



**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Análisis de Situación de Salud Colombia 2022

Dirección de Epidemiología y Demografía
Bogotá D.C. Marzo de 2023



Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2022

© Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinación Grupo de Planeación de la Salud Pública
Luz Stella Ríos Marín

Coordinación Técnica
Andrea Johanna Avella Tolosa

Actualización
Aley Bricelyn Montenegro Niño
Carmenza Osorio Gómez

© Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 No. 32 76
Bogotá D.C., Colombia
Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: 601 330 5043
Resto del país: 018000960020



DIANA CAROLINA CORCHO MEJIA
Ministra de Salud y Protección Social

LUIS ALBERTO MARTINEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

JAIME URREGO
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

MANUEL RUBERNOY AYALA MARIN
Secretario General

CLARA MERCEDES SUAREZ RODRIGUEZ
Directora de Epidemiología y Demografía



Tabla de Contenido

Presentación.....	- 6 -
Introducción	- 8 -
Metodología.....	- 10 -
Capítulo 1.	- 13 -
Caracterización de los contextos territorial, político y demográfico	- 13 -
Contexto territorial	- 14 -
Localización	- 14 -
Características físicas del territorio.....	- 15 -
Patrones climatológicos del territorio.....	- 18 -
Amenazas	- 24 -
Sistema de transporte	- 41 -
Contexto político	- 45 -
Contexto demográfico.....	- 49 -
Tamaño y volumen poblacional	- 50 -
Población por curso de vida	- 56 -
Estructura poblacional.....	- 57 -
Dinámica demográfica.....	- 62 -
Crecimiento.....	- 62 -
Fecundidad	- 64 -
Natalidad.....	- 69 -
Esperanza de vida.....	- 71 -
Migración y movilidad.....	- 74 -
Movilidad forzada	- 76 -
Determinantes de la población víctima del conflicto	- 76 -
Inmigración hacia Colombia	- 80 -
Capítulo 2.	- 86 -
Determinantes sociales de la salud poblacional	- 86 -
Pobreza e ingresos.....	- 87 -
Educación.....	- 93 -
Desempleo	- 99 -
Circunstancias Materiales: Hogares y Servicios Públicos	- 103 -
Calidad del Agua.....	- 108 -
Calidad del Aire.....	- 112 -
Seguridad Alimentaria.....	- 114 -



Bajo peso al nacer.....	- 115 -
Duración de lactancia materna.....	- 119 -
Dieta mínima aceptable.....	- 122 -
Retraso en la talla en menores de cinco años.....	- 123 -
Desnutrición global en menores de cinco años.....	- 125 -
Obesidad.....	- 127 -
Anemia.....	- 131 -
Inspección, vigilancia y control de alimentos y bebidas.....	- 132 -
Factores conductuales, psicológicos y culturales.....	- 134 -
Consumo de alcohol.....	- 134 -
Consumo de tabaco.....	- 138 -
Sucedáneos e imitadores (Cigarrillos Electrónicos).....	- 142 -
Consumo de sustancias psicoactivas.....	- 142 -
Consumo de cualquier sustancia psicoactiva.....	- 143 -
Último consumo de alcohol en escolares y último consumo de cualquier sustancia ilícita	- 145 -
Fumadores adultos actuales.....	- 147 -
Actividad física.....	- 148 -
Uso de métodos anticonceptivos.....	- 151 -
Métodos anticonceptivos modernos.....	- 154 -
Métodos anticonceptivos tradicionales.....	- 159 -
Uso de métodos anticonceptivos en hombres.....	- 161 -
Violencia intrafamiliar.....	- 162 -
Condiciones laborales.....	- 175 -
Trabajadores afiliados dependientes e independientes.....	- 175 -
Accidente de trabajos calificados.....	- 176 -
Enfermedad laboral.....	- 179 -
Muerte por enfermedad y accidente laboral.....	- 182 -
Capítulo 3.	- 184 -
El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): determinante de la salud poblacional	- 184 -
Cobertura de afiliación del SGSSS.....	- 185 -
Talento humano.....	- 189 -
Número estimado de talento humano en salud.....	- 189 -
Densidad estimada de talento humano en salud (por 10.000 habitantes).....	- 192 -
Infraestructura.....	- 194 -
Disponibilidad de IPS.....	- 194 -
Disponibilidad de transporte asistencial.....	- 196 -
Disponibilidad de camas.....	- 198 -



Acceso a servicios básicos de salud.....	- 200 -
Capítulo 4.	- 209 -
Situación Epidemiológica	- 209 -
Morbilidad	- 210 -
Morbilidad atendida.....	- 210 -
Morbilidad atendida por ciclo vital.....	- 213 -
Morbilidad atendida por causas y departamentos	- 217 -
Alteraciones de la salud bucal.....	- 219 -
Morbilidad en salud mental.....	- 219 -
Eventos de alto costo	- 228 -
Eventos de notificación obligatoria	- 247 -
Morbilidad población migrante.....	- 266 -
Discapacidad auto declarada registrada.....	- 272 -
Análisis de la Morbilidad por COVID-19	- 275 -
Mortalidad.....	- 279 -
Mortalidad general.....	- 279 -
Mortalidad general por grandes causas.....	- 281 -
Mortalidad materno-infantil y en la niñez	- 284 -
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	- 298 -
Mortalidad Eventos de notificación obligatoria.....	- 332 -
Mortalidad por dengue	- 334 -
Mortalidad relacionada con salud mental	- 337 -
Mortalidad por COVID-19.....	- 338 -
Capítulo 5.	- 342 -
Prioridades en Salud	- 342 -
Capítulo 6.	- 346 -
Recomendaciones para la acción sobre la salud y sus determinantes	- 346 -
Referencias Bibliográficas	- 356 -



Presentación

El Análisis de Situación de Salud es un proceso analítico-sintético que comprende diversos tipos de análisis tanto descriptivos como analíticos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio, incluyendo los daños, riesgos y los determinantes de la salud que los generan (Pan American Health Organization, 1999).

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento del Decreto 4107 de 2011 por el cual determina sus objetivos, estructura y crea la Dirección de Epidemiología y Demografía atribuyéndole dentro de sus funciones la de: “promover, orientar y dirigir la elaboración del estudio de la situación de la salud” (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2011), presenta el Análisis de Situación de Salud, Colombia año 2022.

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

En la actualidad el proceso de Análisis de Situación de Salud se lleva a cabo en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal; cuenta con una metodología estandarizada y difundida entre las entidades territoriales a través de la *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) cuya aplicación permite avanzar favorablemente en la identificación de los principales efectos en salud que deben ser insumos base en el Proceso de la Planeación Integral en Salud, entendido como el conjunto de procesos relacionados entre sí, que



permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud en cada uno de sus componentes.

La publicación nacional de este tipo corresponde a la décima tercera y tiene como antecedentes los Análisis de Situación de Salud Colombia 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), y los realizados anualmente desde el año 2013, los cuales se encuentran publicados en el Repositorio Institucional Digital (RID) del Ministerio; así mismo el Análisis de prioridades departamentales en salud Colombia año 2016, el Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia 2012 y el Análisis de Situación de Salud de poblaciones diferenciales Colombia 2012; se tienen disponibles también las publicaciones del Análisis de Situación de Salud de Convivencia social y salud mental 2014, Análisis de Situación de Salud de en salud dimensión de seguridad alimentaria y nutricional Colombia 2015, entre otros; éstos análisis se desarrollaron bajo la perspectiva de los enfoques poblacional, de derechos y diferencial, así como con el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud, lo cual permitió la identificación de los principales efectos en salud, el reconocimiento de las brechas generadas por las desigualdades sanitarias y sus determinantes.

El Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición de los gobernantes, equipos de gobierno, sociedad civil, academia y demás autoridades, los resultados del Análisis de la Situación de Salud para 2022, esperando su posicionamiento y conocimiento en los espacios de toma de decisiones sectoriales y transectoriales, para en conjunto identificar y superar las desigualdades sociales generadoras de inequidades en salud, con el fin de contribuir al desarrollo sostenible de las generaciones presentes y futuras.



Introducción

El Análisis de Situación de Salud (ASIS), estudia la interacción entre las condiciones de vida y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales. Se incluye como fundamento el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y nivel socioeconómico que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento (Organización Mundial de la Salud, 1999).

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

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

El Capítulo 4 aborda la situación epidemiológica mediante el análisis de los efectos de salud y sus determinantes. En este caso se analizó la morbilidad atendida, la mortalidad registrada por grandes causas de defunción, causas específicas según subgrupos y mortalidad materno-infantil y de la niñez. El análisis indagó variables que causan gradientes



de desigualdad entre grupos como el sexo, nivel educativo, municipio o departamento de residencia, área de residencia, régimen de afiliación al SGSSS, pertenencia étnica, situación de desplazamiento, discapacidad, entre otras.

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

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



Metodología

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Colombia se realizó con la información disponible para 2022 en las fuentes oficiales, entendiendo los rezagos de información propios de cada base de datos consultada. Para el análisis demográfico se usaron las estimaciones y proyecciones censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) a partir del Censo 2005, Censo Nacional de población y Vivienda 2018 y los indicadores demográficos dispuestos por esta institución en su sitio web: www.dane.gov.co. También se consultó el Registro Único de Víctimas (RUV) dispuesto en la Bodega de datos del SISPRO a través del cubo del registro único de víctimas con fecha de corte a septiembre de 2022 y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad con fecha de corte a julio de 2020, actualización 2022.

Para el análisis de los efectos en salud y sus determinantes se emplearon los datos de estadísticas vitales del DANE para el periodo comprendido entre 2005 y 2021; la morbilidad atendida procedente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para el periodo entre 2009 y 2021. La información sobre eventos de alto costo, de la Cuenta de Alto Costo reportada entre 2016 y 2021. Adicionalmente se incluyó información resultante de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015, Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares 2016 e informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (FORENSIS) 2021. Para el análisis de los determinantes intermediarios de la salud y los estructurales de las inequidades de salud se incluyó principalmente información derivada del Ministerio de Educación Nacional (MEN), del Departamento Nacional de Planeación (DNP), del DANE y los registros de Subdirección de Riesgos Laborales, del Ministerio de Salud y Protección (MINSALUD) para el periodo 1994 y diciembre del 2021, que describe las variables de Administradora de Riesgos Laborales (ARL), trabajadores afiliados, pensiones de invalidez pagadas e incapacidades permanentes parciales pagadas.

Para la caracterización del SGSSS determinante de la salud poblacional, se utilizó la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) se analizaron



las variables de Instituciones de Prestación de Salud, camas y transporte asistencial, los datos fueron analizados de manera descriptiva por año, departamento, figuras de jerarquización y mapas. Con base a los datos del Observatorio Laboral para la educación del Ministerio de Educación Nacional, (MEN) y el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) de MINSALUD, se analizó la disponibilidad del talento humano en salud entre el periodo de 2011 a 2021.

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) (World Health Organization, 2001). 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 enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2002). Así mismo, se calculó la carga de la mortalidad mediante Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y tasas ajustadas de AVPP para las grandes causas de mortalidad.

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

El análisis de las causas de mortalidad infantil se efectuó de acuerdo con la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, que agrupa 67 subgrupos de causas de muerte en 16 grandes grupos: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos



trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; causas externas de morbilidad y mortalidad; síndrome respiratorio agudo grave (SRAG); y todas las demás enfermedades. Se construyeron tasas específicas para los menores de un año usando como denominador los nacidos vivos; para los niños de 1 a 4 años y los menores de 5 años, con denominador las proyecciones de población para cada grupo de edad específico.

Se realizó un análisis descriptivo en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad y proporción), tasa de mortalidad ajustada por edad, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S. Se aplicaron métodos de análisis de desigualdad básicos e intermedios como diferencias absolutas y relativas, índices de desproporcionalidad e índices de disimilitud. La tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto, el índice de disparidad estándar entre grupos y la presentación de la desigualdad por medio de Equiplot.



Capítulo 1.

Caracterización de los contextos territorial, político y demográfico



Contexto territorial

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

Localización

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

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



Características físicas del territorio

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

La orografía colombiana representa las principales características de relieve y de distribución de la red hidrográfica en relación con este. Predominan cuatro grandes sistemas orográficos que han motivado el asentamiento de poblaciones humanas de acuerdo con sus capacidades de producción y sostenimiento. De acuerdo con esto, podemos decir que la composición física del territorio se comporta como determinante estructural de la salud, pues promueve situaciones que ponen en diferentes grados de desventaja a la población en relación con los riesgos ambientales propios del territorio.

Primer sistema orográfico: región andina

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

1. Cordillera Occidental: con una longitud de 1.200 kilómetros y una altura media de 2.000 msnm. Se caracteriza por sus relieves abruptos que dificultan la ocupación y explotación. Las mayores alturas son el volcán nevado del Cumbal (4.764 msnm), el volcán Chiles (4.750 msnm), los Farallones de Cali (4.280 msnm), el cerro de Tatamá (4.150 msnm), el Páramo de Frontino (4.080 msnm) y el volcán Azufral (4.070 msnm)^{Error! Marcador no definido.} Su máxima depresión la constituye la Hoz de Minamá, originada por el río Patía en su salida al océano Pacífico. La cordillera Occidental atraviesa territorios de Nariño, Cauca, Valle del Cauca, Risaralda y Antioquia.



2. Cordillera Central: Constituye el eje del sistema andino; en el país es la más alta y volcánica de las cordilleras y a su vez, la de menor longitud. Otras de sus características morfológicas predominantes las constituyen sus grandes elevaciones, especialmente volcanes y sus numerosos páramos en el Macizo Colombiano allí nacen las principales corrientes del país (ríos Magdalena, Cauca, Patía y Caquetá). Tiene extensos macizos ígneo-plutónicos y metamórficos, en numerosos focos volcánicos, cuyas vertientes generalmente son largas y abruptas y con una red de drenaje densa y profunda. Está bordeada en sus flancos oriental y occidental por extensos abanicos de origen fluvio – glaciar y fluvio – volcánicos, los cuales forman amplios piedemontes densamente ocupados como Armenia, Popayán, Ibagué, Guamo y el Espinal. La longitud aproximada de la cordillera es de 1.000 kilómetros, con una altura media superior a los 3.000 msnm con varios volcanes activos e inactivos que sobrepasan los 5.000 msnm. Al norte de la cordillera se levanta la Sierra Nevada de Santa Marta donde se encuentran los picos más elevados del sistema montañoso colombiano (5.775 msnm).

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

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

Así mismo sobresalen tres formaciones geográficas de relevancia: el Piedemonte del Baudó que, con una extensión de 170 kilómetros de longitud, está situado en el noroccidente el



país, paralelo a la costa del Pacífico. Su mayor elevación tiene 1.600 msnm^{Error! Marcador no definido.}. La Sierra de La Macarena que es una formación montañosa donde nacen los ríos Guayabero y Ariari, importantes afluentes del río Meta^{Error! Marcador no definido.} 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 Juan^{Error! Marcador no definido.}.

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

Segundo sistema orográfico: Llanuras de la Orinoquía y Amazonía:

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

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 cenagosas.

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 selvática (Mapa 1).

Mapa 1. Altimetría y relieve



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

Patrones climatológicos del territorio

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

Temperatura media del aire

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



ecuatorial, los sistemas orográficos, la localización en medio de los Océanos Atlántico Tropical, el Mar Caribe y el Pacífico Tropical, las regiones Pacífica y Amazónica, que adquieren relevancia por el factor de la evaporación, que contribuye a disminuir los valores medios de la temperatura (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2017).

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

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). En La Guajira, los mayores valores de temperatura media se registran en junio, julio y agosto. La acción moderadora del mar y los vientos predominantes al inicio del año tienden a disminuir los incrementos de temperatura que se esperarían como consecuencia de la época seca correspondiente al primer trimestre del año. Igual efecto se observa en



Barranquilla y Cartagena. En el resto de la región se registran precipitación durante octubre y noviembre. (Mapa 2) (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2017).

Región Andina

Las características orográficas, la precipitación y la altura del sitio sobre el nivel del mar, describen variabilidad al interior de la región. Es decir, la temperatura media registra mayores valores en zonas con menos elevación y en las zonas de menos elevación menos temperatura media. Por ejemplo, las temperaturas medias más altas se presentan en los valles de los ríos Magdalena, Cauca, Sogamoso y Patía, en donde se alcanzan entre 24 y 28 °C, mientras en los altiplanos cundiboyacense, nariñense y en las zonas montañosas de Antioquia, Cauca y del Eje Cafetero se registran temperaturas medias entre 12 y 16 °C. En la alta montaña se alcanzan valores inferiores a 8 °C. (Mapa 2) (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2017).

Durante julio y agosto se observan las temperaturas altas en gran parte de Antioquia, Eje Cafetero, Tolima, Huila, Valle, Cauca y Nariño, que coinciden con la temporada seca. Un segundo momento de temperatura máximo, menos pronunciado, se registra en enero y febrero. En estas zonas las menores temperaturas tienen lugar durante octubre y noviembre. En tanto que, en los altiplanos de Cundinamarca y Boyacá, las mayores temperaturas medias se registran en abril y mayo. En norte de Santander y oriente de Santander, la temperatura es aproximadamente monomodal, con máximos a mitad de año y mínimos en diciembre y enero. (Mapa 2) (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2017).

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 Urabá. (Mapa 2) (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2017).

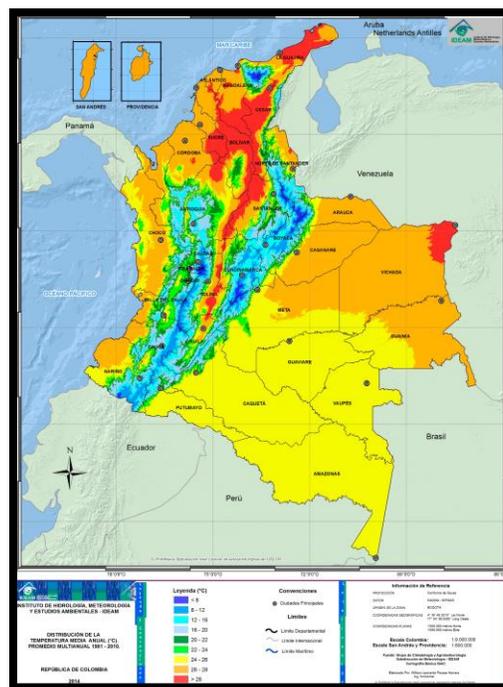


Región Orinoquia y Amazonia

Esta región muestra un comportamiento monomodal, sus temperaturas medias más altas se registran en Arauca, Casanare y Vichada, con los valores medios alrededor de los 28 °C. En el resto de la llanura orinoquense, los valores medios están entre 25 y un poco más de 26 °C. Las máximas temperatura se observan en diciembre, enero y febrero, coincidentes con la sequía estacional en la región y mínimas en junio y julio, los meses más lluviosos del año. (Mapa 2) (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2017).

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 Orinoquia. (Mapa 2) (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2017).

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



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



Precipitaciones

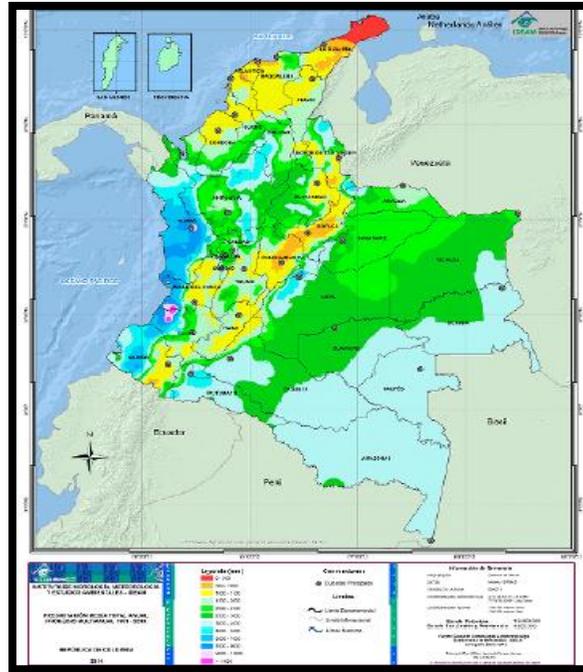
En Colombia, las zonas más lluviosas son la Región Pacífica, los piedemontes amazónico y llanero y los sectores más secos son la Península de la Guajira y algunos valles interandinos. Los territorios con precipitación superiores de 4000 milímetros al año están en el sur, centro y norte el departamento de Antioquia, en la cuenca alta del río Arauca y en el Catatumbo. En el Pacífico se presentan zonas extremadamente lluviosas, con precipitación anual sobrepasa los 10.000 milímetros al año localizadas en Cauca y Choco (Mapa 3) (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2018).

En la región interandina (cuencas de los ríos Magdalena, Cauca y Patía) las precipitaciones no sobrepasan los 4.000 milímetros al año. En los altiplanos nariñense y cundiboyacense, la precipitación anual está entre los 500 y 1.000 milímetros; esta misma condición se registran en Valle del Cauca, Huila, Santander y Norte de Santander. La península de La Guajira es el territorio con menor precipitación, entre 500 y 1.000 milímetros anuales, en el extremo norte se presentan volúmenes anuales menores de 500 milímetros (Mapa 3) (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2018).

El comportamiento del país es monomodal en la zona oriental, bimodal en las regiones Andina y Caribe, y cuasi monomodal en la región Caribe. En la región de la Orinoquia colombiana, las lluvias son abundantes a mediados de año y solo se presenta un máximo. En la región Andina y Pacífica, hay dos temporadas de abundantes lluvias, entre marzo y mayo y entre septiembre y noviembre. En la región Caribe hay un máximo en las precipitaciones a mediados de año y disminuyen ligeramente en julio – agosto dando paso a un período de mayores lluvias entre septiembre y octubre (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2018) (Mapa 3).



Mapa 3. Precipitación media anual



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

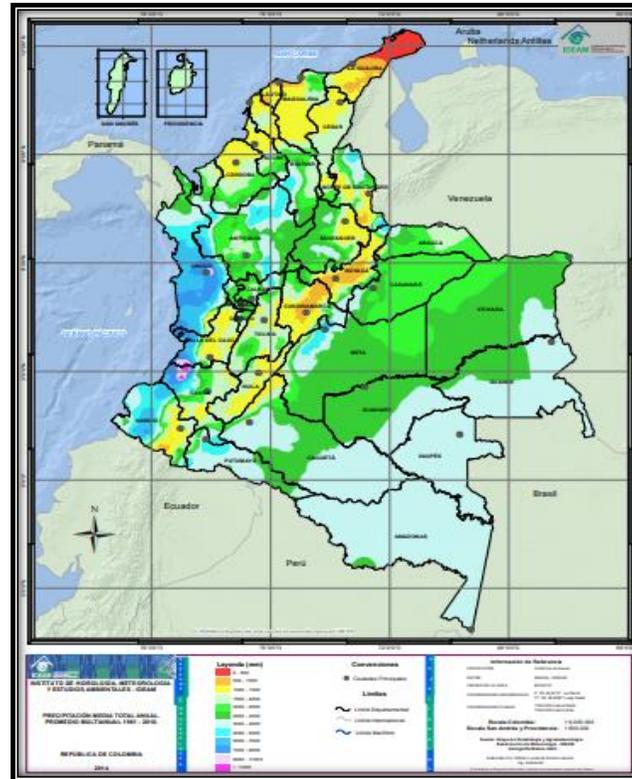
Humedad relativa del aire

La humedad en el territorio nacional es de tipo bimodal, está por encima del 60% siendo mayor en la región del Pacífico en donde está entre 85% y 95% valores similares se pueden observar en algunos sectores de la Sierra Nevada de Santa Marta. La diferencia entre el mes más húmedo y el más seco es del 10% a 15%. Julio y agosto son los meses de menor humedad, aunque en los Santanderes y en el altiplano cundiboyacense los menores valores pueden presentarse en enero y febrero. La época de humedades máximas corresponde a los meses de la segunda temporada lluviosa en casi toda la región (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2017) (Mapa 4).

La región Amazónica registra humedad media anual entre 80% y 90%, en la Orinoquía oscila entre 70% y 80%, valores que también se registran la región Andina y Caribe. Se observa humedad relativa por debajo del 70% en el valle del Magdalena, Huila, Tolima, La Guajira y un núcleo en el valle del río Cesar (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2018) (Mapa 4).



Mapa 4. Humedad relativa media anual



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

Amenazas

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

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 volcánica (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE). Las condiciones geológicas y climáticas, han hecho que en los últimos 19 años en Colombia los desastres que ocurren, en un 88% de los casos correspondan a un origen hidrometeorológico (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres UNDGR, 2017), lo cual se acentúa por las intervenciones antrópicas, como el uso del suelo en actividades agrícolas, ganaderas y la deforestación. 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 Arauca (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres UNDGR, 2018).

Amenazas por inundación

Colombia es uno de los países con mayor diversidad pluviométrica en el mundo, debido principalmente a su localización geográfica, varios elementos meteorológicos de macro y meso escala, entre los cuales cabe destacar: las ondas del Este, la Zona de Confluencia Intertropical (ZCIT), las vaguadas y colas de frentes extra tropicales, los anticiclones de latitudes medias y bajas presiones cuasipermanentes en la costa Pacífica y en la Amazonia (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2017).

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

El otro tipo de inundación son las crecientes súbitas, que aunque las áreas de afectación son menores, el poder destructivo es potencialmente mayor y cobra el mayor número de vidas cuando se presentan, responden rápidamente a la ocurrencia de fuertes precipitaciones en las partes altas de las cuencas, los incrementos de nivel son del orden de metros en pocas horas y el tiempo de permanencia de estas inundaciones en las zonas



afectadas son igualmente de horas o pocos días, estas se presentan en todas las cuencas de alta pendiente de la región Andina principalmente. La creciente repentina es definida por la Organización Meteorológica Mundial, (OMM) como una “inundación de corta duración que alcanza un caudal máximo relativamente alto”

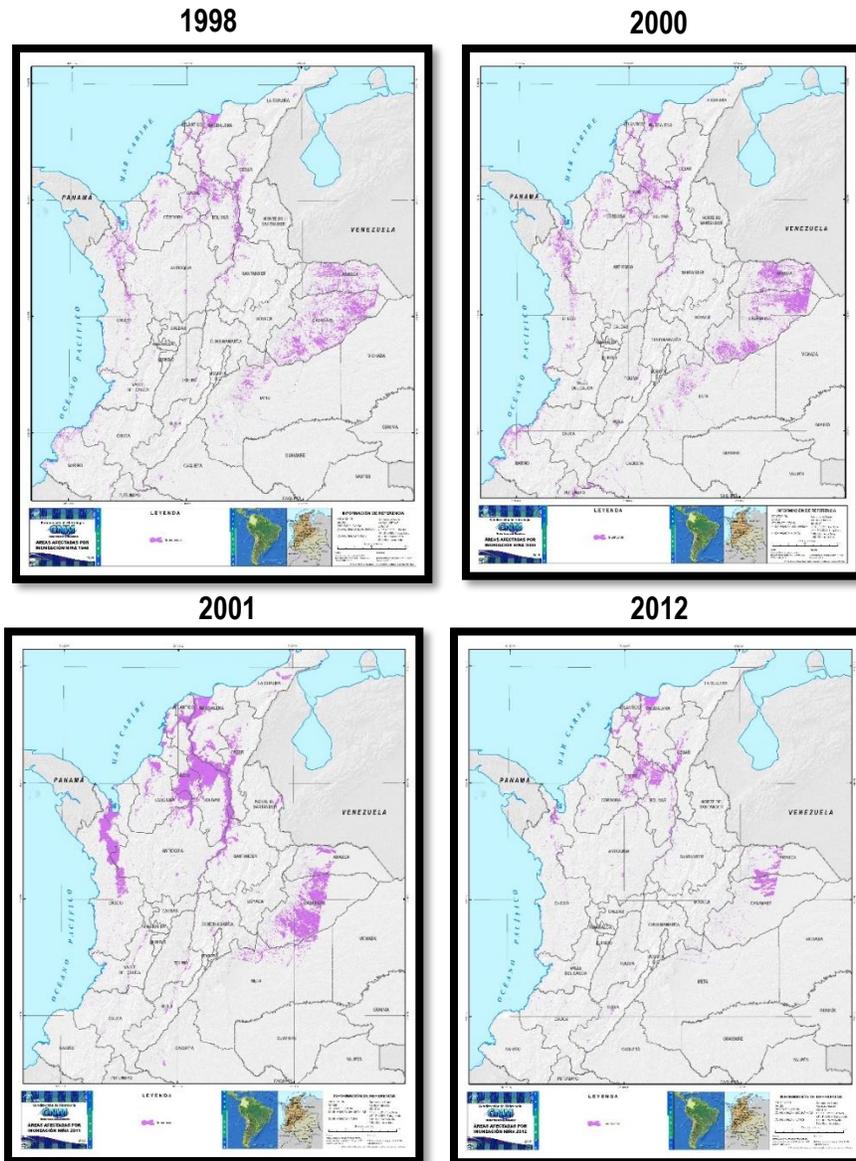
Colombia tiene un área de 1144.074.972 hectáreas (ha), el 1,7% (1.604.559 ha) corresponde a cuerpos de agua y las zonas inundables periódicamente corresponden al 12% (13.156.953 ha). El IDEAM cuenta en la actualidad con mapas de amenaza por inundación a diferentes escalas desde nacionales (1:500.000 y 1:100.000) hasta escalas locales (1:5.000) para algunas áreas piloto seleccionadas. En 1998, el IDEAM registró zonas inundables periódicamente de 939.970 ha e inundaciones por 822.317 ha, los departamentos afectados por el fenómeno de la niña, por inundación en 1998 fueron Arauca (105.689 ha), Casanare (104.749 ha), Antioquia (77.860 ha), Chocó (72.724 ha), Bolívar (71.759 ha) y Córdoba (62.106 ha) (Mapa 5).

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

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



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



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

En 2016, los departamentos con mayor amenaza de crecientes súbitas corresponden a Cundinamarca, Boyacá, Risaralda, Caldas, Antioquia, Santander, Tolima, Nariño, Norte de Santander, Cauca y Bolívar. El 28% de la población está expuesta a inundaciones, es decir cerca de 12 millones de personas. Los territorios con mayor población expuesta a



inundaciones son Magdalena, Atlántico, Córdoba, Antioquia, Valle del Cauca, Cauca, Cesar, Cundinamarca y Meta. 31% de población expuesta a amenaza alta y media por movimientos en masa, asociados a crecientes súbitas (Mapa 6)

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

Mapa 6. Línea de base de inundación. Colombia



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

Amenazas de origen volcánico

Colombia está ubicada en la zona de interacción de tres placas tectónicas: la placa Nazca, la placa suramericana y la placa Caribe. Así mismo, el territorio colombiano se localiza



dentro del llamado cinturón de fuego del Pacífico producen un cinturón de volcanismo. La mayoría de los volcanes están ubicados en la cordillera central, si bien hay vestigios de actividad volcánica en las cordilleras occidental y oriental. La actividad volcánica registra varias manifestaciones que pueden causar daños en la población como son los sismos, gases volcánicos, caída de piroclastos, flujos de piroclastos, flujos de lodo, flujo de lava y ondas de choque (Instituto de Investigación e información Geocientífica, Minero – Ambiental y Nuclear INGEOMINAS , 2000).

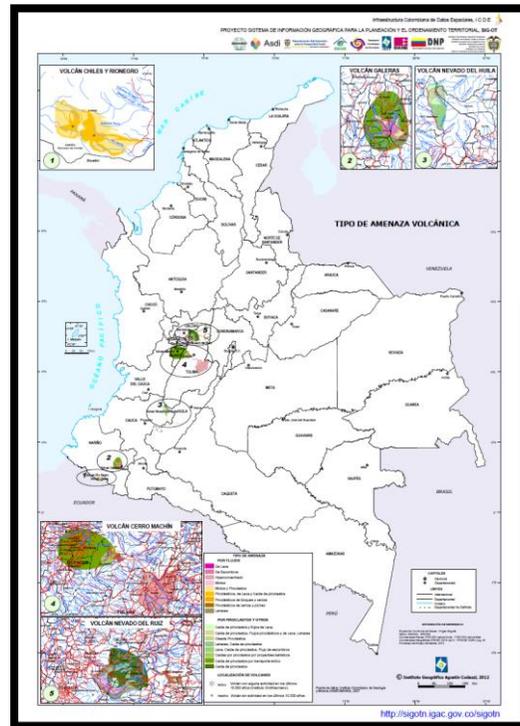
Los Observatorios Vulcanológicos del Servicio Geológico Colombiano (SGC) a marzo de 2019, monitorea 20 de 29 volcanes e informo sobre los cambios en estos volcanes. El 35,0% (7) volcanes se encuentran en nivel III amarillo que contempla cambios en el comportamiento de la actividad volcánica, existe la posibilidad de registrar sismos, emisiones de cenizas, lava, cambios morfológicos, ruidos, olores a gases volcánicos que pueden afectar la calidad de vida de la población en zonas de influencia volcánica. Dichos volcanes fueron Nevado del Ruiz (Caldas y Tolima); Volcán Sotaró (Cauca); Nevado del Huila (Huila, Cauca y Tolima); Cerro Machín (Tolima); Cerro Negro de Mayasquer, Volcán Chiles y Volcán Cumbal en Nariño (Servicio Geológico Colombiano SGC, 2018) (Mapa 7).

El 65% (13) volcanes están en nivel IV es decir volcán activo con comportamiento estable y son: Cisne (Caldas); Volcán Romeral (Caldas); Volcán San Diego (Caldas); Nevado de Santa Isabel (Caldas, Risaralda y Tolima); Volcán Puracé (Huila y Cauca); Volcán Azufral (Nariño); Volcán Las Ánimas (Nariño); Volcán Doña Juana (Nariño y Cauca); Volcán Paramillo de Santa Rosa (Risaralda); Nevado del Quindío (Risaralda y Tolima), Cerro Bravo (Tolima), Nevado del Tolima (Tolima) y Volcán Galeras en Nariño (Servicio Geológico Colombiano SGC, 2018)(Mapa 7).

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



Mapa 7. Zonas de amenaza volcánica. Colombia



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Servicio Geológico Colombiano

Amenazas de origen sísmico

Colombia se encuentra en una región sísmicamente activa, esto debido a que encuentra en la interacción de cuatro placas tectónicas: suramericana, la del Caribe, de Nazca y los Cocos, que generan fallas geológicas activas como la de Romeral, Algeciras, frontal del Piedemonte Llanero, entre muchas más (Herrera PM, 2014). De acuerdo con el Servicio Geológico Colombiano, (SGC), el país está dividido en tres niveles de amenaza: alta, intermedia y baja. La categorización de la amenaza tiene en cuenta la ubicación de las zonas de convergencia de las placas tectónicas y de las fallas activas, los sismos ocurridos de cualquier magnitud, ya sea medidos por las redes sismológicas o caracterizados por reportes históricos del SGC (Alcaldía Mayor de Bogotá. Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático, 2021).

Los resultados de evaluación de la amenaza sísmica se visualizan mediante mapas nacionales de aceleración máxima del terreno (PGA). Los territorios en zona de amenaza



sísmica baja, definida como cuyo sismo de diseño no excede una aceleración pico efectiva (Aa) de 0,1 g, se encuentran en Barranquilla, Cartagena, Riohacha, Leticia, Mitú, Puerto Carreño, Puerto Inírida, San Andrés, San José del Guaviare, Sincelejo y Valledupar (Universidad Nacional de Colombia, 2011) (Mapa 8)

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

El 95% de los territorios en amenaza sísmica alta, se encuentran en Huila, Chocó, Valle del Cauca, Nariño, Risaralda, Cauca y Quindío, departamentos con al menos un evento sísmico que generó pérdidas documentadas desde 1.566 reporte del primer sismo en el catálogo histórico del país (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial, 2012).

La región Pacífica se encuentra expuesta a amenaza sísmica alta, asociada con la zona de subducción del océano Pacífico, que tiene la capacidad de liberar las mayores cantidades de energía sísmica, en esta región acontecieron los sismos de 1.906 y 1.979, que se destacan por ocasionar un tsunami que afectó principalmente la población de Tumaco, municipio localizado en la costa Pacífica nariñense (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial, 2012).

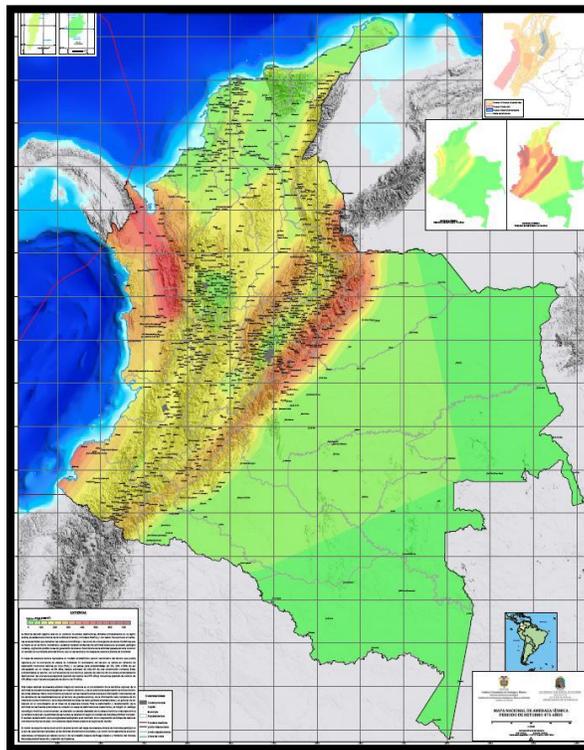
En la región Andina, las zonas de amenaza sísmica alta se deben a la actividad de fallas superficiales como Romeral, Cauca, Palestina y Frontal de la Cordillera Oriental, que tiene características para generar sismos superficiales de gran poder destructivo, como los de Suaza (1827), Huila (1967), Popayán (1983), Páez (1994), Tauramena (1995) y Eje Cafetero (1999). En el norte del Valle del Cauca, sur del Chocó y Eje Cafetero se presenta sismicidad de profundidad intermedia (entre 66 y 300 km), con eventos de magnitud



alrededor de 6,0 a 6,5, que han generado importantes daños en Cali (1925), Manizales, Pereira y en otras poblaciones como los del sur de Antioquia y el norte del Valle del Cauca (en 1938, 1961, 1962, 1973, 1979 y 1995) (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial, 2012).

Desde 1644 a marzo del 2019 el país ha registrado 52 sismos con intensidades mayores o iguales a ocho (VIII) en la Escala Macro sísmica europea de 1998, (EMS – 98), 37 sismos que corresponde a la categoría “causa daños severos” A mucha gente le cuesta mantenerse de pie, muchas viviendas muestran grietas grandes en los muros. Unos pocos edificios ordinarios bien construidos muestran daños serios en los muros, mientras que las estructuras antiguas y débiles pueden colapsar (Comisión Sismológica Europea, 2008), registrados en Arauca, Boyacá, Casanare, Cauca, Cundinamarca, Nariño, Norte de Santander, Costa Pacífica, Darién, Esmeralda, Risaralda, Santander, Tolima, Valle del Cauca y el Eje Cafetero (Tabla 1).

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



Fuente: Servicio Geológico Colombiano http://srvags.sgc.gov.co/JSViewer/Amenaza_Sismica/



En nueve territorios de Cauca, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Tolima y Colón se registraron sismos con intensidad de IX, que son “destructivos”, que corresponde a la categoría pánico general, con muchas construcciones débiles que colapsan, incluso los edificios ordinarios bien contruidos muestran daños serios: fallas graves en los muros y fallas estructurales parciales (Comisión Sismológica Europea, 2008) (Tabla 1).

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

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

Año	Intensidad máxima	Magnitud tipo	Área epicentral	Departamento
1644	9	MW	Pamplona	Norte de Santander
1646	8	MW	Muzo	Boyacá
1736	8	MW	Popayán	Cauca
1743	8	MW	Foyeque	Cundinamarca
1766	8	MW	Buga	Valle del Cauca
1805	9	MW	Honda	Tolima
1826	8	MW	Úmbita	Boyacá
1827	10	MW	Altamira	Huila
1834	9	MW	Santiago	Putumayo
1834	8	MW	Santa Marta	Magdalena
1875	10	MW	Cúcuta	Norte de Santander
1882	9	MW	Colón	Panamá
1884	8	Mm	Herveo	Tolima
1885	8	MS	El Tambo	Cauca
1906	10	MW	Costa Pacífica	Pacífico
1917	9	MW	Villavicencio	Meta
1923	9	MW	Cumbal	Nariño
1923	8	MW	Medina	Cundinamarca
1926	8	ML	Cumbal	Nariño
1928	8	MW	Chinavita	Boyacá
1933	8	MS	Linares	Nariño
1935	8	MW	Tangua	Nariño
1935	8	MW	Pueblo Rico	Risaralda
1935	8	MW	Imués	Nariño
1936	8	MW	Túquerres	Nariño
1938	8	MS	Eje Cafetero	Colombia
1942	8	MW	Santa Cruz de Lorica	Córdoba
1947	8	MW	Pasto	Nariño



Año	Intensidad máxima	Magnitud tipo	Área epicentral	Departamento
1950	9	MW	Arboledas	Norte de Santander
1953	8	MW	Guaitarilla	Nariño
1958	8	MW	Esmeraldas	Ecuador
1961	8	MS	Eje Cafetero	Colombia
1962	8	MW	Eje Cafetero	Colombia
1967	10	MW	Colombia	Huila
1967	8	MW	Betulia	Santander
1970	8	MW	Bahía Solano	Chocó
1973	8	MW	Convención	Norte de Santander
1974	8	MW	Costa Pacífica	Pacífico
1976	8	MW	Esmeraldas	Ecuador
1976	8	MW	Darién	Panamá
1979	8	MW	Eje Cafetero	Colombia
1979	10	MW	Costa Pacífica	Pacífico
1981	8	MW	Cúcuta	Norte de Santander
1983	9	MW	Popayán	Cauca
1992	10	MW	Murindó	Antioquia
1993	8	MW	Puerto Rondón	Arauca
1994	8	MW	Páez (Belalcázar)	Cauca
1995	8	MW	Tauramena	Casanare
1995	8	MW	Calima	Valle del Cauca
1999	9	MW	Armenia	Quindío
2004	8	MW	Bajo Baudó	Chocó
2008	8	MW	Quetame	Cundinamarca
2013	7	MW	Guaitarilla	Nariño
2014	6	MW	Chiles, Cumbal	Nariño
2015	7	MW	Los Santos	Santander
2016	6	ML	Colombia	Huila

Magnitud local, ML Magnitud de ondas superficiales, MS Magnitud de momento, Mw
Fuente: Sismicidad histórica de Colombia. Servicio Geológico Colombiano, SGC.

Amenazas de origen de remoción en masa

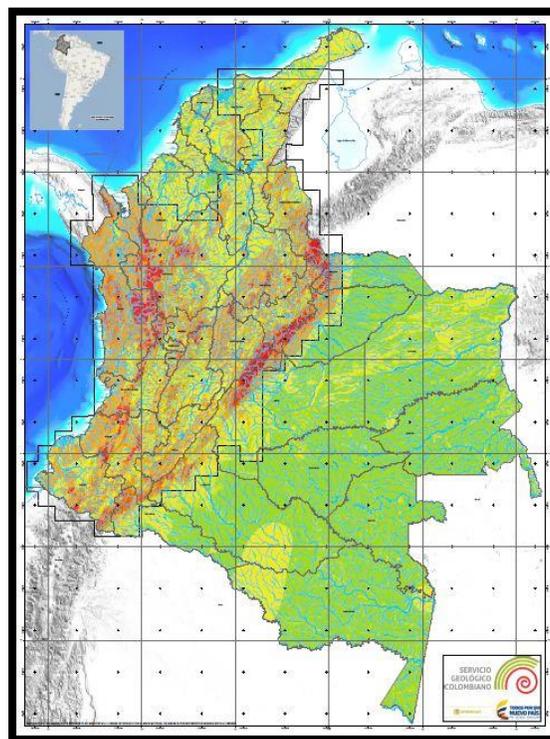
La remoción en masa es el desplazamiento de un volumen de material litológico, suelo, roca o cobertura vegetal, escombros o una combinación hacia abajo por acción de la fuerza de gravedad, la influencia de la pendiente del terreno y la cohesión o características del material en cada caso (Ceelat Cartográfico, 2023). Los factores causales de movimientos en masa se ven favorecidos por condiciones geológicas, geomórficas, geomorfológicas, procesos físicos y antrópicos. Los movimientos de masa pueden ser de cinco tipos deslizamiento, caídas, volcamiento, flujos y reptación (Servicio Geológico Colombiano SGC, 2017).



De acuerdo con los datos del SGC la evaluación de amenaza por movimientos en masa, en una escala 1:500.000, que cubre el 52,5% del área continental de Colombia, se observa que predomina la amenaza baja (75,16% del área), le sigue la amenaza media (23,5%), mientras que la amenaza alta y la muy alta cubren solo el 1,34%, coincidiendo con zonas inestables del piedemonte llanero (Servicio Geológico Colombiano SGC, 2017) (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%) **¡Error! Marcador no definido.** (Mapa 9).

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



Fuente: Servicio Geológico Colombiano. Amenaza remoción de masa



La amenaza muy alta se concentra principalmente en la vertiente de los ríos Cauca y Patía, en la parte norte de la cordillera Oriental y en la cordillera Occidental. En la cordillera Oriental se destaca la inestabilidad de la zona debido al fracturamiento de los materiales asociado con la presencia de fallas. La amenaza alta se concentra especialmente en algunos sectores de la cordillera Central, en la Sierra Nevada de Santa Marta, en los macizos de Quetame, Santander y en el piedemonte de la cordillera Oriental (Servicio Geológico Colombiano SGC, 2017) (Mapa 9).

Amenazas por erosión del suelo

La erosión de los suelos es la pérdida físico-mecánica del suelo, con afectación en sus funciones y servicios ecosistémicos, que produce, desertificación (ecosistemas secos), reducción de la biomasa del suelo, pérdida de nutrientes entre otras y la reducción de la capacidad productiva de los mismos. La erosión es un proceso natural; sin embargo, esta se califica como degradación cuando se presentan actividades antrópicas indebidas que lo aceleran, intensifican y magnifican. Por tanto, la degradación de suelo por erosión corresponde a “la pérdida de la capa superficial de la corteza terrestre por acción del agua y/o del viento, que es mediada por el hombre, y trae consecuencias ambientales, sociales, económicas y culturales” (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2015).

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 polvo (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2015).

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 terraceo (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2015) (Mapa 10).

De acuerdo con los datos del IDEAM, se identificaron 34 focos de erosión, que corresponde a todas las áreas hidrográficas que presentan focos de erosión: 16 en el área hidrográfica Magdalena–Cauca, ocho en la del Caribe, cuatro en la del Amazonas, tres en la del Orinoco y dos en la del Pacífico. Los principales focos de erosión se ubican en las zonas secas del país, en particular en las vertientes de la cordillera oriental, en las serranías del Caribe y en los cañones del área hidrográfica Magdalena – Cauca; pero también aparecen recientemente en el piedemonte de Caquetá – Putumayo, en la zona minera del Pacífico y en la isla de Providencia, donde se identificó un foco de erosión (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2015) (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%) (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2015) (Mapa 10).

Entre las principales causas directas de la degradación de los suelos por erosión, en el país se encuentra: la deforestación, según informes del IDEAM 2015, más del 60% de las áreas deforestadas entre 1990 y 2010 se encuentran con algún grado de erosión, equivalentes a cuatro millones de hectáreas; las actividades y factores socioeconómicos, que mayor presión ejercen sobre los suelos y ocasionan degradación por erosión, se localizan en: los



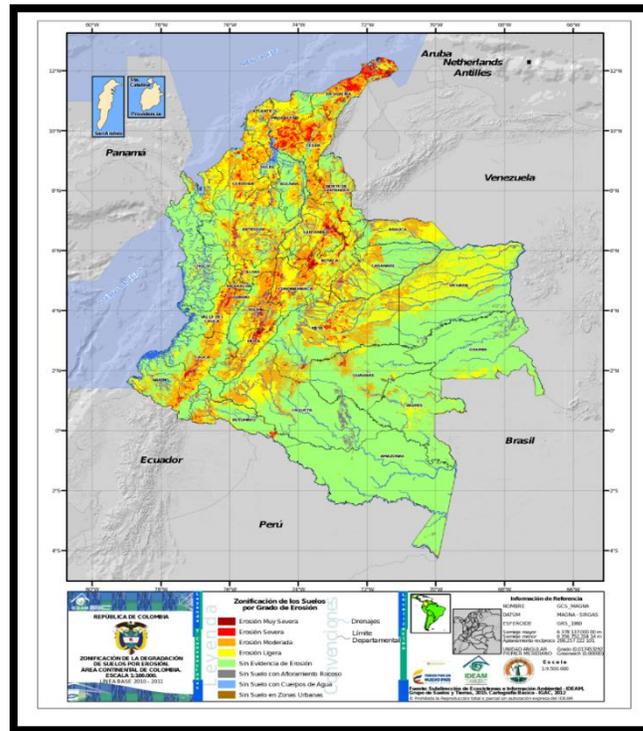
distritos de riego (94,4%), en los territorios agropecuarios (agrícolas 92,9%, agropecuario 88,2%, ganaderos 77,3%), en territorios con conflictos de uso por sobreutilización de los suelos (90,9%), subutilización (80,4%) y por los incendios de la cobertura vegetal (80,9%); otra causa importante, es la minería, en sus distintas formas, que ocasionan el proceso de degradación por erosión más severo, cuyas manifestaciones son los surcos, cárcavas y la ocurrencia de incendios de las coberturas vegetales, que tienen mayor frecuencia en los ecosistemas de climas secos (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2015).

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

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



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



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

Amenazas por sequías

Dentro de la escala de variabilidad interanual en el océano Pacífico tropical son posibles tres condiciones: El Niño (calentamiento extremo), condiciones normales y La Niña (enfriamiento extremo). El ciclo conocido como La Niña y El Niño u Oscilación del Sur (ENOS), es la causa de la mayor señal de variabilidad climática en la franja tropical del océano Pacífico, en la escala interanual (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2017). 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 piedemontes (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2018).



La sequía es definida por la Organización Meteorológica Mundial - OMM como un fenómeno natural insidioso caracterizado por precipitaciones inferiores a lo esperado o inferiores a lo normal o aguas superficiales limitadas que, cuando se extiende durante una temporada o período prolongado, son insuficientes para satisfacer la demanda humana, actividades económicas y el medio ambiente (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2017).

Las sequías de mayor efecto territorial que se han registrado durante el periodo 1981 y 2015, han estado localizado en los territorios de las zonas Caribe y Andina, territorios con mayor población y producción agrícola. Las sequías severas y extremas se han presentado en el país en 1985, 1988, 1991 a 1992, 1997 a 1998, 2001, 2009 y 2015 a 2016. La sequía en 1985 afectó la Región de la Orinoquia y norte de la Amazonia, mientras en la región Andina siendo de intensidad moderada, sin afectación en la región Caribe. La sequía entre 1991 y 1992: Una de las más importantes e intensas sequías en la historia del país, combinando su intensidad y duración. A partir del primer semestre de 1991, comenzó a incidir en las regiones Caribe, Centro y Norte de la Andina. El periodo más intenso sobre el centro y sur del país se presentó durante el primer semestre de 1992, en la mayor parte de los departamentos de la Región Andina, alcanzando valores extremos en Huila, Cundinamarca, Nariño, Santander y Antioquia (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2017).

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



incidencia territorial de la historia, afectando la mayor parte de los territorios de las regiones Caribe y Andina, con intensidad severa. Comenzó en el primer semestre de 2015 en áreas de la Región Caribe, extendiéndose a la Región Andina, alcanzando su mayor intensidad durante el segundo semestre, en importantes regiones agrícolas de los Altiplanos Cundiboyacenses y nariñense, sobre el Alto y Medio Magdalena y Cauca (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2017).

En relación con las sequías menos severas, con menor cubrimiento territorial y de corta duración, ocurrieron durante 1982 a 1983, 1986 a 1987 y 2002 a 2003. El estudio de sequía identificó, que las zonas con mayor incidencia de sequías de larga duración, se localizan en La Guajira, norte del Cesar, sur de Bolívar y occidente de Santander, en el Medio y Bajo Magdalena, así como en el Eje Cafetero, el Altiplano de Cundinamarca, Boyacá y sectores del Cauca (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM, 2017).

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. La Red Vial Primaria a cargo del Instituto Nacional de Vías (INVIAS) al segundo semestre del 2022 fueron 10.192,25km, de los cuales el 79,78% (8.130,94 km) se encuentran pavimentados y el 20,22% (2.061,31km) están sin pavimentar (Instituto Nacional de Vías INVIAS, 2023) (Mapa 11).

La red de carreteras en Colombia está integrada por ocho troncales (norte - sur) y 19 transversales (este - oeste). La cobertura de carreteras pavimentadas por cada millón de



habitantes es de casi 276 kilómetros, tasa menor al patrón internacional, que es de 683 kilómetros para países de ingreso medio a bajo; **Error! Marcador no definido.** El corredor ferroviario está compuesto por 3.154 kilómetros, de los cuales 1.915 (60,7%) están en servicio. La estructura ferroviaria activa está integrada por tres grandes segmentos: del Atlántico, del occidente y del nordeste.

Sistema aéreo

El transporte aéreo es un modo de transporte reciente, Colombia cuenta con tres operadores del mercado doméstico: Avianca, LAN, COPA que manejan el 80% de las operaciones del mercado. El resto corresponde a aerolíneas de bajo costo como VivaAir, Easy Fly, ADA y Satena, entre otras. Para 2015, la red de transporte aéreo cuenta con cerca 581 aeródromos, 75 aeropuertos de los cuales 51 se encuentran bajo control de la Aeronáutica Civil, 11 en concesión, 3 en comodato y 3 explotados por la Aerocivil (Fedesarrollo, 2016). La Aeronáutica Civil ha dado la connotación de aeropuerto Internacional a Cúcuta, Palonegro, Cartagena de Indias, Matecaña, Cali, Barranquilla, Bogotá D.C, Rionegro, Santa Marta, Pereira, La Tebaida, Leticia, Riohacha y San Andrés (Mapa 11). Entre 2013 y 2021 (Preliminar) el Producto Interno Bruto (PIB) del sector transporte aéreo registra una tendencia creciente y positiva, pasando de 37.733 a 40.691 miles de millones de pesos; esto implica que en el año 2021, comparado con respecto al año 2020, se presentó una variación positiva del 17,3 %llegando a 40,6 billones de pesos en producción, a precios constantes (Ministerio de Transporte, 2022).

Sistema marítimo y fluvial

El sistema de transporte fluvial en Colombia puede dividirse en cinco cuencas principales: las cuencas de Atrato y Magdalena que fluyen hacia el norte y el Mar Caribe, en la cuenca del Caribe se encuentran los puertos de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla y en la cuenca Magdalena se cuenta con Puerto Berrío y Barrancabermeja. Las cuencas Orinoco y Amazonas que fluyen hacia el Océano Atlántico. En la cuenca del Orinoco los puertos de Cabuyaro y La Banqueta y en la cuenca del Amazonas se encuentran las estaciones pluviométricas en Puerto Asís y Leticia. La Cuenca del Pacífico, desemboca en el Océano Pacífico y se tienen los puertos de Tumaco y Buenaventura. Los principales ríos dentro de



estas cuencas representan un total de 24.725 kilómetros de largo de los cuales 7.063 kilómetros son permanentemente navegables y 6.500 kilómetros no son navegables. El total de kilómetros navegables es de 18.225 kilómetros, si se incluyen también los ríos que son parcialmente navegables (Ministerio de Transporte, 2015). Para 2017 el País dispone de 13 zonas portuarias y 77 muelles (Tabla 2).

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

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

Fuente: Superintendencia de Puertos y Transporte –SUPERTRANSPORTE



En Colombia en 2021 los puertos marítimos se consolidaron como los nodos de comercio exterior más representativos dentro del total de movilización de carga, con un 98,6 % de participación; seguido por los pasos de frontera terrestre, con una participación de 0,1 %. Con respecto al 2020, en el año 2021 se presentó una variación positiva del 9,6 %, ya que en 2021 se movilizaron 163 millones de toneladas, mientras que en 2020 fueron 148 millones. En lo que respecta al tráfico por zonas portuarias, durante el 2021 se movilizaron 168.627.504 toneladas entre los puertos marítimos del país, de las cuales 138.232.919 toneladas que representan el 82 % de toda la carga que se movilizó por operaciones de comercio exterior, es decir, 57 % (95.442.330 toneladas) por exportaciones y 25 % (42.790.589 toneladas) por importaciones (Ministerio de Transporte, 2022).

Sistema férreo

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

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



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. Actualmente el país se divide en 32 departamentos, diez distritos: Barranquilla, Cartagena de Indias, Santa Marta, Buenaventura, Riohacha, Mompox, Turbo, Cali, Tumaco, Barrancabermeja y Bogotá siendo este último el distrito capital y 1.122 municipios, este conteo que incluye a todos los distritos especiales y los corregimientos departamentales. Los últimos municipios creados fueron Guachené (Cauca) 2006, San José de Uré y Tuchín (Córdoba) en 2007, Norosí (Bolívar) en 2007, San Felipe y Barrancominas (Guainía) en 2018 (Ministerio del Interior, 2018) (Mapa 12). Con 10 áreas metropolitanas, que corresponde a Bogotá, Valle de Aburrá, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Cartagena de Indias, Cúcuta, Santa Marta, Ibagué y Centro Occidente.

Mapa 12. División político-administrativa



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - módulo Geográfico de SISPRO.

En adición, “la legislación nacional otorga a los indígenas el derecho sobre los territorios ancestralmente ocupados, su aprovechamiento y el uso de los recursos naturales. La legitimización y reconocimiento de las tierras se hace bajo la Gráfico jurídica de Resguardos



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

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



Conformación del poder político actual

El poder ejecutivo en Colombia es ejercido por el Dr. Gustavo Francisco Petro Urrego, quien fue elegido presidente de la República en 2022, mediante sufragio popular para un período de cuatro años. En su Plan Nacional de Desarrollo, el objetivo principal es la paz total, que tiene el propósito que los habitantes del territorio puedan vivir una vida digna y se construya un nuevo contrato social que propicie la superación de injusticias; los cinco grandes ejes de transformación que contempla el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 son:

1. Ordenamiento del territorio alrededor del agua; lo que busca este eje es el cambio en la planificación del ordenamiento y del desarrollo del territorio y comprende Protección de los determinantes ambientales, Garantizar el derecho a la alimentación, Planificación territorial participativo.
2. Seguridad humana y justicia social, el propósito de este eje es la transformación de la política social para la adaptación y mitigación del riesgo - protección de la vida y comprende, seguridad jurídica e institucional, seguridad económica y social y habilitadores estructurales, a través de protección social universal y adaptativo, infraestructura física y digital, justicia como bien y servicio, seguridad y defensa integral, estas son condiciones para la superación de las privaciones y la expansión de las capacidades
3. Derecho humano a la alimentación, el objetivo del eje es acceder, en todo momento, a una alimentación adecuada, comprende disponibilidad, acceso y adecuación, para que progresivamente se logre soberanía alimentaria
4. Transformación productiva, internacionalización y acción climática, con este eje se trabaja la Diversificación de las actividades productivas - capital natural y uso de energías limpias y comprende conocimiento e innovación, Derechos humanos y choques climáticos, con esto se propicia el desarrollo sostenible y la competitividad del país, aumentando la riqueza
5. Convergencia regional, este eje tiene el propósito de reducir las brechas sociales y económicas entre hogares y regiones en el país y comprende Vínculos intra e interregionales y Productividad, competitividad e innovación, para esto el gobierno ha mostrado la necesidad de transformar las instituciones y la gestión de lo público - marcos regulatorios consistentes (PND, Presidencia de la República, 2023)



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

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

Contexto demográfico

La composición demográfica es un factor importante en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud. El número de personas determina la demanda a los servicios



de salud y como consecuencia influye en la demanda por profesionales de salud, instituciones de salud, ambulancias, medicamentos y biológicos. Es decir, estos patrones determinan la inversión que un país debe realizar en el sistema. Independientemente de otros factores, los países con mayor carga de la enfermedad deben invertir una mayor parte de su ingreso nacional en salud que países con menor proporción de eventos de salud entre su población total.

La dinámica demográfica es entendida como el movimiento, cambio y transformación de una población que tiene ciclos de expansión, contracción, estacionamiento o agotamiento. Ante la consciente organización social y de sostenibilidad de la especie humana, los procesos demográficos están influenciados por factores biológicos y sociales que determinan la distribución de la salud. En este capítulo se describen cuatro aspectos importantes para entender el contexto demográfico en que se desarrolla la población colombiana y las características particulares que deben ser tenidas en cuenta para la planeación territorial, estos son: el tamaño y volumen poblacional, la estructura poblacional, la dinámica demográfica y la movilidad.

Tamaño y volumen poblacional

Se proyecta a partir del CENSO 2005 que para 2020 Colombia cuenta con 50.912.429 habitantes siendo un 16% más poblada que en 2005 (42.888.592); donde el 49,4% (25.138.723) corresponde a hombres y el restante 50,6% (25.773.706) a mujeres. La relación hombre mujer se ha mantenido estable durante el decenio; para el último año por cada 100 mujeres hay 97,54 hombres (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2011). Sin embargo, los datos publicados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 – CNPV 2018, estiman que el país para el año 2022 tiene 51.609.474 millones de personas, se mantiene la brecha entre hombre (48,76%) y mujeres (51,24%), por cada 100 hombres hay 105 mujeres según datos para el año 2018.

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 produce.

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 Andes (Mapa 13).

En relación, a los municipios que se destacan por su densidad poblacional, de acuerdo a los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, superando el dominio de la Capital Distrital de 4.425 habitantes por kilómetro cuadrado, se encuentran Itagüí (13.401), Soledad (9.029), Barranquilla (7.263), Medellín (6.329) y Sabaneta (5.165). Otros territorios que tienen densidad poblacional por encima de las 1.800 personas por kilómetro cuadrado corresponden a Bucaramanga (3.458), Soacha (3.442), Bello (3.261), Cali (3.237), Dosquebradas (2.779), Floridablanca (2.742), Armenia (2.266), Envigado (2.723) y La Estrella (1.853) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2018).

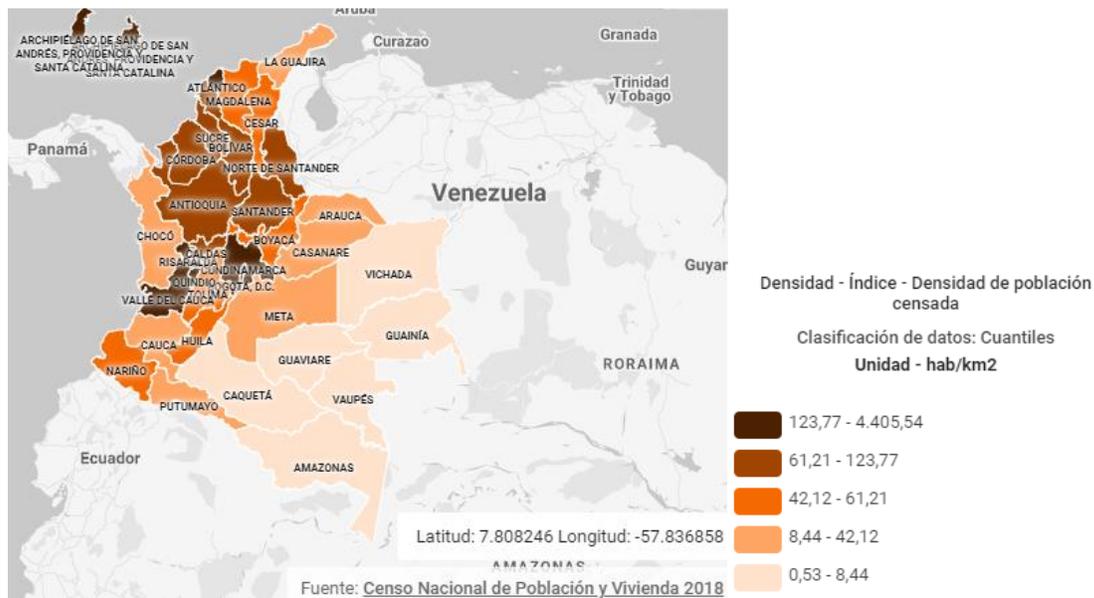
El reconocimiento de la distribución de la población por tamaño de municipios permite prever los territorios que se encuentran expuestos a concentrar más la carga de la enfermedad, lesiones u otros impactos en salud. En 1985 Colombia tenía tres ciudades con más de 1 millón de habitantes, en donde Bogotá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

Para el 2022, es decir 36 años después, el número de municipios con más de 1 millón de habitantes ascendió a cinco, en donde Bogotá cuenta con 52% de la población de las cinco



ciudades más pobladas y 15% de toda Colombia. Las cinco ciudades más pobladas corresponden a Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena. En contraste los territorios con menos de 1.100 personas son La Guadalupe (299), Cacahual (911), Morichal (970) en Guainía; La Victoria (673), Puerto Alegría (784) y Puerto Arica (1.059) en Amazonas; y Papunaua (857) en Vaupés.

Mapa 13. Densidad poblacional, 2021



Fuente: Geovisor CNPV 2018 – DANE.

En los últimos 20 años, se han reconocido cada vez más los derechos de los pueblos indígenas con la adopción de instrumentos y mecanismos internacionales, como la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (UNDRIP) de 2007, la Declaración Americana de los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2016, las 23 ratificaciones del Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales de 1991, la creación del Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas (UNPFII), el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (EMRIP), y el relator especial de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (UNSR) (Banco Mundial, 2021). Colombia ha avanzado en el reconocimiento de los derechos fundamentales individuales y colectivos de los grupos étnicos.



Se estima que hay más de 476 millones de indígenas autoidentificados en unos 90 países. Si bien constituyen el 6% de la población mundial, los pueblos indígenas representan más del 18% de quienes viven en la pobreza extrema (Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola FIDA, 2023). 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 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, 2020).

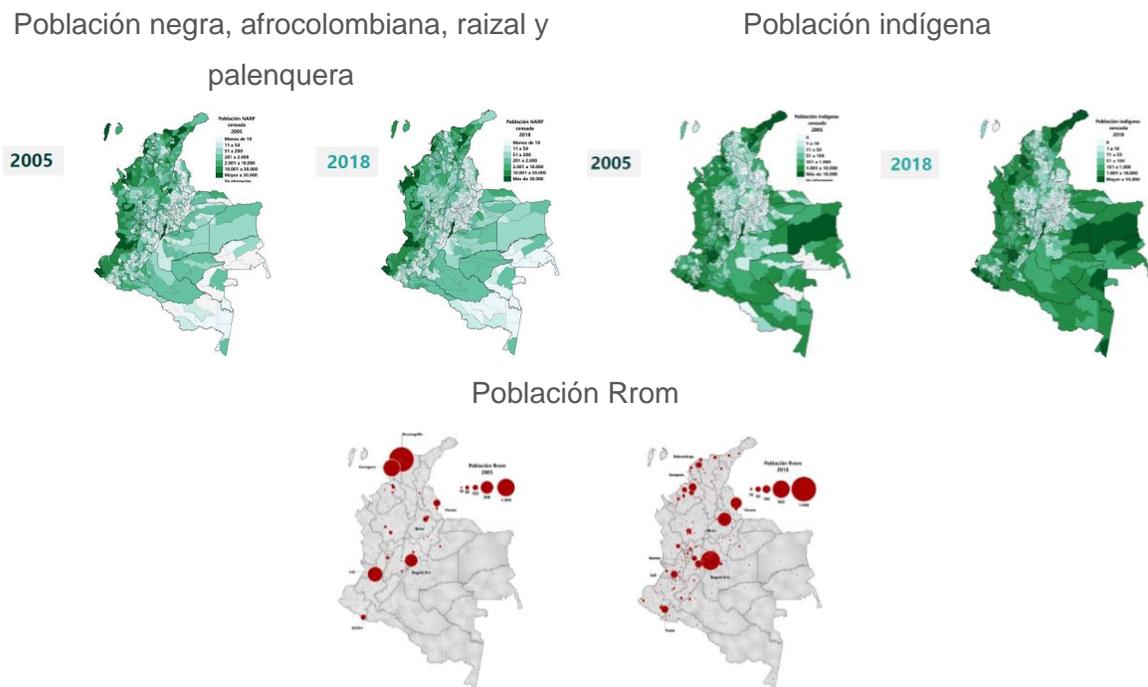
En Colombia, los pueblos indígenas y sus respectivas etnias se localizan principalmente en las regiones Amazónica, Andina, Orinoquía y Caribe; el porcentaje de participación poblacional de los pueblos indígenas es del 4,4% según el CNPV 2018 (1.905.617 personas) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2018). 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 Medellín. En el Pacífico las comunidades afrocolombianas se localizan en las márgenes de los principales ríos, en las partes medias y bajas de los tributarios, en el litoral y en los centros urbanos.

El patrón de asentamiento es disperso, caracterizado por un sistema de aldeas rurales distribuidas de manera paralela a los ríos. En la región Caribe la población afrocolombiana registra una marcada presencia en Cartagena, costas de Morrosquillo, depresión Momposina y bajo Cauca. Según el censo de 2005, el porcentaje de participación del grupo de negros, mulatos y afrocolombianos es del 10,3% (4.273.722 personas) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2005). La población mestiza es la que mayor participación poblacional tiene con un 84,2% (34.898.171 personas), 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 territorio; **Error! Marcador no definido.** Por su parte, el pueblo Rom participa con un 0,01% (4.857 personas); los raizales del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con un 0,07% (30.565 personas); y los palenqueros con un 0,02% (7.470 personas) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2005) (Mapa 14).



Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, la participación de la población Negra, Afrocolombiana, Raizal o Palenquera (NARP) entre el Censo General 2005 y el CNPV 2018 de la población efectivamente censada se redujo en un 30.8%, es decir, la población NARP paso a ser del 9.34% (4.671.160). La mayoría de la población NARP se encuentra en el grupo etario entre los 15 y los 64 años de edad y se ubican en los departamentos Valle del Cauca, Chocó, Bolívar y Antioquia y sobresalen las variaciones intercensales negativas en la Costa Atlántica y el Magdalena Medio.

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



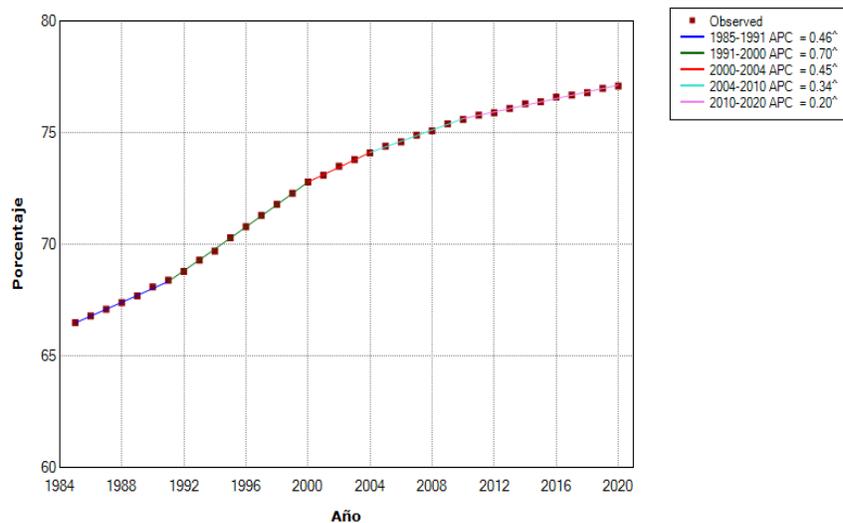
Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 – Poblaciones Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rom e Indígenas

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



Nacional de Estadística DANE, 2011); así mismo, entre 1985 y 2020 se identifican cuatro puntos donde el cambio porcentual anual es estadísticamente significativo con un nivel de confianza del 95%, los cambios más grandes se identifican entre 1985 y 1991; entre 1991 y 2000 con cambios porcentuales anuales de 0,46 y 0,70 respectivamente. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Porcentaje de urbanización, 1985-2020



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

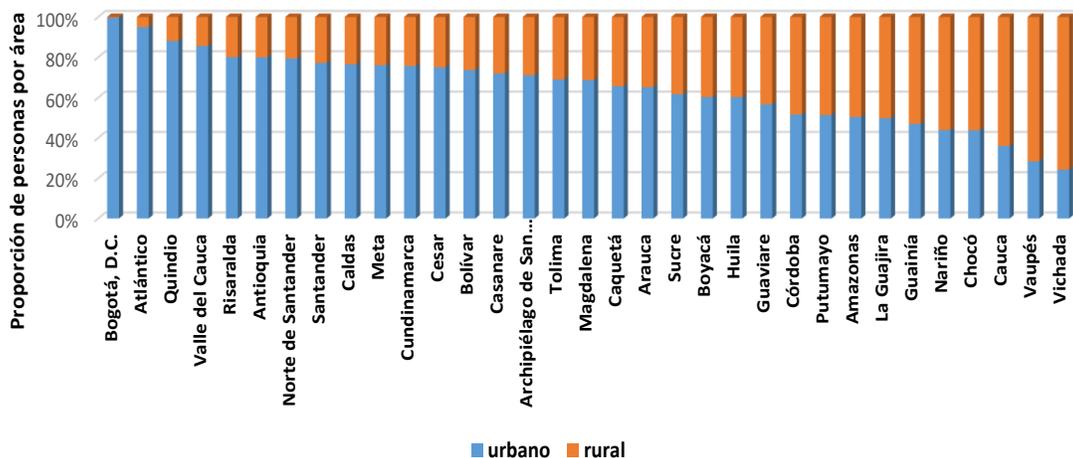
Fuente: Elaboración a partir de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

Para 2022 se proyectó que el 76,3% (39.388.690) de la población colombiana habitaría en el área de las cabeceras municipales y el 23,6% (12.220.784) en el resto; de la misma forma, se tiene proyectado que para 2070 la situación sea muy similar a la actual, teniendo un 74,4% (46.878.800) de población congregada en las áreas urbanas, demandando aún mayor cantidad de recursos y servicios (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2022). En 2004 el 41% del total de la población vivía en ciudades con más de 100.000 habitantes (World Health Organization, 2021), 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 económicas (Medina C.A., 2011).



Los fenómenos migratorios han marcado la configuración del espacio nacional e influenciado las formaciones de las zonas urbanas colombianas. Para 2022 los territorios de Bogotá, D.C, Atlántico, Quindío, Valle del Cauca, Risaralda, Antioquia y Norte de Santander son los que concentran mayor población urbana (Gráfico 2). En tanto 45 municipios registran más del 90% de la población en el área urbana. La rapidez en crecimiento de las ciudades y la magnitud del proceso de urbanización plantea enormes desafíos, entre ellos satisfacer la creciente demanda de viviendas de bajo costo, sistemas de transporte interconectados, servicios básicos y empleos, en particular para cerrar brechas entre las personas más vulnerables que viven en asentamientos urbanos informales a los centros donde existen oportunidades en las ciudades (Banco Mundial, 2022).

Gráfico 2. Población por área según departamento, 2022



Fuente: Datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 - DANE. Proyección serie departamental de población por área, para el periodo 2018 -2050.

Población por curso de vida

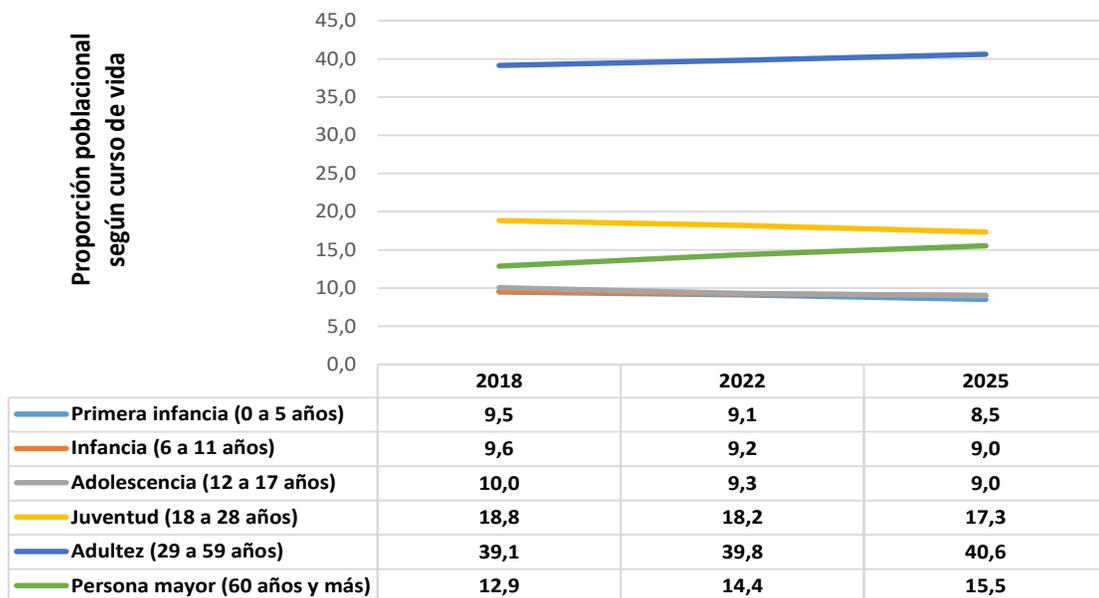
En Colombia a 2022, el 39,8% (20.549.264) son personas adultas entre los 29 y 59 años de edad, seguidamente del curso de vida juventud (18 a 28 años) concentra el 18,2 % (9.389.596), en la vejez (60 y más años) concentra el 14,4% (7.412.407), la adolescencia (12 a 17 años) con el 9,3% (4.801.610), en la infancia se concentra el 9,2% (4.756.976), y por último, el curso de vida con menor población corresponde a la primera infancia con



9,1% (4.699.621), importante anotar que la población de 60 años y más para 2022, con respecto a 2018, incremento 1,5 puntos porcentuales y se proyecta para el 2025 con incremento de un punto porcentual más, mientras que la primera infancia y la infancia muestran disminución tanto para 2022 como en la proyección de 2025 (Gráfico 3).

Al examinar la distribución por departamentos, se encuentra en su gran mayoría el mismo patrón de población por curso de vida que en su orden es: adultez, juventud, vejez, adolescencia, infancia y primera infancia. Los territorios como Bogotá, D.C, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca y Atlántico se concentran el 52% (10.658.185) de las personas entre los 29 y 59 años; estos departamentos también concentran el 50% de la población joven (4.678.779) y el 52% (3.860.936) de los adultos de 60 años y más.

Gráfico 3. Proporción de población según curso de vida, Colombia 2022



Fuente: Datos del CNPV 2018 - DANE. Proyecciones de población a nivel nacional 2018 – 2070

Estructura poblacional

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



principalmente una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores. Se estima que la tasa global de fecundidad disminuya de 5,9 hijos por mujer en el quinquenio 1950-1955 a 1,9 en el quinquenio 2045-2050; además, se estima que en este periodo la esperanza de vida pase de 51,8 años a 79,6 y que la mortalidad infantil pase de 127,7 muertes a 7,9 por cada 1.000 nacidos vivos. Se proyecta que la población entre 0 y 14 años se reduzca en un 22%, la población entre 15 y 59 años aumente en un 4% y la población mayor de 60 años crezca en un 18% (Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe).

Colombia, al igual que la mayoría de los países de la región, experimenta la segunda fase de transición demográfica (expansión temprana) con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que van en ascenso que se duplican entre 2018 y 2070 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2011); para 2018, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 30 niños entre 0 y 4 años; para 2022 esta cifra descendió a 29 y se proyecta que para 2025 pase a 27. Así mismo, en 2022 la población menor de 15 años corresponde al 22,9% (11.841.079) de toda la población, es 1,1 puntos porcentuales menor que en 2018 (24%) y se proyecta que para 2025 continúe descendiendo hasta representar el 22% de la población. Mientras tanto la población mayor de 65 años representa el 9,9% de toda la población en 2022 mostrando incremento en un punto porcentual con respecto a 2018 (8,8%) y se proyecta que para 2025 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 10,8%.

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 2022 el número de dependientes es de 48,88 y se proyecta que para 2025 la tendencia cambie y ascienda hasta llegar a 48,86. 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 activas (Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe).

El comportamiento antes descrito, se relaciona con que mientras el índice de dependencia infantil ha disminuido, pasando de 49,44 menores de 15 años por cada 100 personas entre



15 y 60 años en 2005, a 34,16 en 2022, el índice de dependencia de mayores ha aumentado, pasando de 9,97 personas mayores de 60 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005, a 14,72 en 2022; se estima que estos índices continúen con las tendencias observadas y para 2025 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 112,48 en 2022, la población colombiana aún se considera joven, pero se observa que, en su tendencia al envejecimiento, en 2025 el índice de Friz será de 104,75 (Tabla 3).

Tabla 3. Índices demográficos: 2018, 2022 y 2025

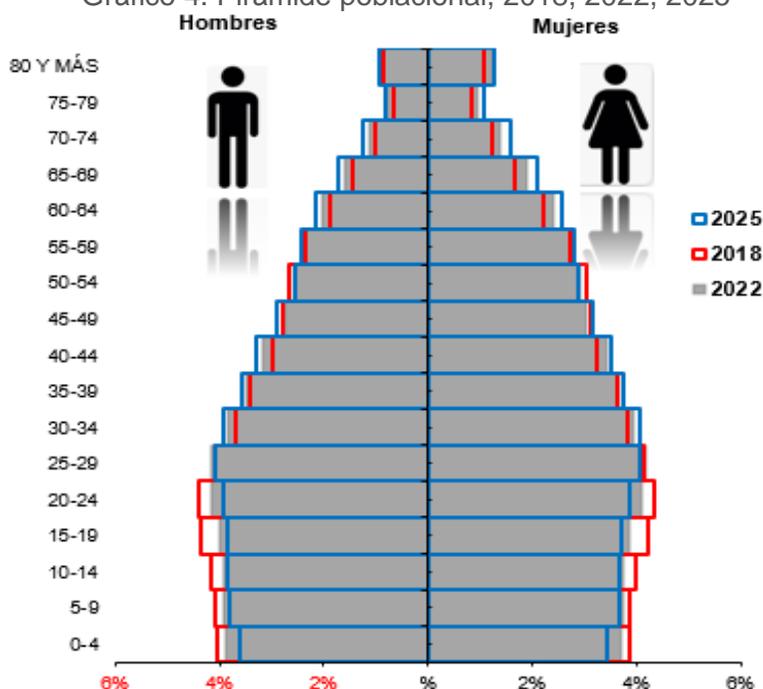
Índice Demográfico	Año		
	2018	2022	2025
Poblacion total	48.258.494	51.609.474	53.216.592
Poblacion Masculina	23.573.287	25.167.261	25.900.836
Poblacion femenina	24.685.207	26.442.213	27.315.756
Relación hombres:mujer	95,50	95,18	95
Razón niños:mujer	30	29	27
Índice de infancia	24	23	22
Índice de juventud	26	25	23
Índice de vejez	9	10	11
Índice de envejecimiento	37	43	49
Índice demografico de dependencia	48,88	48,88	48,86
Índice de dependencia infantil	35,77	34,16	32,81
Índice de dependencia mayores	13,10	14,72	16,04
Índice de Friz	121,86	112,48	104,75

Fuente: CNPV 2018 - DANE. Proyecciones de población nacional 2018-2070. Información a marzo 4 de 2023.

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2022, comparado con 2018; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios, 25 a 29, años de edad 8,4% (4.320.717), 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 2025 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas (Gráfico 4).



Gráfico 4. Pirámide poblacional, 2018, 2022, 2025



Fuente: CNPV 2018 - DANE. Proyecciones de población nacional 2018-2023. Información a 4 de marzo de 2023

Para 2022, el 30,3%, es decir 10 de 33 territorios registran valores por encima del promedio nacional en el índice de envejecimiento (43,10), según los datos de proyección de Población 2018-2050, Quindío tiene el índice más alto con 79,33, seguido de Caldas (72,85), Risaralda (69,45), Tolima (59,83), Bogotá, D.C. (54,29), Boyacá (54,14), Valle del Cauca (53,10), Antioquia (51,56), Santander (49,30), y Nariño (46,78), 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.

La heterogeneidad social de los departamentos y distritos del país, también se evidencia en la dependencia demográfica, se observa más en Vaupés con el 85,05, seguido de Guainía (72,12), Amazonas (67,22), Vichada (66,12), Chocó (62,57) y La Guajira (61,67). Estos son los territorios, que requieren más del soporte social en la población mayor inactiva por parte de la población en edades activas.



Los departamentos de Vaupés (77,27), Guainía (65,07), Vichada (59,57), Amazonas (59,57), La Guajira (53,17), Chocó (51,93) y Guaviare (48,70), son territorios que se caracterizan por requerir más soporte social para la población infantil y juvenil por parte de la población en edad activa, es decir registran los valores más altos en el índice de dependencia infantil.

Los cambios en las estructuras de la población de los departamentos son diferentes según el avance del proceso de transición demográfica particular, el cual va de la mano con los procesos de desarrollo social. Este cambio se puede observar a través del índice de friz, en donde las puntuaciones mayores a 160 indican que la población se considera joven; puntuaciones desde 66 hasta 160 indican que la población se considera madura; y puntuaciones menores de 60 nos hablan de una población que se considera vieja. Los territorios con población joven en el año 2022 están conformados por los departamentos de Vaupés (336,71), Guainía (246,30), Vichada (213,76), Amazonas (198,10), La Guajira (176,72), Chocó (176,00) y Guaviare (167,71). En contraste con otros departamentos que se encuentran entre 157 y 84,82 que pueden considerarse territorios maduros.



Tabla 4. Índice de envejecimiento, demográfico, dependencia y Friz según departamentos, Colombia 2022

Territorio	Índice de envejecimiento	Índice Demográfico de dependencia	Índice Demográfico de dependencia infantil	Índice Demográfico de dependencia mayores	Índice Friz
Vaupés	10,08	85,05	77,27	7,79	336,71
Guainía	10,84	72,12	65,07	7,05	246,30
Vichada	11,00	66,12	59,57	6,55	213,76
Amazonas	15,02	67,22	58,45	8,78	198,10
La Guajira	16,00	61,67	53,17	8,50	176,72
Chocó	20,48	62,56	51,93	10,63	176,00
Guaviare	18,54	57,72	48,70	9,03	167,71
Caquetá	23,60	55,96	45,27	10,68	153,23
Cesar	23,46	55,50	44,96	10,55	145,29
Magdalena	28,58	55,41	43,10	12,32	145,06
Arauca	20,63	53,12	44,03	9,09	141,45
Huila	34,02	55,63	41,51	14,12	138,24
Sucre	35,72	54,55	40,19	14,36	136,64
Córdoba	35,93	55,54	40,86	14,68	136,07
Bolívar	32,51	53,93	40,70	13,23	135,43
Putumayo	25,43	51,18	40,80	10,38	135,29
Casanare	22,68	48,67	39,67	9,00	124,28
Norte de Santander	34,56	50,28	37,37	12,92	121,29
Meta	33,58	48,94	36,63	12,30	119,20
Cauca	41,12	50,44	35,74	14,70	119,17
Atlántico	35,74	49,38	36,38	13,00	118,96
Boyacá	54,14	53,87	34,95	18,92	115,95
Valle del Cauca	53,10	52,07	34,01	18,06	115,50
Tolima	59,83	51,94	32,50	19,44	115,13
Colombia	43,10	48,88	34,16	14,72	112,48
Nariño	46,78	50,06	34,10	15,95	111,68
Archipiélago de San Andrés	42,13	45,96	32,34	13,62	106,95
Santander	49,30	47,70	31,95	15,75	105,03
Cundinamarca	42,71	46,84	32,82	14,02	104,38
Antioquia	51,56	45,14	29,79	15,36	98,80
Caldas	72,85	49,56	28,67	20,89	97,91
Risaralda	69,45	48,98	28,90	20,07	97,24
Quindío	79,33	47,99	26,76	21,23	91,75
Bogotá, D.C.	54,29	39,48	25,59	13,89	82,24

Fuente: Datos CNPV 2018 - DANE. Proyecciones de población nacional 2018-2023.

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 neta (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia, 2009). 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% (Organización Mundial

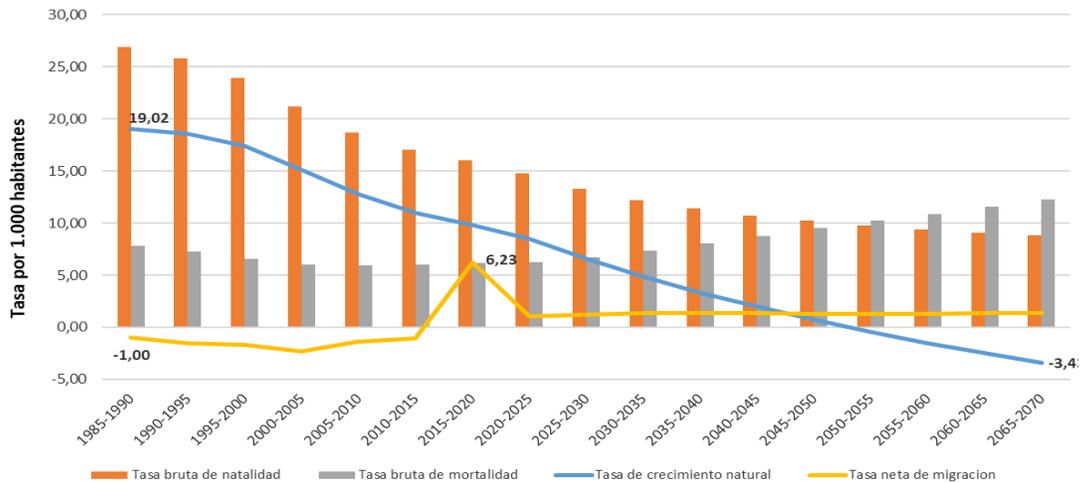


de la Salud, 2014). Según las estimaciones del DANE sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2022), las tasas de crecimiento natural muestran un marcado descenso a través del tiempo, pasando de 19 personas por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990 a una tasa de 8,28 para el quinquenio 2020 - 2025, esto en términos relativos representa una reducción del 56,39% en la tasa de crecimiento natural y en términos absolutos en casi once personas por cada 1.000 habitantes. Así mismo, se proyecta que las tasas de crecimiento exponencial pasen de 17,87% por cada 1.000 habitantes en el quinquenio 1985-1990 a 9,34% en el quinquenio 2015-2020 (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia, 2009).

Dado que el crecimiento se da a expensas de los nacimientos, defunciones y la migración, es pertinente resaltar que en Colombia la natalidad se proyecta con una tendencia al descenso entre los quinquenios 1985-1990 y 2015-2020, siguiendo con la misma tendencia al descenso para la proyección del quinquenio 2020-2025, pasando de 26,8 a 16,2 y luego a 14,7 nacidos vivos por cada 1.000 personas, lo cual representa una reducción en términos relativos del 45,1% en la tasa bruta de natalidad y en términos absolutos de 12,1 nacidos vivos por cada 1.000 personas. Aunque entre 1985 y 2070 se prevé que la tendencia se mantenga al descenso, a partir del 2015 el descenso del indicador se hace cada vez menor entre los quinquenios hasta llegar al final del periodo. Por su parte la mortalidad se prevé con una disminución inicial, pasando de 7,86 muertes por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990, a 6,18 muertes por cada mil habitantes en el quinquenio 2020-2025, y aumentando paulatinamente de allí hasta 2070 quinquenio a quinquenio hasta llegar al quinquenio 2065 – 2070 donde asciende a 12,27. En cuanto a la tasa neta de migración se observa claramente como desde el quinquenio 2015-2020 la inmigración predomina sobre la emigración, y se espera que este comportamiento positivo del indicador permanezca así hasta 2070; para el quinquenio 2015-2020 la tasa neta de migración fue de 6,23 aumentando 7,88 con respecto a la estimación de 1995-2000 donde se tenía un indicador de -1,65 migrantes por cada mil habitantes. En el quinquenio 2020-2025 se ha estimado en 1,06 migrantes por cada mil habitantes (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia, 2009) (Gráfico 5).



Gráfico 5. Tasas de natalidad, mortalidad, crecimiento natural y migración por cada mil habitantes, 1985-2070



Fuente: Datos CNPV 2018 - DANE. Estimaciones sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070.

Fecundidad

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

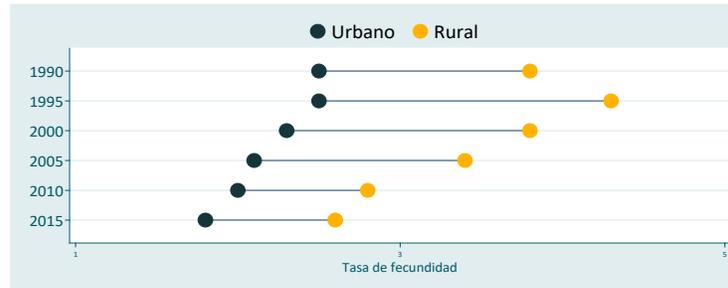
En Colombia las tasas de fecundidad muestran una caída importante entre 1985 y 2015 y se considera por la tendencia que para 2021 seguirán disminuyendo (The World Bank, 2020). Se estima que para el quinquenio 2020-2025 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 1,84 hijos, lo cual representa una disminución del 39,27% en la tasa global de fecundidad o la reducción en un hijo por mujer con respecto al quinquenio 1985-1990 donde la tasa fue de 3,03 (The World Bank, 2020), similar a la estimación de 1,9 hijos por mujer para los países de ingresos medianos altos (Organización Mundial de la Salud, 2014). Así mismo, para el quinquenio 2015 – 2020 según las proyecciones del CENSO



2005 se esperaban 69,60 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años, lo cual corresponde a la reducción de la tasa general de fecundidad en un 38,19% que significan 43 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años menos que en 2005 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2011). La reducción en la fecundidad puede estar relacionada con el aumento del acceso al trabajo por parte de las mujeres durante los últimos años y que podría contribuir con mejores condiciones sociales de las familias; pero también a diversos factores geográficos, sociales, demográficos, económicos, culturales y políticos, y a los determinantes próximos de la fecundidad, como la anticoncepción, la nupcialidad, el aborto y la lactancia materna (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE, División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, 2004). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), entre 1990 y 2015, la brecha en las tasas de fecundidad entre quintiles de riqueza disminuyó considerablemente, al igual que la brecha entre área de residencia –urbano/rural– sin embargo, esto no sucedió con las tasas en la gradiente definida por nivel educativo: las tasas de fecundidad en las mujeres sin educación son casi dos veces más altas que las de las mujeres con secundaria o más (Gráfico 6).

Gráfico 6. Equiplot de las tasas de fecundidad según estratificadores de equidad, 1990-2015

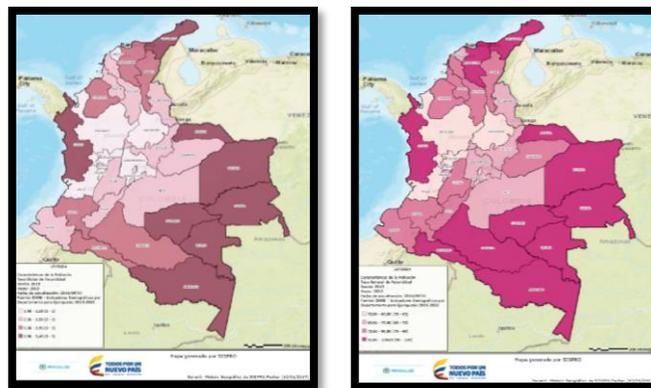




Fuente: elaborado a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 1985-2015.

Así mismo, existen importantes desigualdades entre departamentos: Arauca, Chocó, La Guajira y la región amazónica experimentan tasas de fecundidad por encima de tres hijos por mujer para el quinquenio 2015-2020, por su parte Bogotá muestra tasas menores a dos hijos por mujer (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2011) (Mapa 15). En 2022 según las proyecciones de los componentes del cambio demográfico por área a nivel departamental 2018-2050 del CNPV 2018, los departamentos de Vichada, Guaviare y Guainía mantienen tasas de fecundidad por encima de tres hijos por mujer.

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



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

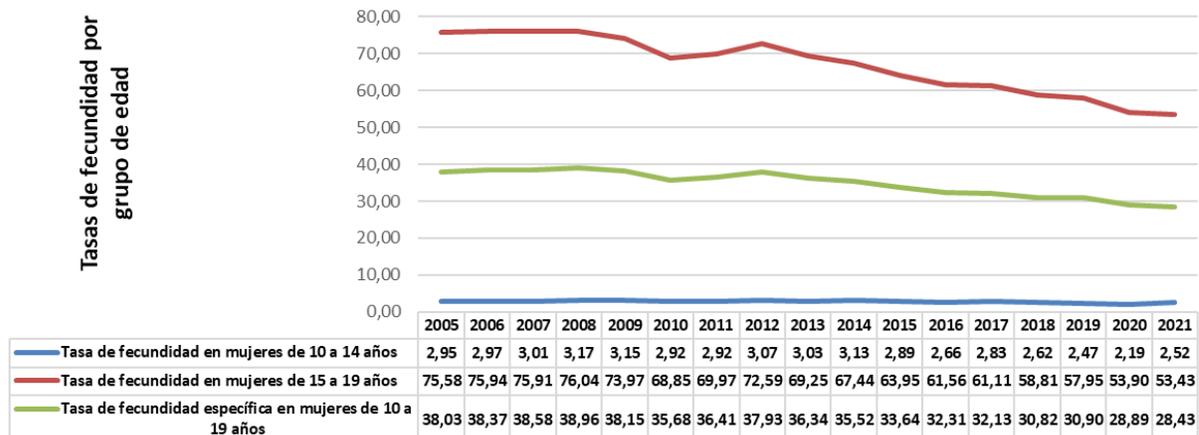
Entre 2005 y 2021 las tasas específicas de fecundidad en adolescentes entre 10 a 19 años descendieron levemente pasando de 38 a 28 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad, de la misma manera ocurre en el grupo de 15 a 19 años que paso de 75,58 nacidos vivos por cada 1000 mujeres a 53,43, en 2021, en el grupo de edad de 10 y 14 la



reducción no es tan notoria para 2005 la cifra fue de 2,95 nacidos vivos por cada 1000 mujeres a 2,52 en 2021 (Gráfico 7).

Los departamentos que el periodo analizado 2015 a 2021, han presentado históricamente las tasas de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años más elevadas son, Guainía, Caquetá, Arauca, Vichada, Guaviare, Cesar, Putumayo, Córdoba, Casanare, Meta, Amazonas en promedio estos departamentos presentaron una tasa por encima de 3,5 nacidos vivos por cada 1000 mujeres de 10 a 14 años; mientras que en 2021, las cifra más elevadas o presentan los departamentos de Guainía (9,45), Vichada (5,81), La Guajira (5,71), Chocó (5,34), Caquetá (5,11) y Putumayo (5,05).

Gráfico 7. Tasas específicas de fecundidad según grupos de edad, 2005-2021

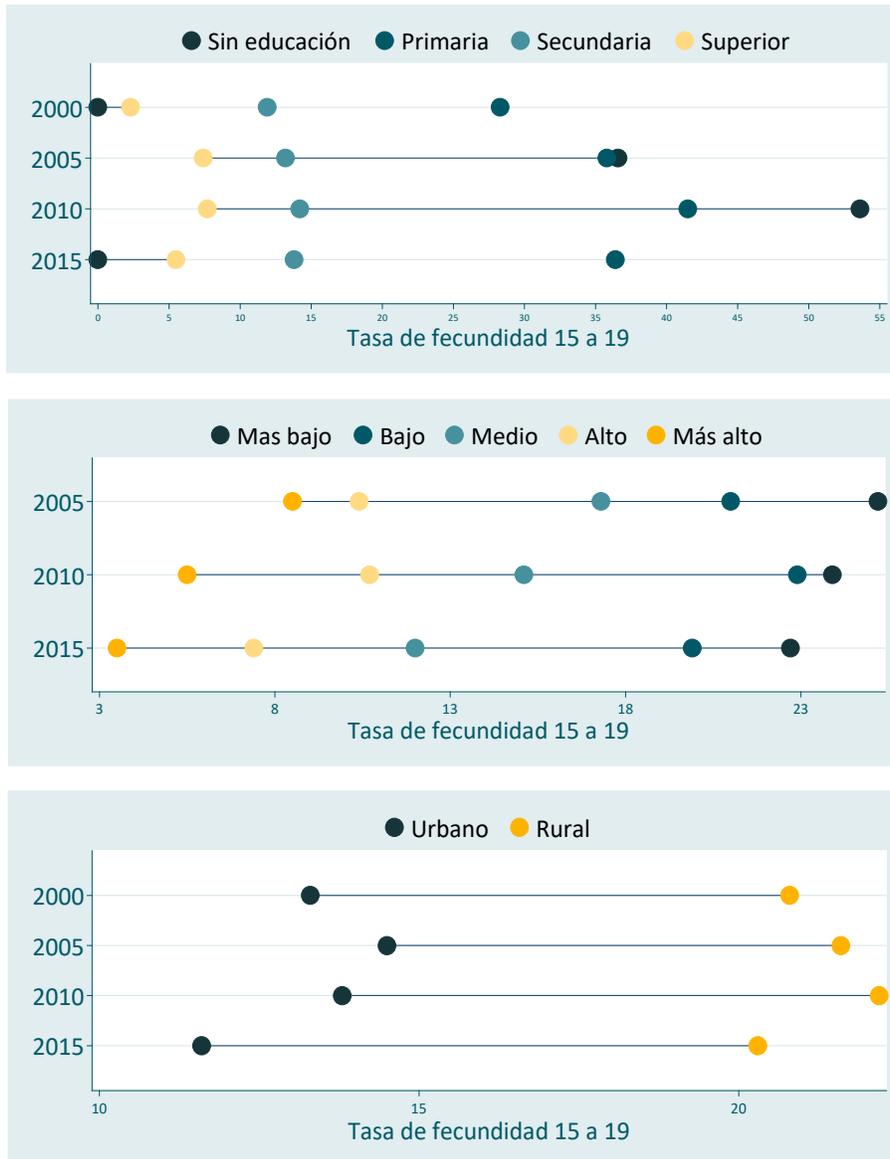


Fuente: DANE, y Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO, indicadores de fecundidad.

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



Gráfico 8. Equiplot de las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, según estratificadores de equidad, 1985-2015



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



Natalidad

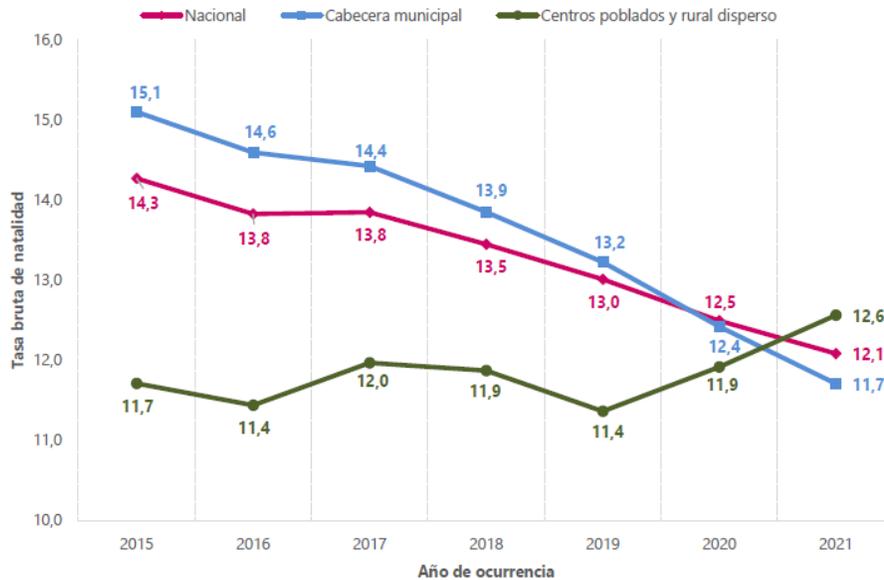
Los datos absolutos de nacimientos muestran un descenso importante en 2009 y 2010, seguido de continuas oscilaciones a partir de este último año y con una tendencia al descenso hasta el 2021, pasando de 719.968 nacimientos en 2005 a 629.402 en 2020, cifra que sigue disminuyendo en 2021, (616.914). En resumen, la tendencia de la natalidad en Colombia ha sido decreciente, entre los quinquenios 1985-1990 y 2020-2025, se proyecta que la tasa bruta pase de 26,78 a 14,61. Esto significa una reducción de 12,17 nacimientos por cada mil habitantes (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2011).

Según el Boletín Técnico Estadísticas Vitales EEVV, publicado el 22 de diciembre de 2022, En Colombia para el año 2021, la tasa bruta de natalidad se ubica en 12,1 nacimientos por cada 1.000 habitantes. La disminución en el total de nacimientos da cuenta de una reducción del -15,3% en la tasa bruta de natalidad observada entre 2015 y 2021. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2022)

De la misma manera, en este boletín se dice que en 2021 la tasa bruta de natalidad en centros poblados y rural disperso se sitúa en 12,6 nacimientos por cada 1.000 habitantes. Para este año por primera vez en la serie 2015-2021 la tasa bruta de natalidad de centros poblados y rural disperso, es más alta que la tasa bruta de natalidad de las cabeceras municipales y la tasa nacional, dicho comportamiento está relacionado con una reducción en la tasa bruta de natalidad de las cabeceras municipales que pasa de 15,1 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes en 2015 a 11,7 en 2021. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2022)



Gráfico 9. Tasa bruta de natalidad en Colombia, total, nacional – Años 2015- 2020 y 2021



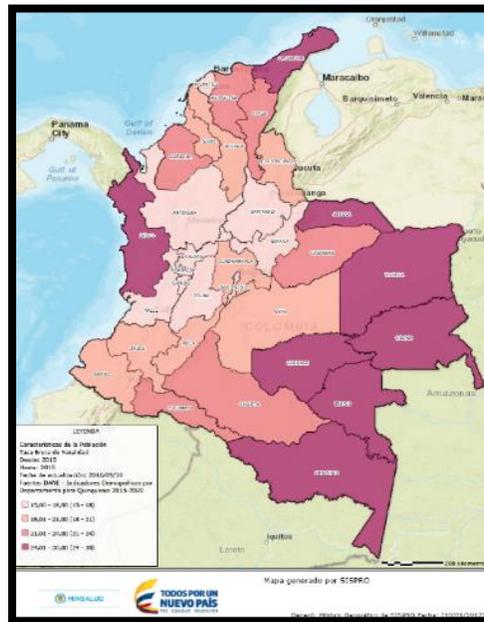
Fuente: DANE, Boletín Técnico Estadísticas Vitales EEVV, publicado el 22 de diciembre de 2022.

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

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



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



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

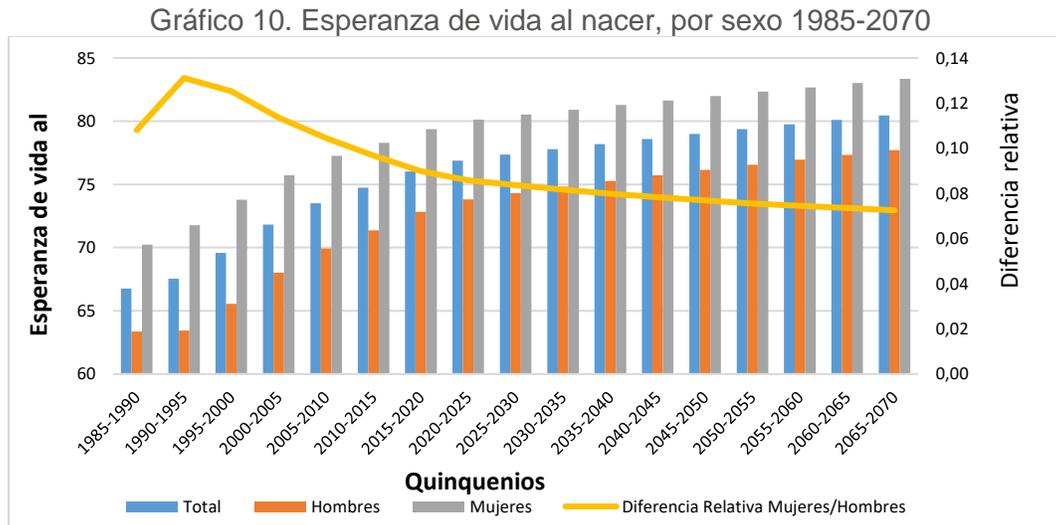
Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que vivirá un recién nacido si los patrones de mortalidad se mantienen constantes a lo largo de su vida; además, permite evaluar las condiciones con que los individuos se desarrollan en la sociedad. En el mundo la esperanza de vida se incrementó en seis años durante 1990 y 2012; en promedio cada persona vive 70 años y hay diferencias por sexo: las mujeres viven 73 y los hombres 68; **Error! Marcador no definido..** Mientras en los países de ingresos medio altos el promedio de años que se espera que una persona viva es de 74 (The World Bank, 2020), en Colombia se espera que para el quinquenio 2020-2025 sea de 76,01 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2011); **Error! Marcador no definido..**

Las proyecciones poblacionales estimaron un comportamiento ascendente en la esperanza de vida en Colombia. El incremento sostenido pasó de 66,76 años en el quinquenio 1985-1990 a 74,74 años en el quinquenio 2010-2015. Entre 2015 y 2020 se espera un incremento de 1,27 años con respecto al quinquenio inmediatamente anterior. Por sexo se observa que la esperanza de vida tiende a ser más alta en las mujeres que en los hombres, aunque con



el tiempo la brecha tiende a disminuir; para los años 2020-2025 se espera un incremento de 0,76 y 0,97 años respectivamente en relación con el quinquenio 2015-2020 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2022).



Fuente: Datos CNPV 2018 - DANE. Estimaciones sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070.

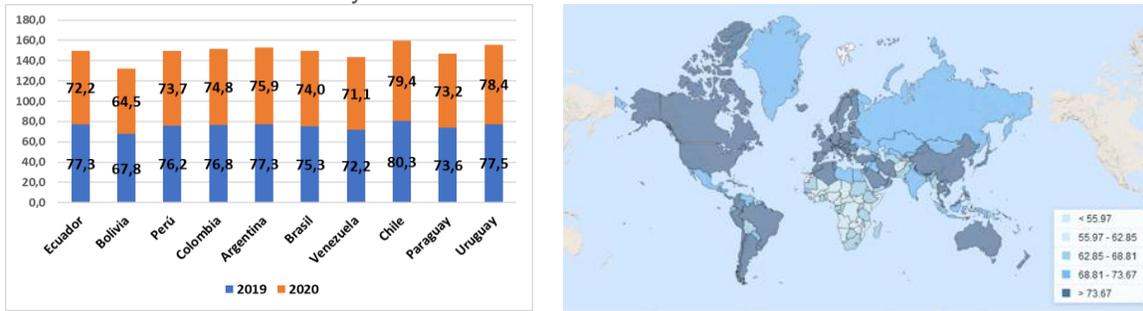
De acuerdo con los datos del Banco Mundial, en Colombia las personas viven 20 años más, entre 1960 y 2018, al pasar de 56,75 años a 77,11 años respectivamente. Al comparar las diferencias absolutas para este mismo periodo con los países vecinos de Colombia (20) muestran una ganancia menor en la esperanza de vida comparado con Perú (27,5), Bolivia (27,6), Ecuador (23,4), Brasil (21,8) y América Latina y el Caribe (20). En tanto con Venezuela (15) el país tiene una ventaja de cinco años y al compararla con la esperanza de vida del mundo estimada para el 2018 fue de 72,5, la ventaja es de 4,61 años (Banco Mundial, 2020).

Para los países de Latinoamérica la Esperanza de vida, estaba en incremento hasta el año 2019, a partir de ese año con respecto a 2020 se observa una disminución, en Ecuador por ejemplo se pasó de tener una cifra en 2019 de 77,3 años a 2020 con 72,2 años (disminución de 5,14), mientras que Bolivia paso de 67,8 años en 2019 a 64,5 años (disminución de 3,37 años), Perú paso de 76,2 años en 2019 a 73,7 años en 2020 (disminución de 2,49 años), mientras que países como Colombia, Argentina, Brasil y Venezuela disminuyeron menos de 2 años y Chile y Paraguay su disminución es menor a 1 año y Uruguay fue el único país



donde se incrementó la esperanza de vida pasando de 77,7 años en 2019 a 78,4 años en 2020. Ver gráfica 12 (Banco Mundial, 2023)

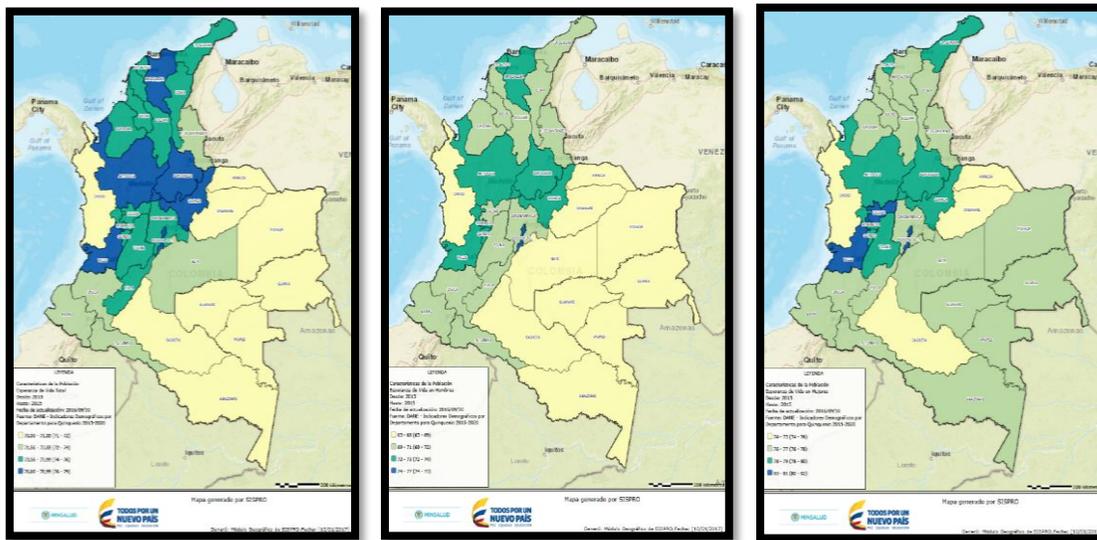
Gráfico 11. Esperanza de vida al nacer, en el Mundo y América Latina del Sur 2020
Esperanza de vida al nacer en Latinoamérica 2019 y 2020
Esperanza de vida al nacer en el mundo 2020



Fuente: Banco Mundial. Indicadores según país 2020

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

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



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



Migración y movilidad

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

Las proyecciones del CNPV 2018, muestran que Bogotá, D.C., Putumayo, Guainía, Arauca, La Guajira Vaupés, Antioquia y Cundinamarca son los territorios donde las personas inmigraron más en los últimos 12 meses, es decir, reportan tasas de inmigración mayores o iguales a 2 personas por cada mil habitantes. En tanto que Cesar, Norte De Santander, Magdalena, Amazonas, Guaviare, Santander, Atlántico, Boyacá, Sucre, Vichada, Casanare, Bolívar, Córdoba, Caldas y Choco tienen menor inmigración con tasas por debajo de 2 personas por cada mil habitantes (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2022).



Tabla 5. Tasa de migración por departamentos de Colombia, 1985 – 1990 y 2020 – 2025

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

Fuente: Datos CNPV 2018 - DANE. Estimaciones sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070



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) actualizado a 31 de enero de 2023, se han registrado 9.423.138 personas consideradas como víctimas en donde 79,4% de ellas (7.482.409) son sujetos de atención (Víctimas que cumplen los requisitos para acceder a las medidas de atención y reparación establecidas en la Ley), mientras, que 1.940.729 no son sujetos de atención (Víctimas fallecidas, directas de desaparición forzada, homicidio y no activas para la atención. Víctimas que por distintas circunstancias no pueden acceder efectivamente a las medidas de atención y reparación) de las personas registradas con hechos victimizantes no definieron). (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2023)

Determinantes de la población víctima del conflicto

El 77,60% de los hechos victimizantes fue caracterizado como desplazamiento forzado en 8.391.662 personas. Esta cifra representa el 16,25% del total de la población colombiana en 2022; en relación al género el 49,79% (4.683.796) de la población víctima de desplazamiento son hombres, el 50,23% (4.733.645) son mujeres, el 0,053% (4.968) se trata de población LGTB, el 0,004% (399) intersexual y un porcentaje menor no informa 0,003% (310), de las víctimas de desplazamiento forzado, el 4,3% (408.425), presenta alguna discapacidad, de esta población, los porcentajes más elevados están en discapacidad por establecer 34,66%, seguido de discapacidad física (27,29%), múltiple 16,73%, Visual 8,35%, auditiva 6,17%, intelectual 5,42%, y de salud mental 1,38%. En cuanto al curso de vida de la población víctima del conflicto el 42,09% son personas entre 29 y 60 años que es el porcentaje más elevado, seguido de 18 a 28 años (23,28%), 61 y 100 (13,17), 12 y 17 (11,39%) y las cifras más bajas están entre los 6 y 11 años (8,03% y los 0 y 5 años (2,05%); , informaron o reportaron la variable etnia; el 12,71% (1.198.053) se



autoidentificaron como negros, mulatos, afrocolombianos o afrodescendientes; el 5,90% (555.864) como indígenas; 0,10% (9.805) como parte del pueblo Rrom, como raizales de las islas de San Andrés y Providencia con 0,12% (11.408), en menor proporción se encontraron las personas autoidentificadas como palenqueros de San Basilio con 0,08% (7.882). (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2023)

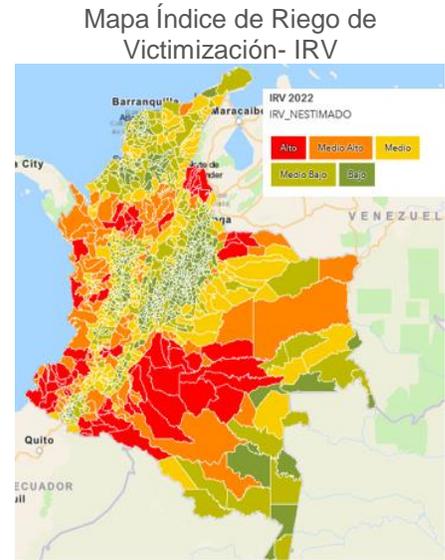
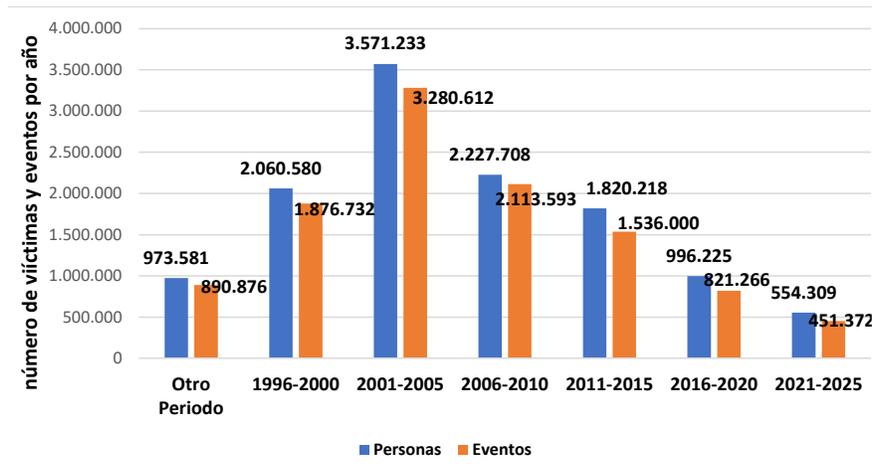
En el período 1996 a 2022, la cifra más elevada de Víctimas está en el quinquenio 2001 a 2005, estos datos coinciden con lo que afirma Calderón, dice que “la mayor escalada del conflicto se presentó en el periodo comprendido entre 1996 y 2002, caracterizado por masacres relacionadas con la lucha por el control de los territorios” dice también que desde 2002, se observa una desescalada del conflicto bastante fuerte hasta 2010, (Calderón, 2016). El conflicto armado en Colombia según Calderón ha caracterizado por ser uno de los más largos del mundo que ha dejado miles de víctimas a su paso, también relaciona diferentes actores del conflicto entre ellos narcotráfico, grupos armados legales e ilegales, también relaciona que el hecho que provoca más víctimas es el desplazamiento, en informe que el referencia en datos de reconciliación a 2014, el 85%, (6.044.651) de las víctimas del conflicto eran personas desplazadas, los departamentos con mayor número de víctimas en 2014, fueron Antioquia, Bolívar y Magdalena, (Calderón, 2016), cuando se revisa Índice de Riesgo de Victimización- IRV del año 2022, Antioquia tiene cinco municipios en riesgo alto, Anorí, Briceño, Cáceres, Ituango, Tarazá y Valdivia, presenta riesgo medio alto en 10 municipios, Bolívar presenta riesgo medio bajo y bajo en 46 municipios, mientras que magdalena en ese mismo riesgo tiene identificado 30 municipios desde la unidad de víctimas.

Es importante tener en cuenta los 5 municipios con IRV más alto para el año 2022, Tarazá municipio del departamento de Antioquia, ocupa el primer lugar con un IRV de 1, mientras que el departamento de Nariño sigue en la lista con los municipios de Tarazá (IRV:1), Teorema (IRV 0.96), El Tarra (IRV 0.95), San Calixto (IRV 0.94), y Tibú (IRV 0.92), estos cinco municipios son municipios PDET, ver gráfico 12, riesgo alta color naranja, medio alto amarillo, medio bajo verde claro y bajo verde oscuro (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2023).



Gráfico 12. Víctimas antes de 1996 y 2022, e Índice de Riego de Victimización- IRV 2022

Quinquenios información sobre número de víctimas por quinquenio en Colombia



Fuente: Registro Único de Víctimas, y geovisor, consultado en marzo de 2023, (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2023)

En el año 2022, el 75% de las personas que reportaron ser víctimas de desplazamiento forzado, por departamento de ocurrencia se localizaron en los territorios de Nariño, Chocó, Arauca, Valle del Cauca, Antioquia, Cauca y Norte de Santander 1,0 (Gráfico 15).



Gráfico 13. Personas en condición de desplazamiento por departamentos de ocurrencia de Colombia, 2022

Datos de personas desplazadas por departamento de ocurrencia del hecho 2022

Departamento de ocurrencia	# de víctimas por ocurrencia	%
Nariño	38015	14,413
Chocó	34864	13,219
Arauca	33632	12,752
Valle Del Cauca	31169	11,818
Antioquia	20964	7,949
Cauca	20577	7,802
Norte de Santander	19882	7,538
Bolívar	13107	4,970
Córdoba	12871	4,880
Caquetá	6499	2,464
Sucre	6423	2,435
Putumayo	5742	2,177
Magdalena	3089	1,171
Meta	2994	1,135
Huila	2946	1,117
Tolima	2438	0,924
Cesar	1863	0,706
Santander	1040	0,394
Guaviare	847	0,321
La Guajira	775	0,294
Casanare	676	0,256
Risaralda	674	0,256
Bogotá, D.C.	538	0,204
Vichada	388	0,147
Atlántico	370	0,140
Boyacá	305	0,116
Cundinamarca	293	0,111
Guainía	270	0,102
Caldas	208	0,079
Amazonas	175	0,066
Quindío	57	0,022
Vaupés	55	0,021
Archipiélago de	0	0,000

Mapa que muestra las personas desplazadas por departamento de ocurrencia del hecho 2022



Fuente: Registro Único de Víctimas, y geovisor, consultado en marzo de 2023, (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2023)



Inmigración hacia Colombia

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

De acuerdo con los datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, (UAEMC) para 2020 se registraron 4.620.026 flujos migratorios de colombianos y extranjeros, de estos el 49,2% (2.273.327) corresponden a salidas de colombianos y entradas de extranjeros, en 2021 la salida de colombianos y entrada de extranjeros fue del 51,87%, (4.517.126) lo que evidencia una tendencia positiva de crecimiento asociada a patrones migratorios, para 2020 y 2021.

Tabla 6. Flujo de extranjeros, saldos migratorios y variaciones. Colombia, 2012 – 2021

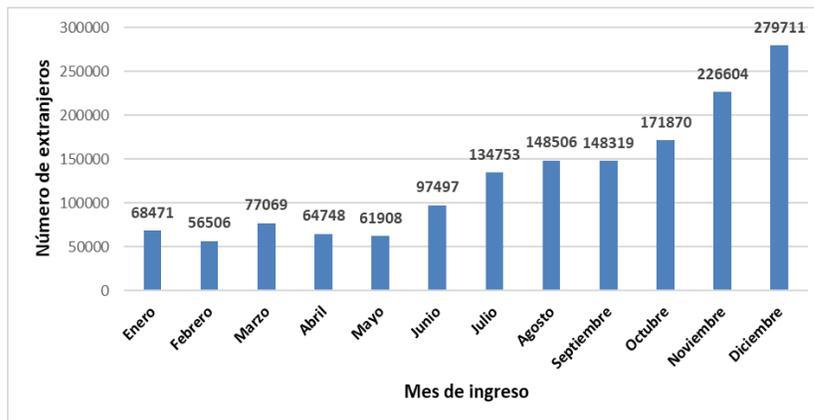
Año	Colombianos		Extranjeros		Total		Total	% Variación
	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas		
2012	2.903.967	3.169.556	1.698.889	1.673.255	4.602.856	4.842.811	9.445.667	
2013	3.420.547	3.614.215	1.840.283	1.808.481	5.260.830	5.422.696	10.683.526	12,8
2014	3.738.847	3.913.471	2.054.794	2.019.226	5.793.641	5.932.697	11.726.338	10,0
2015	3.734.691	3.861.496	2.387.471	2.350.838	6.122.162	6.212.334	12.334.496	5,3
2016	3.569.534	3.794.529	2.699.294	2.636.225	6.268.828	6.430.754	12.699.582	3,0
2017	3.809.788	4.016.597	3.344.823	3.190.481	7.154.611	7.207.078	14.361.689	13,1
2018	4.098.504	4.368.160	4.151.631	4.101.366	8.250.135	8.469.526	16.719.661	16,4
2019	4.198.315	4.455.008	4.000.428	3.992.796	8.198.743	8.447.804	16.646.547	-0,4
2020	1.291.534	1.265.944	1.007.383	1.055.165	2.298.917	2.321.109	4.620.026	-72,3
2021	2.710.711	2.981.014	1.536.112	1.479.608	4.246.823	4.460.622	8.707.445	46,9
Total	33.476.438	35.439.990	24.721.108	24.307.441	58.197.546	59.747.431	117.944.977	

Fuente: Datos de la información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2021. UAEMC, consultado en marzo de 2023.



Ahora bien, la entrada de extranjeros para 2020 en promedio mensual fue de 83.380, con una desviación estándar de 122.908,27. Los meses en dónde se registró un mayor número de entradas de extranjeros al país fueron: febrero (33,36%) y enero (32,04%), mientras que mayo (0,07%) y abril (0,04%) registraron un menor número de entradas de extranjeros. Teniendo en cuenta el motivo de llegada de extranjeros al país, se encuentra que el 69,6% (696.426) llegaron al país por turismo, el 8,1% (80.818) estaba en tránsito y el 5.9% (59.496) por negocios, mientras que en 2021, la llegada de extranjeros tuvo un total de 1.536.112 entradas, con un promedio de 127.996 visitas al país y una desviación estándar de 71408,5, los meses con más visitas fueron Julio 8,8%, Agosto 9,7%, Septiembre 9,7%, Octubre 11,2%, Noviembre 14,8% y Diciembre 18,2%, e 71,5% llegan con motivo de Turismo (1.098.332).

Gráfico 14. Flujo de entrada de extranjeros por mes y actividad autorizada. Colombia, 2021



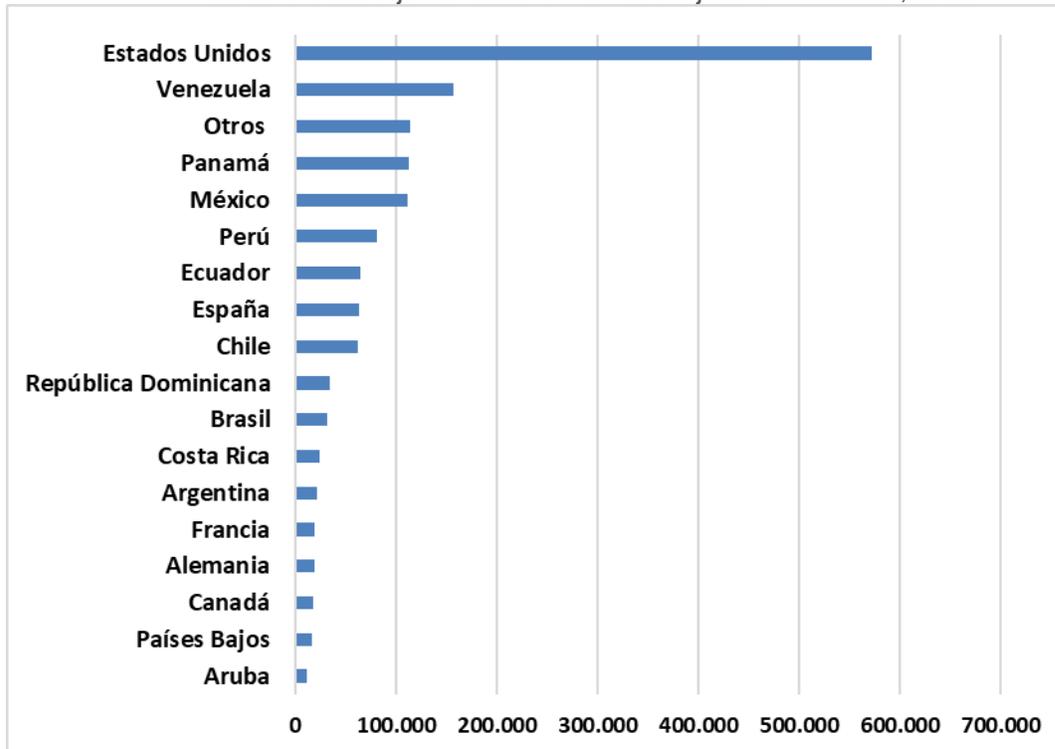
Motivo de Viaje	2021
Turismo	1.098.332
Otros	201.735
Tripulación	93.421
Eventos	74.283
Trabajo	38.495
Residencia	18.001
Estudio	11.845

Fuente: Información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2021. UAEMC, consultado en marzo de 2023.

En comparación con el año inmediatamente anterior, se observa una disminución de 2.986.886 extranjeros como consecuencia del cierre de fronteras y la declaración de emergencia sanitaria por la COVID-19. En 2020 Estados Unidos de América se consolidó como el país con mayor número de entradas a Colombia, con un total 231.048, que corresponde al (23,1%) de las entradas para este año, seguido de Venezuela (19,0%), Otros* (11,5%), México (5,3%), Perú (4,9%), Argentina (4,7%), Chile (4,2%) y (4,1%) Brasil, para el año 2021, las entradas a Colombia fueron principalmente de Estados Unidos (57,2%) seguido de Venezuela (10,2%), Otros (7,4%), Panamá (7,4%), México (7,3%) y Perú (5,3%).



Gráfico 15. Flujo de entrada de extranjeros. Colombia, 2021



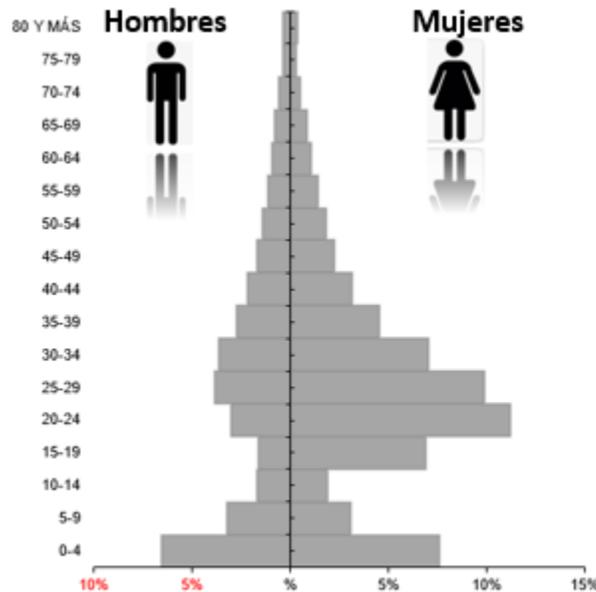
Fuente: Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2021. UAEMC, consultado en marzo de 2023.

Es importante resaltar que el país atraviesa por un fenómeno de tránsito migratorio, especialmente de población venezolana, por esta razón es prioritario tener una descripción general de la población migrante, uno de los mecanismos establecidos para recolección de dicha información son los registros en salud (RIPS- Circular 029) donde para el año 2020, se registra un total de 586.614 personas atendidas en los servicios de salud del país con registro de edad usados para la construcción de la pirámide de población.

La pirámide permite observar la distribución de la población migrante atendida según grupos quinquenales con un mayor uso de servicios entre las personas de 20 a 29 años, al revisar, principalmente son las mujeres quienes más acuden y en especial las que están entre los 15 y 29 años de edad, siendo el quinquenio de 20 a 24 el más representativo para este sexo, en cuanto a los hombres reportan el 36,15% de personas consultantes y el quinquenio de menores de 5 años el más representativo seguido por el de 25 a 29 años y 30 a 34 años (Gráfico 16).



Gráfico 16. Pirámide población Migrante atendida en los servicios de salud. Colombia, 2021



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 04/03/2023.

Este mismo registro, muestra que para el 2021, las atenciones en salud de migrantes se hicieron principalmente entre población migrante venezolana (78,35%) sin identificador de país (13%). y de Estados Unidos (2%).

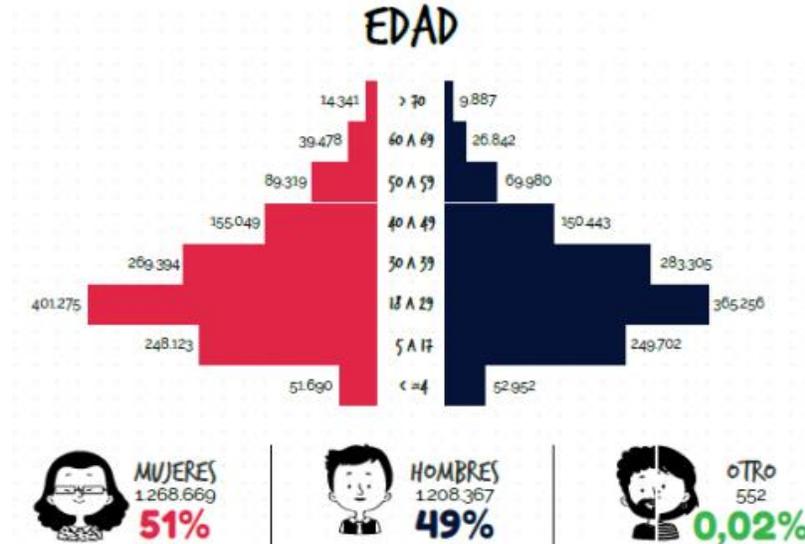
Movilidad: Colombo-venezolana

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, a corte de febrero 28 de 2022, en Colombia estaban presentes 2.477.588 venezolanos de ellos, 333.806 están como población regular en Colombia, 1.231.675 están en proceso de permiso de permanencia, 617.069 están autorizados y 295.038 están de forma irregular (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2022)

51% de la población son mujeres y el mayor número de esta población por grupo de edad esta de 18 a 29 años, 15% hombres y 16% mujeres



Gráfico 17. Población venezolana por edad y género, 2022



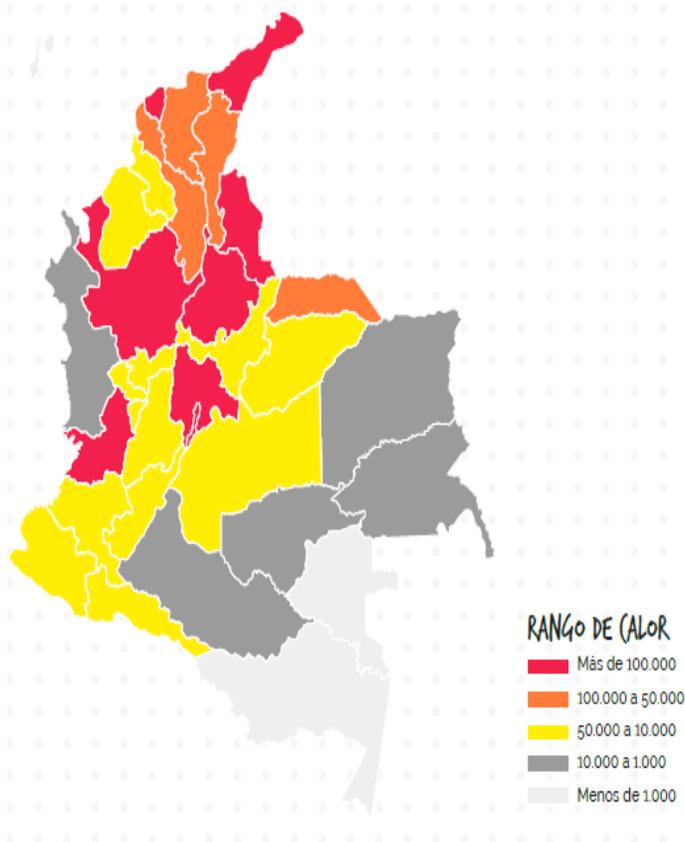
Fuente: Información consignada en la infografía actualizada a 28 de febrero de 2022, Migración Colombia

Para el corte de febrero 28 de 2022 se observa que las departamentos y distritos con mayor cantidad de venezolanos son principalmente Bogotá con 19,9% de esta población, Antioquia con 13,8%, Norte de Santander 10,2% y Valle del Cauca con 7,81% de la población venezolana



Gráfico 18. Distribución de venezolanos en Colombia por departamento febrero 2022

DEPARTAMENTO	TOTAL	%
Bogotá D.C.	495.236	19,99%
Antioquia	344.223	13,89%
Norte de Santander	253.911	10,25%
Valle del Cauca	193.440	7,81%
Atlántico	175.265	7,07%
Cundinamarca	153.923	6,21%
La Guajira	135.059	5,45%
Santander	109.889	4,44%
Bolívar	94.024	3,79%
Magdalena	80.847	3,26%
Cesar	64.554	2,61%
Arauca	55.245	2,23%
Risaralda	41.767	1,69%
Boyacá	36.928	1,49%
Meta	35.048	1,41%
Tolima	23.459	0,95%
Casanare	22.748	0,92%
Cauca	21.875	0,88%
Quindío	20.489	0,83%
Nariño	19.069	0,77%
Córdoba	18.251	0,74%
Caldas	17.725	0,72%
Sucre	16.075	0,65%
Huila	12.591	0,51%
Putumayo	11.889	0,48%
Vichada	9.934	0,40%
Guainía	6.788	0,27%
Chocó	3.508	0,14%
Caquetá	1.705	0,07%
Guaviare	1.680	0,07%
Amazonas	331	0,01%
Archipiélago de Sa.	97	0,00%
Vaupés	15	0,00%



Fuente-. Datos de Migración Colombia. Distribución de venezolanos en Colombia, corte febrero 2022.

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



Capítulo 2.

Determinantes sociales de la salud poblacional



Pobreza e ingresos

PIB desde el enfoque de la producción. El Producto Interno Bruto (PIB) 2021p crece 11,0% comparado con 2020p; las actividades económicas que más contribuyen a este comportamiento son: comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas; transporte y almacenamiento; alojamiento y servicios de comida con una variación de 21,7% y una contribución de 3,6 puntos porcentuales (p.p.); seguido de industria manufacturera con un crecimiento de 14,7% y una contribución de 1,6 p.p. a la variación, y administración pública y defensa con una variación de 8,5% y una contribución de 1,4 p.p.

Para el 2021p las 12 agrupaciones de actividades económicas presentan variación positiva en su valor agregado, incluyendo minas y canteras cuya variación positiva es de 0,04% (tabla 7) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2023).

Tabla 7. Valor agregado por actividad económica. Tasas de crecimiento en volumen.
2021^p

Actividad económica	Tasa de crecimiento anual (%)
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	3,1
Explotación de minas y canteras	0,0
Industrias manufactureras	14,7
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado ²	5,4
Construcción	5,7
Comercio al por mayor y al por menor, transporte, alojamiento y servicios de comida ³	21,7
Información y comunicaciones	11,8
Actividades financieras y de seguros	3,7
Actividades inmobiliarias	2,8
Actividades profesionales, científicas y técnicas ⁴	9,4
Administración pública y defensa, educación y salud ⁵	8,5
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios ⁶	33,7
Total valor agregado	10,6
Total impuestos menos subvenciones sobre los productos	15,7
Producto Interno Bruto	11,0

Fuente: DANE, Cuentas nacionales.



PIB desde el enfoque del ingreso. En 2021p el PIB crece un 19,5%. Desde el enfoque del ingreso, y por sector institucional, el principal componente es la remuneración a los asalariados de las sociedades no financieras con \$235,2 billones de pesos, seguido de gobierno general y hogares. En el caso del excedente de explotación bruto, el sector con mayor nivel es el de sociedades no financieras con \$304,9 billones, seguido de hogares y sociedades financieras. Por su parte, el ingreso mixto de los hogares se ubicó en \$237.8 billones.

Para el total de la economía, el componente con mayor nivel es la remuneración a los asalariados, que presenta un crecimiento de 9,0%, seguido del excedente de explotación bruto con 26,9%, y el ingreso mixto con 22,7%. El componente de ingresos del gobierno, impuestos menos subvenciones, también presenta un crecimiento de 28,2% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2023).

Tabla 8. Componentes del ingreso por sector institucional. Valores a precios corrientes. Miles de millones de pesos. Tasas de crecimiento anual. 2021^p

Componentes del ingreso	Sociedades no financieras	Sociedades financieras	Gobierno General	Hogares	ISFLSH ¹	Total economía	Tasa de crecimiento anual (%)
Remuneración a los asalariados	235.153	22.078	89.108	58.585	973	405.897	9,0
Ingreso mixto bruto				237.767		237.767	22,7
Excedente de explotación bruto	304.896	28.534	14.724	56.430		404.584	26,9
Impuestos menos subvenciones sobre la producción y las importaciones			144.338			144.338	28,2
Producto Interno Bruto	540.049	50.612	248.170	352.782	973	1.192.586	19,5

Fuente: DANE, Cuentas nacionales.

De acuerdo con la estimación del DANE con base en los datos del censo de población y vivienda de 2018 el 14.28% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 3,80% en la miseria, el 5,31% en viviendas inadecuadas, el 3,59% con servicios inadecuados, el 4,17% en hacinamiento.

Entre 2021 y 2020, 1,4 millones de personas salieron de condición de pobreza monetaria y 1,3 millones de personas salieron de condición de pobreza monetaria extrema. En 2021, el 39,3% de los colombianos se encontraba en condición de pobreza monetaria, lo cual representa una disminución de 3,2 puntos porcentuales frente a 2020, cuando fue 42,5%.

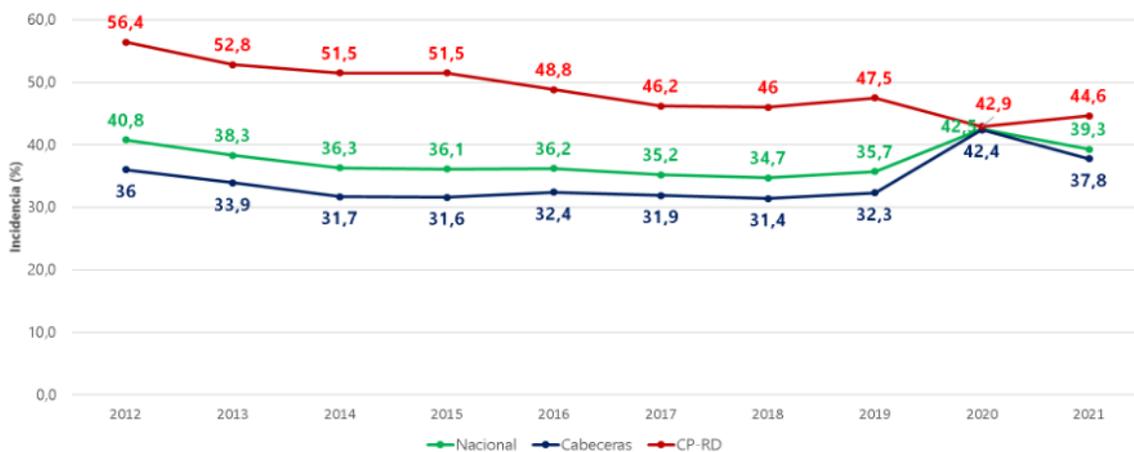


La pobreza en las cabeceras municipales en 2021 fue 37,8%, registrándose una disminución de 4,6 puntos porcentuales con respecto a 2020, donde la incidencia de pobreza monetaria en ese dominio geográfico fue de 42,4%. Adicionalmente, la pobreza monetaria en los centros poblados y zonas rurales dispersas fue 44,6%, lo cual muestra una disminución de 1,7 puntos porcentuales frente a 2020, cuando fue 42,9%.

Respecto a la comparación bienal, en 2021, la pobreza monetaria fue 3,6 puntos porcentuales mayor a la registrada en 2019, cuando fue 35,7%. Las variaciones fueron estadísticamente significativas en los tres dominios.

En 2021, en el total nacional, 19.621.330 personas se encontraban en situación de pobreza monetaria y en 2020 había 21.021.564 personas en esta situación. Lo anterior significa que 1.400.234 personas salieron de esta condición. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022) (Gráfico 19).

Gráfico 19. Incidencia de la pobreza monetaria según área, 2012 - 2021



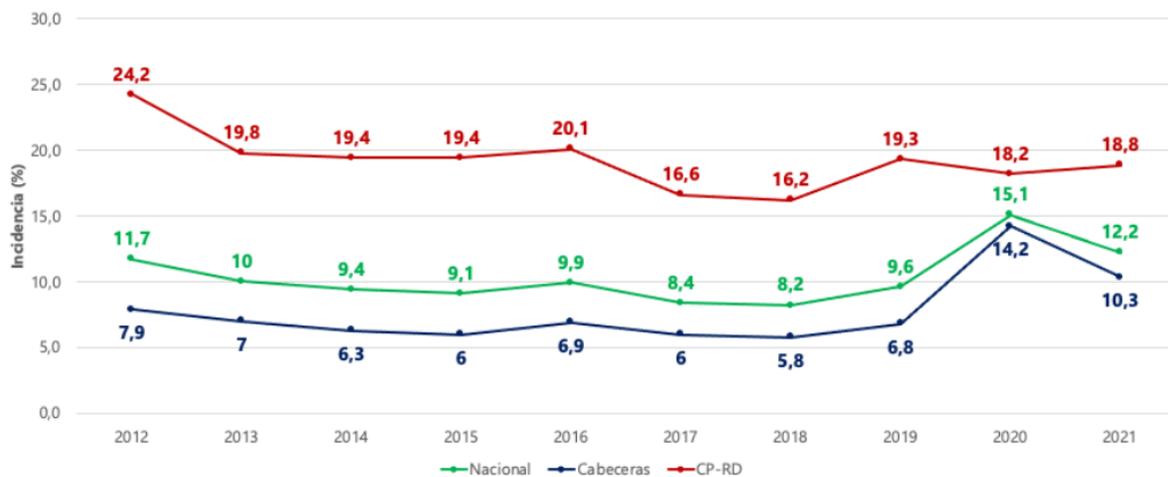
Fuente: DANE. Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH 2012-2021.
2020-2021: Match GEIH - RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).

La ciudad con menor porcentaje de pobreza monetaria en 2021 fue Medellín A. M., con 27,6%, seguida de Cali A. M., con 29,3%. La ciudad con mayor incidencia de pobreza monetaria en 2021 fue Quibdó, con 64,8%, seguida de Riohacha, con 56,6%. En 2021, el porcentaje de personas en situación de pobreza monetaria extrema, en el total nacional,



fue 12,2%. En las cabeceras esta proporción fue 10,3% y en los centros poblados y rural disperso, 18,8%. En 2021, la incidencia de la pobreza extrema en los centros poblados y rural disperso representaba 1,8 veces la incidencia en las cabeceras (18,8% frente a 10,3%). Las variaciones fueron estadísticamente significativas en el total nacional y cabeceras. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022)

Gráfico 20. Incidencia de la pobreza monetaria extrema según área, 2012 – 2021



Fuente: DANE. Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH 2012-2021.
2020-2021: Match GEIH - RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).

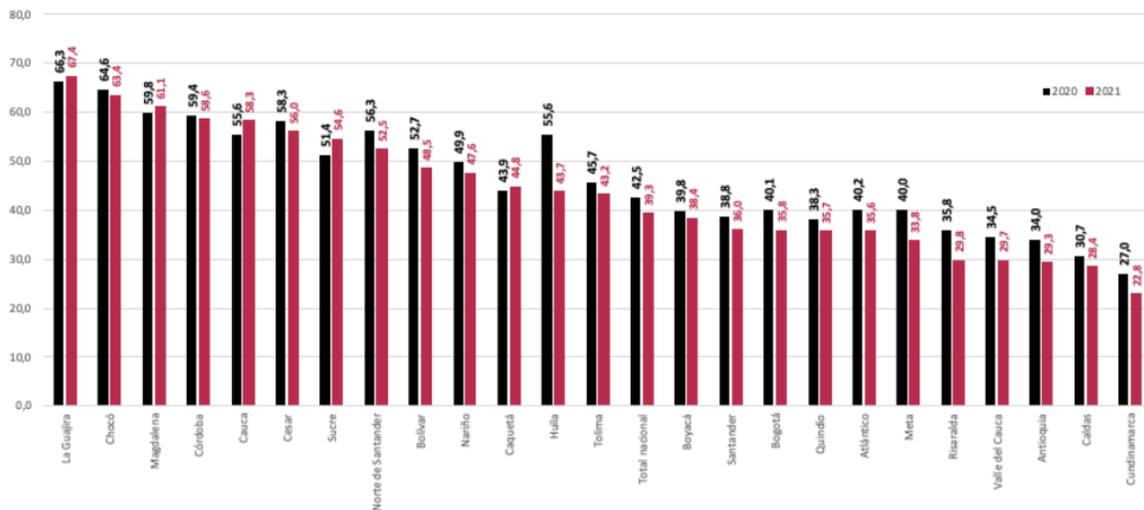
En 2021, en el total nacional, 6.110.881 personas se encontraban en situación de pobreza monetaria extrema y en 2020 había 7.470.265 personas en dicha situación. Lo anterior significa que 1.359.384 personas salieron a la pobreza monetaria extrema. La ciudad con menor porcentaje de pobreza monetaria extrema en 2021 fue Ibagué, con 4,9%, seguida de Medellín A. M., con 5,1%. La ciudad con mayor incidencia de pobreza monetaria extrema en 2021 fue Quibdó, con 30,4%, seguida de Riohacha con 27,5% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022).

En 2021, los departamentos que experimentaron mayor pobreza monetaria fueron La Guajira con 67,4% seguido de Chocó con 63,4%. Por su parte, Cundinamarca y Caldas con 22,8% y 28,4% respectivamente fueron los departamentos que presentaron menor incidencia. La mayor variación entre 2020 y 2021 se presentó en el departamento de Huila



con 11,9 puntos porcentuales pasando de 55,6% en 2020 a 43,7% en 2021 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022) (Gráfico 21).

Gráfico 21. Incidencia de pobreza monetaria por departamentos, Colombia 2020 - 2021

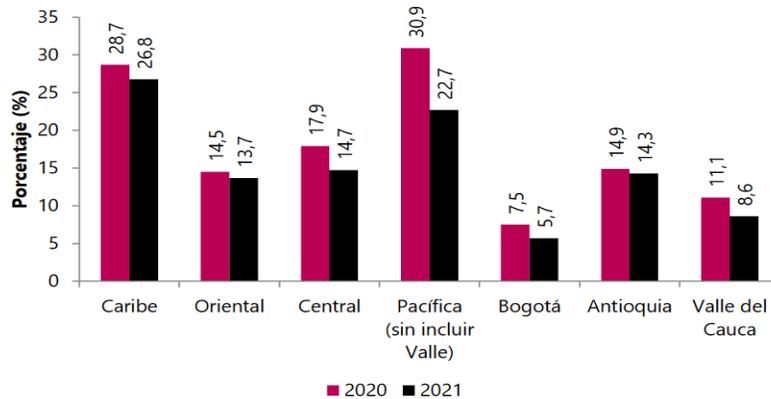


Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH 2012-2021.
2020-2021: Match GEIH – RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).

A nivel nacional, el 16,0% de la población en el país en 2021 se encontraba en situación de pobreza multidimensional, lo que refleja una disminución de 2,1 puntos porcentuales con respecto a 2020 (18,1%). En los principales dominios, la disminución de la incidencia de la pobreza multidimensional en las cabeceras del país fue de 1,0 punto porcentual, pasando de 12,5% en 2020 a 11,5% en 2021, y en los centros poblados y rural disperso la disminución fue de 6,0 puntos porcentuales (31,1% en 2021 frente a 37,1% en 2020). Las variaciones fueron estadísticamente significativas para los tres dominios. La región Antioquia registró una variación de -0,6 puntos porcentuales en la incidencia de la pobreza multidimensional, pasando de 14,9% en 2020 a 14,3% en 2021. Por otra parte, la región Pacífica (sin incluir Valle del Cauca) presentó una disminución de -8,2 puntos porcentuales (en 2021 fue de 22,7% frente a un 30,9% en 2020, variación estadísticamente significativa) (Gráfico 22) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022).



Gráfico 22. Índice de Pobreza Multidimensional – IPM por regiones, Colombia 2020 - 2021

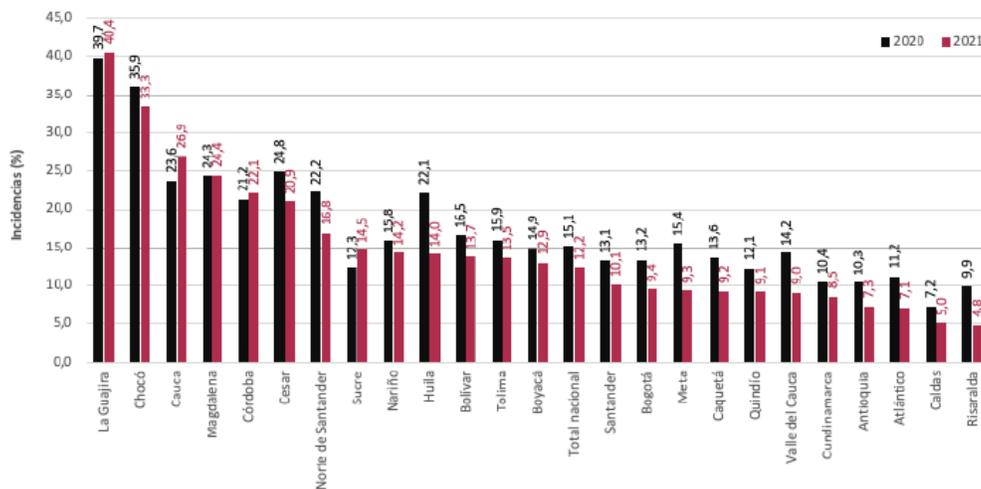


Fuente: Encuesta de Calidad de Vida ECV 2020-2021, con base en proyecciones del CNPV 2018.

Nota: en 2020 se usa la integración del registro administrativo SIMAT, el formulario C-600 y la Encuesta de Calidad de Vida para la estimación del indicador de inasistencia escolar. (*) Cambios estadísticamente significativos.

En pobreza monetaria extrema, en 2021, los departamentos con mayores incidencias fueron La Guajira, con 40,4%, y Chocó, con 33,3%. Los departamentos de Risaralda, con 4,8%, y Caldas, con 5,0%, fueron los dominios que presentaron las menores incidencias. La mayor variación entre 2020 y 2021 se presentó en el departamento de Huila con una reducción de la pobreza monetaria extrema de 8,1 puntos porcentuales pasando de 22,1% en 2020 a 14,0% en 2021 (Gráfico 23) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022).

Gráfico 23. Incidencia de pobreza monetaria extrema por departamentos, Colombia 2020 – 2021



Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH 2012-2021. 2020-2021: Match GEIH – RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).



En relación con el comportamiento de otra de las medidas de desigualdad, del Coeficiente de Gini, se observa que, en 2021, en el total nacional el coeficiente de Gini fue 0,523. En 2020 este coeficiente fue de 0,544. A su vez, en 2021 el Gini en cabeceras municipales fue 0,510, y en 2020 fue 0,537. En los centros poblados y zonas rurales dispersas el Gini fue 0,455 para 2021 y en 2020 este coeficiente fue 0,456 (Gráfico 24) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022).

Gráfico 24. Coeficiente de Gini según área, Colombia 2012 - 2020



Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH 2012-2021.
2020-2021: Match GEIH – RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).

Educación

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

Por otra parte, según las proyecciones del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, para el año 2021 San Andres, Bogotá, Cundinamarca, Valle del Cauca y Risaralda son los



departamentos con mayor porcentaje de alfabetismo, es decir conocimiento básico en lectura y escritura en el país. En contraste con La Guajira, Chocó, Vichada, Sucre y Córdoba son los territorios con menor porcentaje de personas con conocimiento básico de lectura y escritura (Tabla 9).

Tabla 9. Diferencias relativas según determinantes sociales de la salud. Colombia 2021

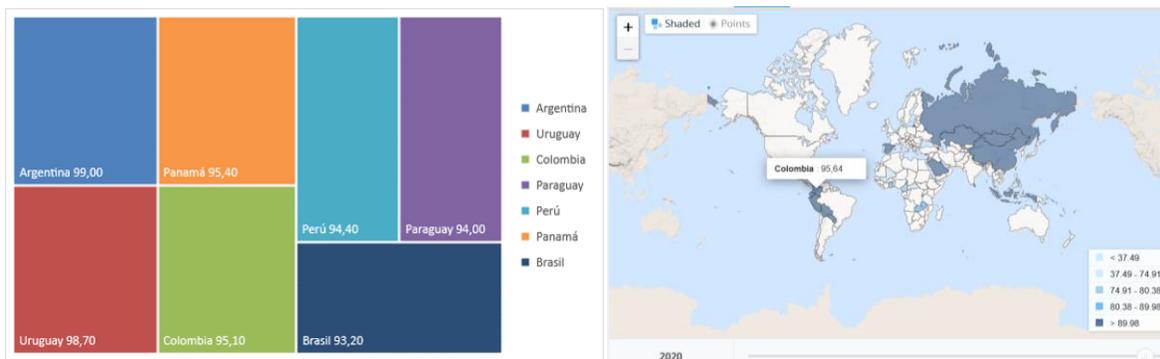
Entidad Territorial	Prop de Personas en NBI (%)	Analfabetismo 2021	Porcentaje afiliación a Régimen Subsidiado 2021
La Guajira	53,33	27,20	82,61
Chocó	65,51	24,30	67,89
Vichada	67,76	23,20	56,69
Sucre	29,13	21,80	80,40
Córdoba	35,08	18,00	70,91
Magdalena	26,71	17,40	65,44
Guainía	59,52	15,90	83,90
Cesar	23,04	14,30	65,97
Bolívar	26,73	13,60	68,55
Vaupés	68,94	13,20	58,49
Nariño	21,98	12,70	70,38
Cauca	18,81	10,70	65,82
Guaviare	27,91	10,00	69,16
Norte de Santander	18,43	9,70	66,85
Caquetá	23,62	9,50	77,85
Tolima	12,22	9,50	55,06
Putumayo	18,96	9,50	72,68
Colombia	14,28	8,40	46,95
Antioquia	10,73	8,30	36,07
Huila	12,86	8,30	69,88
Quindío	6,76	7,90	44,37
Atlántico	11,37	7,40	51,26
Caldas	8,95	7,40	38,40
Boyacá	10,15	7,10	52,02
Arauca	32,45	6,90	74,41
Amazonas	35,24	6,90	69,77
Santander	9,58	6,80	42,67
Casanare	16,08	6,70	54,84
Meta	13,45	6,30	50,29
Risaralda	8,19	6,20	42,33
Valle del Cauca	6,25	5,90	41,49
Cundinamarca	6,36	4,90	25,53
Bogotá DC	3,47	1,80	18,23
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	14,89	1,40	24,53

Fuente: Construcción a partir de NBI – DANE según departamento y nacional. Porcentaje de analfabetismo DNP



De acuerdo con datos del Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (Grupo Banco Mundial. Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2023), se identificó que para 2018, el 86,25% de la población de 15 años y más, en el mundo tienen conocimiento básico en lectura y escritura. Los países que superan el promedio de la región de América Latina y el Caribe (93,53%), corresponde a Argentina (99%), Uruguay (98,70%), Panamá (95,40%), Colombia (95,40%), Perú (94,40%), Paraguay (94%) y (93,20%) Brasil (Gráfico 25).

Gráfico 25. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más)
América Latina 2018 - Mundial 2020

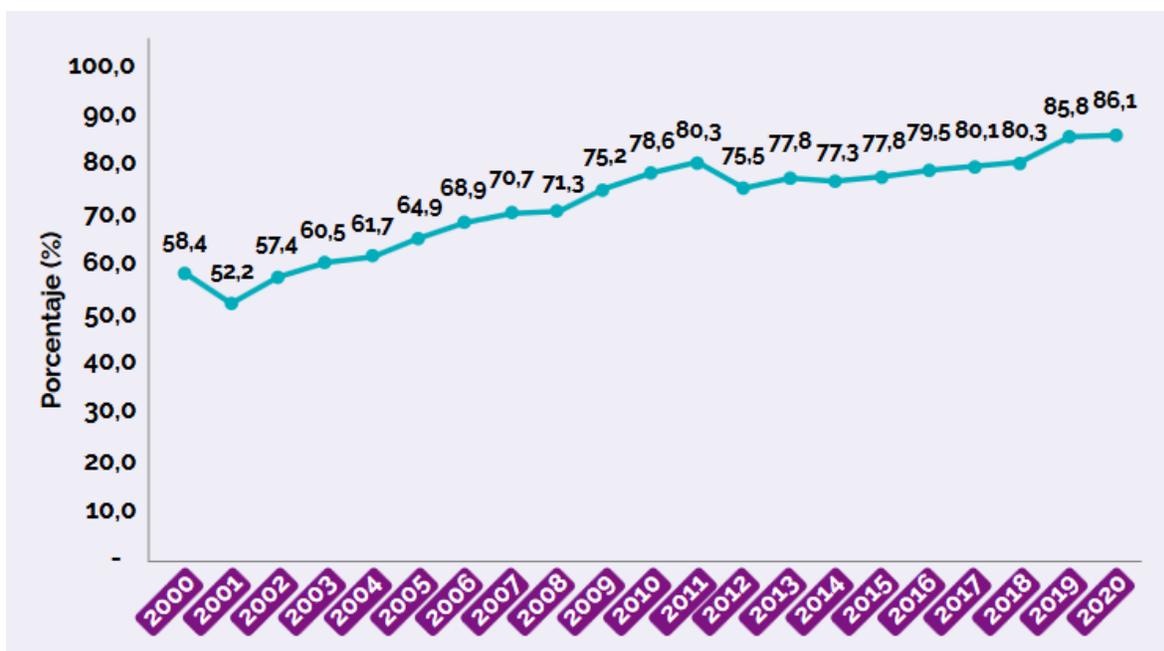


Fuente: Banco Mundial - Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Fecha de consulta: febrero de 2023.

Uno de los indicadores más utilizados para medir la atención de la demanda social en educación son las tasas de cobertura, definidas como la relación porcentual entre el número de estudiantes matriculados con respecto a la población con edad teórica para cursar determinado nivel. En el nivel de educación media, la tasa de cobertura bruta nacional ha tenido un incremento sostenido en los últimos años, pasando del 58,4% en el 2000 a tasas por encima del 80% desde 2017 (86,1% en 2020) (Gráfico 26). Sin embargo, este es el primer paso ya que los países en desarrollo en su conjunto han logrado estas mejoras significativas, por lo que el desafío ahora, en términos de política pública educativa, es reducir las inequidades en el acceso con calidad, especialmente en los grupos más vulnerables (Gamboa, 2010; Rodríguez et al, 2013; OECD, 2021) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022).



Gráfico 26. Tasa de cobertura bruta en educación media. Total Nacional. 2000-2020.



Fuente: Ministerio de Educación Nacional (MEN) – SIMAT (2000-2020).

Nota: ¹ La tasa de cobertura bruta mide la relación porcentual entre el número total de estudiantes matriculados (independientemente de la edad que tengan) sobre el total de la población en edad teórica para cursar el nivel educativo, que para el caso de educación media corresponde al rango entre 15 y 16 años de edad

Al extender el análisis a los niveles de educación preescolar, básica y media, se observa que la brecha en la cobertura neta nacional entre las zonas urbanas y rurales fue de 9,4 puntos porcentuales (p.p.) en 2018, para un decrecimiento en este año de 11,2 p.p. respecto al 2008 cuando la brecha fue de 20,6 p.p. (Gráfico 27); reflejando una tendencia a la baja en la brecha entre la cobertura neta urbano-rural en educación preescolar, básica y media. No obstante, el aumento en la brecha entre 2014 y 2018 (pasando de 7,6 a 9,4 p.p. entre estos dos años) evidencia un retroceso en la reducción de las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales en el acceso a la educación preescolar, básica y media; lo cual contribuye a reforzar la tendencia identificada en la literatura en la que la tasa de abandono escolar es generalmente más alta en las zonas rurales que en las urbanas (Ejaz et al 2019) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022).



Gráfico 27. Brecha entre cobertura neta urbano-rural en educación preescolar, básica y media. Total, Nacional. 2008-2018. (Puntos porcentuales)



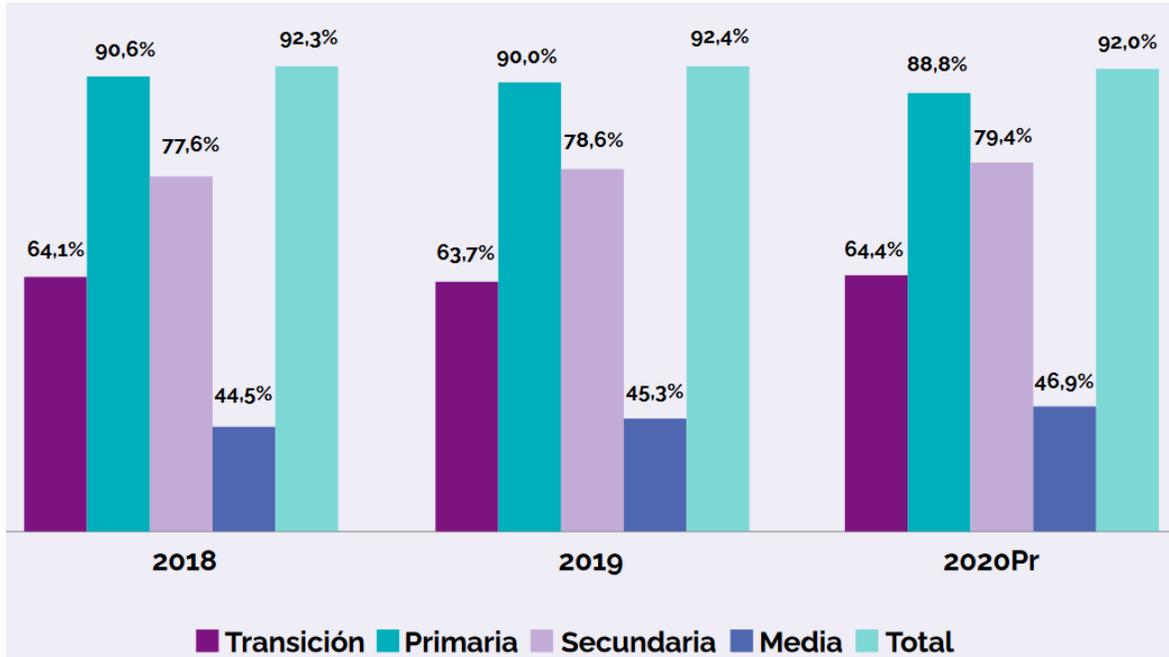
Fuente: Ministerio de Educación Nacional (MEN) – SIMAT (2000-2020).

Nota: La brecha entre las coberturas netas para cada zona se calcula como la diferencia entre las tasas de cobertura neta urbana y rural, es decir, la razón entre el número total de estudiantes matriculados (con la edad oficial para cursar el nivel educativo) que residen en zonas de residencia urbana (rural) y la población urbana (rural) en edad teórica para cursar el nivel educativo; que para el caso de educación preescolar, básica y media corresponde al rango entre 5 y 16 años de edad.

Entre 2018 y 2020Pr, el porcentaje de estudiantes matriculados en educación preescolar, básica y media a nivel nacional superó en promedio el 90,0% con respecto a la población con edades entre los 5 y 16 años (Gráfico 28). Al comparar las tasas de cobertura neta nacional en estos tres niveles educativos (preescolar, básica y media) durante el 2020Pr, se observa una menor cobertura neta en educación media con una tasa del 46,9%; con lo cual, en promedio, alrededor de 53 de cada 100 personas en Colombia que tenían entre 15 y 16 años en el 2020, no accedieron a la educación media. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022)



Gráfico 28. Tasa de cobertura neta en educación preescolar, básica y media. Total, Nacional. 2018-2020Pr.



Fuente: Ministerio de Educación Nacional (MEN) – SIMAT (2018-2020pr). DANE, Proyecciones de población con base al Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018.

Nota: Pr Preliminar. La tasa de cobertura neta en educación preescolar, básica y media mide la relación porcentual entre la matrícula en el nivel educativo n que tiene la edad oficial e para cursarlo y la población con la edad teórica e del nivel educativo n ; donde n = transición, primaria y secundaria; e = 5 años (transición), 6-10 años (primaria), 11-14 años (secundaria), 15-16 años (media).

A nivel territorial, al tener en cuenta dentro del análisis de cobertura a las Entidades Territoriales Certificadas (ETC), se tiene que 24 de las 96 entidades (25,0%) tuvieron en 2020Pr una cobertura neta total en educación preescolar, básica y media mayor que el 100%. Barrancabermeja, Sogamoso y Riohacha presentan las mayores tasas de cobertura neta en estos niveles educativos con el 117,9%, 113,2% y 111,9%, respectivamente; mientras que San Andrés de Tumaco (68,5%), Vichada (60,2%) y Vaupés (53,5%), tienen las menores tasas de cobertura neta total en educación (preescolar, básica y media) a nivel de las Entidades Territoriales Certificadas (ETC) en el país. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022)



Otro elemento importante a la hora de analizar la cobertura y accesibilidad a la educación es la continuidad en la prestación del servicio educativo a lo largo del tiempo. Entre la caracterización de los establecimientos educativos a nivel departamental según el estado (antiguo-activo, cierre definitivo, cierre temporal, nuevo-activo, no reporta (NR)), se tiene que en 2021 los departamentos con mayor proporción de sedes educativas “nuevas activas” respecto al total departamental son: Guainía (74,5%), La Guajira (71,5%) y Amazonas (68,1%); a diferencia de Caldas (11,8%), Boyacá (4,3%) y Bogotá D.C. (1,5%), que son los departamentos con las tasas más bajas de nuevos establecimientos educativos (activos) en ese año. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022)

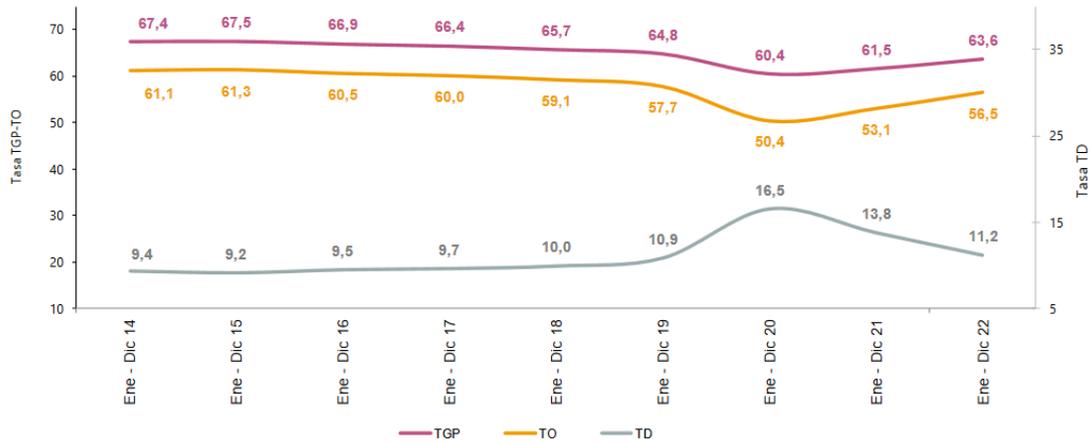
Por su parte, en 2021, los departamentos con la mayor prevalencia de sedes educativas con cierre “temporal” y “definitivo” – respecto al total de establecimientos educativos son: Vichada (22,5%) y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (26,5%). A estos departamentos le siguen, por el lado de “cierre definitivo”, Atlántico (24,9%) y Bogotá D.C. (16,9%); mientras que, bajo la categoría de “cierre temporal”, se encuentran en la parte alta de la distribución departamentos como Arauca (18,3%), Casanare (16,4%) y Putumayo (13,4%). (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2022)

Desempleo

Para el 2022, la tasa de desempleo del total nacional fue 11,2%, lo que representó una reducción de 2,6 puntos porcentuales respecto al 2021 (13,8%). La tasa global de participación se ubicó en 63,6%, lo que significó un aumento de 2,1 puntos porcentuales respecto al 2021 (61,5%). Finalmente, la tasa de ocupación fue 56,5%, lo que representó un aumento de 3,4 puntos porcentuales respecto al 2021(53,1%). Por sexo y a nivel nacional, la tasa de desempleo entre enero y diciembre de 2022 para las mujeres fue 14,3%, y para los hombres fue 9,0%. En las 13 ciudades y área metropolitanas estas tasas fueron 13,1% y 9,9%, respectivamente. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2023)



Gráfico 29. Tasa global de participación, ocupación y desempleo Total nacional.
Año (2014 – 2022)

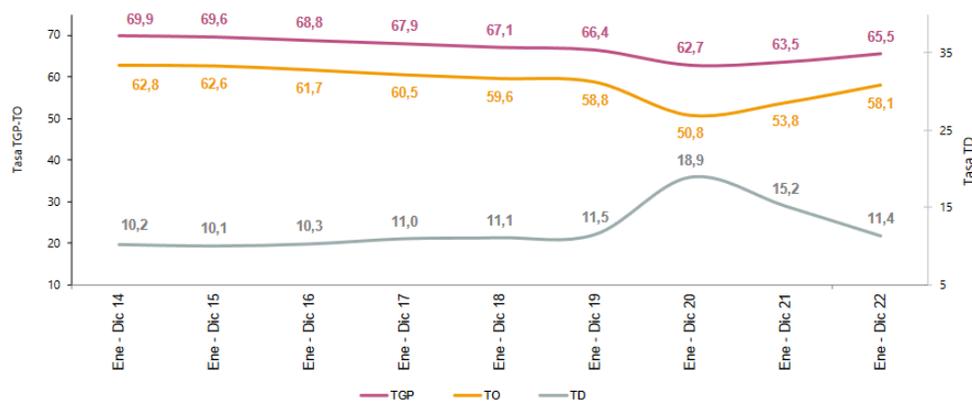


Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).

Nota: datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados CNPV 2018.

En el 2022, la tasa de desempleo en el total de las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue 11,4%, lo que representó una reducción de 3,8 puntos porcentuales respecto al 2021 (15,2%). La tasa global de participación se ubicó en 65,5%, lo que significó un aumento de 2,0 puntos porcentuales respecto al 2021 (63,5%). Finalmente, la tasa de ocupación fue 58,1%, lo que representó un aumento de 4,2 puntos porcentuales respecto al 2021 (53,8%). (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2023)

Gráfico 30. Tasa global de participación, ocupación y desempleo Total 13 ciudades y áreas metropolitanas. Año (2014 - 2022)



Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).

Nota: datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados CNPV 2018.



Para el trimestre octubre – diciembre 2022, de las 23 ciudades y áreas metropolitanas, las que presentaron mayores tasas de desempleo fueron: Quibdó (26,3%), Ibagué (16,5%) y Riohacha (16,3%). Las ciudades con menor tasa de desempleo fueron: Bucaramanga A.M. (7,9%), Manizales A.M. (8,5%), y Medellín A.M. (9,0%).

Gráfico 31. Tasa de desempleo según ciudades 23 ciudades y áreas metropolitanas
Octubre- diciembre 2022

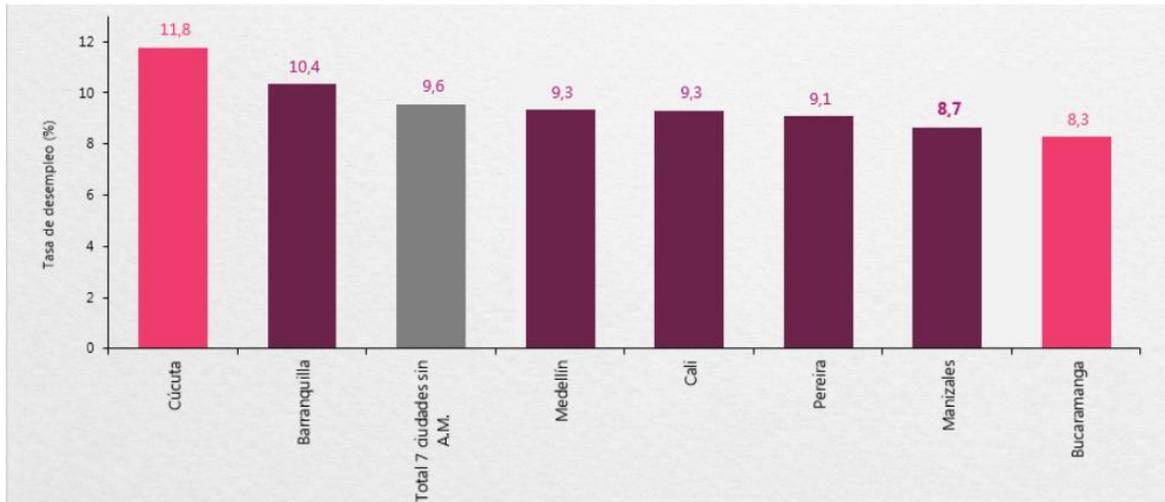


Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).

En el caso de las 7 ciudades sin áreas metropolitanas, la tasa de desempleo más alta para el trimestre octubre-diciembre de 2022 fue la de Cúcuta, con 11,8%, y la más baja fue la de Bucaramanga, con 8,3%. En cuanto al total de las 32 ciudades y áreas metropolitanas, Arauca y Quibdó presentaron las tasas más altas en el periodo enero-diciembre de 2022 con 29,4% y 23,8%, respectivamente, mientras que las más bajas fueron para San Andrés con 6,9% y Leticia con 8,8%. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2023)

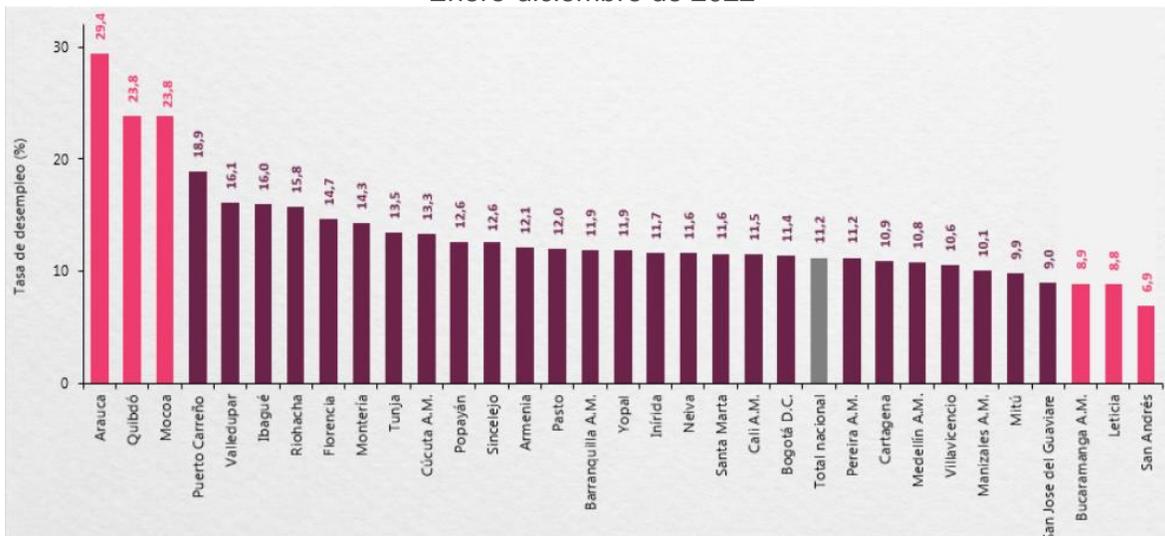


Gráfico 32. Tasa de desempleo 7 ciudades sin áreas metropolitanas
Trimestre octubre-diciembre de 2022



Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).

Gráfico 33. Tasa de desempleo 32 ciudades y áreas metropolitanas
Enero-diciembre de 2022



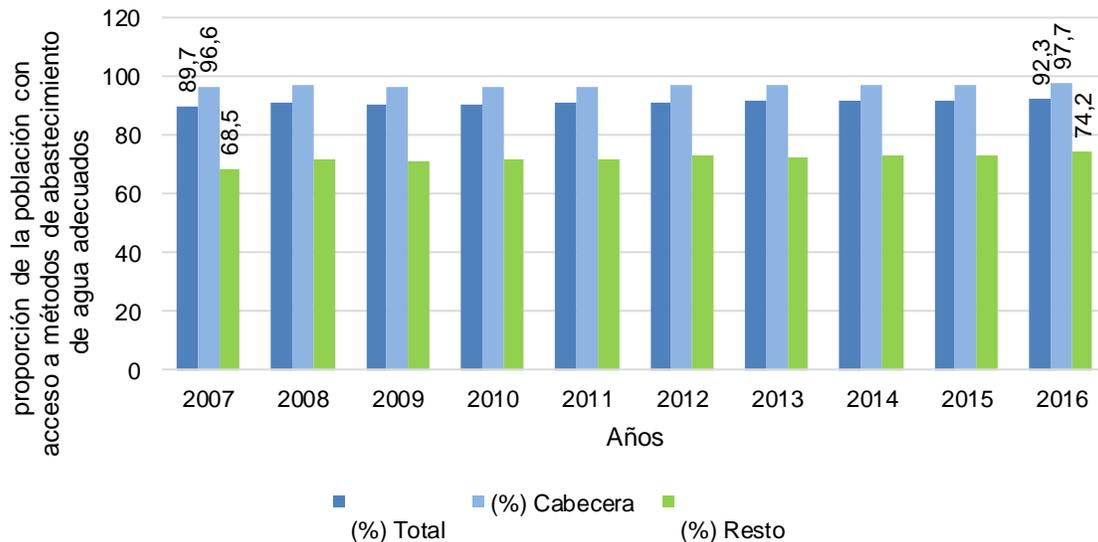
Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).



Circunstancias Materiales: Hogares y Servicios Públicos

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

Gráfico 34. Proporción de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados, según área 2007 - 2016



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

De otra parte y de acuerdo con los datos de la ECV de 2021, en Colombia el 87,2% de la población contaba con el servicio de acueducto y el 75% con alcantarillado. El acceso a servicios fue mayor en el área urbana o cabecera, que en el área rural o resto. El 97,4% de los hogares recibieron el servicio de energía eléctrica, el 67,2% gas natural, el 82,5%



accedieron a la recolección de basuras y el 22% de telefonía fija. De acuerdo con la misma fuente, Colombia incremento ese mismo año 2,7 puntos porcentuales (p.p.) la cobertura de gas natural, 0,2 p.p. acueducto, 0,6 p.p. alcantarillado y 0,7 p.p. recolección de basuras; y descendió en 0,7 p.p. en energía eléctrica, mientras en telefonía fija fue de 3,2 p.p. (Tabla 10). Este ligero aumento en las coberturas de los servicios de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras tiene un impacto 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; sin embargo, muestra un rezago en las áreas rurales, lo que evidencia que la brecha se mantiene a pesar de la mejoría del indicador.

Tabla 10. Cobertura de servicios públicos, Colombia 2003 - 2021

Año	Energía eléctrica	Gas natural conectado a red pública	Acueducto	Alcantarillado	Recolección de basuras	Teléfono fijo
2021	97,4	67,2	87,2	75	82,5	22
2019	98,1	64,5	87	74,4	81,8	25,2
2018	97,7	64,4	86,9	74,7	81,7	29,2
2016	98,7	64,7	89,6	77,5	83,4	30,6
2015	99	62,5	89,9	77	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	36,9
2010	97,7	52,4	87,6	75,3	81	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

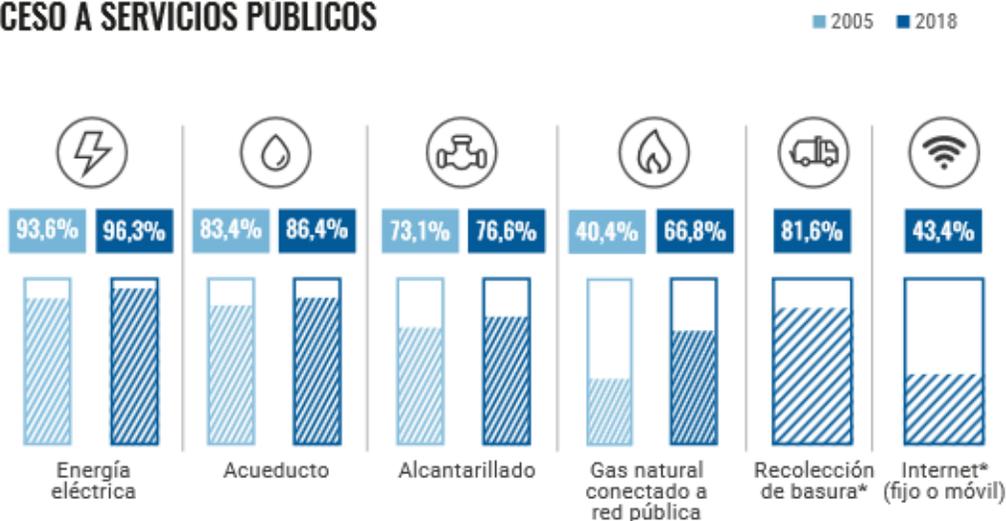
Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida

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



Gráfico 35. Acceso a Servicios Públicos 2005 y 2018

ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS



*Sin información de Recolección de basura e Internet para el censo general 2005.

Fuente: DANE – Censo Nacional de Población y vivienda 2018. Tomado de <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/infografias/info-CNPC-2018total-nal-colombia.pdf>

Según la ECV, respecto al servicio de acueducto en 2021 Bogotá (99,9%), Atlántico (97,8%) y Quindío (97,4%) presentan los porcentajes más altos de hogares con acceso a este servicio. Mientras tanto, los hogares de Guainía, Vaupés y San Andrés son los que tienen menos acceso al servicio de acueducto, este porcentaje fue 21,1%, 25,2% y 30,3% respectivamente (Tabla 11).

Mientras para 2021, el servicio de alcantarillado en más del 60% de los departamentos se encuentra con datos inferiores al promedio nacional (75,04%). Los departamentos con las coberturas más bajas son Vichada (1,51%), Chocó (13,86%) y Guainía (19,44%) con un panorama similar al del acueducto lo que evidencia, una situación de desventaja frente a los demás departamentos y amerita una intervención específica que permita aumentar el acceso a los servicios públicos de la población que reside en estas zonas, que permita garantizar un mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de los habitantes y se vea reflejado en el avance positivo de algunos indicadores en salud que se encuentran estrechamente relacionados (Tabla 11).



Tabla 11. Cobertura de servicios públicos, Colombia 2021

Departamento	Total Hogares	Energía eléctrica	Gas natural conectado a red pública	Acueducto	Alcantarillado	Recolección de basuras	Teléfono fijo
Colombia	17.068	97,38	67,23	87,24	75,04	82,52	21,99
Amazonas	21	81,66	0,00	51,69	33,57	53,24	0,08
Antioquia	2.328	99,62	62,48	91,64	81,83	92,15	26,96
Arauca	109	95,04	9,99	66,54	54,38	65,09	1,52
Atlántico	754	99,91	89,58	97,84	88,76	95,42	29,85
Bogotá DC	2.865	99,97	92,82	99,07	98,72	99,36	48,51
Bolívar	656	95,90	64,54	80,67	46,86	69,74	15,50
Boyacá	433	98,92	60,35	88,61	62,51	65,82	4,09
Caldas	355	99,24	69,07	89,93	83,30	85,50	20,13
Caquetá	139	91,61	48,06	72,90	63,81	73,79	1,83
Casanare	154	95,96	78,68	81,07	71,63	77,96	1,58
Cauca	559	91,07	27,86	72,55	40,77	44,20	3,32
Cesar	400	97,57	68,96	87,48	77,44	80,46	9,20
Córdoba	589	98,59	50,29	70,88	42,52	57,26	3,96
Cundinamarca	1.190	99,09	74,89	92,99	78,97	88,36	14,00
Chocó	172	81,76	0,00	27,56	13,86	45,78	1,69
Guainía	15	65,02	0,00	22,95	19,44	32,20	0,23
Guaviare	31	86,27	17,69	46,04	44,04	60,46	0,32
Huila	366	98,95	66,97	85,38	68,39	69,37	13,19
La Guajira	295	60,74	37,34	46,77	42,20	50,76	1,45
Magdalena	411	96,32	67,25	83,30	53,56	73,40	5,68
Meta	370	96,75	67,11	82,82	78,55	85,17	13,20
Nariño	577	97,64	6,64	70,64	43,18	56,75	5,60
Norte de Santander	494	99,19	51,91	85,95	80,93	84,65	13,18
Putumayo	146	79,88	12,61	45,86	51,57	60,43	0,67
Quindío	199	99,47	82,77	97,40	91,06	94,66	17,73
Risaralda	333	99,43	77,33	95,66	86,04	90,23	33,66
San Andrés	15	100,00	0,00	37,43	27,52	99,56	2,72
Santander	769	99,33	74,45	85,10	76,68	80,90	25,28
Sucre	278	98,39	49,04	83,44	50,56	59,15	3,70
Tolima	480	98,93	73,22	89,61	71,90	75,86	16,29
Valle	1.511	99,36	83,24	95,95	88,48	95,38	27,20
Vaupés	12	88,32	0,00	30,33	29,30	31,43	0,22
Vichada	43	24,79	0,00	19,06	1,51	22,53	0,08

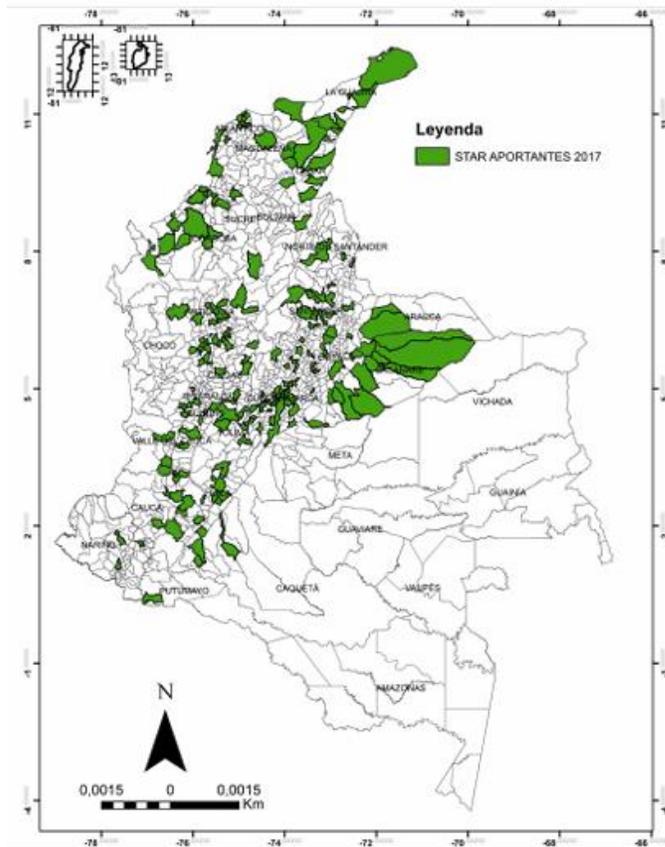
Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida

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



cantidad en zonas como Amazonas y Guaviare, que no cuenta con ninguna, o en lugares como Vichada y Guainía, que poseen dos cada uno.

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



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

Tabla 12. Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR) por departamento, 2016

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

Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



Calidad del Agua

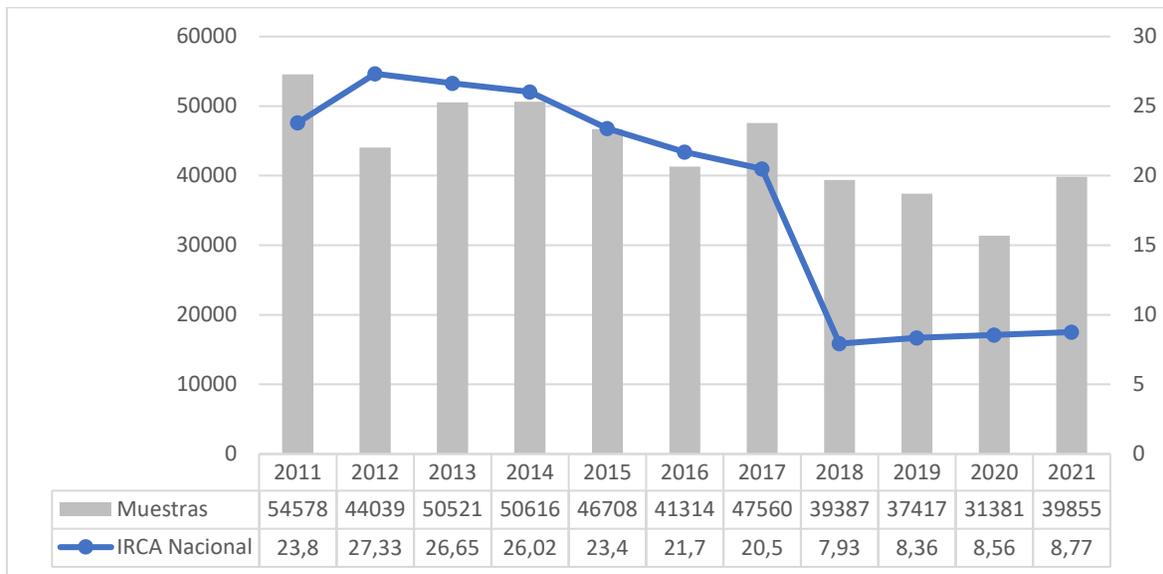
Del total de muestras analizadas durante el año 2021, 67,02 % (n=32.556) fueron tomadas en el área urbana, el 32,98 % (n=16.024) en el área rural. Específicamente para prestadores, el 78,94 % (n=31.460) de las muestras correspondían al área urbana y el 21,06 % (n=8.395) al área rural; para los autoabastecedores se observa un área de abastecimiento mayoritariamente rural con el 87,44 % (n=7.629) de muestras analizadas para esta área y 12,56 % (n=1.096) en el área urbana. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio (Minvivienda), la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) y el Instituto Nacional de Salud (INS), 2023)

En cuanto a los niveles de riesgo, se encontró que, del total de muestras analizadas para el 2021, el 70,53 % (n=34.262) se clasificaron en el nivel “sin riesgo” de acuerdo con el valor del IRCA, el 1,61 % (n=782) en riesgo “bajo”, el 9,61 % (n=4.670) en riesgo “medio”, el 10,34 % (n=5.023) en riesgo “alto” y el 7,91 % (n=3.843) en “inviabilidad sanitaria”. De esta manera, el 29,47 % de las muestras presentaba algún riesgo para el consumo. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio (Minvivienda), la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) y el Instituto Nacional de Salud (INS), 2023)

El IRCA nacional de los prestadores del servicio de acueducto fue clasificado con riesgo “bajo” con el 8,77 %. De 39.855 muestras analizadas, el 79,95 % (n=31.863) está clasificado en un nivel “sin riesgo”, el 1,44 % (n=574) en riesgo “bajo”, el 9,19 % (n=3.662) en riesgo “medio”, el 5,84 % (n=2.326) en riesgo “alto” y el 3,59 % (n=1.430) en “inviabilidad sanitaria”. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio (Minvivienda), la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) y el Instituto Nacional de Salud (INS), 2023)



Gráfico 36. Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable 2011 – 2021



Fuente: SIVICAP -Instituto Nacional de Salud

En cuanto a la vigilancia departamental de los autoabastecedores, se observó que 25 departamentos reportan información para estos, de los cuales el 8 % (n=2) presentó nivel “sin riesgo”, el 28 % (n=7) riesgo medio y el 64 % (n=16) riesgo “alto”. Por otro lado, se vigiló la calidad del agua en el 93,56 % (n=1.031) de los municipios, de los cuales el 6,08 % (n=67) corresponde a las categorías 1, 2, 3 y especial; el restante 87,48 % (n=964) corresponde a municipios de las categorías 4, 5 y 6. Es importante recordar que las acciones de inspección, vigilancia y control de la calidad del agua en los corregimientos departamentales y en los municipios de las categorías 4, 5 y 6, están bajo la responsabilidad de la autoridades sanitarias departamentales; mientras que los distritos y municipios de categoría especial, 1, 2 y 3, se deben ejercer las acciones en su respectiva jurisdicción. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio (Minvivienda), la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) y el Instituto Nacional de Salud (INS), 2023)



Mapa 19. Nivel de riesgo IRCA Total por Departamento 2021



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Vigilancia de la Calidad del Aguapara consumo humano, Colombia, año 2021, consultado en <https://bit.ly/3miMpWi>



Tabla 13. Nivel de riesgo IRCA Total, Urbano y Rural por Departamento 2021

Departamento	Muestras Totales	IRCA Total	Muestras Urbano	IRCA Urbano	Muestras Rural	IRCA Rural
Amazonas	150	19,67	150	19,67		
Antioquia	9441	6,37	6585	3,08	2856	13,95
Arauca	749	7,51	641	3,55	108	31,00
Archipiélago De San Andres	105	2,70	63	1,35	42	4,74
Atlántico	2657	5,07	1773	0,74	884	13,77
Bogotá D.C	2894	4,06	2427	0,67	467	21,68
Bolívar	1402	23,65	1259	24,04	143	20,20
Boyacá	2354	8,21	1923	4,41	431	25,18
Caldas	1291	23,17	817	0,89	474	61,57
Caquetá	178	8,01	166	7,45	12	15,84
Casanare	602	3,84	549	3,52	53	7,09
Cauca	1284	9,95	1123	9,93	161	10,11
Cesar	634	13,53	617	13,43	17	17,03
Chocó	29	10,82	29	10,82		
Córdoba	354	8,00	337	7,46	17	18,67
Cundinamarca	3033	4,92	2195	4,11	838	7,06
Guainía	22	49,89	22	49,89		
Guaviare	85	8,92	75	7,89	10	16,67
Huila	619	3,26	594	3,04	25	8,63
La Guajira	640	12,99	617	11,94	23	41,21
Magdalena	568	12,39	496	12,94	72	8,60
Meta	456	8,92	427	9,50	29	0,24
Nariño	827	27,60	556	16,04	271	51,31
Norte De Santander	622	3,89	598	3,03	24	25,17
Putumayo	393	15,09	330	13,87	63	21,47
Quindío	383	1,89	355	1,98	28	0,82
Risaralda	1393	4,80	1155	1,14	238	22,61
Santander	1842	6,23	1663	6,40	179	4,69
Sucre	625	16,54	624	16,41	1	100,00
Tolima	1456	16,41	1425	16,04	31	33,48
Valle Del Cauca	2543	7,74	1645	0,42	898	21,15
Vaupés	13	39,15	13	39,15		
Vichada	211	10,52	211	10,52		

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Vigilancia de la Calidad del Aguapara consumo humano, Colombia, año 2021, consultado en <https://bit.ly/3miMpWi>



Calidad del Aire

En Colombia, el monitoreo y control de la contaminación atmosférica ha tomado día a día mayor relevancia, debido a que, según cifras de la Organización Mundial de la Salud, una de cada ocho muertes ocurridas a nivel mundial, es ocasionada por la contaminación del aire. A nivel nacional, el Departamento Nacional de Planeación estimó que, durante el año 2015, los efectos de este fenómeno estuvieron asociados a 10.527 muertes y 67,8 millones de síntomas y enfermedades. Adicionalmente, los costos ambientales asociados a la contaminación atmosférica en Colombia, durante los últimos años se incrementaron pasando de 1,1% del PIB de 2009 (\$5,7 billones de pesos) a 1,59% del PIB de 2014 (\$12 billones de pesos) y del 1,93% del PIB en 2015 (\$15.4 billones de pesos), lo cual pone en evidencia la necesidad de seguir implementando estrategias para controlar, evaluar y monitorear estas sustancias. (IDEAM. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, 2015)

Según los últimos informes del estado de la calidad del aire, elaborados por el Instituto, el contaminante con mayor potencial de afectación en el territorio nacional es el Material Particulado Menor a 2,5 micras (PM_{2.5}), el cual está constituido ¿por partículas muy pequeñas, producidas principalmente por los vehículos pesados que utilizan diésel como combustible, y que pueden transportar material muy peligroso para el cuerpo como metales pesados, compuestos orgánicos y virus, afectando de este modo las vías respiratorias. (IDEAM. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, 2015)

A nivel nacional, las zonas que mayor afectación presentan por importantes niveles de contaminación atmosférica son: el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, las localidades de Puente Aranda, Carvajal y Kennedy en Bogotá, el municipio de Ráquira en Boyacá y la zona industrial de ACOPI en el municipio de Yumbo (Valle del Cauca). (IDEAM. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, 2015)

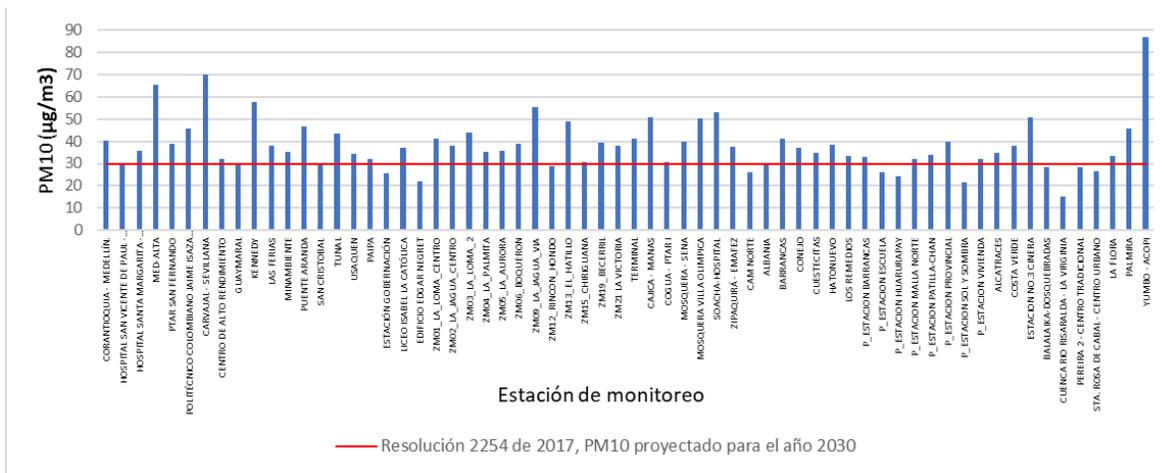
En el gráfico 37, se observa el promedio en la concentración de material particulado de 10 micras en un periodo de 7 años, el cual se calculó a partir de los registros anuales de las estaciones de monitoreo que tenían datos completos para 2012, 2016 y 2019. Se presenta



también el referente normativo de 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ proyectado al año 2030 según se encuentra estipulado en la Resolución 2254 de 2017.

Se observa que el promedio de PM10 en la mayoría de las estaciones se encuentra por encima del referente normativo proyectado a 2030. La estación con mayor PM10 promedio es la de Acopi, localizada en la zona industrial de Yumbo, Valle del Cauca, seguida por la estación Carvajal Sevillana de Bogotá, la estación Medellín Alta en Antioquia, la estación Kennedy en Bogotá y la estación la Jagua Vía en el municipio la Jagua de Ibirico, César. En contraste la estación con menor promedio fue la estación en la Cuenca río Risaralda en el municipio de la Virginia, Risaralda.

Gráfico 37. Promedio material particulado (PM10, $\mu\text{g}/\text{m}^3$) por estación de monitoreo, Colombia 2012 a 2019



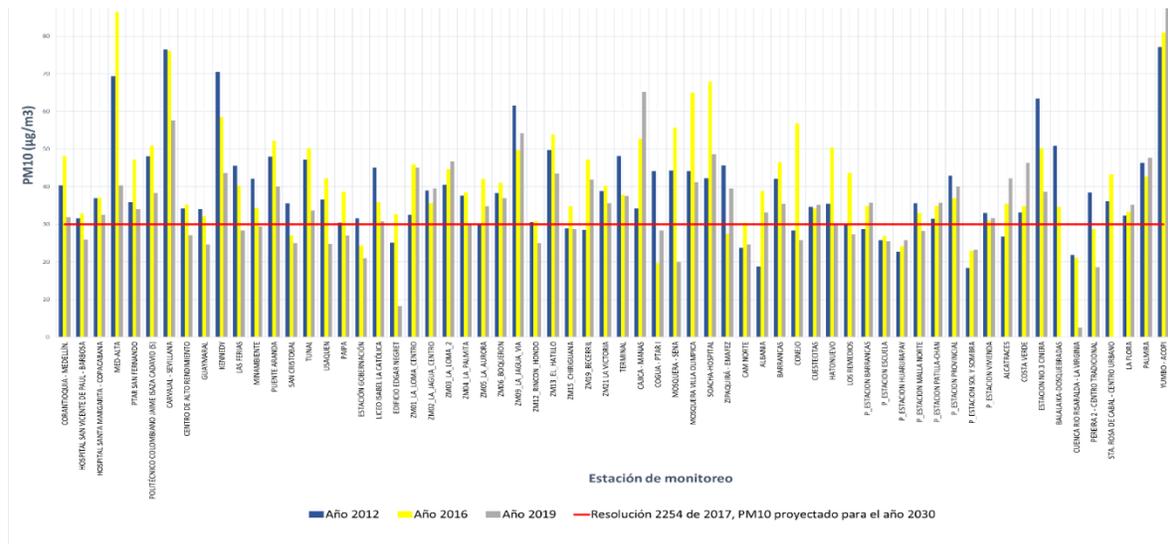
Fuente: Subsistema de Información Sobre Calidad del Aire – SISAIRE

En cuanto a las variaciones anuales en la concentración de PM10 por cada estación, se observa que la mayoría de las estaciones han presentado concentraciones por encima del referente normativo proyectado para 2030 en los tres años de observación. Las tres estaciones con concentraciones más altas y consistentemente los tres años por encima de este referente son las mismas comentadas antes con el mayor promedio, estas son Acopi, localizada en la zona industrial de Yumbo, Valle del Cauca, seguida por la estación Carvajal Sevillana de Bogotá. En particular, la estación de Acopi presenta concentraciones de PM10 por encima de 75 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en los tres años observados. Las estaciones con concentraciones



por debajo del referente normativo durante los tres años son la estación en la Cuenca rio Risaralda en el municipio de la Virginia, Risaralda, seguida por estación sol y sombra, en el municipio de Albania y las estaciones Escuela y y Huarurapay en el municipio de Uribia, La Guajira (gráfico 38).

Gráfico 38. Concentración anual de material particulado (PM10, $\mu\text{g}/\text{m}^3$) por estación de monitoreo. Colombia, 2012, 2016 y 2019



Fuente: Subsistema de Información Sobre Calidad del Aire – SISAIRE

Seguridad Alimentaria

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

La disponibilidad de alimentos: Es la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional y local, relacionada con el suministro suficiente de estos frente a los



requerimientos de la población y depende fundamentalmente de la producción y la importación.

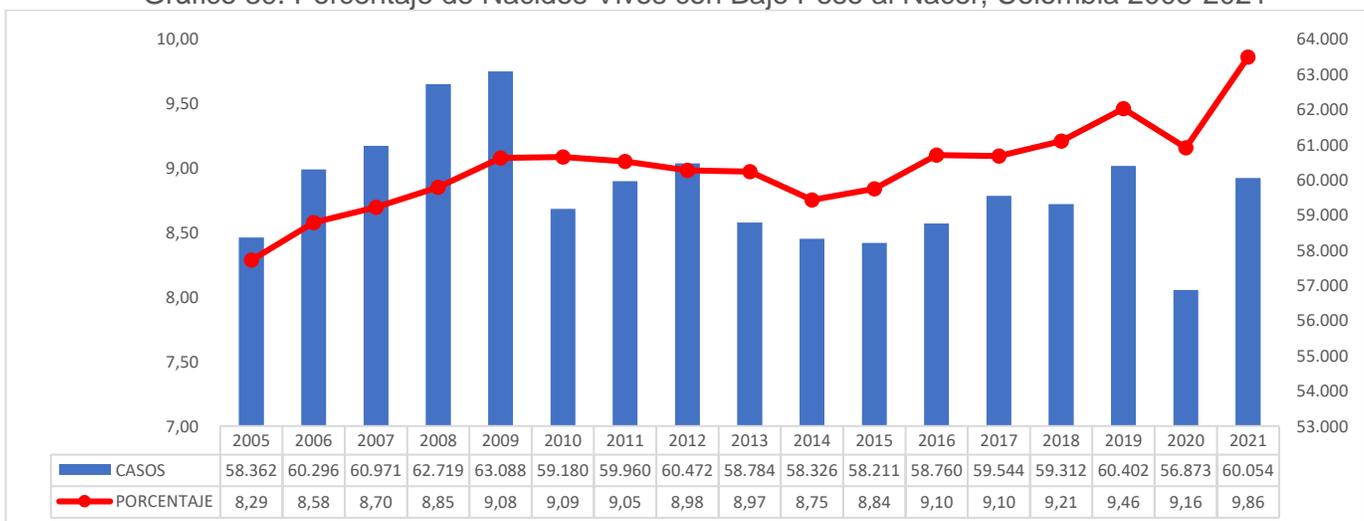
El acceso: Es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país.

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

Bajo peso al nacer

Aunque el bajo peso al nacer (P050) está documentado entre las primeras causas de muerte neonatal, en Colombia no está dentro de los diagnósticos de muerte más frecuentes. Entre 2005 y 2021 en promedio 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 1.015.314 recién nacidos pesaron menos de 2.499 gramos, para un promedio anual de 59.724 y una desviación estándar de 1.578 (Gráfico 39).

Gráfico 39. Porcentaje de Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer, Colombia 2005-2021

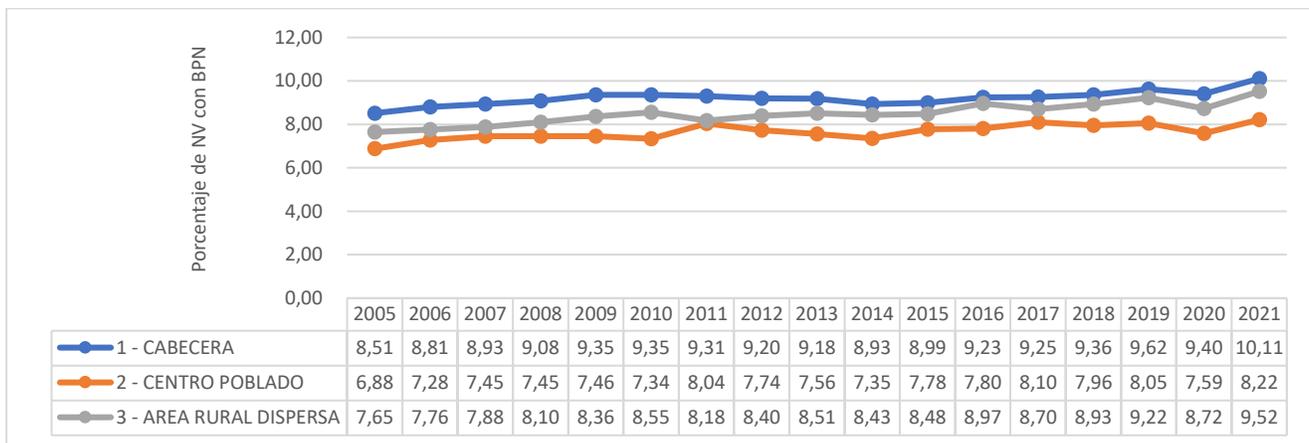


Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO febrero de 2023



Entre 2005 y 2021 la proporción de bajo peso al nacer en Colombia ha oscilado entre los 8,2 y 9,8 nacidos vivos por cada 100. Por área de residencia, la prevalencia es mayor en el área urbana que en el área rural y su tendencia en ambos casos tiende al incremento, de la misma manera la tendencia de la brecha de desigualdad tiende a mantenerse estable para este periodo de tiempo (Gráfico 40).

Gráfico 40. Comportamiento del promedio de urbano-rural, para el bajo peso al nacer, Colombia, 2005-2021



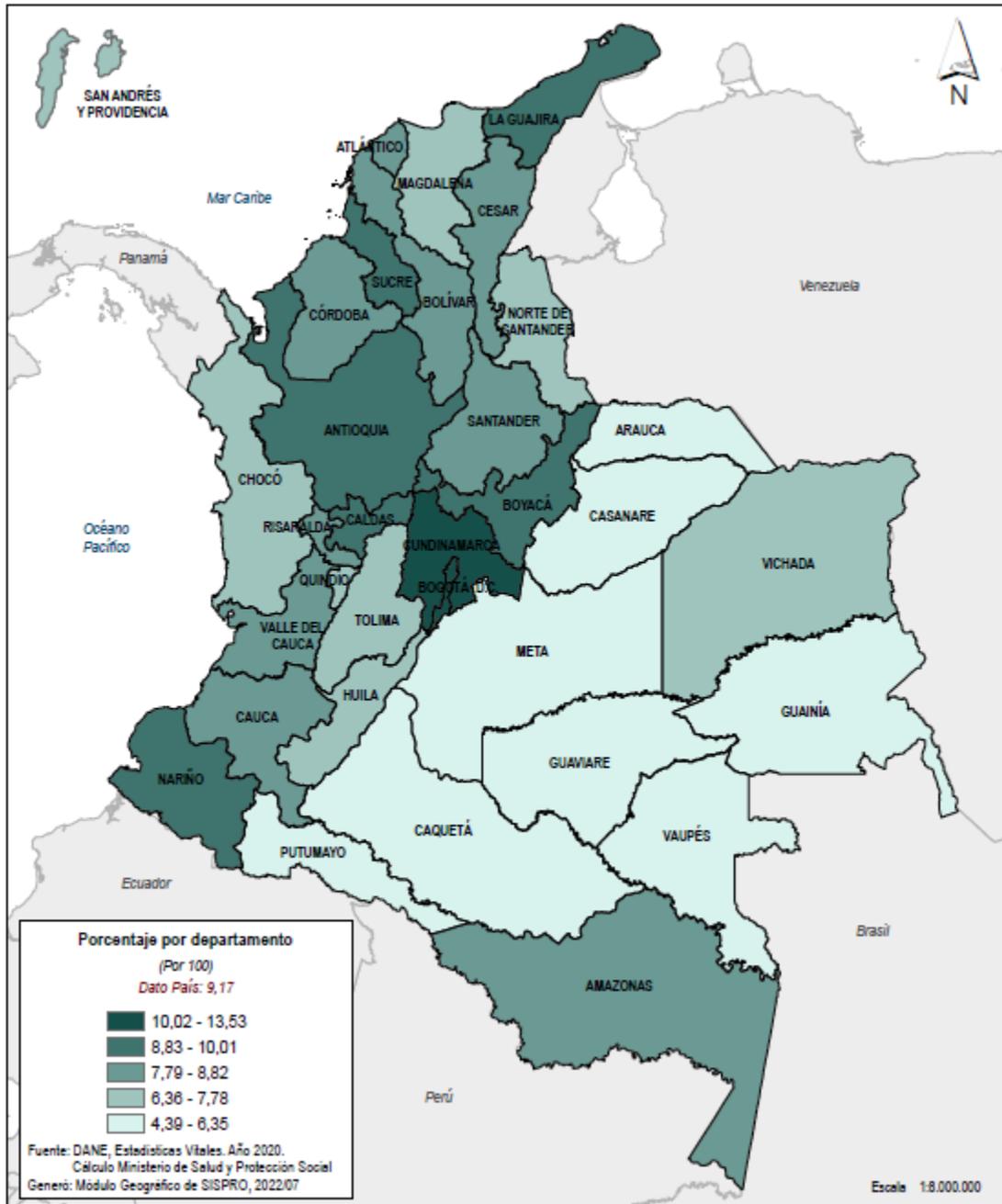
Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO febrero de 2023

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 infantil (Xu XF, 2014). Un estudio de Cohorte realizado entre 1911 y 1930 Hertfordshire, en Inglaterra encontró que niños con bajo peso al nacer, tenían un 50% más de mortalidad por enfermedad cardíaca en la edad adulta.

En 2020, el distrito de Bogotá (13,53%) y los departamentos de Cundinamarca (11,25%), Boyacá (10,01%), La Guajira (9,70%) y Nariño (9,56%) presentaron los valores más altos del indicador a nivel nacional, tendencia que continua en el año 2021 en el cual ingresa San Andres en el tercer lugar con una proporción de bajo peso al nacer de 10,78% (Mapa 20) (Grafico 38).



Mapa 20. Proporción de RN con bajo peso al nacer, Colombia 2020



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores Básicos de Salud 2022.



Tabla 14. Porcentaje de RN con bajo peso al nacer por departamento, 2020 - 2021

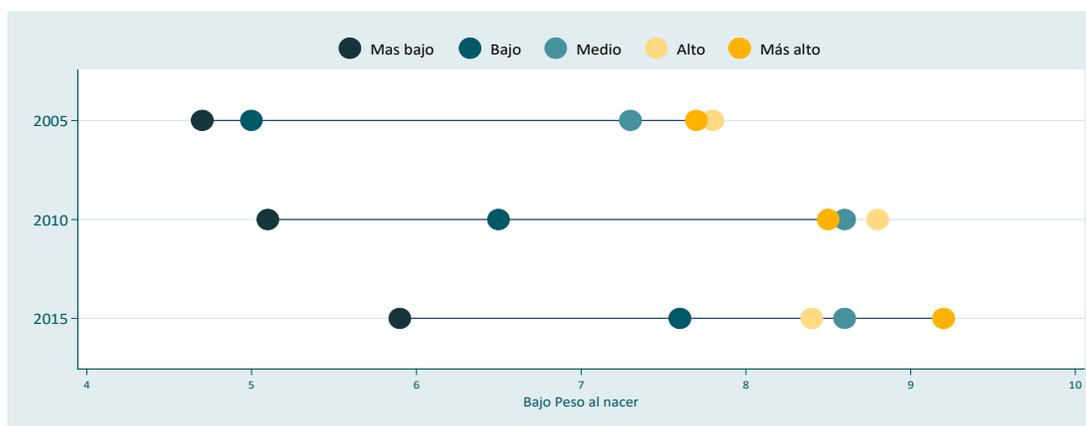
Departamento	BPN 2020	BPN 2021
11 - Bogotá, D.C.	13,53	14,90
25 - Cundinamarca	11,25	12,79
15 - Boyacá	10,01	10,39
44 - La Guajira	9,70	10,15
52 - Nariño	9,56	10,75
70 - Sucre	9,22	10,15
05 - Antioquia	9,20	10,33
17 - Caldas	9,01	10,12
76 - Valle del Cauca	8,82	9,60
08 - Atlántico	8,69	9,35
66 - Risaralda	8,60	9,81
13 - Bolívar	8,49	8,59
20 - Cesar	8,26	8,02
68 - Santander	8,21	9,08
23 - Córdoba	8,21	9,13
19 - Cauca	8,10	8,36
91 - Amazonas	8,09	7,02
27 - Chocó	7,78	9,93
88 - San Andrés	7,64	10,78
47 - Magdalena	7,59	8,32
99 - Vichada	7,50	6,75
63 - Quindío	7,24	9,02
54 - Norte de Santander	7,12	7,44
73 - Tolima	7,02	7,95
41 - Huila	6,81	7,56
85 - Casanare	6,35	6,66
86 - Putumayo	6,25	7,42
81 - Arauca	6,17	7,01
94 - Guainía	6,13	6,02
50 - Meta	6,08	6,25
18 - Caquetá	5,81	5,22
97 - Vaupés	5,50	8,08
95 - Guaviare	4,39	6,12
Colombia	9,17	9,87

Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO febrero de 2023



El bajo peso al nacer en nacidos vivos a término es un 21% más alto en el quintil que agrupa el 20% de los departamentos con menor índice de pobreza multidimensional que en los departamentos más pobres multidimensionalmente. En 2015, el quintil más alto tiene el 64,1% más de los niños con bajo peso al nacer comparando el quintil más bajo de pobreza. La desigualdad a través del tiempo ha venido aumentando en especial en el más bajo y bajo quintil de riqueza (Gráfico 41).

Gráfico 41. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel quintiles de riqueza de la madre, 2000, 2005-2010 – 2015



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

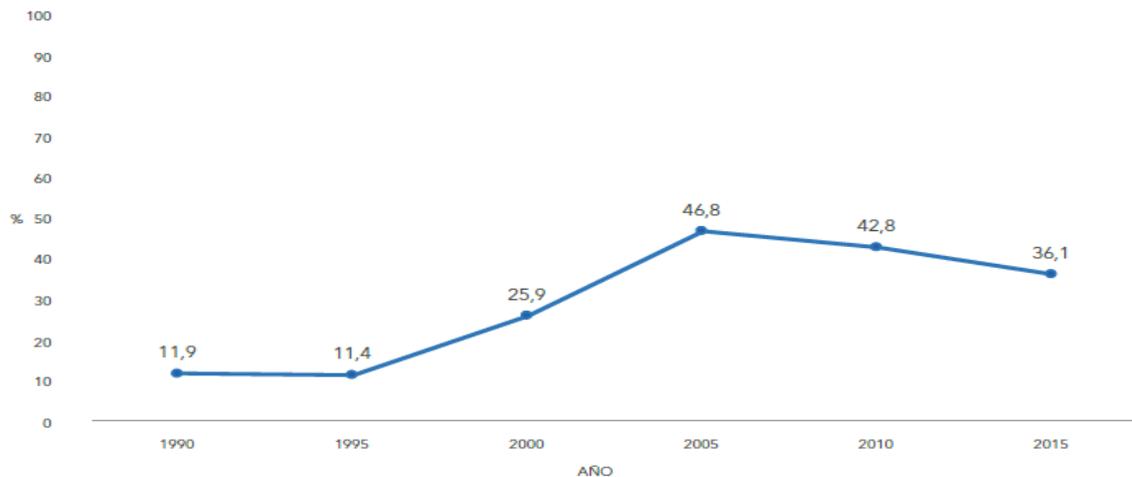
Duración de lactancia materna

“La adecuada alimentación es de gran importancia para la supervivencia, crecimiento, desarrollo, salud y nutrición de lactantes y niños en todos los países del mundo” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015). La lactancia materna es una de las formas más eficaces para prevenir la malnutrición y a largo plazo disminuye el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y diabetes tipo II; los niños que la reciben obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia. En el mundo aproximadamente el 40% de los lactantes menores de seis meses reciben lactancia materna de forma exclusiva. Los niños y adolescentes que fueron amamantados tienen menos probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad. Además, obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y tienen mayor asistencia a la escuela. La lactancia materna se asocia a mayores ingresos en la vida adulta (Organización Mundial de la Salud, 2021).



La duración óptima de la lactancia materna exclusiva como primer alimento y la adecuada introducción de los alimentos complementarios a partir de los seis meses de vida son unos de los temas cruciales que la OMS mantiene bajo continua revisión” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015). De acuerdo con lo anterior y con las recomendaciones de la OMS, la lactancia materna exclusiva se entiende como aquella donde el niño recibe solamente leche materna hasta los seis meses. Durante el periodo comprendido entre 1995 al 2005, el país experimentó un aumento significativo de este indicador, al pasar del 11,4 % a 46,91 % de niños y niñas menores de seis meses que recibieron lactancia materna de manera exclusiva, sin embargo, en el último decenio (2005 - 2015) el comportamiento favorable cambió de forma radical y actualmente el país se enfrenta a una reducción de cerca de 10,8 p.p. frente al mejor resultado logrado en el 2005 (Gráfico 42).

Gráfico 42. Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015



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

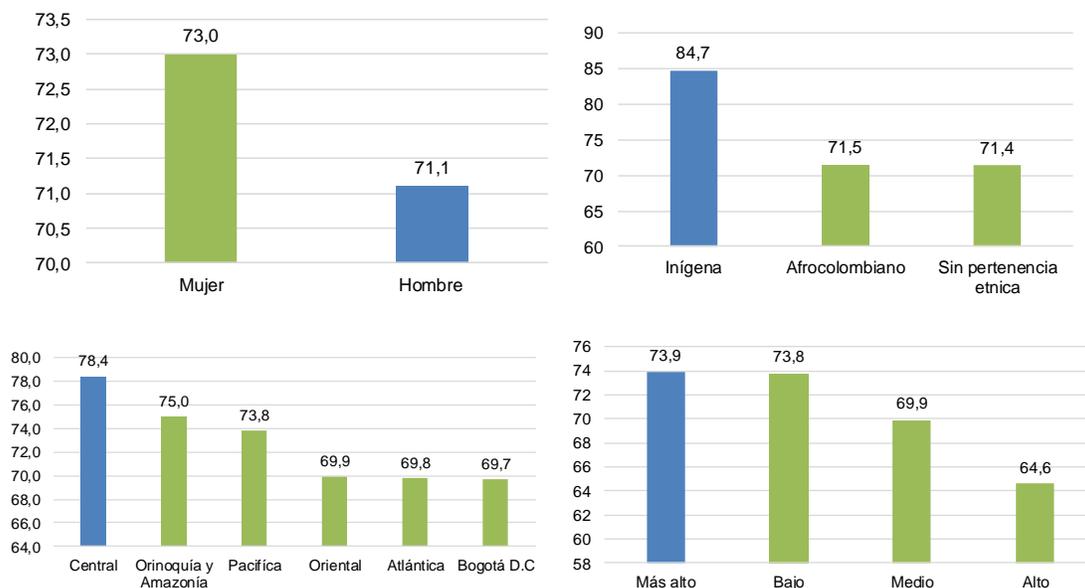
Según la ENSIN 2015 el 97.2% de los niños y niñas menores de 3 años recibieron lactancia materna, sin diferencias estadísticamente significativas entre la región, etnia, sexo, En cuanto al inicio de la lactancia materna en el primer día de nacido, el 17,6 % de las madres presentaron esta práctica, siendo ésta 1,4 veces más frecuente en la cabecera comparada con el resto. El 9,8 % de las madres reportaron empezar a lactar después del primer día (Gráfico 43) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).



En cuanto a la información sobre lactancia materna el 78,7% de las mujeres recibieron información relacionada con esta práctica durante la gestación, los mejores resultados se presentaron en el cuartil de riqueza alto (85,4%) frente al cuartil más bajo (70,5 %), y en la región Bogotá (88,4%) comparada con las regiones Atlántica (77,3%), Oriental (78,4%) y Central (79,0%). Los resultados fueron similares frente al porcentaje de mujeres que recibieron información relacionada con lactancia materna durante la estancia hospitalaria, con un reporte nacional del 74,4 %, en donde Bogotá obtuvo los mejores resultados con el 90,3 % en contraste con la región Atlántica en donde sólo se dio en el 64,1% de los casos (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).

El inicio temprano de la lactancia materna se incrementó en 16 puntos porcentuales, al pasar 56,6 de en 2010 a 72,6 en 2015, con mayor predominio en los indígenas en comparación con los afrocolombianos y sin etnia. Sin diferencias por sexo, índice de riqueza y región del país. Las regiones Central y Orinoquía y Amazonía registran 6,4 y 3 puntos porcentuales, respectivamente superior al promedio nacional (72,6%). Bogotá D.C., 69,7 de cada 100 niños tienen inicio temprano de lactancia materna, alrededor de dos puntos porcentuales menos alto que el país (Gráfico 43).

Gráfico 43. Inicio temprano de la lactancia materna, Colombia 2015



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

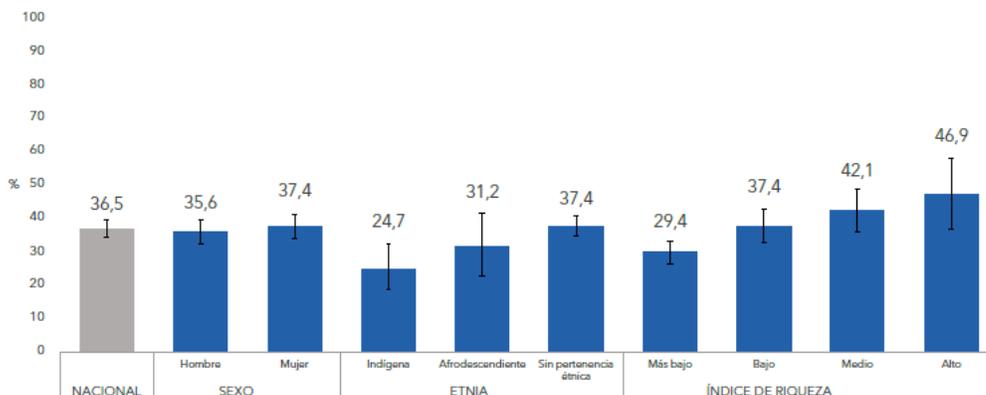


Dieta mínima aceptable

La evidencia demuestra que las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez (Organización Mundial de la Salud, 2009).

La dieta mínima aceptable, indicador que combina la diversidad dietaria mínima y la frecuencia alimentaria mínima, permite evaluar la calidad de las dietas que están recibiendo los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad. Esta medición evidenció que, a nivel nacional, solo el 36,5 % de niños y niñas de 6 a 23 meses tenía una alimentación complementaria que cumplía con un consumo mínimo de un grupo alimentos (4 de 7 grupos) así como con un número mínimo de veces. En el análisis por variables de equidad no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas, ni entre afrodescendientes y la categoría sin pertenencia étnica. Sin embargo, si hubo diferencias significativas entre niños y niñas sin pertenencia étnica presentaron (37,4 %) y los indígenas (24,7%). En el cuartil de riqueza alto se presentó mayor proporción (46,9 %) en comparación con el cuartil más bajo (29,4 %), por lo tanto, los individuos en el cuartil alto tenían una dieta mínima aceptable que es 1,6 veces la de los individuos ubicados en el cuartil más bajo. En Bogotá el 49,5 % de los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad contaban con una dieta mínima aceptable, cifra significativamente diferente a la región Atlántica que presentó la cifra más baja (30,2%) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).

Gráfico 44. Dieta mínima aceptable por sexo, etnia e índice de riqueza



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



Retraso en la talla en menores de cinco años

El retraso del crecimiento, es decir, una estatura menor a la que corresponde por edad, es un indicador de los varios impactos de la desnutrición, y es causado por una combinación de factores nutricionales y de otro tipo que simultáneamente socavan el desarrollo físico y cognitivo de niños y niñas, aumentando su riesgo de morir por enfermedades infecciosas. El retraso del crecimiento y otras formas de desnutrición en las primeras etapas de la vida también pueden predisponer a niños y niñas a tener sobrepeso y a desarrollar enfermedades no transmisibles (ENT) más adelante (FAO; IFAD; PAHO; WFP; UNICEF, 2023).

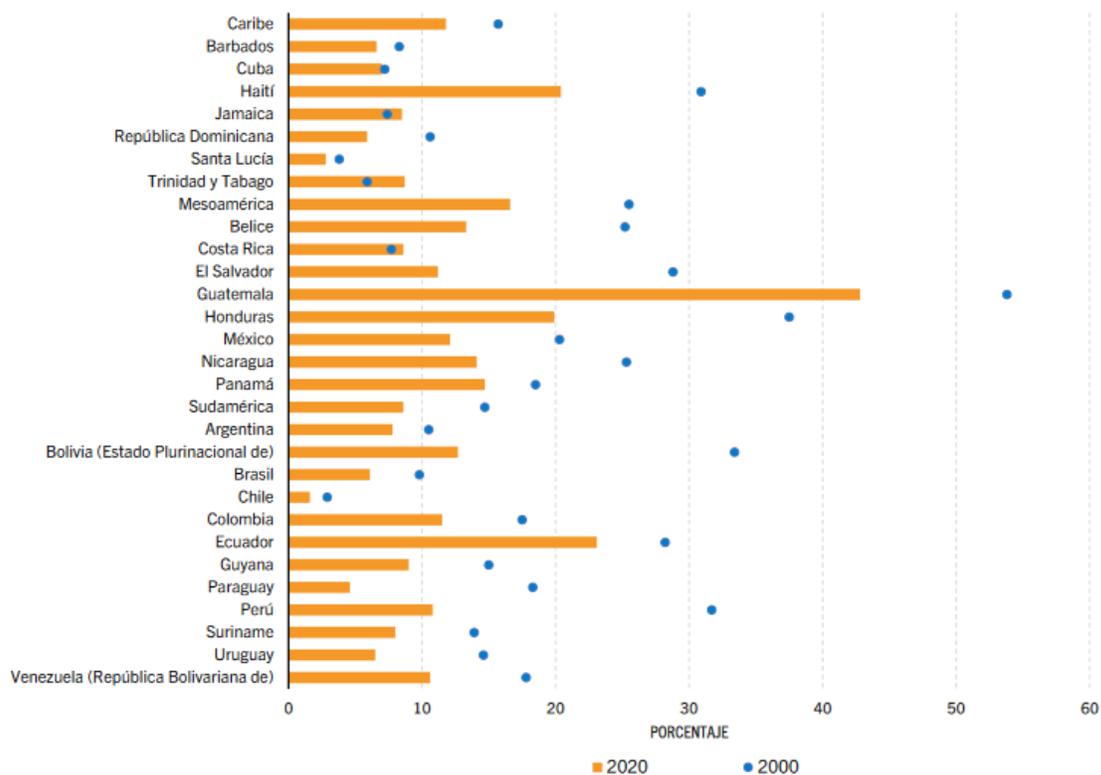
En 2020, la prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe era del 11,3%, aproximadamente 10 puntos porcentuales por debajo del promedio mundial. Todas las subregiones han logrado avances positivos en la reducción del retraso del crecimiento. Entre 2000 y 2020, Sudamérica redujo el retraso del crecimiento en un 41%, Mesoamérica en un 35% y el Caribe en un 25%. El retraso del crecimiento es especialmente frecuente en la región entre niños y niñas cuyas madres no han recibido educación formal. Los habitantes del quintil de ingresos más bajo están más afectados que los otros cuatro quintiles de ingresos de la región (FAO; IFAD; PAHO; WFP; UNICEF, 2023).

En 2020, la prevalencia del retraso del crecimiento era del 8,6% en Sudamérica, del 16,6% en Mesoamérica y del 11,8% en el Caribe. Mesoamérica muestra las cifras más altas de retraso del crecimiento de la región y la tasa de reducción más lenta desde 2010. Específicamente, entre 2012 (año base para el logro de los ODS) y 2020, el retraso del crecimiento en Mesoamérica se redujo sólo en un 7,8%, mientras que el Caribe logró una reducción del 11,9%, y Sudamérica del 18,6%. En América Latina y el Caribe en su conjunto, el retraso del crecimiento se redujo en un 13,3% entre 2012 y 2020, según las estimaciones para 2020 Chile, Paraguay y Santa Lucía muestran la prevalencia más baja, por debajo del 5%. Los países en los que la prevalencia del retraso del crecimiento aumentó entre 2000 y 2020 son Trinidad y Tobago (47%), Costa Rica (15%) y Jamaica (12%). La mayor prevalencia de retraso del crecimiento en la región se dio en Guatemala (42,8%), seguido de Ecuador (23,1%), Haití (20,4%) y Honduras (19,9%). Por su parte, Bolivia



(Estado Plurinacional de), El Salvador, Paraguay, Perú y Uruguay mostraron reducciones superiores al 50% en el mismo periodo. Entre los países que lograron reducir la prevalencia del retraso del crecimiento entre 2012 y 2020, Guyana mostró el mayor avance, con una reducción de 30%, mientras que la disminución fue más de un 20% en Bolivia (Estado Plurinacional de), Panamá, Paraguay, Perú y la República Dominicana (FAO; IFAD; PAHO; WFP; UNICEF, 2023).

Gráfico 45. Prevalencia del retraso del crecimiento de niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe por país



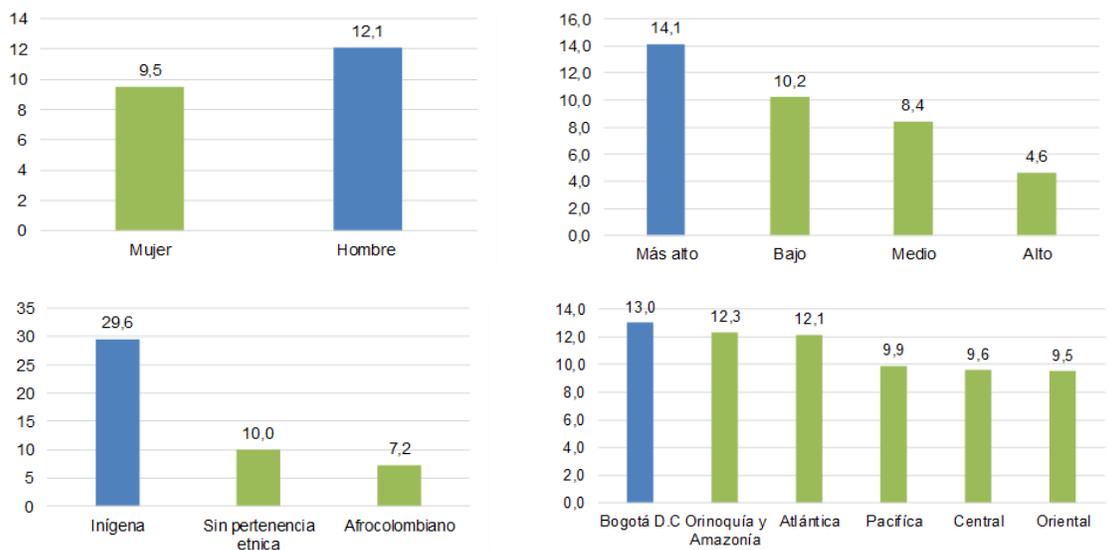
FUENTE: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2021. UNICEF-WHO-World Bank: Joint child malnutrition estimates - Levels and trends (edición de 2021). (Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2021>).

En Colombia, según la ENSIN, entre 1990 y 2015 este indicador descendió 15,3 puntos porcentuales pasando de una prevalencia de 26,1 a 10,8 respectivamente. Así mismo, el retraso en talla resulta más común entre los grupos étnicos la prevalencia es de 29,6 para indígenas y en afrodescendientes es de 7,1 reflejando la diversidad cultural y de



condiciones socioeconómicas de estos grupos en Colombia (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015). Para 2015, la prevalencia de retraso en talla en el área rural fue de 15,4 mientras que en el área urbana 9,0. Así mismo, en Vaupés (27,0), La Guajira (26,1), Guainía (18,1), Amazonas (16,6), y Chocó (13,4) el retraso en talla supera el indicador nacional; **Error! Marcador no definido..** Además, en los niños es 12,1, estando así, 3 puntos porcentuales más alto que las niñas (9,5). Según el quintil de riqueza la mayor prevalencia está en el más bajo con un 14,2 (Gráfico 46).

Gráfico 46. Desnutrición crónica en menores de cinco años, Colombia 2015



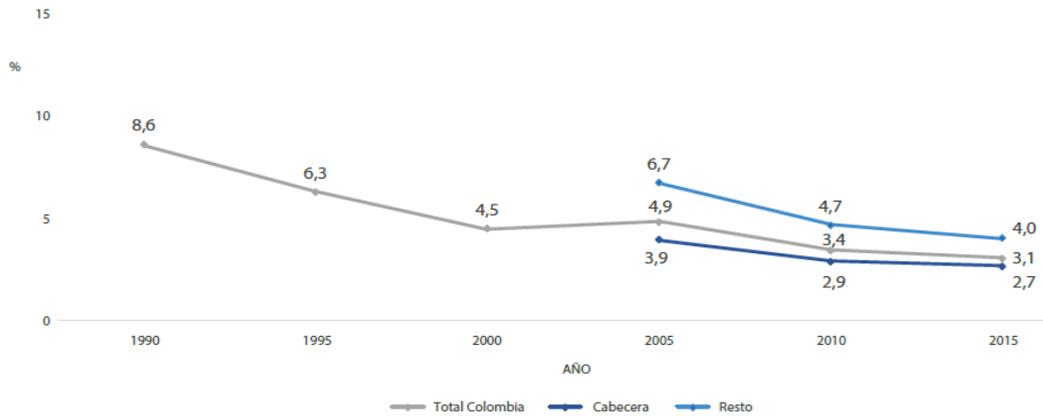
Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 1990- 2015.

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 menos dos desviaciones estándar de la media (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016); este tipo de desnutrición indica que el niño recibe una dieta insuficiente para su edad, pero también indica la presencia de enfermedades recientes. Entre 1990 y 2015, este indicador ha descendido 5,5 puntos porcentuales, al pasar de 8,6 a 3,1 en los quinquenios de análisis (Gráfico 47).



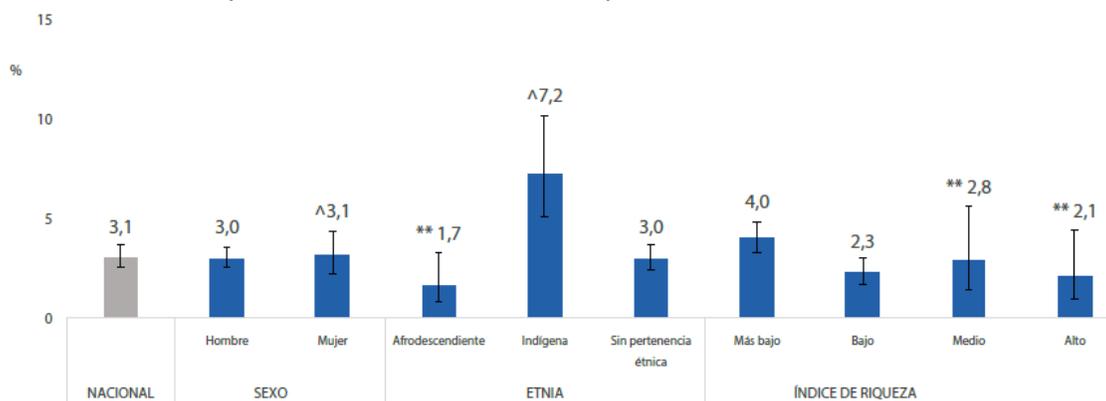
Gráfico 47. Tendencia nacional 1990 – 2015 de la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años



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

En Colombia, según la ENSIN, 3,1 de cada 100 menores de cinco años tenían desnutrición global en el 2015. Así mismo, este tipo de desnutrición resulta más común en los grupos reconocidos como indígenas, donde la prevalencia es de 7,2 y duplica la nacional (Gráfico 48).

Gráfico 48. Prevalencia de desnutrición global en niños y niñas en menores de cinco años por sexo, etnia e índice de riqueza, Colombia 2015



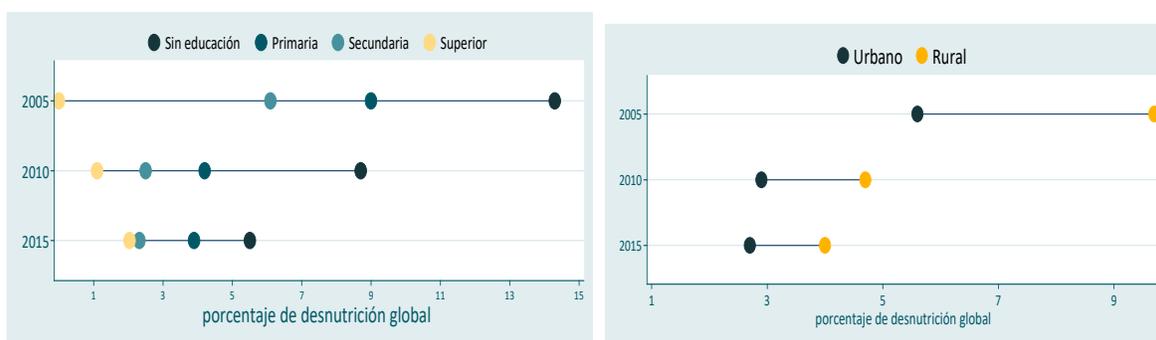
Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015.

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



Por nivel de educación de la madre, la tendencia de la desigualdad está descendiendo. Así mismo, por área de residencia se observa que la desnutrición global es mayor en el área rural que en la zona urbana, con una tendencia decreciente en ambos casos, la brecha de desigualdad por área tendió a la reducción entre 2005 y 2015. En 2015 para el área rural este indicador fue de 4,0 y en área urbana 2,7 (Gráfico 49).

Gráfico 49. Equiplot del porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según nivel educación de la madre y área de residencia 2005, 2010 - 2015



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

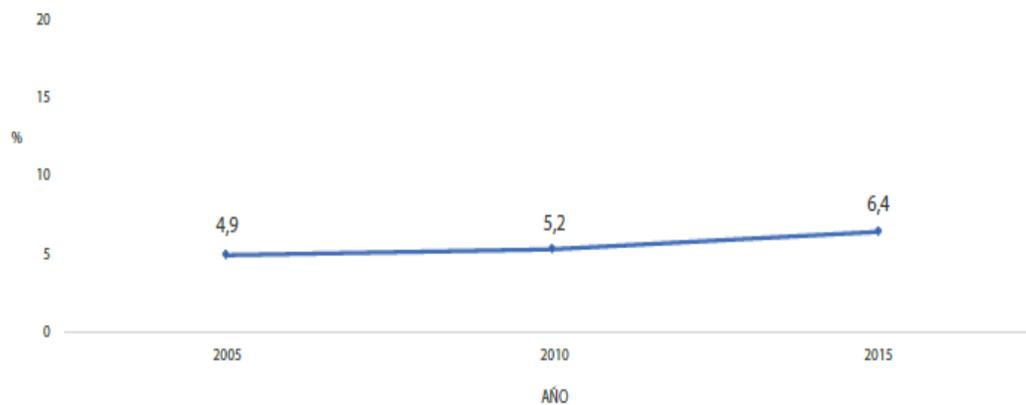
Obesidad

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



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

Gráfico 50. Tendencia nacional 2005 – 2015 de la prevalencia del exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años, 2015

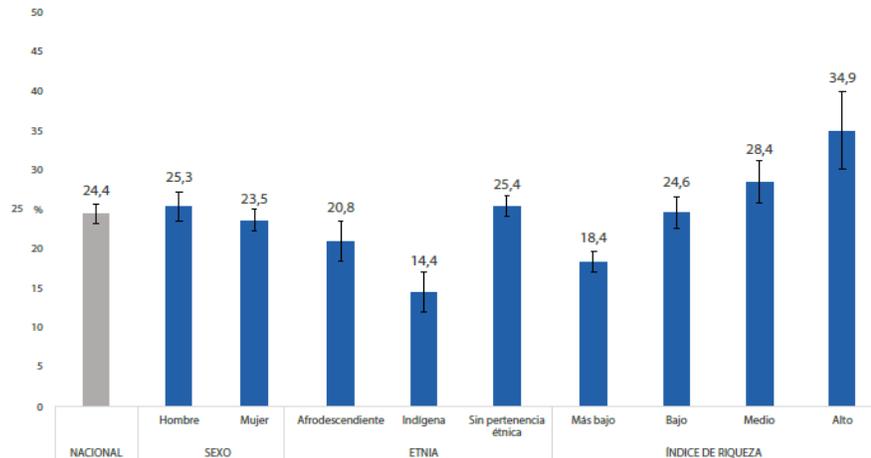


Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015

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



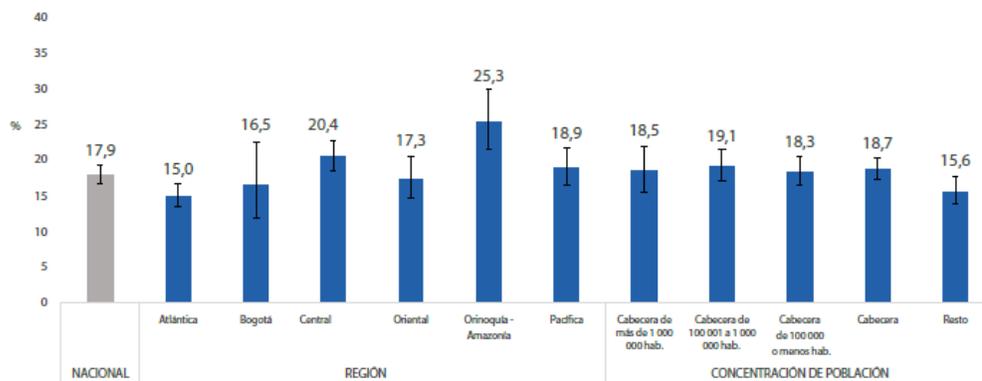
Gráfico 51. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 5 a 12 años por sexo, etnia e índice de riqueza, 2015



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

El exceso de peso en los adolescentes colombianos se incrementó al pasar de 15,5 % en la ENSIN 2010 a 17,9 % en la ENSIN 2015. Por sexo, se pueden observar diferencias de 6,3 p.p., con mayor proporción de exceso de peso en las mujeres adolescentes (21,1 %). La región Orinoquía- Amazonía es la que presenta la mayor prevalencia (25,3%) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).

Gráfico 52. Prevalencia de exceso de peso en adolescentes de 13 a 17 años por región y concentración de población, 2015

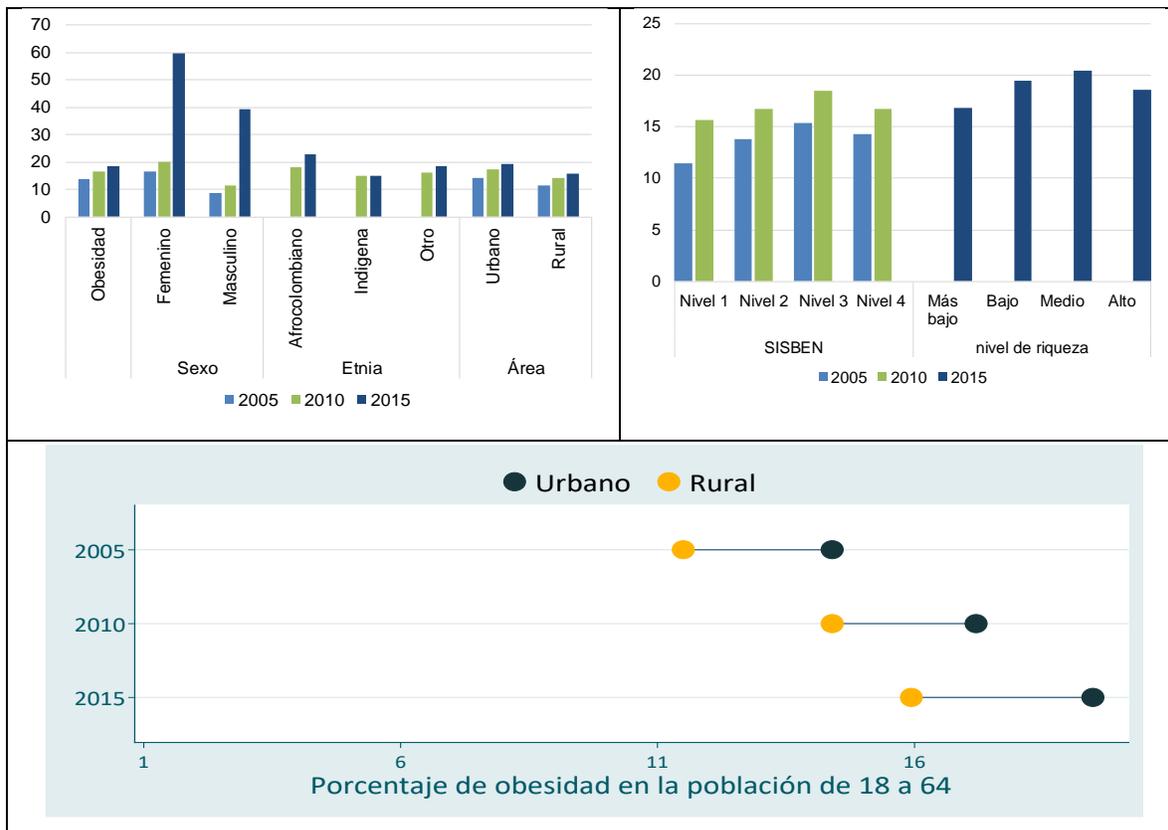


Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015



En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2015 fue de un 13,3% mayor que en 2010 al pasar 16,5 a 18,7, la población con obesidad es mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (14,4%), con una diferencia absoluta de 8,0 mujeres; un 18,1% mayor en el área urbana (19,5%) que en la rural (15,9%), con una diferencia absoluta de 3,5 por quintil de riqueza (20,5%) con respecto al quintil más bajo de riqueza (16,8%). Cabe señalar, que la medición de la obesidad abdominal predice el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la población adulta en Colombia, la cual presentó 56,5% de exceso de peso, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia - ENSIN 2015 (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015). La tendencia de la brecha de desigualdad por área de residencia graficada a través del equiplot, muestra que la desigualdad para la obesidad se ha mantenido a través del tiempo (Gráfico 53).

Gráfico 53. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según gradientes, 2005, 2010 y 2015

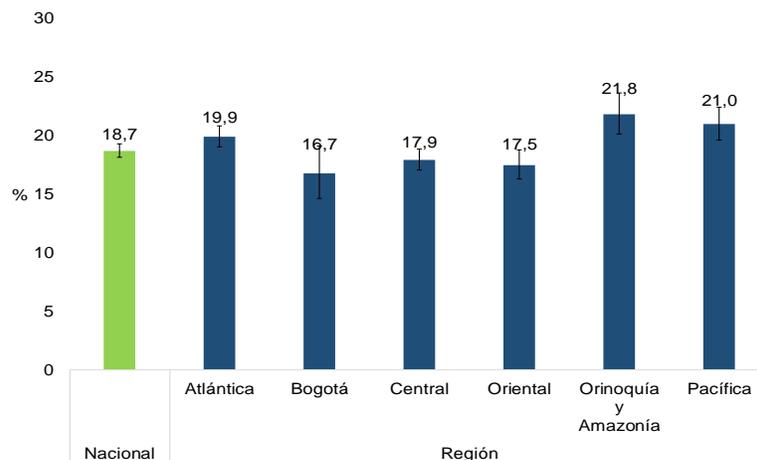


Fuente: elaboración a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2005, 2010 y 2015



La obesidad es más frecuente en las regiones Orinoquía y Amazonía (21,8%), Pacífica (21,0%) y Atlántica (19,9%) que superan el promedio nacional (18,7%). En contraste con el Distrito Capital Bogotá (16,7%), las regiones Oriental (17,5%) y Central (17,9), que registran 2,0, 1,2 y 0,8 puntos porcentuales menos que el promedio nacional, respectivamente (Gráfico 54) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).

Gráfico 54. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según regiones, 2015



Fuente: elaboración a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015.

Anemia

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



Inspección, vigilancia y control de alimentos y bebidas.

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

Frente a los avances en la implementación decreto 1500 de 2007, relacionado con el sistema de inspección, vigilancia y control de carne, con la implementación de los planes de racionalización departamentales, se buscó que las plantas de beneficio animal seleccionadas por las gobernaciones fueran sostenibles desde el punto de vista sanitario, técnico, económico y ambientalmente. En los últimos diez años, el número de plantas de beneficio, desposte, desprese y establecimientos acondicionadores de carne habilitados ha disminuido en forma sustancial, pasando de 1.627 establecimientos abiertos en 2008 a 511 a diciembre de 2021. Es así que, 198 establecimientos recibieron autorización sanitaria definitiva a diciembre 2021, discriminados en: 19 plantas de bovinos, 11 de porcinos, 46 de desposte, 24 de aves, 4 especiales de aves, 8 desprese, 2 autoconsumo bovino y 84 acondicionadores. En cuanto al número de Plantas de beneficio animal con Sistemas HACCP a diciembre de 2021 se encontraban 48 certificadas por el Invima.

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

Para estos establecimientos, a nivel nacional, en el primer trimestre de 2022, el Invima realizó 2641 visitas y emitió 1385 conceptos sanitarios, de los cuales solo 87 establecimientos obtuvieron concepto “Desfavorable” equivalentes al 3.29%, y 1201 establecimientos obtuvieron con concepto “Favorable”, correspondiente con un 45.48%. En el mismo periodo, se aplicaron 153 medidas sanitarias por parte del Invima, de las cuales



el 37 % conllevó suspensión total de trabajos o servicios y a un 30% se aplicó la destrucción o desnaturalización de productos. Así mismo, durante el primer trimestre del 2022 se presentaron 178 procesos administrativos sancionatorios iniciados y/o culminados.

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

Así mismo, en los departamentos, distritos y municipios durante el 2021 y en lo que va corrido de este 2022, se han realizado 415.490 visitas a establecimientos con corte a marzo de 2022, de las cuales se tienen 130.878 Conceptos Favorables, 235.814 Favorable con Requerimientos y 5.395 Desfavorables. Para el mismo periodo, igualmente y en atención a la normatividad sanitaria vigente, la ETS aplicaron 5.023 medidas sanitarias de seguridad. Es de aclarar que el Invima consolida la información remitida por las ETS.

Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETA

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



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

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

Factores conductuales, psicológicos y culturales

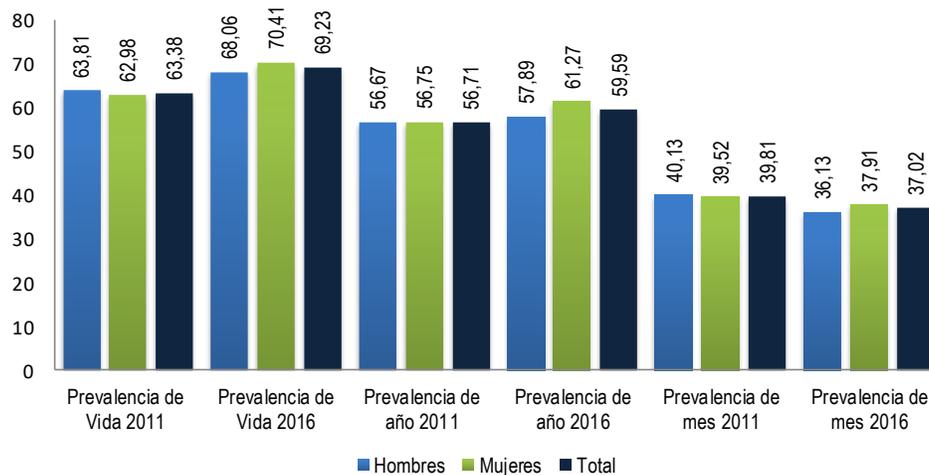
Consumo de alcohol

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



En Colombia el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016, realizado en población escolar, encontró la edad de inicio promedio en consumo de alcohol fue de 12,8 años en la población de estudio, en los hombres fue de 12,85 años y en las mujeres fue de 12,86 Latina. Así mismo, el 69,23% de los escolares declaró consumir esta sustancia alguna vez en la vida. La prevalencia de vida en hombres y mujeres se incrementó en 4,3 y 7,4 puntos respectivamente, asimismo, la prevalencia en los últimos años en hombres se aumentó en 1,2 p.p y en las mujeres 4,5 p.p. La prevalencia de mes descendió en hombre 4 p.p. y 2 p.p. en las mujeres (Gráfico 55). 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 (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016).

Gráfico 55. Prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 – 2016*



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

Fuente: Datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016.

Entre 2011 a 2016, en Colombia se incrementa en tres casos el consumo de alcohol en el último mes por 100 escolares de 12 a 18 años de edad. Los departamentos que han incrementado el consumo de alcohol en el último mes son Caquetá, Arauca, Casanare,



Guainía, Vichada, Santander, Magdalena, Huila, Bolívar, La Guajira, Chocó, Sucre, Córdoba, Atlántico y Nariño; pero también se aprecia que disminuyo 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 15) (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016).

Tabla 15. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, según departamentos, Colombia, 2011 - 2016

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

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

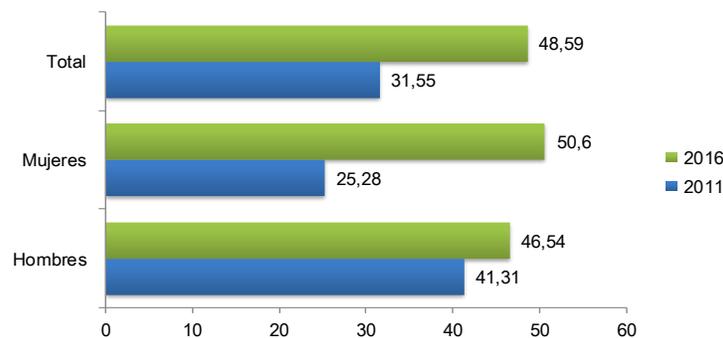
Fuente: Datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016

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 56) (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016).

Gráfico 56. Incidencia en el último año de consumo de alcohol en escolares, Colombia
2011 - 2016



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

Fuente: Datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016

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

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



El estudio de los efectos nocivos del consumo de alcohol ha permitido documentar los efectos sobre el estado de ánimo y el comportamiento que genera, al igual que las consecuencias socialmente lesivas de la embriaguez, como aumento de accidentes automovilísticos, delitos violentos y asesinatos. De la misma manera, se han 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 graves (Organización Mundial de Salud, 2006).

Consumo de tabaco

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

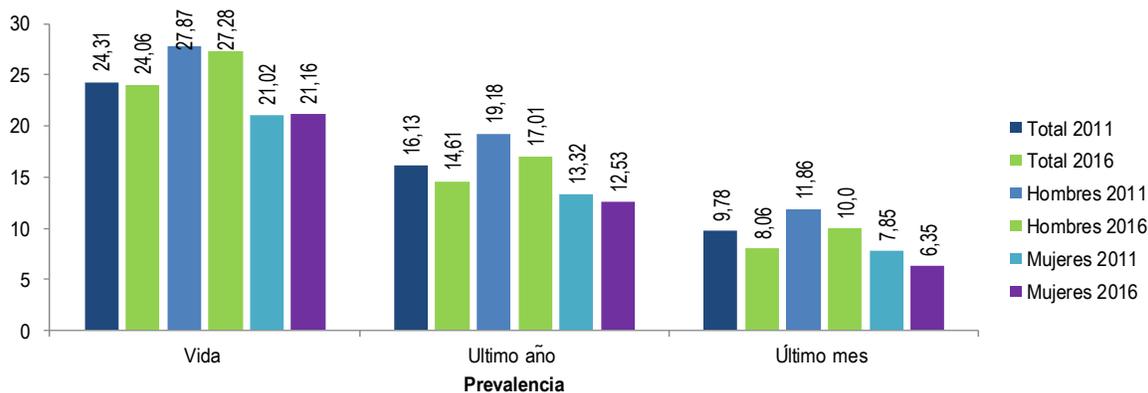
El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016, reportó que la edad de inicio para el consumo de tabaco en Colombia en promedio es de 12,9 años de edad. En hombres la edad de inicio es de 12,85 años y en las mujeres los 12,86 años de edad. El 25% de los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



y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016).

En 2016 la prevalencia de vida para el consumo de cigarrillo fue de 24,06 que describe un descenso de 0,25 p.p con respecto al 2011 (24,31%). La prevalencia del último año también muestra un descenso de 1,52 p.p al pasar de 14,61% en 2011 a 16,13% en 2013; y en 2016 se muestra que el consumo entre los hombres es 6,12 p.p más que en las mujeres para la prevalencia de vida, al registrar 27,3% y 21,2% respectivamente. Este mismo comportamiento por sexo se registró en el consumo de tabaco en el último año y en el último mes (Gráfico 57), apreciándose además que, el consumo de cigarrillo en el último mes es 0,7 p.p. más alto en zona urbana (8,1% IC95%: 7,61 – 8,75) en comparación con la rural (7,4% IC95: 5,47 – 9,38) (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016).

Gráfico 57. Prevalencia de vida, del último mes y año de consumo de tabaco en escolares Colombia 2011 - 2016



* 2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.
Fuente: Datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016

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



nivel de confianza del 95%, en relación con el consumo de cigarrillo en el último mes (Tabla 16) (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016).

Según datos de la Encuesta Nacional Tabaquismo en Jóvenes (ENTJ) de 13 y 15 años de edad, en 2017 la prevalencia de productos derivados del tabaco alguna vez en la vida se distribuyó, así: cigarrillo (22,0%), cigarrillo electrónico (15,4%), productos manufacturados diferentes a cigarrillo (11,7%), narguile o pipa oriental (8,9) y tabaco sin humo (7,9). Un 2,3 p.p mayor en el área urbana (9,4%) el área rural (7,1%) el consumo de cigarrillo en los jóvenes de 13 a 15 años. Por grupo étnico, los indígenas (10,6%) consumen más cigarrillo comparado con las otras etnias (8,1%) y los afrocolombianos (7,8%). Se registró más frecuencia de fumar en lugares públicos en Bogotá D.C. (45,6), Oriental (35,8), Pacífica (23,1), Central (21,4) en comparación con las regiones Orinoquía y Amazonía (17,9) y Atlántica (17,8). Las ciudades donde se fuman más los jóvenes en lugares públicos son Barranquilla (33,5%), Medellín (26,0%) y Cali (21,5%). La tendencia de la prevalencia del consumo de tabaco tuvo un comportamiento al descenso entre 2008 y 2019, según los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, aplicado en los años 2008, 2013 y 2019. La prevalencia nacional según el último dato es de 9,75% para población entre 12 y 64 años. (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016).



Tabla 16. Prevalencia de consumo de cigarrillo en el último mes, según departamentos, Colombia, 2016

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

* Datos para la región Orinoquia. 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.
Fuente: Datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2016, MSPS.



Sucedáneos e imitadores (Cigarrillos Electrónicos)

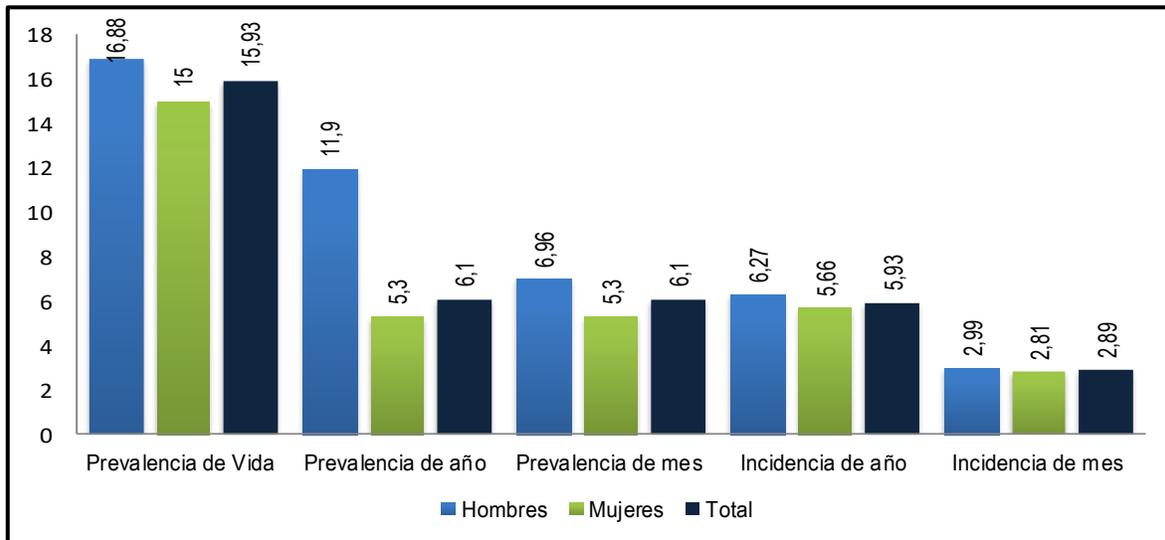
Estos productos emergentes, sucedáneos e imitadores de tabaco se vienen masificando en los últimos años en el país, los datos de prevalencia de consumo solo se midieron según la Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas de 2019, con una prevalencia de 0,067% para población entre 12 y 64 años. Encontrando cifras importantes de consumo en población entre 12 y 24 años (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2019). Se cuenta con datos importantes sobre la experiencia en el uso de cigarrillos electrónicos donde el 15,4% de los escolares entre 13 y 15 años reportó haberlos probado, según la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes de 2017 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Consumo de sustancias psicoactivas

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016, donde se analiza el uso de sustancias psicoactivas ilegales (marihuana, popper, cocaína, solvente, dick, otros alucinógenos, LSD, basuco y otras sustancias), encontró que un 15,9% de los escolares declararon haber usado al menos una de estas sustancias alguna vez en la vida, con una distribución de 16,9% para los hombres y 15,1% para las mujeres. Se registró una diferencia de seis p.p por área de residencia de los estudiantes encuestados, el 16,8% vivían en zona urbana y el 10,7% en la zona rural. El 6,1% de los encuestados han consumido alguna de estas sustancias en el último mes, y la frecuencia entre los hombres fue de 6,9% y entre las mujeres fue del 5,3%. La prevalencia año es mayor en hombres que en las mujeres, alcanzando porcentajes de 11,90 y 10,2%, respectivamente, para una razón hombre: mujer de 1,16 (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016) (Gráfico 58).



Gráfico 58. Prevalencia e incidencia del uso de sustancias ilícitas, 2016



Fuente: Datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016.

La edad promedio de inicio de consumo es de 13,6, casi sin diferencia entre hombres (13,65) y mujeres (13,55). Cabe resaltar, que la prevalencia en el uso de cualquier sustancia, en las mujeres (62,8%) es superior a la de los escolares hombres (59,8%). Esta diferencia está explicada por la declaración de mayor uso de alcohol en el último año en las mujeres respecto de los hombres. Cuando se excluye alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes, la situación se invierte y es mayor el uso entre los escolares hombres (11,9%) que en las mujeres (10,2%) (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 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 psicoactivas se incrementaron.



En Colombia durante el 2016, el consumo de alcohol, el hábito tabáquico y el uso de la marihuana son las sustancias más frecuentes consumidas por los escolares, de cada 100 escolares 70,74% declararon consumir alguna vez en su vida al menos una sustancia psicoactiva, con un incremento de 4,0 p.p (Tabla 17). La prevalencia de consumo de marihuana entre 2011 y 2016, se incrementó 4,1 p.p, de cada 100 escolares, el 11,07 consumieron alguna vez en su vida en 2016. (Tabla 14) La edad promedio de inicio del consumo es cercana a los 14 años, sin diferencias por sexos, para hombres (14,01) y mujeres (13,94). Además, 7,97 de cada 100 escolares habían consumido marihuana en el último año. Así mismo, de cada 100 escolares, 4,29 consumieron por primera vez durante el último mes (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016).

Tabla 17. 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, Cidrín)	0,33	1,38	0,21	1,02	0,1	0,59
Cualquier sustancia excepto tabaco, alcohol, tranquilizantes, estimulantes	12,06	15,93	8,65	10,97	4,68	6,1
Cualquier sustancia (todas las sustancias)	64,72	70,74	58,04	61,26	41,29	39,1

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

Fuente: Datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016

Los departamentos con mayor consumo de marihuana en escolares fueron Caldas (21,6%), Antioquia (18,4%), Risaralda (20,6%), Quindío (18,9%), Orinoquía (15,9%), Bogotá D.C



(16,5%) y Amazonía (16,8%). La segunda sustancia frecuencia en consumo es el popper en Caldas, Antioquia, Risaralda y Quindío. La tercera sustancia es la cocaína, con mayor consumo en Caldas, Antioquia y Quindío, dick en Risaralda, solventes en Orinoquía y Amazonía y popper en Bogotá. El basuco es la que aparece como la droga menos usada entre los escolares de Caldas, Antioquia, Risaralda, Quindío y Bogotá, dick en Orinoquía y heroína en Amazonía, así como la ciudad de Bogotá D.C. (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016) (Tabla 18).

Tabla 18. Prevalencia de vida en el consumo de sustancias psicoactivas en escolares en departamentos de mayor consumo, Colombia, 2016

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

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

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

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

Para este indicador se procesaron los resultados de la Encuesta Nacional de Sustancias Psicoactivas en Escolares 2016, Esta encuesta encontró que 15,9% de los niños encuestados reportaron haber consumido cualquier sustancia ilícita alguna vez en la vida. En niños desde el grado séptimo se encontró una prevalencia de 10,7% en este indicador



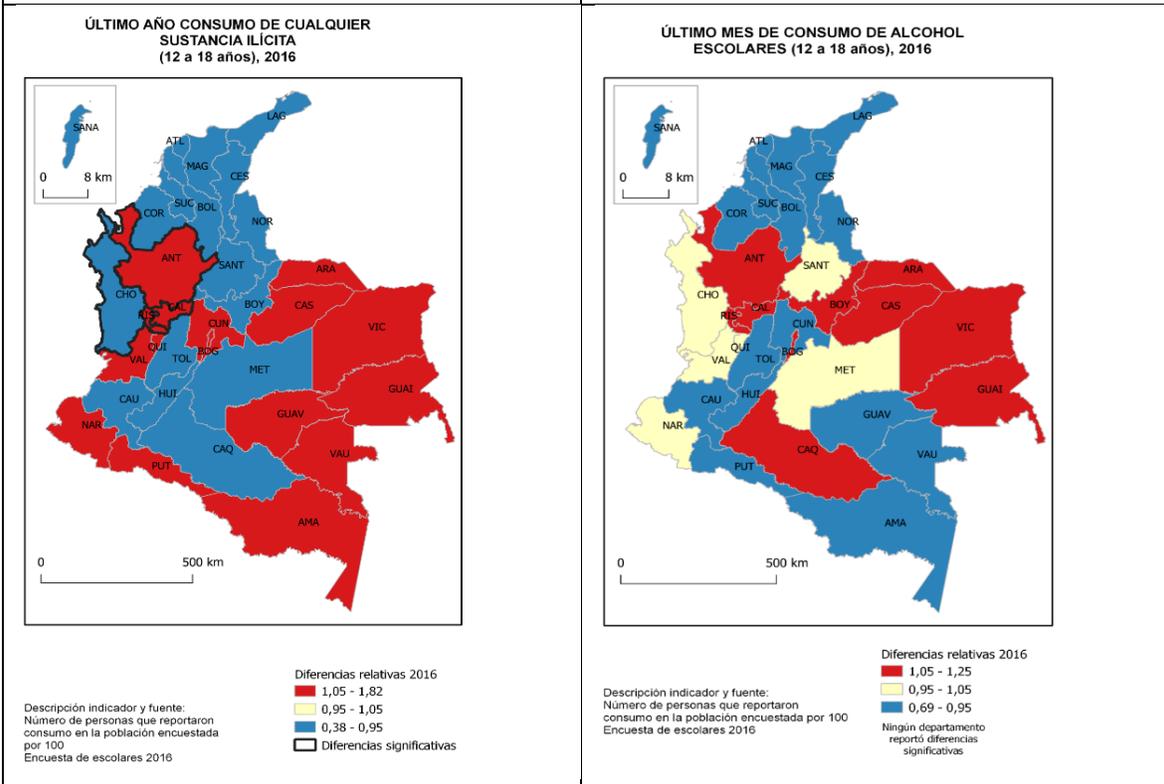
y para el grado once, este fue de 21,2%. Para el presente estudio, se procesó el indicador de prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año, la cual fue de 11% en el grupo de 12 a 18 años. Se observó que la mayoría de los departamentos del suroriente y sur occidente del país se encuentran sobre el promedio nacional en este indicador (mapa 21) y que, en los departamentos de Antioquia, Caldas y Risaralda, esta diferencia fue significativa. En contraste, el departamento del Chocó fue el único de los departamentos con promedio por debajo del nacional en el que está diferencia fue estadísticamente significativa (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016).

En cuanto al consumo de alcohol, la Encuesta Nacional de Sustancias Psicoactivas en Escolares (2016), reportó que la prevalencia de vida del consumo de alcohol fue de 69,2% mientras la prevalencia para este consumo en el último mes fue de 37%. Para este estudio se incluyó el indicador en la población entre 12 a 18 el cual fue del 26%. La prevalencia promedio nacional fue de 37% y en general se encontraron prevalencias por encima de 25% en todos los departamentos del país. En el análisis de diferencias relativas se encontró que 14 departamentos están por encima del promedio nacional (mapa 22), pero ninguna estadísticamente significativa (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, 2016).



Mapa 21. Diferencias relativas de último consumo de cualquier sustancia ilícita en Colombia en 2016.

Mapa 22. Diferencias relativas de último consumo de alcohol en escolares en Colombia en 2016.



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

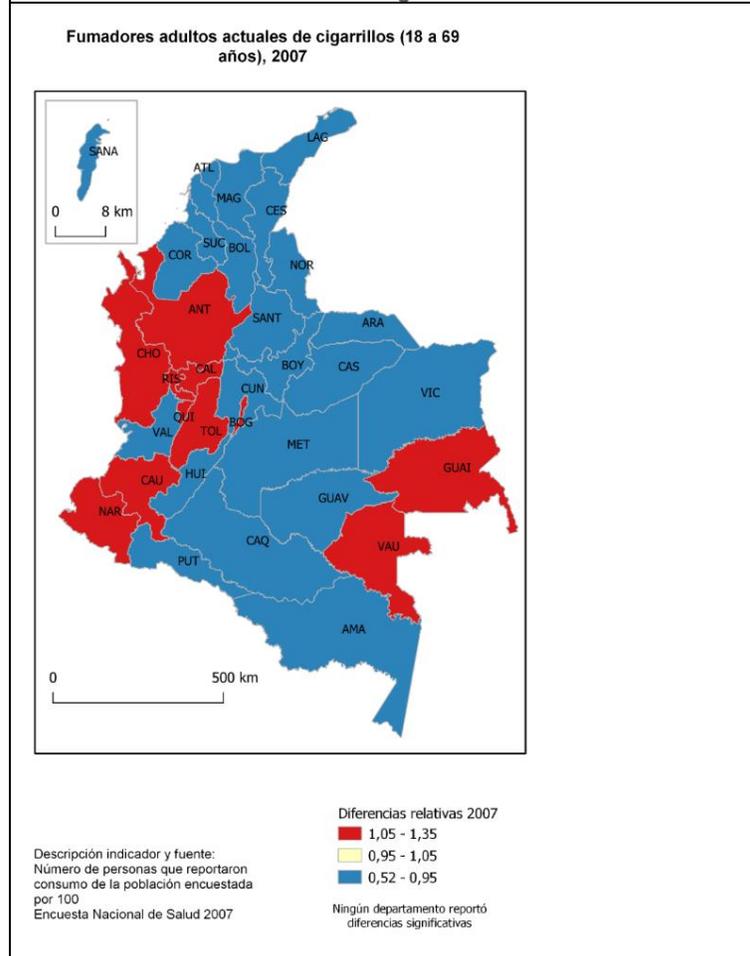
Fumadores adultos actuales

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

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



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



Fuente: Elaboración a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Escolar 2017

Actividad física

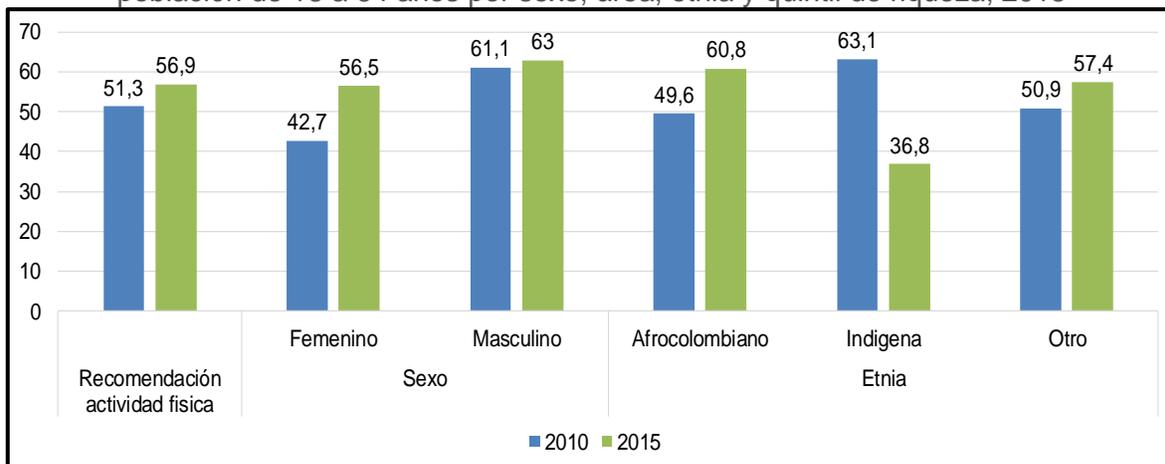
De acuerdo con los datos de la ENSIN 2015, en Colombia, el 31,1% de las personas entre 6 y 12 años cumplen con las recomendaciones de actividad física. En niños, la prevalencia en el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física a través del juego activo es de 35,8% en contraste al cumplimiento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



El 13,4% de los adolescentes entre los 13 y 17 años de edad cumple con la recomendación de realizar actividad física moderada a vigorosa durante 60 minutos al día. Para este momento de curso de vida, los hombres tuvieron una prevalencia de 18,7% y las mujeres 7,6%. Adicionalmente se observa una diferencia entre el área rural y la urbana con un cumplimiento del 14,4% y 13% respectivamente, con una diferencia de 1,4 p.p. En el escenario por etnias en Afrodescendientes (17,1%) acogen en mayor porcentaje la recomendación con respecto a los indígenas (12,9%). Ahora bien, según el quintil de riqueza los datos muestran que en el bajo alcanza 15,5% mientras en el alto 10,2% marcando una diferencia considerable de 5,3 p.p. Las regiones que muestran valores por debajo del valor nacional del cumplimiento en la recomendación corresponden a la Central (11,6%) y la oriental (12,7%) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).

Entre 2010 y 2015, incrementó en 5,6 p.p las personas que entre los 18 y 64 años cumplen con las recomendaciones de actividad física; al pasar de 51,3 en 2010 a 56,9 en 2015. Así mismo, las mujeres que realizan actividad física se incrementaron en 13,5 p.p. La prevalencia de actividad física para los afrocolombianos es de 60,8%, lo cual indica que 1,1 personas hacen actividad física más por cada 100 personas entre 18 y 64 años que en el grupo de otras etnias y 1,7 más que en la población indígena (Gráfico 59) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).

Gráfico 59. Porcentaje de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en población de 18 a 64 años por sexo, área, etnia y quintil de riqueza, 2015

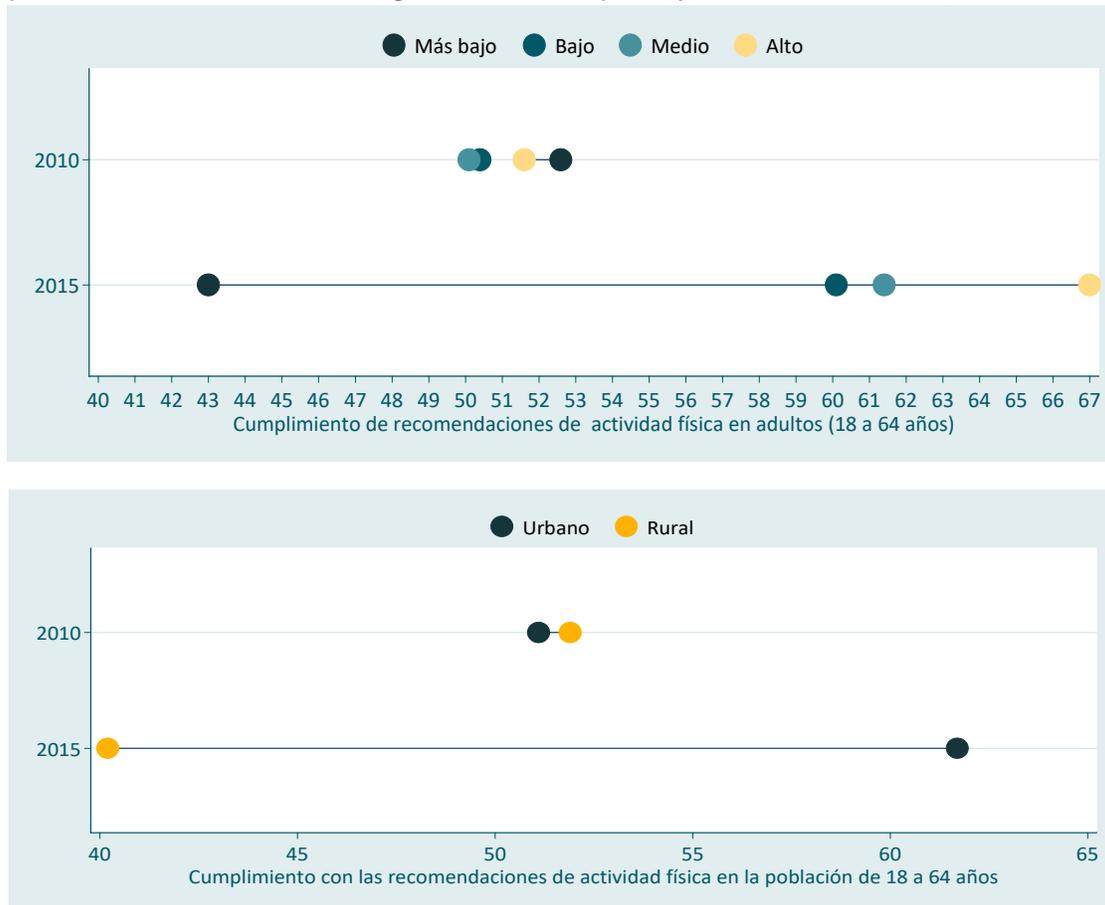


Fuente: elaboración a partir de los datos de la ENSIN en Colombia, 2010 y 2015.



Entre 2010 y 2015, por área de residencia se observa que la prevalencia de la actividad física es 10,6 p.p mayor en el área urbana que en el área rural y su tendencia en ambos casos tiende al incremento y la tendencia de la brecha de desigualdad por área ha incrementado. Por área quintil de riqueza, el quintil más bajo descendió en 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 60) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).

Gráfico 60. Ecuiplot del de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en población de 18 a 64 años según índice de riqueza y área de residencia, 2010 - 2015

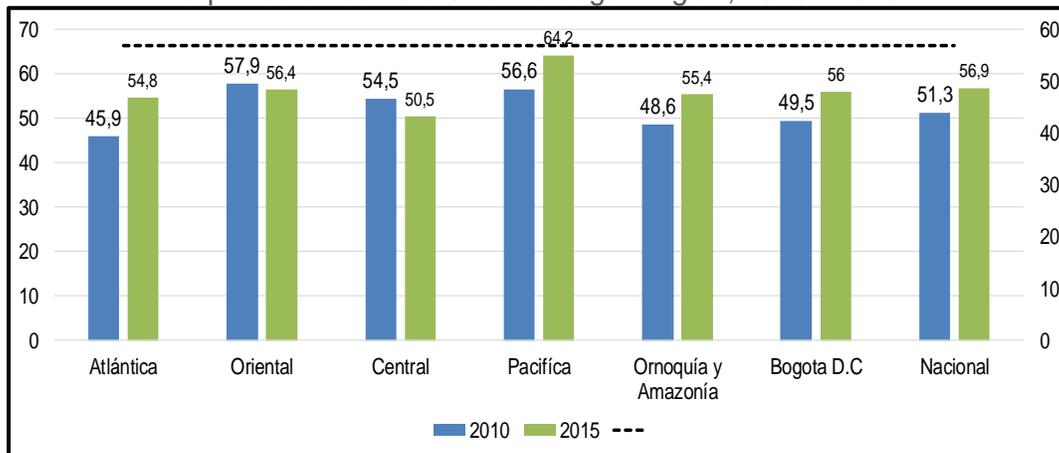


Fuente: elaboración a partir de los datos de la ENSIN Colombia, 2010 y 2015.



De acuerdo, con datos de la ENSIN 2010 y 2015, la prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años descendió en las regiones Central y Oriental en 4 p.p, y 1,5 p.p., respectivamente. En las regiones Atlántica, Pacífica, Orinoquía y Amazonía y Bogotá D.C describen una tendencia creciente (Gráfico 61) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).

Gráfico 61. Prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según región, 2010 - 2015



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

Uso de métodos anticonceptivos

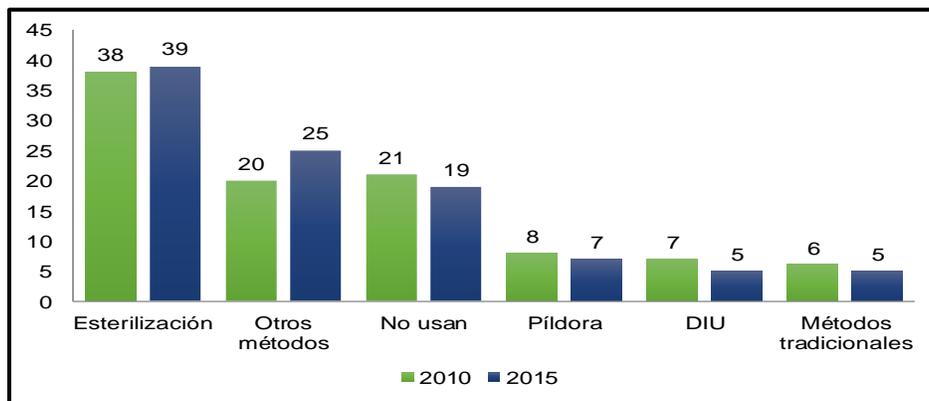
De acuerdo con los datos de la ENDS 2015, el conocimiento de los métodos de planificación es universal, entre las mujeres y hombres encuestados con edades entre 13 y 49 años; los métodos modernos específicos más reportados fueron el condón masculino (98,6%), píldora (97,6%) y la esterilización femenina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

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



hacían uso de algún método anticonceptivo en el momento de la encuesta. Entre 2005 y 2010, el uso de algún método anticonceptivo aumentó en 4,8 puntos porcentuales en todas las mujeres y ligeramente se incrementó en las actualmente unidas y en las no unidas sexualmente activas, con 0,9 y 0,6 puntos porcentuales (p.p.), respectivamente. Así mismo, se observó que la proporción de mujeres no unidas menores de 30 años hace más uso de métodos anticonceptivos y a los 35 años o más este disminuye, dando lugar a que las mujeres unidas lideren el porcentaje de uso. Entre 2010 y 2015, el comportamiento de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres en unión de 15 y 49 años de edad se incrementó en 2 puntos porcentuales, respectivamente. Otros métodos moderno aumento en cinco p.p el uso entre las mujeres unidas, los demás métodos se incrementaron en un p.p a excepción del uso del DIU, píldora y métodos tradicionales (Gráfico 62) (Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, 2015).

Gráfico 62. Uso de métodos de anticonceptivos en mujeres en unión entre 15 y 49 años, 2010 - 2015



Fuente: elaboración 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 19). Entre 2010 y 2015, Casanare, el archipiélago de San Andrés, Providencia y



Santa Catalina, Amazonas, Sucre, Cauca Cesar, Meta, La Guajira, Bogotá, Córdoba, Guainía y Boyacá son los territorios donde se incrementó el uso de métodos anticonceptivos, entre 3 y 7 puntos porcentuales con respecto a 2010. En contraste con Vichada, Atlántico, Cundinamarca, Caldas, Arauca, Putumayo y Vaupés que describen un descenso entre 1 y 16 p.p. con respecto a 2010. Por otra parte, entre 2005 y 2015, Guaviare (13,9), Casanare (10,1) Cauca (8,5), Magdalena (7,8), Caquetá (7,0), Cesar (6,4), Meta (6,3), Valle del Cauca (5,4), Norte de Santander (5,0) y Antioquia (4,7) son los departamentos en los que se ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres (Tabla 19) (Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, 2015).

Tabla 19. 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 a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015



Métodos anticonceptivos modernos

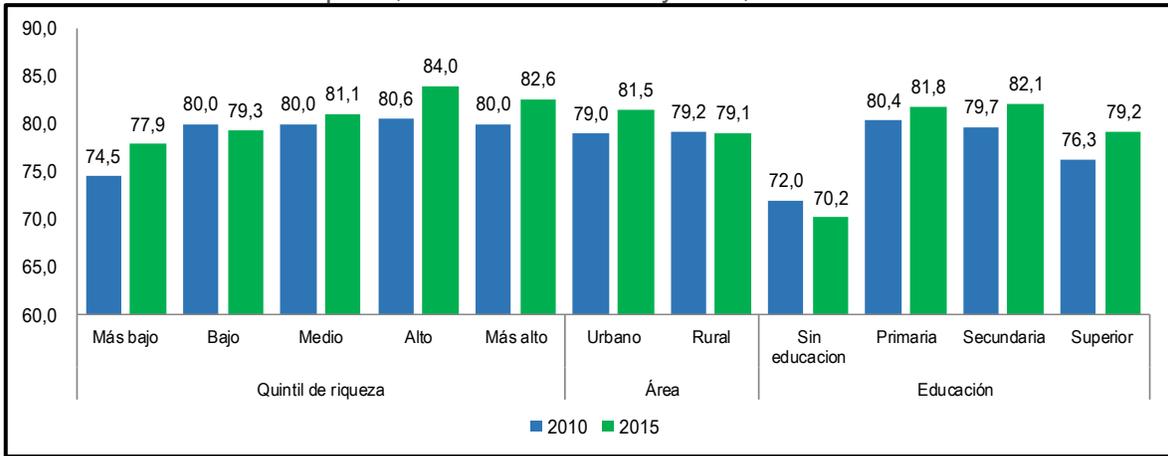
De acuerdo con el documento de Indicadores Básicos 2019 – Tendencias de la Salud en Las Américas de la OPS, la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos, en la Región de las Américas para 2019 fue de 69% y en América Latina fue de 70%. Algunos países que registraron valores por encima del promedio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

Según la ENDS 2015, en Colombia el uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres en edad fértil (15 – 49 años) unidas ha ido en incremento tanto en el área urbana como la rural. En 1990 se observa que el uso de estos métodos era más bajo en la población rural que en la urbana, pero con el tiempo esta brecha ha desaparecido a tal punto que para 2010 en el área urbana es de 79,0 y en el área rural es de 79,2. Entre 2010 y 2015, se incrementó en dos p.p. el uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres en edad fértil (15 y 49 años), al pasar de 79,1 en 2010 a 81,0 en 2015. Por área se observa un aumento de 2,5 p.p en el área urbana, al pasar de 79,0 a 81,5 entre 2010 y 2015, respectivamente. En área rural se observa que registra un valor similar entre 2010 (79,2) y 2015 (79,1) **Error! Marcador no definido.** La tendencia de la brecha de desigualdad muestra que la desigualdad por área se ha incrementado a través del tiempo (Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, 2015).

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



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

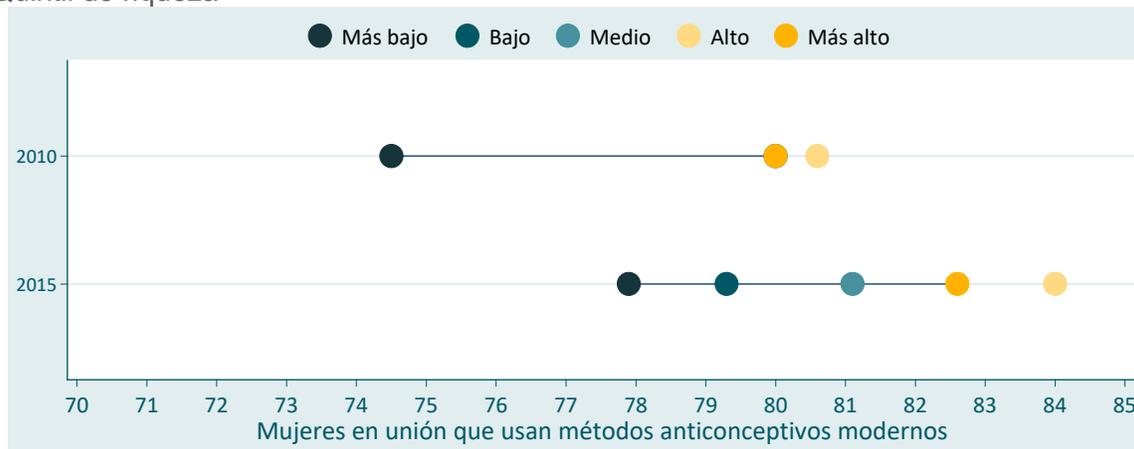


Fuente: elaboración a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015

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

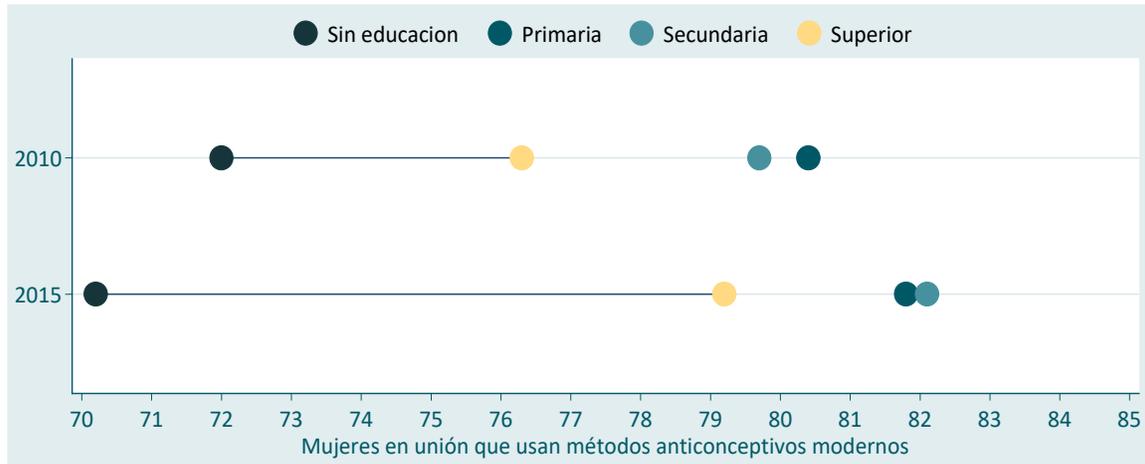
Gráfico 64. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 – 2015

Quintil de riqueza

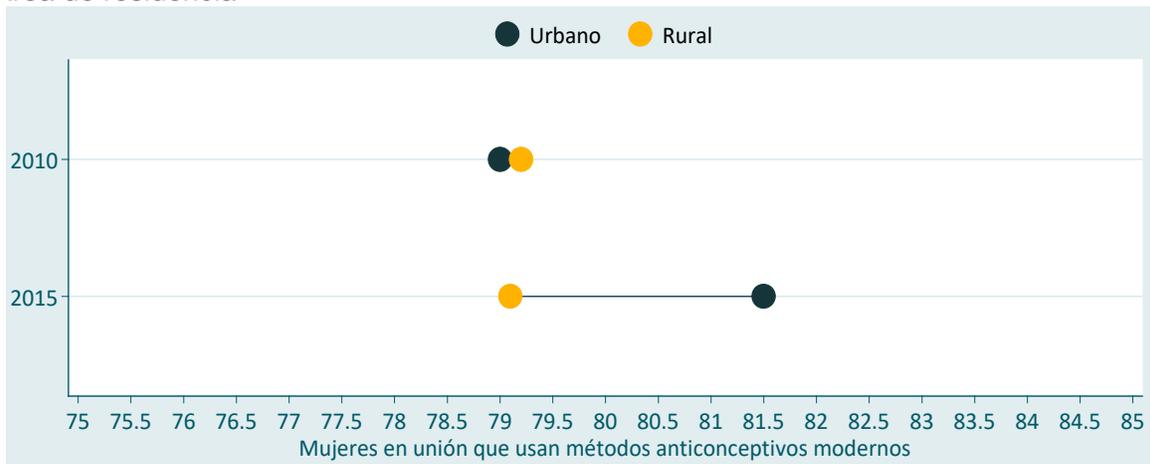




Nivel de educación



Área de residencia



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

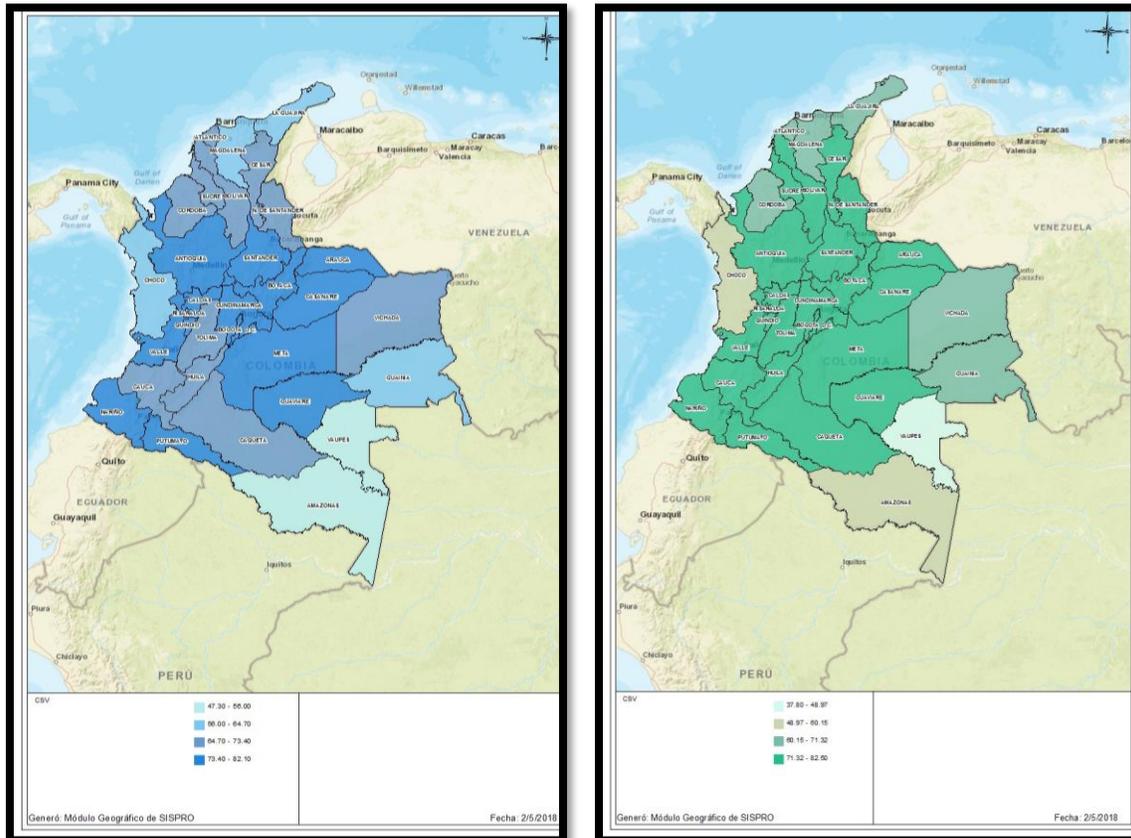
Entre 2010 y 2015, Santander, Vichada, Arauca, Caldas, Cundinamarca, Chocó y Vaupés son los territorios donde descendió el uso de métodos anticonceptivos modernos, este descenso fue de 0,2 y 9 puntos porcentuales con respecto a 2010 (Mapa 24) (Tabla 18) (Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia,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



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

2010

2015



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



Tabla 20. Uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas según departamento, 2010 – 2015

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

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

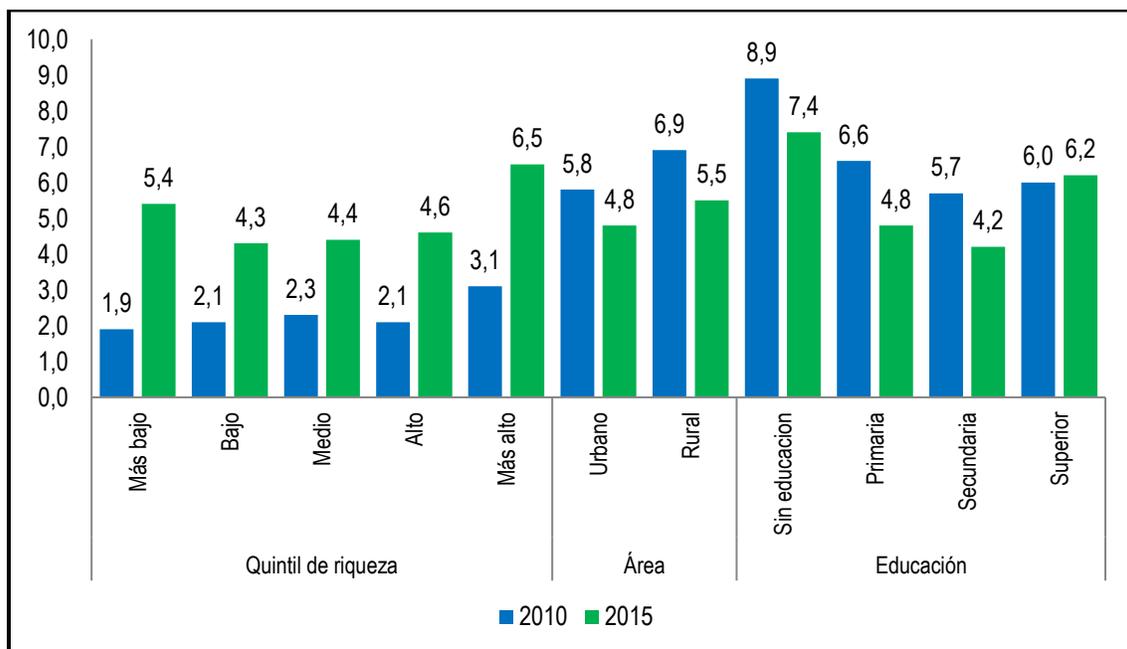


Métodos anticonceptivos tradicionales

Entre 2010 y 2015 por índice riqueza, en todos con quintiles se incrementó el uso de métodos de anticoncepción tradicionales en las mujeres. Los quintiles más bajo y más alto registraron un aumento de 3,5 y 3,4 p.p. en el uso de métodos anticonceptivos, respectivamente (Gráfico 63). La tendencia de la brecha, muestra que la desigualdad por quintil de riqueza es más estrecha y se ha mantenido a través del tiempo (Gráfico 65) (Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, 2015).

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

Gráfico 65. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 – 2015



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

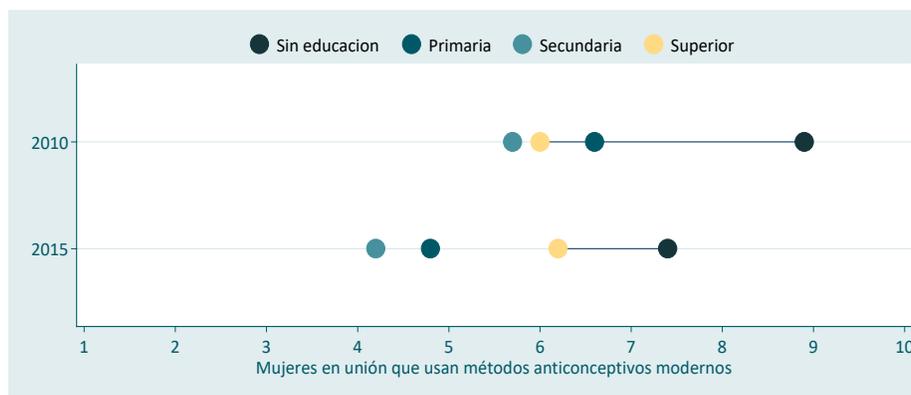


Gráfico 66. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015

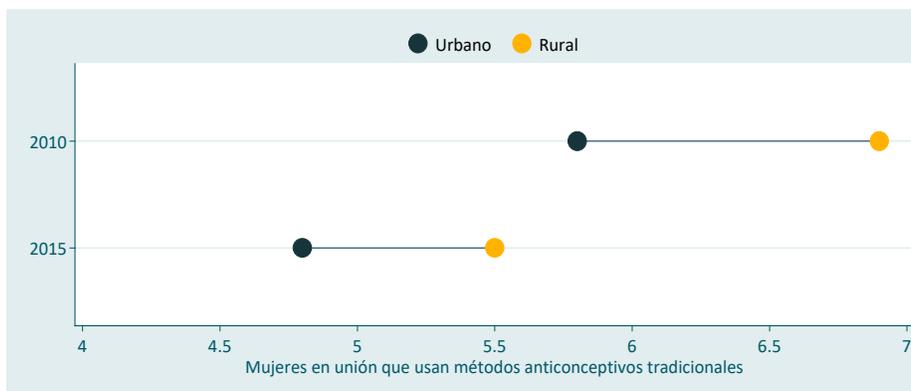
Quintil de riqueza



Nivel de educación



Área de residencia



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



Uso de métodos anticonceptivos en hombres

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

Tabla 21. Uso de los métodos anticonceptivos por hombres unidos según departamento, 2015

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

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



Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar “son todas aquellas lesiones sufridas en personas cuyos agresores son miembros de su familia o personas con las cuales ha tenido o se tiene un vínculo afectivo; entre ellas se incluye la violencia contra niños, niñas y adolescentes y la violencia de pareja en menores de 18 años”¹. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) durante el año 2021 realizó 18.043 valoraciones medicolegales por violencia intrafamiliar, de los cuales 5.145 (28,52%) corresponde a violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA), 10.960 (60,74%) hacia otros familiares y 1.938 (10,74%) hacia personas mayores de edad. Al respecto es importante resaltar que tanto en los casos de maltrato infantil como de violencia contra otros adultos puntuaron por debajo de la media durante el período 2012-2021, en cambio en adultos mayores sobrepasó con 179 casos (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

La violencia contra NNA en 2021, a diferencia del 2020, el maltrato contra niños y niñas en edades que oscilan entre 0 y 9 años de edad se incrementó (de 37,40% pasó a 37,78%) aunque levemente; mientras disminuyeron las agresiones hacia preadolescentes y adolescentes (de 62,60 a 62,22%). De igual forma, se resalta que en hechos de violencia contra el adulto mayor, la proporción de víctimas es similar para los dos sexos en los diferentes rangos, en cambio contra otros familiares el 54,11% corresponde a adultos entre 20 a 39 años de edad (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

Con respecto a la variable escolaridad, el 85,34% de los menores de edad valorados por violencia intrafamiliar se encontraban con algún nivel educativo, mientras las víctimas en la violencia entre otros familiares contaban –en su mayoría– con educación secundaria (52,86%), en cambio el 60,07% de lesionados de la tercera edad solamente alcanzaron a educación inicial o básica primaria. Predomina el estado civil soltero tanto en los casos de agresiones contra otros familiares como cuando la víctima corresponde a una persona de la tercera edad. El principal perpetrador de los hechos materia de investigación judicial por violencia intrafamiliar sigue siendo los progenitores o las figuras como el padrastro o

¹ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ficha Técnica Indicador: Tasa de violencia intrafamiliar. Código de indicador: 77



madrastra (78,01%) para los NNA, el hermano (28,35%) es el causante de agresiones a otros familiares y contra adultos mayores, el hijo (42,38%). El mecanismo causal más utilizado en este tipo de violencias es el elemento contundente (59,93% del total de casos). Las lesiones más frecuentes diagnosticadas fueron politraumatismo y trauma facial y en los miembros. El 81,79% de los hechos de violencia intrafamiliar ocurrieron en la vivienda, el 69,57% de las víctimas se encontraban realizando actividades vitales o relacionadas con el cuidado personal, el trabajo doméstico no remunerado en el propio hogar o relacionadas con el cuidado no pagado de los miembros del hogar. El mes que registró más número de casos de violencia contra NNA (530) y adultos mayores (203) fue septiembre, en cambio diciembre reportó 1.058 agresiones contra otros familiares; en cuanto a los fines de semana, especialmente, los domingos ocurren los actos violentos contra cualquier familiar (NNA, adulto mayor, otro familiar), en una franja horaria que inicia desde las 18:00 hasta las 20:59 horas (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes – NNA

En relación con el año anterior (2020) se identifica un leve incremento (1,49%), se pasó de 5.069 a 5.145 casos en 2021. De igual forma, se anota que entre 2013 y 2018 se mantuvo una tendencia oscilante entre 9.708 a 10.794 casos, y la media anual durante el decenio fue de 9.466 casos, con una tasa promedio de 62,27 casos por cada 100 habitantes, las más baja correspondió a 2020 y 2021 (35,46 y 36,00 casos por 100.000 habitantes); el año que más registró valoraciones no fatales a NNA durante el decenio analizado fue 2012, en 2020 y 2021 descendió de forma considerable al 50% (Gráfico 65) (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021) .



Gráfico 67. Lesiones no fatales por violencia contra niños, niñas y adolescentes, casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, años 2012-2021



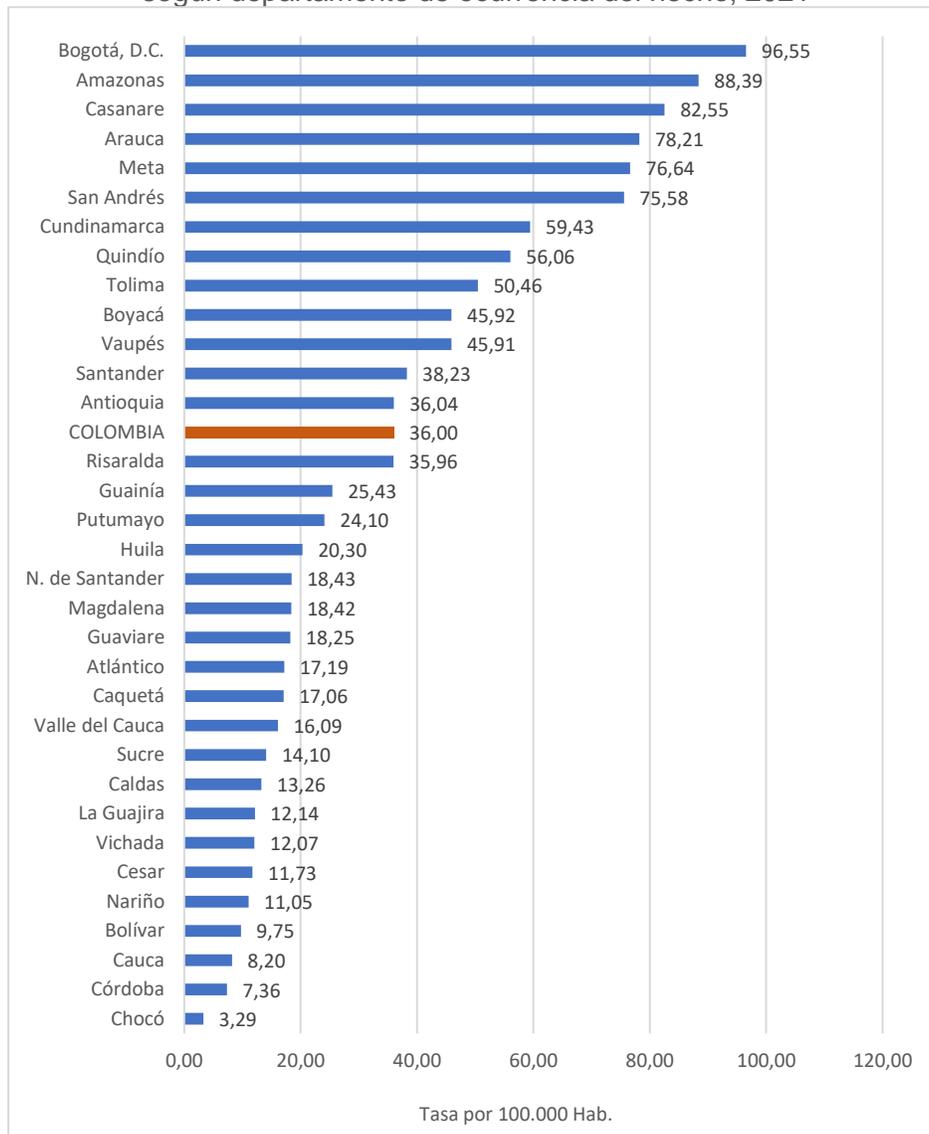
Fuente: FORENSIS, Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2021

Los departamentos con mayores tasas de violencia intrafamiliar contra menores por cada 100.000 habitantes, en su orden, fueron: Amazonas (88,39), Casanare (82,55), Arauca (78,21), Meta (76,64) y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (75,58); al respecto es importante anotar que al analizar la tasa de violencia contra NNA en mujeres, el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina puntúa con la mayor tasa (106,42) más que Bogotá D. C. (101,79). A continuación, se relacionan los departamentos que registran mayor número de casos: Antioquia (618), Cundinamarca (544), Meta (247), Santander (233) y Valle del Cauca (201) (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

En lo que respecta a los municipios, los siguientes presentaron las mayores tasas de violencia contra NNA por cada 100.000 habitantes: Capitanejo (488,15), La Vega (407,53), Chivatá (403,63), Guarne (399,45) y Taraira (372,30). De acuerdo con los números de casos, se registran más eventos de este tipo en la ciudad de Bogotá, D.C. (1.709), seguido de Medellín (258) y Villavicencio (176). La ciudad que registró mayor número de casos de violencia contra NNA fue Bogotá, D.C. (1.709), esto representa una tasa de 96,55 por cada 100.000 habitantes (Gráfico 66) (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).



Gráfico 68. Tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2021

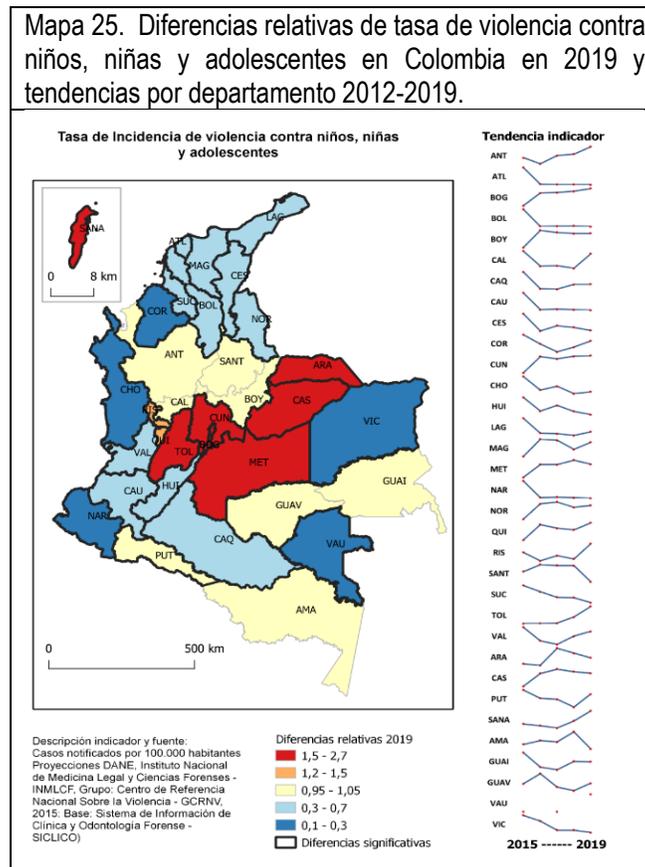


Fuente: elaboración a partir de los datos de FORENSIS, Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2021

La violencia contra niños, niñas y adolescentes ha presentado un incremento en la tasa de incidencia desde el año 2016 (67,2 a 73,7 casos notificados por cada 100.000 en 2017 y 2018, respectivamente). Las tasas más altas respecto del promedio nacional se encuentran en los departamentos de Tolima, Cundinamarca, Casanare, Meta, Arauca y San Andrés. Estas diferencias relativas fueron superiores a 1.5 puntos en el valor de la tasa estadísticamente significativas para los departamentos mencionados. El entendimiento de



este evento ha incrementado en la última década y las definiciones, así como los instrumentos para captar la información han sido cada vez más refinados. Esto podría explicar el incremento marcado desde 2016 (mapa 25).



Fuente: elaboración a partir de los datos de FORENSIS, Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Según el estudio de la desigualdad por años promedio de educación y PIB per cápita, se observa que en la violencia contra niños niñas y adolescentes hay una clara brecha entre los quintiles con mayor ventaja educativa y de ingreso que presentan altas tasas de incidencia a través de los años, que aquella población en el quintil con menor ventaja en educación e ingreso. Esta brecha es más visible cuando se analizan los años promedio de educación y a la luz de lo mencionado para el análisis de la tendencia por quintiles, esto refuerza la hipótesis de la mayor sensibilización poblacional con el tema que puede incrementar el reporte.



Violencia contra la población adulta mayor

En el último decenio, el sistema medicolegal realizó 17.591 valoraciones por violencia intrafamiliar en contra de la población adulta mayor, es decir, con un promedio anual de 1.759; este resultado sobrepasó la media anual con 179 casos en 2021. Durante el período analizado, los registros correspondientes a 2018 puntúan (2.261; 12,85% de los casos) y 2019 (2.369; 13,47% de los casos), a su vez 2013 es el año con menos valoraciones de este tipo de violencia (1.369; 7,78% de los casos). En 2020 se valoraron en el INMLCF 1.495 víctimas de la tercera edad y en 2021 1.938, nuevamente se registra un ascenso tanto de la tasa por cien mil habitantes (5,31 puntos), como en el número de informes periciales por agresiones físicas realizados al adulto mayor, frente a lo cual llama la atención que se presenta tendencia histórica al aumento de personas de edad avanzada víctimas de violencia intrafamiliar (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

Gráfico 69. Lesiones no fatales por violencia contra el adulto mayor, casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, años 2012-2021



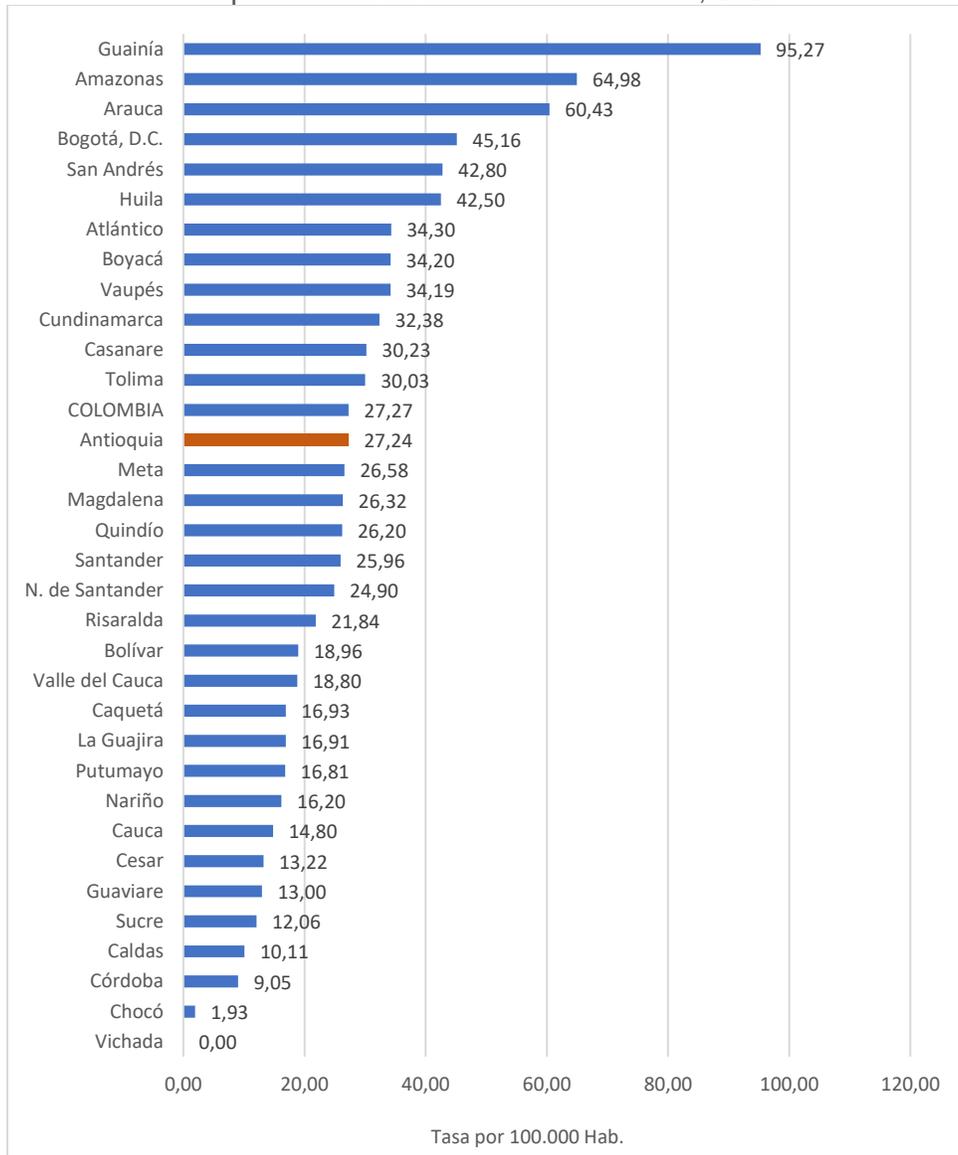
Fuente: FORENSIS, Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2021

Las mayores tasas de violencia intrafamiliar contra la población adulta mayor por cada 100.000 habitantes se presentaron en los departamentos de: Guainía (95,27), Amazonas (64,98), Arauca (60,43), Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (42,80) y Huila (42,50), al analizarlas por número de casos aparece en su orden: Antioquia (277), Cundinamarca (149), Valle del Cauca (140), Atlántico (119) y Santander (89). De acuerdo con los números de casos, se registran más eventos de este tipo en la ciudad de Bogotá,



D. C. (503; 25, 95%), seguida de Medellín (148; 7,64%), Barranquilla (75; 3,87%), Santiago de Cali (72; 18,92%) y Cartagena de Indias (40; 2,06%) (Gráfico 68) (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

Gráfico 70. Tasa de violencia contra adultos mayores por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2021



Fuente: elaboración a partir de los datos de FORENSIS, Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2021



Violencia entre otros familiares

Otra forma de violencia intrafamiliar es la ejercida contra otros familiares en los rangos de edad de los 18 a 59 años; se ha registrado un número histórico considerable de agresiones entre otros familiares, con un comportamiento uniforme desde 2014 a 2019 y un descenso considerable en pandemia (Covid-19), de 15.440 en 2019 decayó por debajo de la media a 10.060 reconocimientos medicolegales realizados a otros familiares lesionadas durante 2020. En 2021, se evidencia de nuevo un aumento significativo de 8,84%, correspondiente a 900 casos más con respecto al año anterior y un incremento en la tasa de 2,59 puntos (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

Gráfico 71. Lesiones no fatales por violencia entre otros familiares, casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, años 2012-2021



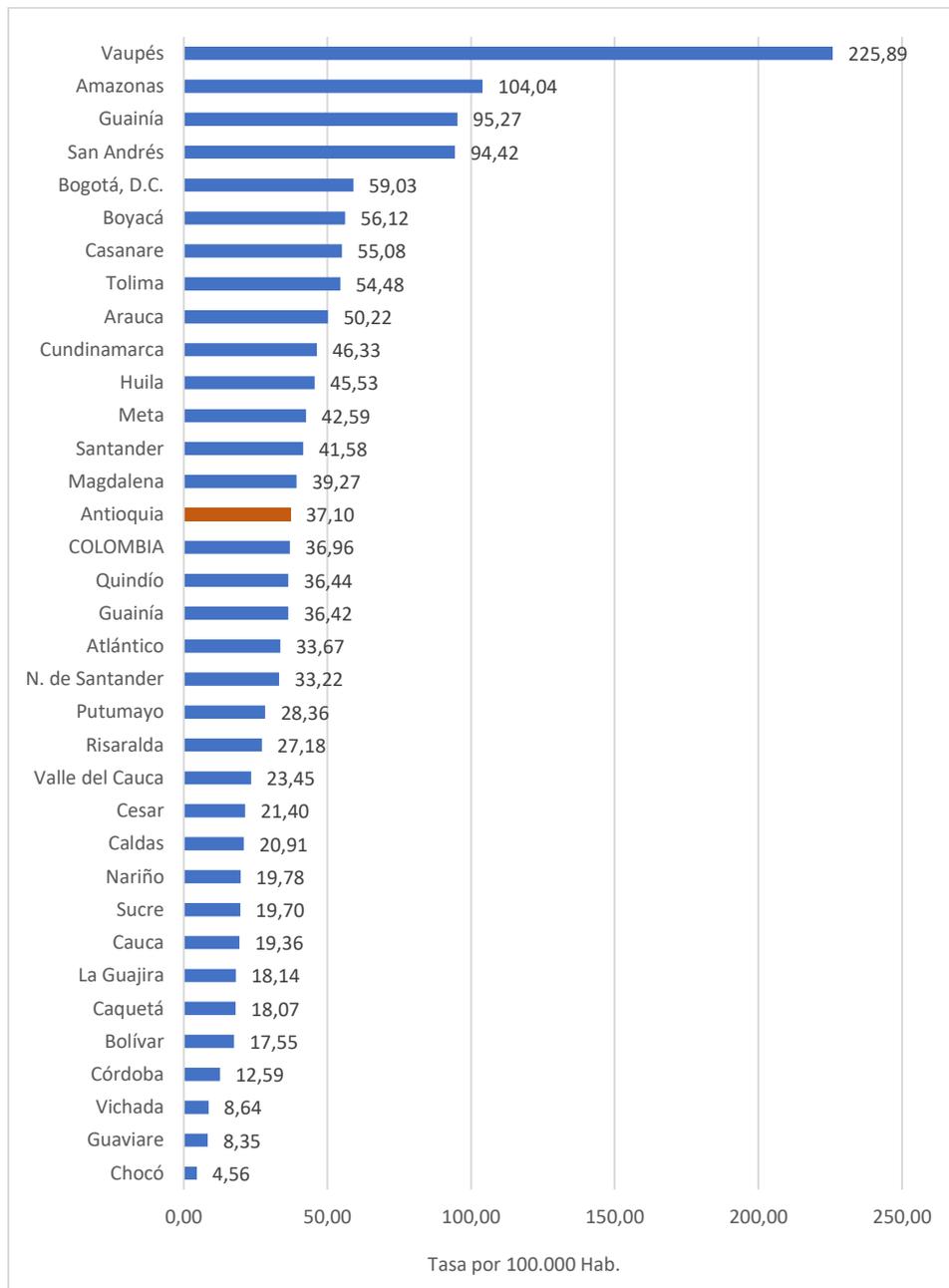
Fuente: FORENSIS, Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2021

Los departamentos con mayor registro de casos de violencia entre otros familiares es Antioquia y Cundinamarca, 1.503 y 925, respectivamente, en tercer lugar se encuentra Valle del Cauca (563), seguido de Santander (563) y Atlántico (540); y los departamentos donde se presentaron las mayores tasas de violencia intrafamiliar contra otros familiares por cada 100.000 habitantes fueron: Vaupés (225,89), Amazonas (104,04), Guainía (95,27), Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (94,42), Boyacá (56,12) y Casanare (55,08). Las ciudades que lideran con el número de casos de violencia contra



otros familiares fueron, en su orden: Bogotá (2.922), Medellín (741), Cali (334), Barranquilla (326) y Soacha (223) (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

Gráfico 72. Tasas de violencia entre otros familiares por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2021



Fuente: elaboración a partir de los datos de FORENSIS, Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2021



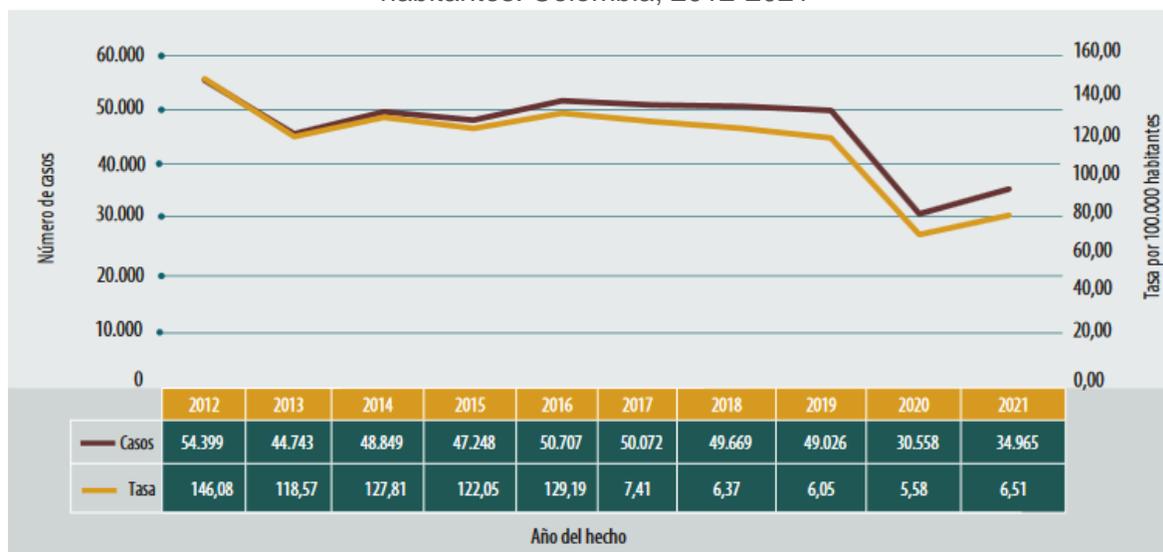
Violencia no fatal de pareja

La violencia de pareja representada en el análisis de las lesiones no fatales en el contexto de las relaciones de pareja, valoradas en el INMLCF aporta elementos para diferenciar las violencias basadas en el género y visibilizar los factores que perpetúan su ocurrencia. Este tipo de lesiones se vio reducido desde 2020 por la pandemia por Covid-19, aunque se incrementó durante 2021. Durante 2021 la violencia física por parte de la pareja siguió siendo más frecuente contra las mujeres, en una razón de siete mujeres por cada hombre. El grupo etario más afectado para ambos sexos fue entre los 25 y 49 años y, específicamente, en mujeres entre 25 y 29 años (22%), con un grado de escolaridad secundaria o menor (77%) y estado civil unión libre (hombres, 43,68% y mujeres, 41,96%). El 5,19% de las personas valoradas fueron de origen venezolano. Las agresiones fueron, en su mayoría, perpetradas por el compañero permanente 42,66%, aunque el 36,18% de violencia fue ocasionada por la expareja. El lugar de los hechos fue la vivienda de zonas urbanas en 72,9% de las valoraciones (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

Durante 2021, entre el 1º de enero y el 31 de diciembre, se registraron 34.965 informes periciales de lesiones no fatales en el contexto de la violencia de pareja, lo cual representa un aumento de 4.407 casos respecto a 2020. Esta cifra se mantiene por debajo del promedio de los 10 años precedentes al inicio de la pandemia, representa el 72% de los 48 mil casos promedio registrados en la década previa. Se muestra el número de casos y las tasas por cien mil habitantes de las valoraciones por lesiones no fatales en violencia de pareja, durante los últimos 10 años. En 2021, la tasa de lesiones no fatales por violencia de pareja fue de 80,99 casos por cada cien mil habitantes (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).



Gráfico 73. Lesiones no fatales por violencia de pareja, casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2012-2021



Fuente: FORENSIS, Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2021

En la distribución geográfica del número de casos y tasas por sexo y total de los casos de violencia física de pareja valorados durante 2021 se identificaron 34.965 valoraciones realizadas, en 27 casos no se registró la información del municipio donde ocurrieron los hechos. Se identificaron 861 municipios donde se realizaron las valoraciones medicolegales (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

Los municipios con las tasas más bajas, menores a cinco valoraciones por cada cien mil habitantes, fueron Uribia y Manaure en La Guajira, San Marcos y Sucre en Sucre, Ayapel y Tierra Alta en Córdoba, Piendamó, Toribío, Inzá, El Tambo y Timbiquí en el Cauca, La Unión en el Valle del Cauca, Santa Rosa del Sur y Achí en Bolívar, Samaniego y Barbacoas en Nariño, San Martín y San Alberto en Cesar, Bajo Baudó y Riosucio en Chocó, Cáceres en Antioquia, Quinchía en Risaralda y Sardinata en Norte de Santander. A su vez los departamentos con las tasas más bajas, inferiores a 40 valoraciones por cada cien mil habitantes, en su orden: Vichada (17,32), Chocó (25,55), Córdoba (26,51) y Caldas (36,92) (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

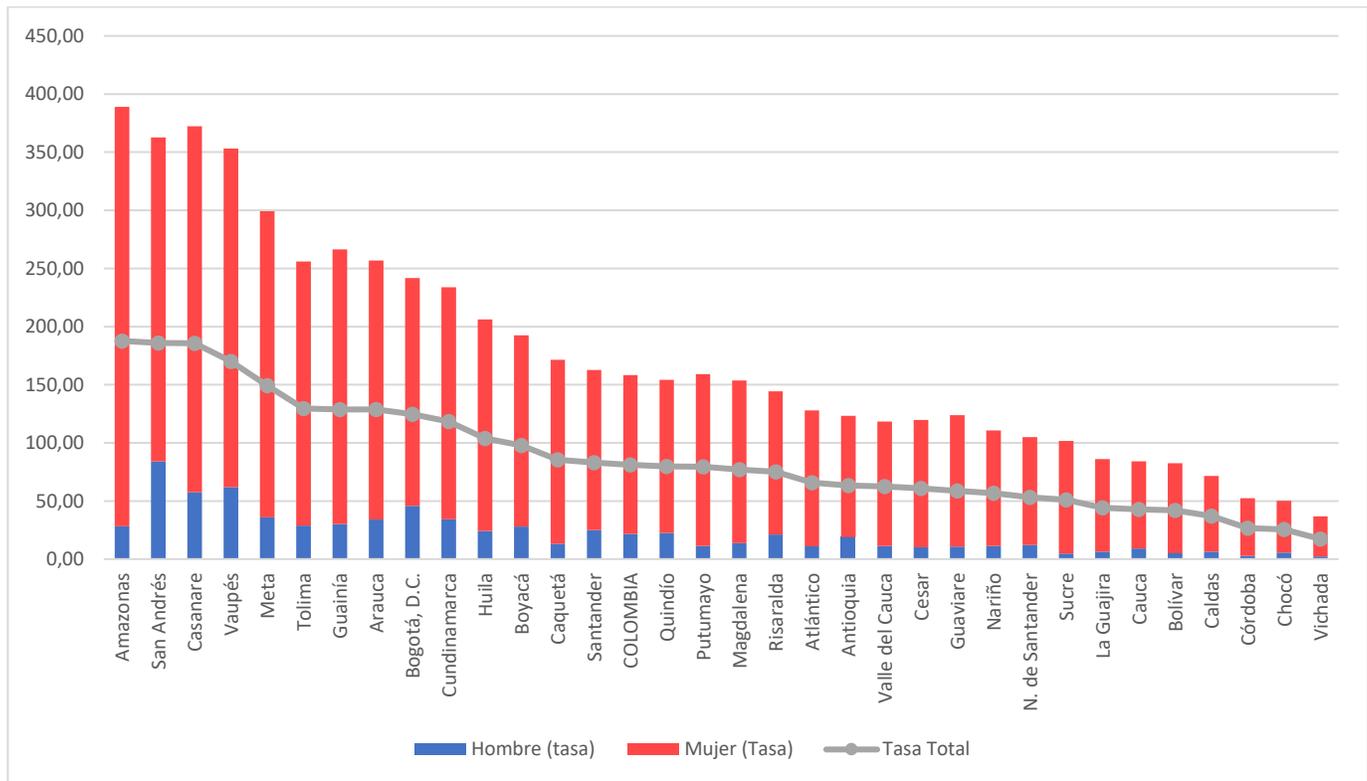


Por el contrario, los municipios con las tasas más altas, mayores a 240 valoraciones por cada cien mil habitantes, fueron en orden ascendente: La Vega (Cundinamarca), Yopal (Casanare), Acacías (Meta), Cachipay (Cundinamarca), Yaguará (Huila), Ubaque y Cucunubá (Cundinamarca), Güepa (Boyacá), Leticia (Amazonas), Gutiérrez (Cundinamarca), Cabuyaro (Meta), Maní (308,19) y Aguazul (311,93) en Casanare, Lenguaque (313,58) en Cundinamarca, Murillo (319,26) en Tolima, Guayabetal (324,56) y Anapoima (327,5) en Cundinamarca, Viracachá (328,14) en Boyacá, Barranca de Upía (359,51) en Meta y Suratá (384,73) en Santander. Los departamentos con tasas más altas por cada cien mil habitantes fueron Amazonas (187,65), Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (185,83), Casanare (185,73) y Vaupés (170,02) (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

Se pueden apreciar municipios en los cuales hay diferencias respecto a si la violencia física por la pareja recae en el hombre o en la mujer. De tal manera que en Atrato (Chocó) hubo dos hombres valorados y ninguna mujer, en tanto que en Sáchica (Boyacá), La Merced (Caldas), Almaguer y Piendamó (Cauca), San Alberto (Cesar), Quipile (Cundinamarca), Cacahual (Guainía), Imués (Nariño), La Celia (Risaralda) y Matanza (Santander) un hombre y ninguna mujer. En otro sentido, hay 457 municipios en los cuales no se valoró ningún hombre, pero sí se valoraron mujeres víctimas de violencia física por parte de sus parejas. De los cuales Paratebuena, Fosca y Choachí (Cundinamarca), Carmen de Apicalá (Tolima), Puerto Parra (Santander), Taraira (Vaupés), Chaguaní (Cesar), San Luis (Antioquia), Colombia (Huila) y El Calvario (Meta) tuvieron las tasas más altas, mayores a 300 casos por cada cien mil habitantes (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).



Gráfico 74. Tasa de violencia de pareja por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2021



Fuente: elaboración a partir de los datos de FORENSIS, Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2021

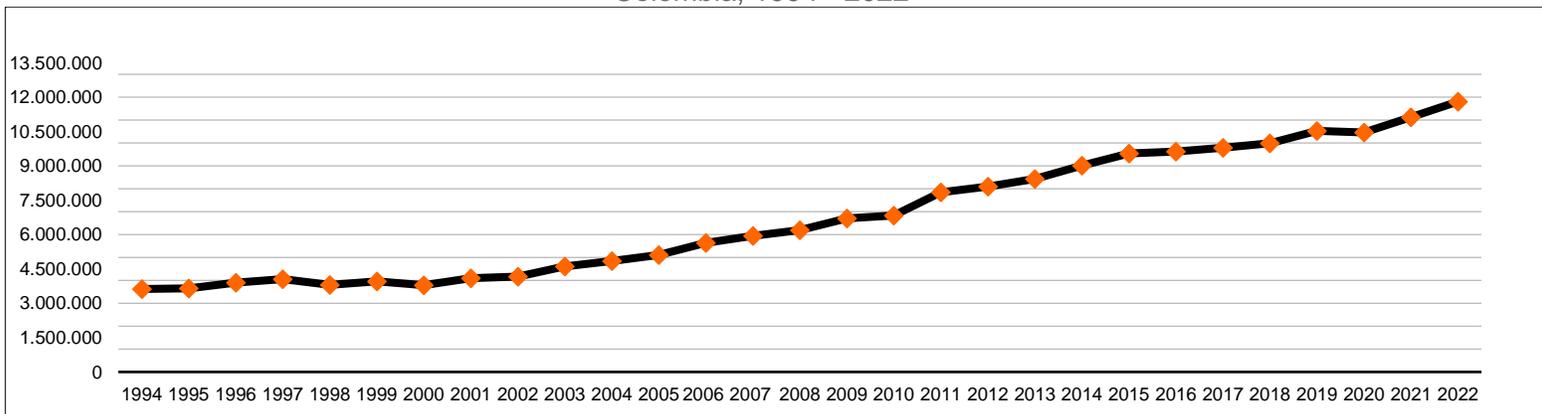


Condiciones laborales

Trabajadores afiliados dependientes e independientes

La afiliación al SGSSS y al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) tiene una tendencia creciente desde 1994, observándose que entre 2005 y 2022 su aumento ha sido considerable al pasar de 5.104.050 en 2005 a 11.808.311 en 2022 trabajadores vinculados al SGRL. El 87,5% (10.326.435) corresponde a trabajadores dependientes (son los afiliados que tienen un empleador mediante un contrato de trabajo o una relación laboral legal) y el 8,1% (953.115) corresponde a trabajadores independientes (son los afiliados que no están vinculados a un empleador mediante contrato de trabajo (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2022), por lo tanto, los aportes al SGRL se encuentran a su cargo, salvo que el contratante realice actividades clasificadas con riesgo IV o V.) (Congreso de Colombia, 2012) (Gráfico 75).

Gráfico 75. Número de trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales Colombia, 1994 - 2022



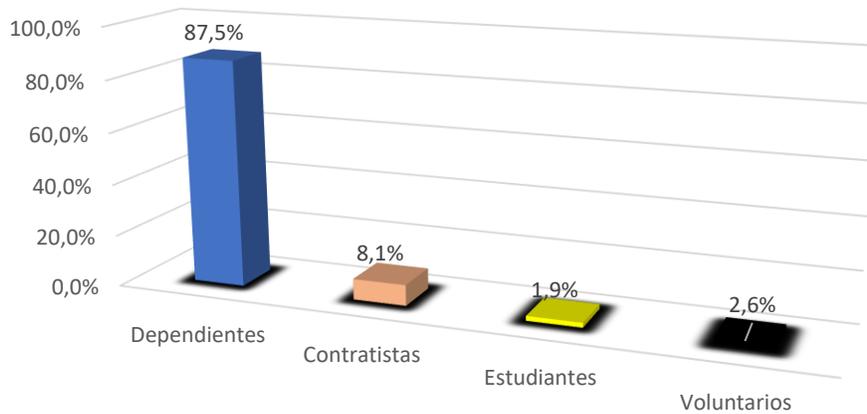
Fuente: Administradoras de Riesgos Laborales - Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Riesgos Laborales.

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 8,1% (953.115) en 2022, por su parte los estudiantes representan el 1,9% (224.285) y los voluntarios el 2,6% (304.476), esto se explica por la acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) y la expedición de



normatividad que amplía la cobertura (Gráfico 76) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Gráfico 76. Proporción de trabajadores dependientes, independientes, estudiantes y voluntarios afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales. Colombia, 2022



Fuente: Administradoras de Riesgos Laborales - Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Riesgos Laborales.

En relación con el tipo afiliado al SGRL por sectores económicos, se observa que los trabajadores dependientes pertenecen a empresas dedicadas al servicio inmobiliario, el comercio, la educación y la construcción. En cuanto a los trabajadores independientes, el mayor número de afiliados trabajan en los sectores de administración pública y defensa; Servicios comunitarios, sociales y personales, Servicios sociales y de salud, y, educación.

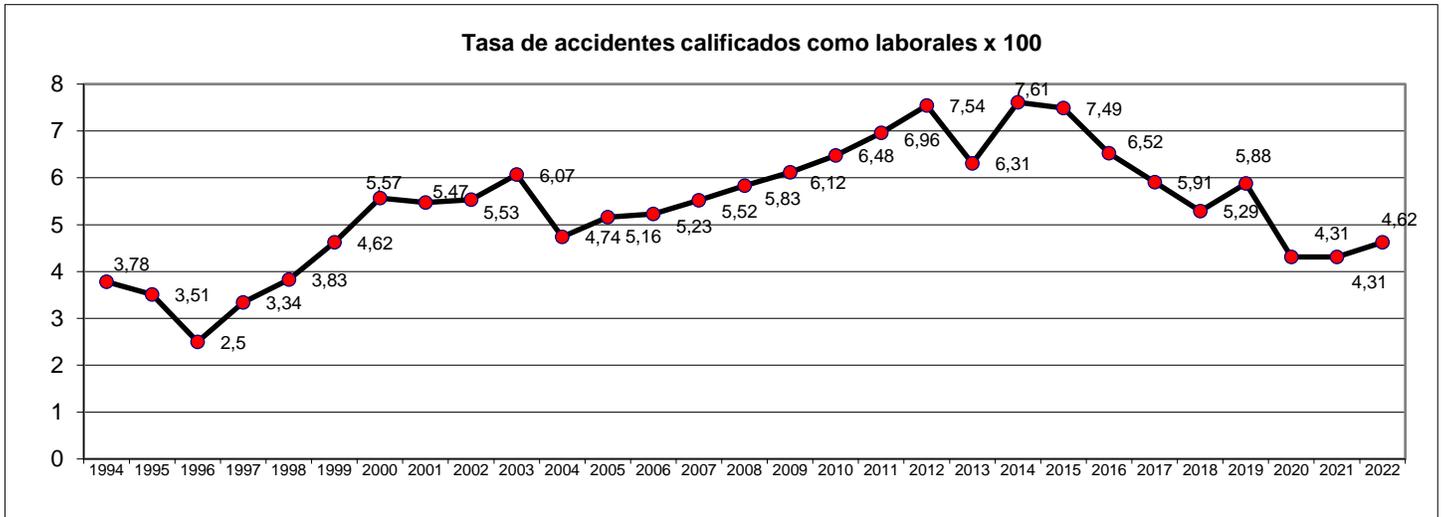
Accidente de trabajos calificados

En el Artículo 3 de la Ley 1562 se define como accidente de trabajo “todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación, funcional o psiquiátrica, una invalidez o muerte” (Congreso de Colombia, 2012), incluyendo, además, las actividades deportivas y recreativas realizadas en nombre de la empresa, el ejercicio de la función sindical. Desde 1994 hasta 2022 la tasa de accidentes ha tenido un comportamiento oscilante, presentando una tendencia la disminución desde 2014 con un pico en 2019, pasando de 3,78 a 4.62 respectivamente. En lo corrido del periodo se reportaron las mayores tasas de



accidentabilidad en 2012 (7,5), 2014 (7,6) y 2015 (7,5) 2015 (Gráfico 77) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Gráfico 77. Tasa de accidente calificados como laborales. Colombia, 1994 a 2022

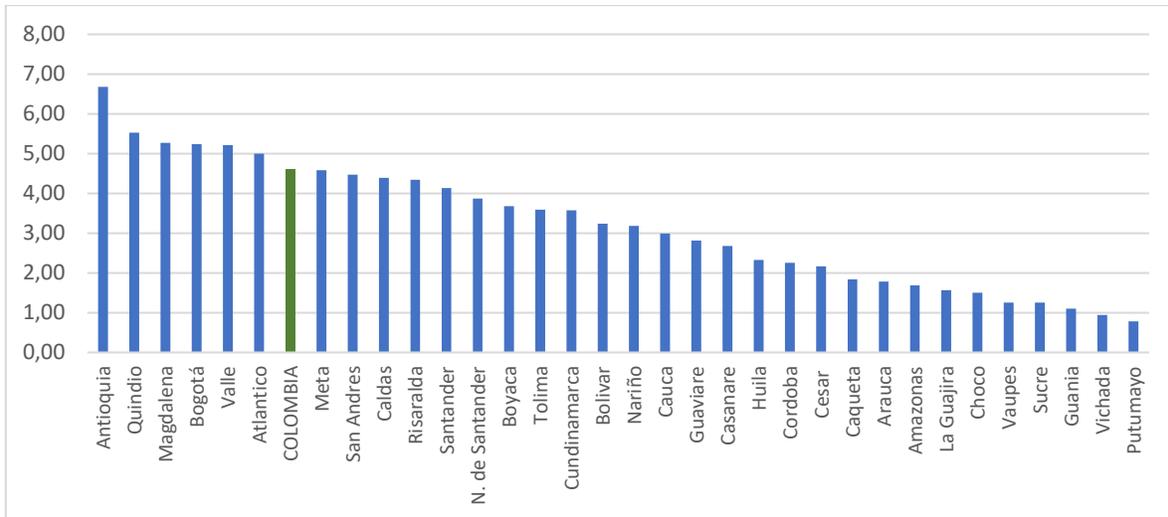


Fuente: Administradoras de Riesgos Laborales - Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Riesgos Laborales

En 2022, se reportaron 545.133 accidentes calificados de origen laboral. Ahora, en orden de magnitud, los departamentos donde se presentaron las tasas de accidente calificados como laborales más altas fueron Antioquia (6,68), Quindío (5,53), Magdalena (5,27), Bogotá (5,24) y Valle (5,22). Los departamentos con las tasas más bajas fueron Putumayo (0,78), Vichada (0,94), Guainía (1,10), Sucre (1,25) y Vaupés (1,26) (Gráfico 75) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).



Gráfico 78. Tasa de accidentes calificados como laborales por Departamento, Colombia, 2022



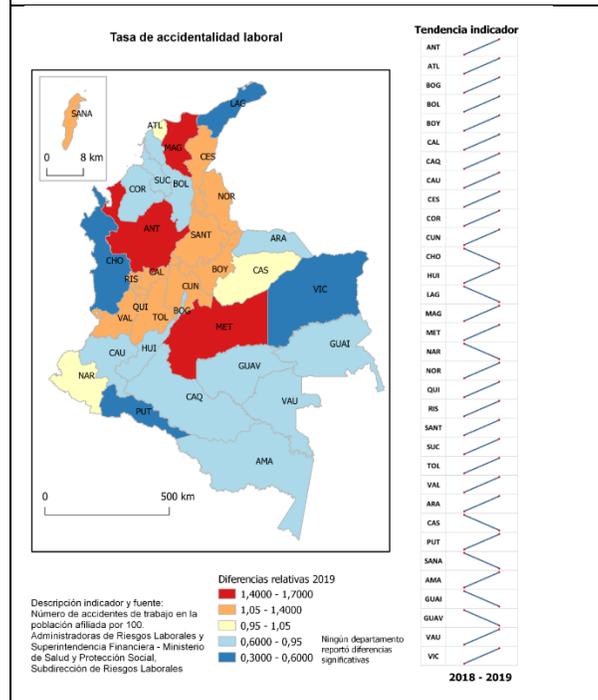
Fuente: elaboración a partir de la información de Administradoras de Riesgos Laborales - Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Riesgos Laborales

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

En cuanto a los accidentes calificados, se encontró una tendencia fluctuante, pero en general hacia el incremento, en particular desde el año 2004. Mientras en 1994 la tasa de accidentalidad laboral fue de 3,7 por 100, al final del periodo de observación esta tasa fue de 5,9 por 100 (2019). En el estudio de las diferencias del indicador respecto del nacional para 2019, se encontró que Antioquia y Magdalena se encontraban con las tasas más altas del país las cuales no fueron estadísticamente significativas (mapa 26).



Mapa 26 Diferencias relativas de tasa de accidentalidad laboral en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2018-2019.



Fuente: elaboración a partir de la información de Administradoras de Riesgos Laborales - Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Riesgos Laborales

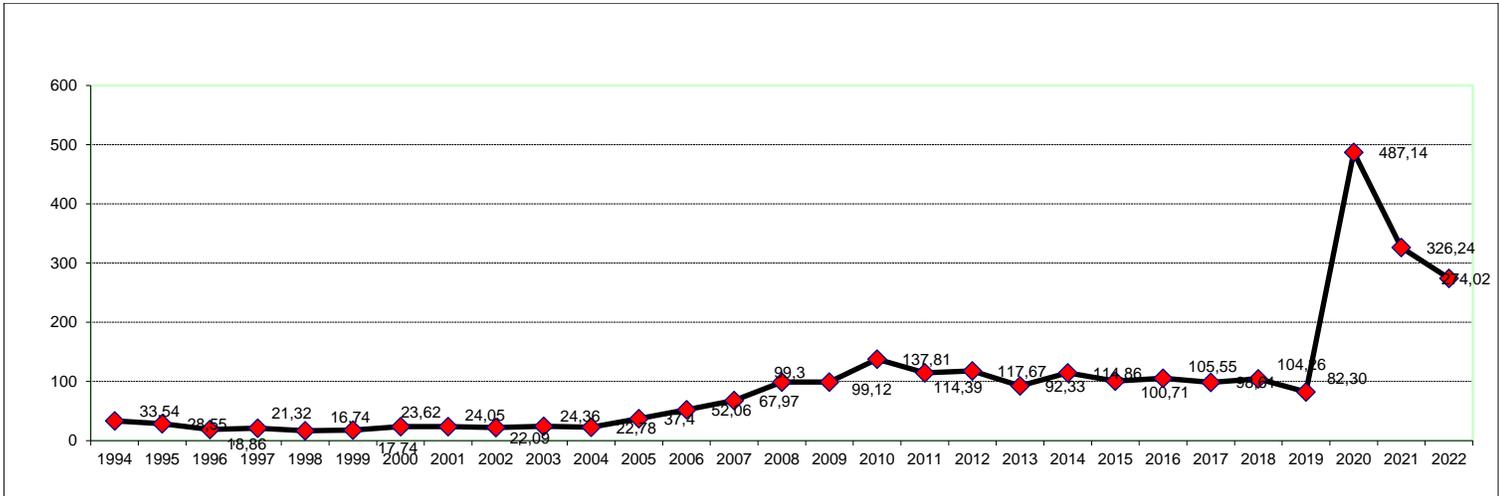
Para este indicador solo se evaluó el año 2018 con respecto a los dos estratificadores encontrándose que la desigualdad en términos de años promedio de educación e ingreso, muestra una gran brecha entre la accidentalidad laboral entre la población con mayor ingreso y mayor educación que para aquellos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

Enfermedad laboral

Desde 1994 hasta 2022 la tasa de enfermedades calificadas como laborales ha tenido un comportamiento oscilante, con un aligera tendencia al aumento desde 2010; sin embargo, fue en el año 2020 donde se presentó la tasa más alta y casi 4 veces que el pico más alto que había presentado en 2010, pasando de 137,81 en 2010 a 487,14 en 2020 respectivamente. (Gráfico 79) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).



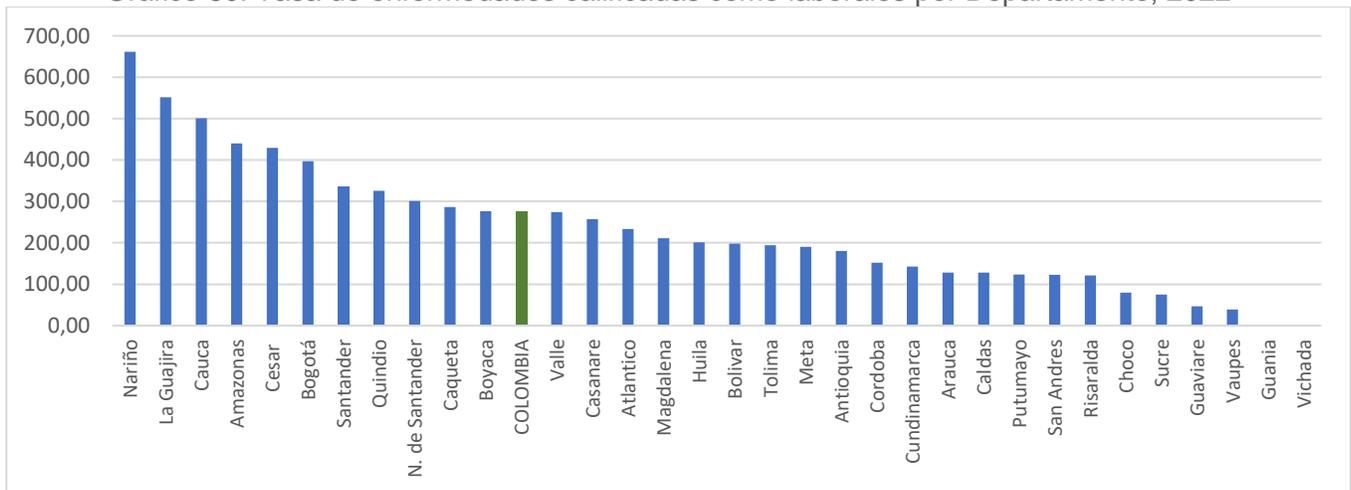
Gráfico 79. Tasa de enfermedades calificadas como laborales x 100,000. Colombia, 1994 a 2022



Fuente: Administradoras de Riesgos Laborales - Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Riesgos Laborales

En 2022, se reportaron 32.412 enfermedades calificadas como laborales. Ahora, en orden de magnitud, los departamentos donde se presentaron las tasas de enfermedades calificadas como laborales más altas fueron Nariño (661,34), La Guajira (551,69), Cauca (500,91), Amazonas (439,78) y Cesar (429, 24). Los departamentos con las tasas más bajas fueron Vichada y Guainía donde no se presentaron casos, Vaupés (38,68), Guaviare (46,90) y Sucre (75,16) (Gráfico 80) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

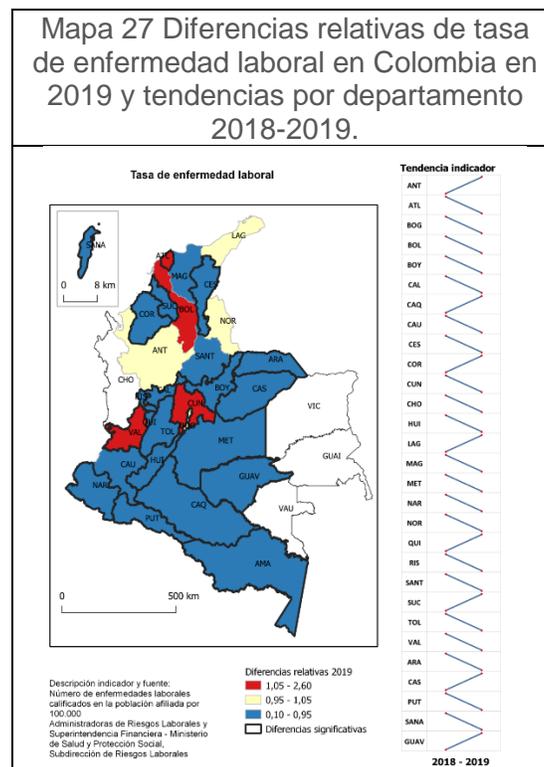
Gráfico 80. Tasa de enfermedades calificadas como laborales por Departamento, 2022



Fuente: elaboración a partir de la información de Administradoras de Riesgos Laborales - Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Riesgos Laborales



La tasa de incidencia de enfermedad laboral calificada tuvo un comportamiento estable en el indicador entre 1994 y 2014 con un promedio de 22,8 por 100.000. Posteriormente, con algunas fluctuaciones en 2012 y 2014, la tendencia ha sido a la disminución del indicador. Valle, Cundinamarca y Atlántico muestran diferencias significativas con respecto al indicador en el nivel nacional ubicándose por encima del valor nacional (mapa 27).



Fuente: elaboración a partir de la información de Administradoras de Riesgos Laborales - Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Riesgos Laborales

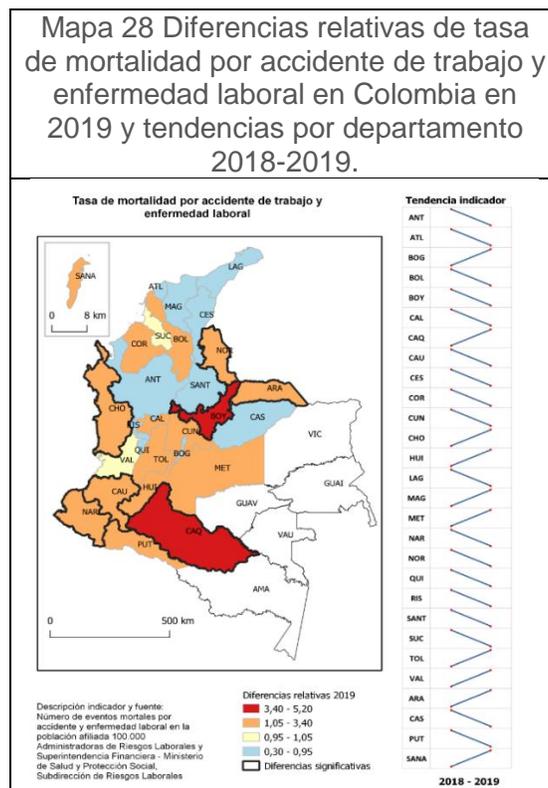
A diferencia de la accidentalidad laboral, en el estudio de la desigualdad en enfermedad laboral por PIB per cápita y educación, se observa que las mayores tasas se encuentran en el quintil más educado y con mayor ingreso, además, la distancia con el quintil más bajo es amplia. Esta desigualdad podría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



frecuentes que podrían estar explicando las tasas incrementadas en población con mayor ingreso y educación.

Muerte por enfermedad y accidente laboral

En contraste con los indicadores anteriores, la tendencia de la mortalidad por accidente o enfermedad laboral ha sido a la disminución. La mayor tasa de muerte se presentó en 1997 y 1998 (23 x 100.000 ambos periodos) en los 25 años de seguimiento, mientras que la mayor tasa de la última década se reportó en el año 2013 (8,9 x 100.000). Al comparar la tasa de mortalidad por departamento con la tasa de mortalidad nacional, se encuentra que Caquetá y Boyacá se encuentran muy por encima del nivel nacional y estas diferencias son estadísticamente significativas en el año 2019. Los departamentos Vichada, Guainía, Vaupés, Guaviare y Amazonas no cuentan con dato para este indicador (mapa 31).



Fuente: elaboración a partir de la información de Administradoras de Riesgos Laborales - Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Riesgos Laborales



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



Capítulo 3.

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



Cobertura de afiliación del SGSSS

Según la información dispuesta en el Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), entre 2013 y 2021, la cobertura de afiliación para la población en general incrementó en 10,7 puntos porcentuales, pasando de 88,2% en 2013 a 99,4% en 2021, aunque en el país se han realizado esfuerzos para lograr cobertura universal en salud, el cual se ha manifestado a través de la cobertura de afiliación a SGSSS a algún régimen específico, esto no garantiza la Cobertura de los servicios de salud esenciales, la cual es definida por los Objetivos de Desarrollo del Milenio como "Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos", esto implica además de calidad del servicio, el acceso a ellos (Naciones Unidas, 2017) y la realidad de departamentos como Guainía, Vaupés, entre otros lugares es que existe grandes distancias para acceder a los servicios de salud, distancia de días, Ingrid Vargas y colaboradores lo describen en su investigación: "Acceso a la atención en salud en Colombia", la cual fue realizada a través de una revisión sistemática de la bibliografía donde se revisaron 27 artículos en ellos se destacan las siguientes conclusiones (Lorenzo, Vasquez Navarrete, & Mogollón Pérez, 2010):

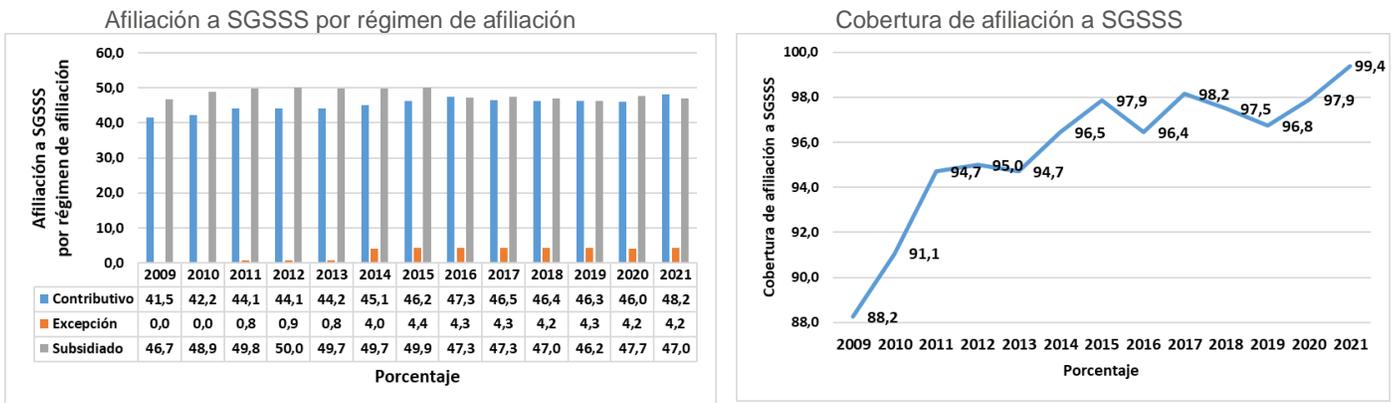
1. La afiliación a un seguro no es equivalente a acceso adecuado, los estudios analizados se observa la persistencia de barreras que dificultan el acceso, incluso para la población asegurada.
2. Entre los factores que incapacitan el acceso, están relacionadas con las características de la población, destacan el nivel socioeconómico y el lugar de residencia, fuentes importantes de desigualdades en el acceso.
3. La barrera económica sigue apareciendo como una de las causas principales para no utilizar los servicios entre la población no asegurada y la del régimen subsidiado, lo cual según este estudio y su revisión muestra fallos en la protección financiera del seguro subsidiado.
4. En cuanto a las barreras relacionadas con la prestación de servicios, los estudios señalan problemas relacionadas con la accesibilidad geográfica de los servicios y



con elementos organizativos como los trámites administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad de la atención.

5. Las barreras geográficas y la calidad aparecen como causa del no uso de servicios entre los asegurados, esto puede reflejar deficiencias importantes en la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras, de la misma manera como la concentración de los prestadores privados en determinadas áreas - con nivel socioeconómico más elevado y urbanas
6. La mala calidad como causa creciente del no uso podría estar relacionada también con las dificultades al acceso que imponen las aseguradoras y los proveedores en un modelo de competencia regulada, que implica a realización de trámites o el rechazo de la atención.
7. Existen barreras para acceso a salud de distinto tipo, entre ellas las actitudes, de la población y también la oferta horarios de estos servicios.

Gráfico 81. Coberturas de afiliación al SGSSS según, 2013 – 2021 en Colombia



Fuente: Datos dispuestos en Reportes ASIS 2_SISPRO_MSPS, indicadores de cobertura de afiliación por sexo. Consultado en marzo de 2023.



En el año 2021, los departamentos de Risaralda, Huila, Bogotá, D.C, Bolívar, Quindío, Valle del Cauca, Sucre y Antioquia tienen un porcentaje de afiliación por encima del 100%, lo que puede deberse a presencia de población venezolana en el departamento, como se puede ver en la tabla 23, o migración a ciudades por trabajo que hace que las personas se afilien en otros lugares diferentes a donde presento el Censo.

Los departamentos con una cobertura total de afiliación a SGSSS por debajo del 90% son Putumayo, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Vaupés y Vichada, así mismo los departamentos que tienen un mayor porcentaje de afiliación al régimen subsidiado son Guainía 83,9%, La Guajira 82,6%, Sucre 80,4%, Caquetá 77,8% y Arauca 77,4%; es posible que la población de los departamentos con menor afiliación a SGSSS presenten barreras de acceso a atención en salud y los departamentos con una mayor afiliación a régimen subsidiado tengan condiciones sociales y económicas que muestren vulnerabilidad tanto al acceso a servicios de salud como a una vida digna, reconociendo los requisitos para la afiliación a este régimen.



Tabla 22. Coberturas de afiliación al SGSSS según departamentos y régimen, 2021

Coberturas de afiliación al SGSSS

Departamen to	Contributi vo	Excepci ón	Subsidia do	Total
Risaralda	62,9	1,7	42,3	107,0
Huila	31,3	2,2	69,9	103,5
Bogotá, D.C.	83,5	1,7	18,2	103,4
Bolívar	31,8	1,9	68,5	102,3
Quindío	54,6	1,9	44,4	100,9
Valle del Cauca	57,9	1,3	41,5	100,7
Sucre	17,9	2,3	80,4	100,6
Antioquia	62,7	1,6	36,1	100,3
La Guajira	15,7	1,7	82,6	100,0
Colombia	48,2	4,2	47,0	99,4
Caquetá	19,1	2,4	77,8	99,4
Tolima	40,9	2,0	55,1	98,0
Atlántico	45,3	1,4	51,3	97,9
San Andrés	71,6	1,4	24,5	97,6
Santander	51,8	3,0	42,7	97,5
Norte de Santander	28,8	1,7	66,8	97,4
Guainía	11,6	1,8	83,9	97,3
Meta	45,0	1,8	50,3	97,0
Guaviare	24,8	2,2	69,2	96,1
Magdalena	28,5	2,1	65,4	96,1
Casanare	38,3	2,3	54,8	95,4
Amazonas	23,1	2,5	69,8	95,4
Arauca	18,7	2,0	74,4	95,1
Cesar	26,8	1,9	66,0	94,6
Boyacá	39,8	2,4	52,0	94,2
Córdoba	19,1	2,2	70,9	92,3
Nariño	18,2	2,1	70,4	90,6
Caldas	49,9	2,0	38,4	90,3
Putumayo	13,5	2,5	72,7	88,7
Cauca	20,2	1,9	65,8	87,9
Chocó	10,1	2,2	67,9	80,1
Cundinamar ca	50,0	1,0	25,5	76,5
Vaupés	10,7	2,4	58,5	71,5
Vichada	9,9	1,2	56,7	67,7

Fuente: Fuente: BDUA_CUBO_Sispro, MSPS, consultado en marzo de 2023

Venezolanos en Colombia

DEPARTAMENTO	TOTAL	%
Bogotá D.C.	495.236	19,9
Antioquia	344.223	13,8
Norte de Santander	253.911	10,2
Valle del Cauca	193.440	7,8
Atlántico	175.265	7,0
Cundinamarca	153.923	6,2
La Guajira	135.059	5,4
Santander	109.889	4,4
Bolivar	94.024	3,7
Magdalena	80.847	3,2
Cesar	64.554	2,6
Arauca	55.245	2,2
Risaralda	41.767	1,6
Boyacá	36.928	1,4
Meta	35.048	1,4
Tolima	23.459	0,9
Casanare	22.748	0,9
Cauca	21.875	0,8
Quindio	20.489	0,8
Nariño	19.069	0,7
Córdoba	18.251	0,7
Caldas	17.725	0,7
Sucre	16.075	0,6
Huila	12.591	0,5
Putumayo	11.889	0,4
Vichada	9.934	0,4
Guainia	6.788	0,2
Chocó	3.508	0,1
Caquetá	1.705	0,0
Guaviare	1.680	0,0
Amazonas	331	0,0
Archipiélago de Sa.	97	0,0
Vaupés	15	0,0

TOTAL 2.477.588

Fuente: Migración Colombia



Talento humano

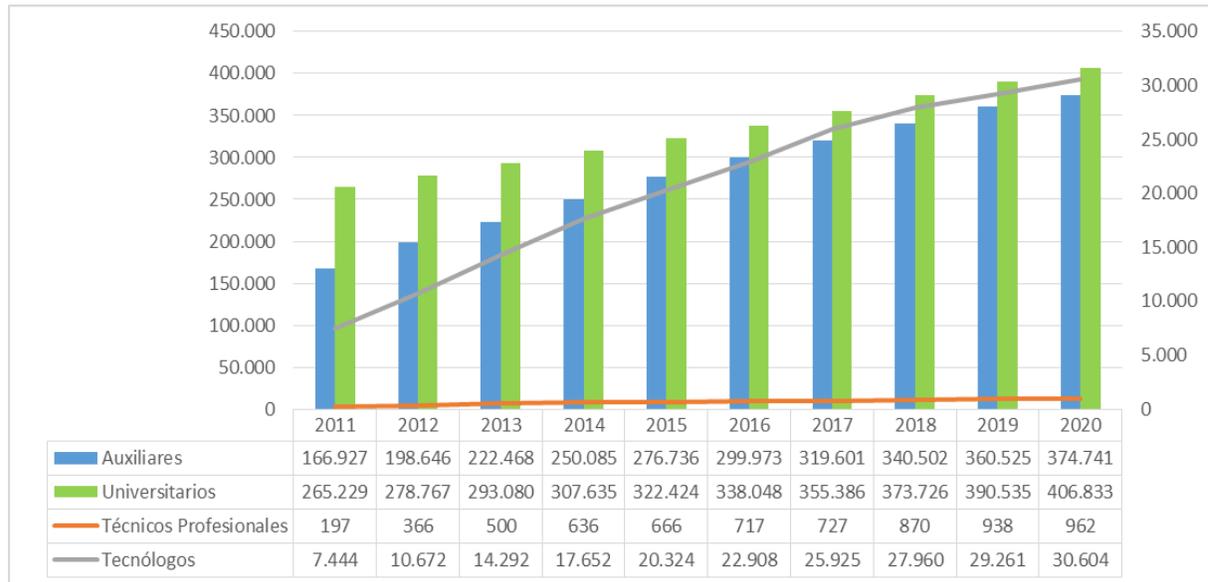
Número estimado de talento humano en salud

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 empleadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). 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 más (Restrepo Miranda & Ortiz Monsalve, 2017).

De acuerdo a los datos del Observatorio de Talento Humano en Salud, (OTHS) de MINSALUD, en Colombia, el número estimado de profesionales de salud para 2020 fue 406.833, lo cual indica que hubo 141.604 profesionales de salud más que en 2011, cuando se estimaron 265.229. De la misma forma, otros niveles de talento humano en salud analizados por el observatorio entre 2011 y 2020 como auxiliares, técnicos profesionales y tecnólogos también mostraron una clara tendencia al aumento. En el caso de auxiliares, se pasó de contar con 166.927 en 2011 a tener 374.741 en 2020, es decir 207.814 auxiliares más entre el inicio y el fin del periodo descrito; en relación con los técnicos profesionales, se pasó de 197 a 962 entre los mismos años; y finalmente, los tecnólogos estimados en 2011 fueron 7.444 y para 2020 su número se incrementó hasta 30.604, aumentando en 23.160 personas más formadas con este perfil dentro del talento humano en salud para el periodo en cuestión (Gráfico 82).



Gráfico 82. Número estimado de talento humano en salud, según niveles de formación. Colombia 2011 - 2020

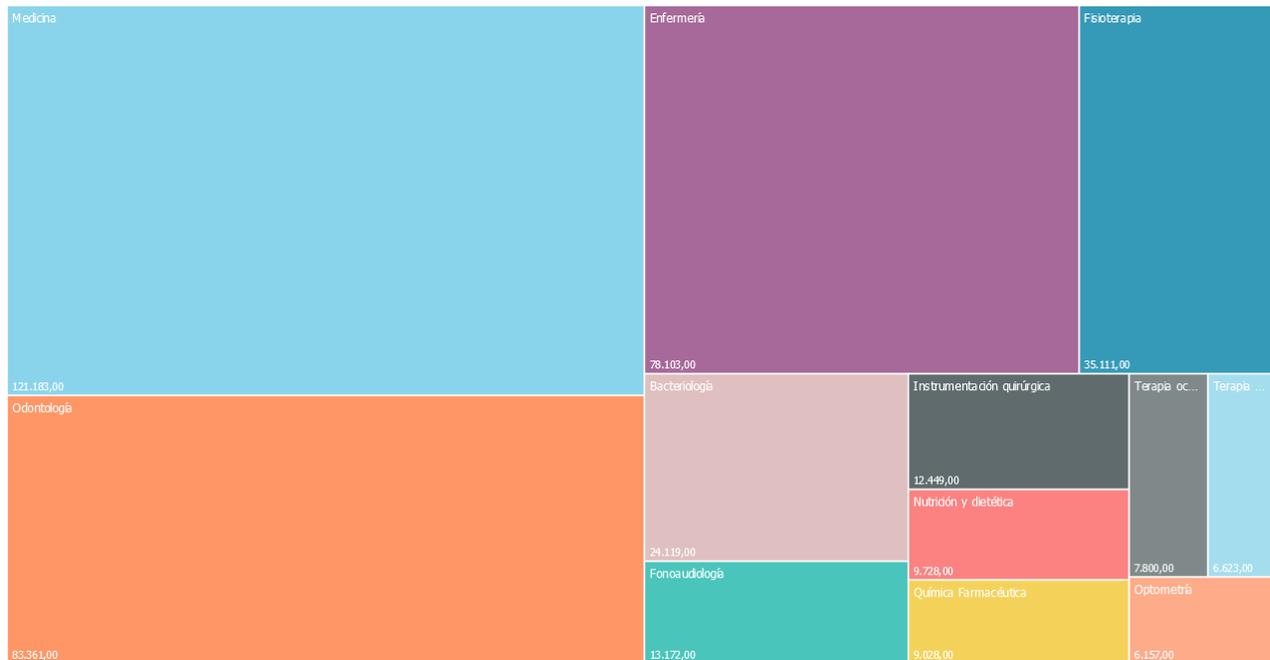


Fuente: OTHS - Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Cálculos de la Dirección de desarrollo de Talento humano en Salud, MSPS. Abril de 2022.

Según datos del OTHS de MINSALUD, en 2020, de los profesionales de salud, que más dispone el país según el área del conocimiento corresponde a médicos (29,8%), seguidos de odontología (20,5%) y enfermería (19,2%); por su parte las demás profesiones registran valores por debajo del 10% durante el año de análisis (Gráfico 77), dentro de las que se encuentran fisioterapia (8,6%), bacteriología (5,9%), fonoaudiología (3,2%), instrumentación quirúrgica (3,1%), nutrición (2,4%), químico farmacéutico (2,2%), terapia ocupacional (1,9%), terapia respiratoria (1,6%) y optometría (1,5%).



Gráfico 83. Número estimado de talento humano en salud por perfil de formación, Colombia 2020



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

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

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



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

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

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

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

Se tiene una densidad estimada de 16,55 profesionales en odontología por cada 10.000 habitantes en el país en 2020; en Vichada, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Bogotá, D.C. y Amazonas son los territorios donde se presenta mayor densidad de estos profesionales. Por otra parte, el mismo año Colombia contaba con 6,97 fisioterapeutas por cada 10.000 habitantes; además, se registraron a nivel nacional 4,79 profesionales en bacteriología por cada 10.000 habitantes. A nivel nacional, por cada 10.000 habitantes, se disponen de 2,61 profesionales de fonoaudiología, 2,47 profesionales de instrumentación quirúrgica, 1,93 profesionales en nutrición y dietética. Las profesiones de terapia ocupacional 1,55, química farmacéutica cuentan con 1,79 y terapia respiratoria con el 1,31 por cada 10.000 habitantes (Tabla 23).



Tabla 23. Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 personas. Colombia, 2020

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

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

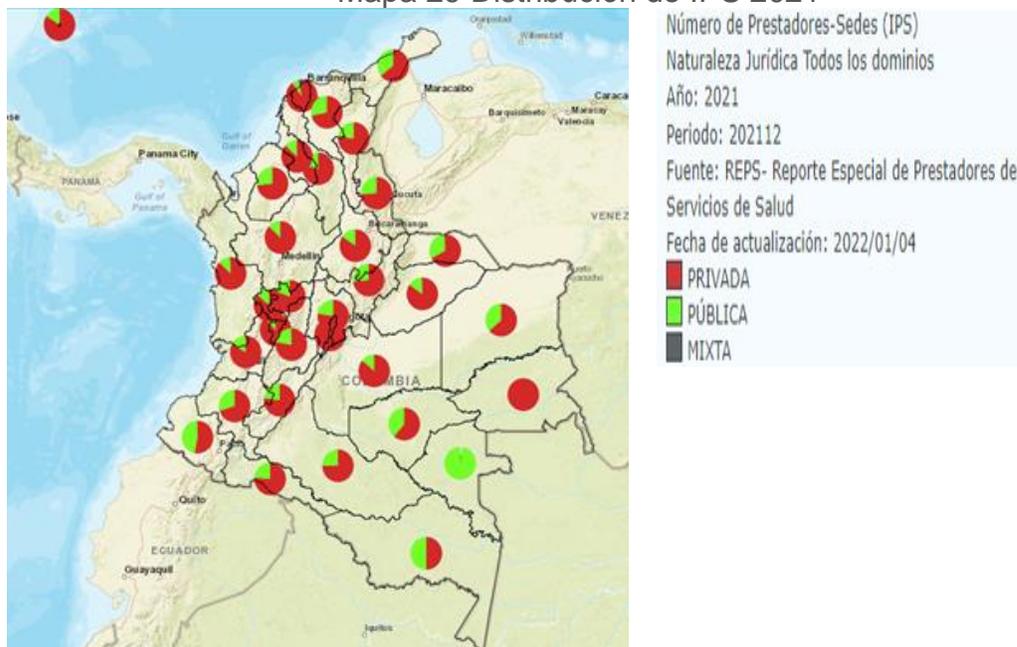


Infraestructura

Disponibilidad de IPS

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) a diciembre de 2021, mostró 20.015 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). El 18,1% (3.625) tenían carácter público, el 81,6% (16.330) privado y mixtas el 0,3% (60). Los territorios de Bogotá D.C (14,9%), Antioquia (10,7%), Valle del Cauca (9,5%), Atlántico (6,1%), Santander (5,4%), Bolívar (5,0%) y Córdoba (4,3%), fueron los que mayor proporción de IPS registraron. Arauca, Putumayo, Caquetá, Vaupés, Guaviare, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Amazonas, Guainía y Vichada tuvieron proporciones inferiores al 1,0%. Se observa, que las IPS están concentrados en los departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo urbano (Tabla 24) (Mapa 29).

Mapa 29 Distribución de IPS 2021



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



Tabla 24. Distribución de Instituciones Prestadoras de Salud según naturaleza jurídica por departamentos Colombia, 2021

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

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



El 50,9% de las IPS privadas se concentran en Bogotá D.C (17,4%), Antioquia (11,4%), Valle del Cauca (9,6%), Atlántico (6,8%) y Santander (5,6%); mientras que los territorios con mayor porcentaje de las públicas se encuentran en Nariño (9,8%), Valle del Cauca (9,0%), Antioquia (7,5%), Córdoba (6,3%), Bolívar (5,8%), Magdalena (5,4%), Cundinamarca (4,9%), Santander (4,6%), Boyacá (4,1%), Cesar (4,1%), Cauca (3,9%), La Guajira (3,9%), Bogotá D.C. (3,7%), Norte de Santander (3,7%) y (3,4%) Tolima (Tabla 25) (Mapa 29).

Disponibilidad de transporte asistencial

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

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



ambulancias con razones por debajo de 1 por 10.000 habitantes, ocupando el último lugar Amazonas con una razón de 0,12 por cada 10.000 habitantes. (Tabla 25).

Tabla 25. Ambulancias por cada 10.000 habitantes, departamentos de Colombia, junio 2022

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

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



Disponibilidad de camas

Camas de cuidado intensivo

Según el REPS a junio de 2022, Colombia disponía de 9.313 camas de cuidado intensivo, distribuidas en 27 departamentos y en Bogotá D.C. donde se concentra el 18,2% de la capacidad instalada de camas de cuidado intensivo, el cual en conjunto con Valle del cauca, Atlántico, Antioquia y Córdoba representan el 54,2% de la disponibilidad; mientras que en departamentos como Guaviare, Vichada, Vaupés, Guainía y Amazonas no hay existencia de camas de cuidado intensivo (Tabla 26).

Tabla 26. Número camas de camas de cuidado intensivo², Colombia, junio 2022

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

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

² Número de Camas Intensivo incluye: Intensiva Adultos, Incubadora Intensiva Neonatal, Cuidado Intensivo Adulto, Intensiva Pediátrica, Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidado Intensivo Pediátrico, Cuna Intensiva Neonatal, Cuna Intensiva Pediátrica, Intensiva Quemado Adulto, Intensiva Quemado pediátrica



Camas de cuidado intermedio

Según el REPS a junio de 2022, Colombia disponía de 5.255 camas de cuidado intermedio, distribuidas en 30 departamentos y en Bogotá D.C. donde se concentra el 17,9% de la capacidad instalada de camas de cuidado intermedio, en conjunto con Antioquia, Atlántico, Valle del cauca y Córdoba representan el 54,4% de la disponibilidad; mientras que en los departamentos Vaupés y Guainía así como para camas de cuidado intensivo tampoco hay existencia de camas de cuidado intermedio (Tabla 27).

Tabla 27. Distribución de camas de cuidado intermedio, Colombia, junio 2022³

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

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

³ Número de Camas_Intermedio incluye: Cuidado Intermedio Adulto, Cuidado Intermedio Mental, Cuidado Intermedio Neonatal, Cuidado Intermedio Pediátrico, Cuna Intermedia Neonatal, Cuna Intermedia Pediátrica, Incubadora Intermedia Neonatal, Intermedia Adultos, Intermedia Pediátrica



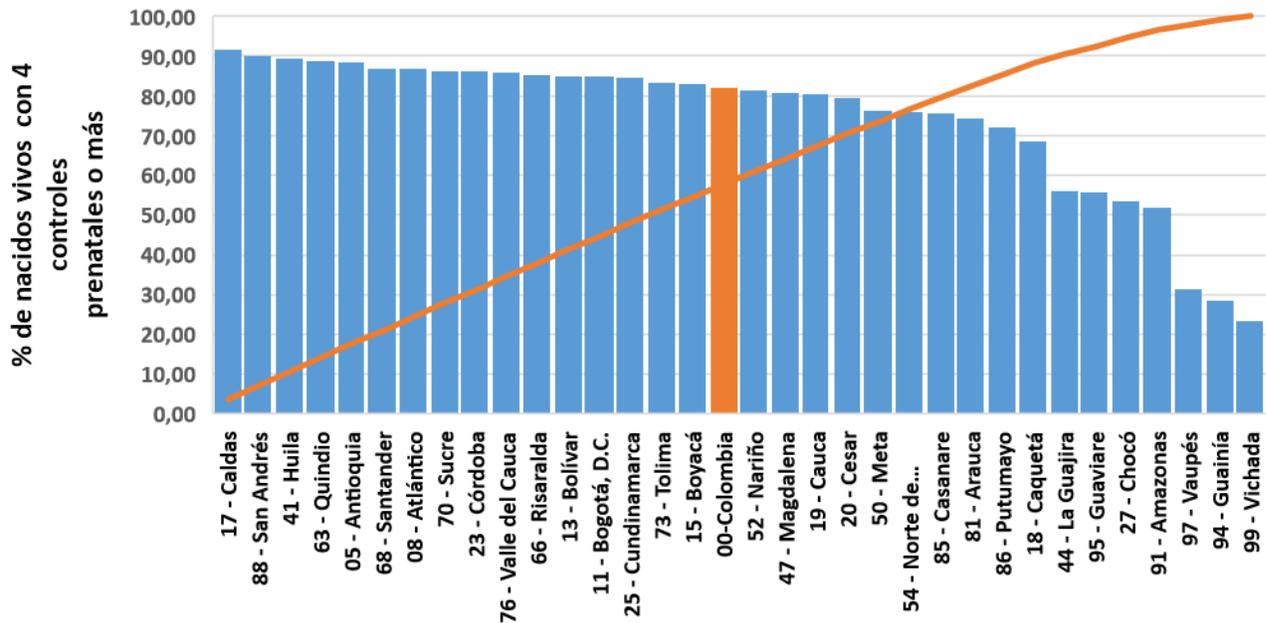
Acceso a servicios básicos de salud

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” (Organización Mundial de la Salud, 2009). De acuerdo con el documento de Indicadores Básicos 2019 – Tendencias de la Salud en Las Américas de la OPS, en 2017 el 87,1% de las mujeres asistieron al menos cuatro veces a los controles prenatales en la Región de las Américas. Esta cifra en América Latina fue del 85,1%. Algunos países que registraron valores por encima del promedio en Latinoamérica fueron Uruguay (96,7% - con dato 2018), Brasil (91,7%), Perú (89,5% - con dato 2018) y Colombia (87,7%) registraron valores por encima de la región; sin embargo, otros países como Bolivia (85,2%) y la República Bolivariana de Venezuela (83,8%) muestran valores por debajo de este promedio (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En Colombia, según la ENDS 2015 el 92,9% de las mujeres entre 13 y 49 años recibieron atención prenatal de un profesional médico. De acuerdo con los registros de estadísticas vitales, para 2021 el 82% de los nacidos vivos tuvieron cuatro o más controles prenatales. 19 %) de los 33 departamentos (57,5%) en Colombia, ubica este indicador por encima del 80%, Entre tanto, en los territorios de Caquetá (68,54%), La Guajira (56,20%), Guaviare (55,81%), Chocó (53,71%), Amazonas (51,93%), Vaupés (31,62 %), Guainía (28,73%) Y Vichada (23,62%) se registran por debajo del 70% siendo los porcentajes significativamente más bajos que el nacional, (Gráfico 84).



Gráfico 84. Porcentaje de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según departamento de residencia, 2021



Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO marzo de 2023

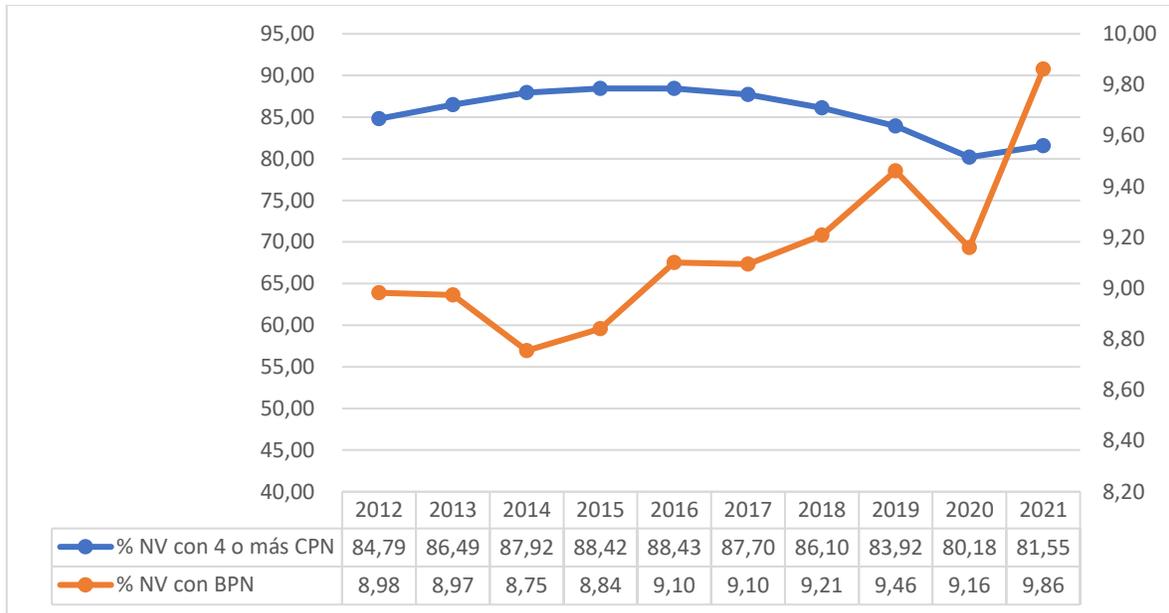
Control prenatal – Bajo peso al nacer

La proporción de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal, muestra un incremento pasando de 85% en 2012 a 88% en 2015 y 2016, para luego descender hasta llegar en 2021 a estar por debajo del valor inicial.

A nivel nacional, entre 2012 y 2021 el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer en Colombia ha oscilado entre 8,9% y 9,8%, siendo 2014 el periodo en el cual se obtuvo el valor más bajo, aumentando de manera progresiva hasta 2021 donde se observa el valor más alto.



Gráfico 85. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal y Bajo Peso al Nacer en Colombia, 2012 – 2021



Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO marzo de 2023

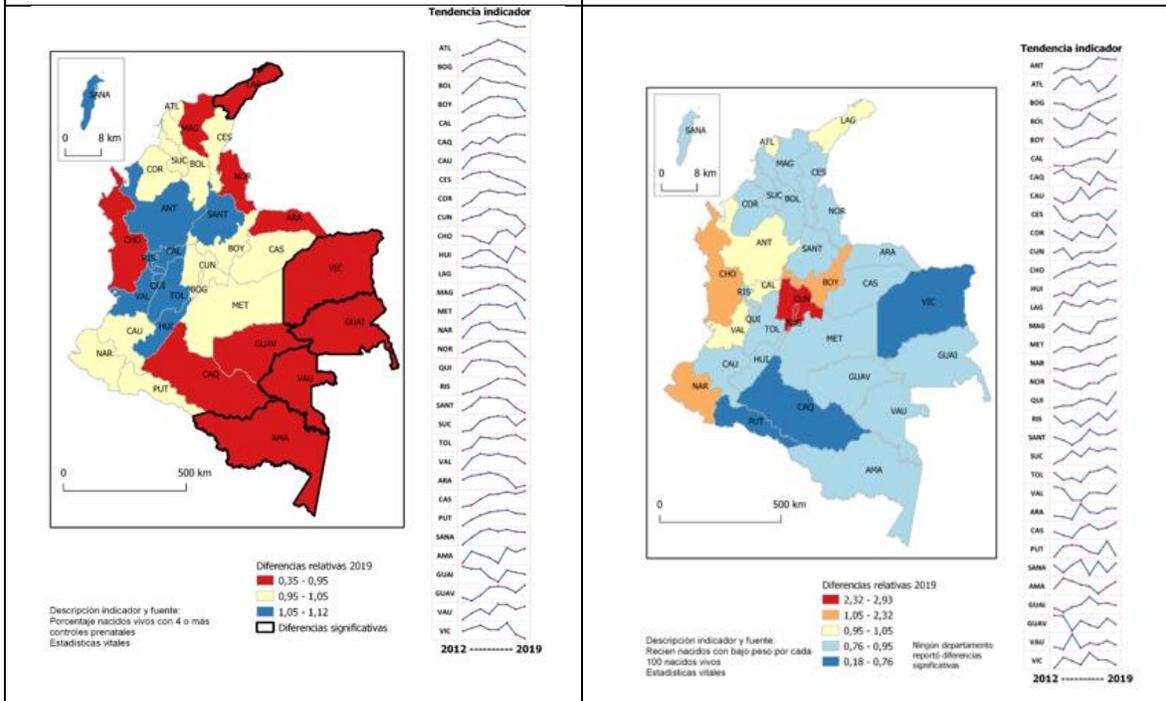
Como se observa en el mapa 30, entre 2012 y 2019 la mayoría de los departamentos ubicados en la periferia del país tuvieron el menor porcentaje de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales con relación al país, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en los departamentos de: La Guajira, Vichada, Guainía, Vaupés y Amazonas.

Cundinamarca y Bogotá fueron las entidades territoriales con el mayor porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, con diferencias estadísticamente significativas, en comparación al País (Mapa 31).



Mapa 30. Diferencias relativas de proporción de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, Colombia, 2019 y tendencias por departamento 2012-2019

Mapa 31. Diferencias relativas de la proporción de bajo peso al nacer, Colombia, 2019 y tendencias por departamento 2012-2019



Fuente: elaboración propia de los autores

En el gráfico 86, se evidencia un gradiente en el cual los quintiles más altos tienen una mayor ventaja con relación a la proporción de controles prenatales en los recién nacidos. Además, se observan amplias brechas con relación al porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, siendo mucho más marcado a los extremos de la gradiente, especialmente según el producto interno bruto per cápita.



Gráfico 86. Desigualdades según la proporción de NV con cuatro o más consultas de CPN por años promedio de educación y producto ingreso bruto per cápita, en Colombia de 2012 a 2018

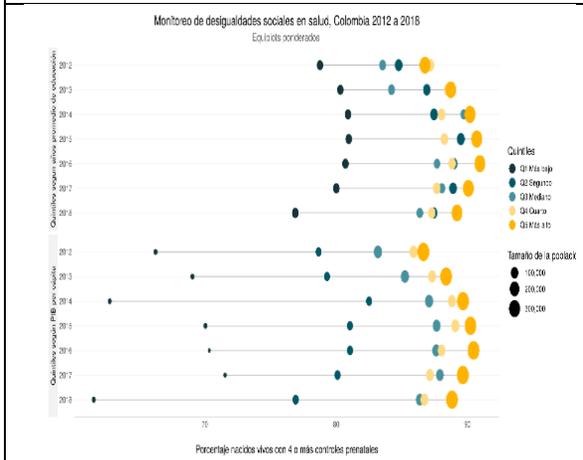
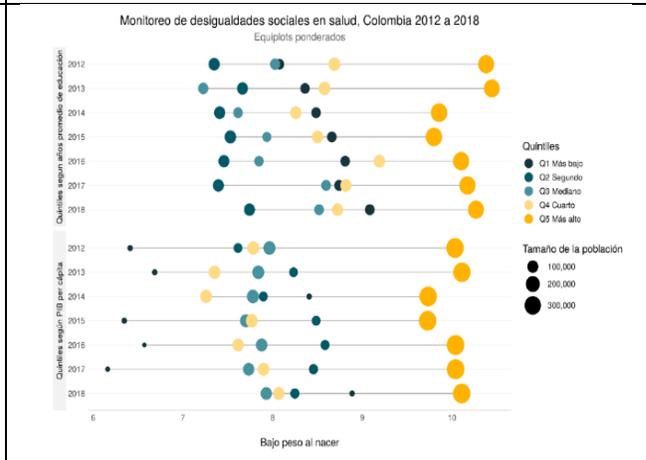
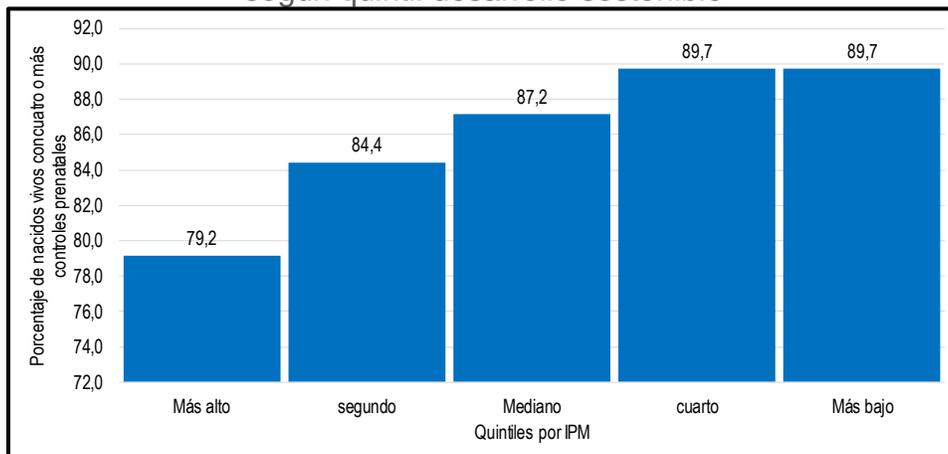


Gráfico 87. Desigualdades según la proporción de NV con BPN por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018



Según quintil de IPM, se observa que los departamentos en mayor desventaja económica experimentan 11 puntos porcentuales menos de cobertura de control prenatal que los departamentos más aventajados económicamente (Gráfico 88).

Gráfico 88. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales según quintil desarrollo sostenible

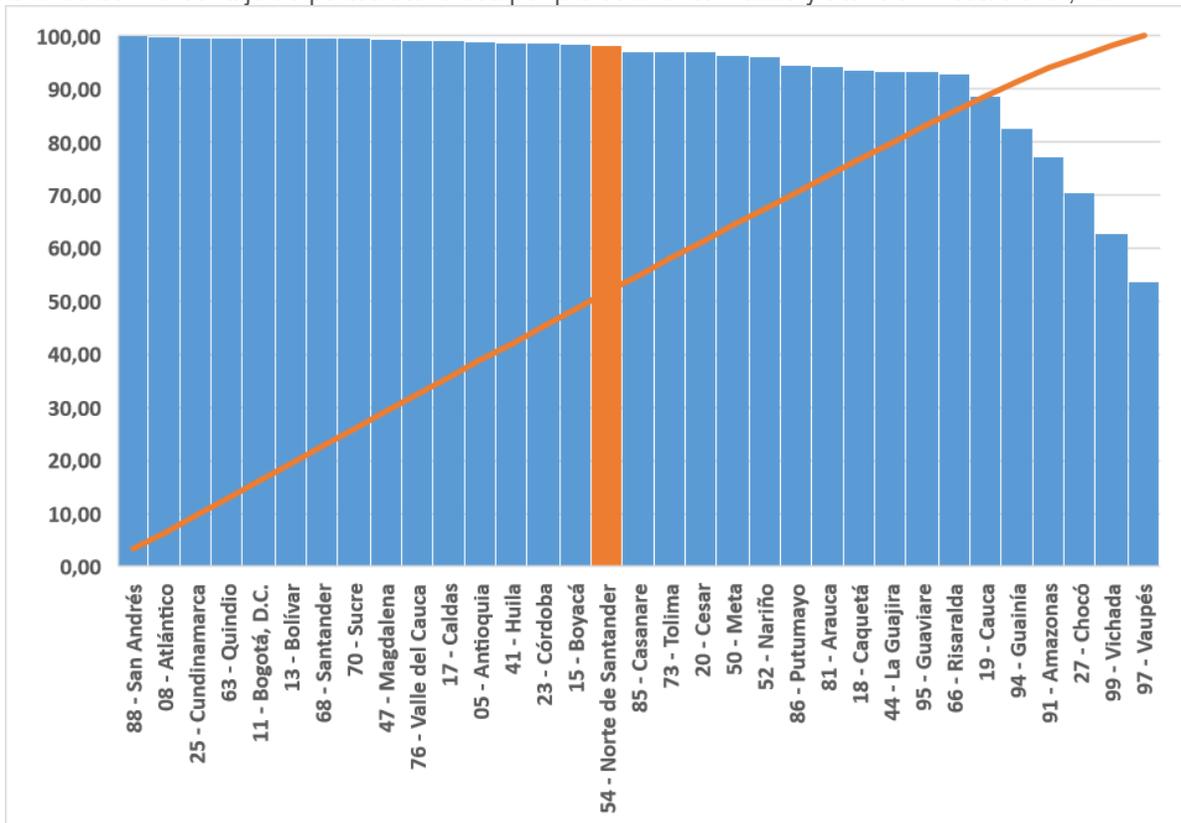


Fuente: elaboración a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado noviembre de 2020.



En 2019 en el mundo el 82,56% de los nacimientos son atendidos por personal entrenado (The World Bank.World Development, 2023). Durante el periodo 2005 a 2018 los partos en Colombia fueron atendidos por profesional calificado en más del 96,6% de los casos, con una tendencia creciente al pasar de 96,6% (2005) a 98,4% (2018) respectivamente. De acuerdo con la ENDS 2015 el 95,9% de los partos fue atendido por personal calificado. Consecuentemente según estadísticas vitales para 2018 el 98,3% de los partos fueron atendidos institucionalmente, aumentando en 1,7 puntos porcentuales con respecto al 2005. En 2020 los departamentos tuvieron porcentajes de atención por profesional calificado por debajo del 90% fueron, Cauca 88,74%, Guainía 82,67%, Amazonas 77,29%, Chocó 70,44%, Vichada 62,78% y Vaupés 53,66%, este comportamiento departamental es similar para los dos indicadores.

Gráfico 89. Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado y atención institucional, 2021

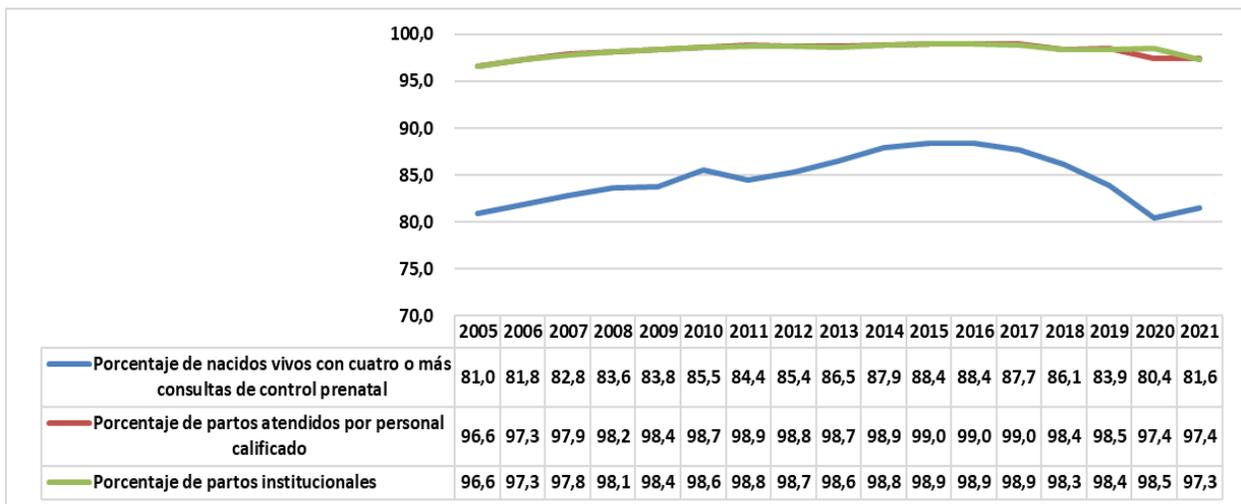


Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO marzo de 2023



En Colombia, el porcentaje de partos institucionales y atención del parto por personal calificado se ha mantenido por encima del 95% desde el año 2005 a 2021, sin embargo para el 2021, los departamentos que presentaron parto institucional por debajo del 90 % fueron Cauca 88,36%, Guainía 82,38%, Amazonas 76,96%, Chocó 69,96%, Vichada 62,68%, Vaupés 53,09%, todos estos departamento tienen barreras de acceso geográficas, grandes distancias para llegar a un servicio de salud, además Cauca, Guainía, Amazona, Vichadas y Vaupés, tienen un gran porcentaje de población indígena y Choco tiene un porcentaje importante de población indígena y afrocolombiana, lo anterior sirve al sistema para revisar la forma de lograr que estas poblaciones usen estos servicios y tengan mejor acceso.

Gráfico 90. Porcentaje de partos institucionales y controles prenatales en Colombia, 2005 a 2021

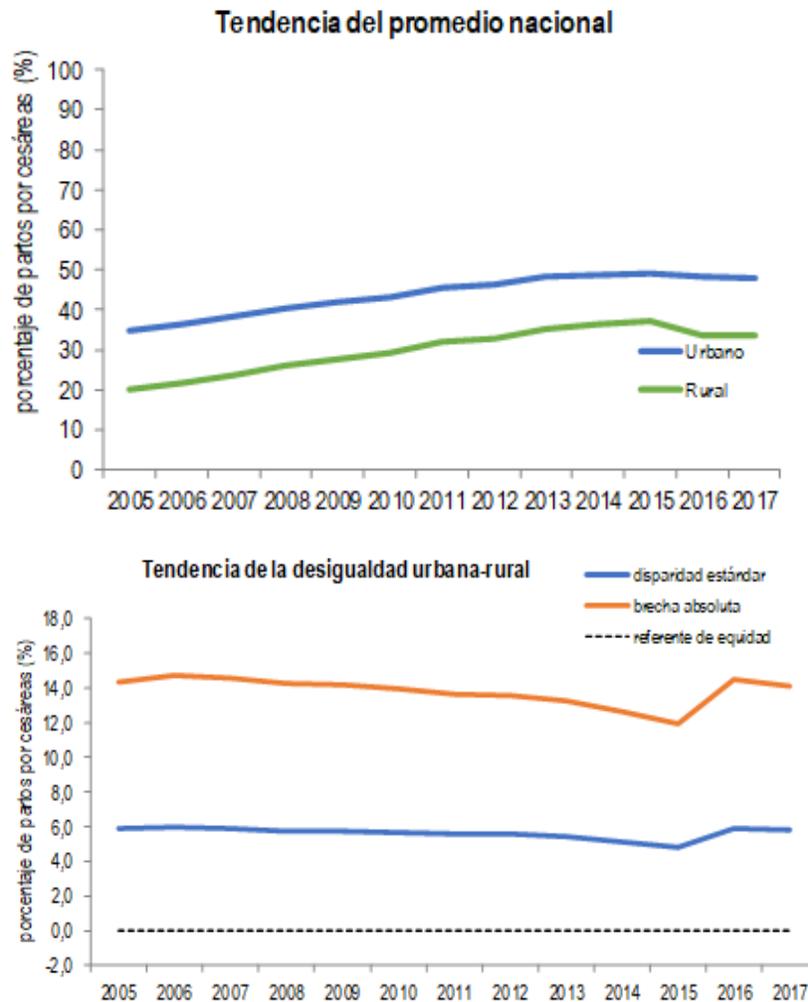


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 25 noviembre de 2020

En 2018 el parto por cesárea fue de 47,0% en la zona urbana y 32,4% en el área rural dispersa, mostrando un aumento de 12,4 p.p y 13,5 p.p respectivamente entre 2005 y 2018. En el mismo periodo, el porcentaje de partos por cesáreas en Colombia paso de 31,5% a 44,4%. La tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto (brecha absoluta) y el índice de disparidad estándar entre grupos, muestra que la desigualdad por área tendió a la reducción entre 2005 y 2015 para luego incrementar la desigualdad a favor del área urbana (Gráfico 91).



Gráfico 91. Tendencia del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para porcentaje de parto por cesárea. Colombia, 2005-2017

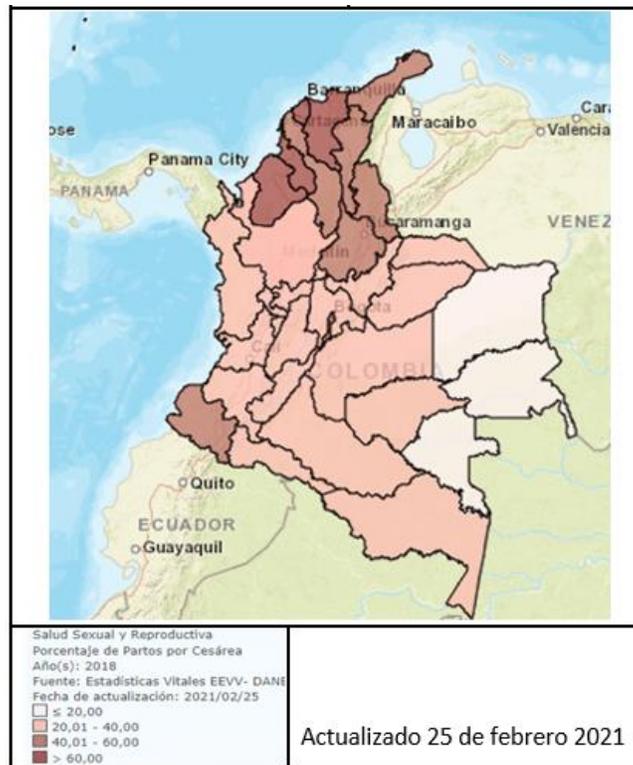


Fuente: elaboración a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores, del MSPS. Consultado en mayo de 2019.

Existen grandes diferencias en el país en cuanto a la atención del parto por cesárea por departamentos, así pues, se observa que en el Archipiélago de San Andrés (73,0%), Sucre (70,5%), Atlántico (67,6%), Córdoba (66,8%), Magdalena (65,4%), Cesar (58,6%), Bolívar (58,4%), Norte de Santander (53,4%), Santander (52,2%) y Nariño (50,9%) el porcentaje de cesáreas es mayor que en el resto del país superando el 50% de los partos atendidos por cesárea (Mapa 32).



Mapa 32. Porcentaje de cesáreas según departamento, 2021



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



Capítulo 4.

Situación Epidemiológica



Morbilidad

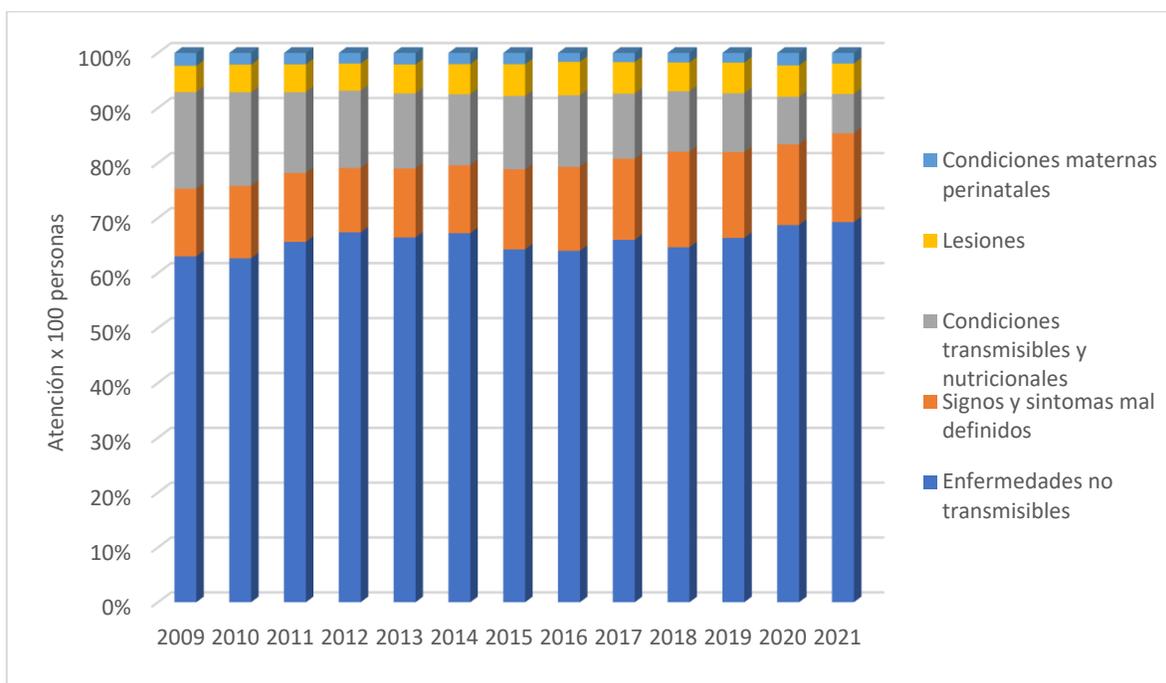
Morbilidad atendida

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y 2021 se prestaron 1.312.230.786 atenciones, en promedio una persona recibió 20,84 atenciones. Durante el periodo analizado anualmente en promedio se prestaron 100.940.830 atenciones anuales. El mínimo de atenciones se registró en 2010 (58.683.613) y el máximo de atenciones se ha reportado hasta el momento en 2019 (155.214985). El 58,06% de las atenciones se prestaron en el régimen contributivo, el 36,04% en el régimen subsidiado y el 5,90% de las atenciones se registró en población de régimen excepción/especial, medicina Prepagada y no aplica - no definido.

Para el año 2021 las atenciones que se encuentran en primer lugar responden al motivo de consulta enfermedades no transmisibles y aportan el 69,25% de las atenciones realizadas, con una razón de 4,55 atenciones por persona, le siguen los signos y síntomas mal definidos que demandaron el 16,13% de las atenciones para una razón de 2,51 atenciones por persona. Las condiciones transmisibles y nutricionales el 7,15% de las atenciones y responden a una razón de 2,30 atenciones por persona. Las lesiones demandaron el 5,54% de las atenciones para una razón de 2,47 atenciones por persona; las condiciones maternas y perinatales causaron el 1,93% de las atenciones con una razón de 4 atenciones por persona. En general todas las causas muestran una tendencia creciente. (Gráfico 92)



Gráfico 92. Morbilidad atendida según agrupación de causas, 2009-2021

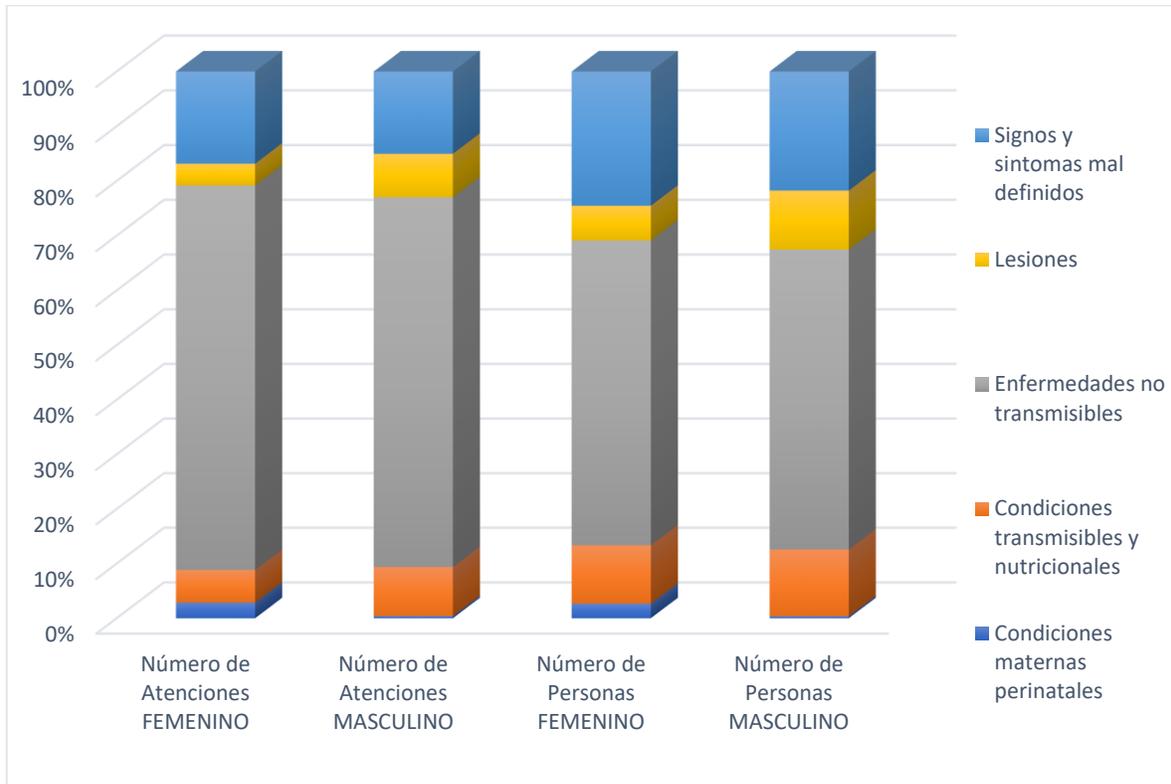


Fuente: elaboración a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo de 2023

En 2021, la proporción según sexo es de un 60,80% en las mujeres y un 39,20% en los hombres, para una razón de mujer: hombre de 1,55. Entre las mujeres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 70,36% del total de las atenciones prestadas, seguidas por los signos y síntomas mal definidos con el 16,84% de las atenciones. Con un comportamiento similar en los hombres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 67,66% y el segundo lugar lo aportaron las atenciones por los signos y síntomas mal definidos con 15,03%. (Gráfico 93)



Gráfico 93. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexos, 2021



Fuente: elaboración a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo de 2023

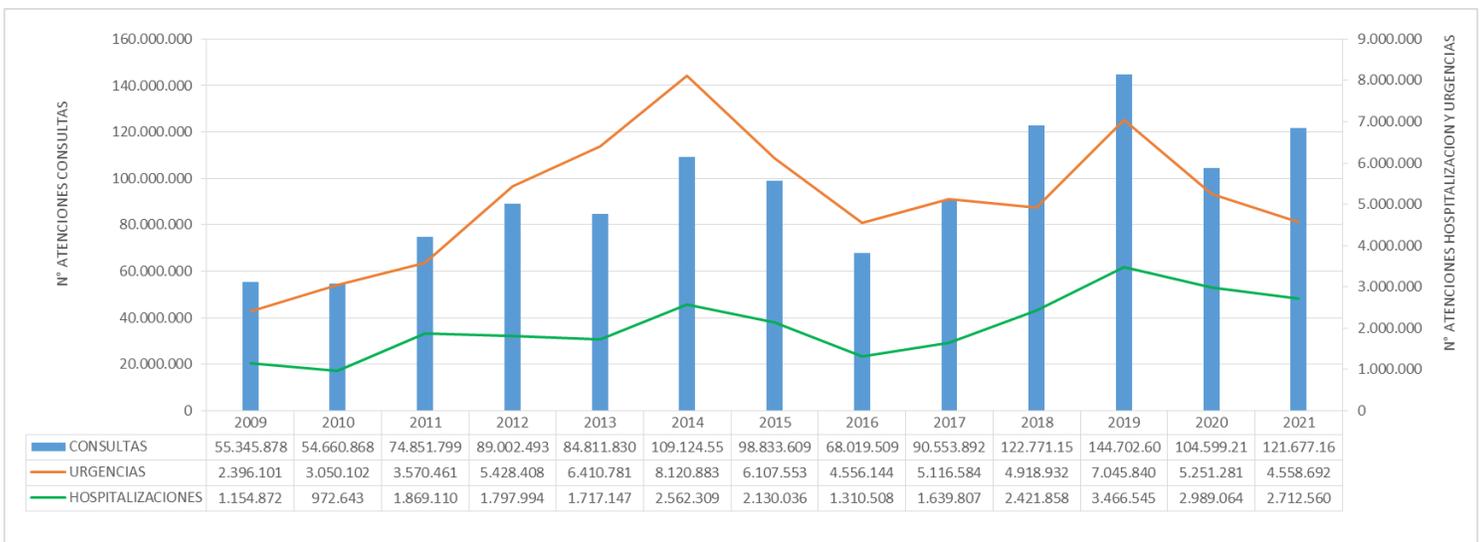
El acumulado de las atenciones en los servicios de salud entre 2009 y 2021 muestra que el 92,89% de las atenciones fueron en consulta con media anual de 93.765736 atenciones. El 5,07% en urgencias; y el 2,04% en hospitalización.

La tendencia anual durante el periodo 2009 a 2021 muestra fluctuaciones en los tres tipos de atención; sin embargo, se evidencia para el año 2019 un aumento en las atenciones para todos los servicios; lo anterior se puede asociar a la emergencia sanitaria por la COVID-19. En cuanto a las hospitalizaciones, se observa un pico alto por las enfermedades no transmisibles que son la causa más frecuente de hospitalización para ese año y presentan un comportamiento similar en los demás años, sin embargo, el número más alto de atenciones en este servicio se presenta en el año 2019 con 3.466.545. En consulta externa, se observa también que en el año 2019 es en el cual se ha reportado el mayor número de atenciones con 144.702.600 y el motivo principal de consulta también



corresponde a las enfermedades no transmisibles que para 2019 corresponde al 93,23% del total de atenciones reportadas en ese año. Para el servicio de urgencias el primer pico se presentó en el 2014 con 8.120.883 atenciones, sin embargo, el año 2019 presenta también un aumento importante en relación con los años anteriores con 7.045.840 atenciones, con respecto al motivo de atención siguen siendo las enfermedades no transmisibles las que ocupan el primer lugar de consulta en este servicio. (Gráfico 94)

Gráfico 94. Tendencia de atenciones realizadas según tipo de atención, 2009-2021



Fuente: elaboración a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO en febrero de 2023

Morbilidad atendida por ciclo vital

Primera infancia (0 a 5 años)

Entre 2009 y 2021 se atendieron a 110.844349 niños y niñas menores de cinco años de edad, con una media anual 8.526.488, el mínimo de atenciones se registró en 2016 (6.506.140) y máximo en 2019 (12.916.542).

Durante el periodo comprendido entre 2009 y 2021 la primera causa de consulta en este grupo de edad son las condiciones transmisibles y nutricionales con un 37,54% (41.612.669) de las atenciones, seguido de las enfermedades no transmisibles que



causaron el 37,08% (41.103.860) de las atenciones, estas últimas presentan un aumento en la demanda de atención en el año 2019. No se observan diferencias entre el porcentaje de atenciones según sexos. (Tabla 28)

Infancia (6 a 11 años)

Entre 2009 y 2021 se atendieron a 70.039.024 niños y niñas en este grupo de edad, con una media anual 5.387.617, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (3.432.178) y máximo en 2019 (7.9994.666).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 54,75% (38.348.048) de la demanda, luego se encuentran, las condiciones transmisibles y nutricionales con 21% (14.705.097) de las atenciones, sin presentar diferencias importantes según sexo. (Tabla 28)

Adolescencia (12 a 17 años)

En el periodo de observación 2009 - 2021 se atendieron a 121.898.997 adolescentes y una media anual 9.376.846, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (5.817.762) y máximo en 2019 (13.960.790).

Las enfermedades no transmisibles son la primera causa de atención durante el periodo, generando el 58,32% (71.097.343) de la demanda. En segundo lugar, se encuentran las Condiciones mal clasificadas con el 18,63% y en tercer lugar están, las condiciones transmisibles y nutricionales con el 12,91% (15.733.619) de las atenciones. Por sexo hubo mayor número de atenciones en mujeres que en hombres. (Tabla 28)

Juventud (18 a 28 años)

Entre 2009 y 2021 se atendieron a 192.152.704 jóvenes, con una media anual 14.780.977, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (9.432.216) y máximo en 2019 (21.996.379).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 55,84% (107.292.048) de la demanda. En segundo lugar, se encuentran las Condiciones mal clasificadas con el 17,38% y en tercer lugar están, las condiciones transmisibles y nutricionales, con el 13,11% (25.185.281) de las atenciones, por sexo el



número de atenciones en mujeres duplica el número de atenciones que en hombres. (Tabla 28)

Adulthood (29 to 59 years)

Entre 2009 y 2021 se atendieron a 508.388.002 adultos entre 29 y 59 años de edad, con una media anual de 39.106.769, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (22.677.477) y máximo en 2019 (58321870).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención con el 70,80% (359.916.223) de la demanda. En segundo lugar, se encuentran las Condiciones mal clasificadas con el 13,38% y en tercer lugar están, las condiciones transmisibles y nutricionales que aportaron el 9,17% (46.611.557) de las atenciones. Por sexo hubo mayor número de atenciones en mujeres que en hombres. (Tabla 28)

Person older (over 60 years)

Entre 2009 y 2021 se atendieron a 306.588.016 adultos mayores, con una media anual 23.583.694, el mínimo de atenciones se registró en 2009 (9.274.512) y máximo en 2019 (39.983.842).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención, generando el 81,33% (249.358.165) de la demanda, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 4,75% (14.572.787) de las atenciones. (Tabla 28)



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Tabla 28. Proporción de atenciones por causa, hombres y ciclo vital, 2009-2021

Curso de Vida	Gran causa de morbilidad	Hombres										Mujeres										Total																					
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ pp 2021-2020	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ pp 2021-2020	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ pp 2021-2020
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones perinatales	2.31	2.31	2.88	2.48	2.34	2.42	3.05	1.87	1.79	1.83	2.34	5.04	4.22	-0.67	2.43	2.44	2.86	2.40	2.32	2.42	2.90	1.76	1.73	1.82	2.95	5.00	4.33	-0.67	2.37	2.37	2.87	2.44	2.33	2.42	2.98	1.82	1.76	1.83	2.63	5.02	4.27	-0.75
	Condiciones transmisibles y nutricionales	46.36	46.90	45.43	44.60	41.75	39.20	37.78	38.78	37.72	35.15	33.30	34.28	34.06	-0.21	45.73	44.19	45.08	44.33	41.69	39.07	37.73	38.64	37.42	34.85	32.40	32.73	23.93	0.00	46.09	44.96	45.26	44.47	41.72	38.14	37.76	38.71	37.58	35.01	32.87	34.02	24.00	-0.02
	Enfermedades no transmisibles	33.17	32.75	30.99	33.46	38.07	38.34	37.06	38.80	37.66	37.41	38.04	42.78	42.32	-0.47	34.10	33.69	31.71	34.19	36.47	38.62	37.47	38.64	37.87	37.52	39.30	43.74	42.04	-1.70	33.61	33.19	31.32	33.80	38.26	38.56	37.25	36.90	37.76	37.46	38.16	43.23	42.18	-1.05
	Lesiones	4.41	4.51	4.77	4.70	4.83	4.81	4.99	5.05	5.30	4.74	5.67	7.68	5.99	-1.69	3.65	3.72	3.97	3.91	4.06	4.02	4.13	4.30	4.57	4.19	4.83	6.58	5.38	-1.20	4.05	4.14	4.40	4.33	4.47	4.44	4.59	4.70	4.96	4.48	5.27	7.16	5.71	-1.45
	Condiciones mal clasificadas	13.74	15.53	15.93	14.75	15.00	15.22	17.12	18.50	17.54	20.87	19.65	20.23	23.41	3.76	14.03	15.96	16.38	15.18	15.46	15.67	17.76	19.30	18.41	21.62	20.52	20.95	24.32	3.37	13.88	15.73	16.14	14.95	15.22	15.44	17.42	18.87	17.96	21.22	20.07	20.57	23.83	3.26
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas	0.08	0.13	0.06	0.05	0.06	0.11	0.29	0.09	0.02	0.03	0.07	0.05	0.07	-0.02	0.20	0.19	0.10	0.07	0.10	0.13	0.27	0.06	0.02	0.06	0.11	0.16	0.09	-0.07	0.14	0.16	0.08	0.06	0.08	0.12	0.28	0.08	0.02	0.05	0.09	0.10	0.08	-0.02
	Condiciones transmisibles y nutricionales	29.82	28.79	24.81	23.95	22.62	21.12	21.55	21.03	19.66	17.80	17.37	13.99	10.97	-3.02	30.81	29.84	25.01	25.06	23.58	22.03	22.29	22.16	20.55	18.65	18.20	14.82	11.65	-3.17	30.31	29.30	25.39	24.49	23.09	21.57	21.91	21.57	20.08	18.22	17.77	14.39	11.30	-3.09
	Enfermedades no transmisibles	49.35	48.17	53.31	55.55	55.08	56.82	53.97	53.18	54.50	53.86	55.89	57.46	60.34	2.88	50.04	48.90	53.57	55.72	55.48	57.26	54.33	52.94	54.10	53.24	55.11	56.61	59.89	3.28	49.70	48.53	53.44	55.63	55.27	57.03	54.14	53.07	54.31	53.96	55.51	57.06	60.10	3.07
	Lesiones	6.87	7.36	7.33	6.69	7.13	7.07	7.29	8.03	7.81	6.89	7.39	9.33	8.17	-1.17	4.39	4.72	4.74	4.38	4.72	4.73	5.01	5.71	5.75	5.12	5.63	7.14	6.27	-0.87	5.64	6.07	6.07	5.56	5.95	5.93	6.18	6.91	6.81	6.03	6.54	8.28	7.26	-1.03
	Condiciones mal clasificadas	13.88	15.55	14.50	13.77	15.11	14.88	16.91	17.67	18.02	21.41	19.29	19.16	20.45	1.26	14.56	16.35	15.58	14.76	16.12	15.84	18.10	19.13	19.59	22.93	20.95	21.28	22.09	0.82	14.21	15.94	15.03	14.25	15.60	15.35	17.49	18.37	18.77	22.14	20.09	20.17	21.24	1.07
Adolescencia (12 - 17 años)	Condiciones maternas	0.12	0.12	0.06	0.06	0.06	0.07	0.14	0.07	0.05	0.07	0.10	0.13	0.10	-0.03	5.12	4.72	4.83	5.05	5.40	5.37	4.81	4.35	4.63	5.14	4.42	6.23	4.74	-1.49	3.03	2.77	2.81	2.94	3.18	3.14	2.83	2.54	2.69	2.99	2.56	3.64	2.78	-0.87
	Condiciones transmisibles y nutricionales	22.03	20.58	16.94	16.54	15.73	14.78	14.51	14.59	13.78	12.09	11.92	10.48	7.70	-3.78	18.39	17.45	14.79	14.12	13.28	12.56	12.51	12.53	11.47	10.12	10.03	8.69	6.42	-3.27	19.91	18.78	15.70	15.14	14.30	13.50	13.36	13.40	12.45	10.96	10.84	9.45	6.96	-2.49
	Enfermedades no transmisibles	53.69	53.35	57.71	59.90	58.93	59.00	57.34	55.45	57.30	57.40	59.89	60.85	63.67	2.77	56.65	56.57	59.38	61.07	59.11	59.99	57.99	55.56	57.10	55.84	58.23	57.61	61.46	3.82	55.42	55.20	58.88	60.41	58.89	59.34	57.48	55.51	57.19	56.21	58.94	59.03	62.37	3.43
	Lesiones	9.85	10.45	10.84	10.19	10.88	11.11	11.52	12.25	11.78	9.94	9.95	10.63	9.87	-0.76	3.85	4.27	4.25	4.01	4.35	4.48	4.81	5.29	5.31	4.74	5.07	5.25	5.03	-0.22	6.35	6.90	7.05	6.62	7.06	7.27	7.65	8.24	8.06	6.94	7.17	7.53	7.07	-0.46
	Condiciones mal clasificadas	14.31	15.49	14.45	13.71	14.75	15.05	16.48	17.63	17.09	20.50	18.15	17.82	18.66	0.85	15.99	16.99	16.74	15.74	17.85	18.00	20.28	22.27	21.48	24.66	22.25	22.21	22.39	0.17	15.29	16.35	15.77	14.89	16.56	16.75	18.67	20.30	19.62	22.90	20.49	20.35	20.81	0.46
Juventud (18 - 28 años)	Condiciones maternas	0.09	0.10	0.06	0.05	0.07	0.04	0.13	0.10	0.03	0.06	0.11	0.17	0.13	-0.04	9.72	9.30	9.83	9.21	9.94	9.73	9.23	8.14	8.75	9.10	8.96	12.25	9.90	-2.35	6.79	6.40	6.62	6.21	6.77	6.47	6.19	5.38	5.80	6.04	5.88	8.03	6.49	-1.54
	Condiciones transmisibles y nutricionales	20.58	20.02	17.53	16.81	16.93	15.95	16.25	17.33	16.46	15.81	14.87	14.58	11.15	-3.43	15.00	15.24	13.72	12.89	12.55	12.20	12.48	13.17	11.78	10.92	10.38	8.88	6.60	-3.28	16.70	16.75	14.97	14.18	13.96	13.46	13.74	14.59	13.36	12.57	11.95	10.87	8.19	-2.68
	Enfermedades no transmisibles	55.05	54.37	56.43	58.89	57.71	58.02	54.72	52.14	54.28	54.85	56.05	55.11	57.89	2.78	57.44	56.45	57.19	59.95	56.87	58.16	55.22	53.96	54.92	52.88	54.86	52.57	56.16	3.29	56.71	55.79	56.93	59.53	57.20	58.11	55.85	53.07	54.70	53.48	55.28	53.46	56.77	3.31
	Lesiones	11.55	12.22	13.03	12.44	12.93	13.95	15.39	16.28	15.37	13.51	13.58	14.40	13.90	-0.50	3.20	3.33	3.39	3.41	3.78	4.00	4.38	4.62	4.48	4.06	4.30	4.28	4.11	-0.17	5.74	6.14	6.56	6.37	6.72	7.35	8.06	8.62	8.16	7.25	7.53	7.81	7.52	-0.29
	Condiciones mal clasificadas	12.73	13.29	12.96	12.04	12.36	12.03	13.50	14.15	13.86	15.98	15.39	15.75	16.93	1.18	14.65	15.68	15.88	14.54	16.76	15.91	18.69	20.51	20.08	23.05	21.50	22.02	23.22	1.72	14.06	14.92	14.92	13.72	15.35	14.60	16.95	18.33	17.97	20.66	19.37	19.83	21.03	1.20
Adultez (29 - 59 años)	Condiciones maternas	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01	0.01	0.02	0.01	-0.01	2.27	2.10	2.11	1.82	2.01	1.99	2.09	1.70	1.82	1.85	1.86	2.43	2.07	-0.36	1.52	1.40	1.40	1.20	1.33	1.30	1.37	1.12	1.20	1.21	1.21	1.54	1.34	-0.20	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	12.96	13.05	11.22	10.75	11.11	10.85	11.46	11.59	10.90	10.41	10.18	10.78	9.15	-1.63	10.62	10.67	9.36	8.85	8.76	8.63	9.08	9.13	8.23	7.87	7.50	6.93	5.29	-3.64	11.40	11.46	9.99	9.50	9.56	9.40	9.90	9.98	9.15	8.76	8.45	8.36	6.67	-1.69
	Enfermedades no transmisibles	68.38	67.12	69.71	71.38	70.28	70.23	67.18	65.92	67.91	67.02	67.88	67.14	67.58	0.42	72.25	71.54	73.55	75.14	73.88	74.00	70.96	70.21	71.63	69.60	71.34	71.68	72.33	0.65	70.95	70.07	72.25	73.85	72.66	72.70	69.68	68.73	70.35	68.70	70.11	70.00	70.62	0.63
	Lesiones	7.79	8.22	8.17	7.84	8.22	8.67	9.48	9.85	9.22	8.54	8.92	9.15	9.11	-0.04	3.03	3.14	3.14	3.13	3.45	3.55	3.69	3.88	3.72	3.53	3.76	3.77	3.65	-0.13	4.61	4.83	4.85	4.73	5.07	5.32	5.68	5.94	5.62	5.28	5.59	5.76	5.60	-0.16
	Condiciones mal clasificadas	10.90	11.59	10.89	10.02	10.38	10.24	11.87	12.63	11.97	14.03	13.00	12.91	14.17	1.27	11.83	12.55	11.84	11.06	11.91	11.82	14.15	15.08	14.59	17.14	15.54	15.19	16.66	1.13	11.52	12.23	11.52	10.71	11.38	11.27	13.37	14.24	13.68	16.05	14.64	14.34	15.77	1.43
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones maternas	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	-0.01	0.06	0.05	0.01	0.00	0.02	0.02	0.01	0.00	0.00	0.00	0.02	0.02	0.01	0.00	0.04	0.04	0.01	0.00	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.01	-0.01	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	5.89	6.58	5.46	5.28	5.21	5.12	5.62	5.19	4.89	4.60	4.78	4.70	3.78	-2.91	6.16	6.56	5.57	5.31	5.16	5.07	5.50	5.03	4.72	4.45	4.50	3.70	2.88	-3.83	6.05	6.57	5.52	5.30	5.18	5.09	5.55	5.09	4.78	4.51	4.61	4.11	3.24	-0.87
	Enfermedades no transmisibles	82.37	79.95	81.90	82.49	81.95	81.89	79.42	79.33	79.99	78.49	80.14	81.41	81.18	-0.23	82.30	80.90	82.72	83.39	83.08	83.04	80.69																					

Morbilidad atendida por causas y departamentos

Entre 2009 y 2021, la mayoría de los departamentos describen el mismo patrón nacional en la frecuencia de atenciones por causas: enfermedades no transmisibles, signos y síntomas mal definidos, lesiones, condiciones transmisibles y nutricionales y, condiciones maternas y perinatales. Bogotá D.C, es la ciudad más poblada, por lo que aporta la mayor demanda de atenciones en salud, generando el 17.35% de las atenciones del país, lo cual hace que repunte para todas las causas. (Tabla 29)

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 2021, los territorios de Córdoba, Cesar, Cauca, Chocó, Sucre, Huila, Putumayo, Arauca, Norte de Santander, Casanare, Guaviare, Guainía y Vaupés, según la proporción de las atenciones para este periodo la principal causa de consulta son las condiciones maternas perinatales; la diferencia en puntos porcentuales está alrededor entre 0,01 y 2,9 p.p con respecto a las enfermedades no transmisibles. (Tabla 29)



Tabla 29. Proporción de atenciones según departamento, 2009-2021

Departamento	Condiciones maternas perinatales	Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades no transmisibles	Lesiones	Signos y síntomas mal definidos
11 - Bogotá, D.C.	11,72%	13,04%	17,08%	14,54%	22,07%
05 - Antioquia	12,47%	9,00%	11,36%	13,08%	9,28%
76 - Valle del Cauca	8,49%	10,94%	10,51%	12,40%	8,89%
08 - Atlántico	5,73%	6,28%	5,42%	4,32%	6,60%
25 - Cundinamarca	5,19%	4,82%	5,07%	5,19%	7,26%
68 - Santander	4,74%	4,54%	5,62%	5,08%	3,95%
-1 - NO DEFINIDO	1,85%	3,92%	5,36%	2,98%	3,27%
13 - Bolívar	4,01%	6,22%	4,43%	4,10%	4,34%
23 - Córdoba	4,46%	4,81%	2,92%	2,85%	2,96%
54 - Norte de Santander	3,47%	3,82%	3,09%	4,12%	2,31%
73 - Tolima	2,02%	2,05%	2,39%	2,50%	3,57%
19 - Cauca	3,35%	2,77%	2,51%	2,87%	2,16%
52 - Nariño	4,27%	2,48%	2,45%	3,01%	1,97%
41 - Huila	4,20%	2,69%	2,37%	2,97%	2,20%
47 - Magdalena	3,57%	3,78%	2,19%	2,24%	2,78%
15 - Boyacá	2,16%	1,55%	2,32%	2,60%	1,87%
66 - Risaralda	1,41%	1,86%	2,26%	2,01%	1,38%
17 - Caldas	0,87%	1,40%	2,14%	2,11%	1,63%
20 - Cesar	3,40%	2,33%	1,74%	2,01%	2,08%
44 - La Guajira	2,88%	3,53%	1,57%	1,29%	2,06%
70 - Sucre	2,10%	1,97%	1,72%	1,43%	1,94%
50 - Meta	1,42%	1,55%	1,42%	1,42%	1,44%
63 - Quindío	0,92%	1,00%	1,18%	1,10%	0,68%
18 - Caquetá	0,93%	0,92%	0,66%	0,92%	0,68%
86 - Putumayo	1,29%	0,56%	0,47%	0,75%	0,83%
81 - Arauca	0,84%	0,51%	0,52%	0,62%	0,39%
85 - Casanare	0,64%	0,51%	0,47%	0,57%	0,43%
27 - Chocó	0,93%	0,60%	0,40%	0,41%	0,63%
95 - Guaviare	0,17%	0,13%	0,14%	0,16%	0,11%
88 - Archipiélago de San Andrés, P	0,12%	0,08%	0,06%	0,13%	0,07%
99 - Vichada	0,10%	0,16%	0,05%	0,05%	0,07%
91 - Amazonas	0,09%	0,09%	0,04%	0,07%	0,06%
94 - Guainía	0,16%	0,08%	0,04%	0,06%	0,03%
97 - Vaupés	0,04%	0,03%	0,01%	0,04%	0,02%

Fuente: elaboración a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO en febrero de 2023



Alteraciones de la salud bucal

Las enfermedades que afectan la salud bucal, continúan presentándose dentro de las primeras causas de morbilidad. La prevalencia de caries dental se identificó en 5,89% de los niños de 1 año llegando a ser en adultos de 64,73%; la prevalencia de fluorosis ha venido en incremento alcanzando un 62,15% en adolescentes de 15 años; por su parte la prevalencia de enfermedad periodontal llega a ser del 86% en adultos de 34 años; mientras que la prevalencia de edentulismo (pérdida dental) parcial es de 70,4% y el total en los adultos mayores es de 5,2%.

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

Morbilidad en salud mental

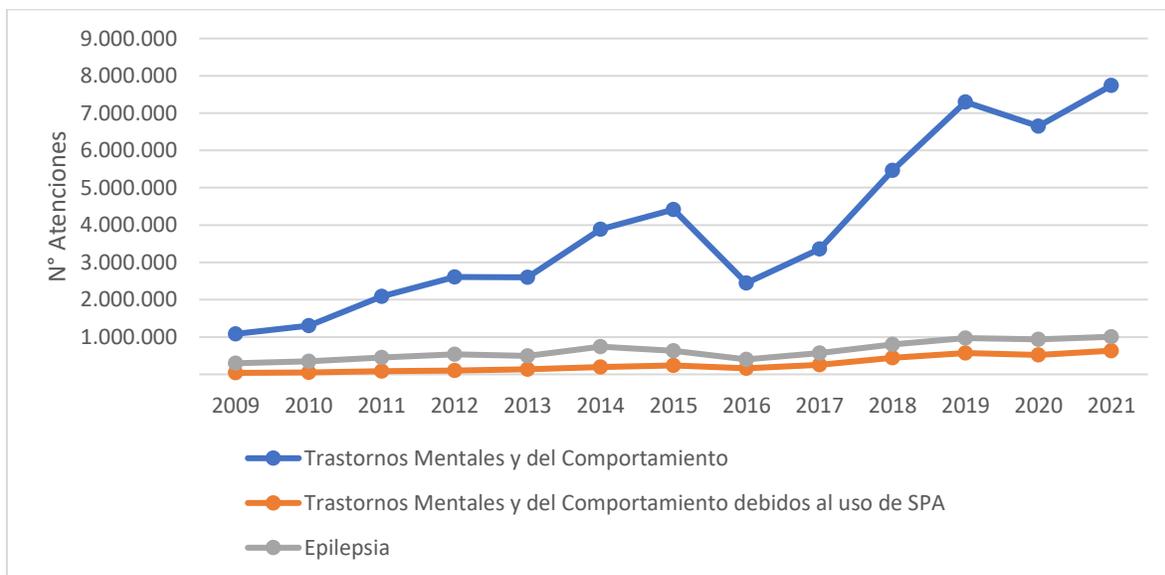
Su marco normativo esta dado desde la Ley 1616 de 2013, donde se establece la salud mental como interés y prioridad nacional, derecho fundamental, tema prioritario de salud pública, bien de interés público, componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida. Y se define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

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



A partir del reporte de las atenciones realizadas entre 2009-2021, se encuentra que un aumento significativo en las consultas por trastornos mentales y del comportamiento con un total de 7.740.317 consultas para el año 2021 mientras que en 2009 se realizaron por esta misma causa 1.084.489 atenciones, lo que muestra la necesidad de priorizar las intervenciones en la población para el manejo adecuado de los procesos relacionados con la salud mental. En cuanto a los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de PSA y la Epilepsia se observa una tendencia incremental una poco más controlada como se puede ver en el Gráfico 95.

Gráfico 95. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental, Colombia 2009 – 2021



Fuente: elaboración a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO en febrero de 2023

El comportamiento de la atención en salud mental según sexo, demuestra que la diferencia para el último año (2021) tiene un mayor aumento en Trastornos mentales y del comportamiento en las mujeres con 0.93 p.p. más respecto al año anterior, mientras tanto, en los hombres es de 0,14 p.p. (Tabla 31) por su parte el mayor aumento en hombres es en los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas



con 0.68 p.p. respecto al año 2020; en datos absolutos se evidencia que el mayor número de consultas se representa en los hombres con una tendencia para ambos sexos similar, sin embargo se observa una diferencia importante en el número de atenciones para los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en hombres con un total de 2.704.103 para el periodo de análisis mientras que en las mujeres fueron 716.621 atenciones. En relación con la Epilepsia se observa un comportamiento muy similar en aumento sostenido pero mínimo en ambos sexos. Se incluye la vigilancia del intento de suicidio la cual se inició por parte del Instituto Nacional de Salud a partir del año 2016 con una tendencia ascendente desde el inicio del reporte (Gráfico 96).

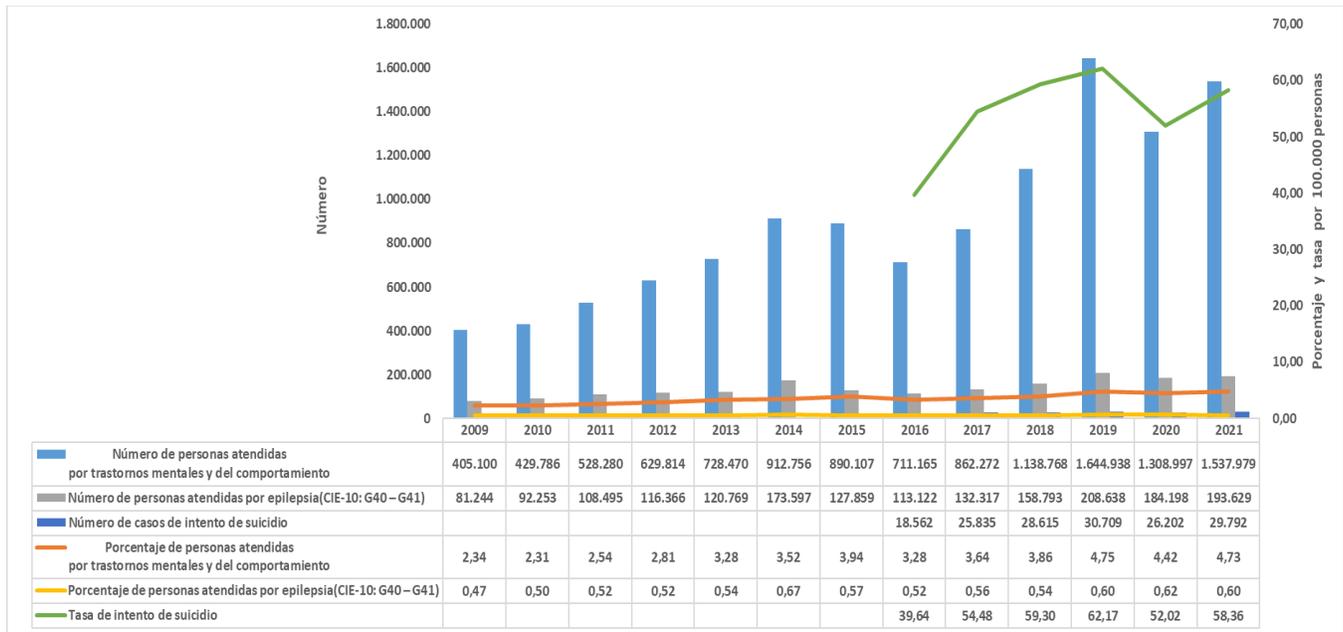
Tabla 30. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2021

SEXO	Morbilidad en Salud Mental	Total													Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
TOTAL	Trastornos mentales y del comportamiento	76,30	76,50	79,61	80,21	80,52	80,56	83,52	81,37	80,42	81,49	82,56	82,00	82,52	0,51
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,80	3,10	3,22	3,19	4,17	4,11	4,51	5,29	6,02	6,55	6,46	6,41	6,78	0,36
	Epilepsia	20,90	20,40	17,17	16,61	15,31	15,33	11,97	13,34	13,56	11,96	10,98	11,58	10,71	-0,88
HOMBRES	Trastornos mentales y del comportamiento	73,13	74,40	77,76	77,55	77,78	78,24	80,88	78,49	77,60	78,89	79,76	78,68	78,82	0,14
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,12	4,53	4,69	5,15	6,64	6,50	7,05	8,09	9,03	9,92	9,66	9,82	10,51	0,68
	Epilepsia	22,75	21,07	17,55	17,30	15,58	15,27	12,07	13,42	13,37	11,19	10,58	11,50	10,67	-0,82
MUJERES	Trastornos mentales y del comportamiento	78,95	78,37	81,39	82,63	83,18	82,88	86,17	84,36	83,39	84,51	85,75	85,61	86,54	0,83
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,70	1,83	1,80	1,40	1,77	1,72	1,95	2,39	2,84	2,63	2,81	2,71	2,72	0,01
	Epilepsia	19,35	19,81	16,80	15,98	15,05	15,39	11,87	13,26	13,76	12,85	11,44	11,68	10,74	-0,94

Fuente: elaboración a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO en febrero de 2023



Gráfico 96. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2020



Fuente: elaboración a partir de: Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, Consultado en la bodega de datos del SISPRO febrero de 2023. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, Consultado en la bodega de datos del SISPRO febrero de 2023.

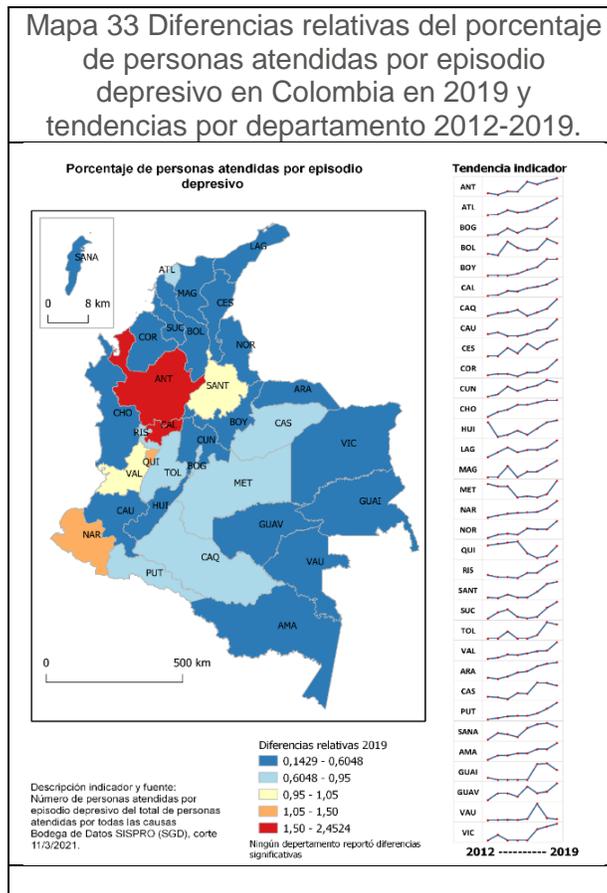
El panorama por departamento para el año 2021 muestra que los tres primeros con mayor número de consultas por trastornos mentales y del comportamiento son en su orden Bogotá (16,2%), Antioquia (11,4%) y Valle del Cauca (10,3%) que acumulan el 37,9% de las atenciones realizadas, y que puede estar relacionado por la cantidad de población que concentran estas entidades territoriales, entre otros fenómenos; en cuanto a las consultas por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas son Bogotá (11,5%), Bolívar (8,6%), Norte de Santander (8,4%) y Antioquia (7,7%) quienes concentran el 36,2% de las atenciones; por su parte las atenciones por epilepsia se concentran en Bogotá(16,8%), Antioquia (9,4%) y Valle del Cauca (8,8%).

Personas atendidas por episodio depresivo

La tendencia de las personas atendidas por episodio depresivo tuvo un comportamiento fluctuante entre 2012 y 2015. Según observa en el mapa 33, los departamentos con el



mayor porcentaje de consultas por episodio depresivo fueron Antioquia, Caldas, Nariño y Quindío en el 2019.



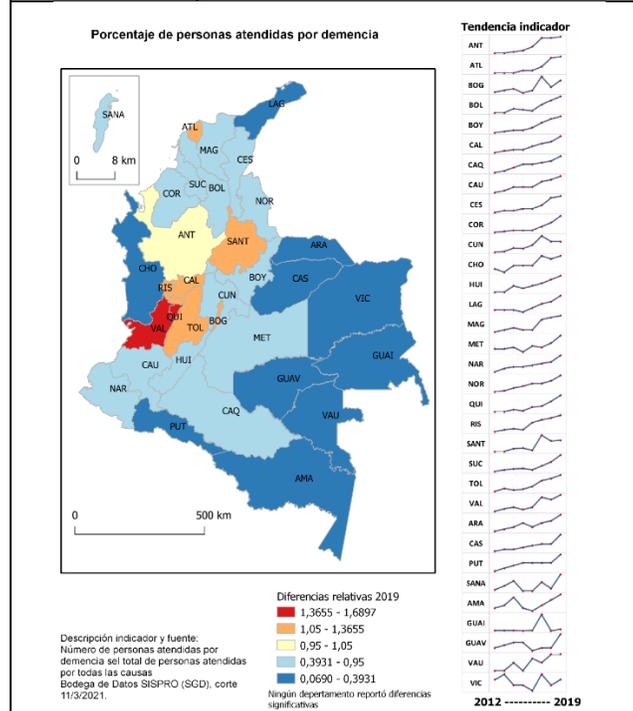
Fuente: elaboración a partir de: Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, Consultado en la bodega de datos del SISPRO

Porcentaje de personas atendidas por demencia

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



Mapa 34 Diferencias relativas del porcentaje de personas atendidas por violencia en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.



Fuente: elaboración a partir de: Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, Consultado en la bodega de datos del SISPRO

Intento de suicidio

Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos casos se dan en personas que lo cometen impulsivamente en situaciones de crisis en las que su capacidad para afrontar las tensiones de la vida está mermada. Algunas de estas situaciones pueden ser, los problemas económicos, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas. Cada año se suicidan cerca de 700.000 personas. Por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio. En la población general, un intento de suicidio es el factor individual de riesgo más importante (Organización Mundial de la Salud, 2021).



En Colombia de acuerdo con el boletín epidemiológico a semana 52 para el año 2022 (preliminar), el Instituto Nacional de Salud reportó 36.567 casos, que representan una tasa de incidencia de 74,0 por 100.000 habitantes. Para el comportamiento del evento⁴ según datos suministrados por el INS, estos intentos ocurrieron en mayor proporción en mujeres (65,6 %) y (34,4%) en hombres (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Los territorios que presentaron tasas de incidencia por 100.000 habitantes superiores a la tasa nacional (74 casos por cien mil habitantes) son: Risaralda, Caldas, Quindío, Putumayo, Tolima, Nariño, Boyacá, Vaupés, Caquetá, Valle del Cauca, Huila, Santander, Antioquia, Amazonas, Meta y Casanare (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

En el año 2022, el principal factor desencadenante para los casos de intento de suicidio fue el conflicto con la pareja/expareja (29,9 %), seguido por los problemas económicos (10,1 %), el principal factor de riesgo notificado es la ideación suicida permanente con un (38%) seguido del estado depresivo con un (35,8%), en tercer lugar, el consumo de sustancias psicoactivas con (14,9%) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

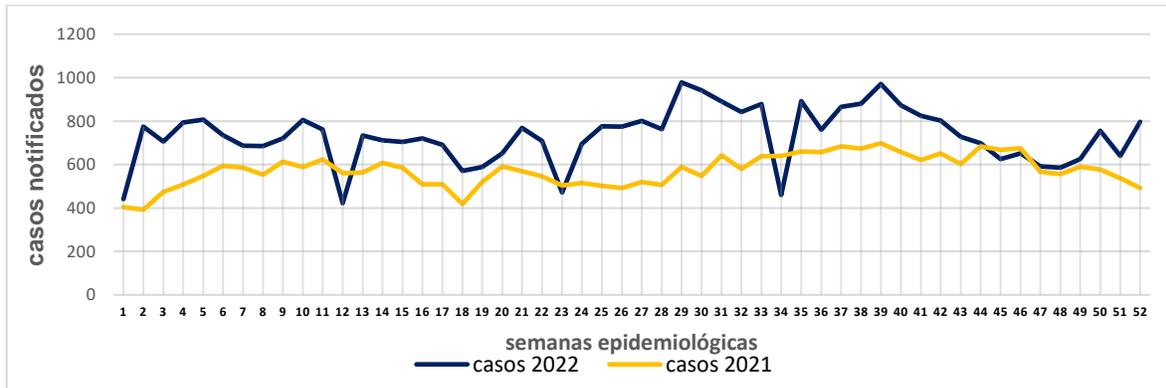
El principal mecanismo utilizado para el intento de suicidio fue la intoxicación con alguna sustancia con un (67,4%). En cuanto a la notificación de casos de intento de suicidio, el año 2021 presenta un número menor de casos (n=29.792)⁵ frente a los notificados en 2022 (n=36.567). Adicionalmente en el año 2022 para las semanas 12, 23 y 34 hubo una evidente disminución en el número de casos notificados para el evento. En el comparativo del evento entre 2021 y 2022 se observa que en la semana 44 y 46 se presentó el mismo número de casos (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

⁴ Los datos analizados para el comportamiento del evento en 2022 fueron suministrados en base FTP, se consideran preliminares, están sujetos a cambios de acuerdo con los ajustes que realice el INS en SIVIGILA.

⁵ Obtenido portal <http://portalSIVIGILA.ins.gov.co/Paginas/Buscador.aspx>



Gráfico 97. Comportamiento de Intento de suicidio por semana epidemiológica en Colombia, 2021 – 2022*.



Nota. La figura muestra los casos notificados para intento de suicidio en Colombia para el año 2021 y 2022*.

Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2021 y base de datos 2022*.

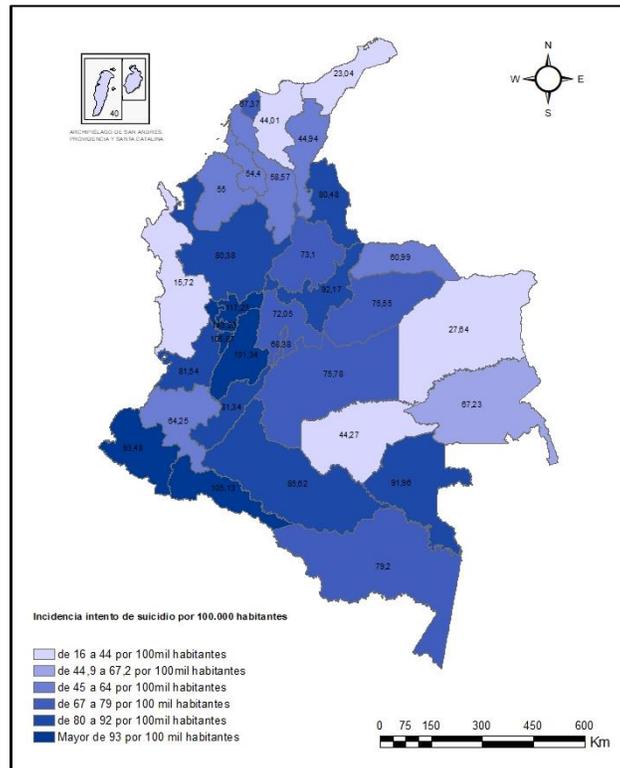
*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

La tasa de incidencia nacional corresponde a 74 casos por 100 mil habitantes. Las tasas de incidencia de casos de intento de suicidio, mayores de 93 por 100.000 habitantes corresponden a los territorios de Risaralda, Caldas, Quindío, Putumayo, Tolima y Nariño (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Las tasas de incidencia de 80 a 92 por 100.000 habitantes, se encuentran en Boyacá, Vaupés, Caquetá, Valle del Cauca, Huila, Santander y Antioquia. Los territorios que tienen tasas de incidencia por debajo de la tasa nacional son: Amazonas, Meta, Casanare, Santander, Cundinamarca, Bogotá, D.C., Atlántico y Guainía con tasas entre 67 a 79 por 100.000 habitantes. Las tasas de incidencia que van de 45 a 64 por 100.00 habitantes son para los territorios de: Cauca, Arauca, Bolívar, Córdoba, Sucre, Cesar. Los territorios con menores tasas de incidencia que van de 16 a 44 por 100.000 habitantes son: Guaviare, Magdalena, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vichada, Guajira Chocó (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Mapa 35. Tasa de Incidencia del evento Intento de Suicidio, por entidad territorial, Colombia 2022*.



Nota. El mapa muestra la tasa de incidencia para intento de suicidio en Colombia para el año 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos depurada 2022* y proyecciones de población DANE 2022.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Dentro de los factores desencadenantes del intento de suicidio, en el análisis del evento se observa que los problemas económicos ocupan el segundo lugar, después de los problemas de pareja. En este sentido se realizó un análisis comparativo por quintiles entre las tasas de incidencia de casos por 100.000 habitantes, como indicador de salud frente al porcentaje de desempleo de larga duración⁶, utilizando este último como estratificador social (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

⁶ Desempleo de larga duración: personas que llevan entre 2 y menos de cinco años o entre 1 y menos de 2 años buscando empleo (DANE)



Los departamentos que presentaron un mayor porcentaje de desempleo de larga duración tienen 28,5 veces más de casos para el evento de suicidio, (q1) frente al grupo que tienen un menor porcentaje de desempleo de larga duración. (q5). Estos territorios corresponden a quintil 1: Vichada, Vaupés, Guainía, Quindío, Tolima, Boyacá, Caldas y Chocó. Los territorios ubicados en el quintil 5 son: Guaviare, Guajira, Santander, Atlántico y Archipiélago de San Andrés y Santa Catalina. Los departamentos que presentaron el mayor porcentaje de desempleo de larga duración (q1) tienen el 46% más de probabilidad de presentar casos de intento de suicidio que los departamentos ubicados en el (q5) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Eventos de alto costo

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

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, para el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021 se analizaron 5.347.829 personas diagnosticadas con HTA, DM o ERC, de los casos analizados 4.822.819 fueron casos vivos y activos (90,18%). El promedio de edad para el total de los casos analizados fue de 63,69 años. Los casos prevalentes de ERC presentaron un incremento del 4,61% superando la tendencia descendiente evidenciada desde el periodo 2019 (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).



Gráfico 98. Casos reportados a la CAC de HTA, DM y/o ERC, Colombia 2008 - 2021



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021

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 prematura (Jha V, 2013). 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” (Organización Mundial de la Salud, 2014). “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” (Levey AS, 2007).



En el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, esta enfermedad pasó al puesto 6 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en los puestos 9 en 2007 y 27 en 1990 (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018); con una diferencia del 47,4% entre 2007 y 2017. En términos de muertes prematuras pasó de la posición 11 en 2007 al lugar 9 en 2017 (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018) y su incremento fue del 29,5%.

La ERC es un evento en salud de alto costo, progresivo, no transmisible y estrechamente ligada a otras enfermedades, como las cardiovasculares y la diabetes mellitus. La incidencia, prevalencia y mortalidad de la ERC es creciente en Colombia, a pesar de que existen políticas que orientan el proceso de prevención y manejo. En el país, las principales causas de ERC las constituyen las enfermedades precursoras como la Hipertensión Arterial (HTA) y otros tipos de enfermedad cardiovascular (ECV), la diabetes mellitus tipo II y la uremia, entre Otras enfermedades asociadas con la ERC son las enfermedades autoinmunes, la insuficiencia renal aguda y el VIH (Medina, 2016).

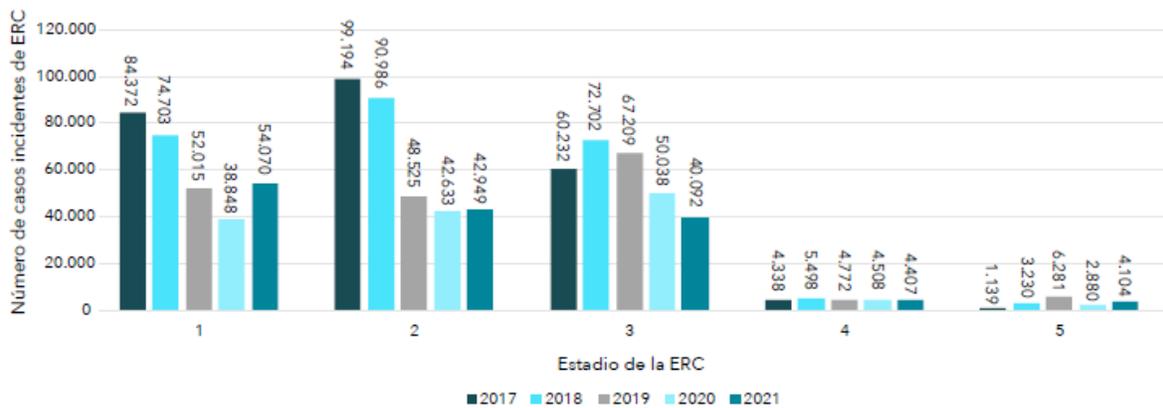
De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, para el periodo de 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021 en Colombia se reportaron 154.688 casos nuevos de ERC, de estos, en el 15,9% su etiología fue por DM y en el 14,61% por enfermedad vascular renal (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).

El grupo etario con mayor cantidad de casos incidentes de ERC fue el de los 60 a los 64 años con el 13,32% (20.607). En el régimen contributivo la tasa de mortalidad estandarizada más alta en comparación con el subsidiado. En ambos regímenes hubo un incremento acentuado que fue mayor en el contributivo. Se informaron 37.751 muertes por todas las causas en las personas con ERC, lo que representa un aumento del 74,36% con relación al periodo previo (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).



Según la estadificación de la ERC, el 62,71% de los casos incidentes se encontraban en los estadios 1 o 2, el 25,92% en el estadio 3, el 2,84% en estadio 4 y el 2,65% en estadio 5. Se observó un aumento notable de los casos en los estadios 1 y 5, y una disminución en el estadio 3 (Gráfico 99) (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).

Gráfico 99. Número de casos incidentes de ERC según el estadio, Colombia 2017 – 2021

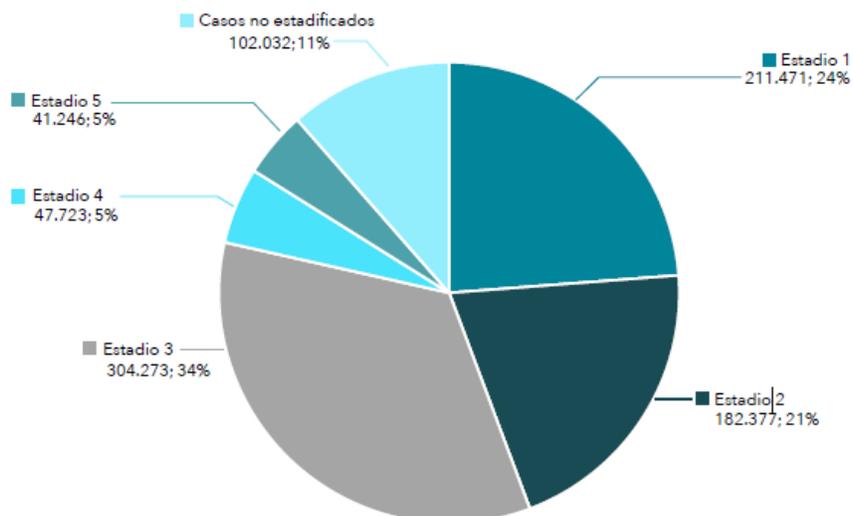


Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021

Se estimó una prevalencia cruda de 1.75 casos por cada 100 habitantes, y un aumento de 39.249 casos con respecto al periodo anterior. De los 889.123 casos prevalentes de ERC, el 44,30% se encontraban en los estadios 1 y 2, el 34,22% en el estadio 3, el 5,36% en estadio 4 y 4,64% en el estadio 5 (Gráfico 100) (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).



Gráfico 100. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio, Colombia 2021



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021

En Bogotá D.C. se estimó la prevalencia estandarizada (PE) de ERC más alta del país con 2,72, seguida por la región Caribe con una PE de 1,93; a nivel departamental Meta PE 2,46, Atlántico PE 2,42 y Bolívar PE 2,35 tuvieron las cifras más elevadas (Tabla 31) (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).

Tabla 31. Número de casos de la ERC según departamentos, 2020

Región	Enfermedad renal crónica					
	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	215.388	7.789.061	2,77	2,72	2,71	2,73
Caribe	191.559	11.523.933	1,66	1,93	1,92	1,94
Central	183.769	12.158.647	1,51	1,36	1,36	1,37
Oriental	151.821	9.547.960	1,59	1,58	1,57	1,58
Pacífica	138.773	8.216.925	1,69	1,55	1,54	1,55
Amazonía/Orinoquía	7.813	1.474.437	0,53	0,81	0,80	0,83
Nacional	889.123	50.710.961	1,75	N.A.	N.A.	N.A.

Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021



Hipertensión arterial

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

La hipertensión arterial contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal y a la mortalidad y discapacidad prematuras. “La hipertensión rara vez produce síntomas en etapas tempranas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad en el largo plazo” (Organización Mundial de la Salud, 2013).

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) (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018) 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.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, para el periodo del 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021 se reportaron 413.091 casos nuevos de HTA, un 0,75% menos que en el 2020. El 62,06% de los casos nuevos de HTA tenían entre 50 y 74 años. Se analizaron 4.890.174 personas con HTA, dato equivalente a una prevalencia cruda de 9,64 casos por cada 100 habitantes (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).

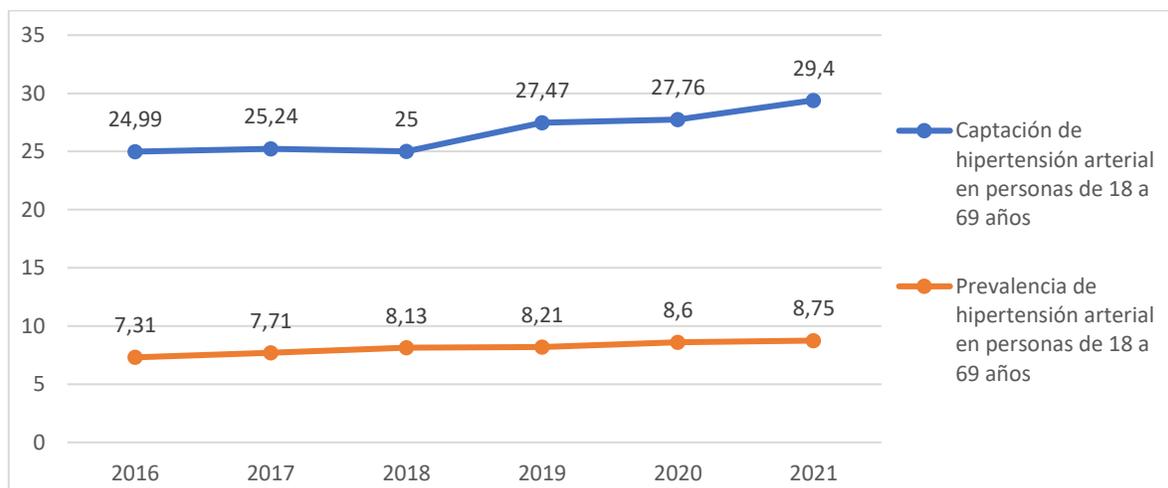
El régimen contributivo aumentó la prevalencia estandarizada con respecto al periodo anterior (11,68); este mismo comportamiento se presentó en el subsidiado (8,28). La tasa de mortalidad cruda fue de 312,74 muertes por 100.000 habitantes, siendo la mayor estimación de los últimos periodos. Bogotá D.C., presentó la tasa de mortalidad más alta (393,76 muertes por 100.000 habitantes), mientras que la región Central tuvo la mayor



frecuencia de casos fallecidos (44.202) (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).

La Captación de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 se mantiene en aumento desde el 2018 presentando para el año 2021 un valor de 29.4; sin embargo, aún es un valor que no impacta en la reducción de la carga de enfermedad cardiovascular. Al revisar la Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años se observa que luego de un repunte que se dio en el año 2017, su tendencia es al incremento; presentando para el año 2021 una prevalencia de 8.75 por cada 100 afiliados (Gráfico 101).

Gráfico 101. Captación y Prevalencia de HTA en personas de 18 a 69 años, 2016 - 2021



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC. Reporte Indicadores cohortes de ERC. Abril 2022.

Diabetes mellitus

En el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, la diabetes mellitus pasó al puesto 6 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 11 en 1990 (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018), se estiman 34,18 (IC95% 33,48 – 34,91) muertes por cada cien mil personas por esta causa. El número de personas con diabetes pasó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. La prevalencia de esta enfermedad ha venido aumentando más rápidamente en los países de renta baja y de renta mediana que en los de renta elevada (Organización Mundial de la Salud OMS, 2022).



De acuerdo con las estimaciones del Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, para Colombia la Diabetes Mellitus pasó al 6° lugar como causa de muerte más frecuente en 2017 después de haber estado en la posición 7° en 2007, con una tasa de mortalidad de 28,98 por cada 100.000 (IC95% 26,39 -31,91), una diferencia del 32,4% entre 2007 y 2017. En términos de muertes prematuras el incremento fue del 46,38% entre 2007 y 2017, que pasó de la posición 11° en 2007 al lugar 7° en 2017 (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018).

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%, respectivamente (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, para el periodo 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021 se reportaron 176.766 casos nuevos de DM, un 4.73% más que en el 2020. El promedio de la edad de los casos incidentes de DM fue de 60,39 años. Se reportaron 35.384 fallecidos en el régimen contributivo con una tasa de mortalidad estandarizada de 146,32 y 21.463 en el subsidiado con una tasa de mortalidad estandarizada de 100,81 (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).

Durante el periodo de estudio se informaron 58.925 personas con diagnóstico de DM fallecidas por todas las causas; de éstas, el 49,61% (29.231) eran mujeres. Se observó un aumento en el número de casos nuevos en el régimen subsidiado y una disminución en el contributivo (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).

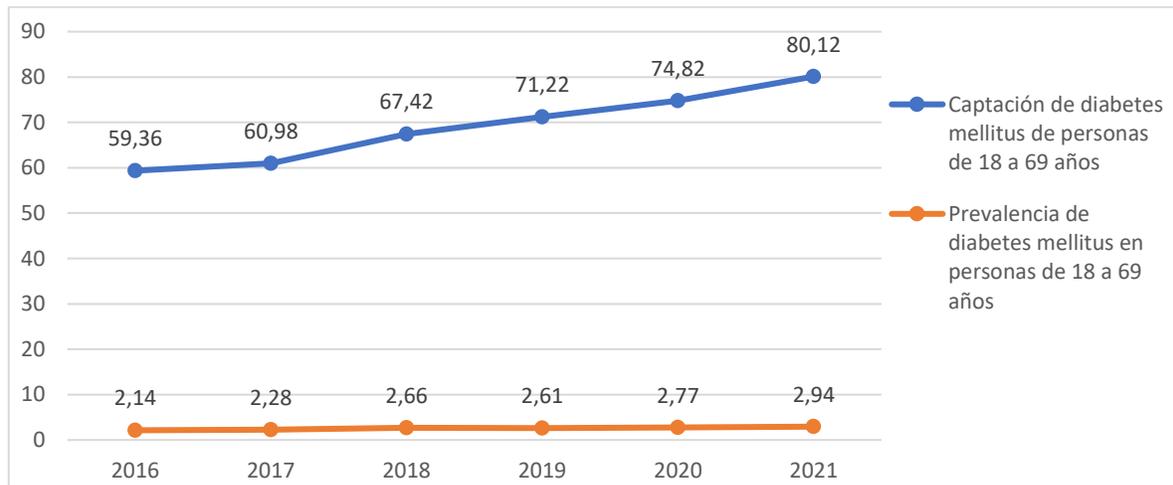
En Colombia, se estimó una prevalencia de la DM de 3,11 casos por cada 100 habitantes; la prevalencia estandarizada más alta se estimó en Bogotá D.C. con 3,66, seguido por la



región Central con una prevalencia estandarizada de 3,40 (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).

Para el año 2021 se reporta una prevalencia en servicios de salud de 2,94 por cada 100 afiliados en personas de 18 a 69 años, con un porcentaje de captación del 80,12, mientras que, para el año 2020, se presentaba una prevalencia de 2,77 con un porcentaje de captación de 74,82 por cada 100 personas afiliadas de 18 a 69 años. (Gráfico 102)

Gráfico 102. Prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus según sexos y régimen, 2016 -2021



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC. Reporte Indicadores cohortes de ERC. Abril 2022.

A nivel regional, la prevalencia estimada más alta se estimó en Bogotá D.C. con 3,66 (292.385), seguido por la región central con una PE de 3,40 (455.721). Los departamentos con las estimaciones más altas fueron el Valle del Cauca con una PE de 4,16 (212.957), Antioquia con una PE de 3,83 (272.732) y Risaralda con una PE de 3,82 (45.798) (Tabla 32) (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).



Tabla 32. Prevalencia de la DM por 100 habitantes según la región, Colombia 2021

Región	Diabetes mellitus					
	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	292.385	7.789.061	3,75	3,66	3,65	3,68
Caribe	286.340	11.523.933	2,48	2,85	2,84	2,86
Central	455.721	12.158.647	3,75	3,40	3,40	3,41
Oriental	250.668	9.547.960	2,63	2,61	2,60	2,62
Pacífica	273.686	8.216.925	3,33	3,17	3,16	3,18
Amazonía/Orinoquía	17.708	1.474.437	1,20	1,72	1,70	1,75
Nacional	1.576.508	50.710.961	3,11	N.A.	N.A.	N.A.

Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

De acuerdo a las estimaciones del Estudio Carga Global de la Enfermedad de 2017, el VIH/SIDA pasó al puesto 14 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 18 en 1990, se estima que 14,05 (IC95% 12,87 – 15,48) muertes por cada cien mil personas por esta causa (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018). 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.

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

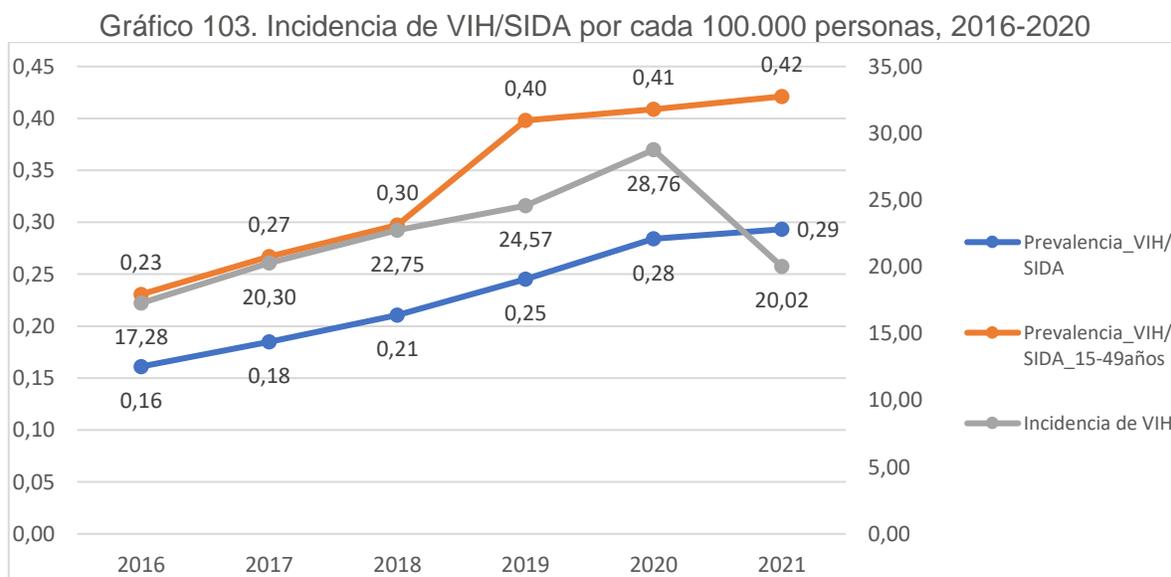
De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo en Colombia se diagnosticaron 9.210 casos con VIH entre el 1 de febrero de 2020 y el 31 de enero de 2021; los casos nuevos disminuyeron en un 26,48% con respecto al periodo anterior. La mediana de edad en los hombres fue de 29 años (RIC⁷: 24 - 37), y en las mujeres fue de 34 años (RIC: 25 – 45). La mayor concentración de casos nuevos se identificó en la región Central (27,39%), seguido

⁷RIC: rango intercuartílico



por Bogotá D.C. con 24,69%. En los casos nuevos, el 63,09% indicaron que pertenecían a uno o más grupos de las poblaciones clave; la mayor proporción (57,21%) se identificaron como HSH⁸, seguidos por consumidores de sustancias psicoactivas diferentes a las inyectadas (5,58%). El 58,51% de los casos nuevos de personas que viven con el VIH, están afiliadas al régimen contributivo. El principal mecanismo de transmisión fue el sexual (91,13%) y el 35,92% de los casos incidentes fue diagnosticado en fase SIDA (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).

Según los datos entregados por la Cuenta de Alto Costo, la incidencia reportada para el año 2021 en la base de Indicadores VIH Nacional 2016-2021, fue de 20,02; así mismo al revisar el documento Situación VIH en Colombia, 2021 la incidencia cruda del VIH disminuyó de 25,36 a 18,28 por 100.000 habitantes y al ajustarla por la edad disminuyó de 25,15 a 18,20 por 100.000 habitantes. Al compararla por el sexo, se muestra una mayor incidencia estandarizada en los hombres, con 30,88 por 100.000 habitantes. (Gráfico 94). Para este mismo periodo, los casos incidentes se concentran entre los 25 a 34 años de edad, le siguen el grupo de 15 a 24 años y de 35 a 44 años (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC. Reporte Indicadores VIH. Abril 2022.

⁸ HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres



De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, las entidades territoriales con la mayor cantidad de casos de personas que viven con VIH se encuentran en Bogotá D.C., Antioquia y Valle del Cauca. De la misma forma, al desagregar por hombres se observa que la mayor proporción de casos se presentaron en Bogotá D.C, Antioquia y Valle del Cauca mientras que, en las mujeres la mayor proporción se registró en el Valle del Cauca, seguido por Antioquia. Por regiones de Colombia, la Central es la que presenta mayor concentración de casos. En la región Caribe la mayor frecuencia corresponde a mujeres, mientras que la región Central registra la mayor frecuencia los hombres y en la Oriental la población de intersexuales (Tabla 33) (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).



Tabla 33. Distribución de personas viviendo con VIH prevalentes según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2021

Región/Entidad territorial	Hombre	Mujer	Intersexual	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bogotá, D.C.	26.591 (25,51)	3.718 (12,25)	0 (0,00)	30.309 (22,51)
Caribe	18.297 (17,55)	8.986 (29,61)	1 (1,61)	27.284 (20,27)
Atlántico	5.841 (5,60)	2.394 (7,89)	0 (0,00)	8.235 (6,12)
Bolíver	3.369 (3,23)	1.667 (5,49)	0 (0,00)	5.036 (3,74)
Cesar	1.666 (1,60)	1.040 (3,43)	0 (0,00)	2.706 (2,01)
Córdoba	2.968 (2,85)	1.573 (5,18)	1 (1,61)	4.542 (3,37)
La Guajira	770 (0,74)	471 (1,55)	0 (0,00)	1.241 (0,92)
Magdalena	2.169 (2,08)	1.108 (3,65)	0 (0,00)	3.277 (2,43)
San Andrés	74 (0,07)	46 (0,15)	0 (0,00)	120 (0,09)
Sucre	1.440 (1,38)	687 (2,26)	0 (0,00)	2.127 (1,58)
Central	29.841 (28,63)	7.510 (24,75)	2 (3,23)	37.353 (27,74)
Antioquía	19.294 (18,51)	4.032 (13,29)	0 (0,00)	23.326 (17,33)
Caldas	1.721 (1,65)	601 (1,98)	0 (0,00)	2.322 (1,72)
Cauquetá	335 (0,32)	169 (0,56)	0 (0,00)	504 (0,37)
Huila	1.615 (1,55)	529 (1,74)	0 (0,00)	2.144 (1,59)
Quindío	2.014 (1,93)	717 (2,36)	1 (1,61)	2.732 (2,03)
Risaralda	2.962 (2,84)	882 (2,91)	1 (1,61)	3.845 (2,86)
Tolima	1.900 (1,82)	580 (1,91)	0 (0,00)	2.480 (1,84)
Oriental	12.646 (12,13)	4.128 (13,60)	50 (80,65)	16.824 (12,50)
Boyacá	3.369 (3,23)	1.667 (5,49)	0 (0,00)	5.036 (3,74)
Cundinamarca	3.100 (2,97)	748 (2,46)	0 (0,00)	3.848 (2,86)
Meta	1.891 (1,81)	788 (2,60)	0 (0,00)	2.679 (1,99)
Norte de Santander	2.797 (2,68)	1.148 (3,78)	50 (80,65)	3.995 (2,97)
Santander	4.071 (3,91)	1.238 (4,08)	0 (0,00)	5.309 (3,94)
Pacífica	15.509 (14,88)	5.349 (17,63)	9 (14,52)	20.867 (15,50)
Cauca	1.259 (1,21)	511 (1,68)	0 (0,00)	504 (0,37)
Chocó	175 (0,17)	219 (0,72)	0 (0,00)	394 (0,29)
Nariño	1.128 (1,08)	515 (1,70)	9 (14,52)	1.652 (1,23)
Valle del Cauca	12.947 (12,42)	4.104 (13,52)	0 (0,00)	17.051 (12,66)
Amazonia/Orinoquía	1.344 (1,29)	655 (2,16)	0 (0,00)	1.999 (1,48)
Amazonas	55 (0,05)	62 (0,20)	0 (0,00)	117 (0,09)
Arauca	207 (0,20)	117 (0,39)	0 (0,00)	324 (0,24)
Casanare	662 (0,64)	257 (0,85)	0 (0,00)	919 (0,68)
Guanábata	13 (0,01)	6 (0,02)	0 (0,00)	19 (0,01)
Güeviere	80 (0,08)	65 (0,21)	0 (0,00)	145 (0,11)
Putumayo	240 (0,23)	122 (0,40)	0 (0,00)	362 (0,27)
Valupés	11 (0,01)	8 (0,03)	0 (0,00)	19 (0,01)
Vichada	76 (0,07)	18 (0,06)	0 (0,00)	94 (0,07)
Total	104.228 (100,00)	30.346 (100,00)	62 (100,00)	134.636 (100,00)

Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC. Situación del VIH y sida en Colombia 2021.



Transmisión materno infantil del VIH

De acuerdo con los datos de ETMI – PLUS: Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil, VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas del MSPS, entre 2008 y 2018, Colombia presentó una disminución de la TMI del VIH del 70,7%, al pasar del 5,8% al 1,7% en los niños y niñas expuestos al VIH, reportados a la estrategia nacional. De las 14 niñas y niños infectados con VIH en el 2018, el 64,2% fueron hombres y 35,8% mujeres; el 35,7% recibieron alimentación mixta (leche materna más fórmula láctea); el 57,1% no recibió profilaxis ARV en el intraparto, 50,0% de sus madres no tuvieron intervención del control prenatal y al 50,0% se les realizó el diagnóstico de VIH posterior al parto. El 60% de las gestantes tenían cargas virales entre 10.001 a 50.000 copias/ml. El 85,7% de los binomios están en el régimen subsidiado y el 14,3% en el contributivo (Ministerio de Salud y Protección Social, Abril 2021).

Ahora bien, en el mismo informe de ETMI – PLUS del 2022 actualizado con datos al año 2019, al realizar la medición del porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, para la cohorte del 2019, se tiene que Colombia presentó un porcentaje de 1,9%. Las entidades territoriales de Guainía, Putumayo, Vaupés y Vichada no reportaron gestantes con diagnóstico de VIH; de acuerdo a la información reportada en el 2019 al sistema de información de la estrategia se tiene registro de 120 gestantes migrantes de Venezuela, de las cuales hubo 99 niños y niñas expuestos al VIH de los cuales 6 niños y niñas se les realizó un diagnóstico de VIH, 79 niños y niñas se les descartó infección por VIH y se les declaró sanos, 13 niños y niñas quedaron sin clasificación frente al VIH por imposible ubicación y 1 niño falleció sin clasificación frente al VIH (Ministerio de Salud y Protección Social, Septiembre de 2022).

Por su parte al revisar los casos reportados a través de la Cuenta de Alto Costo, para el periodo del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero de 2021, se reportaron 576.870 mujeres gestantes en el periodo con una disminución del 4,63% en el número de casos con respecto al año anterior (604.904). El mayor número de gestantes fue reportado por el régimen contributivo y en la región Caribe. Se diagnosticaron 1.150 mujeres con infección por VIH, lo cual representa un incremento del 5,22% con respecto al periodo anterior, la mediana de



edad gestacional al momento de la detección del VIH fue 17 semanas (RIC: 11-26), del total de las gestantes que viven con VIH, solo el 23,04% se diagnosticó en estadio 1 y el 31% en estadio 3 (sida), el 66,00% de las gestantes con VIH tenía la última CV indetectable (menor de 50 copias/ml), lo cual representa un aumento de 4,98% con relación al periodo anterior (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).

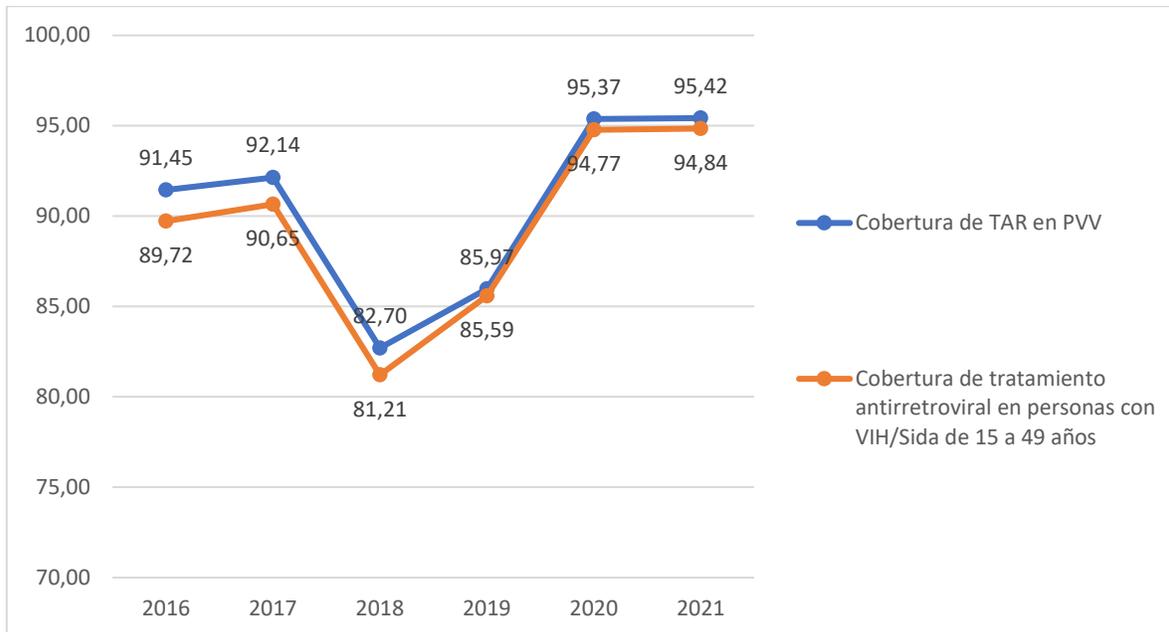
Se reportaron 1.280 niños menores de 12 meses hijos de madres con VIH, de los cuales, 6 casos (0,47%) fueron positivos y reportados en el periodo. Las entidades territoriales con el mayor número de menores expuestos fueron Bogotá, D.C., Antioquia y Valle del Cauca. Las regiones Caribe y Central presentaron el mayor número de casos. Según el régimen de afiliación, en el subsidiado se presentaron más casos de menores expuestos al VIH (72,89%), seguido del contributivo (26,56%) y el de excepción (0,55%). No se reportaron casos sin afiliación. De los casos con VIH, el 66,67% se encontraban en el subsidiado y el 33,33% en el contributivo. En el período disminuyeron de 14 a 6 niños con infección confirmada por VIH. Estos casos representan un 0,47% de positividad entre los expuestos. El sexo que predominó fue el masculino. En la región Caribe se encontró el 66,67% de los menores con diagnóstico positivo. El estadio 1 fue el de mayor proporción. En ninguno de los menores se consiguió la supresión viral durante el periodo (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).

Cobertura de tratamiento antirretroviral

Según los datos de la Cuenta de Alto Costo la cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA ha presentado una recuperación luego de una disminución importante presentada en el año 2018, con una leve pero progresiva tendencia al aumento en la cual se observa que para el último año reportado (2021), la cobertura se mantiene alrededor del 95%.



Gráfico 104. Cobertura de TAR, 2016-2021



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC. Reporte Indicadores VIH. Abril 2022.

Para el periodo del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero de 2021 la cobertura de tratamiento antirretroviral fue del 95,28%, presentando un aumento del 0,58% con respecto al período anterior y fue mayor en los hombres (95,66%). De las personas viviendo con VIH con tratamiento antirretroviral, el 76,82% presentó una carga viral menor de 50 copias/ml, aumentando un 3,38% en relación con el período anterior (73,44%). En todas las personas que han presentado falla (terapéutica, virológica, clínica o inmunológica) se encontró que solamente el 31,25% tienen genotipificación para VIH. En San Andrés, Caquetá y Guaviare se presentó el mayor porcentaje de cobertura de terapia antirretroviral, mientras que los departamentos con una menor fueron Guainía, Vaupés y Amazonas. Se presentó mayor cobertura de terapia antirretroviral en el régimen de excepción (96,15%), seguido por el contributivo (95,94%), entre el régimen contributivo y el subsidiado existe una diferencia de 8,32% en la proporción de personas que logran supresión de la carga viral. El esquema de tratamiento antirretroviral más usado en las personas viviendo con el VIH fue el efavirenz, emtricitabina y tenofovir (45,42%) (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022).



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 mieloides o la linfoides, su evolución varía desde las que conducen rápidamente a la muerte hasta las que evolucionan con lentitud y se les conoce como agudas o crónicas, respectivamente” (Ortega Sánchez, Osnaya Ortega, & Rosas Barrientos, 2007).

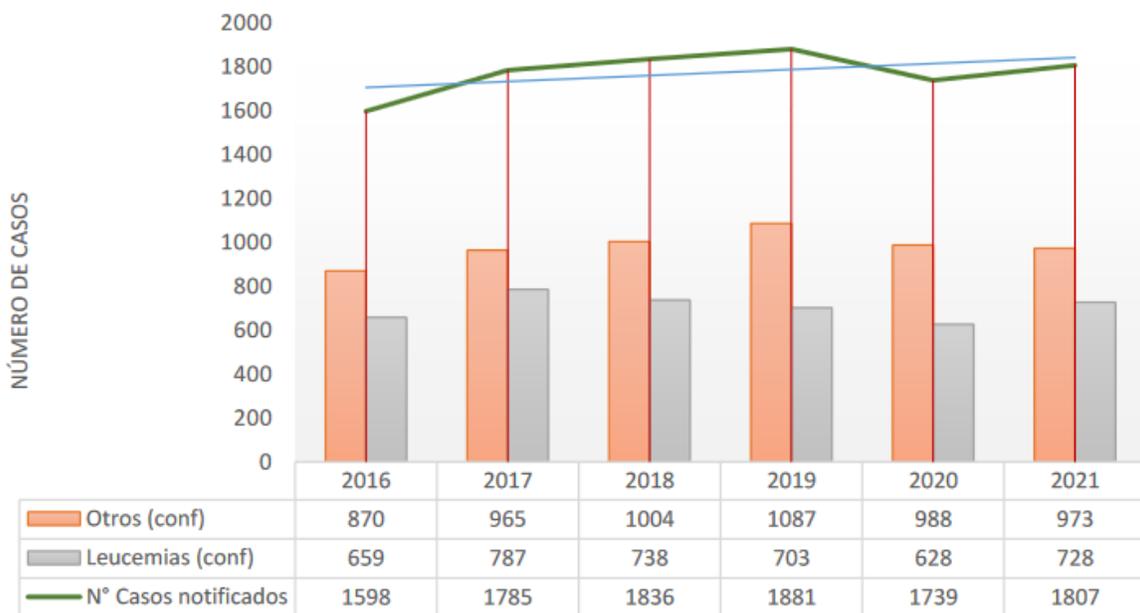
Para 2018, según datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (International Agency for Research on Cancer - IARC), para la población menor de 19 años de edad se estima una tasa de incidencia de leucemias en ajustada por la edad en el mundo es de 3,1 por cada 100.000 personas año, 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 año (International Agency for Research on Cancer IARC, Organización Mundial de la Salud OMS, 2020).

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. Durante 2021 se notificaron 1807 casos en total. Se observa una línea de tendencia con incremento del 3,9 % con respecto al año 2020. Sin embargo, se presentó un decremento del 3,9 % en la notificación de casos al comparar el año 2021 frente a 2019.



Se presentó una media de notificación de 32,7 casos por semana epidemiológica. De acuerdo con los resultados observados en la notificación, se identifica en 2021 mayor notificación de casos sin alcanzar la notificación que se presentaba antes de la pandemia por Covid-19. Del total de casos notificados 2021, el 5,8% (n=106) permanece como probable, considerando para el análisis del evento 1701 casos confirmados (Instituto Nacional de Salud, 2022).

Gráfico 105. Notificación de cáncer en menores de 18 años, Colombia, 2016-2021



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Cáncer en menores de 18 años. Colombia 2021

Las principales entidades territoriales notificadoras fueron: Bogotá con 559 casos (32,8 %), Valle del Cauca con 235 casos (13,8 %), Antioquia con 196 casos (11,5 %), Santander con 145 casos (8,5 %), Cartagena con 86 casos (5%), Barranquilla con 71 casos (4,1%) y Córdoba con 70 casos (4,1%) representando el 79,8 % de la notificación nacional. El tipo de cáncer más frecuente son las leucemias, representando el 42,6 % de todos los casos, con la leucemia linfocítica aguda (33,6%), leucemia mieloide aguda (5,1 %) y otras leucemias (3,9 %). Con relación a los demás tumores (57,4%), el 14,9 % corresponde a los tumores del sistema nervioso central, seguidos de linfomas y neoplasias reticuloendoteliales (10,6%) (Instituto Nacional de Salud, 2022).



De acuerdo con los resultados se observa en todos los grupos de edad que la leucemia linfocítica aguda representa la mayor proporción de casos (33,6 %), en los niños de 1 a 4 años se presentó con mayor frecuencia leucemia linfocítica aguda (43,4 %) seguido de tumores del sistema nervioso central, linfomas y retinoblastomas, sin embargo se observa en el grupo entre los 15 y 17 años que otras neoplasias malignas, así como los linfomas y neoplasias retículo endoteliales representan el segundo y tercer lugar respectivamente en este grupo de edad (Instituto Nacional de Salud, 2022).

La tasa de notificación nacional de leucemias en menores de 15 años en el año 2021 fue de 5,0 casos por cada 100 000 menores de 15 años, mientras en el 2019 se observó de 5,9 casos; En el año 2021 (de 615 casos notificados para leucemias, 12 casos presentan residencia en el exterior); Guaviare, Santander, Huila, Risaralda, Vichada, Tolima, Bogotá, Nariño, Valle del Cauca, Meta, Casanare, Buenaventura, Norte de Santander, Santa Marta, Sucre y Cartagena presentan la mayor incidencia, por encima de la tasa nacional. Se identificó en los casos confirmados con leucemias (728), según variables sociodemográficas, que el 55,2% (402 casos) se presentaron en el sexo masculino, el 82,6% (602 casos) con área de residencia cabecera municipal y el 17,3% (126 casos) residían en centros poblados y rural disperso, se observó pertenencia étnica indígena en el 2% de los casos y el 1,3% de los casos en población afrocolombiana. De acuerdo con el régimen de aseguramiento el 48,9% de los casos pertenecían al régimen subsidiado y el 39,8% al régimen contributivo, mientras que el 7,6% de los casos no estaban asegurados o se consideraron indeterminados (Instituto Nacional de Salud, 2022).

Al comparar los indicadores de oportunidad para leucemias desde el año 2019 al 2021 se observa que la oportunidad en la presunción diagnóstica alta durante el año 2019 fue de 71,0%, confirmación diagnóstica alta fue del 75,3% y el inicio de tratamiento con oportunidad alta fue de 70,2%, mientras que en el año 2020, se presentó oportunidades altas en la presunción diagnóstica del 86,1%, de confirmación diagnóstica del 79,9% y de inicio de tratamiento del 81,0% y al revisar detalladamente el comportamiento de leucemias con oportunidad alta en la presunción, confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento para



el año 2021 se observó presunción diagnóstica el 80,6% , confirmación diagnóstica del 86,1% e inicio de tratamiento del 81,5% lo cual muestra un aparente incremento en la oportunidad de confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento para los casos de leucemias notificados como confirmados (Instituto Nacional de Salud, 2022).

Eventos de notificación obligatoria

En el análisis del comportamiento de los Eventos de notificación obligatoria o de Interés en Salud Pública (EISP), se incluye la información presentada y analizada en el documento “Análisis de eventos de interés seleccionado en Salud Pública, Colombia 2022” (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023), realizado por el Grupo de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS, para el año 2022 (preliminar), teniendo en cuenta algunos determinantes que puedan estar relacionadas con el evento y sobre los cuales deberá estar orientada la intervención.

Malaria

La malaria o paludismo en el país ocurre en áreas geográficas con altura por debajo de los 1.600 m s. n. m. (metros sobre el nivel del mar) que reúnen condiciones eco epidemiológicas favorables para su transmisión (temperatura, precipitación, vegetación, etc.) al favorecer la presencia del vector mosquito hembra infectado del género *Anopheles* spp; esta última situación potenciada por el cambio climático. En particular afecta a población indígena y afro y a grupos poblacionales en situación de pobreza que residen o laboran en zonas de características selváticas o rurales (Centros poblados y rural disperso, de acuerdo con el DANE). En Colombia persisten algunos focos de transmisión de malaria en las regiones Pacífica, Urabá - Bajo Cauca - Alto Sinú, Amazonia y Orinoquia; se resalta que desde el 2018 se reactivó el foco de la región del Catatumbo en el departamento de Norte de Santander, zona fronteriza crítica por temas de migración poblacional. Los departamentos que más reportan casos de malaria son Chocó, Nariño, Córdoba, Antioquia, Guainía, Amazonas, Risaralda, Norte de Santander, Cauca, Guaviare y Vichada (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



A nivel mundial, en la mayoría de los países se evidencia una tendencia hacia la disminución de los casos de malaria que condujo que a partir de 2010 los programas comenzaran a transformar el enfoque de control tradicional hacia uno de eliminación⁹, que implica la realización de un ejercicio de estratificación según el riesgo de malaria para identificar y clasificar las áreas con transmisión como focos activos (detección de casos autóctonos durante el año calendario en curso), focos residuales (el último caso autóctono se detectó en el año calendario anterior o hasta tres años antes) y eliminados (sin casos autóctonos por tres años o más), enfatizando intervenciones para controlar, eliminar o evitar la reinstalación de la enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Colombia desde el 13 de diciembre de 2019 se vinculó a la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y República Dominicana - IREM¹⁰, priorizando 12 municipios de 3 departamentos: en Chocó 10 municipios en total, de los cuales 4 son de frontera (Acandí, Juradó, Unguía y Riosucio) y de la parte central del departamento (Quibdó, Atrato, Medio Atrato, Bagadó, Lloró y Río Quito); en Nariño es San Andrés de Tumaco; y en el Valle del Cauca es Buenaventura. En esta iniciativa se contemplan las siguientes metas para el país: Evitar el restablecimiento de la transmisión en los cuatro municipios de frontera con Panamá. Alcanzar la reducción en un 75% de los casos de malaria no complicada y malaria complicada en los otros 8 municipios de la iniciativa. Lograr cero muertes por malaria en los 12 municipios (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Para los años 2021 y 2022 la notificación promedio de casos de malaria fue de 1.400 casos semanales, siendo mayor para 2022 en la semana 22 con cerca de 2.000 reportes, correspondiente a la última semana de mayo, época que coincide con el final de la primera ola invernal acontecida entre marzo a junio de 2022. A partir de la semana 31 para ambos

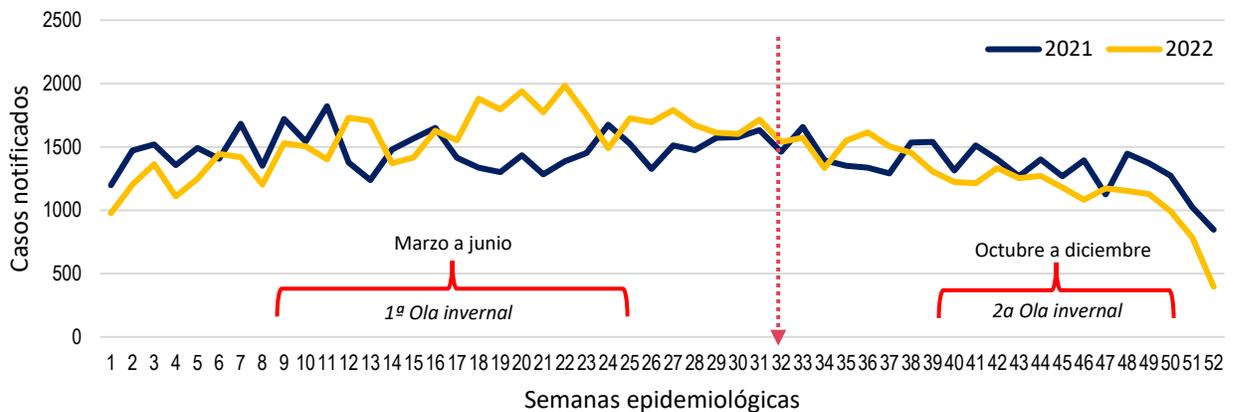
⁹ Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186671/9789243564999_spa.pdf;jsessionid=F309C55F87B270DD46AFED0AF164866A?sequence=1

¹⁰ <https://www.iadb.org/es/paises/colombia/perspectiva-general>



años se observa tendencia al descenso (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Gráfico 106. Número de casos notificados para malaria, según semana epidemiológica, Colombia 2021 y 2022*.



Nota. La figura muestra los casos notificados para malaria en Colombia para el año 2021 y 2022*.

Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2021 y base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Para el 2022 se cuenta con información preliminar con fecha de corte a 10/01/2023 con una notificación de 74.277 casos de malaria, de los cuales 72.708 (97,89%) son de malaria no complicada y 1.562 (2,10%) son de malaria complicada (pendiente 7 casos por definir la complicación o no con un 0,01%). Por especie parasitaria predominó la infección por *P. vivax* con 60,75% (45.124 casos), seguido de *P. falciparum* con 38,2% (28.3721 casos) e infección mixta con 1% (740 casos); cinco casos están pendientes por consignar el tipo de especie parasitaria (0,01%) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

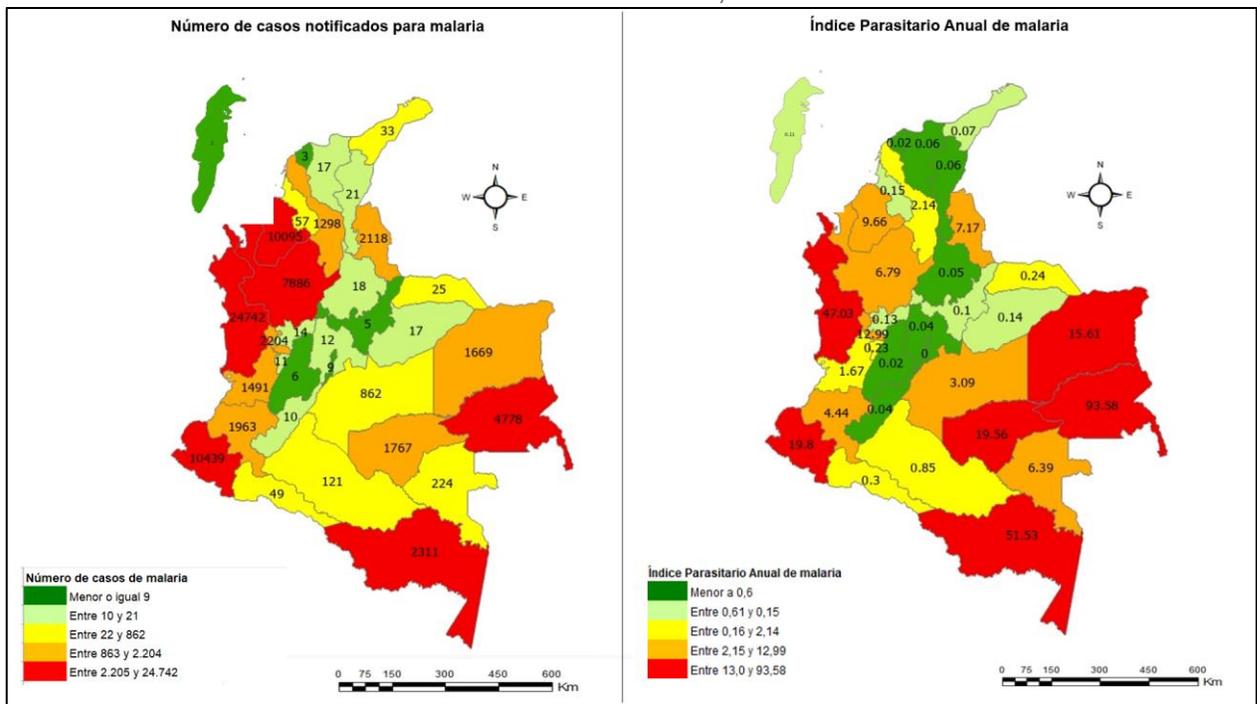
Los casos de malaria no complicada y complicada se presentaron en su mayoría en el sexo masculino con un 58,3% (42.404 casos) y 62,4% (974 casos) respectivamente. Por grupo de edad en los casos de malaria no complicada se encontraron en mayor número los comprendidos entre los 15 a 29 años, mientras que los grupos de edad más afectados por malaria complicada estuvieron los grupos entre los 10 a 24 años. De acuerdo con la pertenencia étnica, los indígenas con 18,3% (286 casos) y los afros con 9,1% (142 casos) para malaria complicada fueron los más afectados y de manera inversa para la malaria no complicada la población afro con el 35,1% (25.527 casos) resultó más afectada que la



indígena con el 29,4% (21.466 casos). Según la ocupación reportada, la de minero y cantero representó un 2,7% (2.021 casos), considerada como una de las labores relacionadas con la reactivación de focos de malaria en la actualidad en particular en la región Pacífica y de la Orinoquía (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Frente a la distribución de los casos del evento por entidad territorial, el mayor número de casos de malaria se reportó en Chocó con 33,3% (n=24.742), Nariño 14,1 % (n=10.439), Córdoba 13,6% (n=10.095), Antioquia 10,6% (n=7.886), Guainía 6,4% (n=4.778) y Amazonas 3,1% (n=2.311). Los departamentos con el mayor Índice Parasitario Anual en 2022 que reflejan el número de casos por cada 1.000 habitantes en riesgo son Guainía con 93,58, Amazonas 51,53, Chocó 47,03, Nariño 19,8, Guaviare 19,56 y Vichada 15,61 (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Mapa 36. Número de casos notificados e índice Parasitario Anual de malaria según entidad territorial. Colombia, 2022*.



Nota. El mapa muestra los casos notificados e índice Parasitario Anual para malaria en Colombia para el año 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.



Para el análisis del evento por determinantes sociales de la salud, se seleccionó como indicador en salud el Índice Parasitario Anual - IPA¹¹ y como estratificador social el “Incidencia de Pobreza Multidimensional¹² – IPM 2021” y posteriormente la información se trabajó en quintiles obteniendo los siguientes resultados: Vichada presenta el mayor IPM en 2021 (64,80) es decir tiene la peor condición para este indicador y Bogotá el menor IPM en 2021 (5,70), sin embargo, este último no es endémico para malaria, por tanto podría relacionarse con uno de las últimas entidades territoriales con menor IPM como Valle del Cauca con 8,5 o Risaralda con 10,7 (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

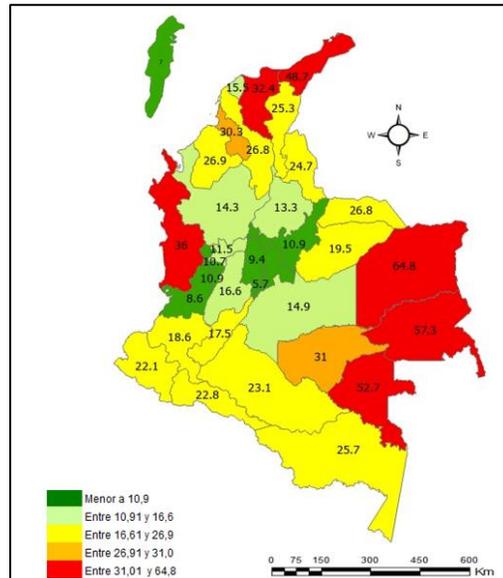
En el grupo de departamentos con mayor IPM (q5) conformado por los departamentos Vichada, Guainía, Vaupés, La Guajira, Chocó y Magdalena se presentan 18,62 casos más de IPA por cada 1000 habitantes comparado con el grupo con menor IPM (q1) constituido por Bogotá, D.C., Archipiélago de San Andrés, Valle del Cauca, Cundinamarca, Risaralda, Quindío y Boyacá (Diferencia absoluta). El IPA del quintil con mayor IPM (q5) es 7,34 veces mayor comparado con el IPA del quintil con menor IPM (q1). (Diferencia relativa) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

¹¹ IPA es la relación de los casos confirmados de malaria anuales en la población en riesgo, que se interpreta como “Por cada 1.000 habitantes del territorio de análisis, se presentaron n casos de malaria” obteniendo tres tipos de parámetros: < 1 (Riesgo bajo), 1- 9 (Riesgo medio) y >10 (Riesgo alto).

¹² IPM es una investigación que realiza el DANE, y que consiste en determinar el número de pobres a través de la identificación de las privaciones de las personas en términos de salud, educación, trabajo, niñez y condiciones de la vivienda. El insumo para el cálculo del IPM es la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).



Mapa 37. Índice Parasitario Anual de malaria por quintiles de Índice de Pobreza Multidimensional, Colombia 2022*.



Nota. El mapa muestra el Índice Parasitario Anual de malaria por quintiles de IPM en Colombia para el año 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2022* y DANE 2021.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Dengue

El dengue es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica. La infección puede cursar de forma asintomática o manifestarse con un espectro clínico amplio, que incluye manifestaciones graves y no graves (Gubler, 1998).

En la actualidad, el dengue es endémico en más de 100 países de las regiones de África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Las regiones más gravemente afectadas son Las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental; en Asia se concentra aproximadamente el 70% de la carga mundial de la enfermedad (Bhatt, 2021).

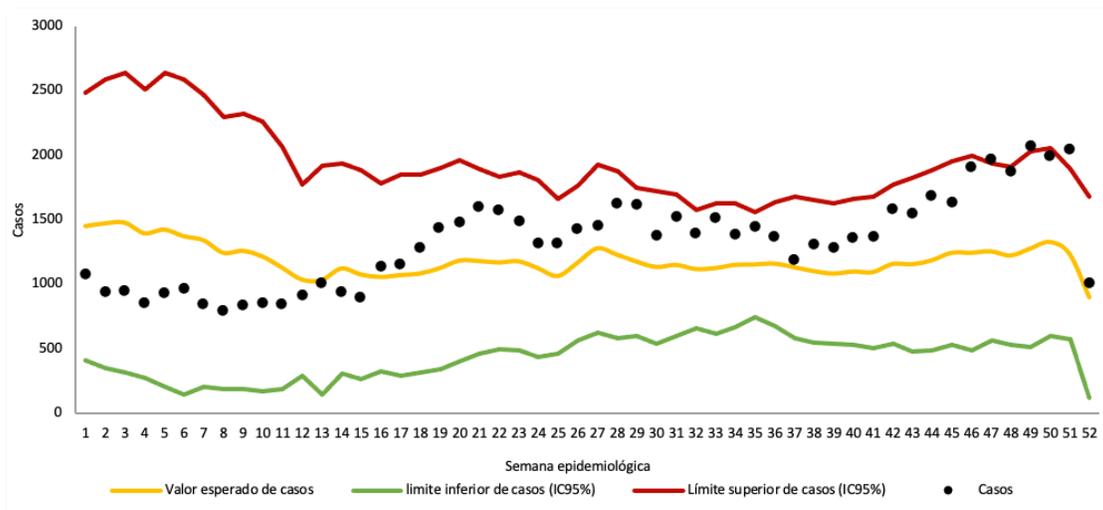
Entre las semanas epidemiológicas 1 y 52 de 2022 se notificaron un total de 2.802.459 casos de dengue en la Región de Las Américas, con una incidencia acumulada de 282,50 casos por 100.000 habitantes. El año 2019 arrojó el mayor número de casos de dengue



desde que la Organización Panamericana de la Salud comenzó a recolectar datos de casos de dengue en 1980. El pico de casos en 2019 se observó en la SE 14 (OPS, 2022).

En Colombia, hasta la Semana Epidemiológica (SE) 52 de 2022, se notificaron 69.497 casos, de ellos 32.516 (46,8%) sin signos de alarma; 35.610 (51,2%) con signos de alarma y 1.371 (2,0%) de dengue grave, el 2022 fue un año de brote, comparado con su comportamiento histórico (4), en 2021 se presentaron 50.265 casos, podemos observar un aumento de casos de dengue en 2022 de 38,2%, donde el mayor porcentaje de variación se presentó en SE 21 de 2022 y luego se registra un decremento en el porcentaje de variación a partir de SE 29 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Gráfico 107. Canal endémico Dengue, Colombia 2022*.



Nota. La figura muestra el canal endémico para dengue en Colombia para el año 2022*.

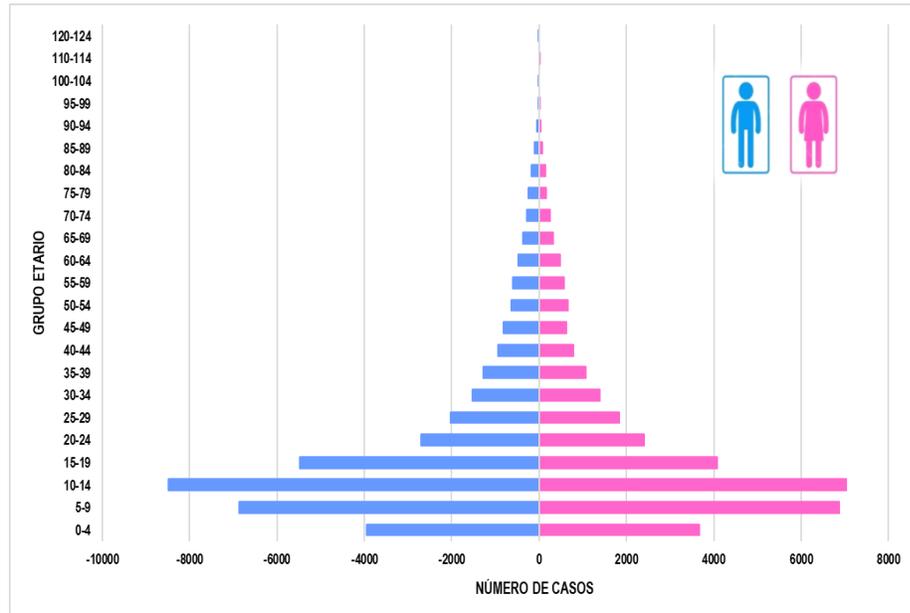
Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Para dengue en 2022, el 47% de los casos que se presentaron fueron de sexo femenino y el 53% del sexo masculino; de acuerdo con los grupos de edad, se observa que el 62,9% de los casos se encuentran concentrado en los menores de 18 años, es allí hacia donde se deben orientar las acciones, de control y prevención de la enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Gráfico 108. Casos de dengue por grupos de edad y sexo, Colombia 2022*.



Nota. La figura muestra los casos de dengue por edad y sexo en Colombia para el año 2022*.

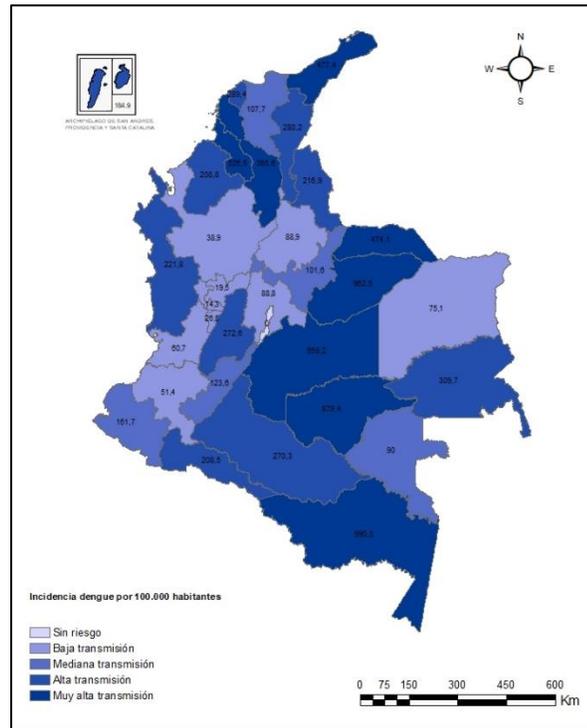
Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Uno de los aspectos más relevantes de la situación epidemiológica es la alta endemicidad del dengue con epidemia en lo corrido de 2022, los departamentos de acuerdo a la procedencia del evento, el que presentó la mayor incidencia de dengue fue Amazonas con una tasa de 990,3 casos por 100.000 habitantes a riesgo, seguido de Casanare con 962,5, Guaviare con 879,4, Meta con 659,2 y Sucre con 526,5, superando a su vez la tasa de incidencia a nivel país que fue de 195,8 casos por 100.000 habitantes en riesgo, departamentos que por sus condiciones climáticas y geográficas dificultan mayormente las acciones de prevención y control de la enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Mapa 38. Tasa de incidencia de dengue, Colombia, 2022*.



Nota. El mapa muestra la tasa de incidencia para dengue en Colombia para el año 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2022* y proyecciones de población DANE 2022.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Tuberculosis

A nivel mundial, según el último informe de tuberculosis (TB) en Global TB Report de la Organización Mundial de la Salud del año 2022, estimó que en el año 2021 existió un total de 10,6 millones de personas con TB, con un incremento del 4,5% respecto al año anterior; se reportó una tasa de incidencia entre casos (nuevos y recaídas) en 134 casos por cada 100.000 habitantes con una disminución del 10% para el periodo 2015 al 2021; indicando con ello, que aún no se ha cumplido las metas de reducción del 20% de la incidencia que se esperaba alcanzar para el año 2020. Del total de casos se reportaron 1,2 millones de niños menores de 15 años, siendo la TB en la infancia uno de los grandes desafíos de



abordaje. En cuanto a la mortalidad por TB a nivel global se reportaron 1,4 millones de fallecidos, se estimó una reducción del 5,9% de la mortalidad en el periodo 2015 al 2021, pero distante a la meta de decremento del 35% que se debió alcanzar para el año 2020 (World Health Organization, 2022).

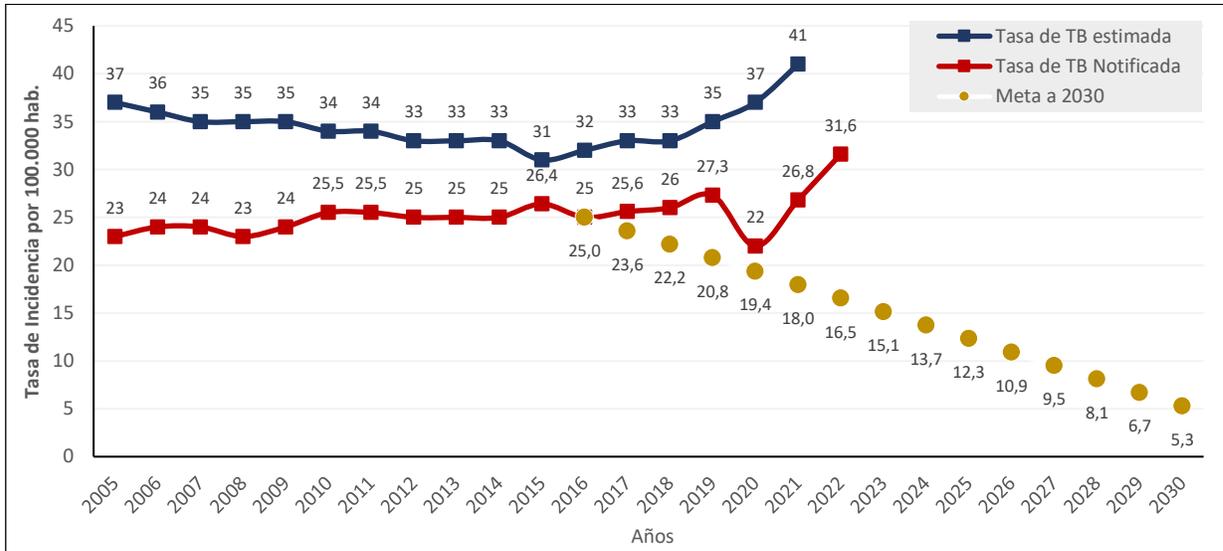
Se observó en la región de Las Américas una tasa de incidencia más alta de TB en los países del Caribe con más de 60 casos por 100.000 habitantes, mientras que en Norteamérica una tasa <10 casos por 100.000 (EE. UU. y Canadá), y Suramérica tasas mayores de 10 a 50 casos por cada 100.000 habitantes. En la región se estimaron 23.000 fallecimientos por TB, con una tasa de mortalidad de 2,3 casos por cada 100.000 habitantes y 9.000 decesos relacionados con la coinfección de TB y el VIH. En cuanto a farmacorresistencia en la región, se reportaron 4.798 casos TB- MDR y RR y 268 Pre- XDR y TB-XDR confirmados (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2022).

En el año 2022, Colombia reportó una tasa de incidencia entre los casos nuevos y las recaídas de 31,6 casos por cada 100.000 habitantes, frente a la tasa de incidencia para el año 2021 que fue de 26,8 casos por cada 100.000 habitantes, mostrando un aumento en la detección de los casos. De acuerdo con la clasificación de la tuberculosis por localización anatómica, el país registró una incidencia de 27 casos de tuberculosis pulmonar por cada 100.000 habitantes y 0,9 casos de tuberculosis meníngea por cada 100.000 habitantes (n=466). El distrito de Bogotá los departamentos con mayor aporte de casos de tuberculosis meníngea (N=75), seguido de Antioquia (n=73), Valle del Cauca (n=67) y Risaralda (n=37) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

La meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) busca, entre otras metas, poner fin a la epidemia de TB. Se plantea reducir su incidencia en 80% y el número de muertes por TB en 90% para el año 2030, tomando como línea de base el año 2015. En comparación con la reducción a partir de la meta que muestra llegar a una incidencia de 16,5 para el año 2022 con una diferencia del 15,1 para su cumplimiento, lo cual implica la necesidad de fortalecer la detección oportuna de casos de TB para cortar la cadena de transmisión (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Gráfico 109. Tasa de incidencia de casos de tuberculosis, Colombia 2005 a 2022*.



Nota. La figura muestra la tasa de incidencia de tuberculosis en Colombia entre los años 2005 y 2022*.

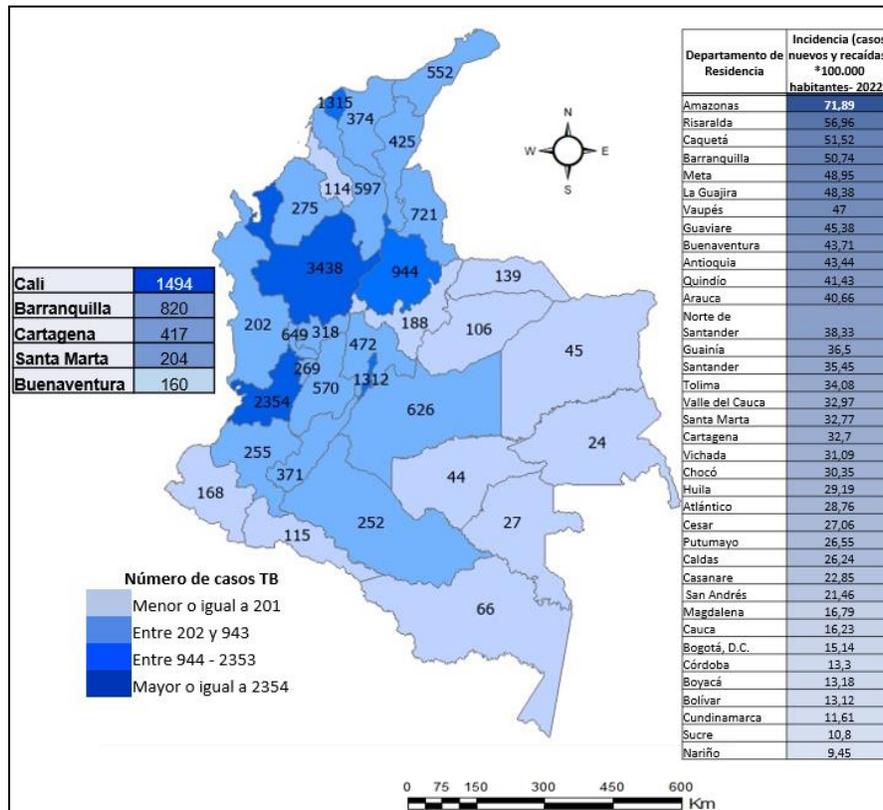
Fuente: Ministerio de Salud y protección Social e Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2021 y base de datos 2022* y Estimación Global TB Report 2022.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Los departamentos que registran mayor carga de la enfermedad se encuentran en primer lugar Antioquia aportando el 17,8% de los casos, seguido de Valle del Cauca con el 13,6% y Atlántico con el 7,6% de los casos. Es importante resaltar que departamento de Antioquia presenta una red de diagnóstico fortalecida para tuberculosis generando mayor captación de los casos. Frente a la distribución geográfica, once entidades territoriales presentan las tasas de incidencia por encima de la nacional (31,6 casos por 100.000 habitantes), donde el departamento de Amazonas registra la incidencia más alta (71,9), seguido de Risaralda (57,0) y Caquetá (51,5) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Mapa 39. Distribución de casos de tuberculosis por entidad territorial de residencia, Colombia 2022*.



Nota. El mapa muestra los casos y las tasas de incidencia por tuberculosis en Colombia para el año 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2022* y proyecciones de población DANE 2022.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

De acuerdo con el análisis entre la realización de pruebas moleculares a población considerada de alto riesgo de adquirir la enfermedad y acorde al algoritmo diagnóstico establecido en la resolución 227 del año 2020, que busca garantizar la realización de la prueba molecular inicial y la toma de cultivos en medio líquido a estos grupos poblacionales, el país refleja el 49% de los casos con realización prueba molecular, donde se hace necesario incrementar esfuerzos para cubrir el 100% de esta población (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

El grupo poblacional con mayor proporción de realización de prueba molecular corresponde a la población privada de la libertad con el 76%, esto debido al fortalecimiento en las



acciones programáticas dirigidas a este grupo poblacional. Los pueblos indígenas presentan un menor porcentaje en la realización de la prueba molecular, y se puede pensar que uno de los obstáculos en estos territorios se relaciona con la inexistencia o la poca disponibilidad de las metodologías moleculares, como también el hecho de residir en zonas dispersas, lo que supone un gran reto en la cobertura de esta población en términos de diagnóstico. La prueba diagnóstica más utilizada sigue siendo la baciloscopia, donde se les realizó al 82% de los casos con el 48% de positividad; esta prueba presenta un 60% de sensibilidad según la calidad de la muestra a diferencia de las pruebas moleculares que muestra una sensibilidad de detección entre el 68 y 88% y especificidad del 98% (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Se observa que el 45% de los casos diagnosticados con tuberculosis pulmonar acudieron a la primera consulta en un rango mayor a 30 días posterior al inicio de síntomas sugestivos de la enfermedad, esto podría favorecer los incrementos en la transmisión entre sus contactos. Se resalta la importancia del fortalecimiento de las estrategias educativas y preventivas en población migrante y pueblos indígenas, donde se aprecia una proporción mayor al 40% en la oportunidad de acudir a consulta. El 84% de los casos con tuberculosis pulmonar, presentaron una oportunidad diagnóstica menor a diez días en relación con la primera consulta realizada, lo que muestra el fortalecimiento en las redes diagnósticas (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Tabla 34. Porcentaje de oportunidad en la consulta y diagnóstico de los casos de tuberculosis, Colombia 2022*.

Variables de interés	Total, casos	Rango de días entre inicio de síntomas y consulta			Rango de días entre fecha consulta y diagnóstico		
		< a 15 días	15 a 30 días	> a 30 días	< a 10 días	10 a 30 días	> a 30 días
TB pulmonar	15.216	39%	16%	45%	84%	11%	5%
TB extrapulmonar	2.496	44%	17%	39%	73%	22%	6%
TB sensible	17.340	40%	16%	44%	83%	12%	5%
TB resistente	334	34%	13%	53%	67%	17%	16%
Población Privada de la libertad	1.258	46%	25%	29%	86%	9%	5%
Migrantes	850	39%	15%	46%	86%	9%	5%
Pueblos indígenas	777	45%	13%	42%	84%	10%	6%

Nota. La tabla muestra porcentaje de oportunidad en consulta y diagnóstico de tuberculosis en Colombia para el año 2022
Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.



Intoxicaciones por Sustancias Químicas

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la intoxicación representa un gran problema de salud pública a nivel mundial, estimando que para 2021 se perdieron 2 millones de vidas y 53 millones de años de vida ajustados por discapacidad en 2019 debido a la exposición a sustancias químicas seleccionadas (Organización Mundial de la Salud, 2019), reflejando un incremento con los datos reportados en 2016, donde las intoxicaciones involuntarias provocaron 106.683 fallecimientos y la pérdida de 6,3 millones de años de vida saludable. Se menciona que aproximadamente el 20% de los suicidios a nivel mundial se deben al auto envenenamiento por plaguicidas, principalmente en zonas agrícolas rurales de países con ingresos medios y bajos, siendo el envenenamiento una de las causas principales de asistencia médica de emergencia en los hospitales (Organización Mundial de la Salud, 2020).

De manera complementaria, la Organización Panamericana de la Salud considera que la seguridad química se logra al emprender todas las actividades que incluyen los productos químicos de tal manera para garantizar la seguridad de la salud humana y del medio ambiente (Organización Panamericana de la Salud, s.f.). También promueve el fortalecimiento de los procesos de vigilancia en salud pública relacionados con intoxicaciones agudas por sustancias químicas para poder conocer el comportamiento del evento y así mismo generar las políticas de prevención y control correspondientes (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Durante el primer año de la aparición del COVID-19, se evidenció que la prevalencia global de ansiedad y depresión aumentó en un 25%, esta prevalencia fue un indicador de impacto de otras enfermedades y del suicidio junto con un incremento en las intoxicaciones agudas. (Kyonen-López, Acuña-Gutiérrez, & Müller-Ramírez, 2022).

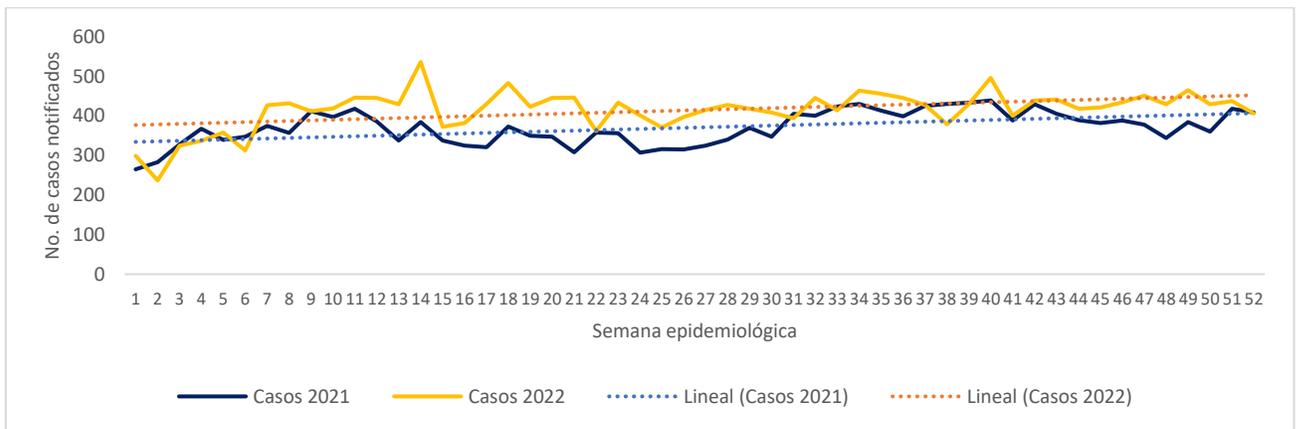
De acuerdo con el Informe de Intoxicaciones por Sustancias Químicas, Colombia, 2021 del Instituto nacional de salud, la notificación de las intoxicaciones por sustancias químicas en el país ha tenido un aumento progresivo en su incidencia en los últimos años, presentando durante 2021 16.359 casos de intoxicaciones por sustancias químicas, dentro de las cuales,



los medicamentos constituyen el grupo de sustancias que más causan intoxicaciones al igual que se reportan como las sustancias más notificadas en los intentos de suicidio, mientras que las sustancias psicoactivas son las que producen el mayor número de casos en intoxicaciones sin intencionalidad suicida (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

El comportamiento del evento por semana epidemiológica muestra para los periodos de 2021 y 2022 una tendencia creciente en la notificación del evento y un incremento en el número de casos durante 2022 (21.310 - dato preliminar sujeto a cambios) comparado con el año anterior (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Gráfico 110. Intoxicaciones por sustancias químicas notificadas por semana epidemiológica, Colombia 2021 y 2022*.



Nota. La figura muestra el comportamiento de las intoxicaciones por sustancias químicas en Colombia para los años 2021 y 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2021 y base de datos 2022*.

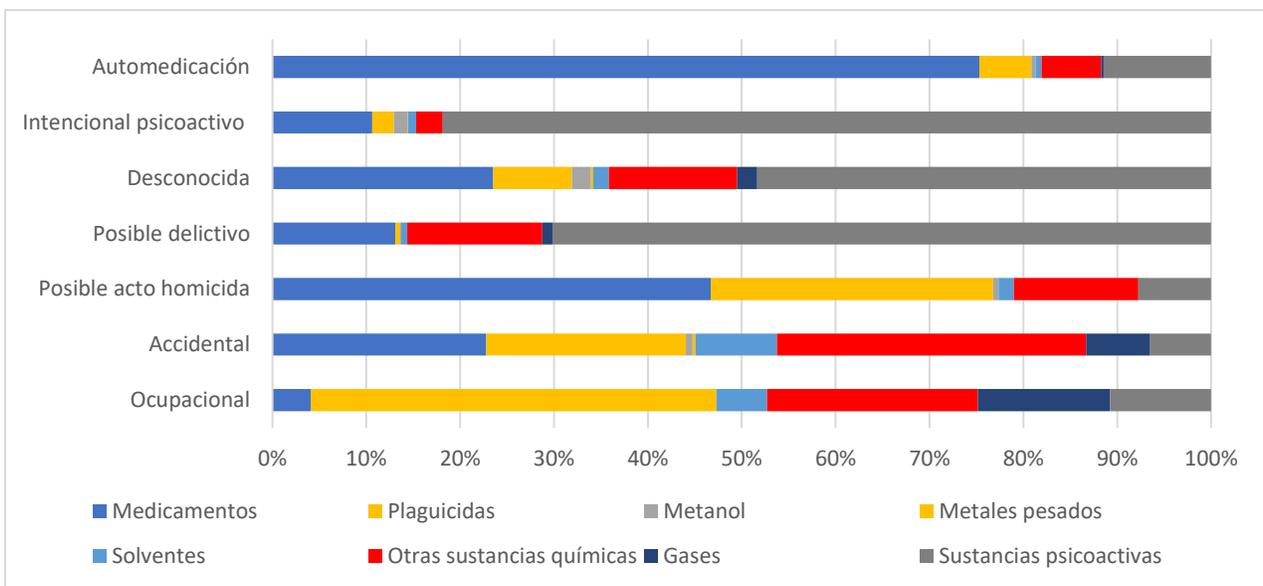
*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

De acuerdo con el grupo de sustancia, se observa que para el año 2022, las principales sustancias implicadas en las intoxicaciones corresponden a sustancias psicoactivas con un 38,2% (7.988 casos), seguido de medicamentos con el 21,0% (4.386 casos) y otras sustancias químicas con el 19,0% (3.972 casos), lo cual es semejante a lo reportado



durante 2021. Así mismo, de acuerdo con el tipo de exposición, las principales fueron, accidental con el 44,7% (8.241 casos) e intencional psicoactiva con el 29,5% (5.436 casos) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Gráfico 111. Casos de intoxicación por sustancias químicas, distribuidos por grupo de sustancia vs tipo de exposición, Colombia 2022*.



Nota. La figura muestra el comportamiento de las intoxicaciones por sustancias químicas por grupo de sustancia química y exposición en Colombia para el año 2022.

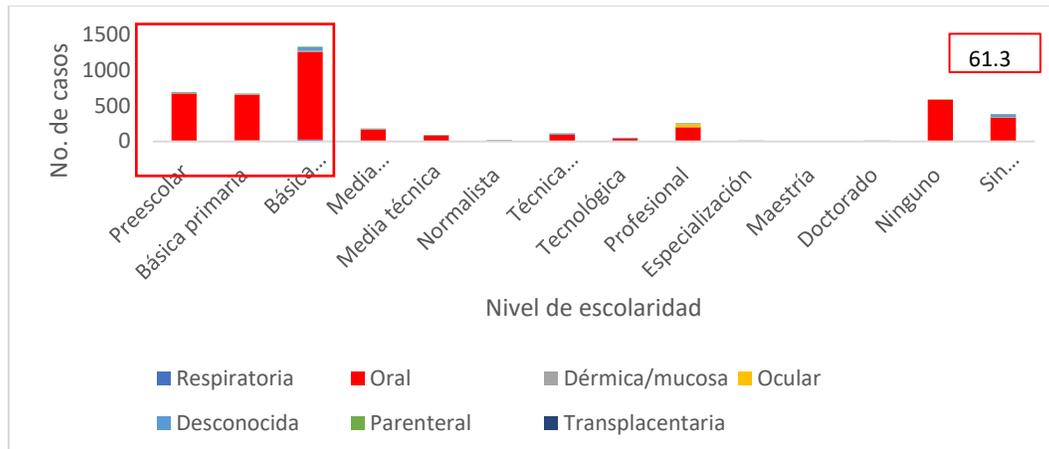
Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Frente a las intoxicaciones por medicamentos, se agruparon los datos por nivel de escolaridad y vía de exposición y se evidencia que prevalece la vía de exposición oral en la mayoría de grupos, al tiempo que se concentran los casos en los niveles de escolaridad de preescolar, básica primaria y básica secundaria con el 61,3 % de los casos; lo cual sugiere la necesidad de establecer medidas de sensibilización en los primeros niveles de escolaridad y la articulación con la educación en la administración y cuidado de los medicamentos por cuenta de los padres (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Gráfico 112. Casos de intoxicación por sustancias químicas, distribuidos por nivel de escolaridad vs vía de exposición, Colombia 2022*.



Nota. La figura muestra el comportamiento de las intoxicaciones por sustancias químicas por nivel de escolaridad y exposición en Colombia para el año 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2022*.

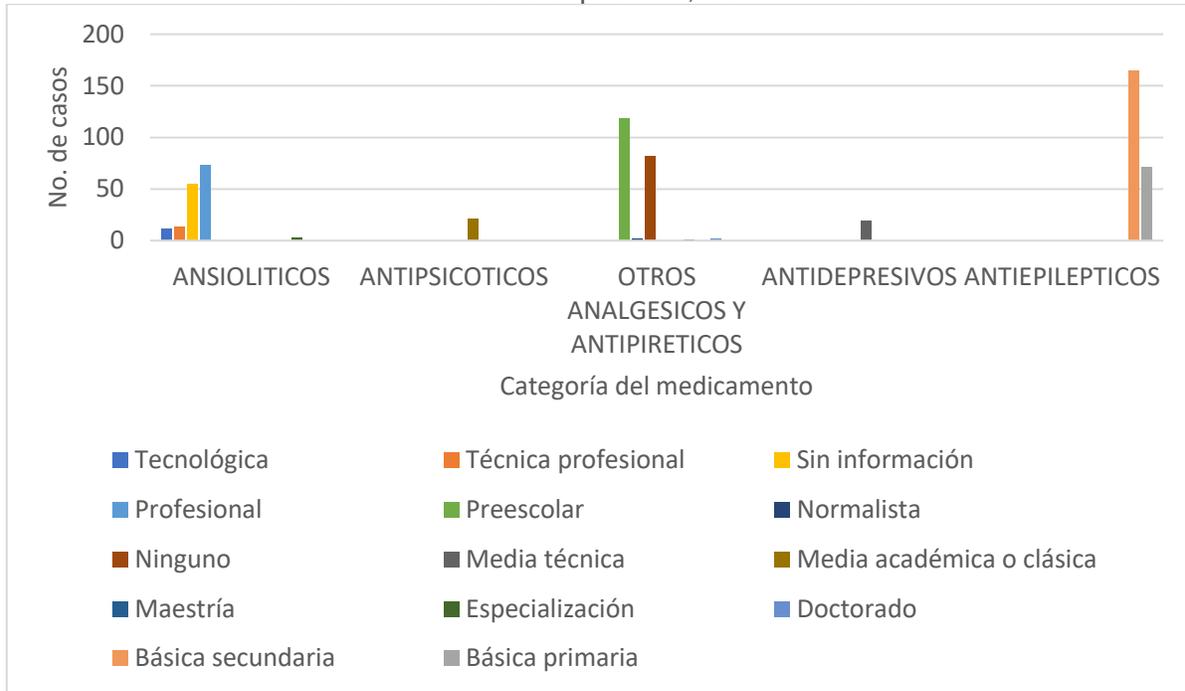
*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Al agrupar por la clasificación de los medicamentos involucrados, predominan en todos los niveles educativos, aquellos que afectan el sistema nervioso, con predominio de medicamentos considerados de venta libre como son los analgésicos y antipiréticos (452 casos) y seguido por los antiepilépticos (415 casos) y los antipsicóticos (402 casos) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Por nivel de escolaridad se evidencia también una variación en la categoría de los medicamentos que afectan el sistema nervioso y ponderando los que se presentan en mayor número de casos, se encuentra que los analgésicos y antipiréticos son los principales en nivel de preescolar (n=118), normalista (n=2), maestría (n=1), doctorado (n=2) y los que no reportan ningún nivel de escolaridad (n=82); los antiepilépticos como los principales en básica primaria (n=71) y básica secundaria (n=165); antipsicóticos en media académica o clásica (n=21); antidepresivos en media técnica; y finalmente los ansiolíticos en nivel profesional (73), técnica profesional (n=14); tecnológica (n=11) y especialización (n=3) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Gráfico 113. Casos de intoxicación por sustancias químicas, distribuidos por nivel de escolaridad vs vía de exposición, Colombia 2022*.



Nota. La figura muestra el comportamiento de las intoxicaciones por sustancias químicas por nivel de escolaridad y exposición en Colombia para el año 2022.

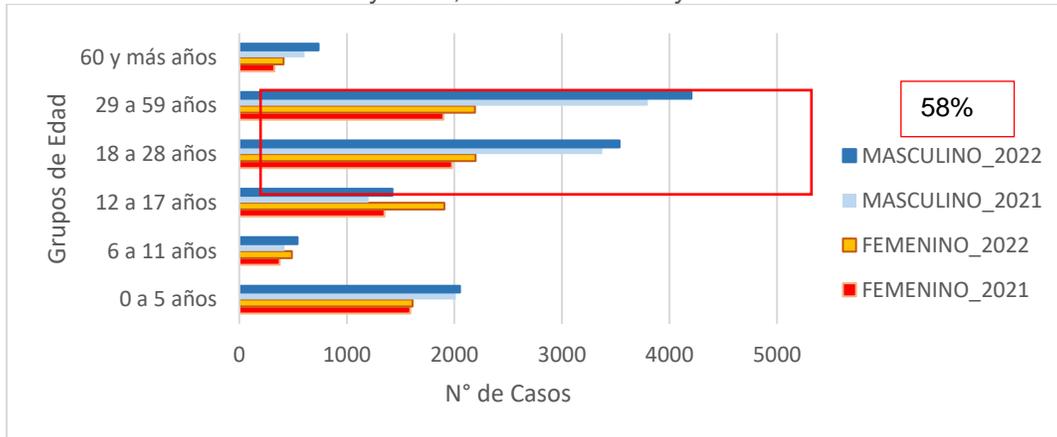
Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Los grupos de edad que mayormente se encuentran afectados comprende a las personas entre 18 a 28 años y de 29 a 59 años, que agrupan el 58% de los casos; de ellos el sexo masculino reporta el 64,3% de los casos (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Gráfico 114. Casos de intoxicación por sustancias químicas, distribuidos por grupo de edad y sexo, Colombia 2021 y 2022*.



Nota. La figura muestra el comportamiento de las intoxicaciones por sustancias químicas por grupos de edad y sexo en Colombia para los años 2021 y 2022.

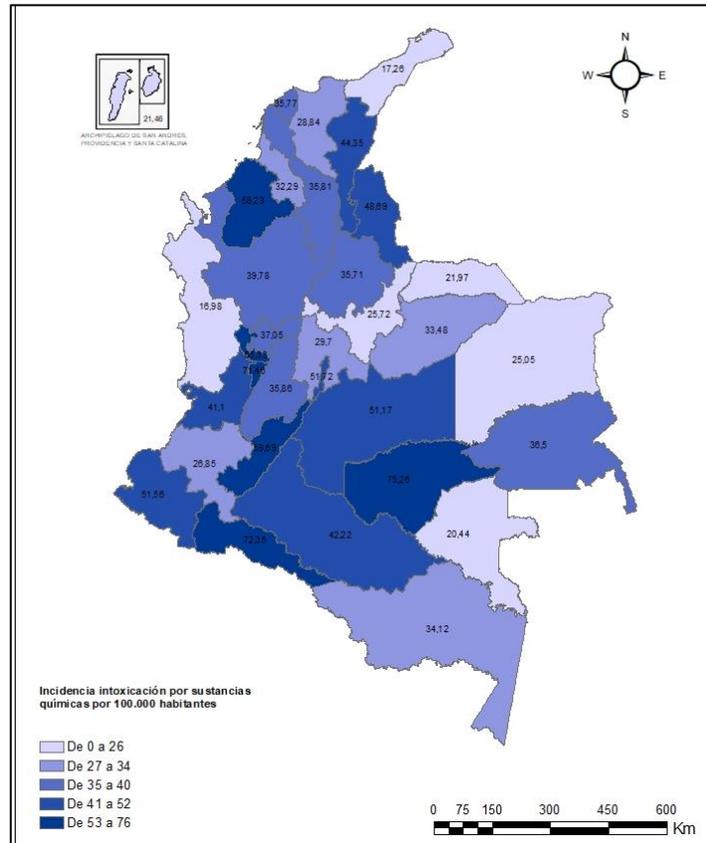
Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

La mayor incidencia por 100.000 habitantes para 2022 se presentó en el departamento del Guaviare con 75,26 (68 casos), seguido por Putumayo con 72,35 (276 casos) y Quindío con 71,46 (407 casos), lo cual es concordante con los departamentos que durante 2021 también se encontraron con la mayor notificación (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021). Para estos departamentos de acuerdo con el lugar donde se produjo la intoxicación, el hogar agrupa el mayor número de casos sumando en conjunto el 49,7% (369 casos), seguido por la vía pública/ parque y lugar de trabajo con el 15,2% (127 y 113 casos respectivamente); la incidencia nacional preliminar corresponde a 41,29. Las entidades territoriales con mayor número de casos notificados fueron: Bogotá (4.087 casos), Antioquia (2.740 casos), Valle del Cauca (1.886 casos), Córdoba (1.081 casos), Cundinamarca (1.033 casos) y Atlántico (1.003 casos) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Mapa 40. Incidencia de Intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia 2022*.



Nota. El mapa muestra las tasas de incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas en Colombia para el año 2022.
Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2022* y proyecciones de población DANE 2022.
*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Morbilidad población migrante

En el país los fenómenos migratorios han tenido gran relevancia, en particular presentan efectos políticos, sociales y económicos en la población. Por tal razón, se hace importante reconocerlos como insumo en la planeación integral y para construir, ejecutar y seguir los planes, proyectos y programas establecidos.

Según reporte Circular 029 Colombia en 2021 registró un total de 8.440.969 atenciones en salud realizadas a 799.143 personas migrantes, de las cuales el mayor número de



atenciones se registró en el servicio de Procedimientos de salud con 4.045.254 representando un 47,9%, seguido de medicamentos con 31,7% y consultas con 17,5%.

Tabla 35. Tipo de atenciones en salud en población migrante. Colombia, 2021.

Tipo de Atención	Número de Personas Atendidas	Número de Atenciones	Distribución %
PROCEDIMIENTOS DE SALUD	525.223	4.045.254	47,9%
MEDICAMENTOS	269.416	2.677.741	31,7%
CONSULTAS	567.981	1.478.051	17,5%
HOSPITALIZACIONES	91.996	109.037	1,3%
URGENCIAS	81.277	99.219	1,2%
RECIEN NACIDOS	28.497	31.667	0,4%
Total general	1.564.390	8.440.969	100%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO en marzo de 2022.

*Una misma persona puede ser atendida en diferentes tipos de atención

El 66,3% de las atenciones reportadas por los servicios de salud se concentran en 5 departamentos Bogotá, Antioquia, Norte de Santander, Valle del Cauca y La Guajira, lugares donde se asume que se presenta mayor afluencia de migrantes. Frente a los tipos de atención el comportamiento de la mayoría de los departamentos es similar al descrito en el consolidado nacional.

Tabla 36. Atenciones en salud en población migrante según tipo y departamento de atención. Colombia, 2021.

Departamento	CONSULTAS	HOSPITALIZACIONES	MEDICAMENTOS	PROCEDIMIENTOS DE SALUD	RECIEN NACIDOS	URGENCIAS
05 - Antioquia	328.220	17.967	337.396	754.514	5.715	25.483
08 - Atlántico	33.252	5.634	80.538	119.678	64	3.168
11 - Bogotá, D.C.	395.646	22.997	684.415	995.596	8.226	6.581
13 - Bolívar	66.618	4.328	55.486	136.901	243	3.467
15 - Boyacá	15.679	1.772	43.764	65.426	327	3.357
17 - Caldas	6.425	348	7.895	20.951	190	286
18 - Caquetá	842	115	5.501	2.637	29	153
19 - Cauca	13.917	1.637	43.647	51.681	567	1.387
20 - Cesar	23.075	2.905	88.279	75.288	1.829	4.770



Departamento	CONSULTAS	HOSPITALIZACIONES	MEDICAMENTOS	PROCEDIMIENTOS DE SALUD	RECIEN NACIDOS	URGENCIAS
23 - Córdoba	8.540	599	14.685	19.233	107	3.739
25 - Cundinamarca	38.630	3.233	77.998	119.460	606	3.347
27 - Chocó	756	31	2.148	2.322	7	11
41 - Huila	6.696	684	20.502	23.277	323	1.037
44 - La Guajira	98.974	5.928	196.925	167.466	2.193	10.436
47 - Magdalena	45.277	4.287	94.534	127.171	517	3.150
50 - Meta	17.260	1.983	47.387	72.309	375	649
52 - Nariño	10.100	1.358	51.267	39.421	180	1.076
54 - Norte de Santander	144.335	13.684	294.694	493.200	5.375	4.593
63 - Quindío	6.955	523	17.285	15.635	205	157
66 - Risaralda	39.585	1.616	60.976	102.400	693	1.356
68 - Santander	20.730	1.473	83.168	99.583	405	1.649
70 - Sucre	4.750	1.056	22.931	23.271	202	687
73 - Tolima	10.062	719	27.335	31.270	63	745
76 - Valle del Cauca	90.620	7.927	168.611	297.230	838	6.613
81 - Arauca	20.642	3.455	55.730	72.028	1.251	5.010
85 - Casanare	10.725	985	46.322	52.810	230	776
86 - Putumayo	8.445	428	23.132	29.196	108	2.567
88 - San Andrés	995	34	1.719	1.458	2	5
91 - Amazonas	682	87	2.408	3.734	35	100
94 - Guainía	2.990	248	7.851	10.874	199	1.251
95 - Guaviare	926	122	2.863	3.148	81	53
97 - Vaupés	23	2	26	53	1	
99 - Vichada	5.679	872	10.323	16.033	481	1.560

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO en marzo de 2022.

En el país en 2021 se atendieron 799.143 personas migrantes, siendo Venezuela el país que mayor número aporta con un 79,4%, cifra que no se puede perder de vista teniendo en cuenta que esta población en la mayoría de los casos no hacen parte del sistema de seguridad social en salud de Colombia, generando algunas sobrecargas en los prestadores de salud que asumen el costo de estas atenciones en el marco del gran fenómeno migratorio actual.



Tabla 37. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia. Colombia, 2021.

País de procedencia	Número de Personas Atendidas	Distribución %
VENEZUELA	634.342	79,4%
NO DEFINIDO	100.261	12,5%
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	15.595	2,0%
COSTA RICA	6.650	0,8%
ECUADOR	4.827	0,6%
ESPAÑA	3.654	0,5%
PERÚ	3.044	0,4%
BRASIL	2.587	0,3%
CHILE	2.522	0,3%
ARGENTINA	2.297	0,3%
RESTO (185 P.)	23.364	2,9%
Total, general	799.143	100%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO en marzo de 2022

La distribución de la prestación en salud a estas personas según el lugar donde reciben la atención se acumula en un 5,35% en cuatro departamentos del país Bogotá D.C., Antioquia y Norte de Santander.

Tabla 38. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud por departamento según país de procedencia. Colombia, 2020.

Departamento	VENEZUELA	NO DEFINIDO	ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	COSTA RICA	ECUADOR	ESPAÑA	PERÚ	BRASIL	CHILE	ARGENTINA	RESTO (185 P.)	TOTAL
05 - Antioquia	116.774	30.984	3.520	322	445	405	432	187	252	259	3.069	156.649
08 - Atlántico	21.254	2.420	105	150	32	28	15	8	35	11	294	24.352
11 - Bogotá, D.C.	137.250	22.516	5.303	3.518	1.957	1.677	1.573	1.303	1.155	1.289	11.706	189.247
13 - Bolívar	29.452	1.767	93	13	19	14	15	7	7	16	101	31.504
15 - Boyacá	7.777	2.025	44	34	24	15	11	5	11	7	116	10.069
17 - Caldas	2.231	1.815	163	83	31	69	40	13	33	16	200	4.694
18 - Caquetá	454	37	4	1	10	3	3	1		3	7	523
19 - Cauca	7.759	802	11	33	49	7	12	12	13	3	60	8.761



Departamento	VENEZUELA	NO DEFINIDO	ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	COSTA RICA	ECUADOR	ESPAÑA	PERÚ	BRASIL	CHILE	ARGENTINA	RESTO (185 P.)	TOTAL
20 - Cesar	11.561	2.957	16	33	12	8	4	1	1	4	31	14.628
23 - Córdoba	4.906	307	3	1	9	3	11	1	2	4	20	5.267
25 - Cundinamarca	17.637	2.213	685	436	157	118	130	74	93	105	936	22.584
27 - Chocó	442	17	1	2	1	1	3	1			4	472
41 - Huila	2.647	430	39	48	57	15	22	9	11	5	95	3.378
44 - La Guajira	56.626	968	3	18	9	1	5	3		2	21	57.656
47 - Magdalena	17.842	2.665	63	16	7	12	9	6	4	12	134	20.770
50 - Meta	8.043	2.814	58	27	25	8	22	12	11	9	89	11.118
52 - Nariño	8.161	1.518	14	2	265	6	20	57	10	13	64	10.130
54 - Norte de Santander	81.214	6.354	113	158	88	54	85	11	20	19	342	88.458
63 - Quindio	2.166	736	177	99	52	37	20	9	18	14	199	3.527
66 - Risaralda	16.893	1.570	985	362	325	415	121	81	193	207	1.218	22.370
68 - Santander	15.216	3.719	509	209	75	105	62	27	46	37	690	20.695
70 - Sucre	1.696	676	8	4	4		2	2		2	20	2.414
73 - Tolima	4.320	1.257	159	111	36	40	19	9	24	16	227	6.218
76 - Valle del Cauca	38.465	8.676	3.563	943	738	632	303	166	587	251	3.750	58.074
81 - Arauca	12.553	183	1	4	6		1		2		8	12.758
85 - Casanare	7.646	766	2	4	9	1	5	2	1	4	9	8.449
86 - Putumayo	5.159	1.028	12		409		42	1	1	2	36	6.690
88 - San Andrés	9	370	1	4				1		1	6	392
91 - Amazonas	122	208	2	10	3	2	88	583			14	1.032
94 - Guainía	2.215	18			2	1		5			2	2.243
95 - Guaviare	305	197		2	1			1	1		5	512
97 - Vaupés	13	5	2	4	2	1		2			5	34
99 - Vichada	3.956	1	3	5		1			1		10	3.977
	634.342	100.261	15.595	6.650	4.827	3.654	3.044	2.587	2.522	2.297	23.364	799.143

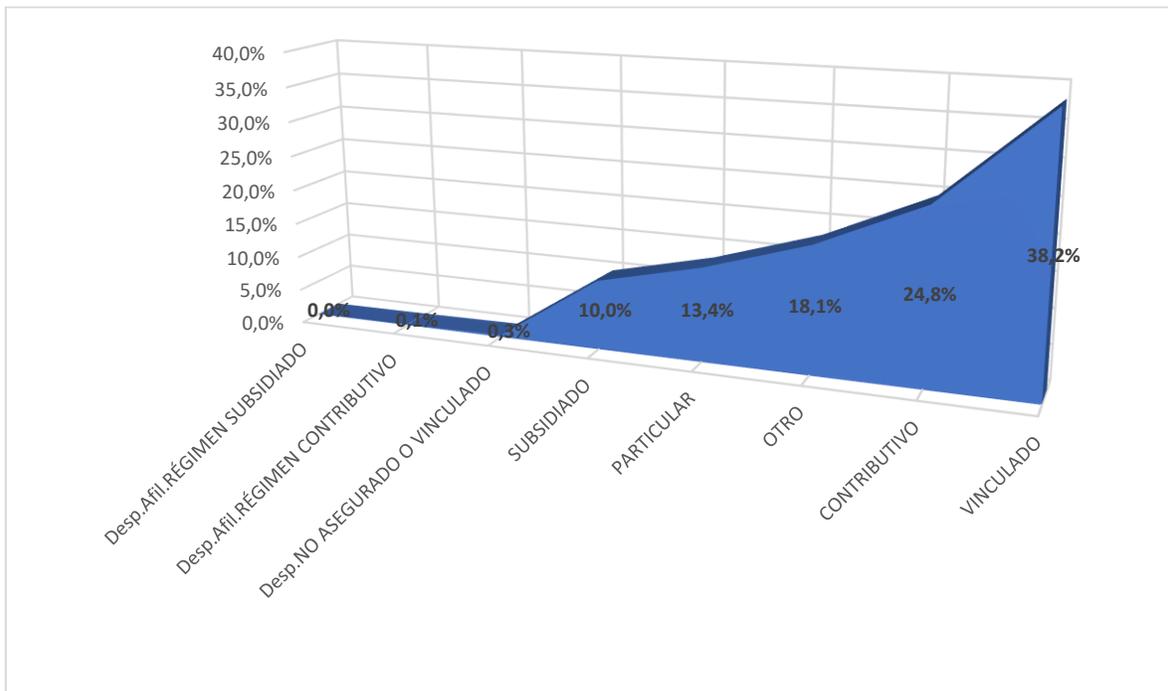
Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO en marzo de 2022



Colombia en el año 2021 registró un total de 643.548 personas migrantes atendidas según régimen de seguridad social en salud, es importante precisar que este dato difiere del número de personas únicas atendidas, en el entendido que existen personas que cambiaron de régimen de afiliación en periodo de tiempo analizado.

La distribución porcentual según afiliación evidencia que el 38,2% se registró en el régimen Vinculado con 305.501 personas migrantes atendidas seguida del régimen contributivo con 197.891 personas (24,8%) y otro con 144.375 personas (18,1%). En el Gráfico 97 se registra la distribución de personas migrantes atendidas según el régimen de afiliación en salud en el país.

Gráfico 115. Distribución porcentual de personas migrantes atendidas en los servicios de salud según régimen de afiliación. Colombia 2021



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO en marzo de 2022



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” (Organización de Naciones Unidas, 2006). “El PDSF reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención transectorial, sectorial y comunitaria, así como, de su participación activa, para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). 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 poblacionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

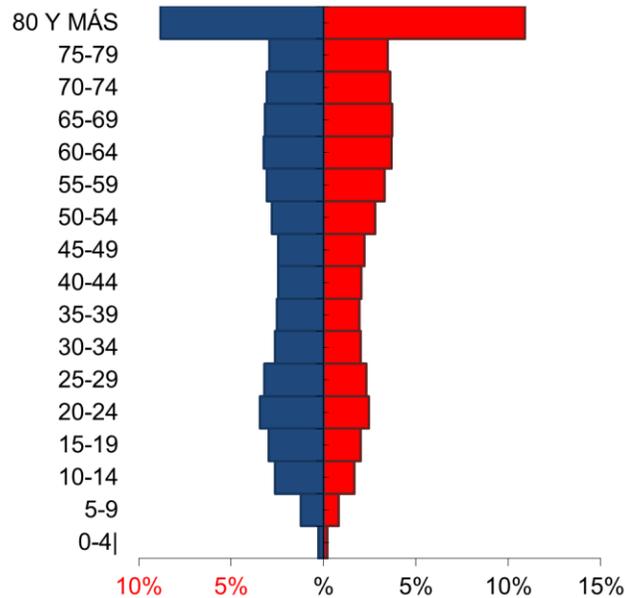
Según el Informe Mundial de la Discapacidad, de la Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial el 15% de la población mundial vive con discapacidad, es decir entre 110 y 190 millones de personas en el mundo. En América Latina existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo 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 (World Health Organization, 2011).

El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), para Colombia en 2021 las personas con discapacidad registradas fueron 1.555.708. Se distribuye el 51% en hombres (790962) y 49% mujeres (763288). El 19,7% (304697) de las alteraciones permanentes se concentran en las personas de 80 años y más, le siguen el grupo de edad de 60 y 64 con el 6,9% (107186). (Gráfico 98) Las alteraciones con mayor



auto reporte corresponde al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con el 49,5%, seguida de las alteraciones en sistema nervioso con el 44,6%. (Tabla 41)

Gráfico 116. Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2021



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS. *Corte a Julio de 2021. Consultado en marzo de 2023.

Tabla 39. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2021

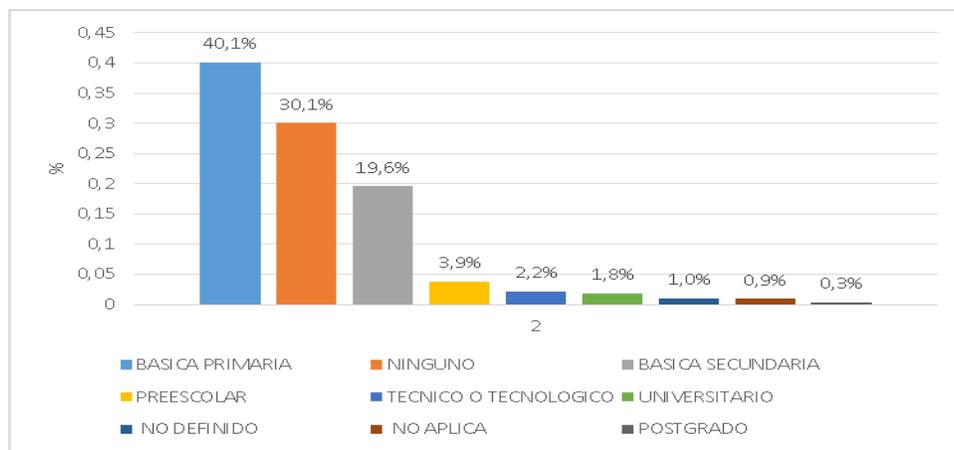
Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	769.857	49,49
El sistema nervioso	693.582	44,58
Los ojos	516.143	33,18
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	330.776	21,26
La voz y el habla	303.936	19,54
Los oídos	249.689	16,05
La digestión, el metabolismo, las hormonas	176.705	11,36
El sistema genital y reproductivo	116.416	7,48
La piel	57.172	3,67
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	44.038	2,83
Ninguna	32	0,00
Total	1.555.708	

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS. *Corte a Julio de 2021. Consultado en marzo de 2023.



Del 100% (1.555.708) de los registros con información de último año de educación alcanzado, el 40,1% (624.580) de las personas en condición de discapacidad alcanzaron la básica primaria, el 30,1% (467.755) se clasifican como sin ningún nivel educativo. Solo el 1,8% (28.574) alcanzó el nivel universitario y el 0,3% (5.440) alcanzo a finalizar un posgrado. (Gráfico 99)

Gráfico 117. Población en condición de discapacidad según nivel educativo, 2021



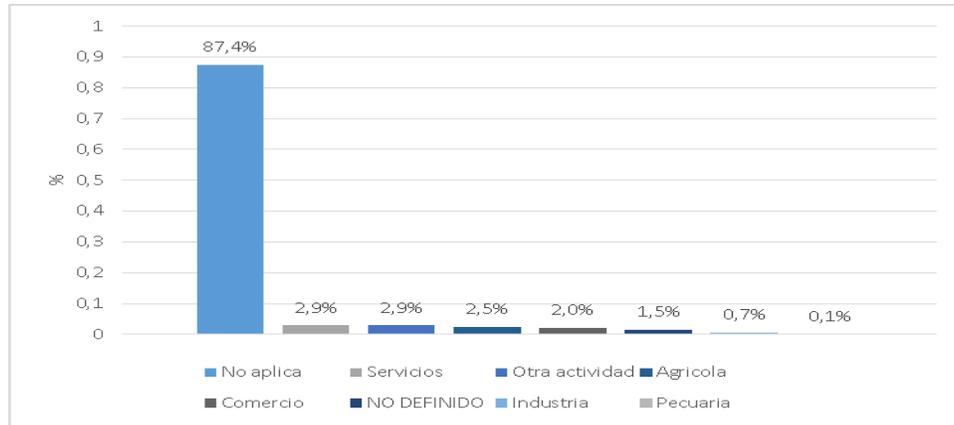
Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS. *Corte a Julio de 2021. Consultado en marzo de 2023.

Solo el 12,6% (196.019) de los registros consigna información sobre actividad económica en la cual trabaja, resultando los servicios como los más frecuentes, con un 2,9% (45.105) y otra actividad con un 2,9% (44.752). (Gráfico 100).

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



Gráfico 118. Población en condición de discapacidad según actividad económica, 2021



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS. *Corte a Julio de 2021. Consultado en marzo de 2023.

Del 96,6% (1.475.696) de los registrados que respondieron la pregunta sobre ser beneficiarios de programas, solo el 13,5% declararon recibirlos. El 4,74 (70.064) del total de registrados reciben beneficios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Análisis de la Morbilidad por COVID-19

Según informe de la OPS en respuesta a la Covid-19 en las Américas 2022, a principios del año 2022, casi 300 millones de personas en todo el mundo habían sido infectados con COVID-19. Cuando el mundo entró en el tercer año de la pandemia, la variante de preocupación Omicron causó el número de casos y niveles de transmisión para alcanzar el pico más alto observado hasta la fecha. En la primera semana solo en 2022, las infecciones casi se duplicaron en la Región de las Américas, aumentando de 3,4 millones de casos semanales el 1 de enero a 6,4 millones el 8 de enero de 2022. Esta nueva ola de infecciones sigue desafiando al personal sanitario y representan una pesada carga para los sistemas de salud de la Región y, a menudo, ha resultado en la redirección de la atención médica lejos de otras enfermedades para tratar COVID-19 pacientes; sin embargo, a pesar de que el Omicron se propagó significativamente más rápido que otras variantes, el desacoplamiento de las tasas de mortalidad y las nuevas infecciones es una prueba de que las vacunas se han vuelto efectivas para proteger a las personas de hospitalización y muerte por COVID-19. El virus SARS-CoV-2 no conoce fronteras. Todas las herramientas



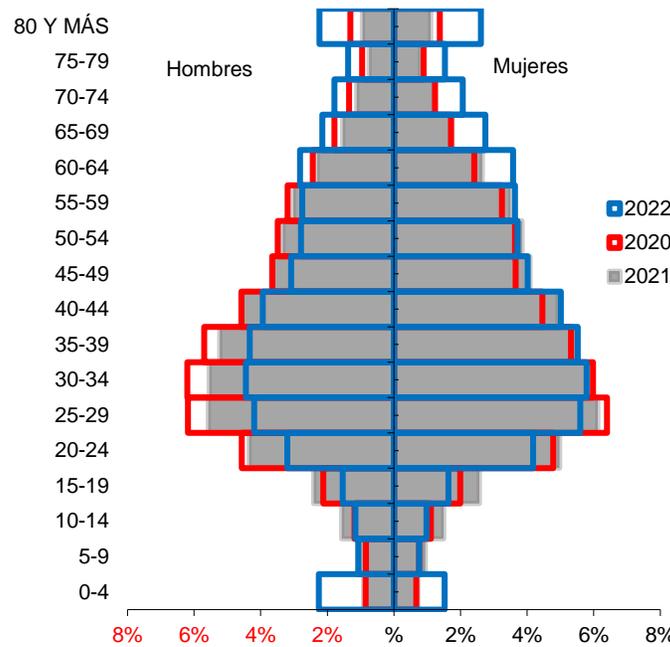
disponibles deben usarse para reducir la gravedad de síntomas, salvar vidas y prevenir muertes por COVID-19. Esto incluye reintroducir medidas sociales y de salud pública siempre y cuando haya un aumento repentino en casos y acelerar los esfuerzos para llegar a todos con vacunas COVID-19, que se estima que ya han salvado casi cuatro millones de vidas en el Región. Los desafíos adicionales incluyen mantener los servicios de salud esenciales; adaptación y ampliar la vigilancia; mejorar la gestión clínica de los casos; y prevención y control de infecciones en establecimientos de salud, entre otros (Pan American Health Organization, 2022).

En este mismo informe respecto al impacto de la vacunación la OPS señala que la protección conferida por las vacunas COVID-19 ya ha ayudado a ahorrar millones de vidas en las Américas. Las vacunas han demostrado ser seguras, efectivas, y son el principal medio por el cual los países pueden hacer la transición para salir de la etapa aguda de la pandemia. Sin embargo, la inequidad en las vacunas está prolongando la crisis actual. Existen brechas evidentes que deben abordarse con urgencia para brindar protección vital a todos los pueblos. El objetivo común de la Región se centra en reducir la curva epidémica, ampliar el acceso a las vacunas para todos y salvar vidas. Desafortunadamente, la desinformación y la información errónea han afectado la capacidad de la Región para lograr una mayor cobertura. Los esfuerzos deben concentrarse en garantizar que el acceso rápido a la información más reciente basada en evidencia, con iniciativas para hacer frente a la vacilación y fomentar la vacunación completa, especialmente para aquellos en mayor riesgo de enfermedad grave otros (Pan American Health Organization, 2022)..

Por ello, teniendo en cuenta el papel del ASIS en los procesos de planeación y toma de decisiones, se analiza la afectación de la morbilidad por rangos de edad, sexo y antecedentes en salud. Al revisar el comportamiento de la morbilidad por COVID-19, para Colombia los casos de enfermos confirmados por COVID-19 entre el año 2020 y el año 2022 fueron 6.352.372, presentándose más casos de enfermedad en las mujeres para los años 2021 y 2022 y en toda la población en las edades entre los 20 y 59 años; el año en que más se presentaron casos por este evento fue el año 2021. (Gráfico 119).



Gráfico 119. Pirámide poblacional de la morbilidad por Covid - 19. Colombia
2020, 2021, 2022



Fuente: Datos disponibles en Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Cubo COVID-19 Confirmados. Consultado en febrero de 2023.

Tabla 40. Casos confirmados de Covid - 19 por grupo de edad, hombres y mujeres
2020, 2021, 2022

Grupo de edad	Año					
	2020		2021		2022	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	930.518	916.463	1.705.207	1.851.731	423.927	515.260
0-4	15.720	12.336	32.328	25.690	21.151	14.264
5-9	15.471	13.937	38.369	33.496	10.052	7.087
10-14	21.840	20.510	55.871	53.284	10.869	9.169
15-19	39.146	36.759	85.780	91.243	14.475	15.361
20-24	84.302	88.275	154.802	176.842	30.072	39.276
25-29	114.154	118.107	198.163	217.852	39.411	52.530
30-34	114.514	110.494	197.165	208.730	41.751	54.326
35-39	105.229	98.161	186.090	196.218	40.630	51.834
40-44	84.602	82.290	163.417	175.348	37.024	47.115
45-49	67.497	67.518	130.810	145.117	29.017	37.721
50-54	64.439	67.089	118.670	136.826	26.243	34.900
55-59	58.969	59.949	107.257	124.670	25.865	34.111
60-64	44.975	44.616	81.871	94.218	26.485	33.568
65-69	32.969	31.729	54.772	62.425	20.193	25.761
70-74	24.902	22.814	39.651	42.583	16.744	19.374
75-79	17.615	16.504	26.481	28.126	12.917	14.366
80 Y MÁS	24.174	25.375	33.710	39.063	21.028	24.497

Fuente: Datos disponibles en Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Cubo COVID-19 Confirmados. Consultado en febrero de 2023.



Al observar los datos del número de casos confirmados de Covid-19 por antecedente reportado, se identifica que los principales antecedentes que las personas contagiadas con Covid-19 fueron: tener una comorbilidad de alto costo con un 45%, seguido de Hipertensión con un 38% y diabetes con 13%. (Tabla 41)

Tabla 41. Casos confirmados de Covid - 19 por antecedente reportado, a 2021

Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad País	
	Años 2020 a 2022	Proporción
Artritis	16.713	1%
CAC	781.726	45%
Cáncer	44.439	3%
Diabetes	221.362	13%
Hipertensión	658.032	38%
Registro PEH	9.696	1%
VIH	19.093	1%
Total	1.751.061	100%

Fuente: Datos disponibles en Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Cubo COVID-19 Confirmados. Consultado en febrero de 2023.

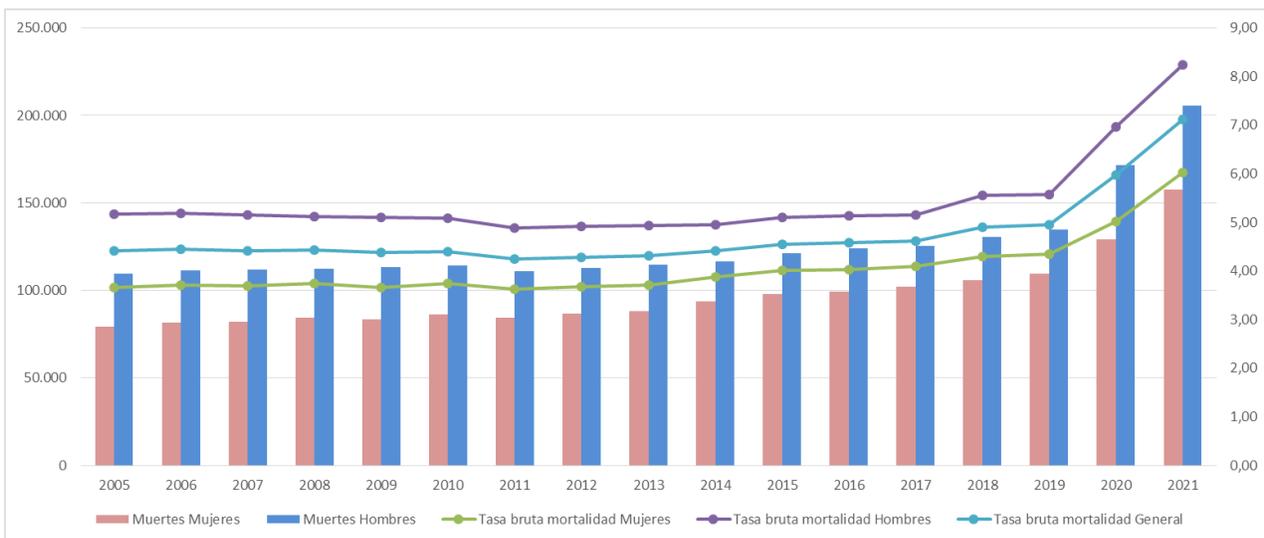


Mortalidad

Mortalidad general

Entre 2005 y 2021 en Colombia se produjeron en promedio 222.799 defunciones no fetales anuales, con 363.098 defunciones para el último año; en el mismo periodo de observación, la tasa bruta de mortalidad ha oscilado entre 4,25 y 7,11 muertes por cada 1.000 personas. Por sexo se observa en la serie de tiempo, un mayor número de muertes en los hombres con respecto a las mujeres, la tendencia se muestra estable en ambos casos. La tendencia de la brecha de la desigualdad por sexo muestra que se ha mantenido a través del tiempo (Gráfico 120).

Gráfico 120. Mortalidad general, 2005-2021

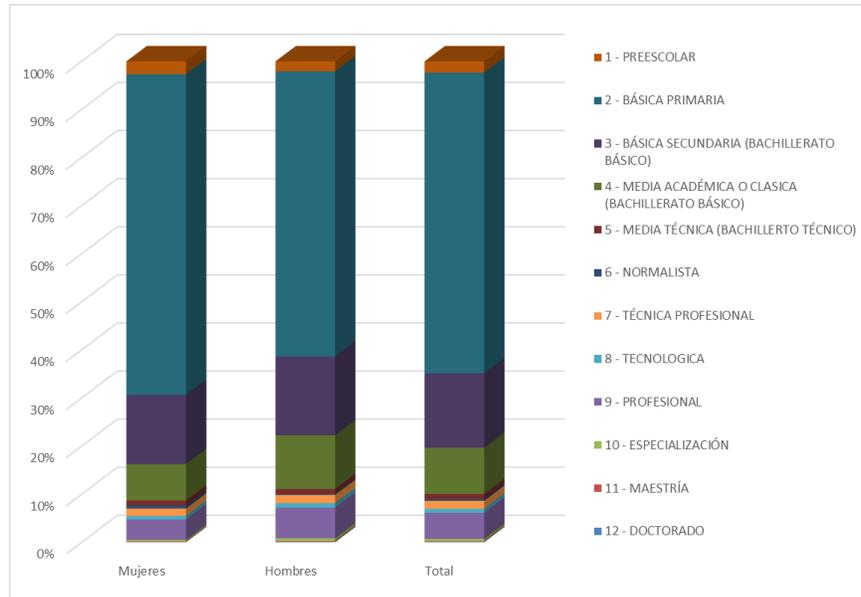


Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO marzo de 2023

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 2021 el 61,3% de los registros tenía información por nivel educativo; de estos, el 62,5% (1.233.727) de las muertes ocurrió en aquellos que habían alcanzado la básica primaria, seguido del 25,1% (495.613) de la categoría bachillerato básico y el 6,2% (121.442) con estudios profesionales de pregrado y posgrado (Gráfico 121).



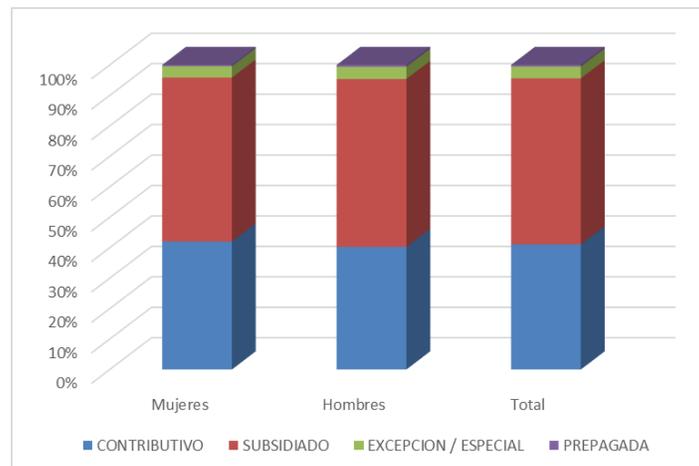
Gráfico 121. Mortalidad según nivel educativo, 2008-2021



Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO marzo de 2023

Alrededor del 83,3% de los registros tenía información de régimen de afiliación. De estos, el 54,5% (1.461.635) de las muertes ocurrió en el régimen subsidiado, el 41,1% (1.100.633) en el contributivo, el 3,9% (103.726) en el régimen de excepción/especial y el 0,5% (14.166) para medicina prepagada (Gráfico 122).

Gráfico 122. Mortalidad según régimen de afiliación, 2008-2021

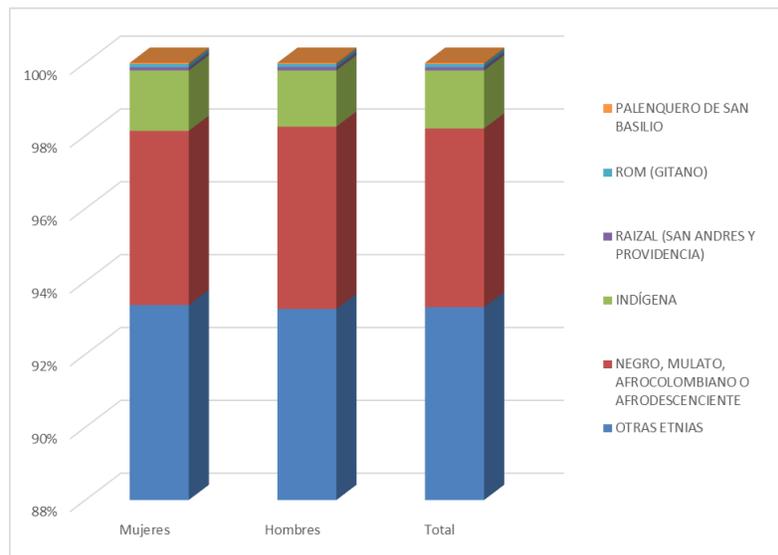


Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO marzo de 2023



El 95,3% de los registros tenía información de etnia; de estos, el 93,3% (2.860.873) de las muertes fue clasificado como de otras etnias, el 4,9% (150.400) como negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, un 1,6% (48.851) para indígenas, 0,09% Raizal, 0,08% Rom y 0,03% palenqueros (Gráfico 123).

Gráfico 123. Mortalidad según etnia, 2008-2021



Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO marzo de 2023

Mortalidad general por grandes causas

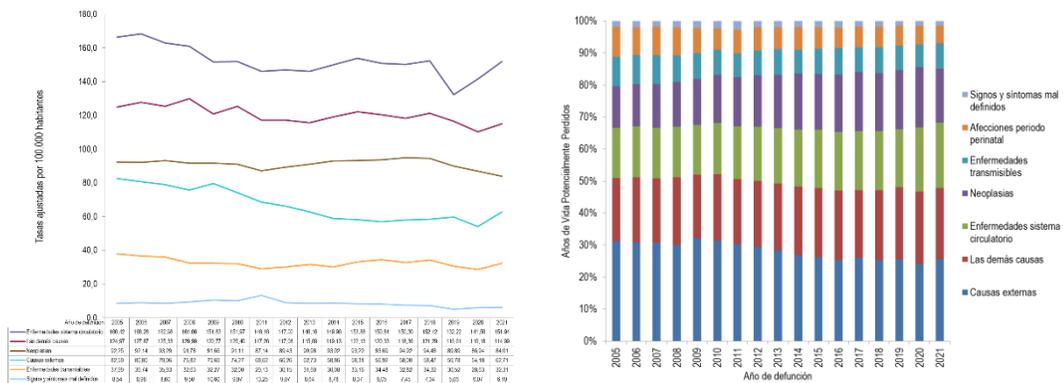
Entre 2005 y 2021 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Para este evento, de 2005 a 2011 las tasas de mortalidad ajustadas por edad presentaron una tendencia decreciente pasando de 166,42 a 146,16 muertes por cada 100.000 habitantes, seguida de una corta estabilización entre 2011 y 2013, un aumento hasta 2018 llegando a 152,42 y un descenso marcado 133,22 para 2019, nuevamente inicia una tendencia al aumento observándose que para el año 2021 las enfermedades del sistema circulatorio produjeron 151,94 muertes por cada 100.000 habitantes año, causaron el 26,01% (94.432) de las defunciones y el 20,5% (1.109.159) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).



El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras, fue la segunda causa de mortalidad más frecuente durante el periodo pasando de una tasa de 124,97 a 114,99 muertes por cada 100.000 personas, para una reducción total de 9,98. Para 2021 estas causas produjeron el 19,06% (69.193) de todas las muertes y el 22,25% (1.203.673) de los AVPP.

De la misma manera, para 2021 las neoplasias se ubican en el tercer lugar con una tasa ajustada de 84,01 como causa del 13,56% de las muertes; las causas externas en cuarto lugar con una tasa ajustada de 62,71 y el 9,21% de las muertes; y las enfermedades transmisibles en quinto lugar con una tasa ajustada de 32,31, sin embargo, presentaron un aumento con respecto al año 2020, pasando de 67.496 a 109.514 muertes, aportando en ese último año el 30,16% de los fallecimientos.

Gráfico 124. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos según grandes causas, 2005-2021

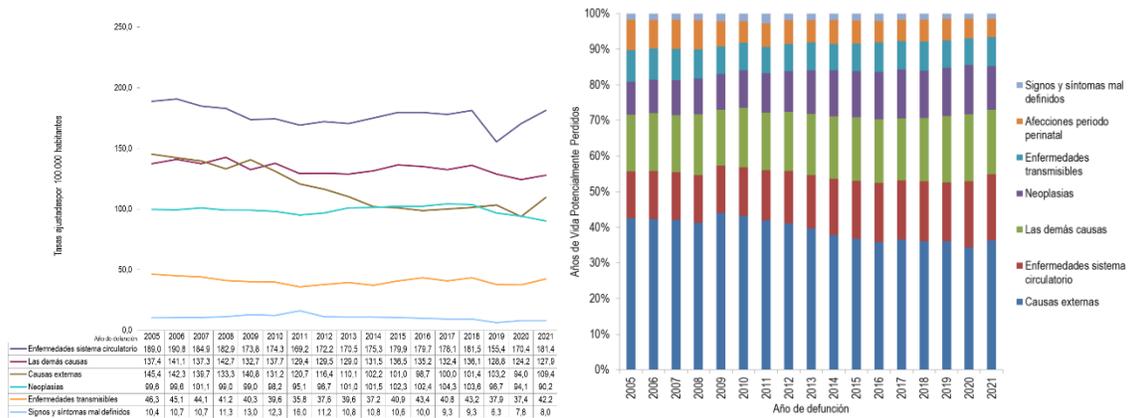


Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO marzo de 2023



El comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres es similar al descrito previamente para la población total, entre 2005 y 2021 las tasas ajustadas de mortalidad pasaron de 189,01 a 181,40 muertes por cada 100.000 hombres, siendo la causa más frecuente de muerte en este sexo; en 2021 provocaron el 18,59% (607.620) de todos los AVPP en hombres. El grupo de las demás causas se ubica en segundo lugar con una tendencia a la disminución haciendo leves fluctuaciones que la llevan a pasar de una tasa de 137,39 en 2005 a una de 127,92 muertes por cada 100.000 personas; las causas externas con una tasa ajustada de 109,41 produjeron el 36,31% (1.186.810) de los AVPP. Las neoplasias por su parte, han mostrado un comportamiento estable durante todo el periodo observado, donde la tasa en 2005 era de 99,60 y en 2021 fue de 90,17 muertes por cada 100.000 personas. Las enfermedades transmisibles ocupando el quinto lugar con una tasa de 42,2 para 2021 aportaron el 8,10% (264.921) de las muertes (Gráfico 125).

Gráfico 125. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en hombres según grandes causas, 2005-2021



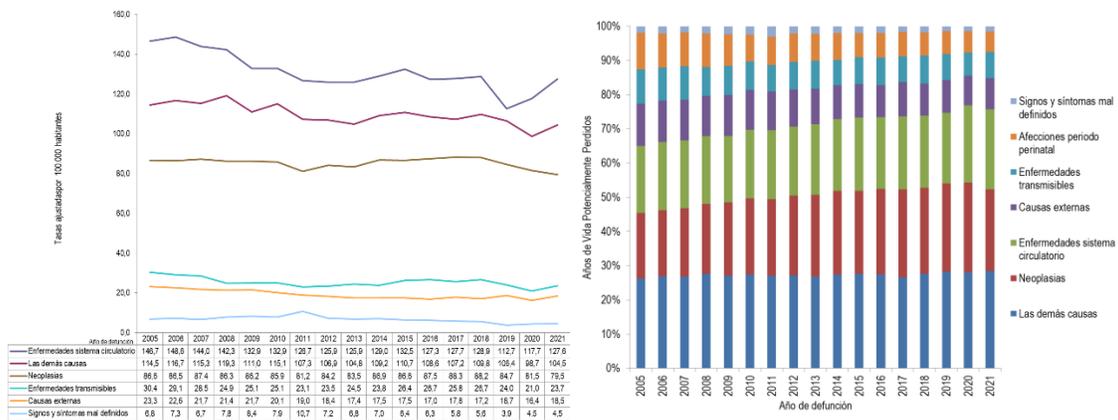
Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO marzo de 2023

Entre 2005 y 2021 la primera causa de muerte en las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio, alcanzando una tasa de 127,6 muertes por cada 100.000 mujeres para el último año y provocando el 23,41% (501.539) de todos los AVPP en este sexo. Las demás



causas ocuparon el segundo lugar de frecuencia con una tasa ajustada de mortalidad de 104,47, generaron el 28,51% (610.680) del total de AVPP en mujeres y las neoplasias ocuparon el tercer lugar de frecuencia con una tasa ajustada de mortalidad de 79,47, generaron el 23,83% (510.366) de los AVPP, la reducción en sus tasas ajustadas entre 2005 y 2021 pasando de 86,64 a 79,47 (Gráfico 126).

Gráfico 126. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos mujeres según grandes causas, 2005-2021



Fuente: Cálculos a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO marzo de 2023

Mortalidad materno-infantil y en la niñez

Mortalidad materna

La mortalidad materna es un problema de salud pública inaceptablemente alto en países de ingresos bajos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales” (Instituto Nacional de Salud, 2022).

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 2030 (Organización de las Naciones Unidas). La razón de mortalidad materna a escala mundial en 2020 fue de 223 por cada 100 000 nacidos vivos; para que, a escala mundial, esta razón sea inferior a 70 para el año 2030, será necesario lograr una reducción anual del 11,6%, un porcentaje que rara vez se ha conseguido (Organización Mundial de la Salud, 2023)

“La tasa de mortalidad materna en los países de América Latina y el Caribe calculada por el Grupo Inter-Agencial (MMEIG), si bien muestra un importante descenso como promedio regional en los últimos años, desde 88 por cada 100.000 nacidos vivos en 2005 a 74 por cada 100.000 nacidos vivos en 2017, ha presentado altibajos en el período, dando cuenta de que el problema no se encuentra resuelto. Según los datos del MMEIG, todavía son varios los países de la región que registran un índice de mortalidad materna por encima de lo que plantea la meta 3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que busca que a 2030 se reduzca la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos” (Naciones Unidas, s.f.).

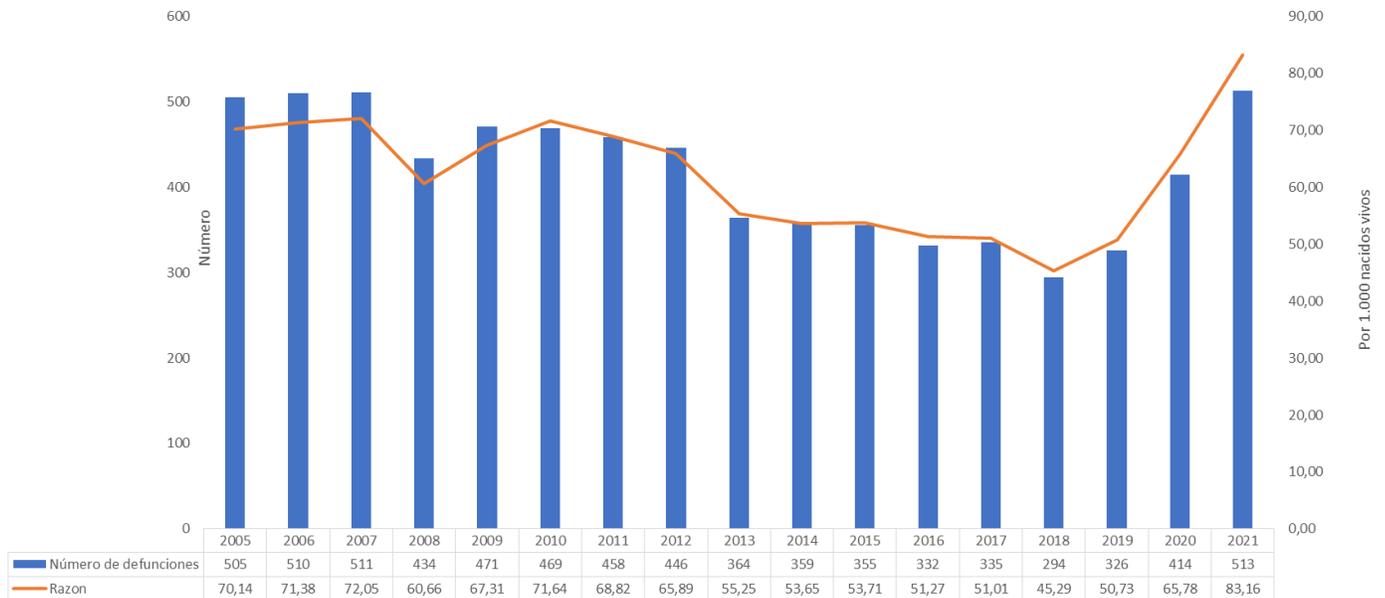
En los reportes disponibles de la OCDE, se observa que para el año 2019 Colombia presenta una razón de mortalidad materna de 50,7 por cada 100.000 nacidos vivos. De acuerdo con las estadísticas de la organización internacional, esta es la razón más alta de todos los países miembros, seguida por Letonia que presentó una razón de 37,6 ese mismo año. En cuanto a países de Sur América, se observa a Costa Rica 20,2 y Chile con 10,9 (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

En Colombia, la fuente oficial para calcular la Razón de Mortalidad Materna – RMM, es el registro de Estadísticas Vitales - EEVV relacionados con los nacimientos y las defunciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. De acuerdo con esto, entre 2010 (RMM: 71,6) y 2018 (RMM: 45,3), la mortalidad materna se redujo en 26 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, comparando los extremos. Sin embargo, para los años



2019, 2020 y 2021 se observa un incremento mantenido, en el cual se establecen cifras de 50,7, 65,8 y 83,1¹³ respectivamente (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Gráfico 127. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2000 – 2021



Fuente: elaboración a partir de las Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en febrero de 2023

Por otra parte, teniendo en cuenta los registros del sistema de vigilancia en salud pública–SIVIGILA para el año 2022 (datos preliminares), se notificaron 255 casos para el evento, los cuales comparados con las muertes maternas del año 2018¹⁴ (n=279) evidencian una reducción del 8,6% (n=24) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

El MSPS adoptó un plan específico de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, que permita superar las inequidades territoriales (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2022), con el fin de ajustar la tendencia, para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible - ODS de 32 muertes por 100.000 nacidos vivos para el 2030 (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2018). Dicho plan se pone en marcha a partir de la semana

¹³ El indicador para 2021 se ve afectado, dado el aumento de muertes maternas por Covid-19.

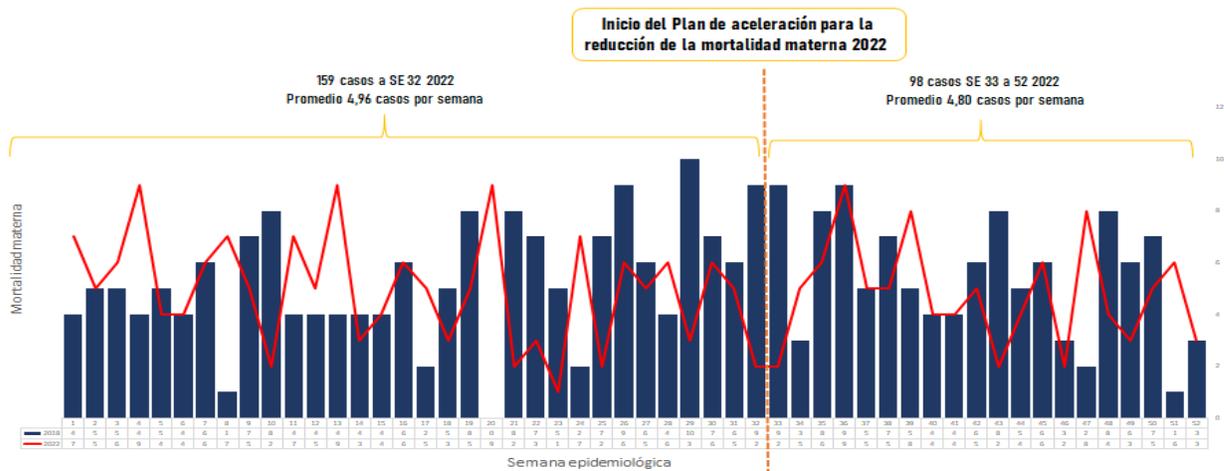
¹⁴ Se realiza la comparación con 2018 por tratarse del año que presentó la menor razón de mortalidad materna en el país.



epidemiológica 33 de 2022. Así mismo, en octubre del 2022, a través de la circular externa 047 imparte” Instrucciones para fortalecer el acceso efectivo a la atención integral en salud de las gestantes y los recién nacidos con el propósito de reducir la mortalidad materna” (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023)

Durante las primeras 32 semanas epidemiológicas del año 2022 (preliminar), se notificaron 159 casos, lo que representa un promedio semanal de 4,96 muertes maternas. Así mismo, posterior al inicio del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, es decir, durante las semanas 33 a la 52, se notificaron 98 casos, con un promedio de 4,80 muertes maternas por semana (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Gráfico 128. Número de casos notificados de mortalidad materna, por semana epidemiológica, Colombia 2018 y 2022*



Nota. La figura muestra los casos notificados de mortalidad materna en Colombia para los años 2018 y 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. SIVIGILA 2018 y 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

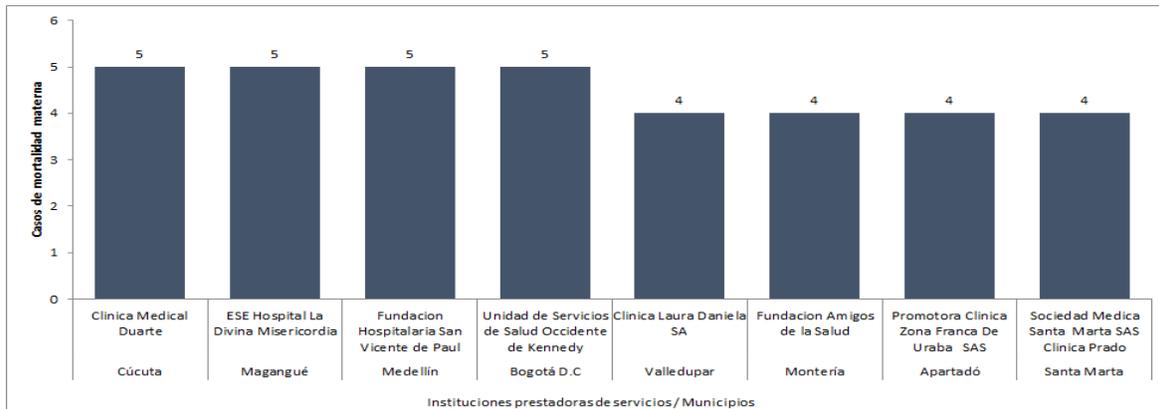
El comportamiento de la mortalidad materna durante el 2022 muestra que a semana epidemiológica 52 se notificaron 255 muertes a nivel nacional, distribuidas en 34 entidades territoriales, siendo Bogotá D.C la que más casos aporta (n=24), lo cual llama la atención, teniendo en cuenta la capacidad que tiene el Distrito Capital, en cuanto a coberturas de los servicios de salud. Igualmente, se resalta que los departamentos de Casanare, Guaviare,



San Andrés y Providencia y el Distrito de Buenaventura, no reportaron mortalidades maternas en 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

El régimen subsidiado concentra la mayor proporción de casos con el 69% (n=176) del total de las muertes maternas notificadas; mientras que, la aseguradora que aporta más casos es la Nueva EPS, con 15 muertes maternas en el régimen contributivo y 38 en el régimen subsidiado. Así mismo, es importante resaltar que las Instituciones encargadas del aseguramiento que más casos presentaron durante 2022, son Clínica Medical Duarte (Cúcuta), ESE Hospital La Divina Misericordia (Magangué), Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul (Medellín) y Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy (Bogotá D.C), cada una con 5 muertes maternas, seguidas de la Clínica Laura Daniela SA (Valledupar), Fundación Amigos de la Salud (Montería), Promotora Clínica Zona Franca de Urabá SAS (Apartadó), Sociedad Medica Santa Marta SAS Clínica Prado (Santa Marta), con 4 casos cada una (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Gráfico 129. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con mayor concentración de casos de mortalidad materna, Colombia 2022*.



Nota. La figura muestra las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con mayor concentración de casos de mortalidad materna en Colombia para 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, base anonimizada SE 52 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Por otra parte, el área de ocurrencia donde se presentaron más mortalidades maternas a nivel nacional corresponde a la cabecera municipal (n=166), en el que se concentra la mayor



atención, teniendo en cuenta, que el residir en zona urbana disminuye las dificultades en cuento a los desplazamientos, por lo cual lo esperado es acceder a la atención con mayor oportunidad. Los departamentos como Cauca, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Meta, Risaralda, Tolima y Vichada presentan la mayor proporción de casos residentes en centros poblados y zona rural dispersa (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Otro aspecto importante, es la distribución de los casos por grupo de edad, en la cual se identifica que el 13,3% (n=34) corresponden a muertes maternas de mujeres entre 14 y 19 años, de las cuales el 23,5%(n=8) no contaban con afiliación en salud y el 64,7% (n=22) pertenecían al régimen subsidiado. Estas características generan la necesidad de revisar lo referente a las acciones que se desarrollan en el marco de la prevención del embarazo en adolescente e incluso en la garantía de la atención del puerperio, en la que se debe valorar la intención reproductiva, recordando que las mujeres con antecedentes de morbilidad materna extrema, y adolescentes menores de 15 años, son prioritarias para anticoncepción post-evento obstétrico, como se establece en la Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Adicionalmente, se establece que la mayor proporción de los casos notificados, se reportaron sin actividad económica, específicamente como amas de casa, con el 49,02% (n=125), de las cuales 19 no contaban con afiliación en salud, residentes principalmente en Bogotá (n=5) La Guajira (n=4) y Magdalena (n=2), seguido de Antioquia, Cartagena, Cesar, Cundinamarca, Norte de Santander, Santa Marta, Sucre y Vichada, con un caso cada una (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

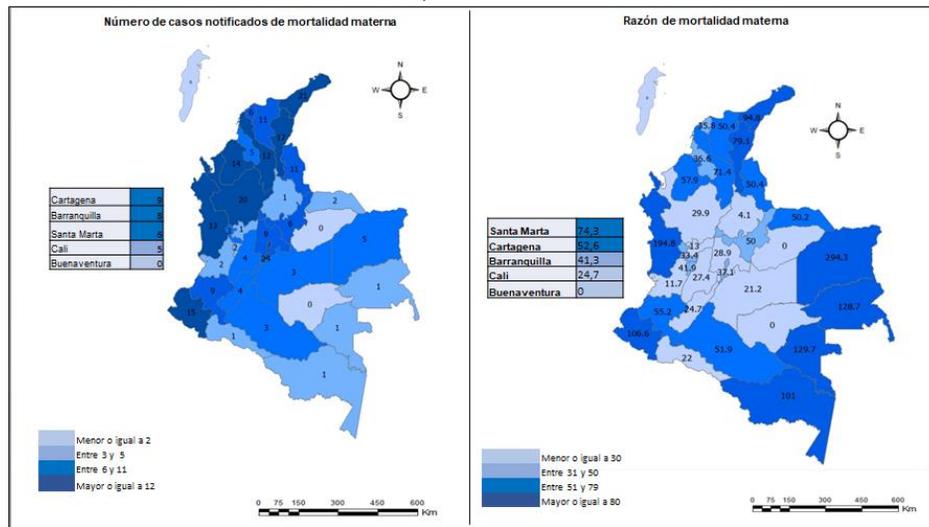
En cuanto a la Razón de Mortalidad Materna (RMM) a nivel nacional, con datos de nacidos vivos del Registro Único de Afiliados (RUAF), a corte 31 de diciembre de 2022 (datos preliminares), se establece una razón de 44,5, observando 18 entidades territoriales con una RMM superior a la nacional, principalmente, Vichada, Chocó, Vaupés, Guainía, Nariño y Amazonas, todas con RMM mayor a 100 muertes por 100.000 NV¹⁵. Sin embargo, es importante mencionar que, los departamentos que más casos reportaron fueron Bogotá

¹⁵ Para el cálculo del indicador se utiliza la fuente de datos preliminar de RUAF ND nacidos vivos 2022, por lo que las razones de mortalidad perinatal y neonatal tardía pueden diferir de las reportadas por el Instituto Nacional de Salud (INS).



(n=24), La guajira (n=21), Antioquia (n=20), Cesar (n=17), Nariño (n=15), Córdoba (n=14) y Chocó (n=13) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Mapa 41. Número de casos notificados y razón de mortalidad materna, según entidad territorial, Colombia 2022*.



Nota. El mapa muestra los casos notificados y la razón de mortalidad materna en Colombia en el año 2022.
 Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base anonimizada semana epidemiológica 52 de 2022* y Registro Único de Afiliados, Nacidos vivos y Defunciones (RUAF-ND), bases de datos 2022*.
 *Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud y del RUAF-ND.

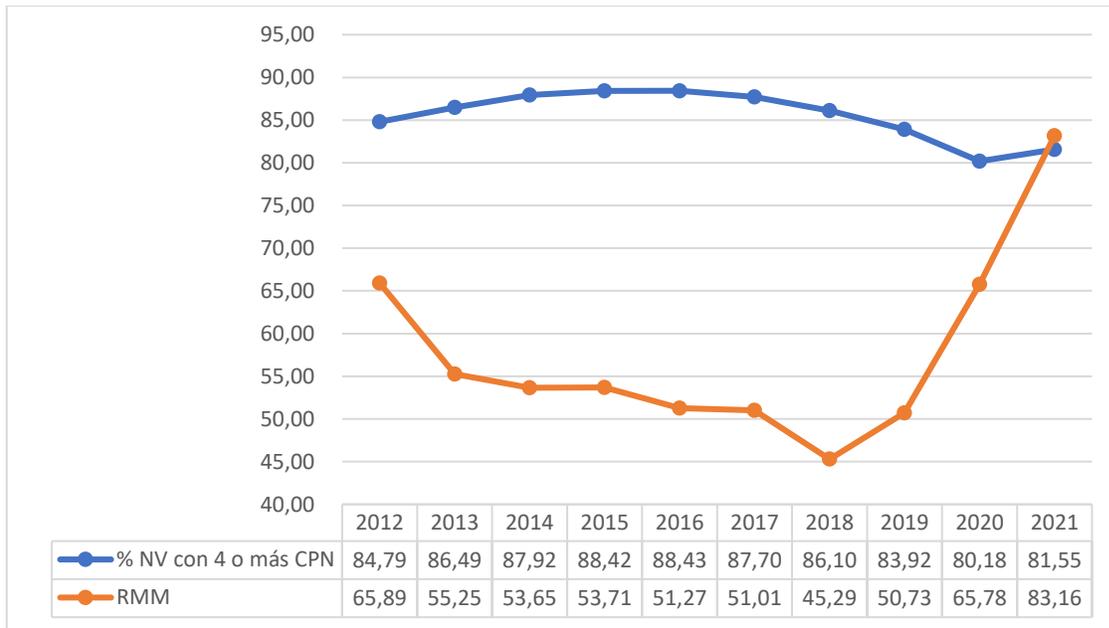
Control Prenatal – Mortalidad Materna

A nivel nacional, entre el 2012 -2021, se distingue un decremento de 3,24 puntos porcentuales de los nacidos vivos con cuatro o más consultas de CPN al mismo tiempo se identifican un incremento de 0,87 p.p. en el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, en el mismo periodo de tiempo. Lo que traduce la necesidad de seguir fortaleciendo la realización de las consultas de control prenatal.

A nivel nacional, durante el 2012, se presentaron 65,89 muertes maternas por cada 100.000 NV y a pesar de disminuir esta razón hasta el año 2018, a partir del 2019 se empezaron nuevamente a incrementar, acentuándose dicha situación en la Pandemia por Covid-19.



Gráfico 130. Proporción nacidos vivos con 4 o más controles prenatales y razón de mortalidad materna, Colombia 2012 - 2021



Fuente: elaboración a partir de las Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo de 2023

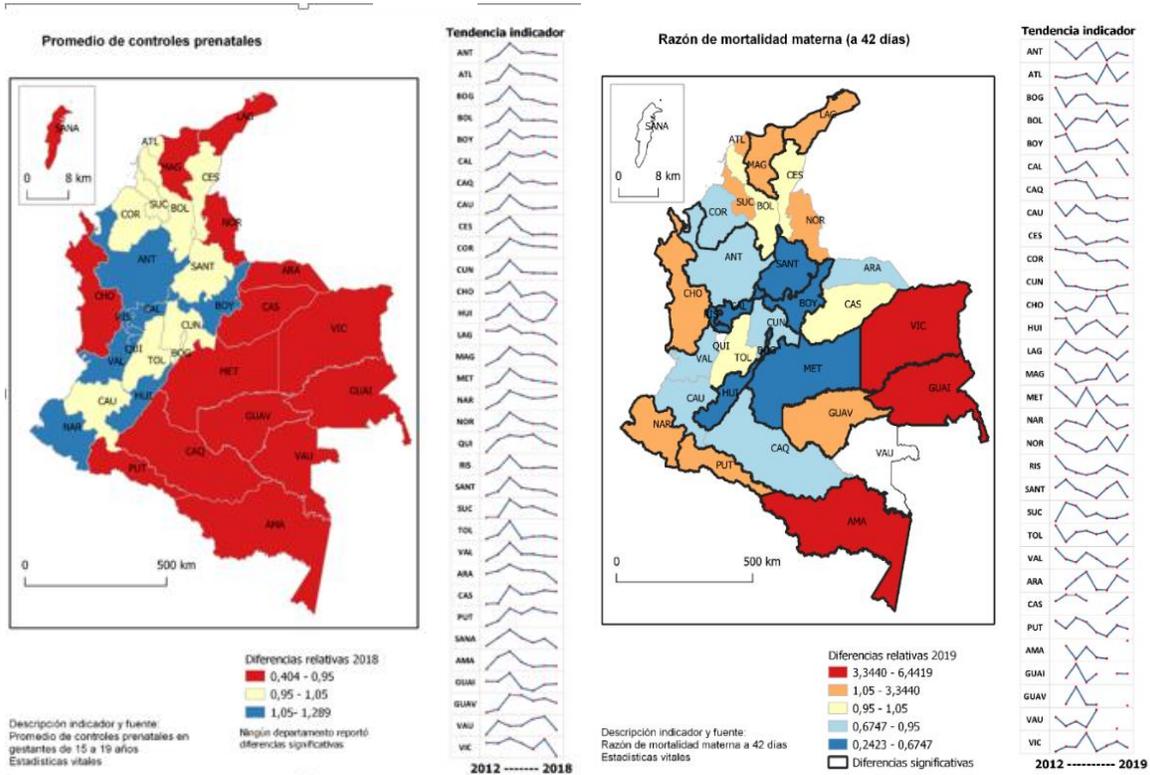
Entre 2012 y 2019 se observa que de los 32 departamentos 14 están por debajo del promedio nacional (5,5 controles prenatales) estos departamentos son: La Guajira, Magdalena, San Andrés, Casanare, Norte de Santander, Arauca, Meta, Vichada, Amazonas, Caquetá, Chocó, Guainía, Guaviare, Vaupés y Putumayo, sin embargo, estas diferencias relativas no se consideran estadísticamente significativas (Mapa 42).

En 2019, varios departamentos tuvieron una diferencia relativa más alta de razón de mortalidad materna a 42 días en comparación con el país. Esta diferencia fue mayor y estadísticamente significativa en Vichada, Guainía y Amazonas. Por su parte, en comparación al país, la diferencia relativa fue menor en Meta, Huila, Santander, Caldas, Risaralda y Boyacá (Mapa 43).



Mapa 42. Diferencias relativas de promedio de controles prenatales en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019

Mapa 43. Diferencias relativas de razón de mortalidad materna en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019



Fuente: elaboración a partir de las Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO

Se observan brechas de desigualdad, entre los departamentos en el quintil con un PIB per cápita más bajo y menos educado en relación con realizar menos controles prenatales; siendo más amplias las brechas para los departamentos de menores ingresos debido a que son los que realizan menos CPN (-2 CPN). De igual manera, se evidencia que, el mayor número de mujeres a las que le realizan alrededor 5,5 CPN, se encuentran residiendo en los departamentos con un mayor PIB per cápita y con población más educada (Gráfico 131). Con respecto a la mortalidad materna se observa mayor diferencia en departamentos en el quintil más pobre y menos educado (Gráfico 132).



Gráfico 131. Desigualdades en salud según promedio de controles prenatales por años promedio de educación y producto ingreso bruto per cápita, en Colombia de 2012 a 2018

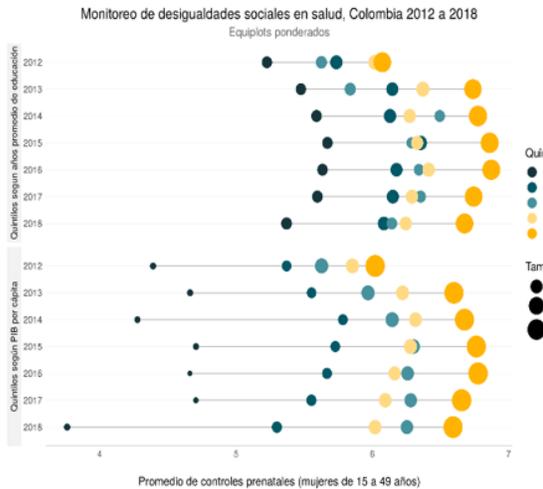
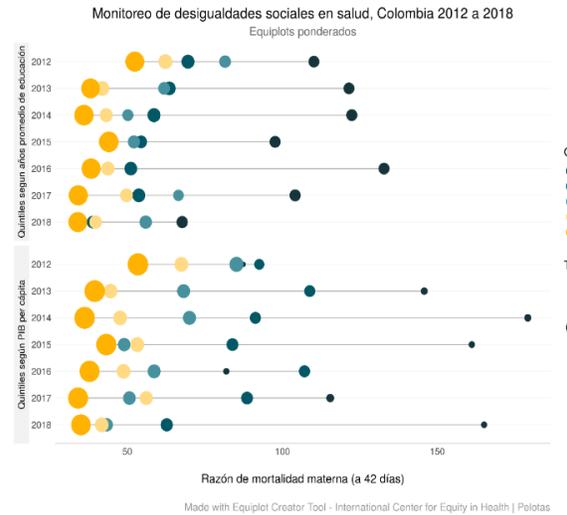


Gráfico 132. Desigualdades en mortalidad materna a 42 días por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018



Fuente: elaboración a partir de las Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE

En Colombia para el año 2022 la brecha de desigualdad en relación con los controles prenatales (cuatro o más), establece que los departamentos ubicados en el quintil con la mayor razón de mortalidad materna (94,41 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos¹⁶) son Vichada, Guainía, Vaupés, Amazonas, La Guajira, Guaviare, Magdalena y Chocó, los cuales presentan la menor proporción de controles prenatales, en los que el rango se encuentra entre el 25,01% y 63,49%. En ese sentido, se puede establecer que las gestantes que menos acceso tienen a los controles prenatales tienen 2,80 veces más el riesgo de presentar el evento, frente a las gestantes que acceden a los controles prenatales con mayor frecuencia, como sucede en Barranquilla, Huila, Antioquia, Sucre, Atlántico, Caldas y Cartagena que se encuentran en el quintil con menor RMM (33,62 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) y que reportan un porcentaje de controles prenatales superior al 89%. Adicionalmente, es importante resaltar aspectos como el alto Índice de Pobreza Multidimensional en los departamentos de Vichada (64,80), Guainía (57,30), Vaupés (52,7)

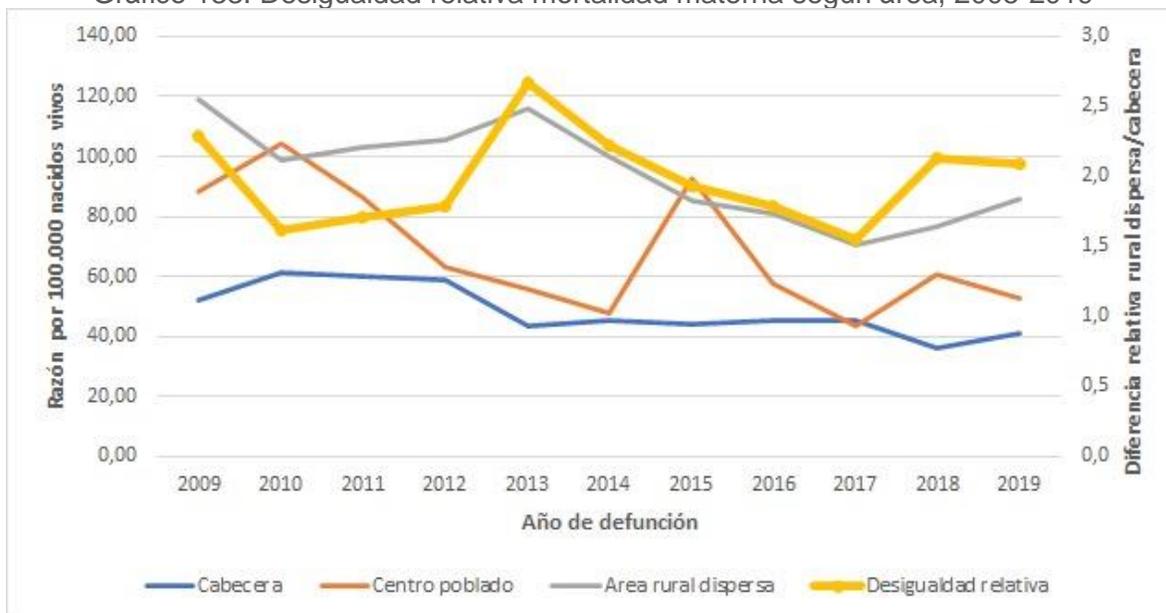
¹⁶ Fuente: Bodega de datos SISPRO RUAF – Nacidos vivos 2022. Consultado 11-01-2023.



y La Guajira (48,70). Además, en estos departamentos, se identifica que de acuerdo con el perfil de quienes atienden el parto, el médico representa la mayor proporción y el parto fue atendido en una institución; este comportamiento es generalizado para todas las entidades territoriales de salud del país (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

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 humanitaria. Al igual que en muchos países, en Colombia hay grandes disparidades entre mujeres con ingresos altos y bajos, entre la población rural y la urbana y según su pertenencia étnica. La dispersión poblacional se comporta como un determinante importante de la mortalidad materna. Para 2019 se produjeron 44,84 muertes en exceso por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales y la brecha de desigualdad relativa osciló entre 1,5 y 2,7 mostrando en el último año una razón 52% más alta en el área rural dispersa que en las cabeceras (Gráfico 133).

Gráfico 133. Desigualdad relativa mortalidad materna según área, 2005-2019

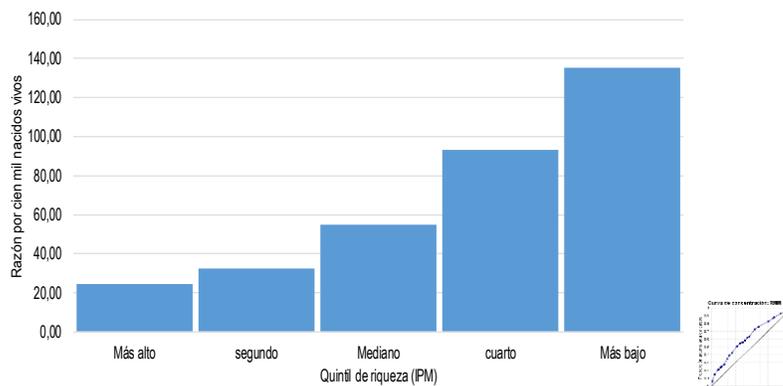


Fuente: elaboración a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS.



El quintil que agrupa los departamentos más pobres del país (Vichada, Guainía, Vaupés, La Guajira, Chocó, Amazonas, Sucre) experimenta una razón de mortalidad 3,13 veces más alta que el quintil de los departamentos con menor Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (Bogotá D.C., Valle del Cauca, Cundinamarca, Boyacá, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Santander, Quindío y Risaralda). Así mismo, el 57% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -0,200, 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 por índice de NBI en el cual el índice de concentración es de -0,209. (Gráfico 134)

Gráfico 134. Desigualdad en mortalidad materna según quintil de pobreza, 2020

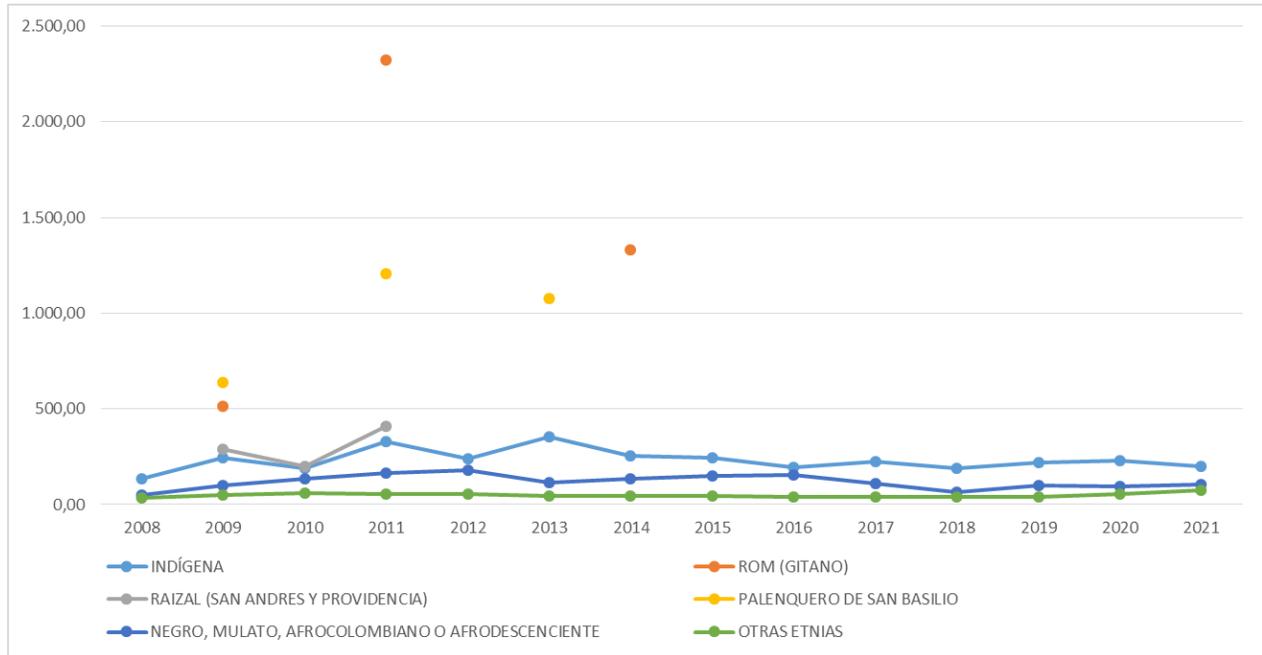


Fuente: elaboración a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS y los cálculos de IPM del DNP.

Para 2021 las razones de mortalidad materna más altas se encuentran en las poblaciones indígenas y negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, alcanzando valores de 201,74 y 106,70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente. En términos relativos la razón de mortalidad materna es 2,42 veces mayor en mujeres indígenas y 1,2 veces mayor en mujeres afrocolombianas con respecto al promedio nacional (Gráfico 135).



Gráfico 135. Razón de Mortalidad materna según etnia, 2009-2021

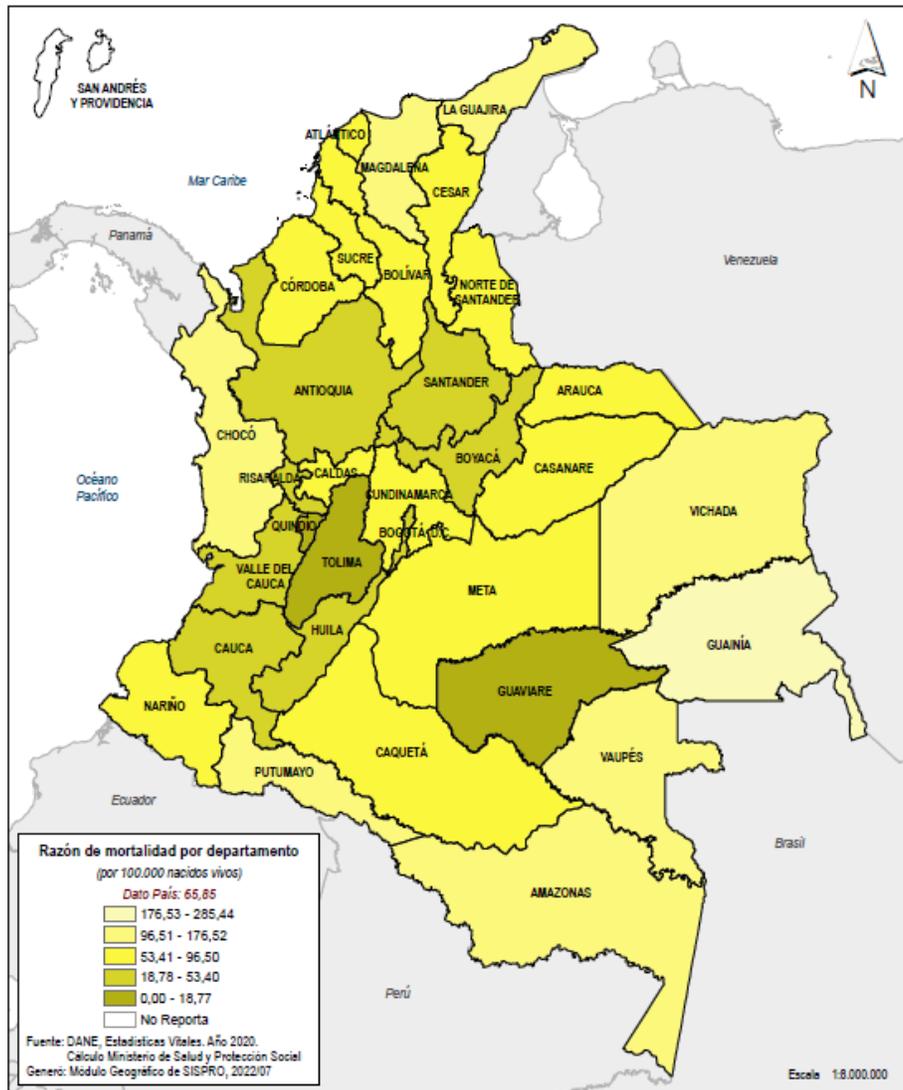


Fuente: elaboración a partir de las Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo de 2023

La interacción de los determinantes sociales de la salud como pobreza, etnicidad y ruralidad influenciaron que, para 2020 Guainía, Amazonas, Vichada, La Guajira y Putumayo tuvieran las razones de mortalidad más altas del país. En tanto, Quindío, Tolima, Bogotá, Boyacá, Valle del Cauca y Huila, reportaron razones por debajo de 45 muertes por 100.000 nacidos vivos. (Mapa 44).



Mapa 44. Razón de mortalidad materna a 42 días por departamentos, 2020



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Año 2020. Cálculo MSPS. Módulo Geográfico de SISPRO. Consultado en Indicadores Básicos de Salud 2022



Mortalidad perinatal y neonatal tardía

La mortalidad perinatal y neonatal tardía¹⁷ son indicadores relacionados con la reproducción y reflejan la atención preconcepcional, prenatal, durante el parto y postparto. Son marcadores tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil, como de las condiciones biológicas, sociales y de salud de la madre (Organización de las Naciones Unidas, 2016). A nivel mundial, se estima que el riesgo de muerte es mayor durante las primeras 24 horas de vida, tiempo en el que suceden entre 25 y 45 % de las muertes; y cerca de tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida (Allanson, Muller, & Pattinson, 2015). De acuerdo con la OCDE, los países de América Latina con las mayores tasas de mortalidad neonatal son Bolivia (13,5), Brasil (8,5), Panamá (8,0), Colombia (7,2), Ecuador y Perú (6,7) (Banco Mundial, 2020). Para Colombia, la razón preliminar de mortalidad perinatal y neonatal tardía en 2022 es de 14,10 muertes por 1.000 nacidos vivos¹⁸ (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Respecto a la 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 superan (The World Bank, 2020). 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 tiempo (Oestergaard MZ & Group, 2011). Dado que la salud de las

¹⁷ La mortalidad perinatal es la muerte que ocurre en el periodo comprendido desde las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento. La mortalidad neonatal es la muerte ocurrida desde el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida, está a su vez se divide en muertes neonatales tempranas (ocurren durante los primeros 7 días de vida) y muertes neonatales tardías (ocurren después de los 7 días completos hasta antes del día 28 de vida) (Instituto Nacional de Salud, 2022).

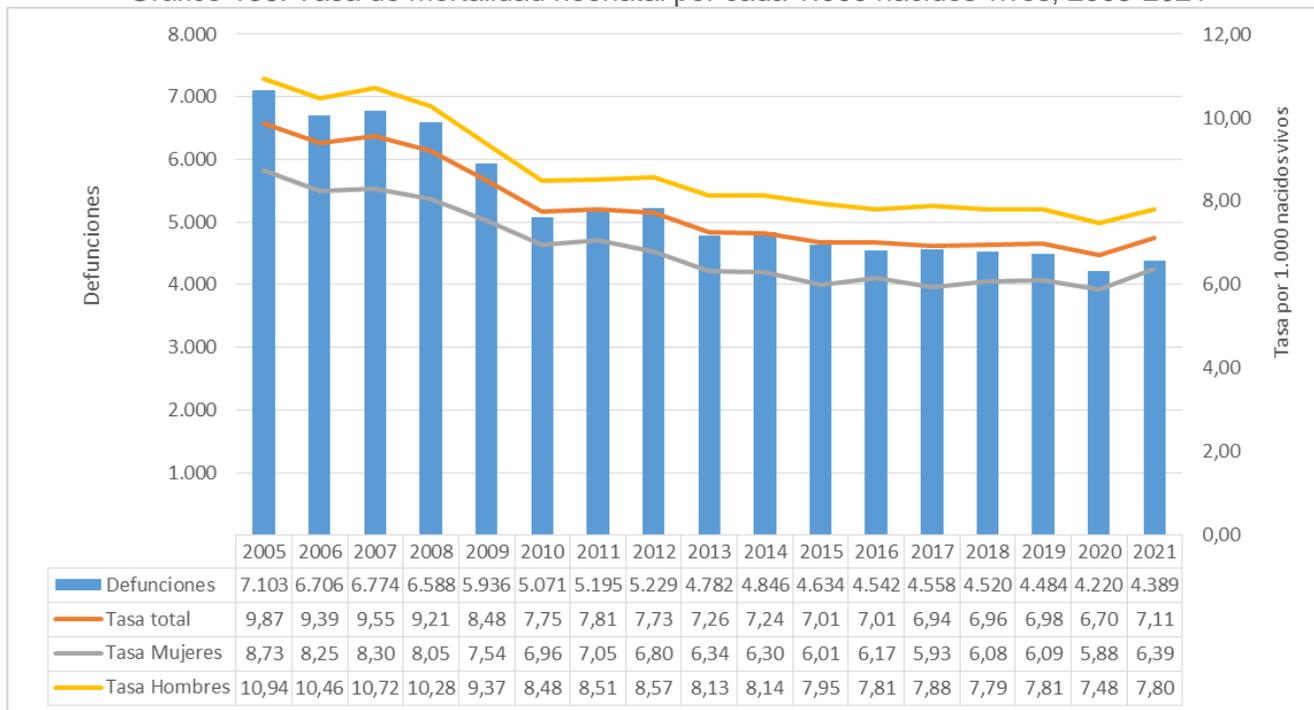
¹⁸ Para el cálculo del indicador se utiliza la fuente de datos preliminar de RUAF ND nacidos vivos 2022, por lo que las razones de mortalidad perinatal y neonatal tardía pueden diferir de las reportadas por el Instituto Nacional de Salud (INS).



madres es un factor común en las muertes neonatales (Fondo de Naciones Unidas para la infancia UNICEF, 2008), se estima que dos de cada tres defunciones son evitables con medidas eficaces en la atención del parto y durante la primera semana de vida (Oestergaard MZ & Group, 2011). 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, entre 2005 y 2021 de 10.140.831 nacidos vivos se produjeron 81.098 muertes neonatales, para un promedio anual de 5.407 muertes y una desviación estándar de 945 defunciones; el número de muertes osciló entre 4.486 y 7.103. Durante el periodo, las tasas de mortalidad neonatal disminuyeron en 2,89 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual es equivalente a una reducción del 29,3%; su tendencia fue similar para ambos sexos (Gráfico 136).

Gráfico 136. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2021

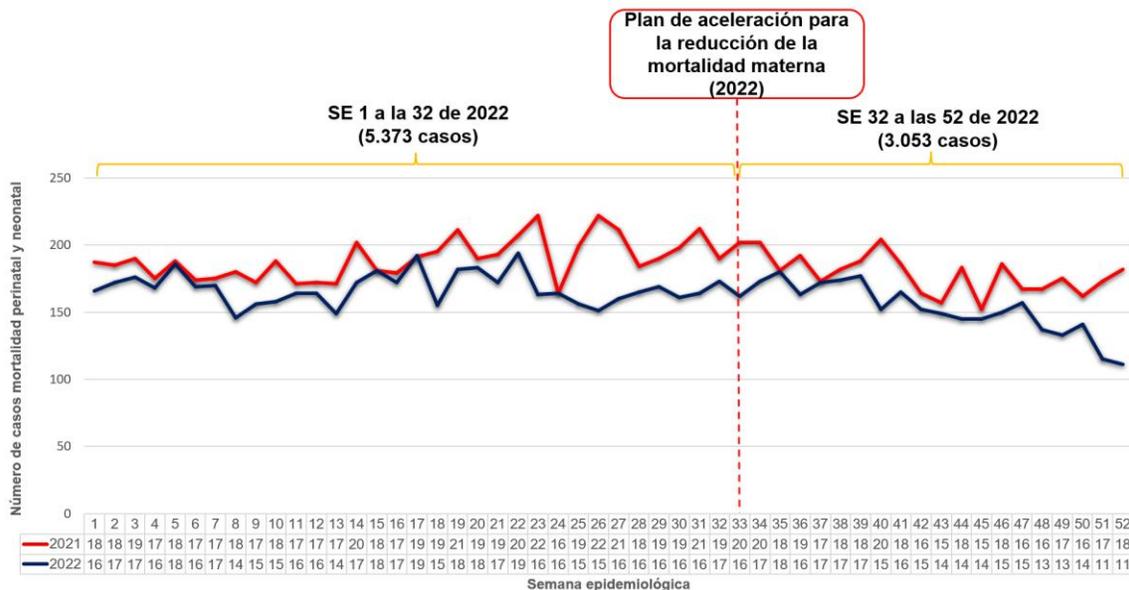


Fuente: elaboración a partir de las Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo de 2023



En cuanto al comportamiento de la mortalidad perinatal y neonatal en el país, según información preliminar del SIVIGILA, para 2022 se produjo una disminución del 12,66% en el número de muertes perinatales y neonatales tardías, pasando de 9.647 a 8.426 muertes comparado con el año 2021. Para 2022 hasta SE 32 se reportaron 5.373 casos y 3.053 casos entre SE 32 y 52) con una reducción del 43,18 % (n=2.320) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Gráfico 137. Número de casos notificados para mortalidad perinatal y neonatal tardía, según semana epidemiológica, Colombia 2021 y 2022*.



Nota. La figura muestra los casos notificados para mortalidad perinatal y neonatal tardía en Colombia para los años 2021 y 2022*.

Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2021 y base de datos anonimizada semana epidemiológica 52 de 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Por otra parte, los factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal y neonatal han sido documentados en diferentes estudios, en la madre se han considerado como factores de riesgo: la edad menor de 15 años o mayor a 35 años, el bajo grado de educación, más de tres embarazos anteriores y la falta de asistencia a controles prenatales; y en el neonato el bajo peso al nacer (peso por debajo de 2.500 g) y la edad gestacional menor de 37 semanas (Osorio & Romero, 2008).



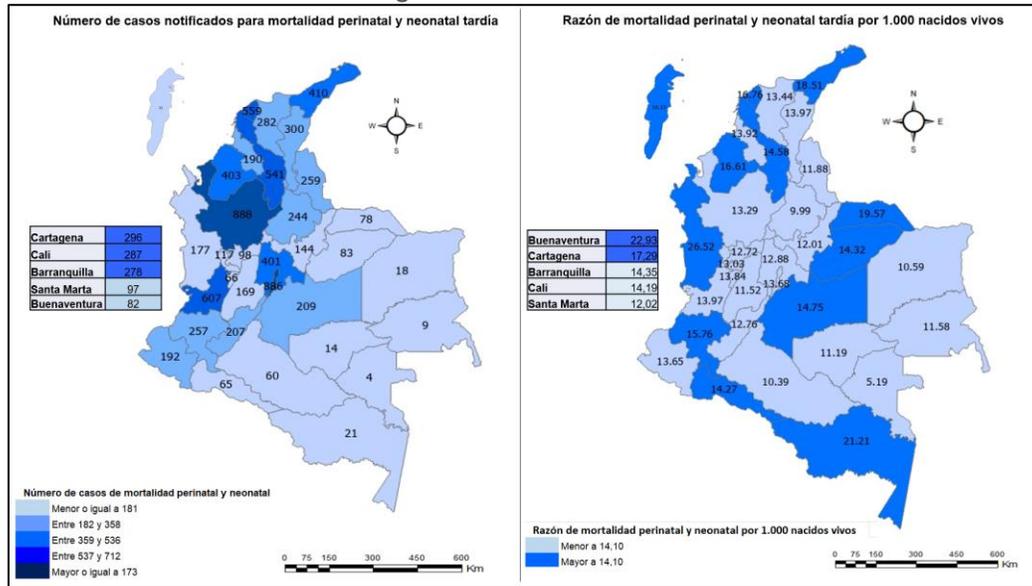
En Colombia, del total de muertes perinatales y neonatales tardías reportadas en SIVIGILA para 2022: en el 20, 88% (n=2.181) 1,25% (n=105) la edad de la madre estuvo entre los 20 y 24 años. El 21,78% (n=1.835) de las madres tenían antecedentes de más de tres gestaciones previas; el 15,89% (n=1.339) de los casos procedían de áreas rurales dispersas; 60,69% (n=5.114) corresponden al régimen subsidiado. El 49,12% (n=4.139) de las muertes se produjeron antes del parto; en el 57,26% (n=4.825) el tipo de parto fue vaginal y el 1,09% (n=92) no nació (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023). En los nacidos el 93,77% (n=7.901) de los partos fueron institucionales y en su mayoría (95,99%) fueron atendidos por médicos generales u obstetras El 50,36% (n=4.243) de las muertes tenía menos de cuatro controles prenatales; en 78,40% (n=6.606) la edad gestacional fue menor a las 37 semanas; y 78,36% (n=6.603) de los casos tenían bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Frente a la distribución de los casos del evento por entidad territorial, el mayor número de muertes perinatales y neonatales tardías se reportó en Antioquia (n=888), Bogotá (n=886), Valle del Cauca (n=607), Atlántico (n=559) y Bolívar (n=541). Los departamentos de Chocó (RM:26,52 por 1.000 nacidos vivos), Amazonas (RM:21,21 por 1.000 nacidos vivos), Arauca (RM:19,57 por 1.000 nacidos vivos), La Guajira (RM:18,51 por 1.000 nacidos vivos) y Atlántico (RM:16,76 por 1.000 nacidos vivos) encabezan la lista con las razones de mortalidad más altas, presentando valores por encima de la tasa nacional para ese año¹⁹ (RM:14,10 por 1.000 nacidos vivos) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

¹⁹ Para el cálculo del indicador se utiliza la fuente de datos preliminar de RUAF ND nacidos vivos 2022, por lo que las razones de mortalidad perinatal y neonatal tardía pueden diferir de las reportadas por el Instituto Nacional de Salud (INS).



Mapa 45. Número de casos notificados y razón de mortalidad para mortalidad perinatal y neonatal tardía, según entidad territorial, Colombia 2022*.



Nota. El mapa muestra los casos notificados y la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en Colombia para el año 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base anonimizada semana epidemiológica 52 de 2022* y Registro Único de Afiliados, Nacidos vivos y Defunciones (RUAF-ND), bases de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud y del RUAF-ND.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, el número de contactos que deben tener las gestantes con profesionales de la salud a lo largo del embarazo es de cuatro a ocho, indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales con el sistema de salud disminuye la probabilidad de muertes prenatales. Una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes prenatales hasta en 8 por cada 1.000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas. Adicionalmente se recomienda que las gestantes tengan su primer contacto a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas (Organización Mundial de la Salud, 2016). Igualmente, otros estudios realizados evidencian que el número de controles prenatales se correlaciona con la mortalidad perinatal y neonatal tardía, entre menos controles prenatales acuda la madre, mayor riesgo de mortalidad neonatal (Osorno, y otros, 2008). La ausencia de controles prenatales puede llevar a procesos infecciosos, prematuridad, malformaciones congénitas, bajo peso y asfixia al nacer, lo que a su vez incrementa el riesgo de muerte fetal o en el recién nacido (Alonso, y otros, 2005).



En Colombia para 2022, en relación con la brecha de desigualdad generada por el bajo acceso a los controles prenatales (menos de cuatro), evidenció una mayor razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía, encontrándose principalmente en los departamentos del quintil con el menor porcentaje de controles prenatales, donde se ubican Vichada, Guainía, Vaupés, Amazonas, La Guajira, Guaviare y Chocó, cuya razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía fue de 19,03 por 1.000 nacidos vivos. Para los departamentos que están en el quintil donde las mujeres pueden acceder a un mayor número de controles prenatales como Santander, San Andrés y Providencia, Huila, Antioquia, Sucre, Atlántico y Caldas, la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía fue de 13,26 por 1.000 nacidos vivos, lo que representa una diferencia en la razón de mortalidad de 5,77 por cada 1.000 nacidos vivos. Llama la atención que Bogotá y Valle del Cauca (incluye Buenaventura y Cali), en donde existe mayor oferta de servicios de salud y talento humano en salud especializado, no se encuentren dentro del quintil de mejor condición (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Así mismo, en los departamentos con el porcentaje más bajo de controles prenatales, se presenta 1,44 veces más casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía que en los departamentos donde las mujeres pueden acceder a un mayor número de controles prenatales, lo que significa que en los departamentos donde las mujeres no logran acceder a un adecuado control prenatal, se presentan 198 casos más de mortalidad perinatal que las que podrían esperarse si, durante el periodo de gestación las mujeres lograran acceder a un mayor número de controles prenatales (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

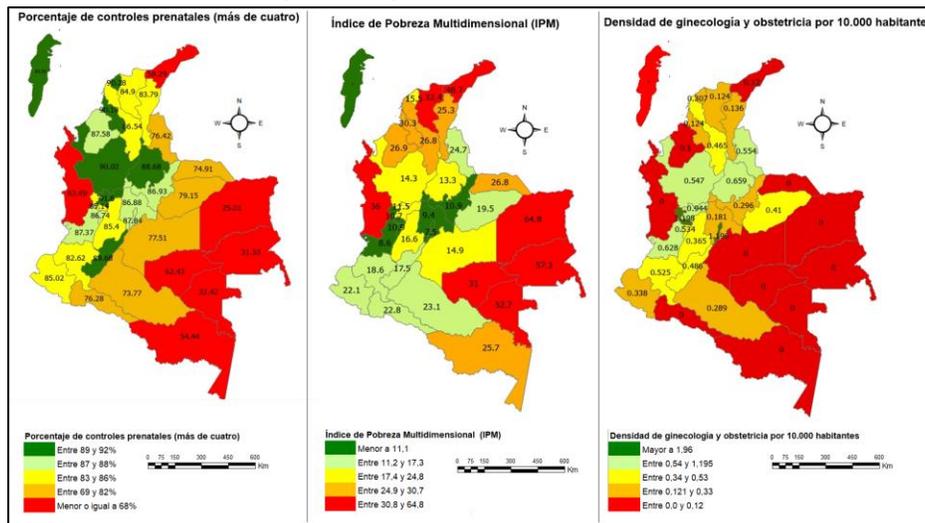
Con relación a la baja disponibilidad de ginecobstetras, se encontró que la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía es más alta en los departamentos donde hay una baja densidad de ginecobstetras o no hay, como es el caso de los departamentos de Vichada, Guainía, Vaupés, Amazonas, Guaviare, Chocó, Arauca, Putumayo, Meta, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Córdoba; cuya razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 17,29 por 1.000 nacidos vivos, mientras que entidades territoriales donde hay mayor densidad de ginecobstetras es 13,6 por cada 1.000 nacidos vivos, con un diferencia



en la razón de 3,69 por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa 220 muertes perinatales y neonatales tardías más en los departamentos donde la disponibilidad de ginecobstetras es baja (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Por otra parte, en términos sociales, se encontró que los departamentos con mayor IPM (Índice de Pobreza Multidimensional) tienen una razón de mortalidad perinatal y neonatal más alta (16,57 por 1.000 nacidos vivos) en relación con los de menor pobreza (13,68 por 1.000 nacidos vivos), lo que aumenta en 159 muertes perinatales y neonatales, presentándose en los departamentos de Vichada, Guainía, Vaupés, La Guajira, Chocó, Magdalena y Guaviare. Sumado a lo anterior, se identifica que más del 50% de la población de los departamentos en peor condición habita en áreas rurales dispersas de difícil acceso, lo cual incrementa la brecha de desigualdad en el acceso efectivo a los servicios de salud, seguros y eficientes que permitan mejorar los indicadores básicos en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Mapa 46. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1.000 nacidos vivos por quintiles de porcentaje de controles prenatales, Índice de Pobreza Multidimensional y densidad de ginecología y obstetricia, Colombia, 2022*.



Nota. El mapa muestra la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por quintiles de porcentaje de controles prenatales, IPM y densidad de ginecología y obstetricia en Colombia para el año 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base anonimizada semana epidemiológica 52 de 2022* y Registro Único de Afiliados, Nacidos vivos y Defunciones (RUAF-ND), bases de datos 2022*, ReTHUS 2021 y Proyecciones poblacionales del DANE 2021.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud y del Ministerio de Salud y Protección Social.



Mortalidad infantil

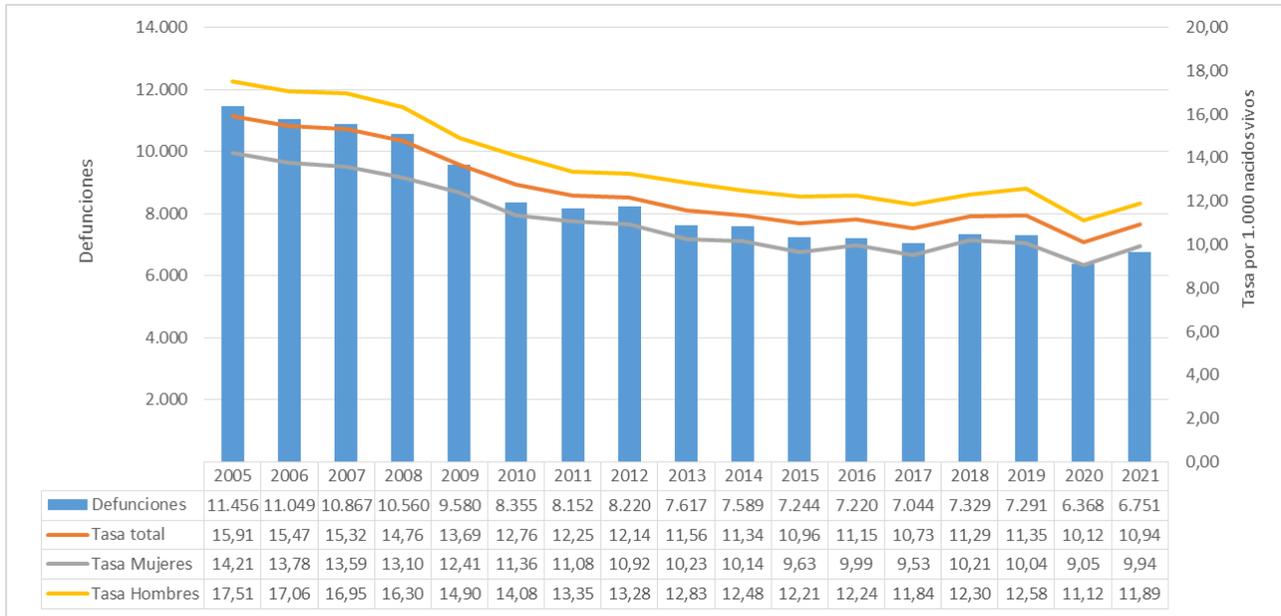
La mayoría de las muertes en menores de un año se han considerado inequitativas por reunir características evitables, injustas e innecesarias. Así mismo, el indicador es reflejo de las condiciones de salud y desarrollo de los países, y evidencia el nivel de prioridad que dan los gobiernos al derecho a la salud (Centro Latinoamericano de Desarrollo). 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 altos (The World Bank, 2020); 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 vivos (World Health Organization, 2012).

Entre 2005 y 2021 se registraron en promedio 8.394 muertes anuales, con tasas de mortalidad decrecientes en el tiempo para ambos sexos, ya que para 2015 la tasa de mortalidad infantil era de 15,91 por cada 1.000 nacidos vivos mientras que en 2021 la tasa se encontró en 10,94; aunque la brecha persiste por sexos ya que las tasas de mortalidad en hombres se han mantenido más altas que en las mujeres, cerrando el periodo de observación en el año 2021 con una tasa de 11,89 en hombres mientras que en mujeres la tasa es de 9,94 por cada 1.000 nacidos vivos.(Gráfico 138).



Gráfico 138. Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2021

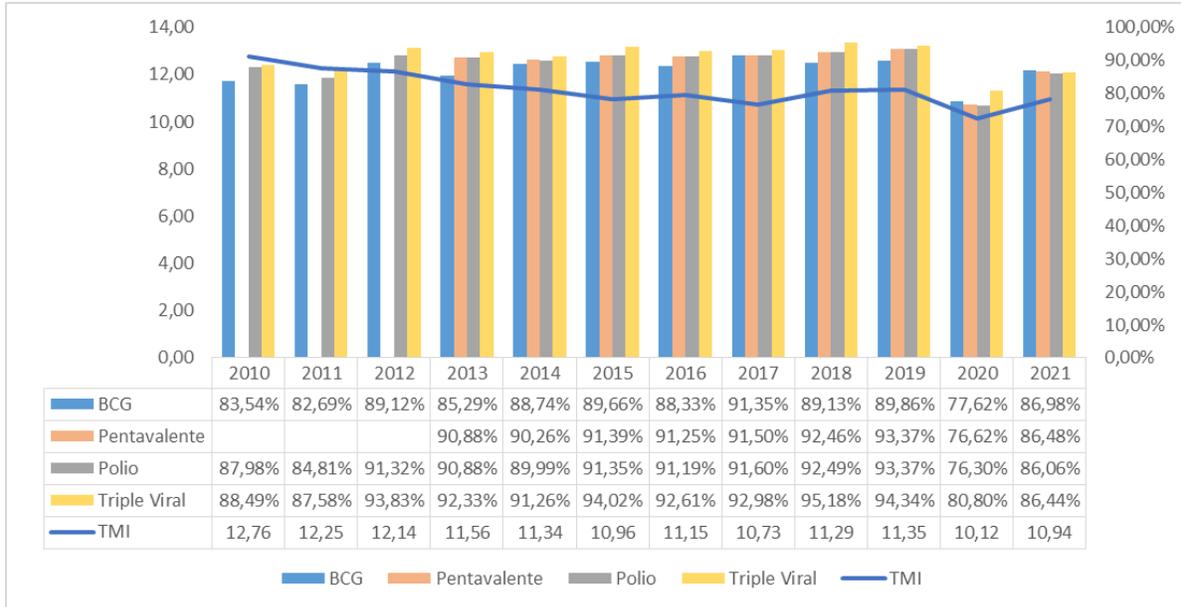


Fuente: elaboración a partir de las Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo de 2023

La mejoría observada en la mortalidad infantil está relacionada con las estrategias implementadas y los esfuerzos invertidos para el logro del cuarto ODM; en efecto entre 2010 y 2021 las coberturas administrativas de vacunación para BCG se han mantenido en promedio en 86,86%, donde la cobertura más alta fue en el año 2017 con 91,35% y para 2021 la cobertura es de 86,98%; así mismo, la cobertura administrativa de la vacunación antipolio ha estado en promedio en 88,95%, donde la cobertura más alta se presentó en el año 2019 con 93,37% y para 2021 la cobertura es de 86,06%; la cobertura de Pentavalente estuvo en promedio en 89,35%, con una cobertura para 2021 de 86,48% y la cobertura de triple viral estuvo en promedio en 90,82% con una cobertura para 2021 de 86,44%, en general, aunque se observan importantes diferencias en las coberturas de vacunación en los ámbitos departamental y municipal, para 2021, la tasa de mortalidad infantil alcanzó 10,94 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 vivos.



Gráfico 139. Coberturas trazadores vacunación Vs Tasa de mortalidad infantil 2010-2021

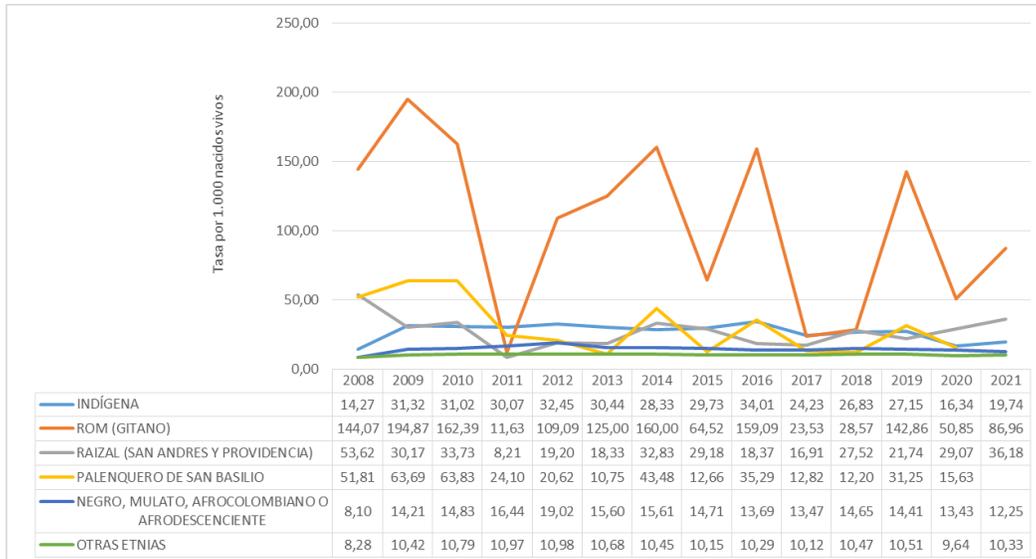


Fuente: elaboración a partir de las Estadísticas Vitales – EEVV y coberturas administrativas de vacunación biológicos trazadores, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo de 2023

Entre 2008 y 2021 se observan diferencias en la forma como se presenta la mortalidad infantil por pertenencia étnica. La tasa más alta corresponde al grupo Rom (gitano), que para 2021 registro 86,96 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Así mismo, se reportaron 36,18 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el grupo de los raizales (archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina); 19,74 en los indígenas; 12,25 en los pertenecientes al grupo negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendientes; 10,33 en otras etnias; por su parte en el grupo de los palenqueros de San Basilio no se presentaron casos reportados. Al igual que lo descrito anteriormente, el comportamiento de todos los grupos refleja debilidades de la variable en el registro de mortalidad (Gráfico 140).



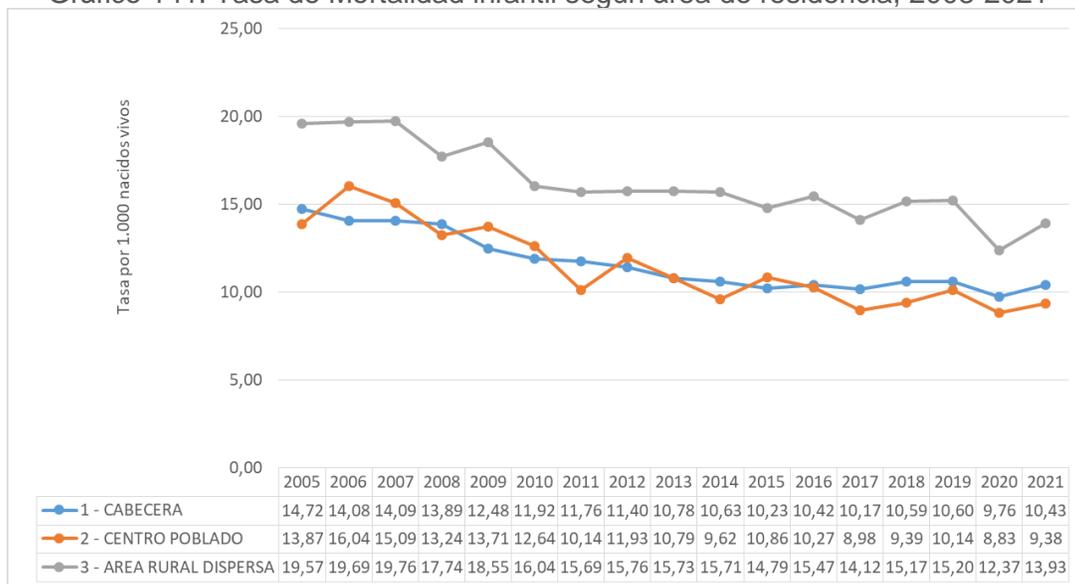
Gráfico 140. Tasa de Mortalidad infantil según pertenencia étnica, 2008-2021



Fuente: elaboración a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo 2023

Entre 2005 y 2021 la mortalidad infantil se ha mantenido más alta en la población que habita en las áreas rurales dispersas que en aquellos que viven en las cabeceras, esto se traduce en la ocurrencia de cuatro a seis muertes más en el área rural (Gráfico 139).

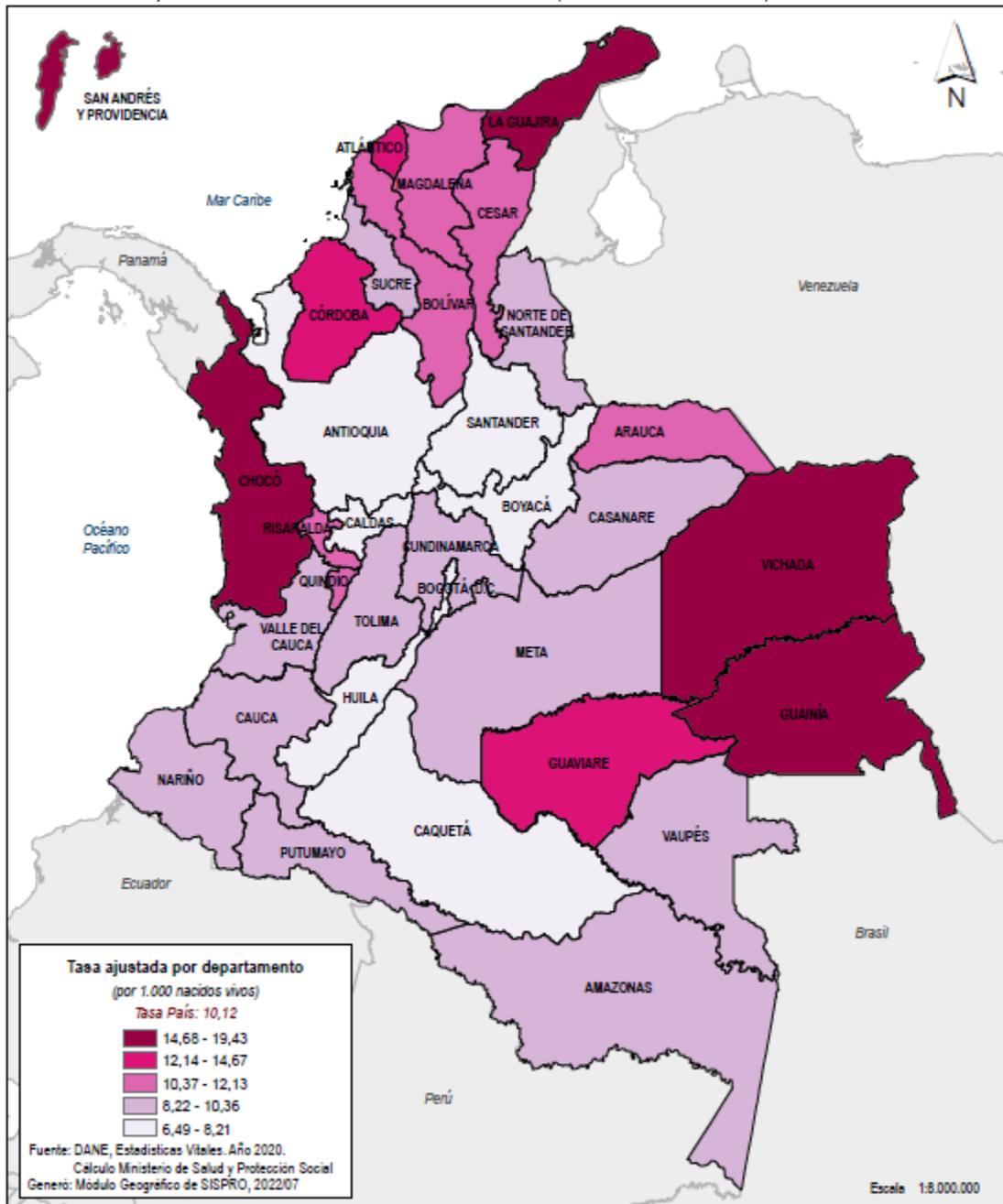
Gráfico 141. Tasa de Mortalidad infantil según área de residencia, 2008-2021



Fuente: elaboración a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo 2023



Mapa 47 Tasa de Mortalidad Infantil (Menor de un año), año 2020



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Año 2020. Cálculo MSPS. Módulo Geográfico de SISPRO. Consultado en Indicadores Básicos de Salud 2022



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 todo (Fondo de Naciones Unidas para la infancia UNICEF, 2008).

Según la OMS, en 2013 se produjeron alrededor de 6,3 millones de muertes en menores de cinco años (Organización Mundial de la Salud OMS, 2018); se estima que más de la mitad de los decesos en esta edad se pueden evitar tratando las enfermedades causantes con intervenciones simples y asequibles (Organización Mundial de la Salud OMS, 2020), y que “casi el 75% de esas defunciones se deben a seis trastornos: problemas neonatales, neumonía, diarrea, paludismo, sarampión y VIH/sida” (Organización Mundial de la Salud OMS, 2018).

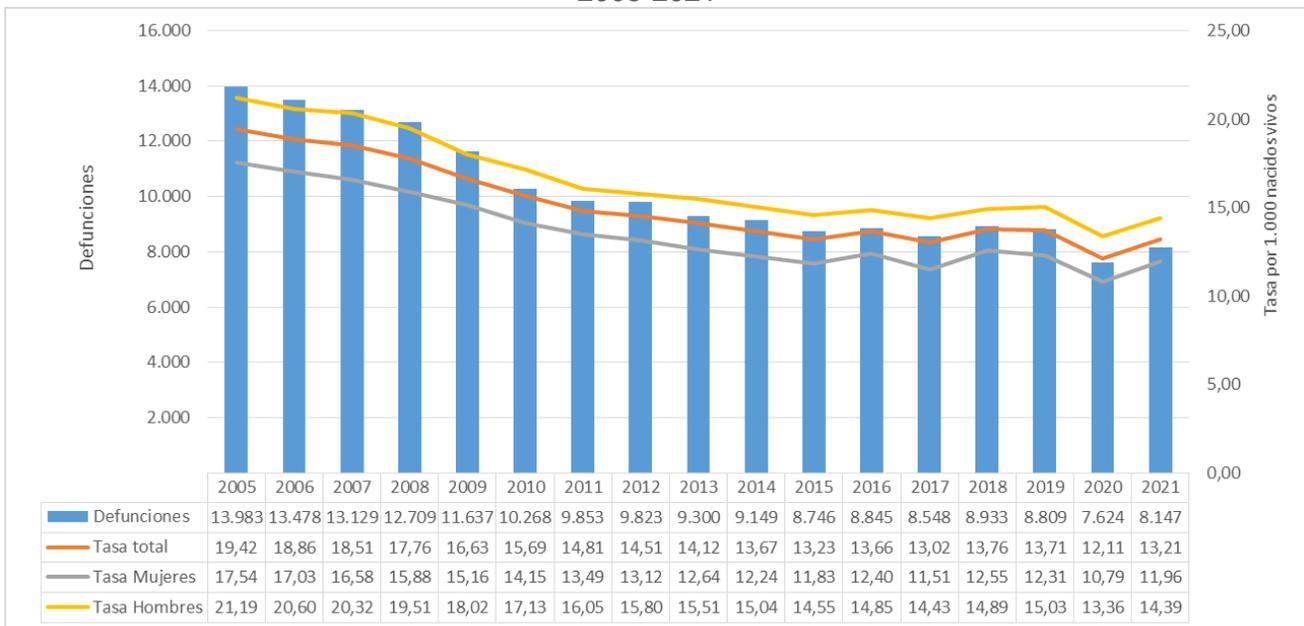
La probabilidad de que un recién nacido muera antes de alcanzar los cinco años de edad en los países de ingresos medio altos es de 20 por cada 1.000 nacidos vivos (The World Bank, 2020), y a pesar de los logros en materia de supervivencia infantil en cuatro regiones, a saber: Asia oriental y el Pacífico, 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 (Fondo de Naciones Unidas para la infancia UNICEF, 2008). 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 vivos (Organización de las Naciones Unidas, 2016).



Según la OMS, en 2017 se produjeron alrededor de 18,6 muertes en menores de cinco años en América Latina; se estima que Colombia (18, en 2015), Perú (18,0) y la República Bolivariana de Venezuela (17,5 en 2014) reportan las tasas de mortalidad en menores de cinco años. Colombia es necesario continuar trabajando para lograr alcanzar la meta nacional del ODS de 6,8 para 2018 y de 5,0 en 2030, dado que no se alcanzado dicha meta.

Colombia mostró un descenso pasando de una tasa de mortalidad en menores de cinco años de 14,5 por 1.000 nacidos vivos en 2012 a 13,2 en el año 2015. A partir de este periodo ha tenido fluctuaciones hasta 2021, sin llegar a los valores iniciales, presentando para este año una tasa de mortalidad en menores de cinco años de 13,21 por 1.000 nacidos vivos. Se presentan tasas de mortalidad mayores en los hombres que en las mujeres en todo el periodo de observación.

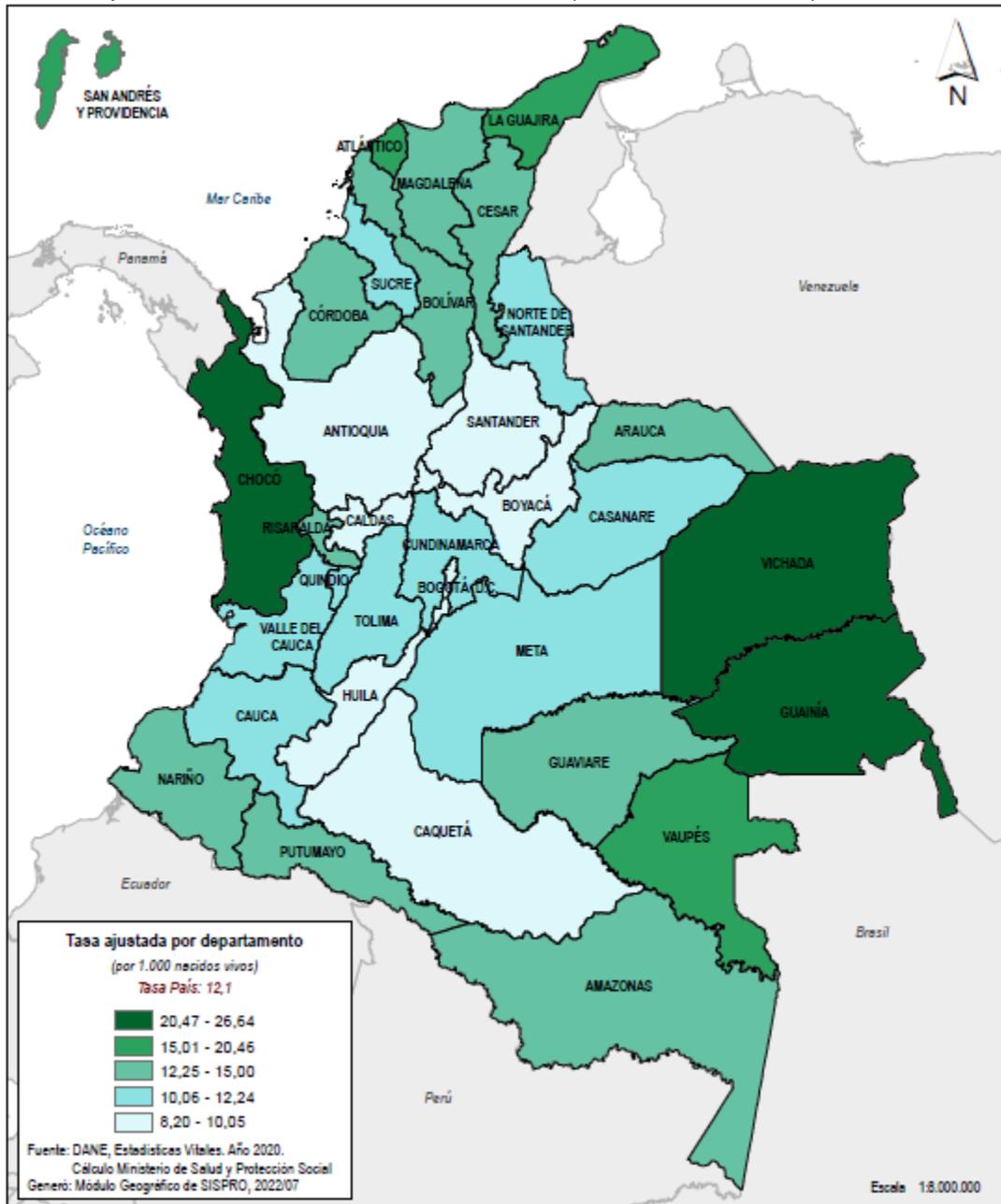
Gráfico 142. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2021



Fuente: elaboración a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo 2023



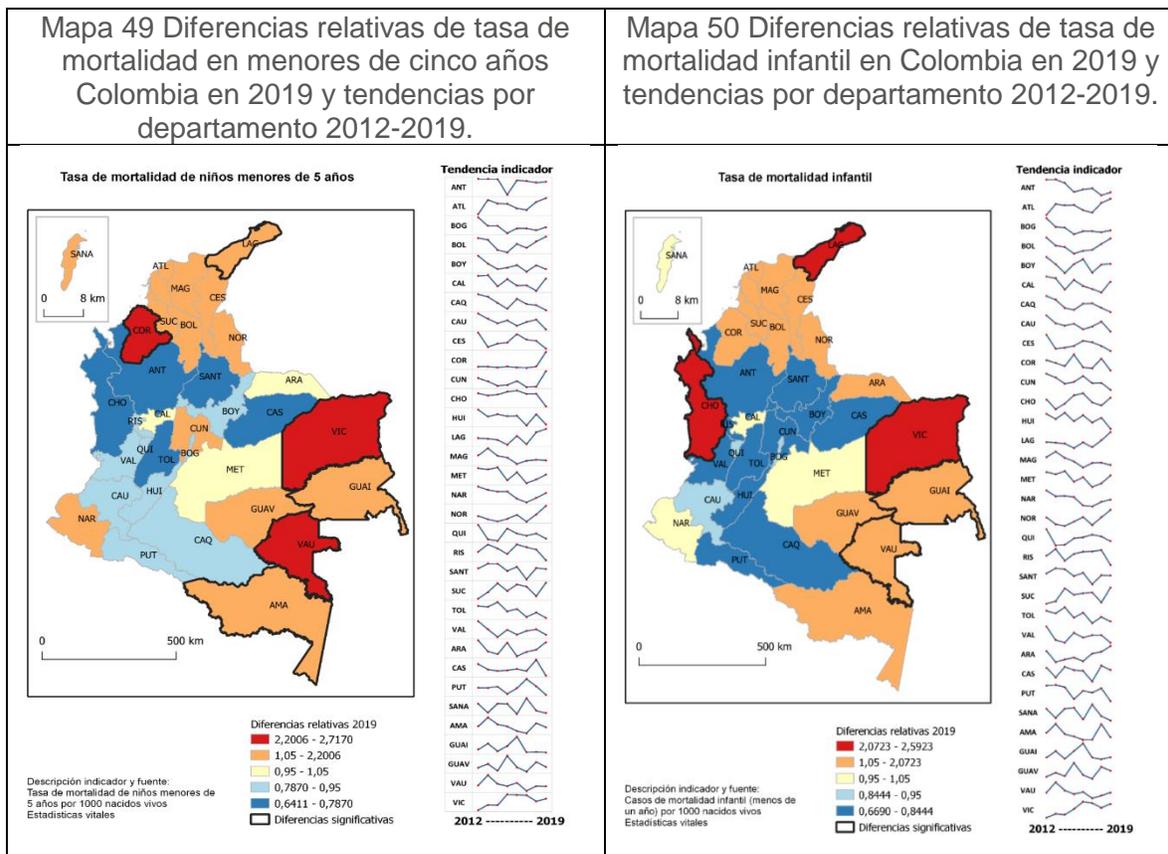
Mapa 48 Tasa de Mortalidad en la niñez (Menores de 5 años), año 2020



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Año 2020. Cálculo MSPS. Módulo Geográfico de SISPRO. Consultado en Indicadores Básicos de Salud 2022



Revisando por departamentos para el año 2019, La Guajira, Vichada, Córdoba y Chocó tuvieron diferencias relativas más altas y estadísticamente significativas en su tasa de mortalidad infantil con respecto al país. Aunque con diferencias menores que estos departamentos Amazonas y Vaupés también tuvieron diferencias relativas en sus tasas más altas en comparación con Colombia. Las tasas de mortalidad infantil en 2019 se encuentran en la mayoría de los departamentos del centro del país. En menores de 5 años las diferencias más altas y estadísticamente significativas se encontraron en Vichada, Vaupés, Amazonas, La Guajira y Guainía.



Fuente: elaboración a partir de las Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO



El análisis de equidad muestra que, para el periodo de análisis, 2012-2018, el quintil más alto en PIB per cápita y educación tuvo de manera consistente una menor mortalidad tanto infantil así como en menores de 5 años.

Gráfico 143. Desigualdades según la tasa de mortalidad en menores de 5 años por años promedio de educación y producto ingreso bruto per cápita, en Colombia de 2012 a 2018

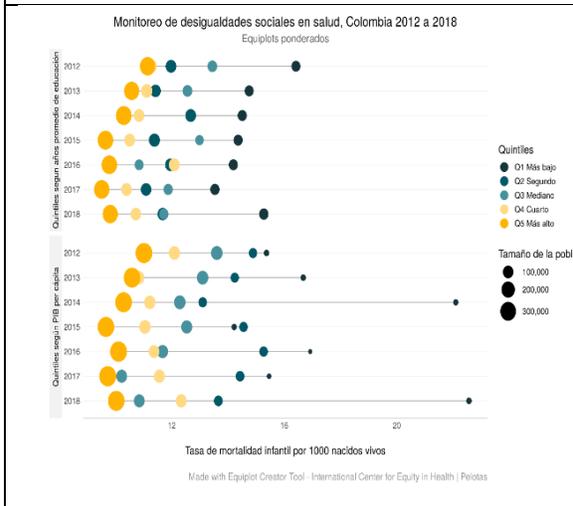
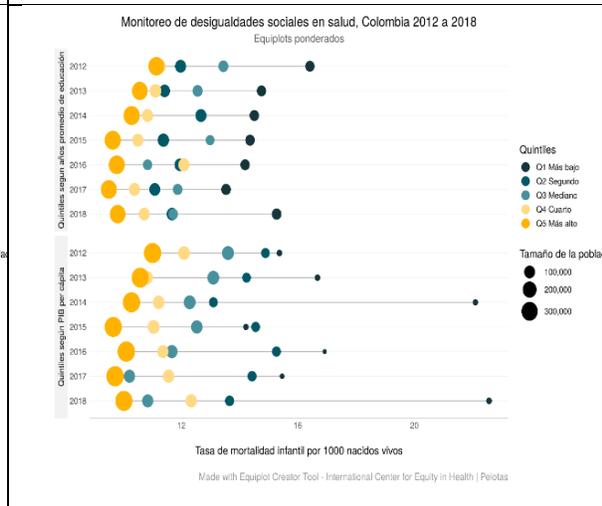


Gráfico 144. Desigualdades según la mortalidad infantil por promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita en Colombia, de 2012 a 2018



Fuente: elaboración a partir de las Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO

Mortalidad por EDA en menores de cinco años

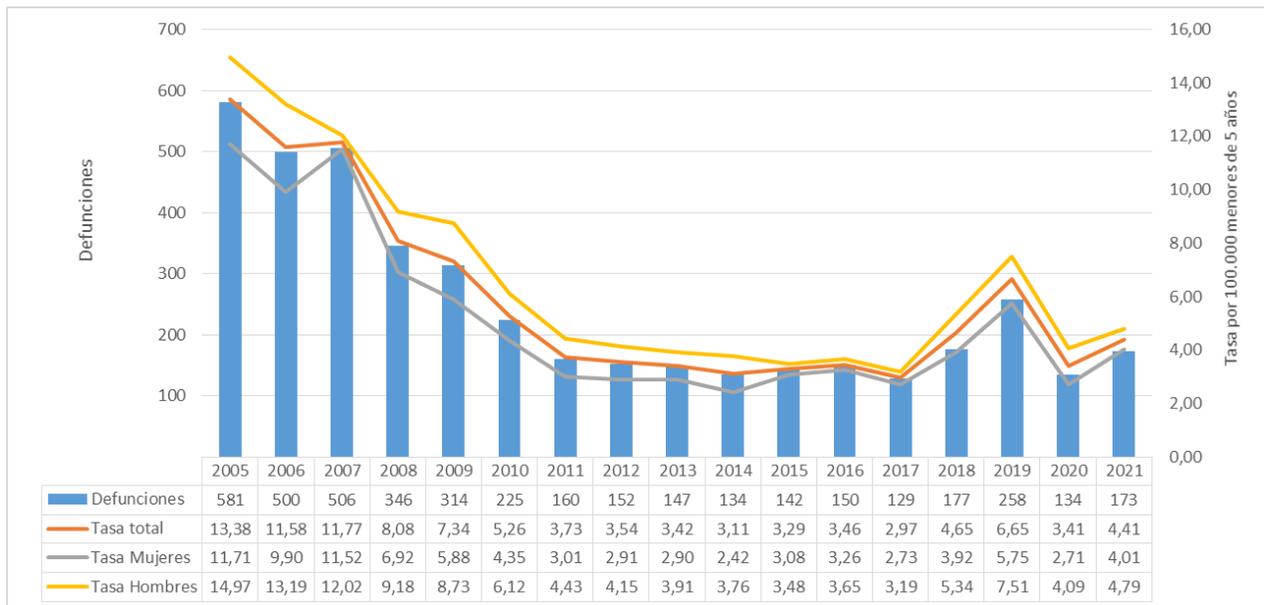
Cada año mueren en el mundo millones de niños menores de cinco años a causa de unas pocas enfermedades prevenibles. Cerca de dos millones de estas muertes (aproximadamente el 20%) se deben directa o indirectamente a la enfermedad diarreica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). La enfermedad 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” (Román Riechmann, Barrio Torres, & López Rodríguez).



En Colombia la mortalidad por EDA en menores de cinco años ha tendido al descenso, entre 2005 y 2021 las tasas disminuyeron pasando de 13,38 a 4,41 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. El aceleramiento del descenso 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 más altas en hombres que en mujeres, con 0,78 muertes más por cada 100.000 nacidos vivos en el sexo masculino para el año 2021(Gráfico 145).

Gráfico 145. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años, 2005-2021

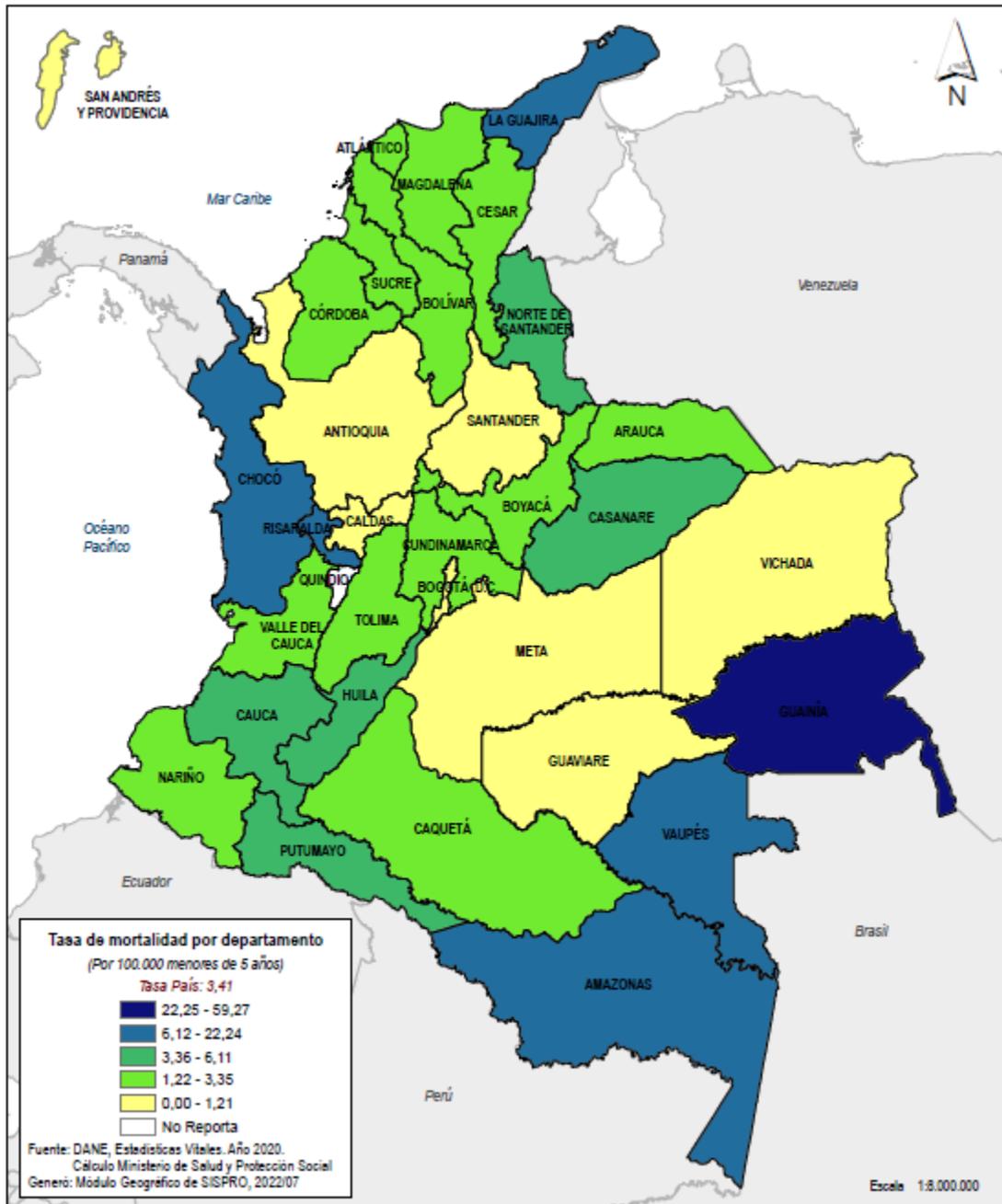


Fuente: elaboración a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo 2023

Para 2020 las tasas más altas de mortalidad por EDA en menores de cinco años del país se presentaron en Guainía, La Guajira y Chocó. El Distrito de Bogotá y los departamentos de Antioquia, Meta y Santander presentaron las tasas más bajas.



Mapa 51. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda. Año 2020

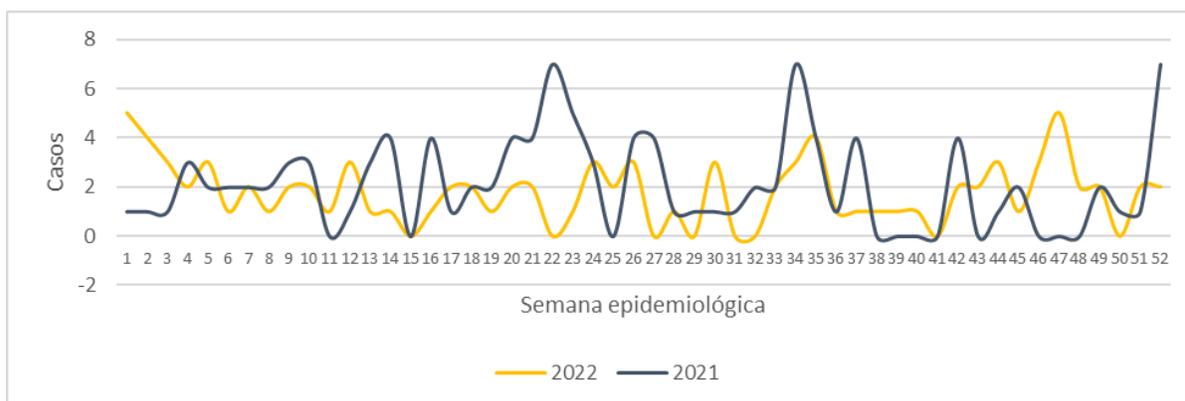


Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Año 2020. Cálculo MSPS. Módulo Geográfico de SISPRO. Consultado en Indicadores Básicos de Salud 2022



En Colombia, durante el 2022 (preliminar) se han notificado al SIVIGILA 93 casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años 13% menos que el 2021, de la semana 1 a la 31 de 2022 se notificaron en promedio 1,74 casos por semana, de la semana 32 a la 52 de 2022 se notificaron en promedio 1,8 casos por semana, no se evidencia ninguna variación significativa en la notificación del evento a partir del 7 de agosto de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Gráfico 146. Casos notificados de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años por semana Epidemiológica, Colombia 2021 y 2022*.



Nota. La figura muestra la distribución de los casos notificados de mortalidad EDA en menores de cinco años por semana epidemiológica para los años 2021 y 2022.

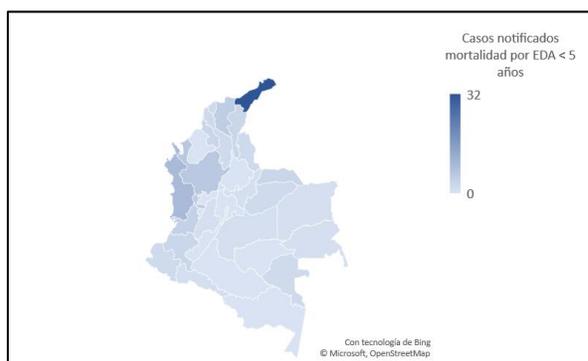
Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2021 y base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

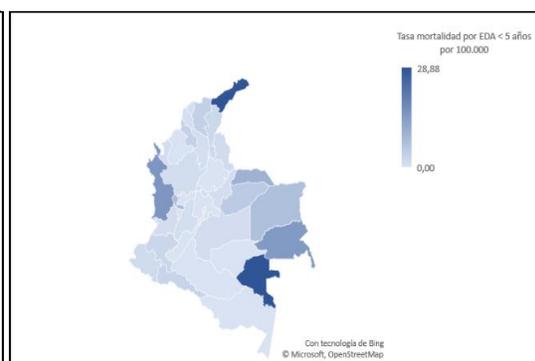
Las entidades territoriales en donde más casos se notificaron fueron: La guajira (n=32), Chocó (n=9), Antioquia (n=6), Magdalena (n=5) y Risaralda (n=5), si lo observamos por tasa por cada 100.000 menores de cinco años, las entidades territoriales con la mayor tasa son Vaupés (n=28,8), La guajira (n=28,74), Chocó (n=15,61), Guainía (n=14,87) y Arauca (n=9,91) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Mapa 53. Casos de mortalidad por EDA por entidad territorial de residencia, Colombia 2022*.



Mapa 52. Tasa de mortalidad por EDA, por entidad territorial de residencia, Colombia 2022*.



Nota. Los mapas muestran la distribución de los casos notificados y tasas de mortalidad EDA.

Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Los departamentos de La Guajira y Chocó no solamente aportaron el mayor número de casos de mortalidad por EDA en el 2022, también presentan las mayores tasas a nivel nacional, estos departamentos se caracterizan por tener unas características estructurales que determinan la mortalidad infantil, estos son (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023):

- La Guajira: presentó la tercera prevalencia a nivel nacional de desnutrición aguda durante 2021, es el quinto departamento con menor cobertura de acueducto a nivel rural.
- Chocó: presentó la sexta prevalencia a nivel nacional de desnutrición aguda durante 2021, es el sexto departamento con menor cobertura de acueducto a nivel rural y segundo a nivel urbano.
- Vaupés: presentó la segunda prevalencia a nivel nacional de desnutrición aguda durante 2021, es el departamento con menor cobertura de acueducto a nivel rural, además es el segundo departamento con menor producto interno bruto por habitante (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Además de las condiciones estructurales de las entidades territoriales, existen determinantes intermedios relacionados con las muertes por EDA en 2022, entre estos los más relevantes son (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023):

- **Atención en salud:** El 69,5% (n=65) de los menores murieron en un centro de salud (n=4) o en un hospital (n=61), es decir, recibieron algún tipo de asistencia médica, la diarrea llega a ser mortal en el momento que genera una deshidratación severa, su tratamiento no requiere de un alto nivel de complejidad, por esta razón, se debe reconocer de manera temprana los de los signos y síntomas de esta, y realizar la atención de manera oportuna y temprana.
- **Área de residencia y características de las madres:** El 48% (n=45) del total de mortalidades, se presentaron zonas rurales, de estos, el 57% (n=26) eran menores de un año cuyas madres tenían un promedio de edad de 24 años, de estos, el 26% (n=7) ocurrieron fuera de un servicio de salud. De los 19 casos ocurridos en zona rural de menores entre 1 y 4 años cuyas madres tenían un promedio de edad de 30 años, el 52% (n=10) ocurrieron fuera de un servicio de salud.

De los 34 casos ocurridos de menores que residían en centros urbanos, el 73% (n=25) eran menores de un año cuyas madres tenían un promedio de edad de 25 años, de estos, el 12% (n=3) ocurrieron fuera de un servicio de salud. De los 9 casos ocurridos en centros urbanos de menores entre 1 y 4 años cuyas madres tenían un promedio de edad de 26 años, el 30% (n=3) ocurrieron fuera de un servicio de salud. El 17% (n=16) de las madres culminaron la educación básica secundaria, 4 madres culminaron la básica primaria y el 47% (n=44) no tenían ningún nivel educativo.

- **Características del territorio:** Las 93 muertes se presentaron en 51 municipios, el 54% son municipios categoría 6, 3% (n=2) categoría 5, 19% (n=10) categoría 4, 6% (n=3) categoría 3, 1 municipio categoría 2, 5 municipios categoría 1 y 2 municipios especiales (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Los municipios con más casos de mortalidad por EDA son: Uribia en La guajira (19 casos), Manaure en La guajira (7 casos), Pueblo rico en Risaralda (4 casos), Istmina en Chocó (3 casos), Maicao en La guajira (3 casos) y Turbo en Antioquia (3 casos), las principales



características de estos territorios son (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023):

- Uribia: en este municipio, las lluvias oscilan alrededor de los 300 mm al año, originando sequía estacional durante gran parte del año, durante el 2022 en octubre y noviembre se presentaron precipitaciones de 154,5 mm y 144,8 mm (IDEAM, 2023), generando inundaciones y emergencias sanitarias²⁰, durante estos meses se presentaron 5 muertes por EDA.
- Manaure: está ubicado en la media guajira tiene una extensión aproximada de 1,643 kilómetros, todas las mortalidades se presentaron en el último trimestre del año en el área rural del municipio.
- Pueblo rico: las temperaturas oscilan entre 15 y 23 grados centígrados, en los meses de abril, marzo, octubre y noviembre de 2022 presentaron temporada de lluvias, durante estos meses se presentaron el 50% de los casos de mortalidad por EDA, todas las mortalidades presentadas en el municipio eran de menores pertenecientes a la comunidad Emberá (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Características individuales

El 59% (n=55) de los menores pertenecían a una comunidad indígena entre los que se encuentran: Wayuu (n=30), Embera Chami (n=5), Embera (n=4), Embera Katio (n=3), entre otros. El 60% presentó una falla multisistémica generada por una deshidratación severa, lo que le generó la muerte, 12 menores presentaban en el momento de su fallecimiento un diagnóstico asociado a la desnutrición. Se requiere un análisis de mayor profundidad para conocer la principal causa de muerte de los menores (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

²⁰ <https://www.radionacional.co/noticias-colombia/uribia-la-quajira-afectados-por-lluvias-temporada-invernal>.



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” (García Rosique, 2010). 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 anualmente (The United Nations Children’s Fund UNICEF & World Health Organization WHO, 2006). 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 población (Secretaría Distrital de Bogotá).

La infección respiratoria aguda (IRA) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Se estima que, en 2019 murieron 5,2 millones de niños menores de cinco años, en su mayoría por causas evitables y tratables. Las defunciones de 1 a 11 meses de edad representaron 1,5 millones de muertes, mientras que las de los niños de 1 a 4 años ascendieron a 1,3 millones (OPS, 2019). Las principales causas de defunción en los niños menores de cinco años son las complicaciones del parto prematuro, la asfixia o traumatismos durante el parto, la neumonía, las anomalías congénitas, la diarrea y el paludismo, todas ellas prevenibles o tratables mediante intervenciones sencillas y asequibles, por ejemplo, la inmunización, la nutrición adecuada, el agua potable, los alimentos inocuos y la atención de calidad por los prestadores de servicios de salud cuando sea necesario (Organización Mundial de la Salud, 2020) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

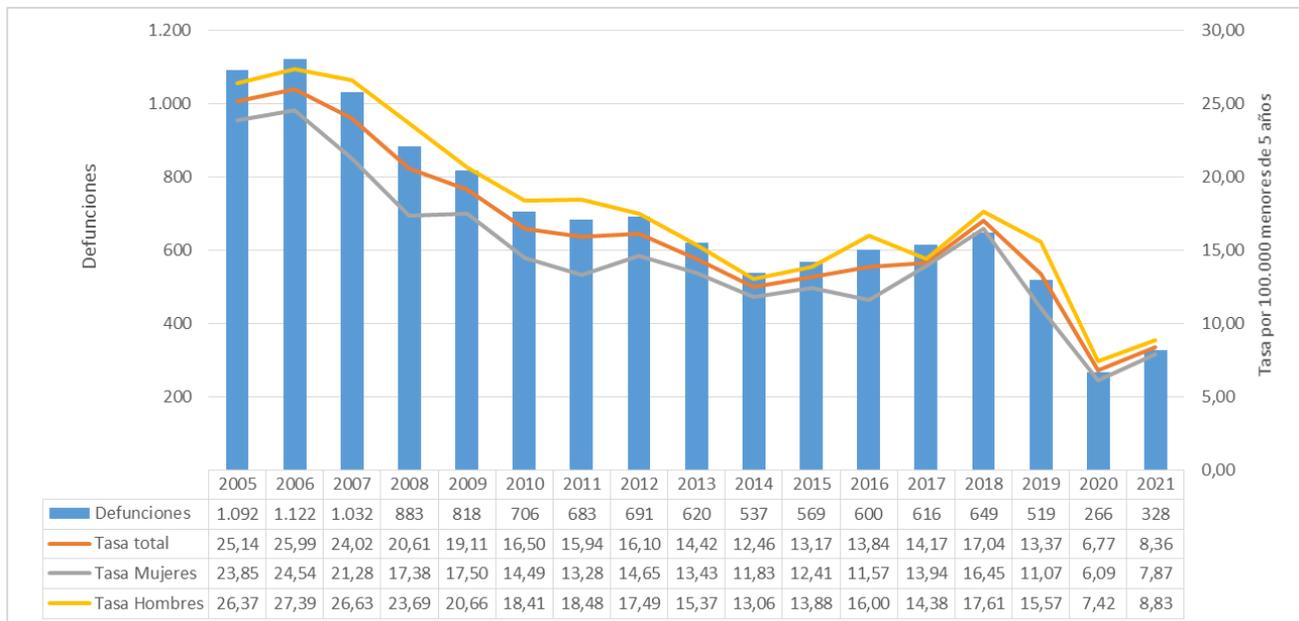
Según datos oficiales de los registros administrativos de las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas -DANE, para el año 2021 en Colombia se confirmaron 328 muertes por Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años, el 53,9% fue en sexo masculino, el 75,9% corresponde a menores de un año, el 19% se reconocía como población indígena, el 69,8% presentaba afiliación en salud al



régimen subsidiado, el 60% residían en la cabecera municipal y el 35 % de las madres de estos menores no tenían escolaridad (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Entre 2005 y 2021 se registró un promedio anual de 690 muertes en menores de cinco años atribuidas a IRA con tendencia anual a la reducción; aunque las tasas siguieron la misma tendencia en hombres y en mujeres, su comportamiento variante hizo que la brecha se mantuviera con tasas más altas en hombres que en mujeres, de 0, 4 a 6,31 muertes más por cada 100.000 nacidos vivos en el sexo masculino, para 2021 con una tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años de 8,36 muertes por 100.000 menores de 5 años; un aumento de 1.59 muertes más que el año inmediatamente anterior (Gráfico 147).

Gráfico 147. Tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años, 2005-2021

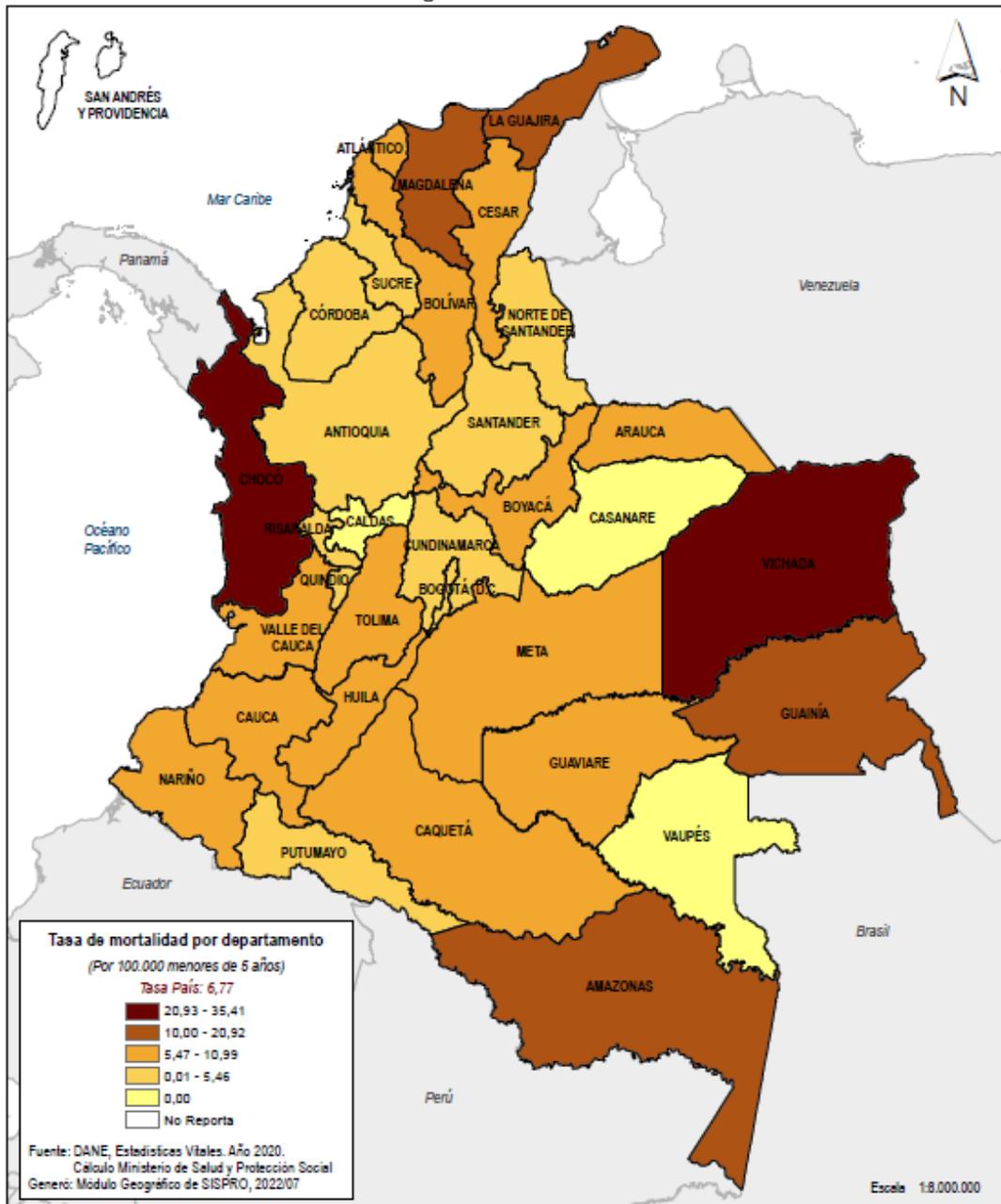


Fuente: elaboración a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo 2023

Para 2020 la tasa más alta de mortalidad por IRA en menores de cinco años en el país se presentó en Chocó, donde ocurrieron 35,41 muertes por cada 100.000 menores de esta edad, seguido de Vichada, Amazonas, La Guajira, Guainía, Magdalena, Tolima, Guaviare, Boyacá y Bolívar registraron tasas por encima del valor nacional (Mapa 54).



Mapa 54. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por infección respiratoria aguda. Año 2020



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Año 2020. Cálculo MSPS. Módulo Geográfico de SISPRO. Consultado en Indicadores Básicos de Salud 2022

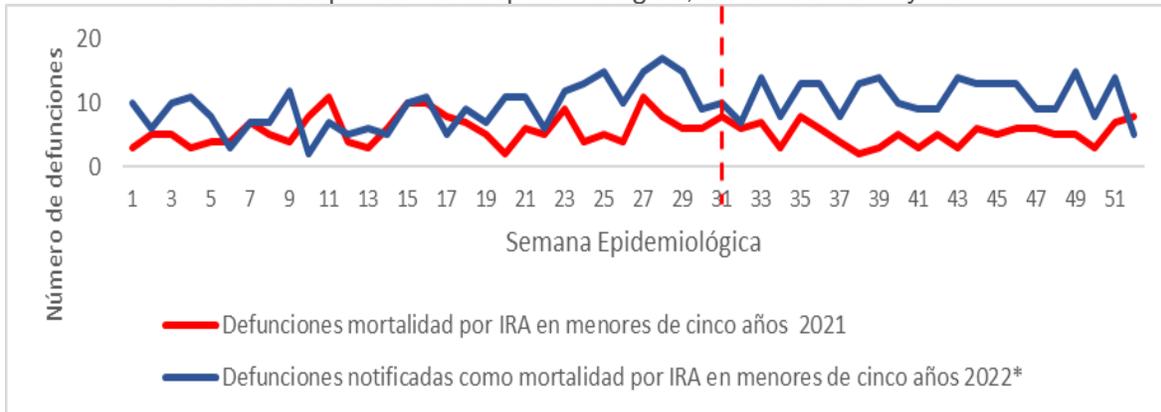


De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Salud el 9,2 % (27) de las muertes por Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años se confirmaron por laboratorio, identificando, 13 casos con resultado positivo para COVID-19, 11 para Virus Sincitial Respiratorio (VRS), los tres casos restantes corresponden a casos positivos para rinovirus, parainfluenza, S. pneumoniae con un caso por cada agente (INS, 2021). La situación epidemiológica para el año 2022 (preliminar) en cuanto al comportamiento del evento, de acuerdo con la información preliminar un total de 714 muertes probables por Infección Respiratoria Aguda IRA, de las cuales se han confirmado 313, descartado 212 y se encuentran en estudio 189, observándose un incremento del 7,19% con respecto al año inmediatamente anterior, es importante resaltar que aún se encuentran en estudio 189 casos y este incremento podría tener una variación (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

De acuerdo a los registros del sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA- La tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años en Colombia para el año 2022* ha presentado un incremento con respecto al año 2021 pasando de una tasa de 7,4 muertes por cada 100.000 menores de cinco años confirmadas en el SIVIGILA a una tasa de 13,22 muertes por cada 100.000 menores de cinco años este último cálculo es un dato preliminar basado en el comportamiento de la notificación por entidad territorial. El comportamiento de casos por semana epidemiológica muestra que a partir de la semana 23 la notificación se encontró por encima los casos confirmados para el evento en 2021. El promedio de casos notificados entre la semana epidemiológica 1 a la 31 de 2022 fue de 9 casos y para las semanas epidemiológicas de la 32 a la 52 fue de 11 casos (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Gráfico 148. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años por semana epidemiológica, Colombia 2021 y 2022*.



Nota. La figura muestra la distribución de los casos de mortalidad por IRA en menores de cinco años por semana epidemiológica para los años 2021 y 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2021 y base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Con respecto a la edad, se observa que la mayor proporción de notificados para el evento mortalidad por IRA en menores de cinco años se presenta en los menores de un año específicamente con un 56% de acuerdo con la información registrada en el SIVIGILA. Por otra parte, se encontró un aspecto importante con respecto a la edad de la madre, evidenciando que el 15% son madres menores de 20 años y la mayor proporción de muertes notificadas se concentra en madres de 20 a 29 años con un 54% (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Tabla 42. Proporción casos Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda IRA por edad de la madre, Colombia 2022*.

Decenios	Proporción
10 - 14 años	1%
15 a 19 años	14%
20 a 24 años	30%
25 a 29 años	24%
30 a 34 años	17%
35 a 39 años	10%



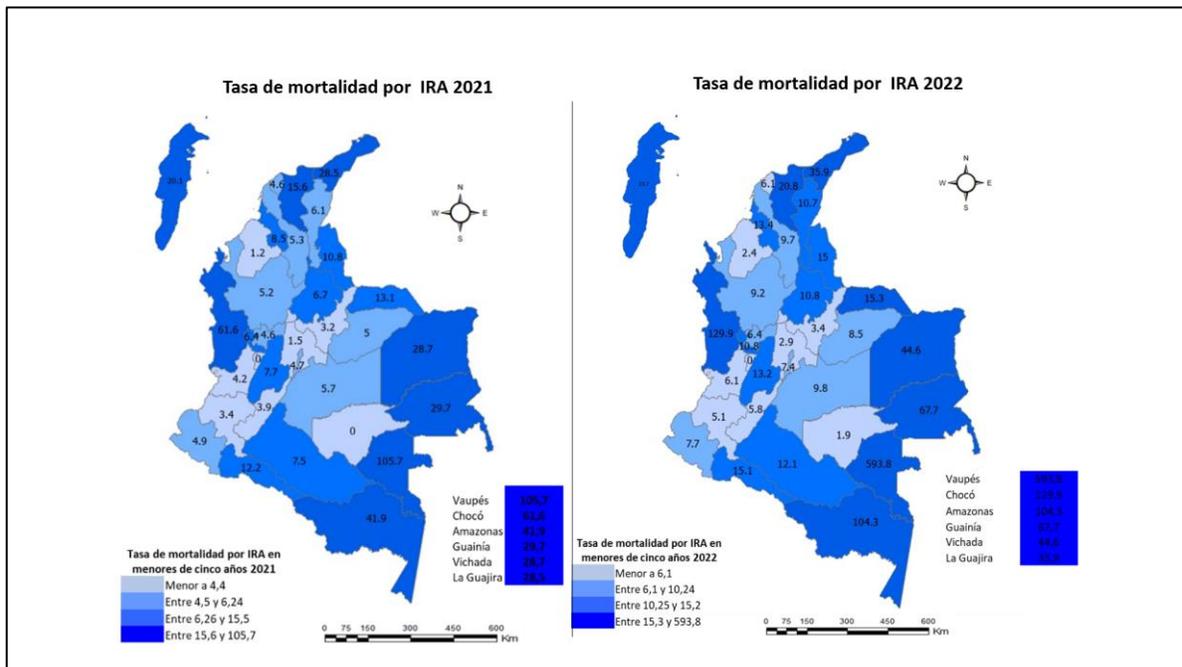
Decenios	Proporción
40 a 49 años	4%
50 a 59 años	0,2%

Nota. La tabla muestra la distribución de los casos de mortalidad por IRA en menores de cinco años por edad de la madre para el año 2022. Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Es importante resaltar que seis entidades territoriales contaron con las tasas de incidencia más altas tanto para el año 2021 como el año 2022* (Vaupés, Amazonas, Chocó, La Guajira, Guainía, Vichada) lo cual coincide con la ocurrencia de otros eventos de interés en Salud Pública en estas entidades territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Mapa 55. Tasas de por Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años por entidad territorial, Colombia 2021 y 2022*.



Nota. La tabla muestra las tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años por edad de la madre para el año 2022. Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2021 y 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.



La estimación de la desigualdad teniendo en cuenta el porcentaje de hacinamiento, mostró que las tasas de mortalidad en el grupo de departamentos con menor porcentaje de hacinamiento quintil 5 (mejor condición) fue de 6,1 muertes por 100.000 menores de cinco años , mientras que este indicador en el grupo de peor condición fue de 14,2 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, En este sentido, los departamentos que se ubican con la peor condición de hacinamiento son Vichada, Magdalena, Vaupés, Guaviare, Amazonas, Córdoba y Arauca que tienen 2,33 veces más riesgo de presentar muertes en menores de cinco años por causa de enfermedades respiratorias según el porcentaje de hacinamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

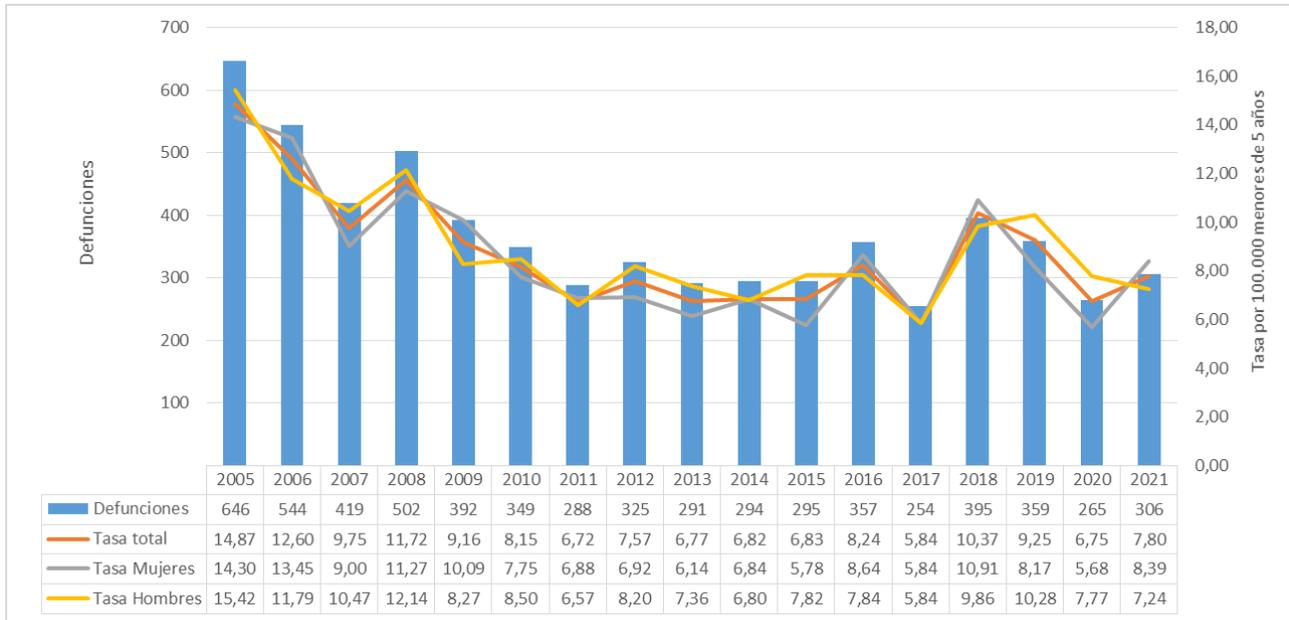
Según lo mencionado anteriormente, las desigualdades pueden asociarse a la zona de residencia urbana o rural, en el análisis de desigualdades se describe un peor estado de salud para quienes viven en el área rural, así como mayores barreras geográficas y económicas para el acceso a servicios. La estimación de la desigualdad teniendo en cuenta la tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años en el 2020 por departamento y el área de residencia (rural disperso – centro poblado) para el mismo año, mostró una menor tasa de mortalidad en el grupo de departamentos ubicados en el Q5 (mejor condición) con una tasa de 9 muertes por 100.000 menores de cinco años, mientras que para el Q1 (peor condición) con un mayor porcentaje de casos ubicados en zonas rural disperso o centro poblado es de 20,32 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. En este sentido, los departamentos que se ubican en el Q1 son Risaralda, Vichada, Vaupés, Amazonas, Cauca, Guainía, 2,2 veces más riesgo de presentar muertes en menores de cinco años por causa de enfermedades respiratorias (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años

Durante el periodo 2005 a 2021 se produjeron 6.281 muertes por desnutrición en menores de cinco años, para un promedio de 369 muertes anuales; el comportamiento de las tasas ha tendido al descenso, pasando de 14,87 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en 2005 a 7,80 en 2021; para el último año se presentaron 1,16 casos más de mortalidad en mujeres que en hombres (Gráfico 149).



Gráfico 149. Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, 2005-2021

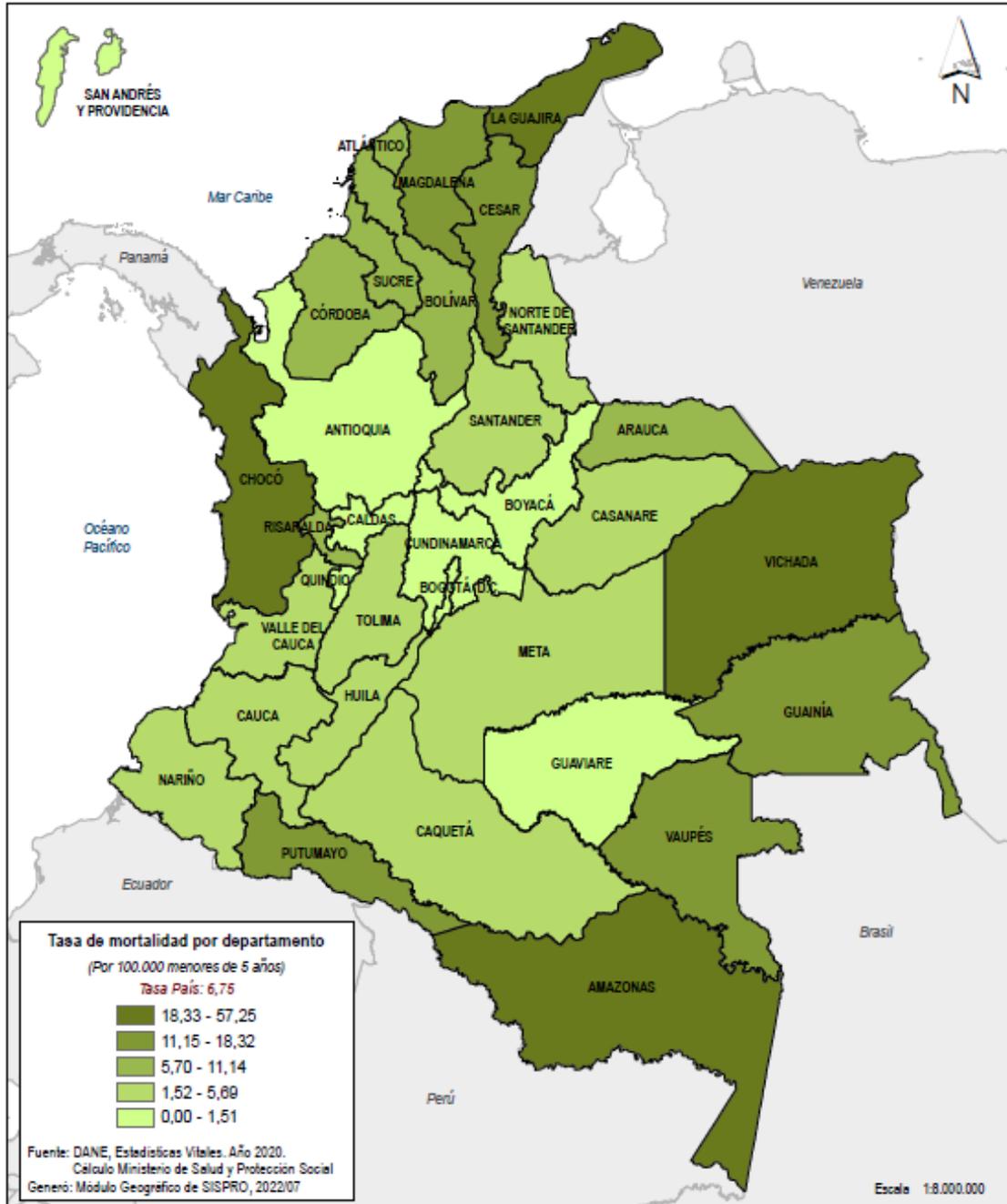


Fuente: elaboración a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo 2023

Al observar por departamentos en el año 2020 las tasas de mortalidad por desnutrición de los departamentos de Vichada, La Guajira, Chocó, Amazonas y Putumayo presentaron las tasas más elevadas de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (Mapa 63).



Mapa 56. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Año 2020

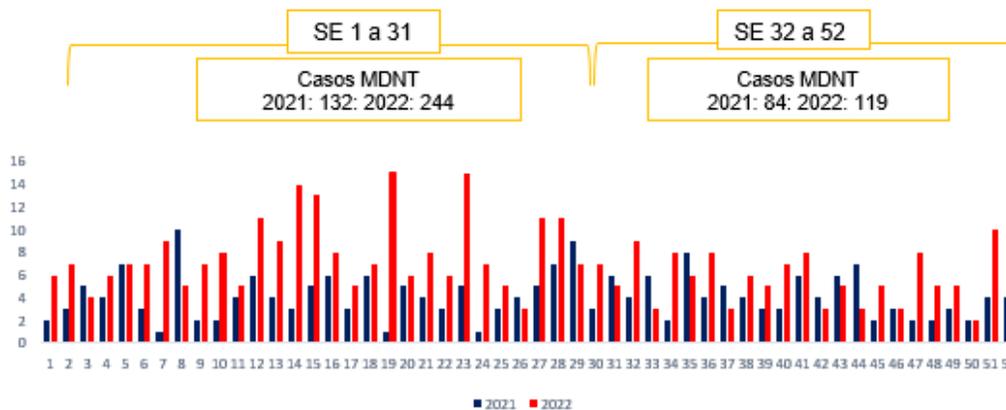


Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Año 2020. Cálculo MSPS. Módulo Geográfico de SISPRO. Consultado en Indicadores Básicos de Salud 2022



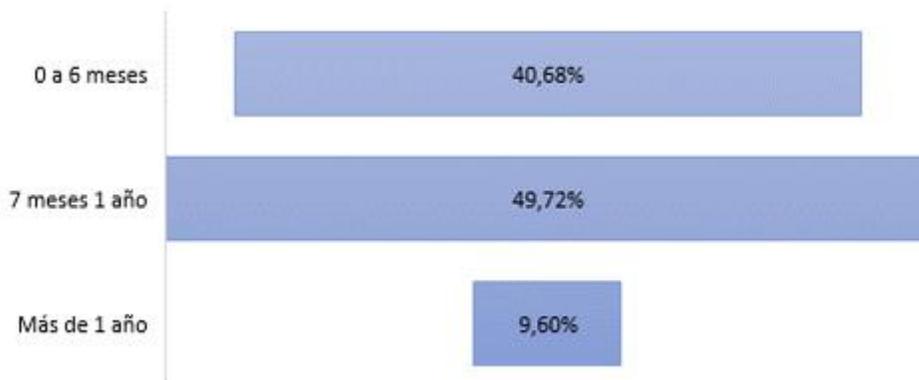
De acuerdo con la información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), de manera preliminar en Colombia en 2021 se notificaron 216 casos y en 2022 un total de 345 casos de mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años. El 90,40% de los casos de MDNT en menores de 5 años en Colombia en 2022 ocurrió en niñas y niños menores de 1 año (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Gráfico 150. Casos de mortalidad por desnutrición en menores de cinco, según semana epidemiológica, Colombia 2021 y 2022*.



Nota. La figura muestra la distribución de los casos de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años por semana epidemiológica para los años 2021 y 2022. Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2021 y base de datos 2022*. *Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Gráfico 151. Casos de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, según edad, Colombia 2022*.

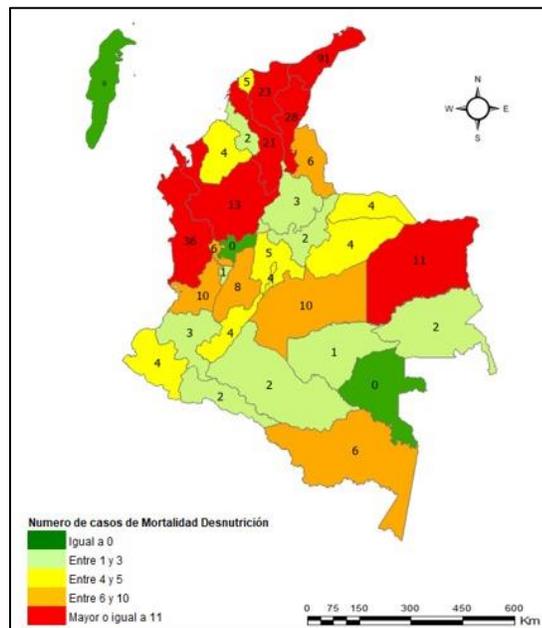


Nota. La figura muestra la distribución de los casos de mortalidad desnutrición en menores de cinco años por edad para el año 2022. Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2022*. *Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.



La distribución de casos de mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años en los departamentos de Colombia para 2022 evidencia que los departamentos que presentaron mayor ocurrencia de casos fueron: La Guajira (n=91), Chocó (n=36), Cesar (n=28), Magdalena (n=23) y Bolívar (n=21). Por su parte, los departamentos que presentaron menor ocurrencia de casos de MDNT en menores de 5 años para el año 2022 fueron: Quindío (1), Guaviare (n=1), Putumayo (n=2), Caquetá (n=2), Sucre (n=2) y Boyacá (2) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Mapa 57. Distribución de casos de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años por entidad territorial, Colombia, 2022*.



Nota. El mapa muestra la distribución de los casos de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años por entidad territorial para el año 2022.

Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, base de datos 2022*.

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

La estimación de la desigualdad de acuerdo con el IPM de 2021 mostró que las tasas de mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años en los departamentos con menor IPM quintil 1 (mejor condición) fue de 2,5 muertes por 100.000 menores de 5 años, mientras que este indicador en el grupo de peor condición (IPM más altos) fue de 41,1 muertes por cada 100.000 menores de 5 años. El grupo de departamentos que se ubican



con mayor Índice de Pobreza Multidimensional son: Vichada, Guainía, La Guajira, Chocó, Magdalena y Guaviare; y tienen 3,5 veces más riesgo de presentar muertes por y asociada a desnutrición aguda, moderada y severa en menores de cinco años. Lo anterior indica que las dimensiones y condiciones relacionadas con la pobreza multidimensional favorece la mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Mortalidad Eventos de notificación obligatoria

Letalidad

Durante el periodo comprendido entre 2007 y 2020, no se notificaron casos de cólera, ébola, difteria, encefalitis, parálisis flácida, rotavirus ni rubeola congénita.

En el 2019, las tasas de letalidad más altas se presentaron por Chagas, leishmaniasis visceral, leptospirosis y meningitis, al revisar el evento que presentó un mayor aumento en la tasa de letalidad (Leptospirosis 53,85) se identifica que este aumento con respecto al año 2018 (6,17) está asociado a la disminución en la notificación al SIVIGILA para el evento en el año 2019, ya que se reportaron al Sistema de Vigilancia Nacional 91 casos y se presentaron 49 mortalidades, mientras que para el año 2018 se notificaron 567 casos y se presentaron 35 mortalidades; así mismo dentro de las tasas de incidencia las más altas fueron dengue y dengue grave, sin embargo la letalidad para este evento en el año 2019 fue menor respecto al 2018. (Tabla 43)

Tabla 43. Letalidad por eventos de notificación obligatoria, 2007-2019

Causa de muerte	2019	2020	Comportamiento																	
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020				
Letalidades																				
Letalidad de accidente ofídico	0,71	1,39	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Letalidad de chagas	79,23	187,83	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗
Letalidad de dengue	0,19	0,13	↗	↘	↘	↘	↗	↘	-	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗
Letalidad de Dengue grave	6,22	0,46	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗
Letalidad de fiebre tifoidea y paratifoidea	0,70	1,92	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗



Causa de muerte	2019	2020	Comportamiento													
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Letalidad de hepatitis A	0,14	0,30	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Letalidad de hepatitis B, C y confección B-D	0,39	0,16	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Letalidad de hipotiroidismo congénito	1,54	0,00	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	-	-	↗	↘	↘
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,27	0,42	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	25,32	38,81	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗
Letalidad de intoxicaciones	1,47	1,21	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Letalidad de leishmaniasis	0,08	0,05	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	-	↗	-	↘	↘
Letalidad de leishmaniasis cutánea	0,03	0,00	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	-	↘	↗	↗	↗	↘	↘
Letalidad de leishmaniasis mucosa	0,57	3,39	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	-	-	-	-	↗
Letalidad de leishmaniasis visceral	20,00	12,50	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Letalidad de Lepra	2,27	0,46	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Letalidad de leptospirosis	53,85	100,00	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗
Letalidad de Malaria	0,02	0,04	↗	↘	↘	↘	↗	-	↘	↗	↗	-	↘	↘	↘	↗
Letalidad de malaria asociada	1,19	2,24	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗
Letalidad de malaria falciparum	0,01	0,01	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	-	↗	↘	-	↘	-
Letalidad de Meningitis Neisseriameningitidis (Nm)	6,03	11,54	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗
Letalidad de Meningitis por Haemophilus influenzae - Hi	9,30	11,76	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗
Letalidad de Meningitis Streptococpneumoniae (Spn)	4,80	4,23	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Letalidad de meningitis tuberculosa	13,33	8,78	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Letalidad de parotiditis	0,01	0,04	↗	↘	-	-	-	↗	↘	-	↘	-	-	↗	-	↗
Letalidad de sífilis congénita	2,00	1,47	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Letalidad de tétanos accidental	34,29	52,00	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Letalidad de tétanos Neonatal	51,36	50,00	↗	-	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	6,70	8,21	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗
Letalidad de Tuberculosis farmacorresistente	13,90	9,78	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘
Letalidad de tuberculosis pulmonar	7,74	8,76	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Letalidad de Varicela	0,03	0,08	↗	↘	↘	↘	↗	↘	-	↘	-	↘	↗	↗	↘	↗
Tasas de incidencia PDSP																
Tasa de incidencia de dengue	430,22	261,17	-	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘



Causa de muerte	2019	2020	Comportamiento													
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tasa de incidencia de dengue grave	9,74	3,03	-	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de leptospirosis	0,18	0,06	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de Chagas	0,50	0,22	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,41	2,80	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: Indicadores de Letalidades e Indicadores de Incidencias dispuestos en <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis2/>
Consultado en la bodega de datos del SISPRO en febrero 2023

Mortalidad por dengue

De acuerdo a los datos de SIVIGILA, en Colombia a semana 52 de 2022 (preliminar) se notificaron 248 muertes probables por dengue, de las que se han confirmado 48 muertes procedentes de: Cesar con 14 casos; La Guajira con 6 casos; Bolívar con 5 casos; Atlántico, Córdoba, Magdalena y Sucre, con 3 casos cada uno; Meta y Santander, con 2 casos cada uno; Barranquilla, Cali, Casanare, Norte de Santander, Putumayo, Tolima y Exterior con 1 caso cada uno. Se descartaron 128 casos y se encuentran en estudio 72 muertes procedentes de: La Guajira con 9 casos; Antioquia, Barranquilla y Cartagena, con 6 casos cada uno; Meta con 4 casos; Bolívar, Casanare, Cesar, Córdoba, Huila y Santander, con 3 casos cada uno; Arauca, Buenaventura, Cali, Norte de Santander y Sucre, con 2 casos cada uno; Amazonas, Atlántico, Caquetá, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Nariño, Quindío, Santa Marta, Tolima y Valle del Cauca, con un caso cada uno (Instituto Nacional de Salud, 2022) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Para el estudio de los casos notificados de mortalidad se realizan unidades de análisis en los que se realizan tableros de problemas que generan un insumo para la identificación de situaciones o problemáticas que llevaron a la aparición o desenlace fatal del dengue, mediante el abordaje integral de las acciones empleadas desde el momento del diagnóstico hasta su condición final, permitiendo reconocer oportunidades de mejora y establecer estrategias del fortalecimiento de las políticas públicas en salud en cada uno de los territorios (Instituto Nacional de Salud, 2022). En relación con los problemas identificados



de SE 1 a 24 de 2022, el mayor número de problemas identificados en los casos de mortalidad por dengue corresponden a factores de conocimientos actitudes y prácticas en salud (23%) y de prestación de servicios individuales (17%) (Instituto Nacional de Salud, 2022) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Tabla 44. Factores problema relacionados con la mortalidad por dengue, Colombia semana epidemiológica 1-24 2022*

Factores problemas	Problemas SE 1-24	%
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud	51	23%
Prestación de servicios individuales 18 38	38	17%
Factores sociales y económicos asociados a situaciones de pobreza y desigualdad	28	13%
Vigilancia en salud pública	26	12%
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud	18	8%
Gobernanza	16	7%
Prestación de servicios colectivos	12	5%
Vulnerabilidad	11	5%
Gestión del aseguramiento	9	4%
Procesos de gestión del talento humano	8	4%
Inspección, vigilancia y control	5	2%
Barreras para el acceso a los servicios de salud	2	1%
Total	224	100%

Nota. La tabla muestra los factores relacionados con la mortalidad por dengue en Colombia para 2022.

Fuente: Tablero de problemas unidades de análisis de mortalidad, INS, SE 1 a 24 de 2022*

*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

Mortalidad por Malaria

De acuerdo a los datos de SIVIGILA, frente a la mortalidad por malaria a semana epidemiológica 52 se confirman 15 muertes con una tasa de mortalidad para el país de 0,14 muertes por cada 100.000 habitantes. Los casos de muerte confirmada por procedencia son: 3 de Risaralda (Pueblo Rico, La Virginia y Pereira), 3 de Nariño (Tumaco, Olaya Herrera y Santa Barbara), 2 de Tierralta en Córdoba, 2 de Chocó (Bagadó y Alto Baudó), 1



de Antioquia (Zaragoza), 1 de Cali, 1 de Guaviare (Retorno), 1 Guainía (Inírida) y una procedente del Exterior (Nigeria - África) notificada por Bogotá (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

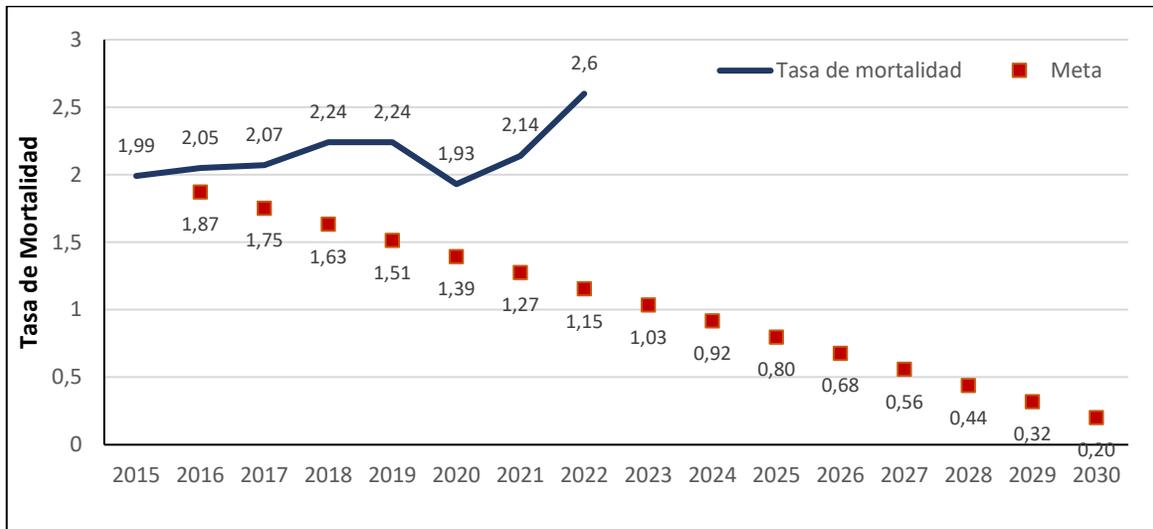
Mortalidad por Tuberculosis

De acuerdo a los datos de SIVIGILA, el comportamiento de la mortalidad por TB en Colombia muestra en la tendencia, que a partir del año 2015 al 2019 la tendencia fue creciente. En el año 2020 se presentó una disminución inusual de la tasa de mortalidad con 1,93 casos por cada 100.000 habitantes, debido a la baja detección de casos por la pandemia, donde se observa un aumento significativo para el año 2022 (preliminar), con una tasa de 2,14 casos por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Acorde a las metas previstas, la tasa de mortalidad para el año 2022, debería haber presentado una reducción en un 35% comparado con la del año 2015, es decir a menos de 1,2 muertes por 100.000 habitantes. Para el año 2022 se reportó una tendencia al incremento de la tasa de mortalidad con 2,6 casos por cada 100.000 habitantes, de acuerdo con los datos preliminares (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Gráfico 152. Tasa de mortalidad por tuberculosis, Colombia 2004 al 2022*



Nota. La figura muestra la tasa de mortalidad por tuberculosis en Colombia para el año 2004 al 2022.
Fuente: Instituto Nacional de Salud - SIVIGILA, base de datos 2022* y DANE Base de Estadísticas Vitales 2005 al 2021.
*Los datos 2022 corresponden a información preliminar sujeta a cambios, de acuerdo con los ajustes de la notificación por parte del Instituto Nacional de Salud.

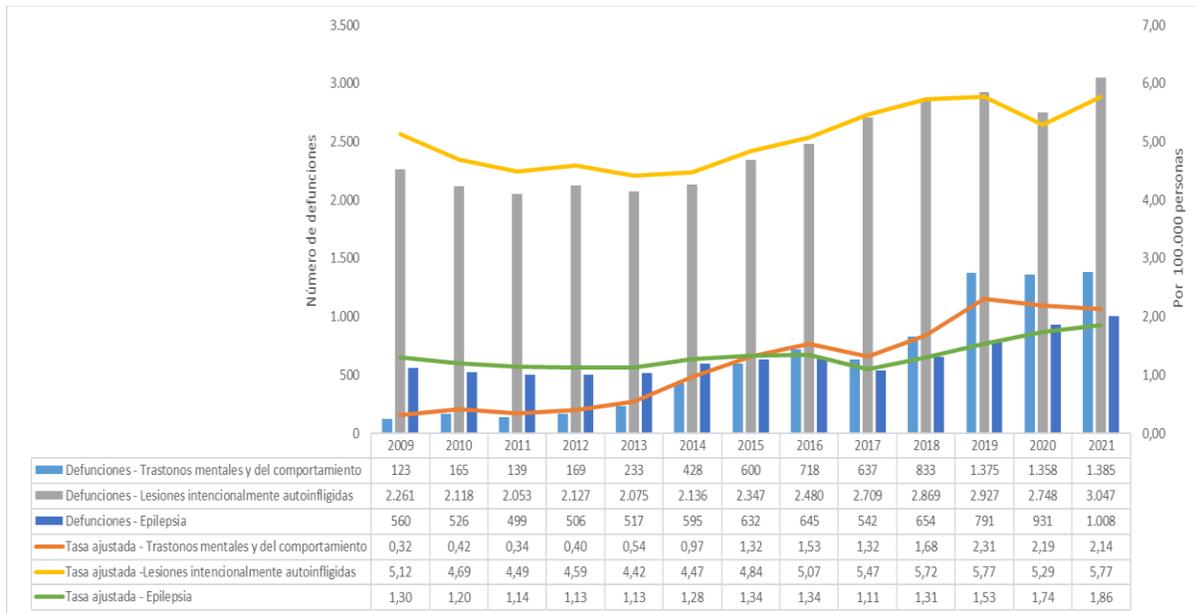
Dentro de las mortalidades registradas para el evento, se presentaron 20 casos en los grupos de edad menores de 15 años, siendo el departamento del Meta con el mayor registro aportando tres muertes, seguido del distrito de Bogotá con dos mortalidades. El 30% de estas mortalidades procedían de áreas rurales, el 70% con un estrato social menor a tres. Es importante resaltar que los casos con afecciones que debilitan el sistema inmunitario conllevan a un alto riesgo de mortalidad, donde se observó que el 80% (n=16) de la mortalidad en menores de 15 años presentaron desnutrición y de ellos el 70% registraron grado de desnutrición grave (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Mortalidad relacionada con salud mental

Durante el periodo 2005 a 2021 se produjeron 19.784 muertes relacionadas con la salud mental, de ellas 10.848 fallecidos con epilepsia, 8.403 con trastornos mentales y del comportamiento, y 533 debidos al uso de Sustancias Psicoactivas (SPA). La tendencia en las muertes muestra incremento continuo pasando de 637 en 2005 a 2.537 en 2021 (Gráfico 153).



Gráfico 153. Mortalidad por trastornos mentales, uso de SPA y epilepsia, 2005-2021



Fuente: elaboración a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en febrero 2023

En cuanto al comportamiento por sexo durante el periodo 2005-2021 por cada muerte por trastornos mentales en hombres se presentó una en mujeres (razón 1:1), sin embargo, entre 2005 y 2014 las mujeres aportaron cada año entre el 40 y 45% de las defunciones y los hombres entre el 55 y 60%; de allí en adelante se observa un incremento en el registro de las muertes femeninas por estas causas, igualando y en algunos años superando a las registradas en los hombres. El incremento de las muertes por uso de SPA en 2019 esta entre 3 y 142 veces más que los valores mayores (142) y menor (2) registrados en el resto del periodo, respectivamente.

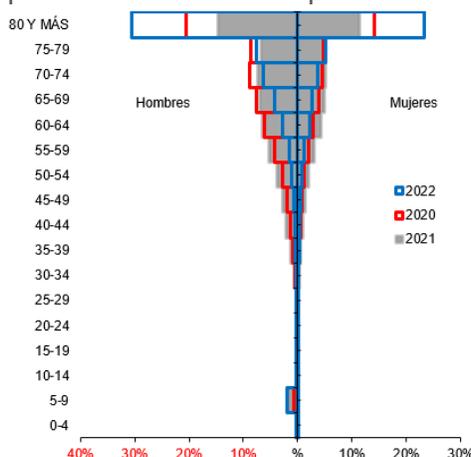
Mortalidad por COVID-19

Los casos de fallecidos por COVID-19 entre el año 2020 y el año 2022 fueron 142.324, presentándose mayor mortalidad en hombres y en mayores de 50 años; el año de mayor mortalidad por este evento fue el año 2021. La mortalidad tiene alta concentración en la población de 80 años y más, es necesario resaltar que, además de este grupo también hay



fallecimientos importantes en personas de ambos sexos en edades productivas, principalmente a partir de los 45 años, lo que podría tener un efecto considerable en el comportamiento demográfico y socioeconómico del país, tanto presente como futuro, e implica que se deben adoptar intervenciones en salud en grupos poblacionales específicos, como por ejemplo los enfocados al cuidado de la población mayor (Gráfico 154).

Gráfico 154. Pirámide poblacional mortalidad por Covid -19, Colombia 2020-2021



Fuente: Datos disponibles en Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Cubo COVID-19 Confirmados. Consultado en febrero de 2023.

Tabla 45. Distribución de casos de mortalidad por Covid-19, grupo de edad y sexo. Colombia, 2020-2022

Grupo de edad	Año					
	2020		2021		2022	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	28.659	15.643	52.012	33.749	7.204	5.029
0-4	21	17	22	22	20	15
5-9	314	6	1.513	6	240	6
10-14	8	6	7	15	9	10
15-19	14	7	32	24	13	6
20-24	47	42	80	77	18	22
25-29	94	71	236	176	36	26
30-34	194	100	597	338	47	29
35-39	360	166	1.126	486	54	30
40-44	611	228	1.845	882	63	48
45-49	846	313	2.420	1.169	87	73
50-54	1.256	508	3.337	1.703	126	95
55-59	1.910	868	4.498	2.704	188	146
60-64	2.686	1.232	5.604	3.722	345	271
65-69	3.402	1.748	5.949	4.196	532	330
70-74	3.923	1.980	6.284	4.357	765	453
75-79	3.831	2.093	5.866	4.071	923	618
80 Y MÁS	9.142	6.258	12.596	9.801	3.738	2.851

Fuente: Datos disponibles en Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Cubo COVID-19 Confirmados. Consultado en febrero de 2023



Al observar los valores de los índices demográficos (Tabla 46), calculados a partir de los mismos datos utilizados para la construcción de la pirámide, se aprecian otros efectos del impacto por la mortalidad por COVID-19 así:

- En Colombia para el año 2020, por cada 183 hombres fallecidos por COVID – 19, hubo 100 mujeres fallecidas por la misma causa; mientras que en 2021 esta razón disminuyó, estimándose que por cada 154 hombres fallecidos por COVID – 19 murieron 100 mujeres.
- Frente al comportamiento del índice de vejez a nivel nacional, para el año 2020, 73 de las muertes por COVID-19 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el 2021 en este grupo poblacional, la mortalidad bajó a 62 por cada 100.
- En relación al índice de Friz (que representa el porcentaje de mortalidades en menores de 20 años con respecto a las defunciones presentadas en la población con edades entre los 30 y los 49 años) los valores registrados confirman que la población en donde predominantemente se presentaron las muertes por COVID-19 es la población más envejecida.

Tabla 46. Índices demográficos de mortalidad por COVID-19, Colombia 2020 - 2021

Índice Demográfico	Año		
	2020	2021	2022
Poblacion total	44.302	85.761	12.233
Poblacion Masculina	28.659	52.012	7.204
Poblacion femenina	15.643	33.749	5.029
Relación hombres:mujer	183,21	154,11	143
Razón niños:mujer	4	1	15
Indice de infancia	1	2	2
Indice de juventud	1	1	1
Indice de vejez	73	62	83
Indice de envejecimiento	8703	3351	3403
Indice demografico de dependenci	283,47	176,15	609,98
Indice de dependencia infantil	3,22	5,10	17,41
Indice de dependencia mayores	280,25	171,05	592,57
Indice de Friz	13,95	18,52	74,01

Fuente: Datos disponibles en Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Cubo COVID-19 Confirmados. Consultado en febrero de 2023



En cuando a los perfiles de riesgo más frecuentes para la mortalidad por Covid-19, para 2020 a 2022, el principal es tener una enfermedad de alto costo (42%), seguido por la hipertensión (38%) y la diabetes (16%) (Tabla 47).

Tabla 47. Comorbilidades asociadas a la mortalidad por COVID – 19, Colombia 2020–2021

Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad País	
	Años 2020 a 2022	Proporción
Artritis	1.273	1%
CAC	64.710	42%
Cáncer	3.506	2%
Diabetes	25.191	16%
Hipertensión	57.812	38%
Registro PEH	467	0%
VIH	474	0%
Total	153.433	100%

Fuente: Datos disponibles en Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Cubo COVID-19 Confirmados. Consultado en febrero de 2023



Capítulo 5.

Prioridades en Salud



El análisis previo de los indicadores abordados y sus relaciones con los Determinantes Sociales de la Salud permite establecer diferencias departamentales en la forma como se presentan los efectos de salud con respecto a los valores nacionales. Para realizar este análisis comparativo entre los indicadores departamentales con respecto al nacional, se calcularon diferencias relativas para cada uno, expresadas como el cociente entre el valor del indicador departamental (numerador) y el valor del indicador nacional (denominador), luego se calcularon intervalos de confianza al 95% de las diferencias relativas, utilizando el método de K. J. Rothman y S. Greenland^{128, 129, 130}:

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

Se analizaron los siguientes 10 indicadores para los 32 departamentos y el Distrito Capital de Bogotá agrupados según los siguientes grupos de indicadores: condiciones maternas perinatales, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y lesiones:

1. Tasa de mortalidad infantil (2021)
2. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (2021)
3. Razón de mortalidad materna (2021)
4. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles [A00-B99, G00-G03, J00-J22] (2021)
5. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH-SIDA (2021)
6. Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años (2021)
7. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años (2021)
8. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (2021)
9. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre (2021)
10. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (2021)

A continuación, se presenta la tabla resumen (Tabla 47) con los resultados obtenidos en la priorización. En cada casilla aparece el valor del indicador enunciado en las columnas y codificado con un número para facilitar su presentación. La semaforización obedece a los



resultados del cálculo de las diferencias relativas y sus intervalos de confianza. Se interpretan de la siguiente manera:

-  Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en la región o departamento y el indicador nacional.
-  Cuando la diferencia relativa es mayor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en la región o departamento comparado con el indicador nacional.
-  Cuando la diferencia relativa es menor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en la región o departamento comparado con el indicador nacional.



Tabla 48. Semaforización de efectos en salud

Entidad Territorial / Indicadores	Tasa de mortalidad infantil	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o mas consultas de control prenatal	Razón de mortalidad materna a 42 días	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH-SIDA	Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente
COLOMBIA	10,94	81,55	83,16	32,31	4,70	8,36	7,80	84,65	14,87	5,77
05 - Antioquia	9,44	88,47	59,79	32,21	4,29	4,97	1,51	73,90	14,46	6,76
08 - Atlántico	15,02	86,89	59,07	58,25	7,77	6,61	9,69	95,36	8,87	3,70
11 - Bogotá, D.C.	8,54	85,00	68,67	19,84	3,03	3,65	0,41	77,94	8,02	5,01
13 - Bolívar	12,04	85,11	83,79	47,31	5,48	8,53	8,53	57,69	12,76	3,22
15 - Boyacá	6,25	83,15	32,44	19,70	1,74	8,65	0,00	81,59	18,42	7,21
17 - Caldas	8,77	91,62	88,96	27,80	4,16	0,00	0,00	86,10	12,96	8,55
18 - Caquetá	9,61	68,54	45,02	36,21	3,84	7,43	2,48	106,67	19,92	5,09
19 - Cauca	10,75	80,43	32,75	21,50	2,02	6,74	4,22	73,79	16,60	6,97
20 - Cesar	11,97	79,56	88,21	55,44	5,75	6,94	13,11	78,37	21,85	4,91
23 - Córdoba	14,09	86,32	100,10	37,47	5,16	5,46	6,68	60,39	17,43	3,99
25 - Cundinamarca	9,18	84,55	71,85	27,41	2,81	3,27	1,23	95,82	12,63	4,18
27 - Chocó	20,44	53,71	187,70	33,80	3,56	35,41	35,41	51,24	6,24	3,60
41 - Huila	7,92	89,50	52,04	28,35	3,50	7,71	2,89	113,33	23,98	9,46
44 - La Guajira	18,53	56,20	190,07	48,77	6,58	16,90	51,60	57,21	12,48	2,75
47 - Magdalena	13,02	81,00	129,79	45,55	6,97	12,72	14,96	90,01	16,10	2,70
50 - Meta	9,07	76,32	91,35	32,88	5,98	7,97	5,69	127,09	22,30	5,51
52 - Nariño	9,86	81,41	105,46	20,75	2,84	6,39	5,59	62,13	15,00	7,38
54 - Norte de Santander	11,78	75,97	89,59	35,64	5,44	5,04	2,88	108,12	13,03	6,25
63 - Quindío	10,50	88,78	79,24	33,93	8,19	2,98	0,00	77,54	17,46	9,01
66 - Risaralda	10,10	85,20	70,03	36,82	9,24	4,77	11,14	97,12	14,80	9,62
68 - Santander	7,89	86,98	81,62	28,48	4,59	4,85	3,03	81,64	16,69	6,34
70 - Sucre	12,30	86,38	60,50	33,97	4,97	3,63	7,26	95,56	13,26	6,49
73 - Tolima	9,61	83,56	89,10	24,75	3,78	10,99	4,40	116,40	19,84	8,47
76 - Valle del Cauca	9,30	85,83	73,06	34,71	6,95	6,17	2,35	98,31	17,85	4,86
81 - Arauca	12,09	74,43	114,03	40,08	4,42	6,69	6,69	115,69	28,13	9,39
85 - Casanare	10,01	75,80	145,35	36,98	4,33	0,00	4,98	65,37	35,87	9,19
86 - Putumayo	10,36	72,08	103,63	26,60	2,21	3,05	18,32	75,51	24,32	5,50
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	23,63	90,25	0,00	31,84	5,42	0,00	0,00	45,32	23,20	6,50
91 - Amazonas	15,54	51,93	86,36	64,00	9,86	20,92	31,37	40,89	7,23	15,70
94 - Guainía	19,00	28,73	0,00	42,89	0,00	14,82	14,82	125,48	9,20	7,12
95 - Guaviare	8,71	55,81	145,24	76,67	6,79	10,65	0,00	87,72	23,94	8,72
97 - Vaupés	17,42	31,62	0,00	66,54	7,54	0,00	15,66	37,08	0,00	39,14
99 - Vichada	17,34	23,62	198,22	32,05	2,21	28,63	57,25	57,64	7,43	2,59

Fuente: elaboración a partir de Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO en marzo 2023



Capítulo 6.

Recomendaciones para la acción sobre la salud y sus determinantes



Las condiciones de vida de los colombianos en el tema de salud han tendido logros dentro de los cuales se reconoce el aumento en la esperanza de vida, la disminución de mortalidad infantil y por enfermedades transmisibles entre otras. No obstante, el proceso de envejecimiento actual dado por índices de infancia y juventud en descenso y los de vejez y envejecimiento en incremento, generan un aumento considerable en la mortalidad por enfermedades crónicas no trasmisibles y una alta demanda de atención por estas mismas causas, a expensas de la exposición prolongada a factores de riesgo que favorece su aparición. En el entendido de lo anteriormente expuesto se requiere adoptar una perspectiva hacia la acción frente al crecimiento de la población adulta mayor y las tendencias de la urbanización de la población.

Es preciso, el trabajo intersectorial que promueva el uso adecuado del espacio que permita dar respuesta a las necesidades de la población en cuanto a condiciones de la vivienda, suficiencia de servicios de salud y equilibrio del medio ambiente. Más aún, partiendo del conocimiento que el país tiene como riesgo inminente las amenazas naturales, teniendo en cuenta sus condiciones propias geográficas y la ubicación de poblaciones vulnerables en zonas de alto riesgo.

En relación a los indicadores demográficos es importante prestar atención en embarazos de niñas de 10 a 14 años, y los departamento que regularmente tienen las tasas más elevadas con el fin de comprender que ocurre y también realizar acciones de prevención, en el análisis de los datos 2005 a 2021, los departamentos que de manera continua presentaron cifras elevadas son principalmente, Guainía, Vichada y La Guajira, departamento que tienen condiciones sociales, económicas y culturales que favorecen este fenómeno, el cual hace vulnerable tanto a la madre como el menor, estas afirmaciones las hace la a OMS, que además menciona que “El embarazo en la adolescencia conduce a una creciente desigualdad” además menciona como causa de este los obstáculos para obtener y usar anticonceptivos impiden que las adolescentes eviten embarazos no deseados, otro dato importante es que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas y los bebés de madres



adolescentes tienen un mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y afección neonatal grave (Organización Mundial de la Salud, 2022).

A partir del análisis de la morbilidad atendida y las principales causas de mortalidad; se hace importante fortalecer las estrategias que tienen como fin impactar en la prevención de la cronicidad de las patologías, el acompañamiento en temas de salud nutricional y seguridad alimentaria, actividad física permanente y el abandono de hábitos como el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas entre otros.

Es de resaltar que las enfermedades precursoras de ERC tales como la HTA y DM muestran una tendencia creciente durante el periodo de análisis, situación que amerita del sistema de salud esfuerzos en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y mitigación del daño que causan las enfermedades crónicas no transmisibles.

Un aspecto que no debe dejarse de lado corresponde a la mortalidad por causas externas que, aunque no hace parte de las tres primeras causas a nivel nacional si genera carga, medida en AVPP por ser una de las primeras causas de mortalidad prematura, con mayor incidencia en hombres jóvenes, generando un gran peso en el capital y bienestar social.

Los accidentes de tránsito en el país, presentan también una importante tendencia al aumento razón por la cual las políticas de seguridad vial y la participación de los ciudadanos como veedores del cumplimiento de las mismas, son estrategias que cobran una gran importancia en el objetivo de disminución de su incidencia, adicionalmente la aplicación de conductas de autocuidado por parte de los peatones, conductores y los temas de convivencia ciudadana aportan en conjunto para conseguir los logros esperados.

La salud mental teniendo en cuenta el aumento de eventos y la llegada de la pandemia por COVID-19 se ve alterada frente al comportamiento normal de los seres humanos e impacta directamente en el estado de bienestar de las personas, la cual debe ser tomado como base para la investigación y desarrollo de estrategias encaminadas a disminuir los impactos en la salud mental que la pandemia ha causado y que se evidencia en el aumento de la



morbilidad atendida en salud mental, impactando grupos de altísimo riesgo como son la población adolescente y adulto mayor, quienes requieren acciones encaminadas a la sana ocupación del tiempo libre, fortalecimiento de la educación, disminución de barreras de acceso y fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social.

La relevancia de los diferentes grupos de indicadores de salud pública varía a nivel territorial en Colombia. Mientras los relacionados con salud materno-infantil y enfermedades transmisibles tienden a concentrarse en los departamentos de la periferia del país, los vinculados con las enfermedades no transmisibles lo hacen en el centro del país en departamentos con mayor urbanización y envejecimiento. La agrupación de los indicadores para los otros grupos de causas es más difícil, aunque para ciertos indicadores de salud mental se encuentra una agrupación dada por continuidad entre departamentos y no siempre por pertenencia a una determinada región.

En este sentido, el panorama nacional muestra más un mosaico en el seguimiento de estos indicadores, aunque si sugiere la importancia de su focalización tomando en cuenta su agrupación en ciertos departamentos del país. Este comportamiento podría ser una expresión de la diversidad de condiciones de vida y determinantes sociales presentes en el territorio nacional. La mirada de situación de salud a nivel nacional requiere un análisis a nivel departamental a la hora de implementar acciones en los municipios que requieren mayor atención en cuanto a los diferentes indicadores presentados. Este tipo de desagregación se constituye en un insumo para la planeación territorial.

Para el caso de las enfermedades transmisibles, se observa un comportamiento fluctuante, aunque para dengue y malaria hay un aumento en los últimos años, lo que hace que cierren en 2019 con valores muy similares a los que se tenían para 2012.

La tendencia general en el país para la mortalidad asociada a las enfermedades no transmisibles es hacia al aumento, con la excepción de la mortalidad por cáncer de pulmón que, pese a su aumento desde inicio del periodo, mostró una reducción importante en los últimos tres años de análisis sin llegar a los valores de base de 2012.



Con relación a los indicadores de salud mental los indicadores en general tienen una tendencia al aumento, tanto en indicadores de patologías mentales como en algunos indicadores de violencia. Sin embargo, se resalta la reducción en lo relacionado con violencia de género e intrafamiliar y en la violencia interpersonal.

Frente a salud ocupacional, el análisis de tendencias permite concluir que para los últimos años se logró revertir su incremento y se observó una reducción en los indicadores de accidentalidad laboral y de enfermedades calificadas como laborales, lo cual se acompañó de una reducción muy notoria de la tasa de mortalidad por accidente laboral y enfermedad laboral.

En lo relacionado con calidad del aire, si bien no fue posible tener un panorama para todo el país la información que se obtuvo muestra que en general durante el periodo de análisis el pm10 en las estaciones de monitoreo estuvo por encima del referente normativo de 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ proyectado al año 2030, según lo indicado en la Resolución 2254 de 2017.

Los análisis realizados tomando como referencia la variación de los indicadores de salud según PIBpc y educación, muestran que en general los patrones más claros en las brechas se encontraron a través del uso del primer tipo de estratificador. En general, se pueden identificar tres escenarios: aquellos en los que se observó claramente una distancia amplia entre el quintil con mayor ventaja e indicadores más favorables y los quintiles con menor desventaja e indicadores desfavorables. Este fue el caso de los eventos de salud materno infantil (mortalidad y control prenatal) e indicadores como la incidencia de dengue e índice parasitario anual. Así mismo, la mortalidad por accidente de trabajo y/o enfermedad laboral.

Otro patrón observado fue aquellos indicadores con una distancia amplia entre el quintil con menor ventaja y mejores indicadores en relación con quintiles con mayor ventaja e indicadores menos favorables. Este fue el caso de la mortalidad por algunos tipos de cáncer como de mama, de próstata y de colon, la violencia interpersonal, la violencia intrafamiliar y de género, la violencia contra niñas, niños y adolescentes y las tasas de enfermedad laboral y de accidentes laborales.



Por otro lado, un escenario en los que no se observó una brecha clara entre quintiles que denotara un patrón específico o consistente en el periodo de observación. Este es el caso mortalidad por algunos tipos de cáncer como de estómago, de pulmón, de cuello uterino, el suicidio y la tasa de intento de suicidio.

El monitoreo de las desigualdades en salud debería incluir indicadores positivos que permitan una interpretación desde las dinámicas que determinan la salud que permitan la planificación y las decisiones más informadas en el establecimiento de prioridades y asignación de recursos. En la salud materno infantil, indicadores como el porcentaje de controles prenatales en grupos de interés y el porcentaje de atención de parto por personal especializado fueron incluidos. Sin embargo, en el resto de grandes causas es necesario un avance en la obtención de este tipo de información. Por ejemplo, en enfermedades no transmisibles indicadores de entornos físicos, alimentarios y socioeconómicos. En enfermedades transmisibles, un mayor avance técnico en la recolección y manejo de información ambiental, de coberturas de acueducto, alcantarillado y acceso a agua potable. En salud mental, las connotaciones positivas que tienen que ver con habilidades para la adaptación, la participación, entre otras. En salud laboral, indicadores que reflejen la cultura de seguridad en el trabajo.

En el mundo, el entendimiento de los procesos de salud y enfermedad empiezan a tener más en cuenta la perspectiva de género. En Colombia, los registros sobre violencia empezaron a incluir recientemente este tipo de información. En este sentido, el SIVIGILA capta información de identidad de género y orientación sexual desde 2019, con el que se espera tener una mejor caracterización de las tipologías de violencia y grupos vulnerables que sirva para la toma de decisiones.

En comparación con el año anterior, el número de casos de violencia contra niños, niñas adolescentes, adulto mayor y entre otros familiares en el territorio colombiano aumentó en un 8,53% con respecto a 2020; al realizar un comparativo con las cifras arrojadas en 2019, se estableció que el año 2021 presentó una disminución considerable en un 36,19% (10.254 casos), lo anterior teniendo en cuenta que aún se encontraban vigentes las medidas de



emergencia sanitaria, por causa del coronavirus Covid-2019 (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

Al analizar la tendencia del último decenio para la violencia intrafamiliar, se establece que se presentó un aumento progresivo desde el 2013 al 2019, excepto durante 2020²¹, en el cual disminuyeron, en forma considerable, las cifras de casos relacionados con violencia doméstica con relación a los años anteriores. De acuerdo con lo expuesto, se puede deducir que entre 2020 y 2021 disminuyó el número de casos registrados en el sistema medicolegal, por lesiones no fatales por hechos ocurridos en el seno familiar durante el período de la implementación de la emergencia sanitaria (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

En 2021 la representación de casos valorados por cada subtipo de violencia es proporcional a los registrados en años anteriores, es decir, se registró un mayor número de agresiones por otros familiares seguida por la violencia contra niños, niñas y adolescentes, por último la ejercida contra el adulto mayor. Con el 59,39% de las valoraciones medicolegales realizadas a mujeres, sigue siendo el sexo que más se valora por lesiones no fatales en el INMLCF, por hechos ocurridos en el marco del contexto familiar (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

En la violencia contra niños, niñas y adolescentes el principal perpetrador de los hechos materia de investigación judicial, siguen siendo los propios progenitores o las figuras como el padrastro o la madrastra (78,01%), cuidadores o quienes asumen directamente la crianza y el cuidado del menor (14,34%). Igual que en año anterior, como autor principal de las lesiones ocasionadas a otros familiares fue el hermano (28,35%) y en agresiones contra adultos mayores el hijo (42,38%); por lo tanto, se puede concluir que la relación víctima-victimario se entreteteje y desencadena tanto en el subsistema parental como fraterno, es

²¹ Año de inicio de la emergencia sanitaria por pandemia e implementación de medidas de confinamiento en los hogares, como estrategia de salud pública para reducir la tasa de contagio por COVID-2019.



decir, con el vínculo primario básico y en muchos casos es con quien comparte la convivencia (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

En los tres subtipos de violencia, se reconoció la intolerancia y el machismo como el factor recurrente que desencadenaron los hechos de agresión, el machismo, es una ideología de índole sociocultural imperante en nuestro contexto, permite justificar o enmarcar los hechos de violencia, sin llegar a establecer las causas o factores implícitos presentes en el desequilibrio y abuso de poder en el grupo familiar; por tanto, es necesario identificar los patrones de interacción disfuncionales que inciden en el desarrollo de estos actos violentos como consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas, ya que son factores que pueden desencadenar conductas que desestabilizan la dinámica familiar. Es importante analizar la tendencia de la violencia intrafamiliar a la luz del macrocontexto imperante durante este período, ya que las medidas adoptadas por el Gobierno nacional y local para hacer frente a la pandemia por el Covid-19 se desmontaron de manera progresiva, con el fin de reintegrar a los ciudadanos a sus actividades habituales y reactivar la vida social, laboral, económica de cada territorio; por tanto, se evidenció que con la reactivación a la normalidad social, nuevamente, están aumentando las cifras de violencia intrafamiliar registrados en el sistema medicolegal colombiano, las víctimas de este tipo de violencia están saliendo del aislamiento social para acudir al sistema judicial y de protección en busca de ayuda (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, 2021).

Para controlar o eliminar la transmisión de la malaria, es importante monitorear la oportunidad en el diagnóstico y en el tratamiento, donde con relación a la oportunidad en el diagnóstico, el 36,2% (26.908 de 72.477) de los casos notificados en el país se diagnosticaron de manera oportuna, es decir, con menos de 48 horas después de la fecha de consulta. Sin embargo, este resultado es deficiente para evitar la transmisión de la enfermedad, ya que se espera sea mínimo del 90% lo que permitiría iniciar en el menor tiempo posible acciones individuales (investigación epidemiológica de campo, unidad de análisis y clasificación de los casos) y acciones colectivas como la información educación y comunicación, búsqueda activa comunitaria, búsqueda activa institucional, medidas de



control vectorial, de vigilancia entomológica, de control sobre casos y convivientes y de prevención y control para viajero, entre otros. (Instituto Nacional de Salud, 2022).

Aunque la mayor proporción de casos de dengue se da en las cabeceras municipales, podemos ver que se ha incrementado la proporción de casos en centros poblados y áreas rural dispersa, lo que dificulta las acciones de control de la enfermedad; en los departamentos donde se concentra el 43% de los casos en zonas rurales dispersas y centros poblados como son el Córdoba, Sucre, Meta, Bolívar y Tolima, la cobertura de acueductos y alcantarillado se encuentra por debajo 70%, lo que hace que la población almacene agua en tanques y este sea un mayor factor de riesgo para que se presente la enfermedad en estas zonas. En Colombia, el aumento del número de potenciales criaderos para el mosquito se ve directamente influenciado por la falta de un servicio continuo de abastecimiento de agua, lo que lleva a su almacenamiento en una amplia heterogeneidad de recipientes, como también por la deficiencia de saneamiento básico, que resulta en la disposición a cielo abierto de residuos sólidos capaces de acumular agua de lluvia. Para el análisis de desigualdad del evento se utilizó el indicador del porcentaje de alcantarillado por departamentos, donde podemos ver que los departamentos que cuentan con el menor porcentaje de cobertura de alcantarillado (Vichada, Guainía, Choco, Vaupés, Archipiélago de San Andrés, Putumayo y Guaviare), la incidencia de dengue es 3,3 veces mayor que los departamentos con el mayor porcentaje de cobertura de alcantarillado (Antioquia, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Quindío y Atlántico) (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Se observa una disminución de las muertes perinatales y neonatales tardías entre 2021 y 2022. Igualmente, se identificó una reducción en las muertes del evento entre el primer semestre y segundo semestre de 2022, posiblemente asociada a la implementación del “plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna” en agosto de 2022. Por otro lado, los departamentos ubicados en el quintil con el porcentaje más bajo de controles prenatales, el IPM más alto y la densidad de profesionales en ginecología y obstetricia más baja, reportan mayores razones de mortalidad perinatal y neonatal tardía en comparación con aquellos ubicados en el quintil con mejor condición para cada uno de los



estratificadores. Por tanto, es necesario pensar en estrategias para disminuir la brecha de desigualdad en estos departamentos, como desplazar los servicios de salud y el talento humano necesario, para el adecuado seguimiento de los controles prenatales, debido a que una de las barreras de acceso a los servicios de salud es la geográfica (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Los determinantes sociales de la salud rural, tales como el déficit habitacional cualitativo que comprende, la falta de agua potable, viviendas inadecuadas, hacinamiento, también son factores concluyentes que contribuyen a las inequidades que se observan entre el campo y la ciudad. En este sentido, la implementación de estrategias que respondan a las particularidades de las zonas rurales y apartadas del país son fundamentales para cerrar las brechas (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).

Es necesario el diseño de estrategias que mejoren el acceso de la población a los servicios de salud sobre todo en áreas rurales, además de considerar acciones relacionadas con las barreras administrativas (regularización, afiliación, etc.) y un abordaje comunitario para comprender la cosmovisión de la salud y la enfermedad de los pueblos indígenas y los saberes y medicina ancestral de comunidades Negras, Afros, Raizales y Palenqueras (Ministerio de Salud y Protección Social, Enero 2023).



Referencias Bibliográficas

- Alcaldía Mayor de Bogotá. Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático. (Junio de 2021). *Caracterización General del Escenario de Riesgo Sísmico*. Obtenido de <https://www.idiger.gov.co/rsismico>
- Allanson, E., Muller, M., & Pattinson, R. (2015). Causes of perinatal mortality and associated maternal complications in a South African province: challenges in predicting poor outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(37), 1-7.
- Alonso, R., Lugo, A., Álvarez, V., Rodríguez, B., Vasallo, N., Remy, M., & Díaz, R. (2005). Mortalidad neonatal precoz. Análisis de 15 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 31(3).
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial. (Marzo de 2012). *Análisis de la gestión del riesgo de desastres en Colombia*. Obtenido de <http://gestiondelriesgo.gov.co/sigpad/archivos/gestiondelriesgoweb.pdf>
- Banco Mundial . (2020). Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?locations=OE>
- Banco Mundial. (2020). *Datos*. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicado>
- Banco Mundial. (Marzo de 2021). *Pueblos Indígenas*. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>
- Banco Mundial. (Octubre de 2022). *Desarrollo Urbano*. Obtenido de <http://www.bancomundial.org/es/topic/urbandevlopment/overview>
- Banco Mundial. (2023). *Esperanza de Vida al Nacer*. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?view=map>
- Bhatt, S. e. (2021). Global burden for dengue and the evolving pattern in the past 30 years. *Journal of Travel Medicina*, Vol. 8.
- Calderón, J. (31 de enero de 2016). *scielo*. (R. d. Latinoamérica, Ed.) doi:ISSN 2448-6914versión impresa ISSN 1665-8574
- Ceelat Cartográfico. (2023). *Amenaza por remoción en masa en Colombia*. Obtenido de <https://ceelat.org/mapas/amenaza-por-remocion-en-masa-en-colombia/>
- Centro Latinoamericano de Desarrollo. (s.f.). *Tasa de mortalidad infantil*. Obtenido de



http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/helpsispi.htm#tasa_de_mortalidad_infantil.htm.

- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE, División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. (2004). *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6745/S043186_es.pdf
- Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe. (s.f.). *Panorama Social de América Latina y el Caribe*. Capítulo 3: El bono demográfico.
- Comisión Sismológica Europea. (2008). *Escala Macrosísmica Europea 1998*. Obtenido de <file:///F:/Users/SONY/Downloads/EMS-98.pdf>
- Congreso de Colombia. (24 de Abril de 2012). *Ley 1523 de 2012. 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*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141>
- Congreso de Colombia. (11 de Julio de 2012). *Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf>
- Congreso de Colombia. (21 de Enero de 2013). *Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (15 de Marzo de 2018). *CONPES 3918, ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN COLOMBIA*. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
- Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (Diciembre de 2022). *Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021*. Obtenido de <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-de-la-enfermedad-renal-cronica-la-hipertension-arterial-y-la-diabetes-mellitus-en-colombia-2021/>



- Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (Febrero de 2022). *Situación del VIH y SIDA en Colombia 2021*. Obtenido de <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-vih-y-sida-en-colombia-2021/>
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2 de Noviembre de 2011). *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*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%204107%20DE%202011.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2005). *Censo General 2005 Colombia*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (Mayo de 2011). *Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área*. Obtenido de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_area_1985-2020.xls
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (Mayo de 2011). *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*. Obtenido de <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Geovisor CNPV 2018*. Obtenido de <http://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Información de los Grupos Étnicos en Colombia*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-eticos/informacion-tecnica>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (22 de Diciembre de 2022). *Boletín Técnico Estadísticas Vitales, Nacimientos en Colombia*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_nacimientos_IIItrim_2022pr.pdf



- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (Febrero de 2022). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (s.f.). Análisis de información sobre riesgos.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. (2019). *Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas (ENCSPA)*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/encuesta-nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-encspa>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. (Abril de 2022). *Nota estadística. Análisis de accesibilidad a centros educativos*. . Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/abr_2022_nota_estadistica_analisis_accesibilidad_centros_educativos.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. (26 de Abril de 2022). *Pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema. Año 2021*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2021/Comunicado-pobreza-monetaria_2021.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. (28 de Abril de 2022). *Pobreza multidimensional 2021*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2021/cp_pobreza_multidimensional_21.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. (15 de Febrero de 2023). *Boletín Técnico. Cuentas nacionales Anuales. 2021 Provisional*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/pib/cuentas-nal-anuales/bol-cuentas-nal-anuales-2021provisional.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. (31 de Enero de 2023). *Información histórica del Mercado laboral. Boletín Técnico. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). Diciembre 2022*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_empleo_dic_22.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. (31 de Enero de 2023). *Información histórica del Mercado laboral. Comunicado de Prensa. Indicadores de Mercado Laboral. Diciembre de 2022 y año total*. Obtenido de



https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/CP_empleo_dic_22.pdf

- Departamento Nacional de Planeación. (2019). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://ods.dnp.gov.co/>
- FAO; IFAD; PAHO; WFP; UNICEF. (2023). *Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables*. Obtenido de <https://www.fao.org/documents/card/es/c/cc3859es>
- Fedesarrollo. (Junio de 2016). *Competitividad en el transporte aéreo en Colombia. Informe final de Fedesarrollo a Fontur*. Obtenido de https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3280/Repor_Junio_2016_Martinez_y_Garcia.pdf?sequence=2&isAllowed=yconsultado%201%20marzo%20de%202019.
- Fondo de Naciones Unidas para la infancia UNICEF. (2008). Estado mundial de la infancia 2008. Capítulo 1. Supervivencia infantil: la situación actual.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia. (2009). Guía para análisis demográfico local. Herramientas para incluir el enfoque poblacional en los procesos de planeación del desarrollo integral.
- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola FIDA. (2023). *Pueblos Indígenas*. Obtenido de <https://www.ifad.org/en/indigenous-peoples>
- Friedman, S. D. (2008). Sea un mejor líder, tenga una vida más plena. *Harvard Business Review*, 12-20.
- García Rosique, R. M. (2010). Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años.
- Global Burden of Disease Collaborative Network. (2018). *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).
- Grupo Banco Mundial. Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2023). *Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más)*.



- Gubler, D. J. (1998). Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever. *CLINICAL MICROBIOLOGY REVIEWS*, 480 -496.
- Herrera PM, A. A. (2014). Caracterización sísmica de fallas colombianas por analogía con fallas conocidas geológica y sismológicamente. *Revista de la Escuela Colombiana de Ingeniería*, N.º 95. Obtenido de <http://www.escuelaing.edu.co/revista.htm>
- IDEAM. (2023). *Atlas climatológico de Colombia*. Obtenido de http://atlas.ideam.gov.co/basefiles/laguajira_graf.pdf
- IDEAM. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. (2015). *Calidad del Aire*. Obtenido de <http://www.ideam.gov.co/web/contaminacion-y-calidad-ambiental/calidad-del-aire>
- INS. (2021). *Informe de evento Vigilancia integrada de muertes en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT*.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2015). *ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional*. Obtenido de <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM. (2015). *Estudio nacional de la degradación de suelos por erosión en Colombia 2015*. Obtenido de <http://documentacion.ideam.gov.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=38114>
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM. (2017). Actualización de las estadísticas de la sequía en Colombia.
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM. (2017). Atlas Climatológico de Colombia.
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM. (2017). Atlas Climatológico de Colombia.
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM. (2017). Boletín de Alertas Tempranas de Deforestación (AT-D).
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM. (2018). La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia.



- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). (2017). Atlas climatológico de Colombia.
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). (2018). La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia.
- Instituto de Investigación e información Geocientífica, Minero – Ambiental y Nuclear INGEOMINAS . (2000). Atlas de amenaza volcánica en Colombia.
- Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2005). Colombia. Atlas. 2005.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses. (2021). *Forensis, Datos para la Vida. 2021.* Obtenido de https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/878249/Forensis_2021.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (2022). *Boletín Epidemiológico Semanal SE 52 de 2022.* Colombia.
- Instituto Nacional de Salud. (2022). *Informe tablero de problemas SE 1- 24 de 2022.* Colombia.
- Instituto Nacional de Salud. (22 de Marzo de 2022). *Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Materna.* Obtenido de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20Materna%202022.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (17 de marzo de 2022). *Protocolo de vigilancia malaria, versión 05.* Obtenido de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf
- Instituto Nacional de Vías INVIAS. (Enero de 2023). *Estado de la Red Vial .* Obtenido de <https://www.invias.gov.co/index.php/informacion-institucional/2-principal/57-estado-de-la-red-vial>
- Instituto Nacional de Salud. (Agosto de 2022). *Informe de evento Cáncer en menores de 18 años. Colombia 2021.* Obtenido de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/CANCER%20MENOR%20DE%2018%20A%C3%91OS%20INFORME%202021.pdf>
- International Agency for Research on Cancer IARC, Organización Mundial de la Salud OMS. (2020). *Cancer Today.* Obtenido de <https://gco.iarc.fr/today/home>



- Jha V, G.-G. G. (Julio de 2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*, 382(9888), 260-272. doi:[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60687-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60687-x)
- Kyonen-López, M., Acuña-Gutiérrez, L., & Müller-Ramírez, C. (2022). Aumento de las Intoxicaciones intencionadas con Medicamentos en adolescentes durante la Pandemia: Una situación preocupante. *Andes pediátrica*, 599-600.
- Levey AS, A. R. (Aug de 2007). Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives - a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney Int*, 247-259. doi:<https://doi.org/10.1038/sj.ki.5002343>
- Lorenzo, I. V., Vasquez Navarrete, L., & Mogollón Pérez, A. (2010). *Acceso a la atención en salud en Colombia*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642010000500001&script=sci_abstract&tIng=es
- Medina C.A., V. C. (2011). Aglomeración económica y congestión vial: los perjuicios por racionamiento del tráfico vehicular. *Borradores de economía*.
- Medina, M. M. (2016). La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 212-233. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.ercc>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (Febrero de 2022). *Distribución de Venezolanos en Colombia*. Obtenido de <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/content/375-infografias-2022>
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio (Minvivienda), la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) y el Instituto Nacional de Salud (INS). (Enero de 2023). *Informe Nacional de Calidad del Agua para Consumo Humano, Colombia 2021*. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/informe-nacional-de-calidad-del-agua-para-consumo-humano-colombia-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_EDA.pdf



- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013-2015). *IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV*. Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Guía Conceptual y Metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Guía Metodológica del Observatorio de Talento Humano en Salud OTHS*. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjDwMrmp_H9AhW1RDABHXrUBxkQFnoECBQQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FVS%2FTH%2FGuia-observatorio-talento-huma
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Orientaciones para la construcción del Plan de Acción en Salud - PAS*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/orientaciones-pas.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Junio de 2016). Resolución 2465 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 gesta*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%202465%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Encuesta Nacional de Salud Escolar ENSE 2017*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/Estudios-y-encuestas.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes - ENTJ 2017*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/Estudios-y-encuestas.aspx>



- Ministerio de Salud y Protección Social. (02 de 08 de 2018). *Resolución 3280 de 2018*. Obtenido de Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta ...: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2021*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Diciembre de 2022). *Indicadores de riesgos laborales*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/RiesgosLaborales/Paginas/indicadores.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Diciembre de 2022). *Indicadores de riesgos laborales*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/RiesgosLaborales/Paginas/indicadores.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Abril 2021). *Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil, VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas. Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Enero 2023). *Análisis de eventos de interés seleccionado en Salud Pública, Colombia 2022*. Dirección de Epidemiología y Demografía. Grupo de Vigilancia en Salud Pública.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Septiembre de 2022). *Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Medición de la Cohorte 2019*.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2015*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/Estudios-y-encuestas.aspx>
- Ministerio de Transporte. (2015). *Plan Maestro Fluvial de Colombia*. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK EwiVspCNhfH9AhUJfTABHUr8BDgQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.>



mintransporte.gov.co%2Fdescargar.php%3FidFile%3D13276&usg=AOvVaw2Eky0KTUsR1_G0JSnb7I_1

- Ministerio de Transporte. (2022). *Transporte en Cifras 2021. Anuario Nacional de Transporte*. Obtenido de <https://plc.mintransporte.gov.co/Portals/0/Documentos/transporte%20en%20cifras/Transporte%20en%20Cifras%202021%20Version%2019%20julio.pdf?ver=2022-07-22-160700-850>
- Ministerio de Transporte. (s.f.). *Transporte Férreo - Redes Férreas*. Obtenido de <https://www.mintransporte.gov.co/preguntas-frecuentes/68/transporte-ferreo---redes-ferreas/>
- Ministerio del Interior. (2018). Decreto 1454 de 2018. Obtenido de <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201454%20DEL%2006%20DE%20AGOSTO%20DE%202018.pdf>.
- Naciones Unidas. (s.f.). Obtenido de Observatorio de Igualdad de Género: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
- Naciones Unidas. (Noviembre de 2017). *Objetivos y metas (de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible). Anexo Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Obtenido de https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf
- Nieto-Licht, C. (2016). Competencias Gerenciales: Las cuatro responsabilidades del liderazgo. *Gestión Humana Mi Comunidad Experta*, 10-15.
- Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA. (2016). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2016*. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf
- Oestergaard MZ, I. M., & Group, U. N.-A. (2011). Neonatal mortality levels for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a systematic analysis of progress, projections, and priorities. *PLoS Med.* doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001080>



- OPS. (2019). Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
- OPS. (2022). *PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas*. Obtenido de Boletín anual de Arbovirosis: <https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue/boletin-anual-arbovirosis-2022.html>
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización de Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo.
- Organización Mundial de la Salud . (17 de junio de 2021). *Suicidio Datos y Cifras*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud (ASIS)*. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31849>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Clasificación internacional de enfermedades: preparación de listas cortas para la tabulación de datos*. Obtenido de http://www.paho.org/spanish/dd/ais/EB_v23n4.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662_spa.pdf;jsessionid=59236EE9DC0C44A88B987E9182CE2F54?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Reducción de la mortalidad de recién nacidos*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial.
- Organización Mundial de la Salud. (11 de Marzo de 2014). *Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión*.



Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379:2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=0&lang=es

- Organización Mundial de la Salud. (2014). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Parte II. 9 estadísticas demográficas y socioeconómicas.
- Organización Mundial de la Salud. (7 de noviembre de 2016). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). The Public Health Impact of Chemicals: Knows and Unknowns. Obtenido de file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/WHO-HEP-ECH-EHD-21.01-eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Directrices para el establecimiento de un centro toxicológico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. doi:ISBN 978-92-4-002396-3
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
- Organización Mundial de la Salud. (9 de Junio de 2021). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de Septiembre de 2022). *Embarazo en la adolescencia*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud. (22 de Febrero de 2023). *Mortalidad materna*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2018). *ODM 4: reducir la mortalidad infantil*. Obtenido de http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2020). *Reducción de la mortalidad en la niñez*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>



- Organización Mundial de la Salud OMS. (Septiembre de 2022). *Diabetes*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de Salud. (2006). *Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43750/9789243209449_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas*. Obtenido de https://www3.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-plaguicidas.htm
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas*. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (Octubre de 2022). Datos claves de la tuberculosis. Obtenido de <https://reliefweb.int/report/world/global-tuberculosis-report-2022>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Seguridad Química*. Recuperado el 11 de Enero de 2023, de <https://www.paho.org/es/temas/seguridad-quimica>
- Ortega Sánchez, M. A., Osnaya Ortega, M. L., & Rosas Barrientos, J. V. (2007). Leucemia linfoblástica aguda. *Medicina Interna de México*.
- Osorio, C., & Romero, A. (2008). Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal precoz. Hospital General “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez,” Tabasco, 2005. *Salud en Tabasco*, 14(1-2), 721-726.
- Osorno, L., Watty, C., Alonzo, F., Velázquez, J., Dávila, J., & Echeverría, M. (2008). Influencia de los antecedentes maternos en la mortalidad neonatal. 76(12), 730-8.
- Pan American Health Organization. (Septiembre de 1999). *Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud (ASIS)*. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/46302>
- Pan American Health Organization. (2022). *Pan American Health Organization Response to COVID-19, January-June 2022. Summary Mid-year Report, Key Indicators and Selected Highlights*. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56261>



- PND, Presidencia de la República. (Febrero de 2023). *Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026*. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/portalDNP/PND-2023/2023-03-17-bases-plan-nacional-desarrollo-web.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (Mayo de 2020). *Impacto y situación de la población indígena latinoamericana ante el Covid-19*. Obtenido de <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/impacto-y-situacion-de-la-poblacion-indigena-latinoamericana-ant.html>
- Restrepo Miranda, D. A., & Ortiz Monsalve, L. C. (2017). *Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030*. *Observatorio de Talento Humano en Salud*. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi7yO-PqPH9AhUlsTEKHxnOAj4QFnoECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FVS%2FTH%2F Especialistas-md-oths.pdf&usg=>
- Román Riechmann, E., Barrio Torres, J., & López Rodríguez, M. J. (s.f.). *Diarrea aguda*. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf
- Secretaría Distrital de Bogotá. (s.f.). *Protocolos de vigilancia en salud pública: Mortalidad por neumonía*. Obtenido de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20por%20Neumonia.pdf>
- Servicio Geológico Colombiano SGC. (Diciembre de 2017). *Guía metodológica para la zonificación de amenaza por movimientos en masa escala 1: 25.000*. Obtenido de <https://libros.sgc.gov.co/index.php/editorial/catalog/book/34>
- Servicio Geológico Colombiano SGC. (Enero de 2017). *Las amenazas por movimientos en masa en Colombia. Una visión a escala 1:100.000*. Obtenido de <https://libros.sgc.gov.co/index.php/editorial/catalog/book/45>
- Servicio Geológico Colombiano SGC. (2018). Boletín Informativo 2911. Obtenido de <https://www2.sgc.gov.co/Noticias/Paginas/Boletines-mensuales.aspx>
- The United Nations Children's Fund UNICEF & World Health Organization WHO. (2006). *Pneumonia: The forgotten killer of children*.



- The World Bank. (2020). *World Development Indicators: Mortality*. Obtenido de <http://wdi.worldbank.org/table/2.21>
- The World Bank. World Development. (2023). *Indicators: Reproductive health*. Obtenido de <https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>
- Thompson, M. D. (2000). Género, Orientación al Liderazgo y Eficacia: Prueba de los modelos teóricos de Bolman & Dealy Quinn. *Roles Sexuales*, 42, 969-992.
- Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres UNDGR. (2017). Registro de Emergencia .
- Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres UNDGR. (2018). Riesgo de desastres: el caso los eventos asociados a inundaciones lentas, movimientos en masa y flujos de torrenciales.
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (Enero de 2023). *Víctimas Conflicto Armado*. Obtenido de RUV Registro Único de Víctimas: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Universidad Nacional de Colombia. (2011). *Evaluación de la Amenaza Sísmica de Colombia mediante análisis de valores extremos históricos*. Obtenido de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/8466>
- World Economic Forum. (s.f.). *The Global Competitiveness Report 2017–2018*. Obtenido de <http://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2017%E2%80%932018.pdf>.
- World Health Organization. (2001). *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Obtenido de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gpe_discussion_paper_series_paper31_2001_age_standardization_rates.pdf
- World Health Organization. (2011). *World report on disability 2011*. Obtenido de <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>
- World Health Organization. (2012). *Millenium Development Goals. MDG4: Child mortality, 1990-2012*. Obtenido de http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/MDG4/atlas.html.



- World Health Organization. (2021). *Global Health Observatory Data Repository. Espositure data by country*. Obtenido de <http://apps.who.int/gho/data/view.main.100310>
- World Health Organization. (2022). *Global tuberculosis report 2022*. Obtenido de <https://reliefweb.int/report/world/global-tuberculosis-report-2022>
- Xu XF, L. Y. (2014). *Effect of low birth weight on childhood asthma: a meta-analysis*.