantes, para un registro de 53 casos. Casanare (115,1), Amazonas (106,7), Arauca (89,0), Boyacá (82,8), Huila (81,3), Santander (71,4), Magdalena (67,4), Norte de Santander (67,3), Meta (67,2), Cundinamarca (65,7), Bogotá, D.C. (64,2), Tolima (59,8) y Quindío (58,9) registraron tasas mayores que la nacional. (Gráfico 61)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 61. Tasas de violencia entre familiares por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017



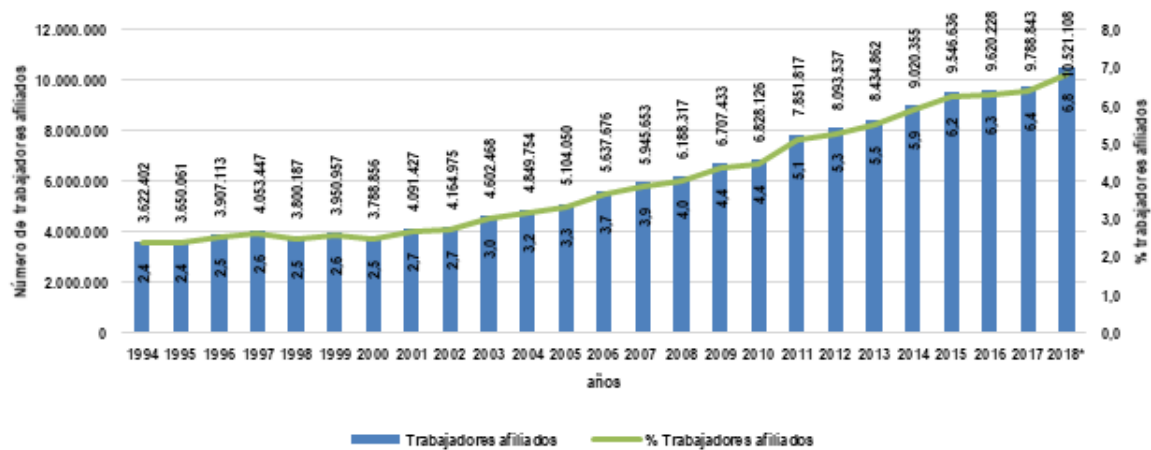
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2017

Condiciones laborales

Trabajadores afiliados dependientes e independientes

La afiliación al SGSSS y al SGRL tiene una tendencia creciente desde 1993, observándose que entre 2005 y 2017 la afiliación de trabajadores supero el 90,0%, al pasar de 5.104.050 en 2005 a con 9.788.843 en 2017 trabajadores vinculados al SGRL. Entre 1994 y abril del 2018 se han registrado 153.770.288 trabajadores vinculados al SGRL, de los cuales el 97,28% (149.581.910) corresponde a trabajadores dependientes (es un afiliado que tiene un empleador mediante un contrato de trabajo o una relación laboral legal) y el 2,272% (4.188.378) 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.)⁸³ (Gráfico 62)

Gráfico 62. Proporción de trabajadores afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 1994 y 2018*



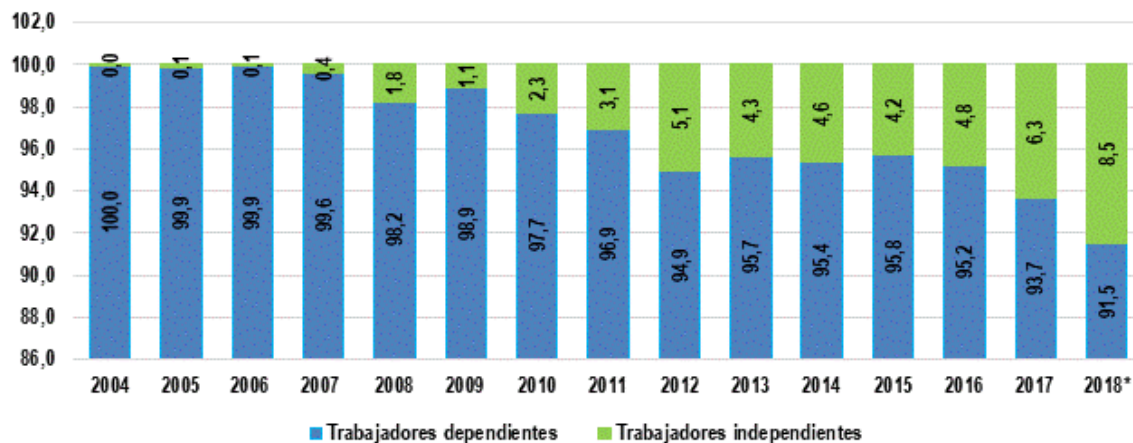
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de salud y Protección Social. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. *2018: corte a abril.

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 8,53% (897.069) en 2017, más de un 40%, entre 2012 y 2017, 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 laboran en 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 (4,62%), 2016 (4,76%), 2017 (6,34%) y abril del 2018 se han afiliado el 8,53%. (Gráfico 63)

Gráfico 63. Proporción de trabajadores dependientes e independientes afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 2004 y 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.

En relación con el tipo afiliado cotizante al SGRL por los sectores económicos, se observa que el 58,7% de los trabajadores dependientes pertenecen a empresas dedicadas al servicio inmobiliario (25,5%), el comercio (12,2%), la industria manufacturera (11,6%) y la construcción (9,5%). En cuanto a los trabajadores independientes, el 65,36% trabajan en los sectores de administración pública y defensa (24,76%), la agricultura, ganadería, caza y silvicultura (15,05%), los servicios sociales y de salud (14,90%) y la educación (10,65%). En términos absolutos se observa que los sectores económicos de administración pública y defensa, la agricultura, ganadería, caza y silvicultura, la educación, los servicios comunitarios, sociales y personales y los servicios sociales y de salud registran más trabajadores independientes vinculados al SGRL.



La salud
es de todos

Minsalud

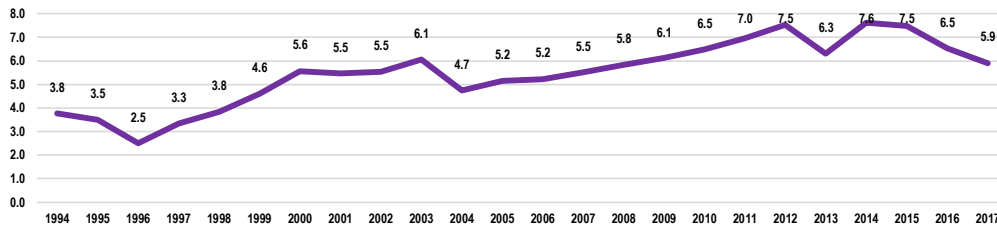
Entre 2013 y abril del 2018, la distribución de la afiliación de los trabajadores dependientes al SGRL por entidad territorial, permite ver que el 85,42% (58.438.414) de los afiliados residen en: Bogotá D.C. (38,45%), Antioquia (16,92%), Valle del Cauca (10,29%), Atlántico (5,69%), Cundinamarca (4,07%), Santander (3,96%), Bolívar (2,67%), Risaralda (1,80%) y Caldas (1,55%). En contraste, en el cuartil con menor vinculación al SGRL, se ubicaron Choco, Putumayo, San Andrés, Amazonas, Guaviare, Vichada, Guainía y Vaupés, aportando el 0,55% (377.333) de los empleados dependientes. No obstante, el 9,57% (6.548.684) de los trabajadores dependientes se localizan en Meta, Boyacá, Tolima, Norte de Santander, Huila, Córdoba, Magdalena y Cesar. Para este mismo periodo, Cauca, Nariño, Quindío, Casanare, Sucre, La Guajira, Caquetá y Arauca reportaron el 4,45% (3.047.611) de los empleados afiliados al SGRL.

La afiliación de los independientes se concentró el 82,17% (3.146.010) en Bogotá D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Santander, Cundinamarca, Bolívar, Nariño y Tolima, en el segundo cuartil la afiliación fue de 11,58% (443.238) en Huila, Risaralda, Cauca, Caldas, Norte de Santander, Boyacá, Quindío y Meta. El 5,20% (199.189) de los trabajadores independientes se registraron en Córdoba, Magdalena, Cesar, Casanare, Caquetá, La Guajira, Putumayo y Sucre y en el último cuartil con menor vinculación al SGRL, con el 1,06% (40.398) se ubicaron en Arauca, Choco, San Andrés, Guaviare, Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés. Cabe resaltar que los territorios de Choco, San Andrés, Guaviare, Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés, reportan menos afiliación de trabajadores al SGRL.

Accidente de trabajo 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”⁸⁴, incluyendo, además, las actividades deportivas y recreativas realizadas en nombre de la empresa, el ejercicio de la función sindical. Entre 1994 y 2017 la tasa de accidentes de trabajo se incrementó 2,13 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 64)

Gráfico 64. Tasa de accidente de trabajo calificado. Colombia, 1994 a 2017



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.

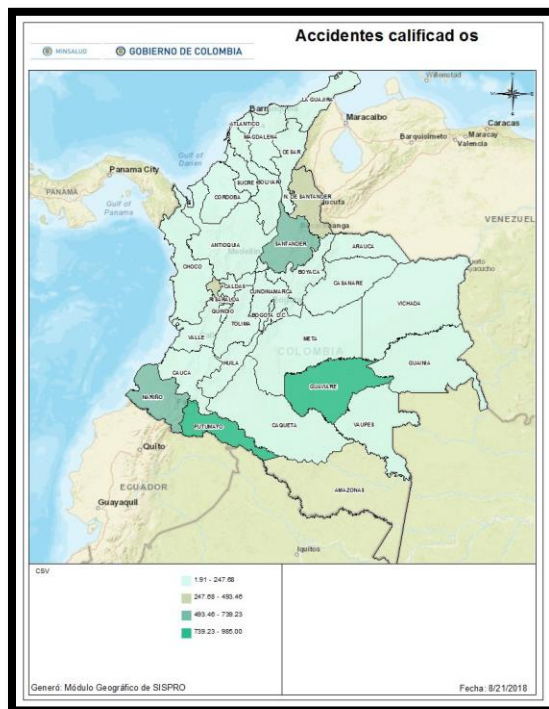
Entre 2013 y abril a 2018, se han reportado 390.159 accidentes calificados de origen laboral. Ahora, en orden de magnitud, el 13,81% (323.844) de los accidentes calificados ocurrieron en Bogotá D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico, Santander, Bolívar y Risaralda. Seguido del 11,76% (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)



La salud
es de todos

Minsalud

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 económica

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 laboral⁸⁵.

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.).”⁸⁴

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%), 2016v(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 prestaciones⁸⁵.

Incapacidad permanente parcial pagada por accidente de trabajo

Ahora bien, desde el punto de vista de las incapacidad permanente pagada por accidente de trabajo, entre 2003 y 2017, las compañías pagaron 138.845 pensiones de invalidez, lo que representa un aumento de 7.878 casos en el periodo de análisis. Durante el mismo periodo de tiempo, las ARL pagaron en

promedio anual 9.256 incapacidades, los casos de indemnizaciones por incapacidad parcial permanente, se registraron más en 2012 (9,12%), 2014 (10,02%) y 2015 (10,67%) .

Pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional

De acuerdo a 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

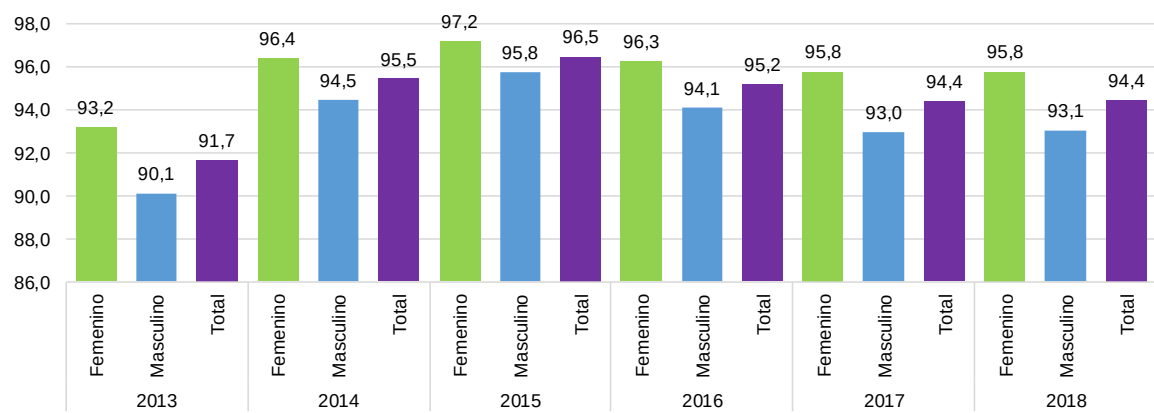
Minsalud

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 2018, la cobertura de afiliación se incrementó en 2,8 p.p.: 2,6 p.p. para las mujeres y 2,9 p.p. para los hombres. Se observa una desigualdad por sexo, la brecha se esta cerrando a través del tiempo. (Gráfico 65)

Gráfico 65. Coberturas de afiliación al SGSSS según sexoz y régimen de afiliación, 2013 - 2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Régimen Contributivo y Subsidiado: BDUA_CUBO_Sispro, MSPS, consultado en marzo 12 del 2019.

Para 2018 el 94,44% de la población del país se encontraba afiliada al Sistema General de Seguriad Social en Salud (SGSSS). Las mujeres (95,78%) resgistran cobertura en tres p.p. en comparación con los hombres (93,06%).

Cesar, Sucre, Norte de Santander, Casanare, Magdalena, Santander, Atlántico, Bolívar, Risaralda, Vichada, Arauca, Antioquia, Meta, Bogotá, D.C., Huila, Córdoba, Valle del Cauca, Quindío,Cauca, Boyacá, Caldas, Tolima y Putumayo cuenta con coberturas superiores al 85%; en Putumayo, La Guajira, Chocó, Cundinamarca, Nariño, Caquetá, Amazonas, Archipiélago de San Andrés, Guainía y Guaviare, las coberturas están entre 65% y 84,5%. Cabe señalar que Vaúpes (59,07%) resgitro la más baja cobertura de afiliación al SGSSS.



La salud
es de todos

Minsalud

Archipiélago de San Andrés, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés 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 (48,3%) es similar al de afiliados al régimen contributivo (47,7%), en Vichada, Chocó, Putumayo, La Guajira, Vaupés, Sucre, Arauca, Córdoba, Guainía, Nariño, Caquetá, Guaviare, Cauca, Cesar, Magdalena, Amazonas, Huila, Norte de Santander y Bolívar, el mayor porcentaje de afiliados pertenece al régimen subsidiado.

Bogotá, D.C., Archipiélago de San Andrés, Antioquia, Cundinamarca, Valle del Cauca, Risaralda, Caldas, Santander, Quindío, tienen porcentaje de afiliación al régimen contributivo mayor del 50%, mientras que en Putumayo, Vaupés, Chocó y Vichada, menos del 15% de los afiliados 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, 2018

Departamento	Subsidiado	Contributivo	Excepción	Total
Vichada	88,02	10,10	1,88	95,28
Chocó	85,88	11,24	2,97	83,48
Putumayo	83,09	13,90	3,07	85,79
La Guajira	83,07	15,28	1,75	84,29
Vaupés	82,70	12,91	4,41	59,07
Sucre	81,59	16,23	2,35	107,56
Arauca	80,27	17,52	2,28	93,98
Córdoba	79,78	17,88	2,50	92,35
Guainía	79,74	17,28	3,04	66,70
Nariño	79,24	18,59	2,24	78,73
Caquetá	78,86	18,59	2,64	78,14
Guaviare	76,34	21,30	2,40	66,66
Cauca	75,93	22,02	2,11	88,39
Cesar	71,13	27,00	2,14	109,06
Magdalena	70,12	27,87	2,24	101,09
Amazonas	69,70	27,03	3,59	72,74
Huila	69,06	28,78	2,27	92,37
Norte de Santander	68,75	29,43	1,94	102,57
Bolívar	68,17	30,13	2,03	96,91
Tolima	58,88	39,29	2,15	86,65
Casanare	58,37	39,23	2,59	102,01
Boyacá	57,70	39,79	2,69	87,45
Atlántico	53,95	44,93	1,50	98,12
Meta	53,88	44,58	1,92	92,95
Quindío	46,56	51,72	1,94	89,22
Caldas	45,13	52,72	2,35	87,16
Santander	44,45	52,47	3,38	98,99
Risaralda	41,68	56,81	1,70	96,32
Valle del Cauca	40,65	58,19	1,34	90,05
Cundinamarca	38,04	61,10	1,35	80,37
Antioquia	37,40	61,12	1,67	93,62
Archipiélago de San Andrés	23,28	75,55	1,76	71,82
Bogotá, D.C.	15,42	83,44	1,85	92,72
Colombia	48,29	47,69	4,32	94,44

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Régimen Contributivo y Subsidiado: BDUA_CUBO_Sispro, MSPS, consultado en marzo 12 del 2019.

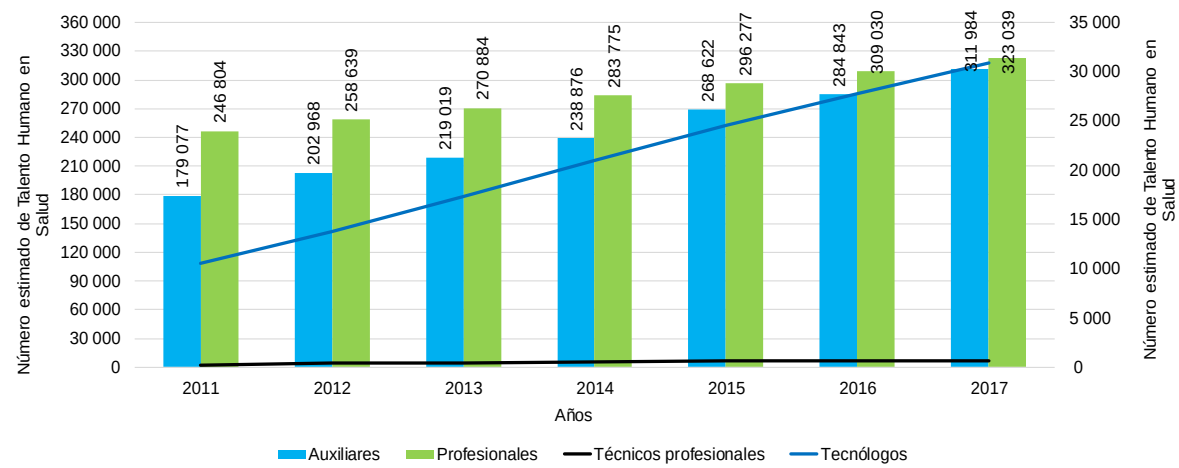
Talento humano

Número estimado de talento humano en salud

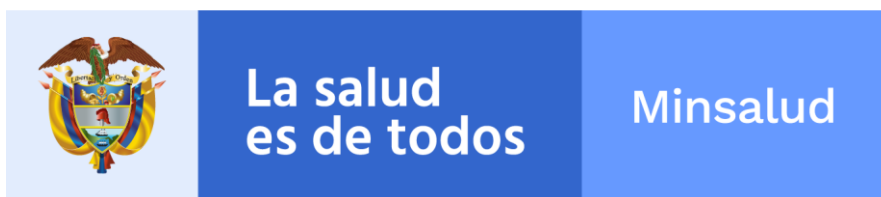
Número estimado de personas con formación en áreas de la salud, se conoce también como el número de efectivos, inventario o stock de talento humano en salud, se presenta en términos absolutos y no corresponde a puestos de trabajo o a personas empleadas⁸⁶. Para la proyección del número estimado del talento 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 más⁸⁷.

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

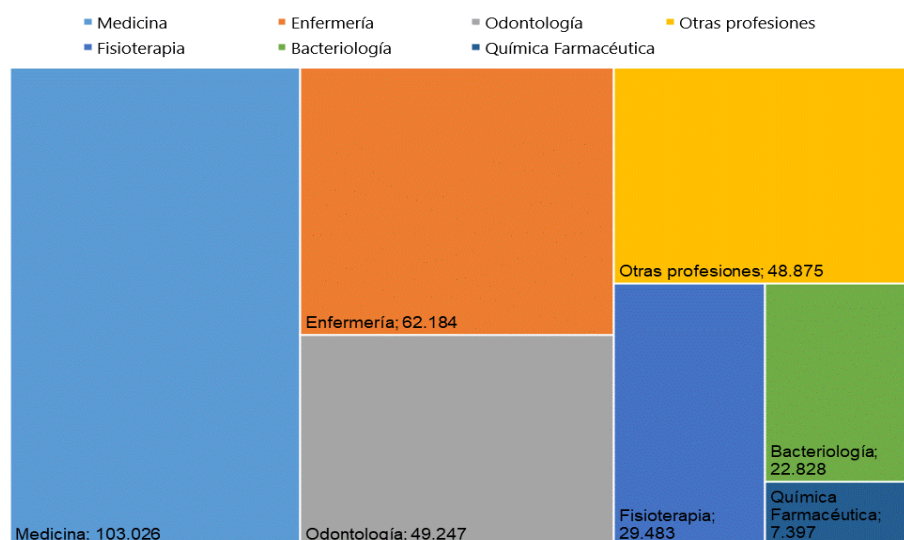


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio De Talento Humano en Salud, OTHS. Consultado el 27 de marzo de 2019.



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 67)

Gráfico 67. 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 27 de marzo de 2019.

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)



La salud
es de todos

Minsalud

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 27 de marzo de 2019.



La salud
es de todos

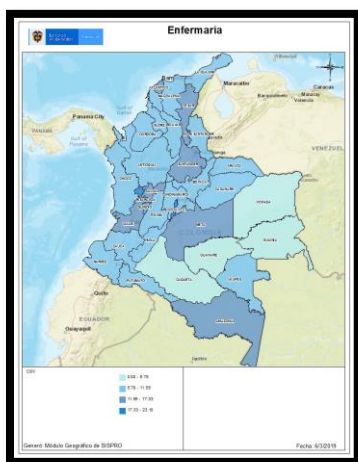
Minsalud

Mapa 24. Densidad estimada de Talento Humano en Salud (por 10.000 habitantes), según departamentos de Colombia, 2017

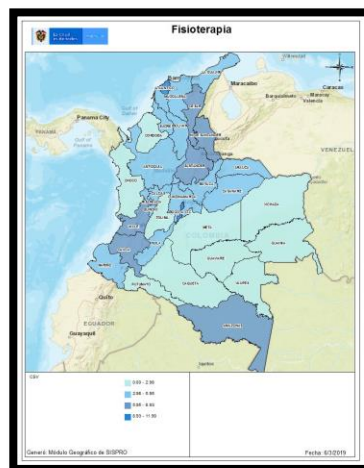
Medicina



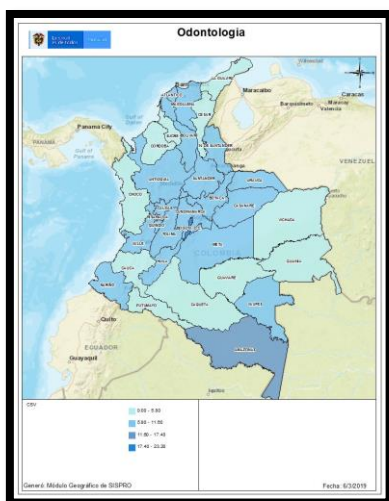
Enfermería



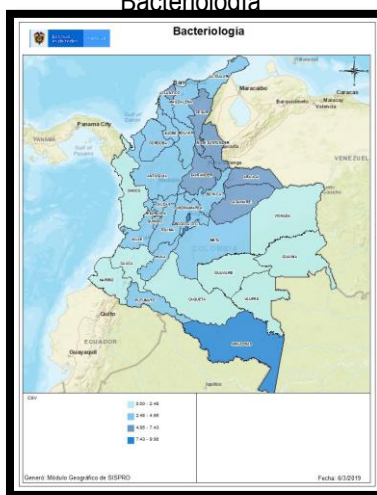
Fisioterapia



Odontología



Bacteriología



Química farmacéutica





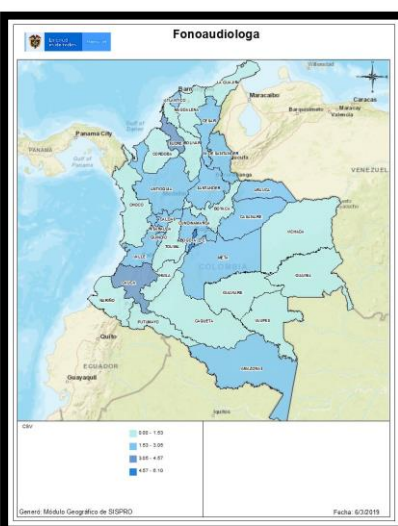
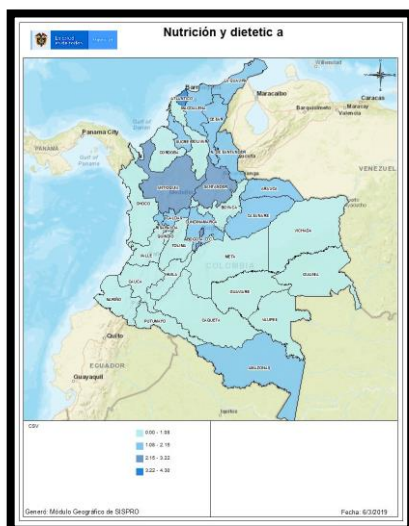
La salud es de todos

Minsalud

Nutrición y dietética

Fonoaudiología

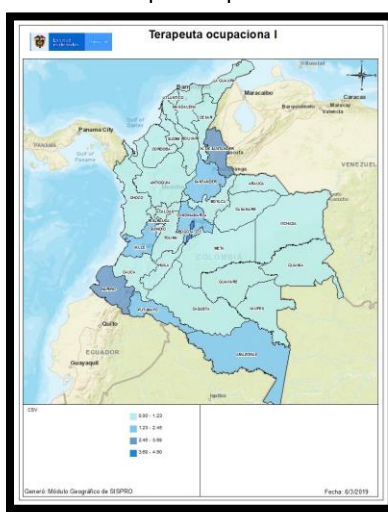
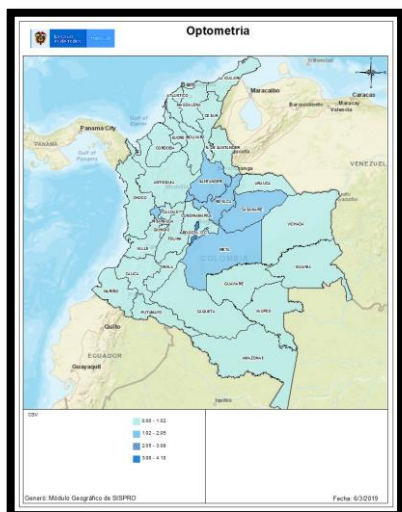
Terapia respiratoria



Optometría

Terapia ocupacional

Instrumentación quirúrgica



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio De Talento Humano en Salud, OTHS. Consultado el 27 de marzo de 2019.
y elaboración 3 de junio 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 abril de 2019, mostró 18.819 Institución Prestadora de Salud (IPS). El 19,4% (3.646) tenían carácter público, el 80,4% (15.151) privado y mixtas el 0,1% (22). Los territorios de Bogotá D.C (15,4%), Antioquia (10,7%), Valle del Cauca (9,9%), Atlántico (6,5%), Santander (5,3%), Bolívar (4,9%) y Córdoba (4,1%), 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)

El 53% de las IPS privadas se concentran en Bogotá D.C (18,2%), Antioquia (11,4%), Valle del Cauca (10,1%), Atlántico (7,5%) y Santander (5,55). Las IPS públicas se encuentran en Nariño (9,8%), Valle del Cauca (9,1%), Antioquia (7,8%), Córdoba (5,8%), Bolívar (5,8%), Cundinamarca (5,3%), Magdalena (5,1%), Santander (4,5%), Boyacá (4,3%), Cesar (4,1%), La Guajira (3,9%), Cauca (3,9%), Bogotá D.C. (3,7%) y Norte de Santander (3,5%). (Tabla 24) (Mapa 25)



La salud
es de todos

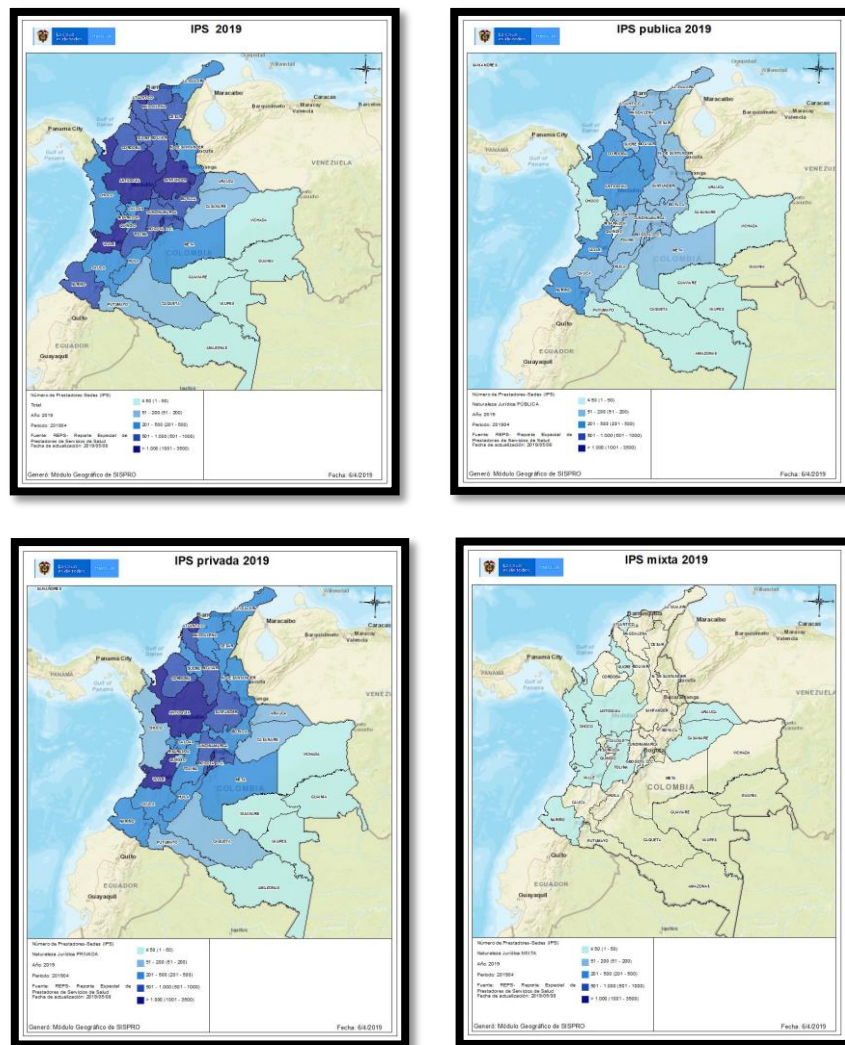
Minsalud

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

Departamento	Número de IPS Pública	Número de IPS privada	Número de IPS mixtas	Número IPS
Bogotá D.C.	136	2.755	1	2.892
Antioquia	283	1.731	7	2.021
Valle del Cauca	331	1.534	1	1.866
Atlántico	83	1.133	1	1.217
Santander	165	838		1.003
Bolívar	212	710		922
Córdoba	213	564		777
Nariño	357	378	2	737
Cundinamarca	193	506		699
Magdalena	187	425		612
Cesar	149	445		594
Tolima	124	411	2	537
Boyacá	157	369		526
Sucre	77	436	1	514
Norte de Santander	128	339		467
Cauca	142	310		452
Meta	63	369		432
La Guajira	144	220		364
Risaralda	50	295		345
Caldas	79	251	1	331
Huila	72	253		325
Choco	36	200	2	238
Quindío	36	193		229
Casanare	30	161	3	194
Arauca	50	104	1	155
Caquetá	45	73		118
Putumayo	29	86		115
Vaupés	45	1		46
Guaviare	13	14		27
Amazonas	12	14		26
Archipiélago de San Andrés		19		19
Vichada	5	6		11
Guainía		8		8
Colombia	3.646	15.151	22	18.819

Fuente: Elaboración a partir de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), consultado abril 2019 Ministerio de Salud y Protección Social.

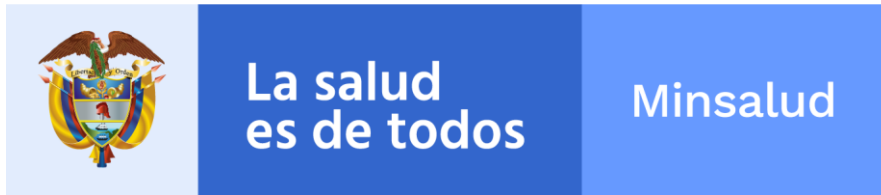
Mapa 25. Instituciones Prestadoras de según naturaleza jurídica departamentos de Colombia, 2019*



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, elaboración 4 de junio de 2019 visor geográfico SISPRO. *fecha de corte de los datos abril 2019.

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 las el transporte medicalizada 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

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

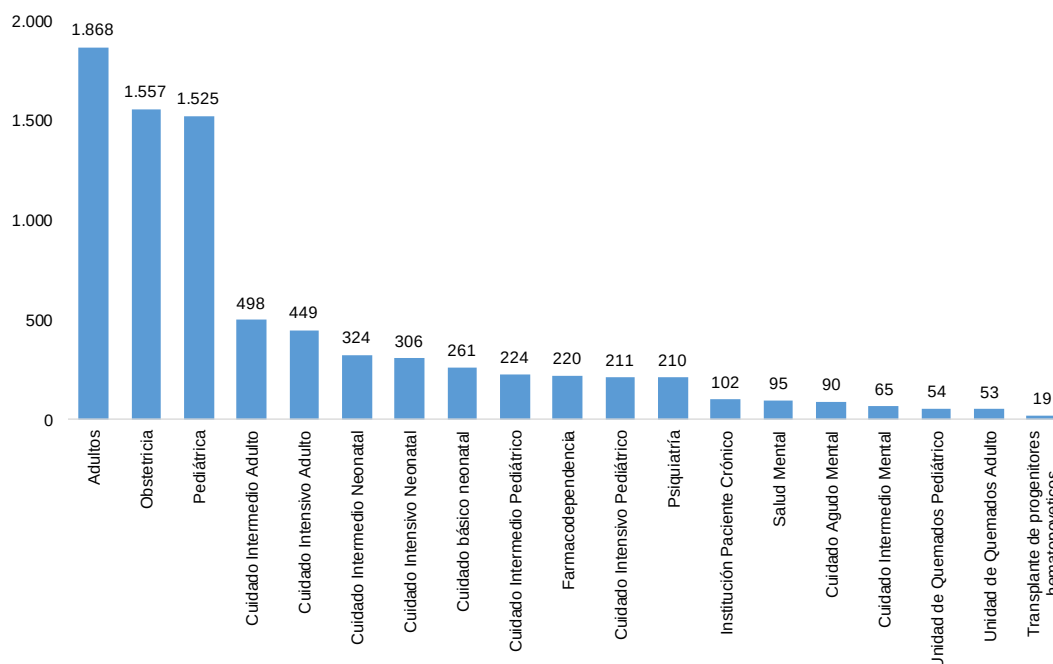
Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) Consultado abril de 2019.

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 68)

Gráfico 68. 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)

* 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

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

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.



La salud
es de todos

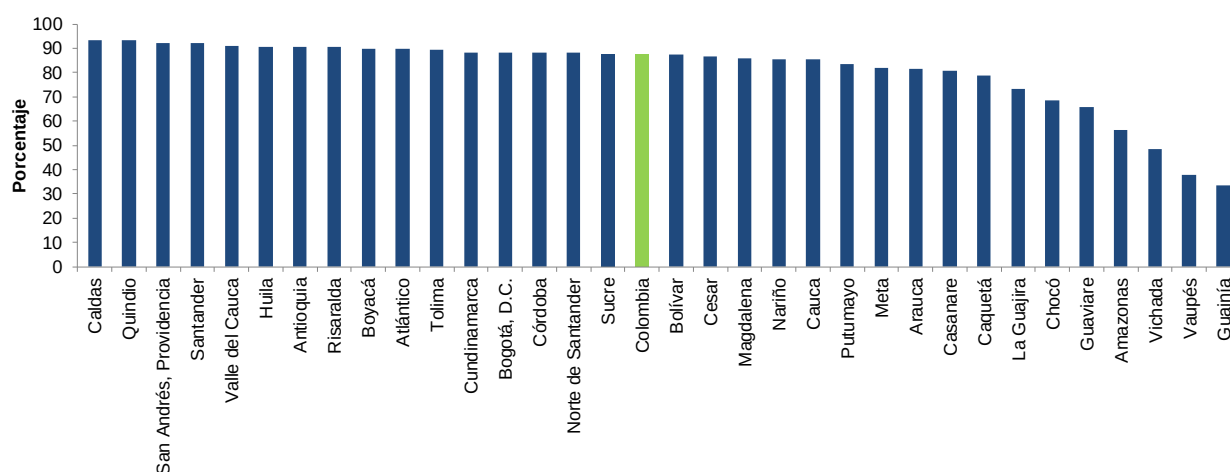
Minsalud

Acceso a servicios básicos de salud

De acuerdo la OMS, “la atención de salud profesional durante el embarazo, el parto y el período posnatal (inmediatamente posterior al parto) evita complicaciones a la madre y al recién nacido a la vez que permite la detección y tratamiento tempranos de problemas de salud”⁸⁸. 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%.⁷⁴

En Colombia, según la END 2015, el 89,8% 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; el promedio para cada neonato es de seis consultas. En la mayoría de los departamentos, más del 80%. En los territorios de Chocó (68,4%), Guaviare (65,8%), Amazonas (56,3%), Vichada (48,4%), Vaupés (37,9%) y Guainía (33,4%), registran menos del 70% de los nacidos vivos tuvieron con cuatro o más controles prenatales siendo los porcentajes significativamente más bajos que el nacional, con un nivel de confianza del 95%. (Gráfico 69)

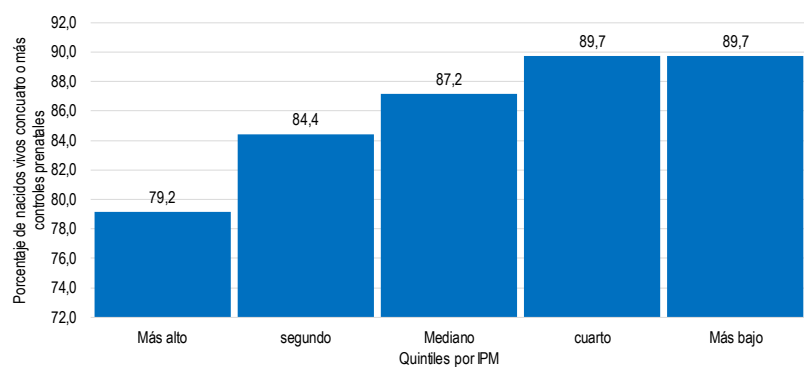
Gráfico 69. Porcentajes de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según departamentos, 2017



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.

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 70)

Gráfico 70. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales según quintil desarrollo sostenible, 2017

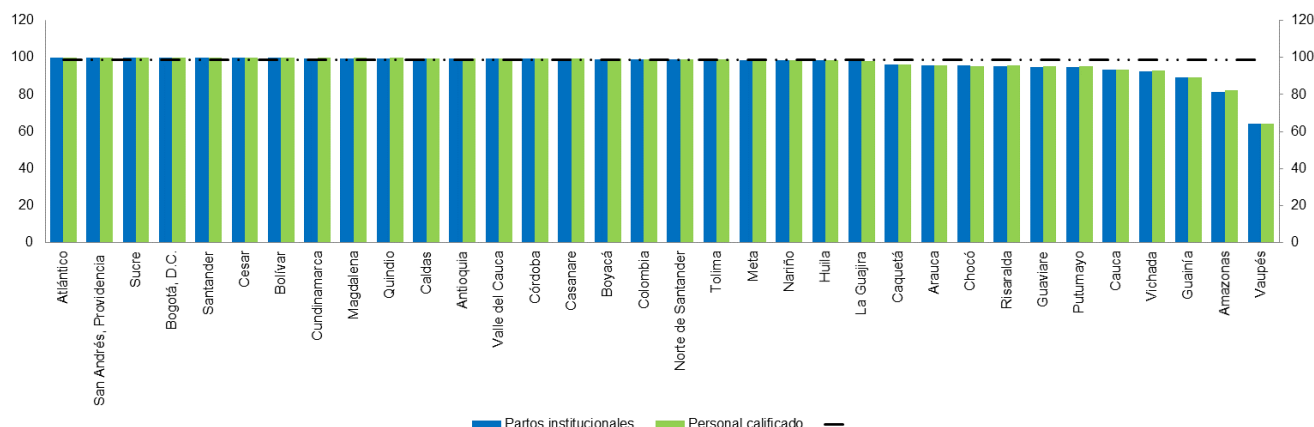


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado el 2 de mayo de 2019.

En 2014 en el mundo, el 80,1% de los nacimientos son atendidos por personal entrenado⁸⁹. Para el periodo 2005 a 2017 el 98,4% de los partos en Colombia fueron atendidos por profesional calificado, con una tendencia creciente al pasar de 96,6 a 99,0 respectivamente. De acuerdo con la ENDS 2015 el 96,9% de los partos fue atendido por personal calificado.Consecuentemente, el 98,9% de los partos fueron atendidos institucionalmente, aumentando en 2,40 puntos porcentuales con respecto al 2005. Los departamentos tuvieron porcentajes de atención del parto institucional por debajo del 90% fueron Guainía (89,3%), Amazonas (81,5%) y Vaupés (64,1%). Este comportamiento departamental es similar para los dos indicadores. (Gráfico 71)

En Colombia, durante 2017 el 99,0% de las mujeres tienen partos atendidos por personal calificado y el 98,9% son atendidas institucionalmente. Así mismo, el 87,7% de los nacidos reciben cuatro o más consultas de control prenatal. La atención del parto por médico fue más alta en el área urbana (99,7%) en comparación con el área rural dispersa (94,8%), es decir cinco puntos porcentuales más en la zona urbana para 2017.

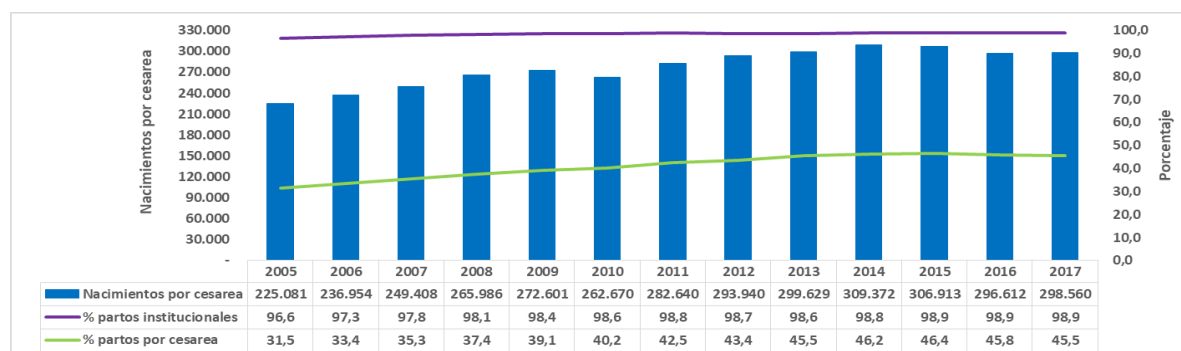
Gráfico 71. Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado y atención institucional, 2017



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.

En Colombia, aunque el porcentaje de partos por cesárea se ha incrementado en 14 p.p. entre 2005 y 2017. Así mismo, los partos atendidos institucionalmente se ha mantenido en niveles altos invariablemente, para 2017 el 45,5% de los nacimientos se atendieron quirúrgicamente evidenciando el gran problema de salud pública que representa este asunto, a sabiendas de que “el costo que genera la injustificada sobreintervención quirúrgica al sistema sanitario, perjudica el acceso equitativo a la atención materna y neonatal y genera consecuencias importantes tanto para las personas como para el bien común⁸⁷. (Gráfico 72) En la zona urbana el parto por cesárea fue de 47,9% y 33,8% en 2017 en el área rural dispersa, si bien se muestra una tendencia creciente en ambas zonas de 13,3 p.p y 14,8 p.p para el área urbana y rural dispersa, respectivamente, entre 2005 y 2017.

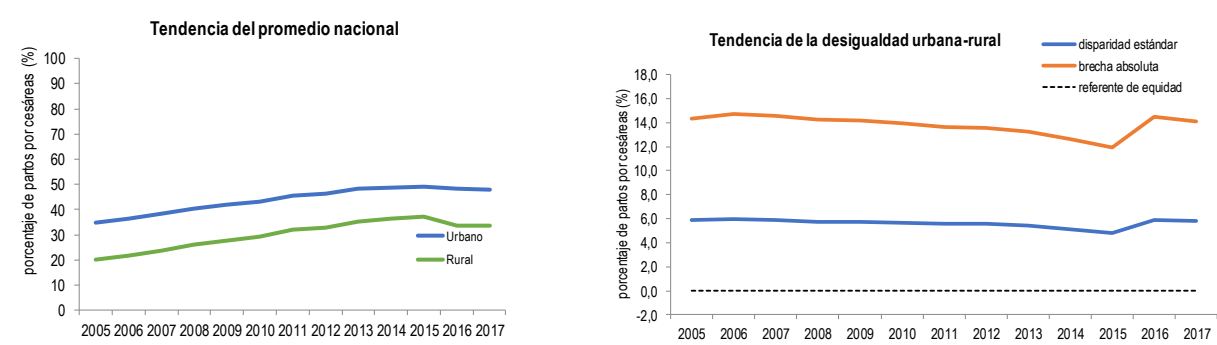
Gráfico 72. Porcentaje de partos atendidos por cesárea, 2005-2017



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.

Entre 2005 y 2017 el porcentaje de partos por cesáreas en Colombia ha pasado del 31,5% al 45,5%. Por área de residencia se observa que el porcentaje es mayor en el área urbana que en el área rural aunque su tendencia en ambos casos tiende al incremento. 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 73)

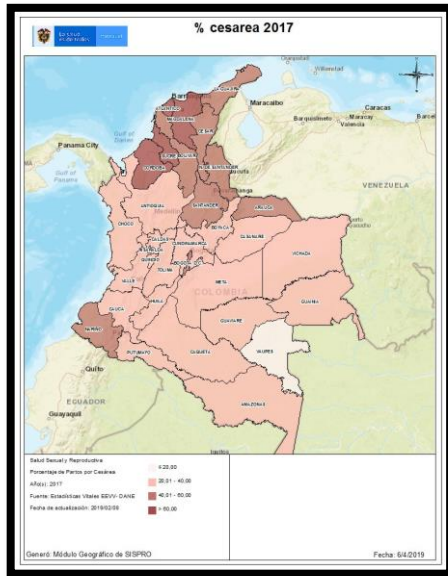
Gráfico 73. Tendencia del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para porcentaje de parto por cesárea. Colombia, 2005-2017



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.

Existen grandes diferencias en el país en cuanto a la atención del parto por cesárea, se observa que en el Archipelago de San Andrés (72,9%), 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%), Nariño (50,9%) y La Guajira (48,9%) el porcentaje de cesáreas es mayor que en el resto del país superando el 49% de los partos atendidos por cesárea. (Mapa 26)

Mapa 26. Porcentaje de cesáreas según departamento, 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, elaboración 4 de junio de 2019 visor geográfico SISPRO.



La salud
es de todos

Minsalud

Capítulo 4. Situación epidemiológica



La salud
es de todos

Minsalud

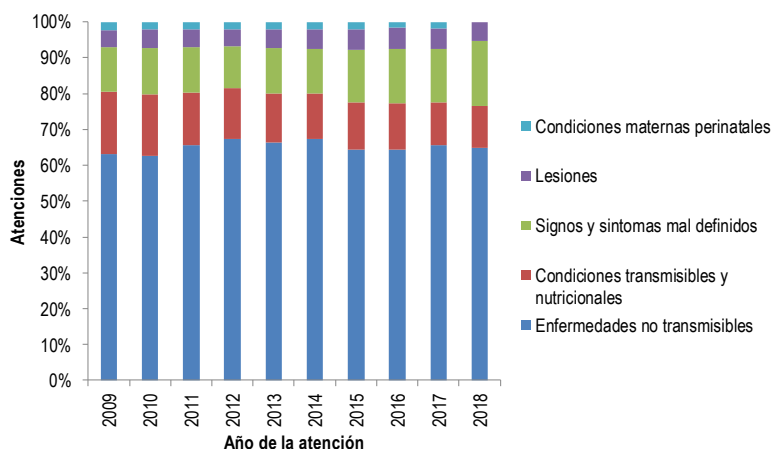
Morbilidad

Morbilidad atendida

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y diciembre de 2018 se atendieron 50.657.518 personas y se prestaron 811.839.877 atenciones, es decir que en promedio una persona recibió 16 atenciones. En promedio se prestaron 81.183.987,7 atenciones anuales durante el periodo, con una desviación estándar de 24.403.996,9. El mínimo de atenciones se registro en 2018 (39.264.538) y el máximo de atenciones se reportó en 2014 (119.688.802). 60,03% (487.339.505), de las atenciones se prestaron en el régimen contributivo, el 33,71% (273.692.250) en el régimen subsidiado y el 1,58% (12.838.536) de las atenciones se registró en vinculados.

El 65,4% (531.023.713) de las atenciones se prestó a 42.453.271 personas que consultaron por enfermedades no transmisibles para una razón de 13 atenciones por persona, en primer lugar, le siguieron las condiciones transmisibles y nutricionales 27.012.829 personas demandaron el 13,8% (112.282.855) de las atenciones para una razón de cuatro atenciones por persona. En tercer lugar, los signos y síntomas mal definidos generaron el 13,4% (109.097.723) de las atenciones prestadas a 27.104.640 personas y tuvieron una relación de cuatro atenciones por persona. Las lesiones causaron el 5,4% (43.434.604) de las atenciones prestadas a 14.437.008 personas para una razón de tres atenciones por persona. Las condiciones maternas y perinatales causaron el 2,0% (16.000.982) de las atenciones ofrecidas a 3.849.037 personas para una razón de cuatro atenciones por persona. En general todas las causas muestran un tendencia creciente. (Gráfico 74)

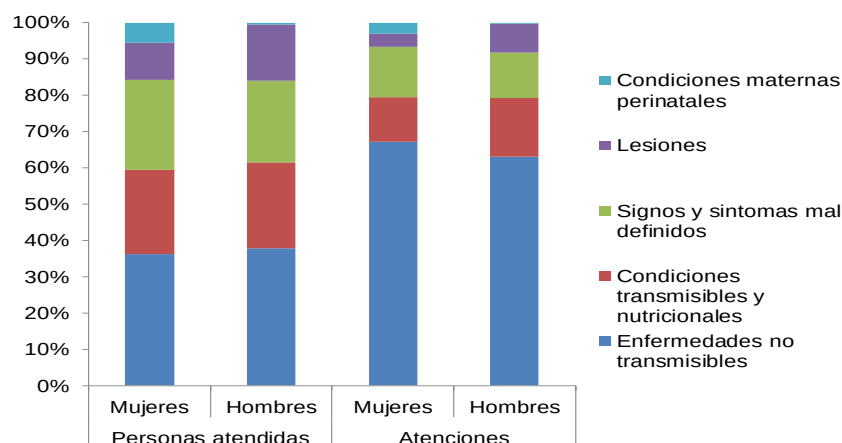
Gráfico 74. Morbilidad atendida según agrupación de causas, 2009-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 4 de junio de 2019.

Entre 2009 y 2018, la proporción de personas que recibieron atenciones es un 59,8% mayor en las mujeres que en los hombres. Con un 61,5% (494.108.601) en las mujeres y un 38,5% (309.130.924) en los hombres, para una razón de mujer: hombres de 1,60. Entre las mujeres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 67,1% del total de las atenciones prestadas en este sexo, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales que causaron el 12,3% de las atenciones. En hombres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 63,8% del total de las atenciones prestadas en este sexo y el 16,9% de las atenciones se produjeron por condiciones transmisibles y nutricionales. La tercera causa de atención tanto para las mujeres (13,8%) y hombres (13,4%) fueron los signos y síntomas mal definidos. (Gráfico 75)

Gráfico 75. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexos, 2009-2018



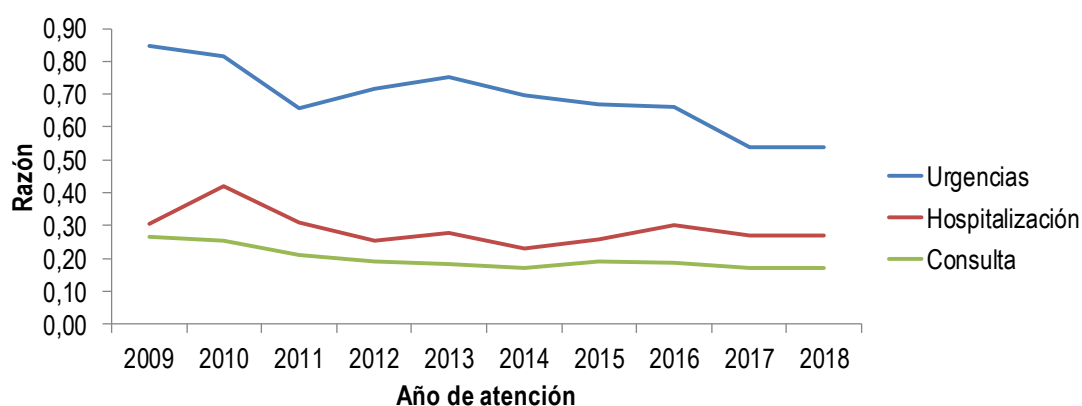
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 4 de junio de 2019.

El 92,34% (705.946.753) de las atenciones se prestaron en consulta, para una media anual de 74.966.365,4 atenciones y una desviación estándar de 22.056.086,1 consultas. El 5,72% (4.938.695) en urgencias, para una media anual de 4.640.493,7 y una desviación estándar de 1.940.653,9 urgencias. El 1,94% (1.661.375) de las atenciones se prestaron en hospitalización, para una media anual de 1.577.128,6 y desviación estándar de 539.860,3.

La razón condiciones transmisibles y nutricionales/enfermedades no transmisibles en urgencias tendió al descenso entre 2009 y 2011 para posteriormente seguir una tendencia constante a 2014, luego un leve incremento entre 2015 y 2016, para seguir en descenso hasta 2018, se puede observar que las condiciones transmisibles y nutricionales fueron menos frecuentes que las enfermedades no transmisibles entre 2009 y 2018. En cuanto a las hospitalizaciones, las condiciones transmisibles y nutricionales fueron más frecuentes al

inicio del periodo, repuntando más en 2010 que en los últimos años de seguimiento. Así mismo, en consulta externa, la razón tendió al descenso, indicando que a medida que pasa el tiempo las enfermedades no transmisibles son causa más frecuente de consulta, desplazando a las condiciones transmisibles y nutricionales, con una razón que pasó de 0,27 a 0,17 entre 2009 y 2018. (Gráfico 76)

Gráfico 76. Razón condiciones transmisibles y nutricionales/enfermedades no transmisibles según tipo de atención, 2009-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 4 de junio de 2019.

Morbilidad atendida por ciclo vital

Primera infancia (0 a 5 años)

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 70.684.079 niños y niñas menores de cinco años de edad, con una media anual 7.853.787 y desviación estándar de 2.227.734, el mínimo de atenciones se registro en 2016 (5.730.819) y máximo en 2014 (10.666.553).

Durante el periodo comprendido entre 2009 y 2018 las condiciones transmisibles y nutricionales generaron el 42,90% (30.321.679) de las atenciones, fueron la causa que mayor cantidad demandó en este grupo de edad, con una razón de 11 atenciones por persona. En segundo lugar, las enfermedades no transmisibles causaron el 37,274% (26.341.488) de las atenciones con una razón de 10 atenciones por persona y la demanda de atención aumentó con respecto a 2017. En tercer lugar, las condiciones mal clasificadas generaron el 16,96% (11.987.776) de las atenciones, para una razón de 7 atenciones por persona. No se observan diferencias entre el porcentaje de atenciones según sexos. (Tabla 27)



La salud
es de todos

Minsalud

Infancia (6 a 11 años)

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 44.500.376 niños y niñas entre los cinco y 11 años de edad, con una media anual 4.944.486 y desviación estándar de 1.391.274, el mínimo de atenciones se registro en 2010 (3.335.321) y máximo en 2014 (6.643.210).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 55,83% (24.843.606) de la demanda, para una razón de 4 atenciones por persona. En segundo lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 25,52% (11.358.516) de las atenciones, para una razón de 2,49 atenciones por persona. Las condiciones mal clasificadas generaron el 17,16% (7.634.709) de las atenciones, para una razón de 3 atenciones por persona. Por sexos no se observan diferencias importantes. (Tabla 27)

Adolescencia (12 a 18 años)

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 49.923.873 adolescentes, con una media anual 5.547.097 y desviación estándar de 1.703.783, el mínimo de atenciones se registro en 2010 (4.006.138) y máximo en 2014 (7.874.260). Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 60,10% (30.003.227) de la demanda y una razón de 4,38 atenciones por persona. En segundo lugar se ubican las condiciones mal clasificadas, con el 17,89% (8.933.181) de las atenciones, para una razón de 3 atenciones por persona. En tercer lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 15,45% (7.717.368) de las atenciones, para una razón de 2 atenciones por persona. Por sexos no se observan diferencias importantes. (Tabla 27)

Juventud (14 a 26 años)

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 117.467.969 jóvenes, con una media anual 13.051.997 y desviación estándar de 3.768.292, el mínimo de atenciones se registro en 2010 (9.329.101) y máximo en 2014 (18.373.996).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 59,10% (69.426.72) de la demanda para una razón de 5,39 atenciones por persona. En segundo lugar, las condiciones mal clasificadas aparecen con el 17,12% (20.116.079) de las atenciones, para una razón de 3 atenciones por persona. En tercer lugar se ubican las condiciones transmisibles y nutricionales, con el 15,05%

(17.679.398) de las atenciones, para una razón de 3 atenciones por persona. Por sexos no se observan diferencias importantes. (Tabla 27)

Adultez (27 a 59 años)

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 324.326.160 adultos entre 27 y 59 años de edad, con una media anual de 36.036.240 y desviación estándar de 10.282.376, el mínimo de atenciones se registro en 2010 (24.416.468) y máximo en 2014 (50.304.339).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 74,02% (240.073.116) de la demanda y una razón de 12 atenciones por persona. En segundo lugar, las condiciones mal clasificadas aparecen con el 13,16% (42.691.841) de las atenciones, para una razón de 4 atenciones por persona. En tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales aportaron el 10,70% (34.718.330) de las atenciones, para una razón de 3 atenciones por persona. Por sexos no se observan diferencias importantes. (Tabla 27)

Persona mayor (mayor de 60 años)

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 157.720.379 adultos mayor, con una media anual 17.524.487 y desviación estándar de 5.492.395, el mínimo de atenciones se registro en 2009 (9.272.551) y máximo en 2014 (24.829.782).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 81,17% (135.904.827) de la demanda y una razón de 20 atenciones por persona. En segundo lugar están las condiciones mal clasificadas, con el 10,22% (16.120.523) de las atenciones y una razón de 4 atenciones por persona. Las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 5,59% (8.822.514) de las atenciones, para una razón de 3 atenciones por persona. (Tabla 27)



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 27. Proporción de atenciones por causa, sexos y ciclo vital, 2009-2018

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

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 4 de junio de 2019.



La salud
es de todos

Minsalud

Morbilidad atendida por causas y departamentos

Entre 2009 y 2018, 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, lo cual la influencia para ser la entidad territorial con mayor demanda de atenciones en salud, generando alrededor del 20% 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 2018, los territorios de Valle del Cauca, Atlántico, Córdoba, Cauca, Huila, Magdalena, Cesar, Sucre, La Guajira, Caquetá, Putumayo, Chocó, Casanare, Arauca, Guaviare, Guainía y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 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 uno y dos p.p con respecto a las enfermedades no transmisibles. (Tabla 28)



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 28. Proporción de atenciones según departamento, 2009-2018

Departamento	Condiciones maternas perinatales	Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades no transmisibles	Lesiones	Signos y síntomas mal definidos
Bogotá, D.C.	16,84	18,54	21,37	20,27	19,15
Antioquia	13,49	12,82	14,44	14,88	13,21
Valle del Cauca	9,58	8,17	9,40	10,93	8,45
Nariño	6,18	6,81	4,55	5,13	3,37
Atlántico	5,69	5,38	4,78	4,34	6,65
Córdoba	5,60	4,15	3,17	2,76	3,92
Cundinamarca	4,91	4,36	5,06	5,49	5,26
Santander	4,29	4,48	5,30	4,74	4,31
Bolívar	3,42	4,52	3,71	3,08	5,19
Cauca	3,05	2,80	2,30	2,88	2,03
Boyacá	2,82	2,45	2,90	2,68	2,57
Huila	2,74	2,60	2,32	2,29	2,51
Magdalena	2,60	2,79	2,10	2,22	3,32
Cesar	2,32	1,93	1,63	1,62	2,22
Norte de Santander	2,10	2,25	2,20	2,18	2,04
Tolima	2,01	2,38	2,49	2,49	2,48
Sucre	1,71	1,68	1,41	1,21	2,56
Risaralda	1,70	2,42	2,62	2,31	1,51
La Guajira	1,53	1,54	0,83	0,83	1,63
Meta	1,42	1,75	1,66	1,58	1,91
Quindío	1,18	1,31	1,27	1,24	0,89
Caquetá	1,04	1,11	0,66	0,77	0,85
Caldas	0,96	1,64	2,09	1,89	1,53
Putumayo	0,75	0,71	0,48	0,67	0,75
Chocó	0,65	0,30	0,25	0,34	0,65
Casanare	0,53	0,43	0,48	0,49	0,48
Arauca	0,48	0,28	0,25	0,35	0,29
Guaviare	0,14	0,12	0,08	0,12	0,09
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,08	0,05	0,05	0,09	0,06
Guainía	0,07	0,04	0,02	0,03	0,03
Vichada	0,06	0,11	0,06	0,04	0,04
Amazonas	0,04	0,07	0,05	0,04	0,05
Vaupés	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 4 de junio de 2019.

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 linfóide aguda, la leucemia mieloide aguda, el linfoma Hodking y no Hodking, la epilepsia, la artritis reumatoide y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).



La salud
es de todos

Minsalud

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 prematura⁹⁰. 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”⁹¹. “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”⁹².

El Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, la enfermedad pasó al puesto 6 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 27 en 1990⁹³; De acuerdo a 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 9 en 2007, con una diferencia del 47,4% entre 2007 y 2017. En términos de muertes prematuras el incremento fue del 29,5% entre 2007 y 2017, que pasó de la posición 11 en 2007 al lugar 9 en 2017⁹³.

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 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. Otras



La salud
es de todos

Minsalud

enfermedades asociadas con la ERC son las enfermedades autoinmunes, la insuficiencia renal aguda y el VIH.⁹⁴.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, para 2017 en Colombia había 4.124.668 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social captadas con insuficiencia renal crónica, de estas, el 34,1% (1.406.364) se encontraban clasificadas en algún estadio K/DOQI (1 a 5), y el 30% (1.236.869) tiene descartado el diagnóstico y el 25,3% (1.042.359) no ha sido estudiado para ERC. De las personas estudiadas, el 49,0% (689.969) estaban clasificadas en estadio 2 o menor⁹⁵. En todos los estadios de la ERC se observa un incremento entre 0,8 y 13,4 p.p, para los estadios cinco y tres, respectivamente. (Tabla 29). De los casos prevalentes reportados son 1.406.364 y 249.275 incidentes de la ERC.

Tabla 29. Distribución de frecuencias de personas con ERC según estadios, 2017

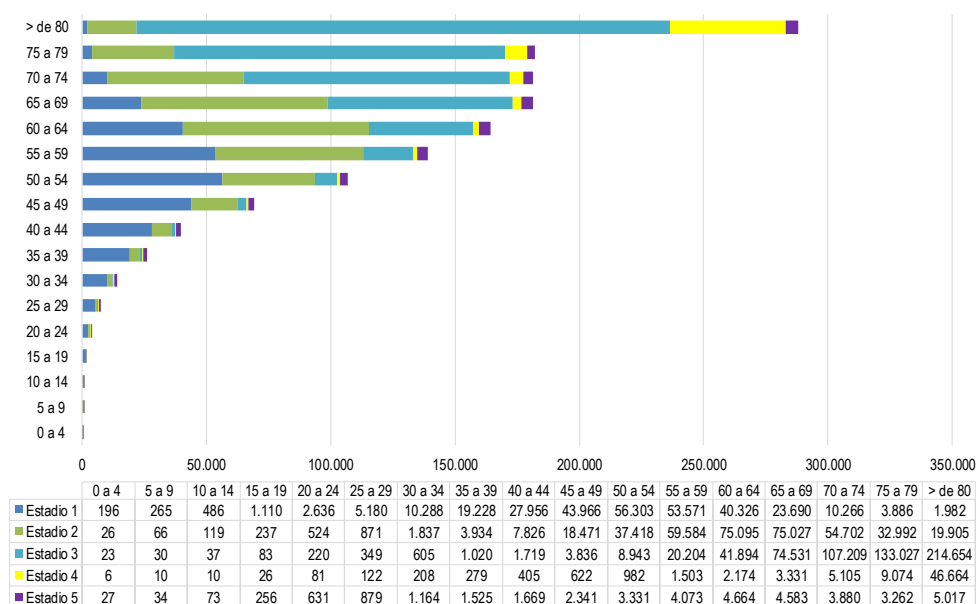
Estadio	Frecuencia absoluta 2016	Frecuencia absoluta 2017	Frecuencia relativa 2016	Frecuencia relativa 2017	Frecuencia relativa acumulada 2016	Frecuencia relativa acumulada 2017
Sin ERC	456.045	1.236.869	37,18	29,9	37,18	
1	111.077	301.335	9,06	21,4	46,24	21,40
2	235.332	388.634	19,19	27,6	65,43	49,00
3	366.628	608.384	29,89	43,3	95,32	92,30
4	33.600	70.602	2,74	5	98,06	97,30
5	23.791	37.409	1,94	2,7	100,00	100,00
Total estudiados	1.226.473	1.406.364		34,10		
No estudiados	1.829.095	1.042.359		25,27		
Diagnóstico no confirmado		439.076		10,65		
Total	3.055.568	4.124.668				

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 el mismo año, la distribución poblacional de la ERC en los afiliados al Sistema General de Seguridad Social captados por edad varió según estadio, siendo especialmente llamativa la concentración de población adulta mayor en los estadios 3, 4 y 5. De las 37.409 personas con ERC estadio 5, el 11,9% (879) contaba entre 25 y 29 años. (Gráfico 77) La mayoría de los pacientes que tienen ERC estadio 1 tienen edades comprendidas entre los 50 y 54 años con el 52,6% (56.303), En el estadio 2, se encuentran en el 45,7% (75.095) entre 60 y

64 años de edad. En los estadios 3 y 4 la mayoría tienen más de 80 años. En consecuencia, la población adulta mayor de 80 años, concentra el 20,4% (288.222) de los casos reportados para la ERC.

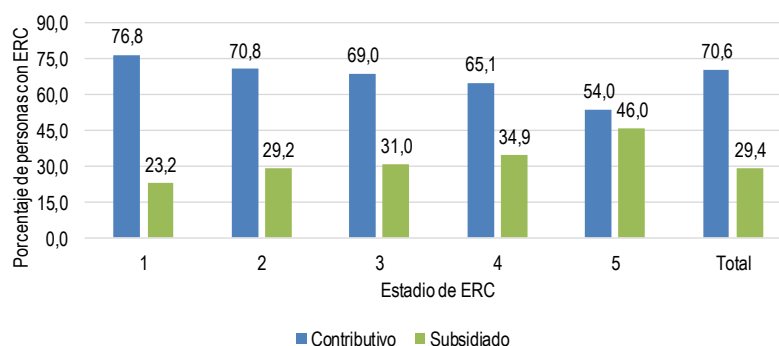
Gráfico 77. Distribución de la población con ERC según estadio y edad, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2017.

En 2017, se mantiene la brecha entre un 8,0% y 54,0%, mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado. Por cada 100 afiliados, 70,6, se encontraban diagnosticados en el régimen contributivo. (Gráfico 78)

Gráfico 78. Estadios de la ERC según el régimen de afiliación, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2017.



La salud
es de todos

Minsalud

Para el último año la prevalencia en servicios de salud de ERC fue un 2,9 por cada 100 personas afiliadas al SGSSS. En Quindío (6,1%), Risaralda (5,8%), Caldas (5,7%), Valle del Cauca (4,0%), Bogotá, D.C. (3,7%) y Norte de Santander (3,2%) registran las prevalencias más alta que la nacional. En tanto que, La Guajira, Arauca, Casanare, Guaviare, San Andrés, Chocó, Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés, las prevalencias en servicios de salud son más bajas que la nacional, menor al 1,0%. En todos los departamentos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95%.

El Distrito Capital Bogotá (298.599), es donde habitan el mayor número de personas con ERC, seguida del Valle del Cauca (186.287), y Antioquia (172.439). De las 1.406.364 personas con ERC que residen en Colombia, 891.883 residen en las ciudades capitales, Armenia es la ciudad con la prevalencia de ERC más elevada (7,5), seguida de Pereira (6,4) y Manizales, (6,5). (Tabla 28) Cabe resaltar que la prevalencia ajustada muestra una distribución diferente, donde Armenia (6,4) continua siendo la primera ciudad con una prevalencia ajustada elevada, le sigue Cúcuta (5,5) y Pereira (5,5).



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 30. Prevalencia y casos de la ERC según departamentos, 2017

Departamento	Casos ERC	Prevalencia	Capital	Casos ERC	Prevalencia
Quindío	34.719	6,1	Armenia	22.503	7,5
Risaralda	56.294	5,8	Pereira	30.348	6,4
Caldas	56.445	5,7	Manizales	25.774	6,5
Valle del Cauca	186.287	4,0	Cali	103.485	4,3
Bogotá, D.C.	298.599	3,7	Bogotá, D.C.	298.599	3,7
Norte de Santander	43.763	3,2	Cúcuta	32.856	5,0
Atlántico	72.072	2,9	Barranquilla	50.766	4,1
Santander	58.552	2,8	Bucaramanga	21.180	4,0
Tolima	38.960	2,8	Ibagué	23.826	4,2
Bolívar	57.123	2,7	Cartagena	37.094	3,6
Meta	26.931	2,7	Villavicencio	21.096	4,2
Antioquia	172.439	2,6	Medellín	106.935	4,3
Boyacá	33.155	2,6	Tunja	8.292	4,2
Huila	27.987	2,4	Neiva	15.826	4,6
Caquetá	11.830	2,4	Florencia	7.226	4,0
Nariño	38.339	2,1	Pasto	16.997	3,8
Cauca	29.999	2,1	Popayán	9.779	3,5
Magdalena	27.533	2,1	Santa Marta	19.144	3,8
Sucre	18.212	2,1	Sincelejo	8.999	3,2
Cesar	21.081	2,0	Valledupar	10.699	2,3
Cundinamarca	50.348	1,8	Bogotá, D.C.	298.599	3,7
Córdoba	27.335	1,6	Montería	13.413	3,0
Putumayo	5.220	1,5	Mocoa	1.048	2,4
La Guajira	8.463	0,8	Riohacha	2.942	1,1
Arauca	1.434	0,5	Arauca	462	0,5
Casanare	1.429	0,4	Yopal	1.077	0,7
Guaviare	342	0,3	San José del Guaviare	282	0,4
San Andrés	268	0,3	San Andrés	262	0,4
Chocó	934	0,2	Quibdó	721	0,6
Amazonas	142	0,2	Leticia	141	0,3
Vichada	61	0,1	Puerto Carreño	49	0,3
Guainía	35	0,1	Inírida	32	0,2
Vaupés	33	0,1	Mitú	30	0,1
Colombia	1.406.364	2,9	Total	891.883	3,9

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.

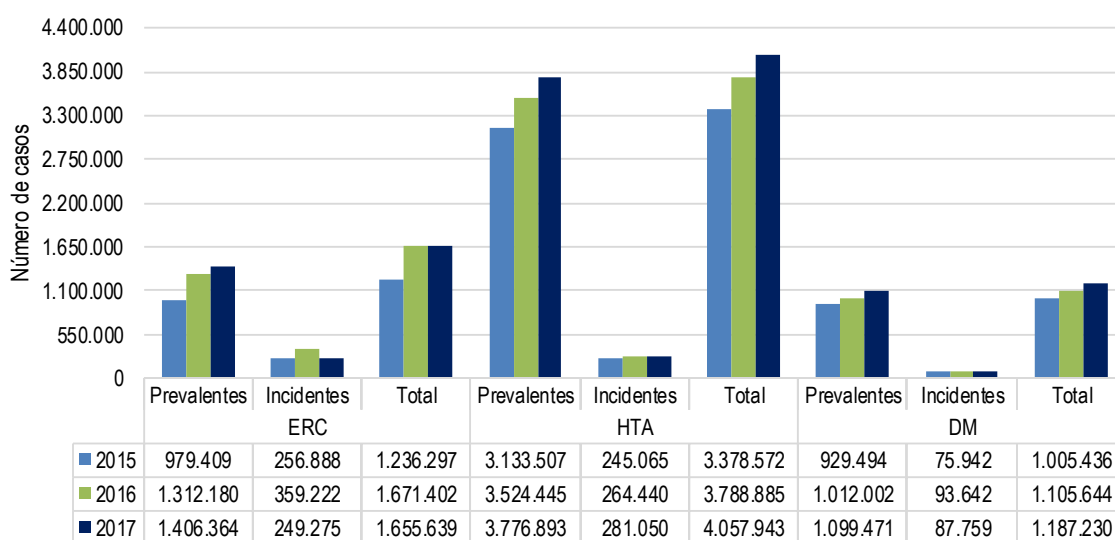


La salud
es de todos

Minsalud

Los principales precursores 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. Entre 2015 y 2017, se observa un incremento de 35.985 y 11.817 de casos incidentes para hipertensión arterial y diabetes mellitus, respectivamente. Comportamiento diferente se observa en la ERC, que describe un descenso de 7.613 casos incidentes en el mismo periodo analizado. (Gráfico 79)

Gráfico 79. Casos prevalentes e incidentes de la Enfermedad Renal Crónica, hipertensión arterial y la diabetes, 2015- 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2017.

Hipertensión arterial

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”⁹⁶.



La salud
es de todos

Minsalud

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)⁹³ 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 hombres⁷⁴.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, entre 1 julio de 2016 y 30 de junio del 2017 había un total 3.776.893 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con hipertensión arterial por los servicios de salud, para una prevalencia calculada en servicios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado de 7,7 personas por cada 100 afiliado. La tendencia se mostró al incremento de 252.448 personas con HTA en comparación con el periodo anterior, al pasar de 5,1 en 2013 a 7,7 en 2017, con prevalencias en servicios de salud más alta en las mujeres (61,6%) que en los hombres (38,3%); la brecha entre sexos alcanzó la mayor diferencia relativa de 1,61 para 2017.

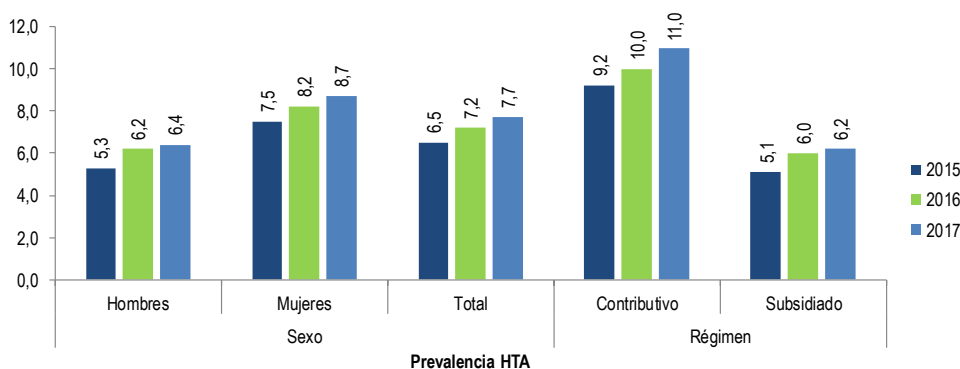
Durante 2015 y 2017 periodo la prevalencia en servicios de salud de hipertensión afiliadas se incrementó en un 16%, pasando de 7,5 a 8,7 mujeres por cada 100 afiliados; mientras tanto, en los hombres aumentó en un 20,8%, trasladándose de 5,3 a 6,4 hombres por cada 100 afiliados, a través del tiempo se mantiene la brecha de por sexos, a favor de las mujeres. En relación al régimen de afiliación en el contributivo se incrementó en un 19,6%, pasando de 7,5 a 11,0 por cada 100 afiliados en este régimen, mientras que el régimen subsidiado el incremento fue del 21,6%, trasladándose de 5,1 a 6,2, respectivamente. Así mismo, se mantienen las brechas en el tiempo, a favor del régimen contributivo. (Gráfico 80)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 80. Prevalencia en servicios de salud de hipertensión arterial, por sexo y régimen de afiliación 2015 - 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2017. *Prevalencia ajustada para mujeres y hombres.

Para 2017 los porcentajes más altos de casos de hipertensión arterial se presentaron en Risaralda (11%), le siguen Quindío (10,7%), Antioquia (10,3%), Caldas (10,2%), Valle del Cauca (9,8%), Atlántico (9,6%), Bolívar (9,0%), Bogotá, D.C. (8,7%), Santander (7,9%) y Sucre (7,9%). Las prevalencias en servicios de salud menor al 1,0% se presentaron en Vichada, Vaupés y Guainía. En todos los departamentos, aunque no hay evidencia estadísticamente significativa que indique que la prevalencia en servicios de salud es diferente a la nacional en ningún departamento; el nivel de confianza es del 95%. (Tabla 31)



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 31. Prevalencia hipertensión arterial según departamentos, 2017

Departamento	Casos HTA	Prevalencia	Capital	Casos HTA	Prevalencia
Risaralda	105.791	11,0	Pereira	62.059	13,1
Quindío	61.063	10,7	Armenia	40656	13,6
Antioquia	678.059	10,8	Medellín	351.228	14,0
Caldas	101.559	10,2	Manizales	55.830	14,0
Valle del Cauca	462768	9,8	Cali	256773	10,6
Atlántico	241.301	9,6	Barranquilla	156.208	12,7
Bolívar	193.213	9,0	Cartagena	118.445	11,6
Bogotá, D.C.	704.890	8,7	Bogotá, D.C.	704.890	8,7
Santander	163703	7,9	Bucaramanga	56166	10,6
Sucre	68286	7,9	Sincelejo	29675	10,5
Boyacá	91.597	7,2	Tunja	14.474	7,4
Cesar	70.336	6,7	Valledupar	39.411	8,3
Huila	74.467	6,3	Neiva	33.997	9,8
Norte de Santander	85.187	6,2	Cúcuta	57.553	8,7
Magdalena	76.682	6,0	Santa Marta	42.823	8,6
Tolima	84264	6,0	Ibagué	49821	8,8
Meta	55.558	5,6	Villavicencio	35.234	7,0
Cauca	67.734	4,8	Popayán	23.169	8,2
Córdoba	84.649	4,8	Montería	37.522	8,3
Cundinamarca	129.240	4,7	Bogotá, D.C.	704.890	8,7
Chocó	21.897	4,3	Quibdó	9.175	7,9
Nariño	74.874	4,2	Pasto	29.574	6,6
Caquetá	16.803	3,4	Florencia	10.202	5,7
Casanare	11.772	3,2	Yopal	6.274	4,3
Arauca	7.973	3,0	Arauca	3.479	3,8
La Guajira	28.292	2,8	Riohacha	10.597	3,8
San Andrés	2139	2,8	San Andrés	2125	2,9
Putumayo	8.979	2,5	Mocoa	2.076	4,7
Guaviare	2.418	2,1	San José del Guaviare	1.992	3,0
Amazonas	763	1,0	Leticia	738	1,8
Vichada	414	0,5	Puerto Carreño	162	1,0
Vaupés	143	0,3	Mitú	140	0,4
Guainía	79	0,2	Inírida	76	0,4
Colombia	3.776.893	7,7	Total	2.242.544	9,8

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.

Diabetes mellitus

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 1990⁹³, 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 2030⁹⁷.



La salud
es de todos

Minsalud

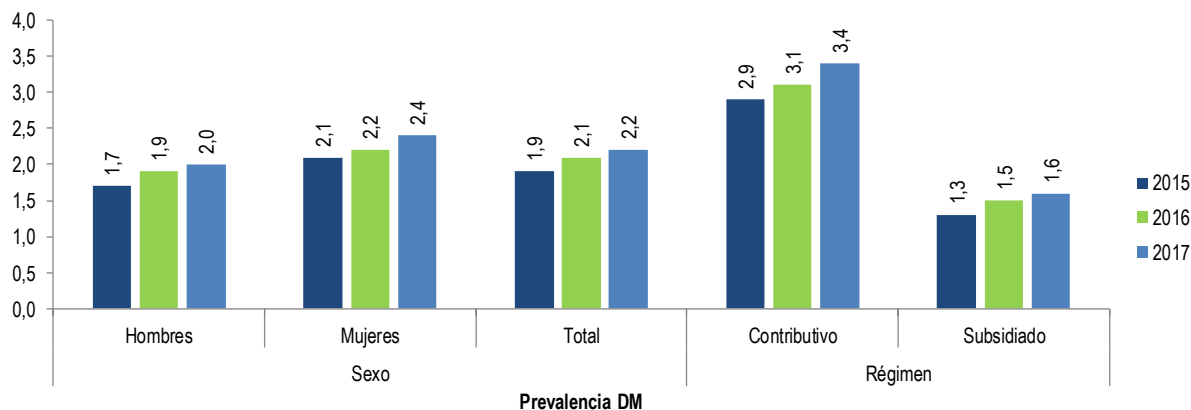
De acuerdo a las estimaciones del Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, para Colombia pasó al lugar 6 como causa de muerte en 2017 más frecuente después de haber estado en la posición 7 en 2007, con una tasa de mortalidad de 28,98 por cada 100.000 (IC95% 26,39 -31,91), una diferencia del 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 2017⁹³.

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%, respectivamente⁷⁴.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, entre el 1º de julio de 2016 y el 30 de junio 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 al 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%, respectivamente. Así mismo, se mantienen las brechas en el tiempo, a favor del régimen contributivo. (Gráfico 81)

Gráfico 81.Prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus según sexos y régimen, 2015 -2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2017. *Prevalencia ajustada para mujeres y hombres.

Para 2017 los porcentajes más altos de casos de diabetes se presentaron en Quindío (3,3%), Risaralda (3,3%), Valle del Cauca (3,3%), Antioquia (2,8%), Santander (2,7%), Bogotá, D.C. (2,6%), Atlántico (2,5%),Caldas (2,5%), Bolívar (2,3%) y Huila (2,3%), aunque no hay evidencia estadísticamente significativa que indique que la prevalencia en servicios de salud es diferente a la nacional en ningún departamento, con un nivel de confianza del 95%. En tanto, Arauca, Casanare, Chocó, La Guajira, Putumayo, Guaviare, Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés, las prevalencias en servicios de salud son más bajas que la nacional, menor al 1,0%. En todos los departamentos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95% (Tabla 32).



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 32. Prevalencia y casos de la diabetes mellitus según departamentos, 2017

Departamento	Casos DM	Prevalencia	Capital	Casos DM	Prevalencia
Quindío	18.912	3,3	Armenia	12.820	4,3
Risaralda	32.114	3,3	Pereira	19.327	4,1
Vale del Cauca	153327	3,3	Cali	88408	3,8
Antioquia	184.448	2,8	Medellín	103951	4,1
Santander	58.759	2,7	Bucaramanga	23.583	4,5
Bogotá, D.C.	211778	2,6	Bogotá, D.C.	211778	2,6
Atlántico	64.133	2,5	Barranquilla	44.019	3,8
Caldas	25.094	2,5	Manizales	13.167	3,3
Bolívar	49.521	2,3	Cartagena	38.684	3,8
Huila	27.536	2,3	Neiva	14.073	4,1
Meta	21.188	2,1	Villa vicencio	13.885	2,7
Norte de Santander	29.516	2,1	Cúcuta	21.888	3,3
Sucre	16.647	1,9	Sincedejo	8.407	3,0
Tolima	26.692	1,9	Ibagué	16.857	3,0
Boyacá	22.377	1,7	Tunja	4.338	2,2
Cesar	15.795	1,5	Valledupar	8.247	1,7
Magdalena	19.578	1,5	Santa Marta	12.688	2,5
San Andrés	1138	1,5	San Andrés	1129	1,8
Córdoba	24.088	1,4	Montería	11.415	2,5
Cundinamarca	37.508	1,4	Bogotá, D.C.	211.778	2,6
Caquetá	5909	1,2	Florencia	3383	1,9
Cauca	17.026	1,2	Popayán	8.508	2,3
Nariño	17.342	1,0	Pasto	7.742	1,7
Arauca	2.284	0,8	Arauca	893	1,0
Casanare	3019	0,8	Yopal	2138	1,5
Chocó	4.029	0,8	Quibdó	2.456	2,1
La Guajira	7.790	0,8	Riohacha	3.140	1,1
Putumayo	2.735	0,8	Mocoa	614	1,4
Guaviare	754	0,7	San José del Guaviare	628	0,9
Amazonas	280	0,4	Leticia	275	0,7
Vichada	147	0,2	Puerto Carreño	55	0,3
Guainía	38	0,1	Inirida	38	0,2
Vaupés	37	0,1	Mitú	37	0,1
Colombia	1.099.471	2,2	Total	692.225	3,0

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.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Según ONUSIDA, hay en el mundo 36,9 millones (31,1 millones–43,9 millones) de personas vivían con el VIH en 2017 en el mundo. La tuberculosis continúa siendo la principal causa de muerte entre las personas que tienen VIH, siendo responsable de aproximadamente una de cada tres muertes relacionadas con el sida. En



La salud
es de todos

Minsalud

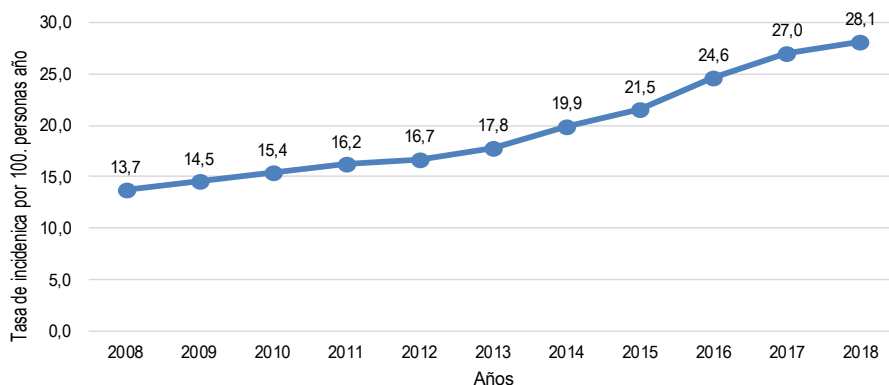
2016, 10,4 millones de personas desarrollaron tuberculosis, de las cuales 1,2 millones vivían con el VIH. Las personas que viven con el VIH y no presentan síntomas de tuberculosis necesitan la terapia preventiva contra la tuberculosis, que disminuye el riesgo de desarrollar dicha enfermedad y reduce las tasas de mortalidad de la tuberculosis y el VIH en un 40% aproximadamente⁹⁸.

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.⁹³ 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 2017.⁹³

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).⁷²

De acuerdo con los datos de notificación de VIH y 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, a la semana 46, se encuentra en 28,1 casos por 100.000 personas. (Gráfico 82). 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 82. Tasa de incidencia por cada 100.000 personas año a riesgo de VIH/SIDA, 2008-2018



Fuente: elaborado a partir de los datos del Boletín epidemiológico VIH/sida 2018. Semana 47 del INS

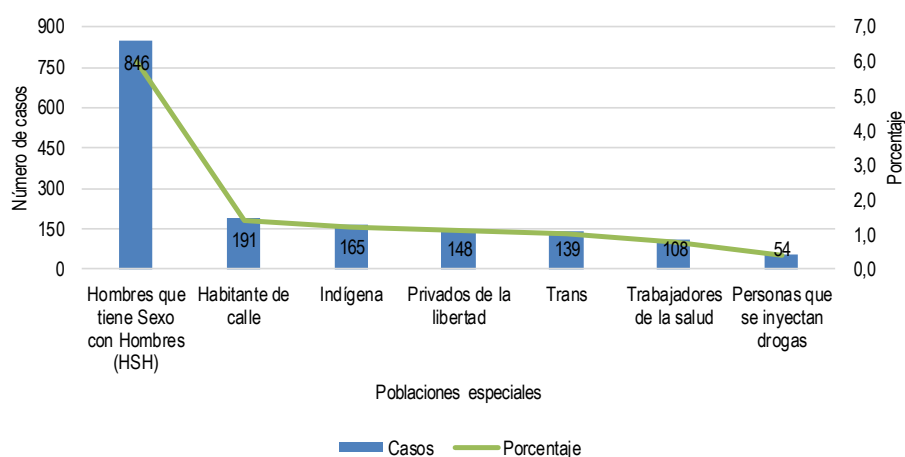


La salud
es de todos

Minsalud

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. En los grupos especiales, los Hombres que tiene Sexo con Hombres (HSH), aportan el 6,0% de los casos reportados, seguido por el grupo de habitante de calle con un 1,4% y en tercer lugar, la población indígena con el 1,2%.⁹⁹ (Gráfico 83)

Gráfico 83. Casos notificados de VIH/sida en poblaciones especiales, 2018



Fuente: elaborado a partir de los datos del Boletín epidemiológico VIH/sida 2018. Semana 47 del INS

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, a 31 de enero de 2017, 82.856 afiliados al SGSSS tenían VIH/sida, alcanzando una prevalencia de 0,17%. El 25,4% de los afiliados con VIH/sida eran mujeres y el restante 74,6% hombres, para una razón hombre: mujer de 3 a 1. La media de edad fue de 39,6 años para los hombres y 38,8 años para las mujeres. El 48,9% de los casos son del régimen contributivo. En afrocolombianos registraron 599 casos (4,3%), 165 casos (1,2%) en población indígena y por área de ocurrencia el 88,1 % son del área urbana¹⁰⁰.

Para 2017, la prevalencia de VIH/SIDA en las personas afiliadas entre 15 y 49 años fue de 0,17% (82.856) por cada 100 afiliados, la tasa de incidencia fue de 19,1 (9.399) personas año a riesgo. El 60,1% (49.782), de los casos de VIH son del régimen contributivo, el 38,2% (31.689) al régimen subsidiado, el 1,6% (1.332) al régimen



La salud
es de todos

Minsalud

de excepción, el 0,01% (12) al régimen especial y el 0,05 (41) no estaban afiliados al SGSSS. El 24,74% (11.467) de los casos afiliados residían en Bogotá, el 16,34% (11.467) en Antioquia y el 13,59% (6.264) en el Valle del Cauca¹⁰⁰.

Para 2017, Quindío (0,25), Bogotá, D.C. (0,24), Risaralda (0,24), Valle del Cauca (0,23), Antioquia (0,22), Atlántico (0,21) y Norte de Santander (0,18) son los territorios con mayor prevalencia por este evento en salud. En contraste, con Caquetá, Cauca, La Guajira, Arauca, Cundinamarca, Guaviare, Nariño, Putumayo, Amazonas, Boyacá, Chocó, Vaupés, Vichada y Guainía que reportaron para 2017 prevalencia menor al 0,1%

En cuanto a la tasa de incidencia, Risaralda (30,96), Bogotá, D.C. (25,53), Antioquia (24,92), Atlántico (23,99), Quindío (23,26), Valle del Cauca (22,66), Meta (22,64), Córdoba (20,71) y Magdalena (20,07), reportan las más altas tasas de incidencia por cada cien personas año a riesgo en 2017. Al comparar con Vaupés que registró tasas de incidencia menor al 0,1%. (Tabla 33)



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 33. Prevalencia y casos de la diabetes mellitus según departamentos, 2017

Departamento	Casos prevalentes de VIH	Prevalencia	Casos incidentes de VIH	Tasa de incidencia
Quindío	1.451	0,25	133	23,26
Bogotá, D.C.	19.743	0,24	2.063	25,53
Risaralda	2.333	0,24	298	30,96
Valle del Cauca	10.597	0,23	1.067	22,66
Antioquia	14.262	0,22	1.648	24,92
Atlántico	5.322	0,21	604	23,99
Norte de Santander	2.466	0,18	269	19,50
Meta	1.670	0,17	226	22,64
Bolívar	3.404	0,16	428	19,94
Cesar	1.707	0,16	195	18,51
Magdalena	2.006	0,16	258	20,07
Santander	3.253	0,16	342	16,43
Córdoba	2.711	0,15	365	20,71
Sucre	1.287	0,15	171	19,69
Caldas	1.421	0,14	198	19,96
Casanare	476	0,13	69	18,70
Huila	1.285	0,11	127	10,74
San Andrés	79	0,10	3	3,86
Tolima	1.394	0,10	163	11,51
Caquetá	425	0,09	53	10,82
Cauca	919	0,07	139	9,90
La Guajira	702	0,07	86	8,49
Arauca	169	0,06	27	10,07
Cundinamarca	1.721	0,06	173	6,26
Guaviare	63	0,06	9	7,88
Nariño	1.090	0,06	168	9,40
Putumayo	185	0,05	21	5,93
Amazonas	34	0,04	4	5,13
Boyacá	503	0,04	76	5,94
Chocó	147	0,03	10	1,96
Vaupés	10	0,02	0	0,00
Vichada	15	0,02	5	6,63
Guainía	6	0,01	1	2,34
Colombia	82.856	0,17	9.399	19,1

*prevalencia e incidencia ajustada por la edad.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación VIH en Colombia, 2017.

Transmisión materno infantil del VIH

De acuerdo con los casos reportados a través de la Cuenta de Alto Costo, en 2017, se registraron 674 mujeres en gestación con VIH, esta cifra descendió en 111 casos comparada con el 2016 (785). Para 2017 la prevalencia del VIH en las mujeres gestantes fue del 0,15 %. La edad media fue de 26 años (IC 95 % 26,1 – 27,1). El rango de edad estuvo entre 14 y 46 años. El grupo de 20 a 24 años concentro el 28,2% de los casos, seguido de las mujeres entre los 25 a 29 años de edad con el 26,6% y el 19,3% en mujeres gestantes con VIH entre los 30 a 34 años de edad.¹⁰⁰

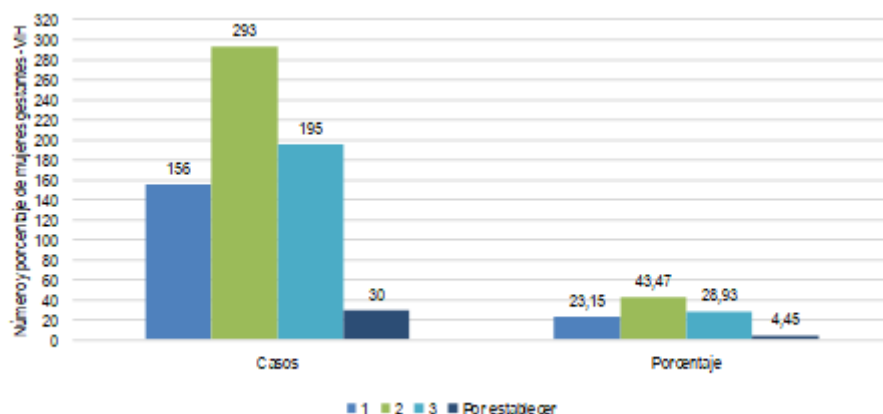


La salud
es de todos

Minsalud

De los casos reportados, el 70,2% (473) pertenecen al régimen subsidiado y el contributivo resgistró el 28,9 % (195), para los regímenes de excepción fue del 0,74% (5) y un caso no estaba afiliado al SGSSS.¹⁰⁰ En relación al mecanismo de transmisión del virus en las mujeres gestantes con VIH, el 91,5% (617) de los casos ocurrieron por transmisión sexual, el 1,3% por transmisión materno infantil (9), el 0,1% por accidente ocupacional (1) y el 7,0% de los casos no se conoció el mecanismo (47). Según el estadio clínico, el 52,08% (351) se encuentra en estadio VIH (estadios 1 y 3), el 43,47% (293) de los casos se reportaron en el estadio 2. (Gráfico 84)

Gráfico 84. Distribución de mujeres gestantes con VIH según estadio, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación VIH en Colombia, 2017.

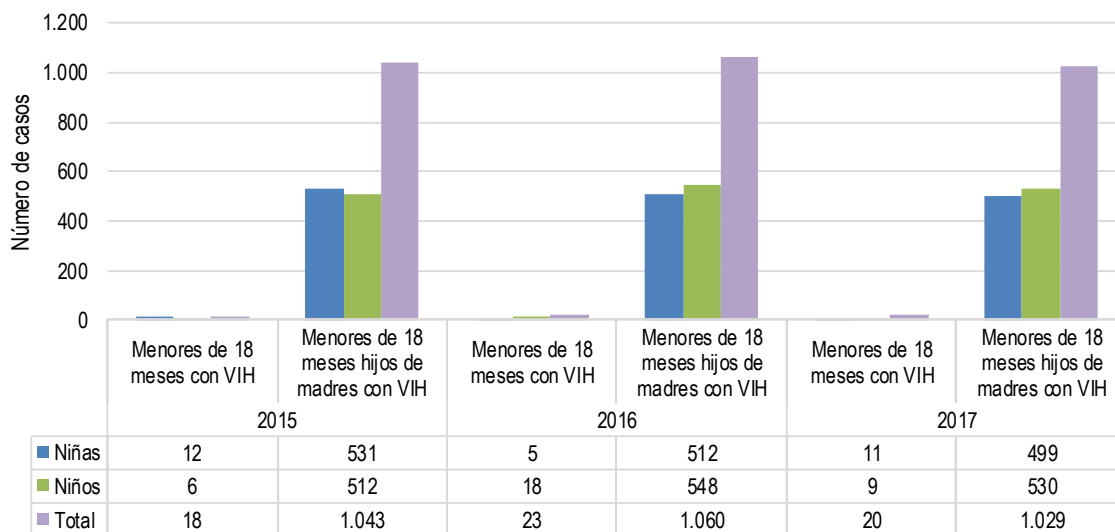
Para 2017, se registraron 1.029 niños y niñas menores de 18 meses hijos de madres con VIH, el 51,5% (530) son niños y el 45,5% (499) niñas. Tan solo 20 niños fueron reportados con diagnóstico de VIH, disminuyendo en 3 casos con respecto al 2016 (23) y se incremento en dos casos con respecto al 2015 (18). (Gráfico 85) Todos los casos se presentaron en el régimen subsidiado. El 55,0% (11) de los casos de transmisión vertical ocurrieron en niñas. El 95% (19) de los casos pertenecen a población no étnica, el 5,0% (1) ocurrió en la población indígena. En afrocolombianos no se registraron casos por transmisión vertical.¹⁰⁰



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 85. Casos de transmisión materno infantil del VIH y mujeres gestantes con VIH, 2015 - 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación VIH en Colombia, 2017.

Los departamentos con mayor porcentaje de transmisión materno infantil de VIH para 2017 fueron Casanare (28,6%), Valle del Cauca (4,1), Bolívar (2,7%), Caldas (16,7), Cundinamarca (9,1), La Guajira (9,1), Santander (4,3), Córdoba (2,6), Norte de Santander (2,1) y Antioquia (1,0). En los demás departamentos no presentaron casos de transmisión materno infantil del VIH para este año.¹⁰⁰ (Tabla 34)



Tabla 34. Casos mujeres gestantes con VIH y transmisión vertical según departamentos, 2017

Departamento	Mujeres gestantes con VIH	Casos de VIH	menores de 18 meses	Porcentaje de transmisión vertical
Casanare	2	4	14	28,6
Valle del Cauca	63	3	74	4,1
Bolívar	42	2	75	2,7
Caldas	14	2	12	16,7
Cundinamarca	12	2	22	9,1
La Guajira	17	2	22	9,1
Santander	30	2	47	4,3
Antioquia	92	1	103	1,0
Córdoba	38	1	38	2,6
Norte de Santander	19	1	47	2,1
Amazonas	0	0	4	0,0
Arauca	7	0	7	0,0
Atlántico	59	0	91	0,0
Bogotá, D.C.	83	0	151	0,0
Boyacá	4	0	6	0,0
Caquetá	11	0	15	0,0
Cauca	10	0	20	0,0
Cesar	34	0	51	0,0
Chocó	6	0	11	0,0
Guaviare	3	0	2	0,0
Huila	11	0	22	0,0
Magdalena	35	0	46	0,0
Meta	11	0	20	0,0
Nariño	18	0	24	0,0
Putumayo	1	0	2	0,0
Quindío	4	0	32	0,0
Risaralda	13	0	18	0,0
Sucre	19	0	34	0,0
Tolima	14	0	17	0,0
Vaupés	1	0	1	0,0
Vichada	1	0	1	0,0
Colombia	674	20,0	1029	2

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación VIH en Colombia, 2017.

Cobertura de tratamiento antirretroviral

De acuerdo con la Cuenta de Alto Costo, para 2017 en las mujeres gestantes con VIH se encontró que el 96,2% (311) recibían la terapia antirretroviral. En 10 casos no tenían criterios para el inicio del tratamiento, probablemente por tener menos de 14 semanas de gestación. En el 2017, la principal indicación para el inicio de la terapia antirretroviral fue el conteo absoluto de linfocitos TCD4+ (menor de 500 células /mm³), entre 2016 y 2017, se incremento el tratamiento antirretroviral en 1,61p.p, al trasladar de 34,19 y 35,8, respectivamente.

En relación a la cobertura de tratamiento antirretroviral, fue del 89,0% (73.790) en las 82.856 personas diagnosticadas con VIH. En los casos prevalentes, el 75% (55.059) de los hombres diagnosticados reciben tratamiento y el 25% (18.731) en las mujeres. En los casos incidentes (7.399), el 98,8% (7.311) iniciaron terapia



La salud
es de todos

Minsalud

Antirretroviral, el 21,1%(1.541) entre las mujeres y 78,9%(5.770) para los hombres. ¹⁰⁰

Leucemia y mieloides aguda y linfoides aguda pediátricas

“Las leucemias son un grupo heterogéneo de enfermedades que se distinguen por infiltración de la médula ósea, sangre y otros tejidos, por células neoplásicas del sistema hematopoyético. Son enfermedades neoplásicas que se deben a mutación somática de la célula progenitora, según su estirpe celular afectada, ya sea la línea mieloide o la 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”¹⁰¹.

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 año¹⁰².

Colombia es de los países con mayor prevalencia de leucemia aguda pediátrica, al igual que Chile, Argentina, Canadá, Alemania y Australia; además, tiene alta tasa de letalidad, pues en el 2002 mientras que en Estados Unidos por cada cinco casos incidentes se produjo una muerte, en Colombia la relación es de 3:1. El acceso a tratamientos adecuados y oportunos mejora la supervivencia y disminuye las tasas de mortalidad, por lo cual el sistema de salud debe ser capaz de proveer un diagnóstico celer y un tratamiento eficiente. Dada la importancia de la vigilancia del evento, en Colombia se inició en 2008 la vigilancia centinela de leucemias agudas pediátricas en 23 departamentos y se espera que en el futuro se pueda contar con el Registro Nacional de Cáncer Infantil ordenado en la Ley 1388 de 2010. En el 2013 se notificaron 436 casos confirmados de leucemia aguda pediátrica; el porcentaje de casos reportados en el régimen subsidiado (46,3) fue un 14% mayor que en el contributivo (40,6). En total, se presentaron 64 muertes de las cuales Bogotá aportó la mayor cantidad con el 25% (16), seguido de Antioquia con el 12,5% (8), Valle del Cauca con el 9,4% (6) y Meta con el 7,8% (5)¹⁰³.

Por tipo, la Leucemia Linfoides Aguda (LLA) es la forma de cáncer más común en niños menores de 15 años en los países latinoamericanos¹⁰⁴, corresponde al 76% de todas las leucemias y uno de cuatro niños menores de



La salud
es de todos

Minsalud

15 años la padecen¹⁰⁵. 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 cuatrienio¹⁰³.

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 oportunidad¹⁰³.

Entre 2008 y 2017, se reportaron al SIVIGILA 3.634 casos de Leucemia Aguda Linfóide Pediátrica (LAL), con un promedio de 363,4 y una desviación estándar de 178,2, el mínimo de casos se registró en 2008 (155) y el máximo de los casos se reportó en 2017 (609), el evento describe una tendencia creciente. (Gráfico 83). En Bogotá, D.C. (671), Antioquia (400), Valle del Cauca (332), Santander (231), Cundinamarca (214), Tolima (144), Huila (132), Bolívar (131), Norte de Santander (118), Atlántico (108), Cauca (107), Nariño (105), Meta (102), Caldas (101) y Córdoba (100), son los territorios donde más registran casos por este evento para el mismo periodo de análisis.

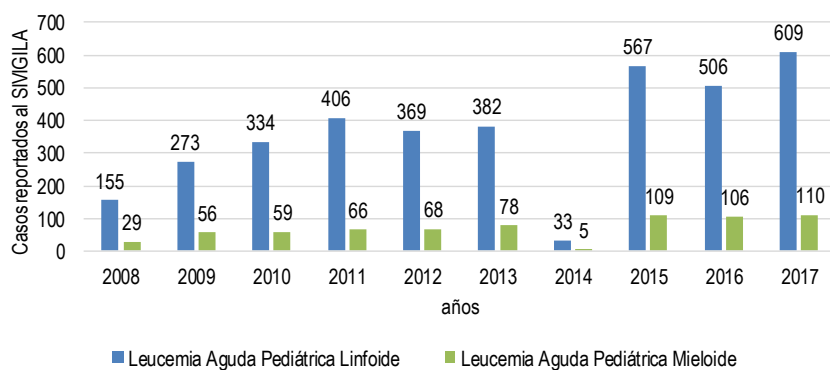
En relación a la Leucemia Aguda Mieloide Pediátrica (LAM), se destaca que registra menos casos que la LAL. Entre periodo 2008 y 2017, se registraron al SIVIGILA 686 casos, con una media anual de 68,6, con una desviación estándar de 34,5, en 2014 (5) con menor número de casos y en 2010 con 110 eventos de salud. Los departamentos que más reportaron casos fueron, Bogotá, D.C. (131), Antioquia (72), Valle del Cauca (66), Cundinamarca (46), Santander (37), Bolívar (34), Nariño (29), Norte de Santander (29), Tolima (26), Meta (22), Córdoba (21) y Huila (21).



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 86. Casos de leucemias reportados al SIVGILA, 2008 - 2017



Fuente: elaborado a partir de los datos del cubo de SIVGILA, MINSALUD, consulta del 6 de junio del 2019.

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 Linfoide 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.¹⁰⁶

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.

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”¹⁰⁷. “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



La salud
es de todos

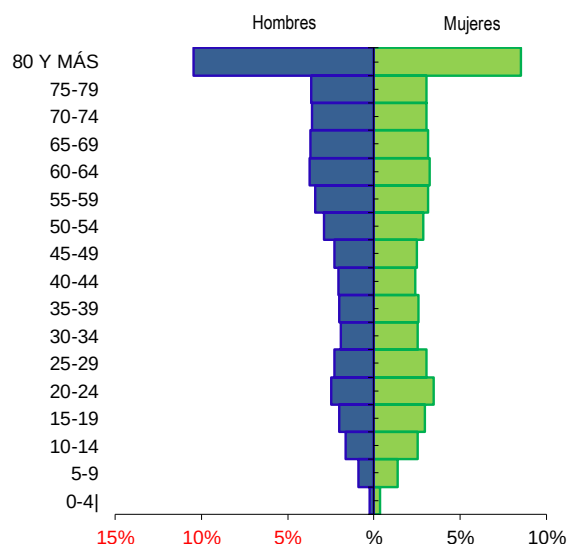
Minsalud

condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social¹⁰⁸. 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 poblacionales¹⁰⁸.

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 3,1.¹⁰⁹

El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), para Colombia entre 2013 y 2018 las personas con discapacidad fueron 1.475.696. Se distribuyen el 49,4% hombres (723.881) y 50,6% mujeres (742.043), el 0,17% (2.565) no se dispone de información de sexo. 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 49,81%, seguidas de las alteraciones en sistema nervioso con el 44,16%. (Tabla 35)

Gráfico 87. Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2018*



*Corte a septiembre de 2018. Consultado el 6 de junio de 2019.

Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

Tabla 35. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2018*

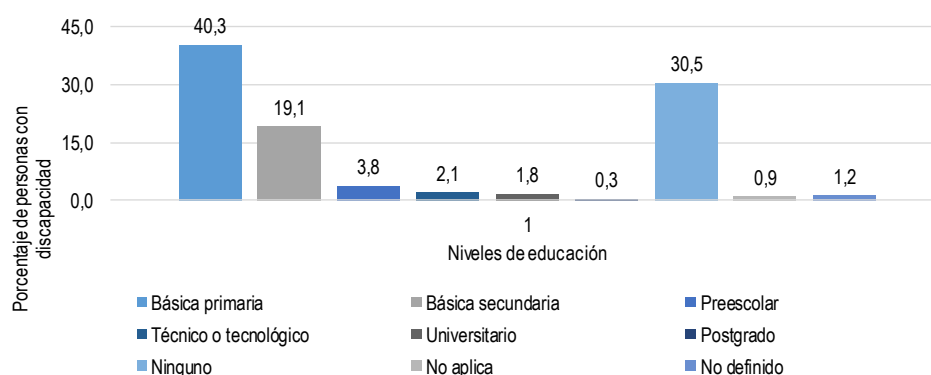
Tipo de discapacidad	Mujeres	Hombres	% Mujeres	% Hombres	Total
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	369.171	364.552	50,9	48,8	49,81
El sistema nervioso	315.113	335.209	43,4	44,8	44,15
Los ojos	262.011	238.828	36,1	32,0	34,00
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	186.173	140.459	25,7	18,8	22,17
La voz y el habla	125.968	161.676	17,4	21,6	19,53
Los oídos	117.285	124.583	16,2	16,7	16,42
La digestión, el metabolismo, las hormonas	102.154	72.025	14,1	9,6	11,82
El sistema genital y reproductivo	53.469	57.724	7,4	7,7	7,55
La piel	30.572	25.135	4,2	3,4	3,78
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	20.802	22.137	2,9	3,0	2,91
Ninguna	13	19	0,0	0,0	0,00
Total general	725.696	747.435			

*Corte a septiembre de 2018. Consultado el 6 de junio de 2019.

Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

Del 100% (1.475.696) de los registros con información de último año de educación alcanzado, el 40,3% (594.480) de las personas en condición de discapacidad alcanzaron la básica primaria, el 30,5% (450.299) se clasifican como sin ningún nivel educativo. Solo el 1,8% (26.257) alcanzó el nivel universitario y el 0,3% (5.074) alcanzo a finalizar un posgrado. (Gráfico 88)

Gráfico 88. Población en condición de discapacidad según nivel educativo, 2018*



*Corte a septiembre de 2018. Consultado el 6 de junio de 2019.

Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.



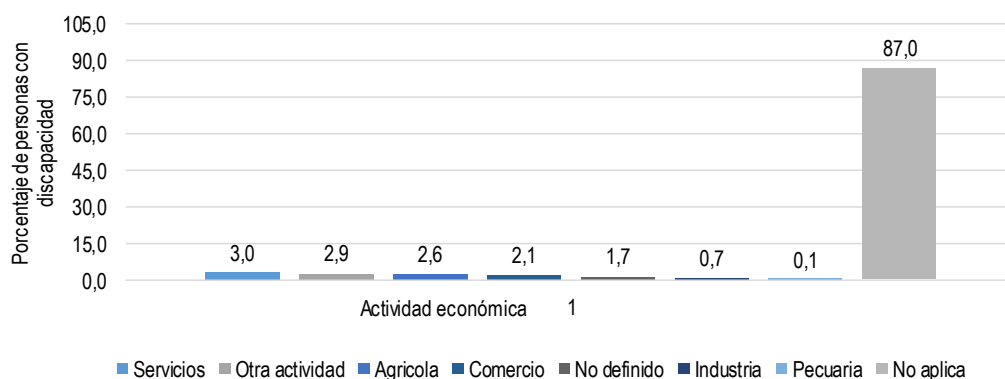
La salud
es de todos

Minsalud

Solo el 11,3% (167.349) de los registros consigna información sobre actividad económica en la cual trabaja, resultando los servicios como los más frecuentes, con un 3,0% (43.993); y la agricultura, con un 2,6% (37.657). (Gráfico 89).

El 16,5% (243.178) de las personas en condición de discapacidad registradas declararon tener personas a cargo. El 39,3% (579.928) habita en vivienda propia totalmente pagada, el 24,1% (356.155) vive en arriendo y el 20,0% (294.912) en vivienda de familiar sin pagar arriendo.

Gráfico 89. Población en condición de discapacidad según actividad económica, 2018*



*Corte a septiembre de 2018. Consultado el 6 de junio de 2019.

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).

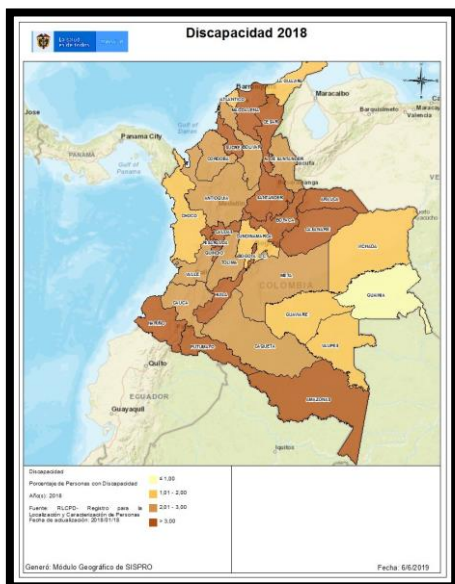
Existen diferencias departamentales en el porcentaje de personas en condición de discapacidad. Para 2018 sobresalieron Huila (4,8), Sucre (4,3), Quindío (4,3), Casanare (4,03), Santander (3,9), Cesar (3,7), Bogotá D.C (3,6) y Risaralda (3,5) con proporciones superiores al 3,5%. (Mapa 27)



La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 27. Porcentaje de personas en condición de discapacidad según departamentos, 2018



Departamento	2018
Huila	4,89
Sucre	4,34
Quindío	4,32
Casanare	4,03
Santander	3,99
Cesar	3,7
Bogotá D.C.	3,61
Risaralda	3,47
Magdalena	3,41
Nariño	3,39
Putumayo	3,38
Amazonas	3,36
Boyacá	3,27
Arauca	3,07
Caldas	3,03
Tolima	2,88
Antioquia	2,8
Caquetá	2,78
Valle del Cauca	2,65
Norte de Santander	2,55
Meta	2,36
Bolívar	2,33
San Andrés y Providencia	2,23
Cauca	2,15
Córdoba	2,08
Cundinamarca	1,77
Atlántico	1,74
La Guajira	1,55
Guaviare	1,52
Vaupés	1,42
Vichada	1,18
Chocó	1,01
Guainía	0,95

*Corte a septiembre de 2018. Consultado el 6 de junio de 2019.

Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS. Junio 6 de 2019



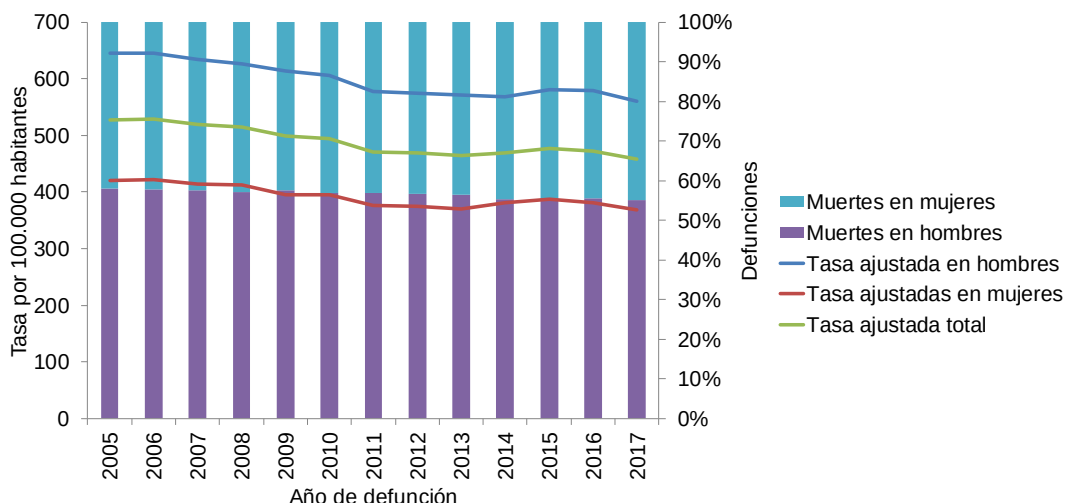
La salud
es de todos

Minsalud

Mortalidad

Entre 2005 y 2017 en Colombia se produjeron en promedio 203.742 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 56,59% (1.498.743) de las muertes ocurrió en los hombres y el restante 43,41% (1.149.906) en las mujeres. La brecha en la mortalidad por sexos se mantuvo constante, siendo para 2017, 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 90)

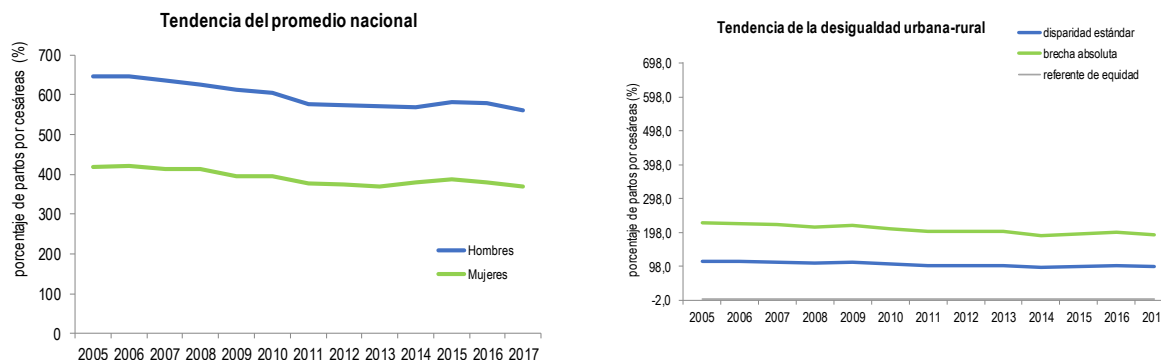
Gráfico 90. Mortalidad general, 2005-2017



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 [SISPRO]), cubo de estadísticas vitales. 2005 a 2017. Consultado el 6 de junio de 2019.

Entre 2005 y 2017 la tasa de mortalidad cruda, ha oscilado entre 369 y 645 muertes por cada 100.000 personas. Por sexo se observa en la serie de tiempo, un exceso de alrededor de 85 muertes por cada 100.000 personas en los hombres con respecto a las mujeres, la tendencia se muestra decreciente en ambos casos. 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 91)

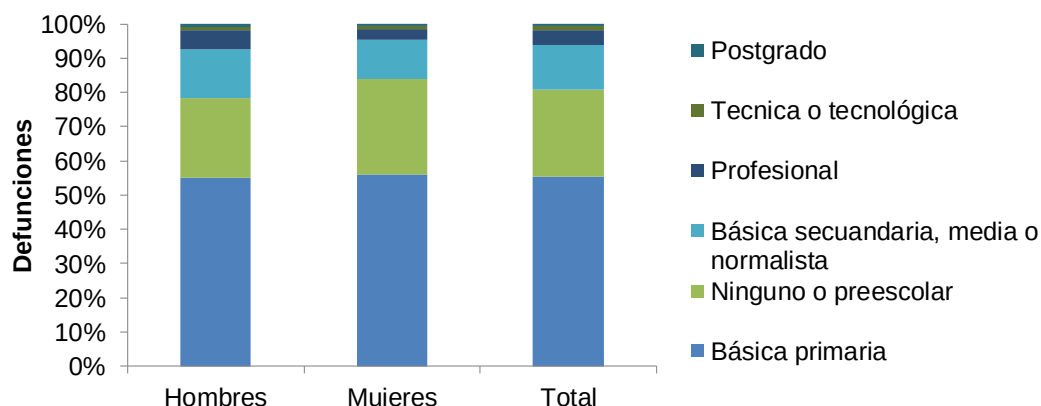
Gráfico 91. Brecha de mortalidad general por sexo, 2005-2017



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 6 de junio de 2019.

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 2017 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 92)

Gráfico 92. Mortalidad según nivel educativo, 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 6 de junio de 2019.

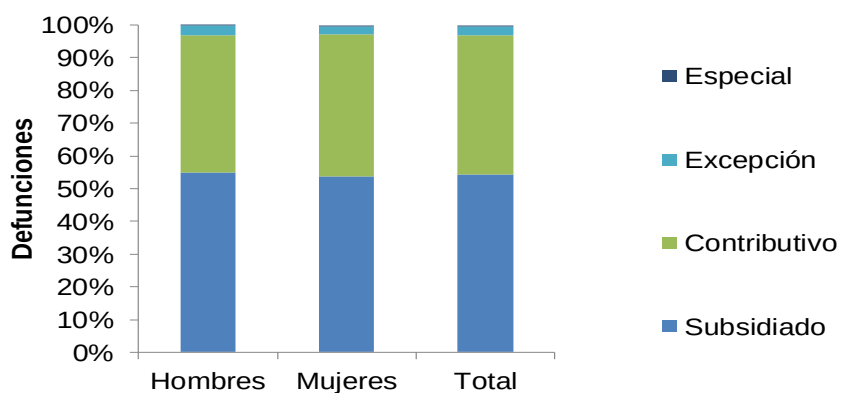


La salud
es de todos

Minsalud

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 93)

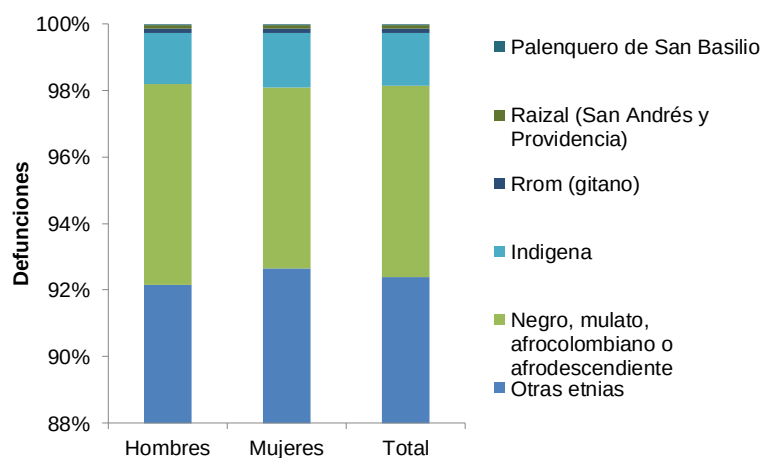
Gráfico 93. Mortalidad según régimen de afiliación, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 6 de junio de 2019.

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, Rrom (0,12%), raizales (0,10%) y palenqueros (0,04%). (Gráfico 94)

Gráfico 94. Mortalidad según etnia, 2008-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 6 de junio de 2019.



La salud
es de todos

Minsalud

Mortalidad general por grandes causas

Entre 2005 y 2017 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 otras¹², fue la segunda causa de mortalidad más frecuente durante el periodo pasando de una tasa de 124,97 a 118,36 muertes ppr 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.

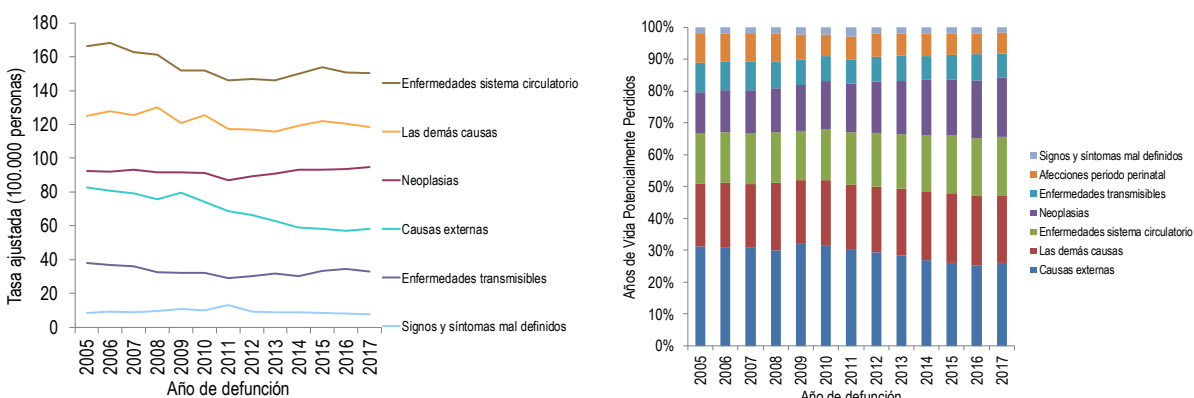
De la misma manera, para 2017 las neoplasias con una tendencia creciente, aportaron el 20,20% (45.985) de las muertes y el 15,52% (868.645) de los AVPP. Las causas externas constituyeron la cuarta causa de muerte con un 15,5% (409.749) del total de la mortalidad en el periodo y aunque no fueron la primera causa de deceso, generaron el mayor número de AVPP, durante 2017 aportaron el 26,0% (1.219.388) de todos los AVPP y a pesar de experimentar una reducción del 33% en las tasas ajustadas de AVPP, para 2017 se produjeron 741 AVPP por cada 100.000 habitantes. Las enfermedades transmisibles fueron responsables del 6,9% (15.902) de las muertes y alcanzaron una tasa ajustada de 32,82 muertes por cada 100.000 personas para el último año. Las afecciones originadas en el periodo perinatal produjeron el 1,7% (3.769) de los decesos. (Gráfico 95)



La salud
es de todos

Minsalud

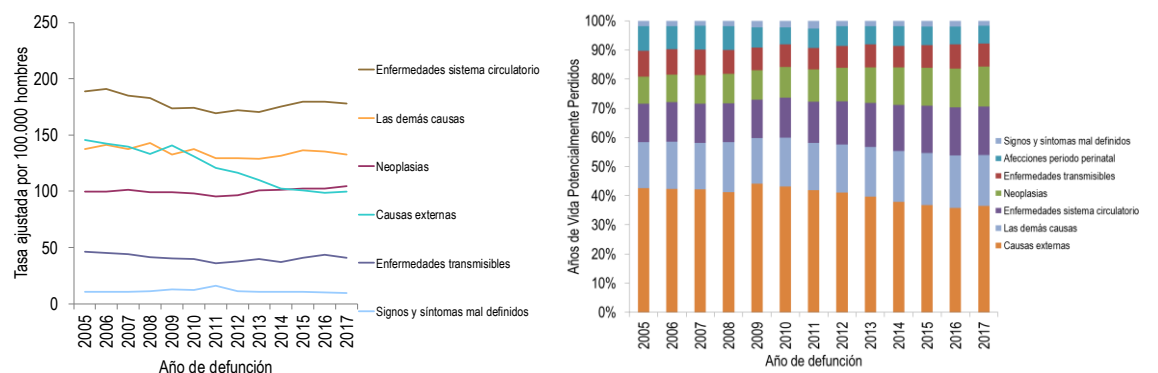
Gráfico 95. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos según grandes causas, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 6 de junio de 2019.

El comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres es similar al descrito previamente para la población total, entre 2005 y 2017 las tasas ajustadas de mortalidad pasaron de 189,01 a 178,01 muertes por cada 100.000 hombres, siendo la causa más frecuente de muerte en este sexo; en 2017 provocaron el 16,59% (468.533) 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 2017 exhibe una tasa de 135,43 muertes por cada 100.000 personas. Las causas externas produjeron el 35,55% (1.031.829) de los AVPP y a pesar de que las defunciones por esta causa han disminuido llevándolas al cuarto lugar de frecuencia, son la primera causa de mortalidad prematura en este sexo. Las neoplasias por su parte, con una tendencia creciente, alcanzaron una tasa de 102,44 muertes por cada 100.000 personas en 2017. Las afecciones del periodo perinatal fueron la causa de mortalidad menos frecuente, aportaron el 1,67% (3.769) de las muertes. (Gráfico 96)

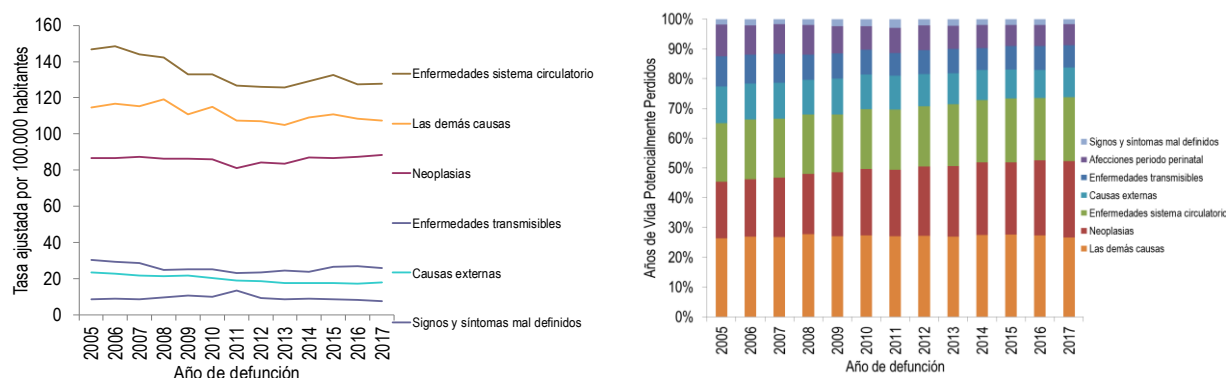
Gráfico 96. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en hombres según grandes causas, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 6 de junio de 2019.

Entre 2005 y 2017 la primera causa de muerte en las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio, alcanzando una tasa de 127,27 muertes por cada 100.000 mujeres para el último año y provocando el 21,36% (398.815) de todos los AVPP en este sexo. Las demás causas ocuparon el segundo lugar de frecuencia, produjeron el 25,13% (57.206) de las muertes y generaron el 26,6% (496.964) del total de AVPP en mujeres y las neoplasias ocuparon el tercer lugar de frecuencia, se atribuyeron el 20,20% (45.985) de las muertes y generaron el % () de los AVPP, la reducción en sus tasas ajustadas entre 2005 y 2016 fue apenas del 0,98%. (Gráfico 97)

Gráfico 97. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en mujeres según grandes causas, 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 6 de junio de 2019.



La salud
es de todos

Minsalud

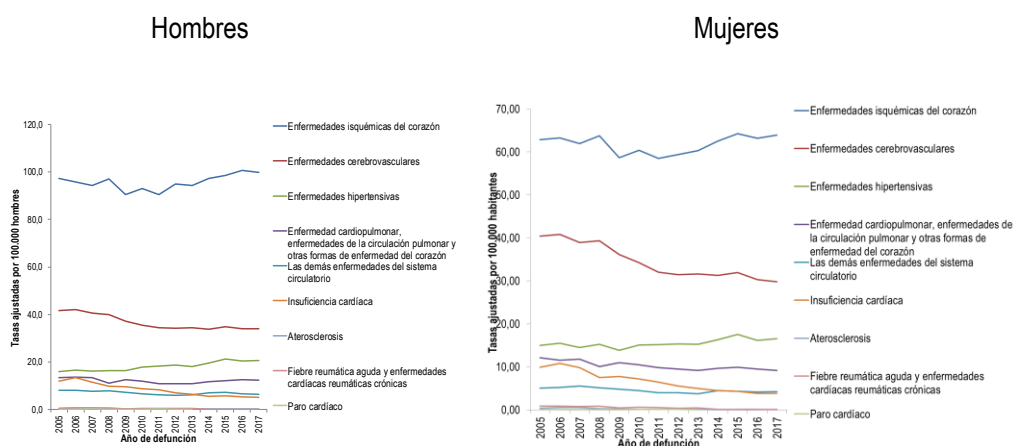
Mortalidad específica por subgrupos

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

Entre 2005 y 2017 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 98)

Para 2017 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 menores al país. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%. (Tabla 36)

Gráfico 98. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, 2005-2017



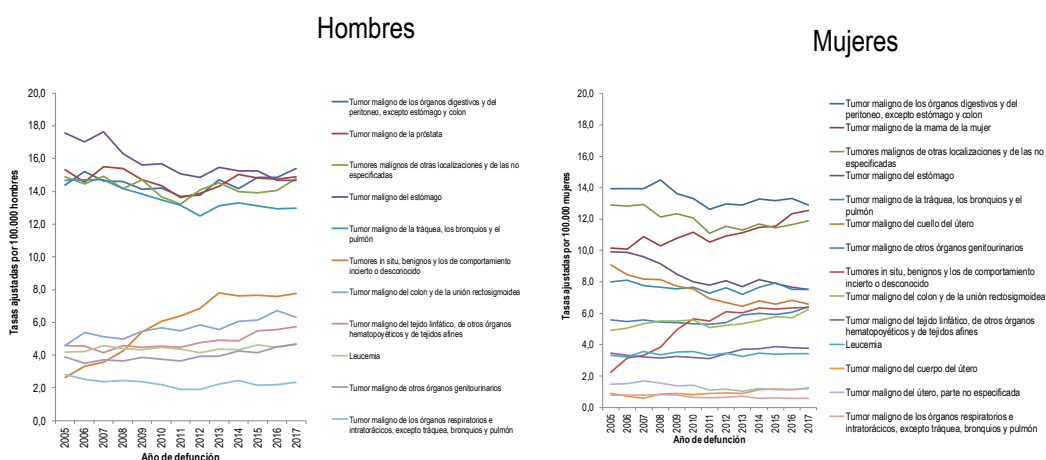
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 6 de junio de 2019.

Mortalidad por neoplasias

Las neoplasias son la tercera causa de muerte en Colombia. Entre 2005 y 2017, 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 99)

Para 2017 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%. (Tabla 36)

Gráfico 99. Mortalidad por neoplasias en hombres y mujeres, 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 6 de junio de 2019.



La salud
es de todos

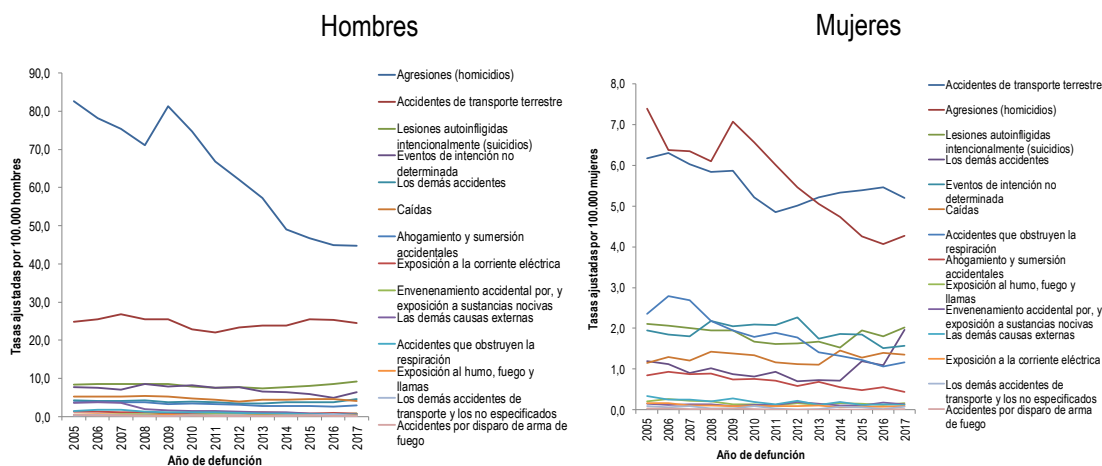
Minsalud

Mortalidad por causas externas

Las causas externas se ubicaron en el cuarto lugar de frecuencia de mortalidad. En 2017 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 100)

Para 2017 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%. (Tabla 36)

Gráfico 100.Mortalidad por causas externas en hombres y mujeres, 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 6 de junio de 2019.



La salud
es de todos

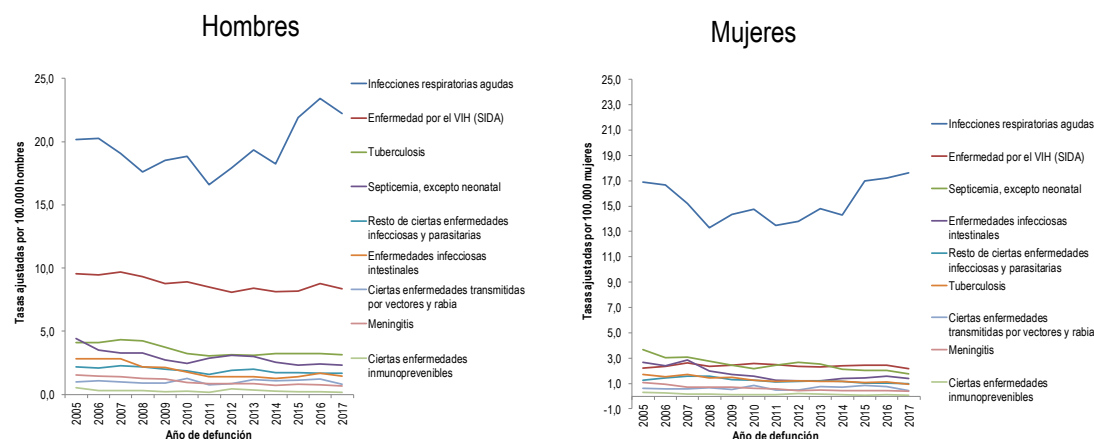
Minsalud

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 2017 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 101)

Para 2017 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 estadísticas con un nivel de confianza del 95%. (Tabla 36)

Gráfico 101. Mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres mujeres, 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 6 de junio de 2019.

Mortalidad por afecciones del periodo perinatal

En general, la mortalidad por afecciones del periodo perinatal se ha mantenido decreciente y constante. Entre 2005 y 2017 el 44,6% (25.977) de las muertes por estas causas se atribuyó a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. El subgrupo del resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (subgrupo

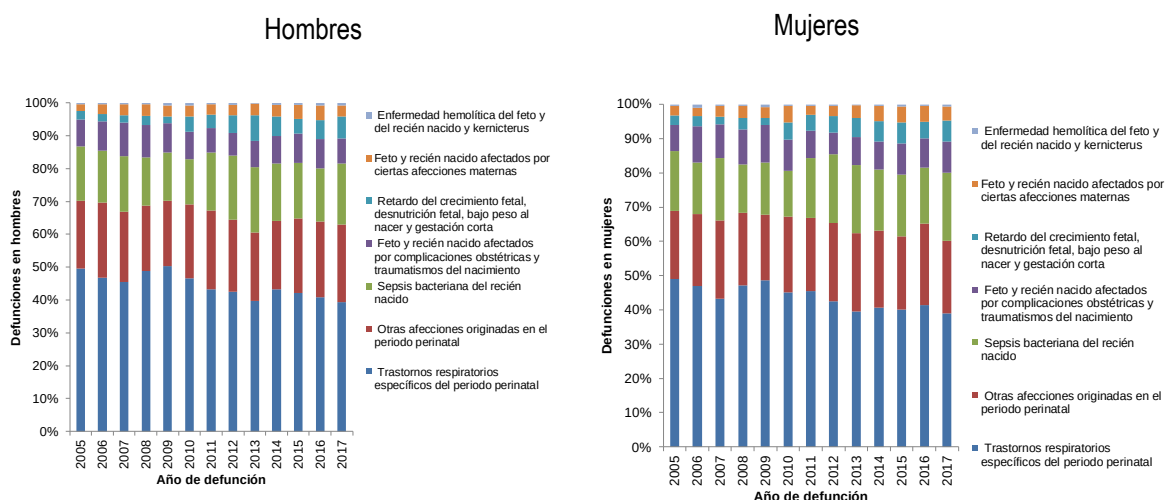


La salud
es de todos

Minsalud

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 102)

Gráfico 102. Mortalidad por afecciones del periodo perinatal en hombres y mujeres, 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 6 de junio de 2019.

Mortalidad por las demás causas

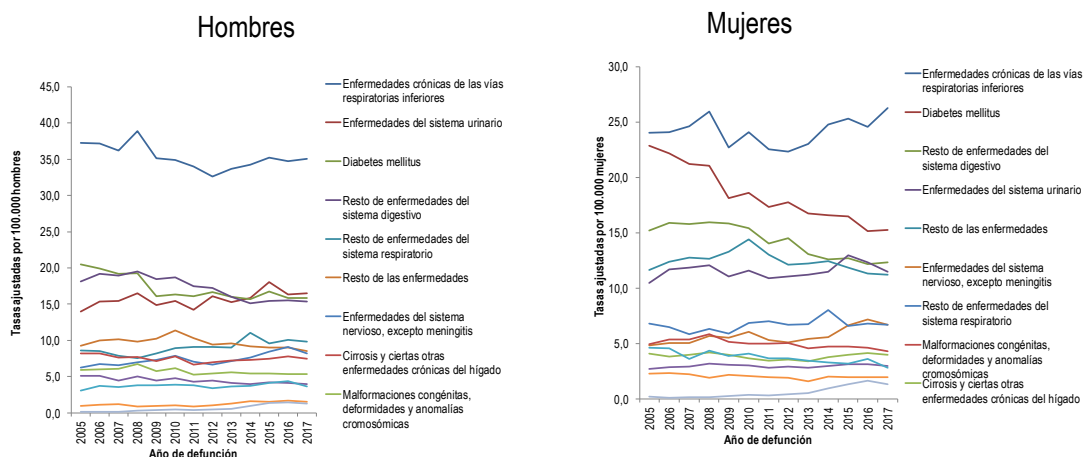
El grupo de las demás causas constituye un grupo residual que incluye los siguientes códigos diagnósticos no clasificados en otros grupos: D50-D89, E00-E90, F00-F99, G04-G98, H00-H59, H60-H95, J30-J98, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Q00-Q99¹². Entre 2005 y 2017, las enfermedades crónicas 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 2017. 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 103)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 103. Mortalidad por las demás causas en hombres y mujeres, 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 6 de junio de 2019.

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 2030¹¹⁰. 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 000¹¹¹.

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

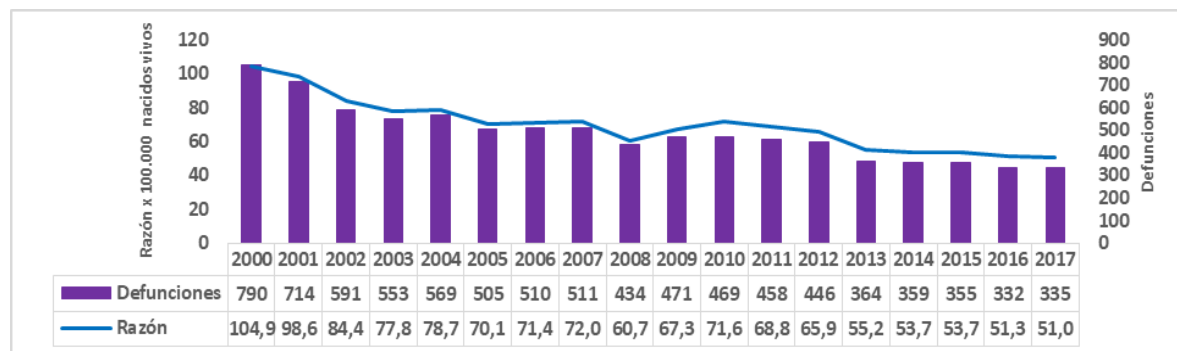
Minsalud

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 2017 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 54 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos (Gráfico 104). 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).

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 vivos¹¹².

Gráfico 104. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Colombia 2000-2017



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 abril de 2019.

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 humanitaria¹¹¹. Al igual que en muchos



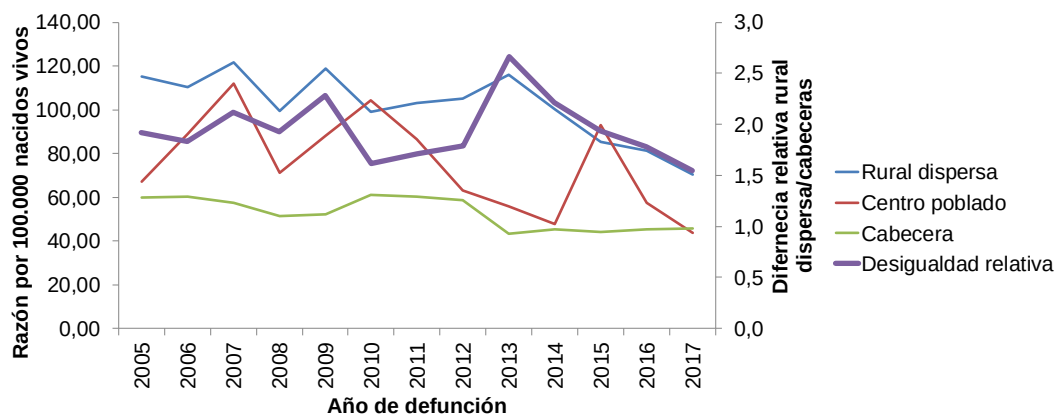
La salud
es de todos

Minsalud

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 105)

Gráfico 105. 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.

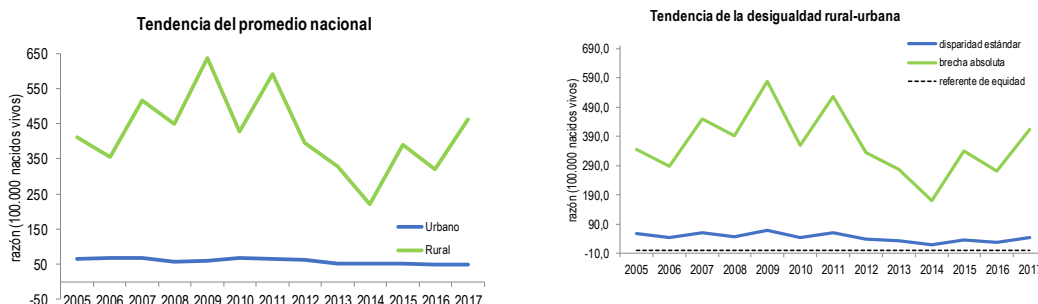
Entre 2005 y 2017 la razón de mortalidad materna en Colombia pasó de 70,1 a 51,01 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Por área de residencia se observa que la mortalidad es mayor en el área rural que en el área urbana, aunque su tendencia se muestra levemente al aumento en ambos casos con 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 106)



La salud
es de todos

Minsalud

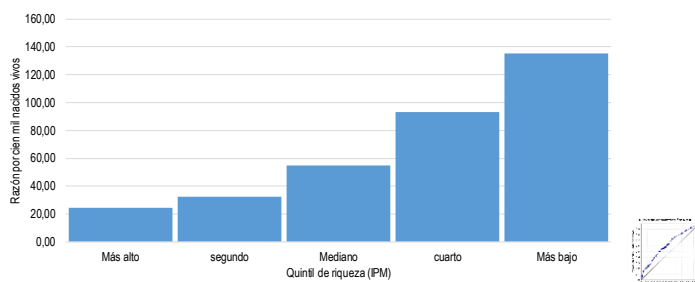
Gráfico 106. Brecha de la razón de mortalidad materna por área, 2005-2017



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 107)

Gráfico 107. 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 MSPSy los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 20 de abril de 2019.

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

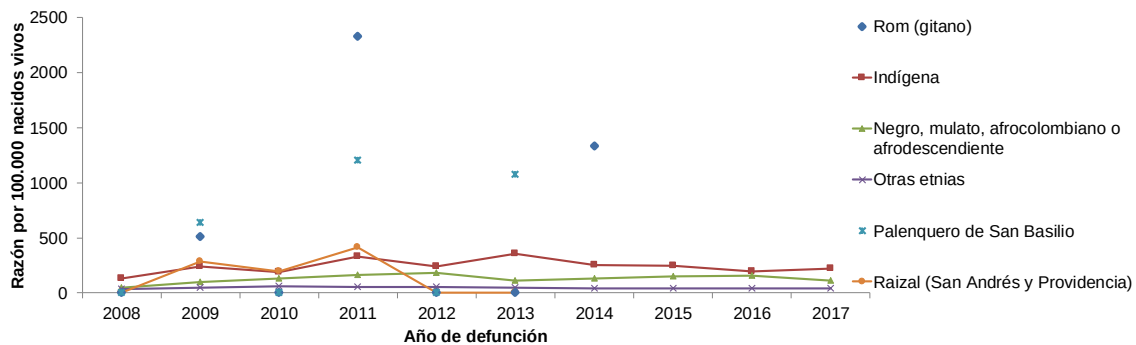


La salud
es de todos

Minsalud

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 108)

Gráfico 108. 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.

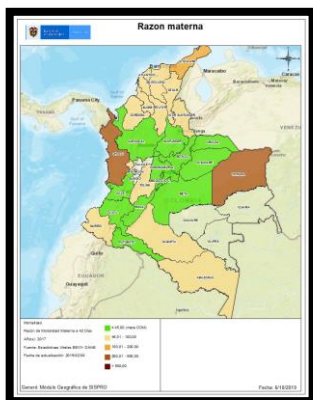
La interacción de los determinantes sociales de la salud como pobreza, etnicidad y ruralidad influenciaron que, para 2017 Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena, Nariño, Amazonas, Vichada, tuvieran las razones de mortalidad más altas del país. En tanto, Antioquia, Bogotá D.C., Cundinamarca, 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 28)



La salud
es de todos

Minsalud

Mapa 28. Mortalidad materna según departamentos, 2017



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 superan⁵⁸. 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 tiempo¹¹³. Dado que la salud de las madres es un factor común en las muertes neonatales¹¹⁴, se estima que dos de cada tres defunciones son evitables con medidas eficaces en la atención del parto y durante la primera semana de vida¹¹³. Con el fin de garantizar la atención del parto por personal calificado y brindar las condiciones necesarias al recién nacido y a la madre el Gobierno colombiano ha logrado que para 2013 el 98,6% de los partos sean atendidos institucionalmente por personal calificado.

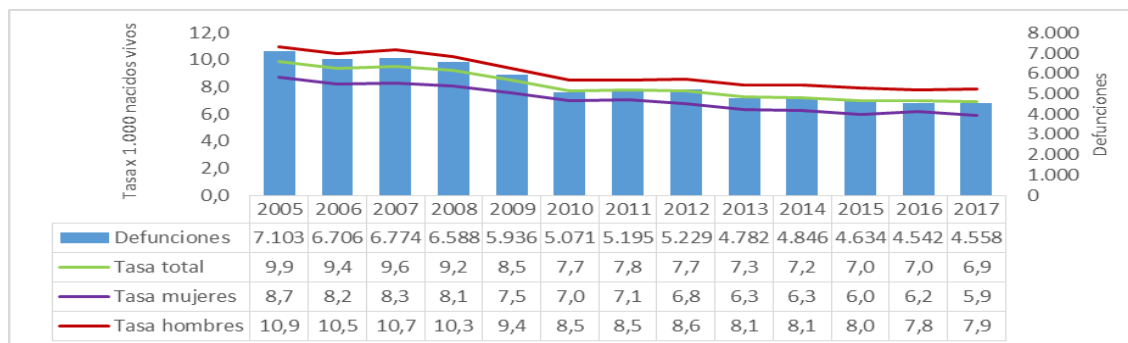
La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil; en Colombia aporta el 64,7% de las muertes ocurridas antes del año de vida. Entre 2005 y 2017 de 8.838.163 nacidos vivos se produjeron 71.418 muertes neonatales, para un promedio anual de 5.494 muertes y una desviación estándar de 930 defunciones; 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 109)



La salud
es de todos

Minsalud

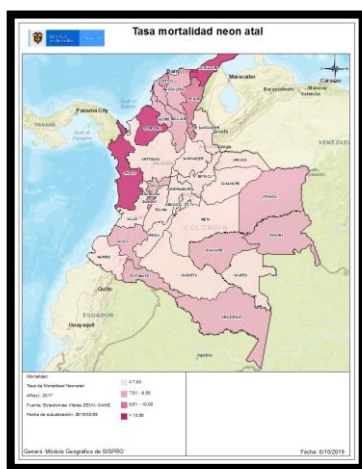
Gráfico 109. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2017



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.

Para 2017 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 29)

Mapa 29. Mortalidad neonatal según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

Entre 2005 y 2017 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

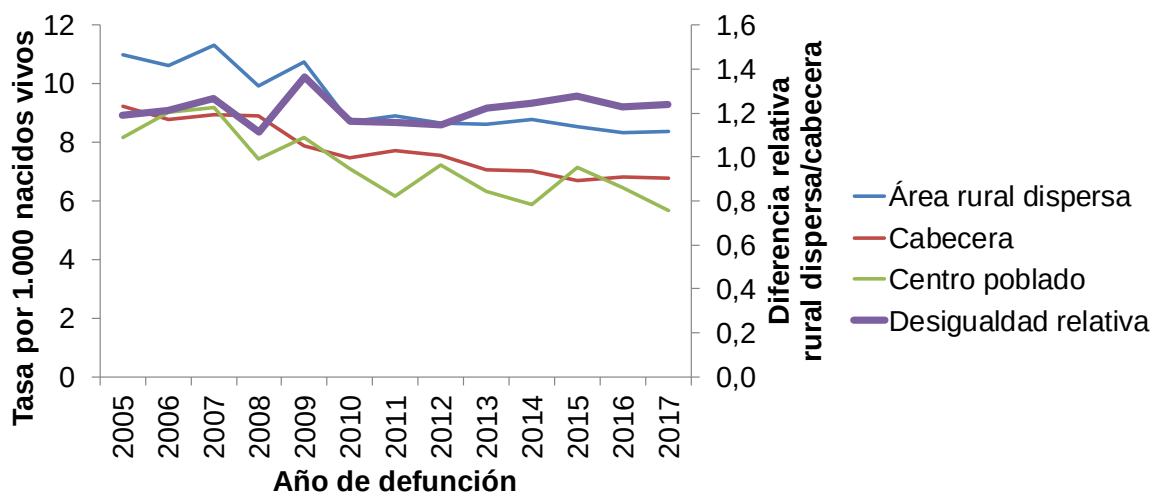


La salud
es de todos

Minsalud

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 110)

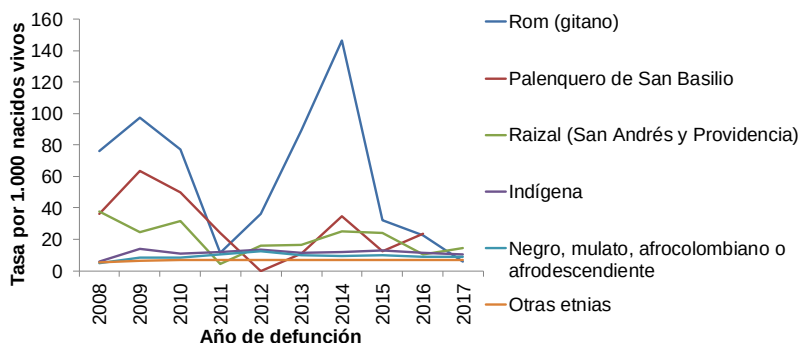
Gráfico 110. Mortalidad neonatal según área, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 10 de junio de 2019.

Se observan grandes diferencias por pertenencia étnica. Para 2017 las tasas más altas corresponden a los grupos Rrom (gitano) y palenquero de San Basilio. La tendencia fluctuante refleja debilidades de la variable en el registro de mortalidad, pues entre 2005 y 2017 apenas 27.035 (37,67%) muertes neonatales tenían la clasificación; las demás no tenían la variable reportada. (Gráfico 111)

Gráfico 111. Mortalidad neonatal según pertenencia étnica, 2008-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 10 de junio de 2019.

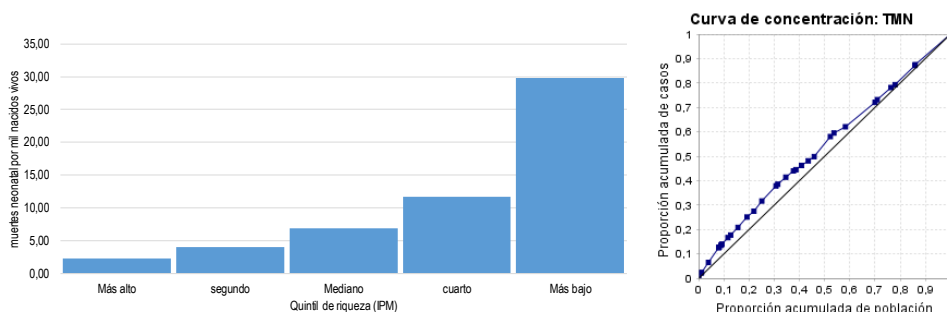


La salud
es de todos

Minsalud

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 112)

Gráfico 112. 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 10 de junio 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 salud¹¹⁵. 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 altos⁵⁸; 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 vivos¹¹⁶.



La salud
es de todos

Minsalud

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 113).

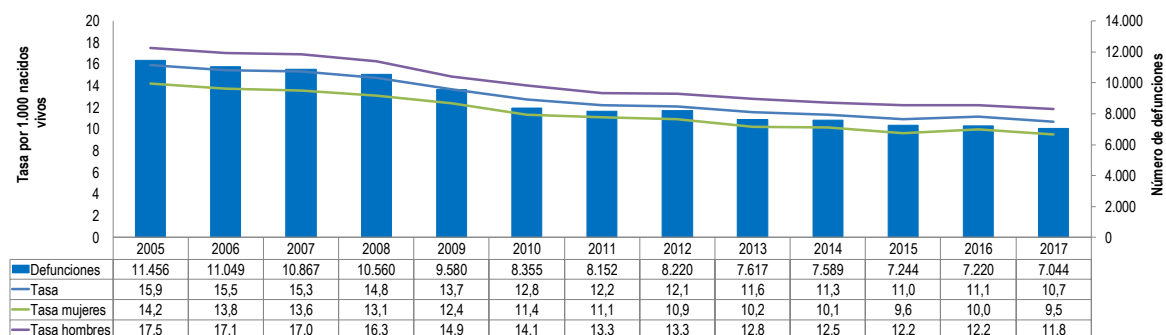
Gráfico 113. Mortalidad infantil, Colombia 1998-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 10 de junio de 2019.

Entre 2005 y 2017 se registraron en promedio 8.625 muertes anuales, con una desviación estándar de 1.492 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 114)

Gráfico 114. Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 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 10 de junio de 2019.



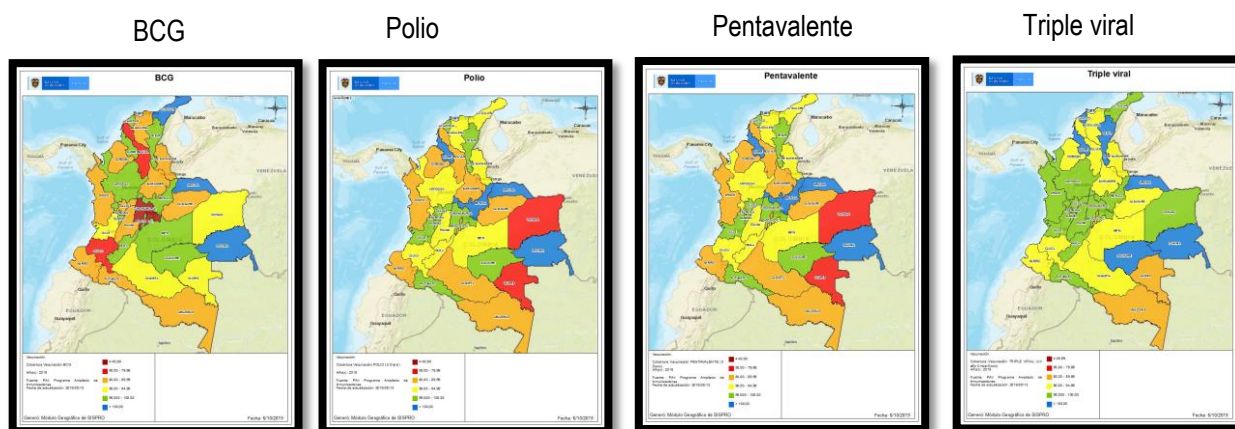
La salud
es de todos

Minsalud

La mejoría observada en la mortalidad infantil está relacionada con las estrategias implementadas y los esfuerzos invertidos para el logro del cuarto ODM¹¹⁷; en efecto entre 2010 y 2018 las coberturas administrativas de vacunación para BCG se han mantenido entre 83,54% y 89,13%; así mismo, la cobertura administrativa de la vacunación antipolio estuvo entre 87,95% 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 30)

Para 2017, la tasa de mortalidad infantil alcanzó 10,7 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 vivos¹¹². 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 2,20¹¹⁸.

Mapa 30. 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 tercer lugar dentro de las causas de mortalidad infantil más frecuentes, con una tendencia decreciente al pasar de



La salud
es de todos

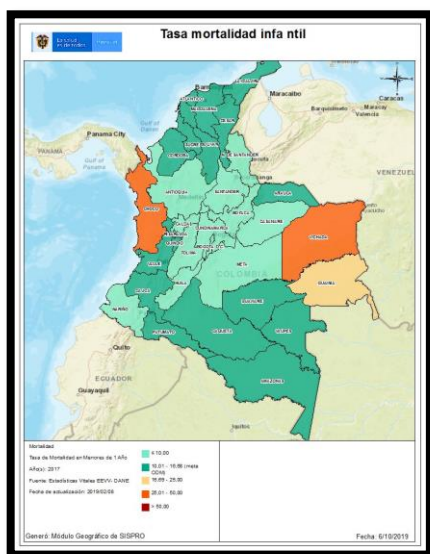
Minsalud

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 2017 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 31)

Mapa 31. Mortalidad infantil según departamentos, 2017

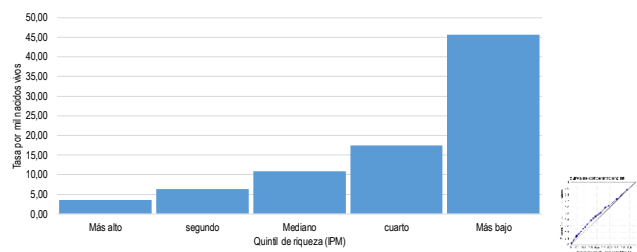


Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

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 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 115)

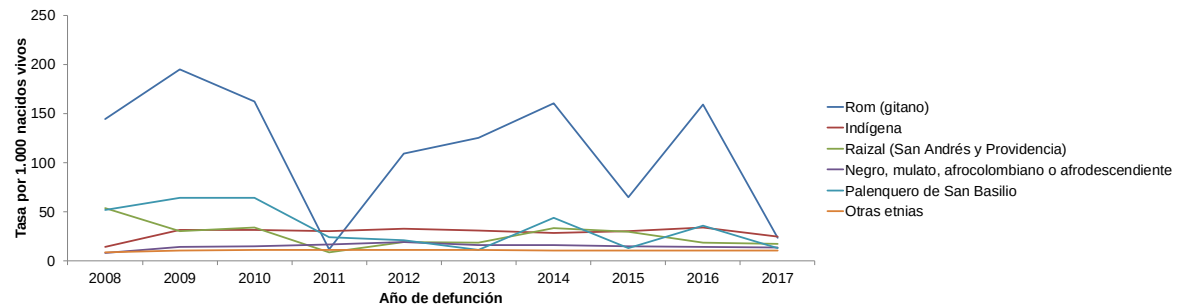
Gráfico 115.Mortalidad infantil según quintil de pobreza, 2017



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 10 de junio de 2019.

Se observan diferencias en la forma como se presenta la mortalidad infantil por pertenencia étnica. La tasa más alta corresponde al grupo Rrom (gitano), que para 2017 registraron 23,53 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Así mismo, se estimaron 12,87 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el grupo de los palenqueros de San Basilio, 16,91 en los raizales (archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina), 24,23 en los indígenas, 13,647 en los pertenecientes al grupo negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente. Al igual que lo descrito anteriormente, el comportamiento de todos los grupos refleja debilidades de la variable en el registro de mortalidad. (Gráfico 116)

Gráfico 116. Mortalidad infantil según pertenencia étnica, 2008-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 10 de junio de 2019.

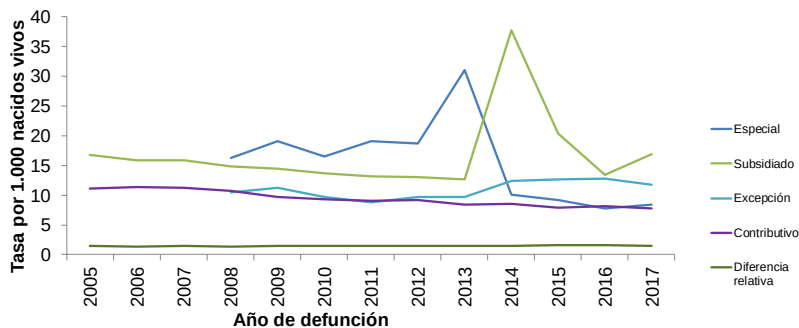


La salud
es de todos

Minsalud

Entre 2005 y 2017 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 117)

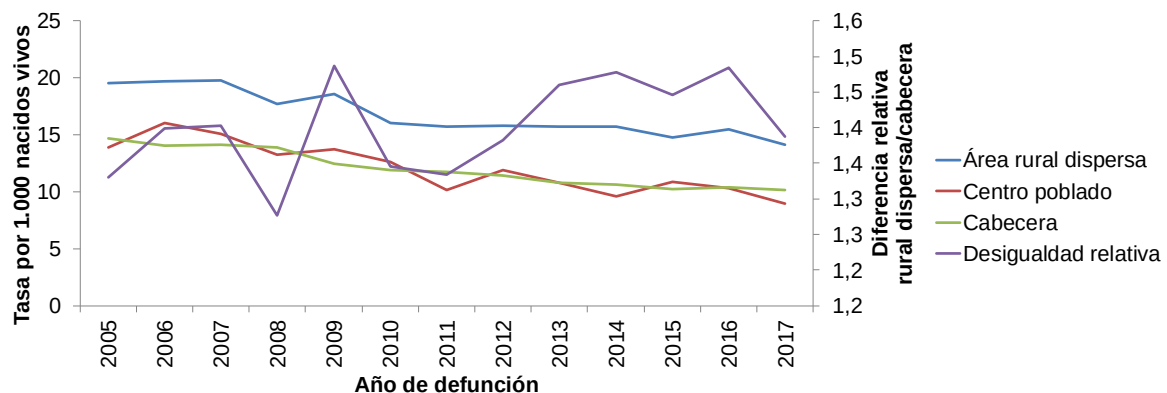
Gráfico 117. Mortalidad infantil según régimen de afiliación, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 10 de junio de 2019.

Entre 2005 y 2017 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 118)

Gráfico 118. Mortalidad infantil según área de residencia, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 10 de junio de 2019.



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 todo¹¹⁴.

Según la OMS, en 2012 se produjeron alrededor de 6,6 millones de muertes en menores de cinco años¹¹⁹; se estima que más de la mitad de los decesos en esta edad se pueden evitar tratando las enfermedades causantes con intervenciones simples y asequibles¹²⁰, y que “casi el 75% de esas defunciones se deben a seis trastornos: problemas neonatales, neumonía, diarrea, paludismo, sarampión y VIH/sida”¹¹⁹.

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 vivos⁵⁸, 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.¹¹⁴ 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 vivos¹¹⁰.

Según la OMS, en 2017 se produjeron alrededor de 18,6 muertes en menores de cinco años en América Latina⁷⁴; 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 2000 y 2017 las tasas disminuyeron alrededor de un 46% pasando de 24,3 a 13,0 muertes por cada



La salud
es de todos

Minsalud

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 119)

Gráfico 119. Mortalidad en la niñez, 2005-2017, 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 10 de junio de 2019.

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.

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



La salud
es de todos

Minsalud

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 altas 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 2017 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 32)

Mapa 32. Mortalidad en la niñez según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

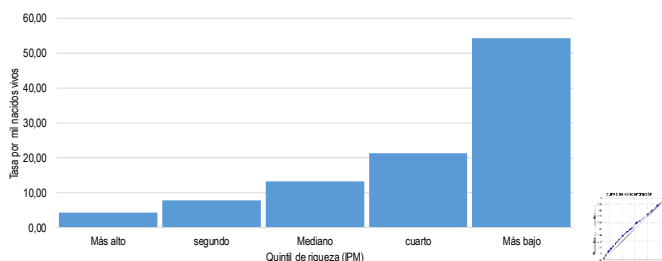
Aunque la mortalidad en menores de cinco años no se concentra de manera desigual de acuerdo con el IPM o el índice de NBI, alcanzando índices de concentración de -0,091 y -0,02, respectivamente, la tasa es un 50,10% más alta en el primer quintil de pobreza que en el último. (Gráfico 120)



La salud
es de todos

Minsalud

Gráfico 120. 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 10 de junio 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 diarreica¹²¹. 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”¹²².

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.

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

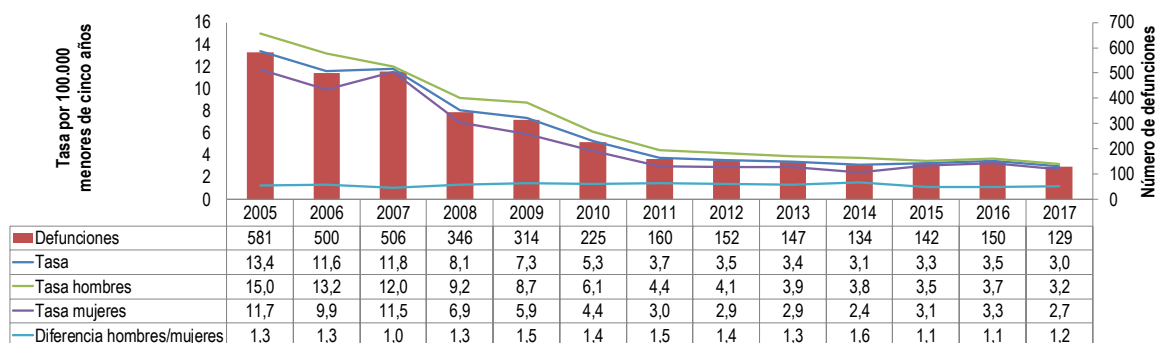


La salud
es de todos

Minsalud

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 121)

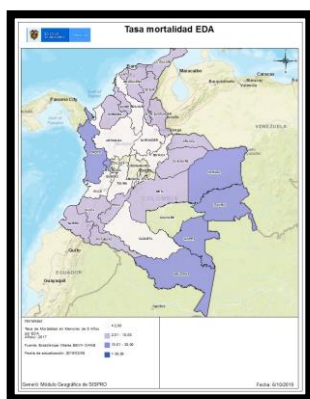
Gráfico 121. Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 10 de junio de 2019.

Para 2017 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 33)

Mapa 33. Mortalidad por EDA en la niñez según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

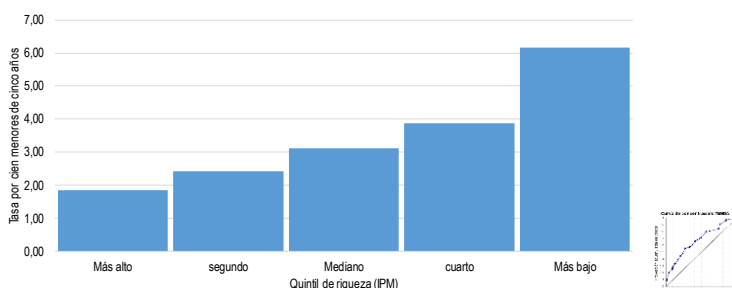


La salud
es de todos

Minsalud

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 122)

Gráfico 122. 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 10 de junio 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”¹²³. 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 anualmente¹²⁴. 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 población¹²⁵.

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%.

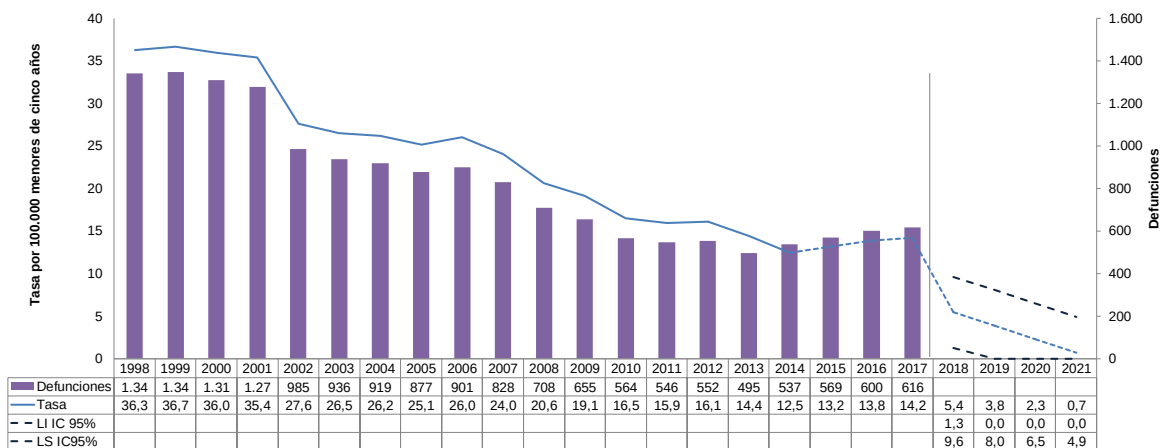


La salud
es de todos

Minsalud

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 123)

Gráfico 123. 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 10 de junio de 2019.

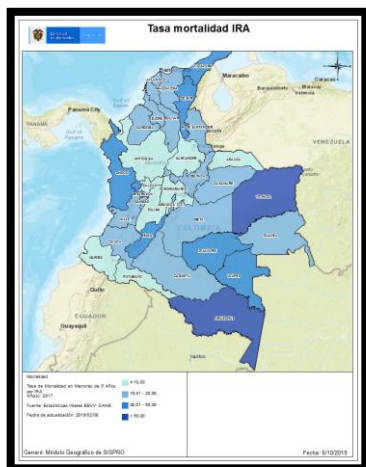
Para 2017 la tasa más alta de mortalidad por IRA en menores de cinco años en el país se presentó en Vichada, donde ocurrieron 57,83 muertes por cada 100.000 menores de esta edad; aunque en términos absolutos se registraron seis muertes, la tasa se ve influenciada por el tamaño poblacional de la entidad 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 34)



La salud
es de todos

Minsalud

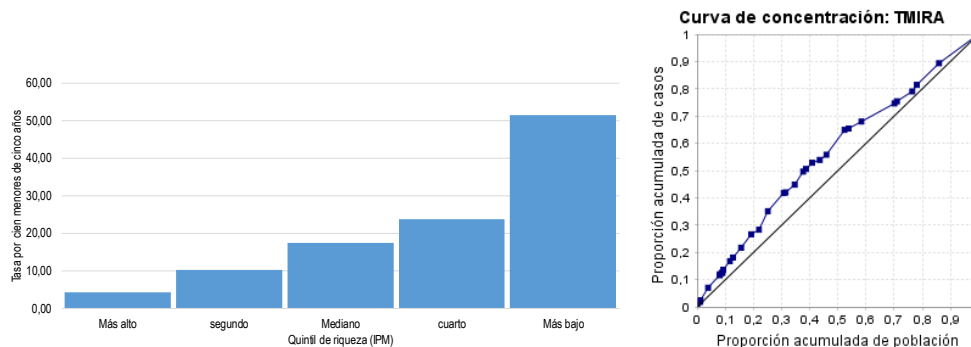
Mapa 34. Mortalidad por IRA en la niñez según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

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 124)

Gráfico 124. 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 10 de junio de 2019.



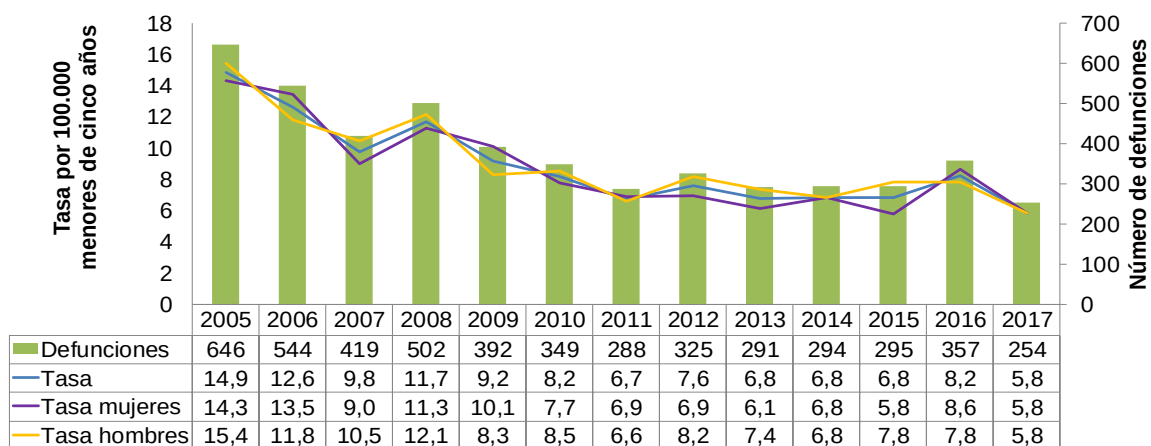
La salud
es de todos

Minsalud

Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años

Durante el periodo 2005 a 2017 se produjeron 4.956 muertes por desnutrición en menores de cinco años, para un promedio de 381 muertes anuales, con una desviación estándar de 117 defunciones. El comportamiento de las tasas ha tendido al descenso, pasando de 11,72 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en 2008 a 5,8 en 2017. (Gráfico 125)

Gráfico 125. Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, dispuestos en cubo EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 10 de junio de 2019.

Para 2017 las tasas de mortalidad por desnutrición más altas se presentaron en Cesar, Chocó, La Guajira, Magdalena, Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada. (Mapa 35)

Mapa 35. Mortalidad por desnutrición en la niñez según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

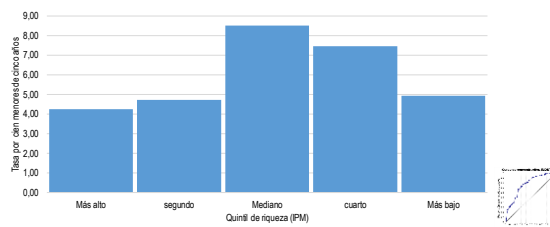


La salud
es de todos

Minsalud

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 126)

Gráfico 126. 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 10 de junio 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^{126, 127, 128}:

$$e^{\left[\ln(tasa) \pm Z_{1-\alpha/2} \frac{1}{\sqrt{a}} \right]}$$

Se analizaron los siguientes 49 indicadores para los 32 departamentos y el Distrito Capital de Bogotá agrupados según los siguientes grupos de indicadores: condiciones materno perinatales, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y lesiones:

1. Tasa de mortalidad neonatal (2017)
2. Tasa de mortalidad infantil (2017)
3. Tasa de mortalidad en la niñez (2017)
4. Porcentaje de nacidos vivos a termino con bajo peso al nacer (2017)
5. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (2017)
6. Porcentaje de atención institucional del parto (2017)
7. Porcentaje de partos por cesarea (2017)
8. Razón de mortalidad materna (2017)
9. Tasa de fecundidad entre 10 y 19 años (2017)
10. Tasa de fecundidad entre 10 y 14 años (2017)
11. Tasa de fecundidad entre 15 y 19 años (2016)
12. Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas (2010)
13. Enfermedades transmisibles
14. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles [A00-B99, G00-G03, J00-J22] (2017)
15. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales (2017)
16. Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis (2017)
17. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH-SIDA (2017)



La salud
es de todos

Minsalud

18. Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas (2017)
19. Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años (2017)
20. Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años (2017)
21. Enfermedades no transmisibles
22. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años (2017)
23. Porcentaje de desnutrición en menores de cinco años (2010)
24. Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años (2010)
25. Porcentaje de personas que consumen frutas diariamente (2010)
26. Prevalencia mes de consumo de alcohol (2014)
27. Prevalencia mes de consumo de tabaco (2014)
28. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (2017)
29. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas (2017)
30. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (2017)
31. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (2017)
32. Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias (2017)
33. Tasa ajustada de mortalidad por tumor del estómago (2017)
34. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligna del colon y de la unión rectosigmoidea (2017)
35. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de los organos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colón (2017)
36. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la traquea, los bronquios y el pulmón (2017)
37. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (2017)
38. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (2017)
39. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata (2017)
40. Tasa ajustada de mortalidad por leucemia
41. Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus (2017)
42. Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (2017)
43. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis (2017)
44. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (2017)
45. Tasa ajustada de mortalidad por cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (2017)
46. Tasa ajustada de mortalidad por causas externas (2017)
47. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre (2017)
48. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (2017)



La salud
es de todos

Minsalud

49. Tasa ajustada de mortalidad por agresiones [homicidios] (2017)
50. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años unidas que usa algún método ENDS (2015)
51. Porcentaje de hombres de 13 a 49 años unidos que usa algún método ENDS (2015)
52. Porcentaje de personas de 13 a 49 años unidas que usa algún método ENDS (2015)

A continuación se presenta la tabla resumen (Tabla 34) con los resultados obtenidos en la priorización. En cada casilla aparece el valor del indicador enunciado en las columnas y codificado con un número para facilitar su presentación. La semaforización obedece a los resultados del cálculo de las diferencias relativas y sus intervalos de confianza. Se interpretan de la siguiente manera:



Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en la región o departamento y el indicador nacional.



Cuando la diferencia relativa es mayor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en la región o departamento comparado con el indicador nacional.



Cuando la diferencia relativa es menor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en la región o departamento comparado con el indicador nacional.



La salud es de todos

Minsalud

Tabla 36. SemafORIZACIÓN de efectos en salud

Indicadores	Países																																	
	Colombia	América Latina	Argentina	Bolivia	Brasil	Brasil A	Brasil B	Brasil C	Brasil D	Brasil E	Brasil F	Brasil G	Brasil H	Brasil I	Brasil J	Brasil K	Brasil L	Brasil M	Brasil N	Brasil O	Brasil P	Brasil Q	Brasil R	Brasil S	Brasil T	Brasil U	Brasil V	Brasil W	Brasil X	Brasil Y	Brasil Z			
Condiciones materno perinatales																																		
Tasa de mortalidad neonatal (2017)	6.94	5.88	8.81	6.15	7.58	5.31	7.10	6.64	7.81	8.22	10.20	6.23	7.05	5.84	10.84	6.14	6.16	5.98	6.28	6.88	5.21	3.53	7.78	4.80	6.06	6.54	3.88	7.71	2.15	7.80	6.40	7.95	5.08	7.87
Tasa de mortalidad infantil (2017)	16.73	9.11	12.88	9.41	11.75	8.37	9.14	11.07	11.77	14.53	10.04	6.38	7.40	5.29	16.18	12.83	8.56	8.61	9.94	11.48	11.08	5.65	11.77	7.91	10.05	10.48	6.37	11.20	2.35	14.80	25.41	11.13	10.12	26.41
Tasa de mortalidad en la niñez (2017)	13.02	11.08	14.50	11.19	13.04	10.68	11.73	13.15	15.80	17.22	17.08	10.90	15.17	11.12	20.14	15.21	11.24	11.88	11.93	12.64	13.82	7.19	13.71	10.17	11.81	12.42	8.43	20.04	23.25	17.86	26.41	13.51	16.86	43.51
Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer (2017)	3.85	4.18	2.83	3.74	3.18	4.83	3.31	1.88	3.45	3.13	3.16	4.93	3.90	2.67	4.86	2.80	2.26	3.71	2.44	2.85	3.25	2.57	3.30	2.32	3.02	2.31	1.90	1.98	3.85	1.32	2.74	3.07	3.91	2.71
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (2017)	87.79	90.63	89.97	88.39	87.61	90.01	93.42	78.99	85.36	86.82	88.34	88.40	90.20	90.71	73.23	85.79	82.15	85.50	88.17	93.23	95.67	92.15	87.89	89.48	91.09	81.42	86.80	83.38	92.15	90.26	93.41	92.79	97.74	88.40
Porcentaje de atención institucional del parto (2017)	98.89	99.37	99.80	99.71	99.09	99.03	98.36	98.27	93.27	98.68	99.23	98.68	99.55	98.36	97.96	99.09	98.62	98.58	98.76	99.51	99.30	99.70	99.76	98.65	99.23	99.63	99.23	94.94	99.89	91.53	89.27	94.96	99.09	91.73
Porcentaje de partos por cesárea (2017)	40.47	32.45	47.65	42.70	58.43	33.99	28.08	38.02	33.39	58.65	54.33	37.31	29.48	38.92	48.89	49.38	31.68	50.89	53.39	29.81	27.41	52.15	49.56	38.55	37.86	40.07	35.83	38.18	12.85	23.14	23.41	38.24	16.19	21.26
Razón de mortalidad materna (2017)	51.81	27.33	68.63	27.16	67.68	40.82		65.36	42.60	53.65	27.40	33.55	20.47	20.32	147.56	51.78	39.22	22.38	61.81		56.81	36.59												59.76
Tasa de fecundidad entre 10 y 19 años (2017)	32.07	31.08	35.15	20.38	43.40	25.21	24.41	42.17	36.54	47.18	36.81	28.14	25.80	43.46	36.86	40.27	35.57	26.56	32.69	28.13	29.07	31.62	42.17	33.83	26.04	41.71	37.45	33.68	21.36	44.93	32.36	27.92	33.76	34.15
Tasa de fecundidad entre 10 y 14 años (2017)	2.82	3.36	2.90	1.03	4.23	1.22	2.82	5.04	3.37	4.38	3.96	1.69	3.25	1.75	3.74	4.05	3.46	2.60	2.62	2.10	2.75	2.29	3.46	2.70	2.35	5.82	3.71	4.51	6.99	6.05	6.36	4.01	1.98	4.32
Tasa de fecundidad entre 15 y 19 años (2017)	66.98	57.97	75.36	38.68	62.41	50.02	47.24	65.58	69.18	65.16	74.35	56.07	50.49	63.81	73.11	68.86	58.88	50.40	61.93	53.71	54.52	59.79	63.76	55.37	48.63	67.29	71.72	63.13	41.35	65.16	55.16	54.20	67.62	68.02
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años unidas que usa algún método ENDS (2015)	88.80	84.1	72.8	84.7	76.5	85.2	84.4	79.5	83.5	74.5	73.6	80.4	66.2	81.2	68.7	72.8	83.0	86.6	81.1	84.9	84.5	83.5	75.5	81.0	83.3	76.8	88.8	77.2	76.0	71.2	71.4	83.5	13.2	75.9
Porcentaje de hombres de 13 a 49 años unidos que usa algún método ENDS (2015)	82.79	84.5	74.4	86.0	74.5	88.7	87.4	81.8	80.0	78.4	87.8	74.2	62.5	63.1	72.8	84.4	87.9	82.5	84.3	86.6	85.7	80.0	88.1	82.7	80.8	85.8	76.3	81.9	88.7	88.5	81.2	65.1	74.1	
Porcentaje de personas de 13 a 49 años unidas que usa algún método ENDS (2015)	81.79	84.3	73.4	86.3	76.7	88.8	85.8	80.3	85.4	76.6	79.5	83.3	69.5	81.7	64.3	72.8	83.8	86.6	81.6	84.7	85.0	84.4	77.3	83.3	83.4	77.8	88.4	76.8	78.8	76.8	76.7	82.5	74.6	73.2

Indicadores	Países																																	
	Colombia	América Latina	América	Región	Brasil	Brasil A	Brasil B	Brasil C	Brasil D	Brasil E	Brasil F	Brasil G	Brasil H	Brasil I	Brasil J	Brasil K	Brasil L	Brasil M	Brasil N	Brasil O	Brasil P	Brasil Q	Brasil R	Brasil S	Brasil T	Brasil U	Brasil V	Brasil W	Brasil X	Brasil Y	Brasil Z			
Enfermedades transmisibles																																		
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles (A00-099, G00-G03, J00-J22) (2017)	38.82	32.45	37.50	23.297	37.2493	22.9861	32.17	27.58	22.34	43.68	39.79	28.22	28.23	38.29	24.23	39.61	40.48	17.33	43.79	43.20	41.43	32.88	42.81	36.80	36.08	38.70	45.48	27.21	16.88	60.52	37.9407	34.7883	38.9498	46.31
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales (2017)	1.43	1.71	0.99	1.09	1.54	1.18	1.09	0.16	3.01	1.25	1.37	0.70	3.09	1.82	1.84	1.40	0.80	0.94	2.44	0.58	2.98	0.83	1.74	1.01	1.50	0.82	0.24	2.35	1.38	1.93	1.87	0.00	0.51	0.41
Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis (2017)	2.45	2.12	3.35	0.81	1.32	0.35	1.96	4.76	1.31	3.95	1.27	1.89	4.90	3.10	2.85	1.87	1.54	1.88	2.72	1.35	3.48	2.47	0.87	2.87	2.30	2.66	1.38	2.18	0.00	0.13	7.43	1.14	12.44	3.96
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH-SIDA (2017)	5.16	4.13	7.88	3.43	5.68	0.97	6.15	4.78	2.18	7.60	7.62	2.81	2.86	4.27	2.37	7.88	7.63	3.28	6.73	10.70	1.15	4.58	6.47	6.62	7.89	5.08	4.91	2.48	6.48	3.76	0.00	3.02	6.88	6.00
Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas (2017)	19.79	20.29	20.46	15.47	21.77	16.27	18.89	13.32	13.89	23.36	22.48	18.39	11.47	21.30	14.38	24.58	25.37	8.22	25.40	26.86	18.31	18.58	20.73	21.30	19.64	18.76	20.21	17.16	6.40	21.60	10.47	11.08	6.45	24.93
Tasa de mortalidad por Enfermedad Cerebral Aguda (ECA) en menores de cinco años (2017)	2.97	6.74	3.72	0.68	0.96	1.85		1.83	5.19	6.32	2.36		17.45	4.36	4.39	2.09	1.62	2.37		11.85	6.87	4.71	1.58	1.91	3.00	2.71	0.00						28.51	
Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años (2017)	14.17	7.99	19.98	10.70	10.87	14.14	5.13	16.43	17.80	20.31	15.77	9.34	26.31	22.50	24.33	19.48	11.50	8.44	12.62	13.05	21.13	7.90	18.88	5.54	14.22	3.00	13.54	10.00		37.90	18.86	20.47	53.78	47.81

Indicadores	Colombia	América Latina	América	Región	Brasil	Brasil A	Brasil B	Brasil C	Brasil D	Brasil E	Brasil F	Brasil G	Brasil H	Brasil I	Brasil J	Brasil K	Brasil L	Brasil M	Brasil N	Brasil O	Brasil P	Brasil Q	Brasil R	Brasil S	Brasil T	Brasil U	Brasil V	Brasil W	Brasil X	Brasil Y	Brasil Z				
Enfermedades no transmisibles																																			
Tasa de mortalidad por destrucción en menores de cinco años (2017)	5.84	1.49	4.85	0.16	5.79	3.77	2.56	9.13	3.71	26.19	7.61	6.41	22.37	2.61	34.49	10.87	10.46	14.82	7.10		6.60	1.82	4.71	0.79	1.37	6.01	2.71	2.50		19.10	37.13		16.48	11.40	
Porcentaje de destrucción en menores de cinco años ENSN (2010)	13.20	10.30	15.90	16.30	10.80	16.70	13.80	11.30	21.10	11.30	16.40	13.10	15.70	11.30	27.50	18.00	7.70	16.50	9.80	9.80	10.40	8.80	14.30	10.70	5.90	13.00	10.10	9.80	13.00	20.70	23.48	12.40	36.70	15.40	
Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años (2016)	15.50	15.80	14.10	17.10	16.20	16.40	21.40	14.80	16.30	15.30	17.90	20.30	20.20	17.50	14.80	19.80	14.60	16.40	17.50	15.10	17.00	14.60	21.30	15.70	20.10	20.10	16.00	26.40	12.20	20.70	26.10	11.70	16.90		
Porcentaje de personas que consumen frutas diariamente (2016)	68.80	58.40	61.90	74.40	69.00	67.00	57.40	44.50	61.80	74.50	74.50	73.00	50.40	74.80	72.10	69.20	60.10	63.20	59.90	57.90	65.80	68.20	72.80	74.40	68.90	76.40	67.50	54.10	54.90	94.10	57.60	48.40	35.10		
Prevalencia mes de consumo de alcohol (2014)	35.77	34.07	36.78	39.40	35.78	40.01	30.35	35.18	29.42	31.57	28.62	37.45	44.81	34.18	28.81	30.13	36.95	34.24	34.24	35.05	29.81	35.87	29.82	29.61	31.85	33.13	33.18	33.34	33.18	33.18	33.18	33.18	33.18		
Prevalencia mes de consumo de tabaco (2014)	12.85	10.65	6.24	16.89	6.14	12.90	14.90	12.03	8.40	5.08	5.33	15.81	6.90	10.03	6.55	8.98	14.32	8.94	11.87	11.87	14.09	12.08	7.76	12.28	6.47	12.03	12.03	12.03	7.86	12.03	12.03	12.03	12.03		
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (2017)	198.36	145.16	170.28	131.52	198.09	198.20	163.86	131.19	131.08	162.23	142.32	165.19	191.90	173.02	73.36	194.08	174.04	131.12	173.08	188.81	193.09	170.56	193.56	199.28	188.40	165.34	126.14	149.71	118.84	123.70	101.16	41.36	86.36		
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas (2017)	18.35	21.83	18.40	15.51	24.84	21.05	13.14	14.97	21.91	17.57	17.35	21.25	19.26	17.73	11.78	18.87	20.53	34.00	24.72	12.45	15.25	16.75	16.89	16.97	11.33	41.23	19.32	19.14	20.36	14.34	9.64	17.35	6.51	18.54	
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (2017)	88.07	73.33	67.65	70.31	68.95	63.66	67.20	66.95	61.24	87.75	69.24	87.52	37.79	69.40	33.62	89.98	101.78	97.45	89.03	106.14	97.29	83.17	101.17	104.10	91.60	83.66	81.49	72.37	79.90	33.65	61.41	39.49	22.21	27.29	
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (2017)	31.65	27.74	41.51	28.21	34.36	29.96	37.15	29.34	34.36	38.81	39.47	32.68	32.67	32.11	19.94	30.27	29.75	29.14	39.97	32.68	31.29	32.00	35.52	33.05	36.47	39.82	36.76	21.86	29.68	30.50	29.94	21.29	9.71	10.25	
Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias (2017)	94.92	111.29	102.59	98.15	73.92	77.41	103.89	89.79	80.07	91.36	70.24	80.42	54.20	100.18	44.03	77.59	98.95	73.68	107.17	115.65	120.47	100.79	68.21	50.59	104.41	87.82	54.65	85.24	72.89	10.28	58.63	67.14	71.09	68.19	
Tasa ajustada de mortalidad por tumor del estómago (2017)	16.75	11.97	8.61	11.07	40.47	11.48	17.33	16.29	5.96	14.02	2.94	10.02	2.79	4.52	13.88	12.99	14.41	15.99	13.17	11.99	3.98	12.37	11.23	8.14	13.13	14.04	4.39	14.64	3.98	14.64	8.00	15.75	10.19	7.51	
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la cavidad de la vena y de los tejidos conectivos (2017)	6.28	7.12	8.32	3.36	4.56	5.14	8.84	3.29	4.02	4.53	4.23	5.51	2.04	5.39	2.22	4.14	7.16	3.77	5.63	6.42	7.04	7.02	4.07	3.82	7.22	4.22	7.22	4.22	7.22	4.22	7.22	4.22	7.22		
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la garganta digestivos y del páncreas, excepto estómago y colon (2017)	14.92	18.53	12.22	14.98	8.72	11.81	17.86	10.81	12.40	9.72	8.84	13.22	10.37	12.97	5.90	8.22	14.69	11.86	15.84	18.55	19.49	16.38	5.10	11.79	18.44	11.37	12.13	12.96	10.88	8.67	8.73	7.83	9.81	8.57	
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y pulmón (2017)	9.94	17.26	10.40	8.19	9.79	5.18	12.38	6.46	4.89	12.71	4.48	6.56	7.33	7.90	5.33	10.60	8.32	4.35	12.24	15.15	11.46	8.94	5.90	7.89	8.90	13.28	8.68	5.94	5.94	0.00	1.32	2.29	6.40	11.43	
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (2017)	12.98	16.08	16.70	11.13	13.34	7.50	12.26	11.20	8.28	13.29	9.75	11.96	9.19	11.84	7.87	14.98	14.16	7.99	13.48	14.52	17.40	14.38	12.28	12.21	10.04	9.37	12.11	6.03	12.24	4.21	0.00	8.00	8.00	8.00	
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (2017)	6.98	9.02	10.16	4.24	7.31	7.07	5.53	11.19	8.08	6.83	8.20	5.69	5.63	8.87	6.02	7.47	11.43	6.21	7.96	9.06	6.96	6.15	8.41	7.07	10.93	14.67	12.10	9.00	10.10	9.02	10.10	10.10	10.10		
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata (2017)	14.98	16.41	19.84	15.00	15.00	12.29	11.17	12.36	16.34	24.80	18.37	12.24	9.52	13.37	16.35	12.96	8.03	15.16	14.01	13.97	14.97	11.84	10.03	11.61	10.69	13.31	10.31	14.11	24.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Tasa ajustada de mortalidad por leucemia (2017)	4.61	3.87	5.81	4.19	3.75	3.38	4.50	2.86	3.59	4.19	3.89	3.91	1.83	3.83	2.57	4.47	3.08	3.10	4.10	4.39	4.47	3.80	2.79	3.54	3.30	3.50	2.94	3.30	3.50	0.00	1.81	0.00	0.66	0.00	3.29
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus (2017)	15.53	10.81	16.39	12.04	16.81	12.62	14.21	11.51	14.72	17.44	16.75	18.48	11.44	16.65	8.65	15.98	16.03	13.74	14.67	17.76	15.83	20.43	18.86	19.24	18.89	20.10	23.21	11.38	12.01	9.41	10.48	11.64	0.00	13.79	
Tasa ajustada de mortalidad por trastornos musculares y aneas subyacentes (2017)	3.33	1.30	4.84	1.47	3.14	3.04	3.14	5.74	3.34	4.70	3.30	2.80	0.66	3.76	4.75	5.05	5.61	2.99	6.96	2.36	3.31	2.38	2.34	3.75	3.56	2.50	3.10	3.49	1.54	14.37	3.34	2.27	7.30	12.10	
Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y el comportamiento (2017)	1.32	1.38	0.31	1.95	0.52	0.48	1.11	1.46	0.98	0.19	1.15	0.91	1.84	0.91	1.48	0.40	1.48	1.02	1.72	1.12	1.87	1.28	1.72	1.02	1.38	0.82	1.15	0.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis (2017)	7.43	7.99	8.77	8.72	8.76	8.40	8.74	8.29	6.91	5.85	5.16	7.22	6.91	10.36	3.35	5.51	4.58	5.52	6.62	8.96	7.97	8.97	5.96	8.98	5.34	4.15	3.39	7.62	6.22	6.32	6.73	1.97	1.71		
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (2017)	30.86	30.95	24.14	21.36	28.68	35.33	37.17	27.25	23.29	31.72	27.10	37.57	14.99	31.70	11.21	29.26	29.37	25.18	41.61	41.61	39.38	25.67	19.89	35.05	25.40	31.16	25.29	24.62	17.13	16.88	17.16	30.39	3.96	16.46	
Tasa ajustada de mortalidad por cirrosis y ciertas otras enfermedades del hígado (2017)	5.46	4.17	7.06	4.29	3.83	3.82	3.78	3.63	4.54	6.57	6.17	1.85	4.75	4.09	6.09	6.48	4.38	6.04	6.18	4.12	5.34	6.02	6.44	5.36	6.42	6.44	6.42	6.44	6.42	6.44	6.42	6.44	6.42	6.44	



La salud
es de todos

Minsalud

Indicadores	Municipios																																	
	Cartagena	Aracataca	Armenia	Bogotá	Bolívar	Bolívar	Caldas	Cauca	Cesar	Córdoba	Cundinamarca	Chocó	Nariño	La Guajira	Magdalena	Mérida	Nariño	Nariño de la Paz	Quindío	Risaralda	Santander	Sucre	Tolima	Valle del Cauca	Atlántico	Cesar	Guaviare	San Andrés	Nequima	Cauca	Cesar	Nariño	Mérida	
Causas externas																																		
Tasa ajustada de mortalidad por causas externas (2017)	58.88	63.93	42.04	36.15	44.53	40.82	61.70	70.36	73.68	61.68	44.23	41.35	57.84	62.16	39.99	40.84	65.71	67.08	72.04	76.26	62.48	48.73	40.81	60.58	70.16	62.46	68.47	70.97	63.77	53.90	48.07	65.83	28.46	68.83
Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre (2017)	14.50	15.49	8.48	8.61	9.02	14.80	12.80	15.52	15.93	21.87	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	16.83	16.16	54.83	21.07	17.84	1.03	3.42	6.70	3.10	17.05
Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autorreligadas intencionalmente (2017)	5.47	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	4.08	5.93	5.03	7.69	8.81	5.98	6.39	5.22	7.41	4.66	13.38	5.15	7.19	2.55	9.23	5.14	5.45	14.98	3.08
Tasa ajustada de mortalidad por agresiones (homicidios) (2017)	24.34	27.82	21.64	14.08	19.00	5.65	16.05	36.12	36.97	21.62	14.62	13.38	29.61	17.94	18.74	14.71	26.18	23.83	34.92	36.14	30.11	11.83	14.54	21.05	43.22	33.94	21.20	38.97	27.65	5.88	5.56	33.83	3.73	29.64

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



**La salud
es de todos**

Minsalud

Capítulo 6. Recomendaciones para la acción sobre la salud y sus determinantes



La salud
es de todos

Minsalud

Conclusiones

América Latina y el Caribe han entrado en la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por el descenso vertiginoso de las tasa 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.

El avance en las condiciones de vida de la población colombiana ha traído grandes logros en materia de salud. El incremento en la esperanza de vida, el descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles y la reducción de la mortalidad infantil son ejemplos de ello. Sin embargo, el consecuente proceso de envejecimiento por el que atraviesa el país donde los índices de infancia y juventud han tendido al descenso y los de vejez y envejecimiento son cada vez más altos, traen como resultado el incremento en la mortalidad por enfermedades crónicas como las del sistema circulatorio y la creciente demanda de atención en servicios de salud por enfermedades como las respiratorias crónicas, donde la exposición prolongada a diversos factores de riesgo favorece su aparición.

En consecuencia es fundamental adoptar una visión proactiva respecto al inevitable crecimiento de la población mayor, las tendencias de la población habitar en la zona urbana y dejar la zona rural, ya sea porque la población busca oportunidades de trabajo y educación. Es necesario, promover el uso sostenible del espacio al planificar las necesidades de terreno, viviendas, acceso a los servicios de salud y promoción de la sostenibilidad del medio ambiente.

El país se caracteriza por tener un escenario propicio para las amenazas naturales, esto debido a su ubicación geográfica, a las condiciones climáticas (fenómenos La Niña y El Niño), geológico y esta situación se acentúa aún más con las actividades antrópicas como la deforestación, la explotación minera, las actividades agrícolas y ganaderas. Otras acciones, son los asentamientos humanos en zonas propensas al movimiento de masas, los vacíos en el ordenamiento territorial en especial en las cuencas, zona urbana y rural y el rápido crecimiento poblacional.



La salud
es de todos

Minsalud

El análisis de la morbilidad atendida muestra resultados congruentes con los hallazgos en el análisis de mortalidad; alrededor del 65,4% de las atenciones se dan por enfermedades no transmisibles, que aparecen como primera causa de atención a partir de la adolescencia en todos los ciclos vitales y en todos los departamentos del país. La segunda causa de atención fueron las condiciones transmisibles y nutricionales demandaron el 13,8% de las atenciones. En tercer lugar, los signos y síntomas mal definidos generaron el 13,4%. Las lesiones causaron el 5,4% y las condiciones maternas y perinatales causaron el 2,0% de las atenciones. Todas las causas muestran una tendencia creciente. Cobra relevancia entonces mencionar la importancia de la prevención de la cronicidad a través del fomento de la dieta sana, la actividad física constante y el abandono de hábitos como el consumo de tabaco y de alcohol, sustancias psicoactivas entre otros.

La ERC en estado 5 afecta en su mayoría a hombres entre 50 y 75 años; la prevalencia es más alta en el régimen contributivo que en el subsidiado, evidenciando una brecha de desigualdad alrededor del 60%. Así mismo, en todos los estadios de la ERC se observa un incremento y se observan diferencias según ubicación geográfica, en Quindío, Risaralda, Caldas, Valle del Cauca, Bogotá, D.C. y Norte de Santander registran las prevalencias de ERC más alta que la nacional. Cabe resaltar que los eventos precursores de HTA y DM describen una tendencia creciente durante el periodo de analizado.

Durante el periodo analizado, Colombia presenta en la mortalidad, un descenso en el transcurso del tiempo, sus causas cambian conforme se produce la transición demográfica. Siguiendo el patrón mundial entre 2005 y 2017, la primera causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio; seguidas de las demás causas entre las que se cuentan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes mellitus, las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado; y las neoplasias. Reforzando esto la necesidad de que el sistema de salud enfoque esfuerzos en la promoción de la salud y en la prevención y limitación del daño de las enfermedades crónicas

Aunque la mortalidad por causas externas se ubica en el cuarto lugar de frecuencia, la carga de la mortalidad medida en AVPP pone de manifiesto a las causas externas como primera causa de mortalidad prematura y expone su mayor incidencia en hombres jóvenes, revelando el peso que genera la violencia en el capital y bienestar social. Entre los hombres, las muertes evitables corresponden a defunciones por violencia y accidentes de tránsito entre los adultos jóvenes. Entre las mujeres, las muertes evitables obedecen principalmente por enfermedades cardiovasculares.



La salud
es de todos

Minsalud

La mortalidad materna, neonatal, infantil y en la niñez ha tendido al descenso, alcanzando los valores más bajos del decenio; sin embargo, estas muertes son evitables, innecesarias y consideradas injustas. Se proyecta que, manteniendo las variables constantes, para 2020 su comportamiento continuará decreciente. Variables como la ubicación geográfica, la etnia, la pobreza y el porcentaje de analfabetismo han demostrado ser determinantes de estas muertes; por lo tanto, su intervención debe estar enfocada al mejoramiento de las condiciones sociales que generan brechas de desigualdad.

En general, los efectos en salud afectan de forma más profunda a las personas con mayores limitaciones o en desventajas sociales y económicas, creando brechas de desigualdad entre los grupos poblacionales, evidenciando la necesidad de intervención del Estado para que vele por la justicia, la igualdad y el bienestar social.

El análisis de la morbilidad atendida a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios supone limitaciones al planteamiento de hipótesis etiológicas y establecimiento de conclusiones poblacionales, es importante tener en cuenta que solo se representa a la población que ha demandado servicios de salud para evitar caer en el error de la falacia ecológica atribuyendo los resultados a la población del país.

La falta de ajustes intermensuales a las proyecciones poblacionales influyen en gran manera las estimaciones acá presentadas; así como, la disparidad en los cortes de información de las fuentes de datos existentes limita la producción de análisis más oportunos y el contraste de datos; sin embargo, con los insumos disponibles y gracias al empeño del Ministerio de Salud y Protección Social en el mejoramiento de las fuentes de información, cada vez se podrán obtener resultados más robustos que evidencien la situación de salud en los colombianos.



La salud
es de todos

Minsalud

Referencias bibliográficas

¹Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). *Boletín Epidemiológico*. 1999, 1-3.

² Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Diario Oficial 48241, Presidencia de la 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>. Acceso el 16 de septiembre de 2015

⁴ 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> Acceso el 10 de noviembre de 2015

⁵ 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 Acceso el 16 de septiembre de 2015

⁶ 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> Acceso el 16 de septiembre de 2015

⁷Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia, 2016

⁸Ministerio 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

⁹Ministerio 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+MS_ASIS_PoblDiferenciales.pdf Acceso el 16 de septiembre de 2015

¹⁰Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Atlas de Colombia 2005. Imprenta Nacional. Esta referencia debería ir más cerca revisa

¹¹World 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).

¹²Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de listas cortas para la tabulación de datos. Boletín epidemiológico, 2002. 2-6.

¹³ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia 2017



La salud
es de todos

Minsalud

¹⁴ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia Bogotá D.C., Colombia 2018

¹⁵ 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.

¹⁶ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. II. Análisis de información sobre riesgos.

¹⁷ Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, UNDGR. Registro de Emergencia 2017.

¹⁸ Departamento Nacional de Planeación. Boletín Inográfico. 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

¹⁹ 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

²⁰ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Amenaza por inundación. Disponible en <http://www.ideam.gov.co/web/agua/amenazas-inundacion>. Consultado el 30 abril del 2019.

²¹ Instituto de Investigación e información Geocientífica, Minero – Ambiental y Nuclear. Ingeominas Atlas de amenaza Volcánica en Colombia. Editorial López. 2000

²² 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.

²³ 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.

²⁴ Caracterización General del Escenario de Riesgo Sísmico en Bogotá. Disponible en <http://www.idiger.gov.co/rsismico>. Consultado el 30 abril del 2018.

²⁵ Universidad Nacional. Evaluación de la Amenaza Sísmica de Colombia mediante análisis de valores extremos históricos.

²⁶ 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.

²⁷ 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.

²⁸ 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.



La salud
es de todos

Minsalud

²⁹ Servicio Geológico Colombiano, (SGC). Guía metodológica para la zonificación de amenaza por movimientos en masa escala 1: 25.000.

³⁰ 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

³¹ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Estudio nacional de la degradación de suelos por erosión en Colombia, 2015. Bogotá D.C., Colombia.

³² Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Boletín de Alertas Tempranas de Deforestación (AT-D) del IDEAM, 2017. Bogotá D.C., Colombia.

³³ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia 2017.

³⁴ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia Bogotá D.C., Colombia 2018

³⁵ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Actualización de las estadísticas de la sequía en Colombia. 2017. Bogotá D.C., Colombia.

³⁶ 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

³⁷ 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.

³⁸ Ministerio de Transporte. Transporte en cifras: estadísticas 2017. Oficina Asesora de Planeación. Grupo de Planificación Sectorial.

³⁹ Ministerio de Transporte. Plan Maestro Fluvial de Colombia 2015.

⁴⁰ 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.

⁴¹ 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.

⁴² Fondo de Población de las Naciones Unidas. El enfoque en la planeación del desarrollo municipal. 2008.

⁴³ 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.



La salud
es de todos

Minsalud

⁴⁴ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE Resultados preliminares con una cobertura geográfica del 99,8% al 2 de noviembre de 2018. Disponible en <https://sitios.dane.gov.co/cnpv-presentacion/src/#cuantos00> Consultado marzo 4 de 2019.

⁴⁵ Banco Mundial. Pueblos indígenas. Disponible en <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>. Consultado el 20/3/2019.

⁴⁶ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Colombia.

⁴⁷ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área. Disponible en http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_area_1985-2020.xls Actualizado el 12 de mayo de 2011.

⁴⁸ Lacasaña-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.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ Medina C.A., Vélez CE. Aglomeración económica y congestión vial: los perjuicios por racionamiento del tráfico vehicular. Borradores de economía. 2011; 678.

⁵¹ Lommis DP, Castillejos M, Gold DR, McDonnell W, Borja-Aburto VH. Air pollution and infant mortality in Mexico City. Epidemiology 1999;10:118-123.

⁵² Tellez-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.

⁵³ Banco Mundial. Desarrollo Urbano. Disponible en <http://www.bancomundial.org/es/topic/urbandevelopment/overview> Consultado el 6 de abril del 2019.

⁵⁴ Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina y el Caribe. Capítulo 3: El bono demográfico.

⁵⁵ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Indicadores demograficos según departamento 1985-2020. Actualizado el 12 de mayo de 2011.

⁵⁶ Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia. Guía para análisis demográfico local. Herramientas para incluir el enfoque poblacional en los procesos de planeación del desarrollo integral. Colombia, 2009.

⁵⁷ Organización mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Parte II. 9 Estadísticas demográficas y socioeconómicas.

⁵⁸ The World Bank. World Development Indicators: Mortality. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.21> Consultado el 29 de julio de 2015

⁵⁹ Banco Mundial. Datos. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador> . Consultado el 20 de marzo de 2019.



La salud
es de todos

Minsalud

⁶⁰ 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.

⁶¹ Migración Colombia. Unidad Administrativa Especial Migración Colombia. Venezolanos identificados. Disponible en

<http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/comunicados/comunicados-2018/junio-2018/7584-442-462-venezolanos-identificados-en-registro-ramv-recibiran-regularizacion-temporal>. consultado junio del 2018

⁶² Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Boletín Técnico. Producto Interno Bruto (PIB) IV Trimestre de 2018.

⁶³ 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>.

⁶⁴ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2013).

⁶⁵ 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.

⁶⁶ Banco Mundial. Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) . Disponible en

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SE.ADT.LITR.ZS?end=2017&start=2017&view=map>. Consultado el 10 de abril de 2019

⁶⁷ Ministerio de Educación Nacional. Estadísticas del sector. Disponible en

<https://www.mineduccion.gov.co/1759/w3-propertyname-3377.html> Consultado el 10 de marzo de 2019

⁶⁸ Xu XF, Li YJ, Sheng YJ, Liu JL, Tang LF, Chen ZM Effect of low birth weight on childhood asthma: a meta-analysis.2014.

⁶⁹ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Colombia, 2010.

⁷⁰ 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.

⁷¹ Global Health Observatory data repository. Disponible en <http://apps.who.int/gho/data/node.home>. Consultado el 18 de mayo 2019.

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.



La salud
es de todos

Minsalud

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 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 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Datos para la vida 2017.

⁸³ 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

⁸⁴ Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional

⁸⁵ 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

⁸⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica del Observatorio de Talento Humano en Salud OTHS Colombia 2015.

⁸⁷ 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.

⁸⁸ 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.

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.

⁹⁰ VivekanandJha. Guillermo Garcia-Garcia. Kunitoshi Iseki. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. The Lancet. Julio 2013. Volumen 382, No. 9888, p260-272,20.



La salud
es de todos

Minsalud

⁹¹Organización 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.

⁹²Levey, 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.

⁹³ 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.

⁹⁴ 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

⁹⁵ 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, 2017.

⁹⁶Organización 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.

⁹⁷ 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.

⁹⁸ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).Disponible en <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>. Consultado el 5 de junio del 2019.

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

¹⁰⁰ Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.Situación Del VIH-sida en Colombia, 2017

¹⁰¹ 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.

¹⁰² 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.

¹⁰³ Instituto Nacional de Salud. Informe final vigilancia leucemia en menores de 15 años. 2013.

¹⁰⁴ 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.

¹⁰⁵Beutler E, Lichtman M, Collier B, Kipps T, et al. *Williams Hematology*. 6thed. New York: McGraw-Hill, 2001; pp:1141-61.

¹⁰⁶ Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del cáncer pediátrico en Colombia, 2017



La salud
es de todos

Minsalud

¹⁰⁷ Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. 2006.

¹⁰⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia.

¹⁰⁹ World Health Organization. World report on disability. 2011.

¹¹⁰ 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.

¹¹¹ Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> Consultado el 24 de noviembre de 2015.

¹¹² 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.

¹¹³ 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.

¹¹⁴ 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.

¹¹⁵ Centro Latinoamericano de Desarrollo. Tasa de mortalidad infantil. Disponible en: http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPP/Wehelp/helpsispi.htm#tasa_de_mortalidad_infantil.htm. Consultado el 29 de julio de 2015.

¹¹⁶ 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.

¹¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Consultado en la Bodega de Datos SISPRO el 11 de marzo de 2015.

¹¹⁸ Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010.

¹¹⁹ 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.

¹²⁰ 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.

¹²¹ 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.

¹²² 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.

¹²³ 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.



La salud
es de todos

Minsalud

¹²⁴The United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO). Pneumonia: The forgotten killer of children. Ginebra; 2006.

¹²⁵Secretaría 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.

¹²⁶Rothman KJ, Greenland S. Modern Epidemiology, 2nd edition. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1998.

¹²⁷ Rothman KJ, Boice JD Jr: Epidemiologic analysis with a programmable calculator. NIH Pub No. 79-1649. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1979;31-32.

¹²⁸ Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versión. www.OpenEpi.com, actualizado 2014/09/22, accedido 2014/12/02.