



Análisis de Situación de Salud Colombia. 2024

Dirección de Epidemiología y Demografía
Bogotá D.C.



Análisis de Situación de Salud. Colombia. 2024

© Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinación Grupo de Planeación de la Salud Pública
Andrea Johanna Avella Tolosa

© 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



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

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

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Secretario General

CLARA MERCEDES SUÁREZ RODRÍGUEZ
Directora de Epidemiología y Demografía



Coordinación del Grupo Planeación

Andrea Johana Avella Tolosa

Equipo Técnico

Jorge Andrés Daza Huérfino

Aley Bricelyn Montenegro Niño

Deisy Arrubla Sánchez

Lilibeth Camargo Fonseca

Luis Camilo Blanco

© Ministerio de Salud y Protección

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

Bogotá D.C., Colombia



Contenido

Introducción	6
Metodología	10
Capítulo 1. Configuración del territorio, desde la perspectiva de los determinantes sociales y ambientales de la salud.....	13
Contexto económico.....	15
Contexto socio-ambiental y cambio climático.....	17
Contexto conflicto armado interno y delincuencia organizada.	21
Contexto poblacional	24
Capítulo 2. Situación de salud en el territorio nacional.....	31
Morbilidad atendida en Colombia	33
Mortalidad General en Colombia	35
Algunas condiciones de vida y trazadores de salud en el territorio	38
Capítulo 3. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud y recomendaciones para la acción.....	52
Acción intersectorial en salud en el nivel nacional	53
Cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud	55
Acceso a servicios de salud.....	56
La tutela: mecanismo de exigibilidad del derecho a la salud	59
Conclusiones y recomendaciones.....	61
Bibliografía	65
Anexos	69

Introducción

Desde hace más de una década, el comportamiento epidemiológico de Colombia señala que en términos de magnitud las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 129,05 por cada 100.000, constituyen la primera causa de muerte. No obstante, el territorio nacional muestra disparidades en los resultados en salud, observándose para algunos territorios cifras no tolerables en términos de la violencia homicida, el suicidio, la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años y mortalidad materna. Lista que muestra la complejidad epidemiológica del país sin pretender negar otros procesos que afectan de manera diferencial la salud de las personas.

Ahora bien, la complejidad epidemiológica se sitúa en un contexto de inequidad social territorial. Si bien, en 2024 el crecimiento económico mostró un ligero incremento (1.7%) respecto del año 2023, aún persisten brechas territoriales entre municipios, cabeceras, centros poblados y rural disperso, así como entre grupos poblacionales, población con y sin reconocimiento campesino, pueblos indígenas, negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros, pueblo Rrom-gitano.

Es decir, existen territorios con condiciones socio-epidemiológicas que acentúan las inequidades socio-sanitarias e implican una mirada escalar y diferencial que dé cuenta de la singularidad. Dado esto, el análisis presentado en este documento utilizó el marco conceptual del PDSP 2022-2031, establecido en el capítulo tres, numeral 3.9 que señala la existencia en Colombia de tres núcleos de inequidad social, injusticias socioeconómicas, conflicto armado y migración forzada; socio-ambiental y cambio climático, que a la vez tienen impactos diferenciales que amplifican la magnitud de procesos históricos de discriminación y exclusión social que se ciernen sobre pueblos y comunidades étnicas.

Asimismo, se retomó el concepto de determinantes sociales descrito por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2025), como aquellas condiciones y circunstancias injustas que afectan la vida y la salud de las poblaciones. Entendiendo, que los DSS actúan



como mediadores en el análisis relacional entre los núcleos de inequidad social y el efecto en la producción de inequidades sanitarias. Se sabe, que no se trata de relaciones unicasales por el contrario existen múltiples intersecciones, en particular de género, étnica y de posición socio- ocupacional, que tienen el potencial de explicar una distribución desigual de los resultados en el territorio, pero no son explicaciones determinísticas del origen de los procesos mórbidos, aspecto que requiere otro tipo de indagaciones.

En términos empíricos, como se presenta en la metodología, se han empleado indicadores sociales, ambientales y del conflicto armado, que provienen de fuentes como el DANE, Unidad de Gestión del Riesgo, Centro Nacional de Memoria Histórica, y que han sido previamente explorados por el Grupo de Planeación en Salud Pública de la Dirección de Epidemiología y Demografía, en el año 2024, con algunas consideraciones recibidas durante los ejercicios de socialización de cuatro documentos a profundidad, Modos de vida e inequidad en salud percibida. 2022; Injusticias socioambientales y salud. Colombia. 2010-2022; Aproximación a los contextos territoriales del Conflicto Armado Interno y salud. Colombia. 2005 y 2022; Vida Campesina y Salud en Colombia. 2024.

Se busca que el ASIS nacional aporte insumos para la toma de decisiones. Por ello, se hizo énfasis en los trazadores del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, sin descuidar desenlaces en salud, con magnitudes menores, pero no por ello, menos relevantes.

De acuerdo con lo anterior, el documento está compuesto por tres capítulos Capítulo 1. *Configuración del territorio desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud*, que da cuenta de los núcleos de inequidad social, mostrando información concerniente a la realidad económica del país y las condiciones de trabajo de algunas poblaciones específicas. Se destaca, que el 9% de los departamentos del país aún se encuentran con alto índice de pobreza multidimensional, las cifras de informalidad laboral que afectan en particular a los pueblos y comunidades étnicas, y las condiciones de desprotección laboral de los trabajadores independientes o cuenta propia, así como de las personas que trabajan en servicios domésticos. El lector encontrará un sucinto análisis de los conflictos socio-ambientales que afectan el territorio, algunas cifras sobre la afectación desastres naturales entre 2017 y 2024; la distribución territorial de la dimensión de saneamiento básico, y las principales conclusiones del estudio de IDEAM sobre los cuatro escenarios futuros respecto



de la temperatura y las precipitaciones. Respecto del conflicto armado interno, se señala que si bien algunas violaciones de DDHH como el asesinato (selectivo y las masacres) reportan un menor número de casos en 2023 y 2024, en el marco de los acuerdos de cese a fuego de la Paz Total, persisten ocho conflictos armados que afectan diferentes municipios. Estos elementos en conjunto influyen sobre la configuración poblacional del país, donde se destaca, la existencia de brechas de inequidad en esperanza de vida, que marcan hasta 17 años de diferencia en la esperanza al nacer de la población de Vaupés al compararse con la media nacional.

Capítulo 2. “Situación de salud en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio”, se estructura en tres apartados, el primero muestra un panorama de la morbilidad atendida en 2023, que evidencia que las enfermedades no transmisibles siguen ocupando la primer causa de atención, mostrando incremento en todas las etapas del curso de vida. Se resalta el aumento en la incidencia de dengue, Chagas y Malaria y VIH. Asimismo, se observa un aumento de la prevalencia de ERC en estadio cinco, así como las precursoras diabetes e hipertensión. El segundo apartado presenta la mortalidad general, evidenciando que si bien las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte en Colombia, las causas externas aportan el mayor número de años de vida potencialmente perdidos. Esto, es más dramático en hombres. El apartado cierra, mostrando el comportamiento de los indicadores trazadores para salud del Plan Nacional de Desarrollo, según variables empíricas, que dan cuenta del contexto económico, conflicto armado interno, y de los fenómenos climáticos. Se concluye el apartado con la necesidad de ampliar las indagaciones bajo la comprensión de mínimo tres contextos socio-epidemiológicos en salud, donde se estructuran las inequidades socio-sanitarias.

Finalmente, el capítulo 3 *Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud y recomendaciones para la acción* establece el reconocimiento de instancias como la Comisión Intersectorial de Salud – CIPS y se sintetizan las acciones convergentes priorizadas, en temas como trabajo, educación, vivienda, acceso a agua potable y saneamiento ambiental, y acciones propias del sector salud, como la implementación del Modelo preventivo y predictivo, y la Estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades



Saludables y Sostenibles - CERSS. En términos de cobertura de afiliación al sistema de seguridad social llama la atención la existencia de 251 municipios que tienen una cobertura inferior al 67%. Asimismo, se observa una baja disponibilidad de talento humano por cada 10.000 habitantes en departamentos Chocó, Vaupés, Cundinamarca, Caquetá, Putumayo, Amazonas, La Guajira, Guaviare, Guainía, los cuales tienen hasta cinco veces menos profesionales de medicina por cada 10.000 habitantes. Este conjunto de elementos se refleja en la proporción de tutelas por el derecho a la salud, que al medirse respecto de la población muestra que Arauca, Caldas, Norte de Santander, Amazonas y Caquetá tienen un mayor número de tutelas, aspecto que dialoga con lo señalado en el ASIS de los departamentos al identificar la baja disponibilidad de servicios de salud como parte de los núcleos de inequidad.



Metodología

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Colombia se realizó con la información disponible para 2023 en las fuentes oficiales de acuerdo a las necesidades de cada capítulo. Para el contexto territorial y poblacional se utilizó información de DANE. En el primer caso, se acudió a la información del Índice de Pobreza Multidimensional departamental 2023 (DANE); micro datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (DANE, 2023); Información del Índice de Inseguridad Alimentaria (DANE, 2022), Registro del Observatorio de conflicto y memoria del CNMH (CNMH, 2024), Registro de personas damnificadas por fenómenos climáticos (Unidad Nacional para la Gestión de Riesgos y Desastres, 2025). El análisis realizado incluyó estadísticas descriptivas. En el segundo caso, se utilizó información del DANE de los Censos de 2005 y 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 diciembre de 2024, e información de población migrante nacional de Venezuela tomada de migración Colombia.

Las fuentes utilizadas para abordar la morbilidad fueron Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para el periodo entre 2011 y 2023. Se incluyó la revisión de eventos de notificación obligatoria del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. La información sobre eventos de alto costo, de la Cuenta de Alto Costo reportada entre 2016 y 2023. Para el abordaje de la mortalidad se consultaron las estadísticas vitales de la interfaz de la Bodega de datos SISPRO, con corte a 2023. 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). 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.

Para el capítulo 3, Respuesta de actores se consultó información proveniente de los planes de acción de la Comisión Intersectorial en Salud Pública, se consultó en el Registro Único de Afiliación de la Bodega de datos SISPRO, con corte a 2024. También se consultó la información del Observatorio de Talento Humano, y la distribución de las tutelas por el derecho a la salud en 2023 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

El análisis empírico de las variables que dan cuenta de los núcleos de inequidad social, incluyó estadísticas descriptivas y la construcción de los estratificadores sociales y ambientales, para lo cual se realizó una clasificación por cuantiles con nivel de desagregación municipal o departamental según la disposición de la información. En diferentes casos el lector se encontrará con mapas y gráficos que muestra el Q5 los peores resultados y en el Q1 los mejores resultados.

Para el análisis de la morbilidad, se utilizó la estadística descriptiva, frecuencias y proporciones; para abordar la mortalidad se utilizaron las tasas de mortalidad ajustadas 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). También 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.



El análisis de inequidad sanitaria se focalizó en los trazadores de salud que forman parte del Plan Nacional de Desarrollo y otros indicadores relevantes, para ello se utilizó los estratificadores sociales y ambientales seleccionados. En algunos casos las disparidades territoriales se presentan por medio de Equiplot.

Se debe señalar que se decidió no incluir información de las Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, Encuesta Nacional de Nutrición 2015, Encuesta SABE 2015, dada la no temporalidad de la información. Se espera que el esfuerzo del actual gobierno por avanzar en la realización de las encuestas permita para el ASIS de 2025 incluir información proveniente de la ENDS.

Finalmente, el lector encontrará que este documento constituye una síntesis integrada de los análisis realizados, por ello se dejó a disposición los Anexos relacionados con: análisis poblacional y demográfico, morbilidad atendida, análisis a partir de información de encuestas de alto costo, Incidencia de eventos de notificación obligatoria, tasas ajustadas de mortalidad general y en la niñez.



Capítulo 1. Configuración del territorio, desde la perspectiva de los determinantes sociales y ambientales de la salud.



Comprender, desde el campo de la salud, el territorio colombiano implica preguntarse por la población qué le habita, la geografía y los procesos económicos, políticos y socioambientales que pueden influir en la vida y la salud de las personas, pueblos y comunidades. Sobre el particular, se debe mencionar que el país es considerado una economía de ingresos medios, democrática y pluriétnica. Está constituido por 52 millones de habitantes, de las cuales 51,2 % son mujeres, 48,8% hombres, con una estimación de 1,8% personas que se auto reconocen como población LGBTIQ+.

El 13% del total de la población reporta auto reconocimiento étnico, con un estimado de 4,8 población indígena. Se estima un total de 115 pueblos indígenas y 69 lenguas étnicas, con cosmovisiones diferenciales y el reconocimiento del derecho al gobierno propio. Asimismo, se estima que el 10,8% de la población se auto reconoce como negra, afrodescendiente, raizal, palenquera o mulata (DANE, 2021); y el 26,3% de la población colombiana se auto reconoce como campesina (DANE, 2024).

El 77% de la población habita zonas urbanas y se estima que el 22,9% habita en la ruralidad. Es decir, que la población comparte la gran biodiversidad, variabilidad de pisos térmicos, accidentabilidad geográfica y riqueza de fuentes hídricas, que, si bien constituyen gran riqueza natural y ambiental, también generan retos para la garantía del derecho a la salud humana, en un marco de injusticias económicas, socio-ambientales, y políticas, como el conflicto armado interno y el ser receptor de migrantes no nacionales. Lo anterior, marca las trayectorias biográficas de las personas, pueblos y comunidades, que se expresan en inequidades sanitarias con impactos diferenciales según el momento vital de las personas, como lo señaló un Pescador en Puerto Carreño, Vichada en octubre, de 2024.

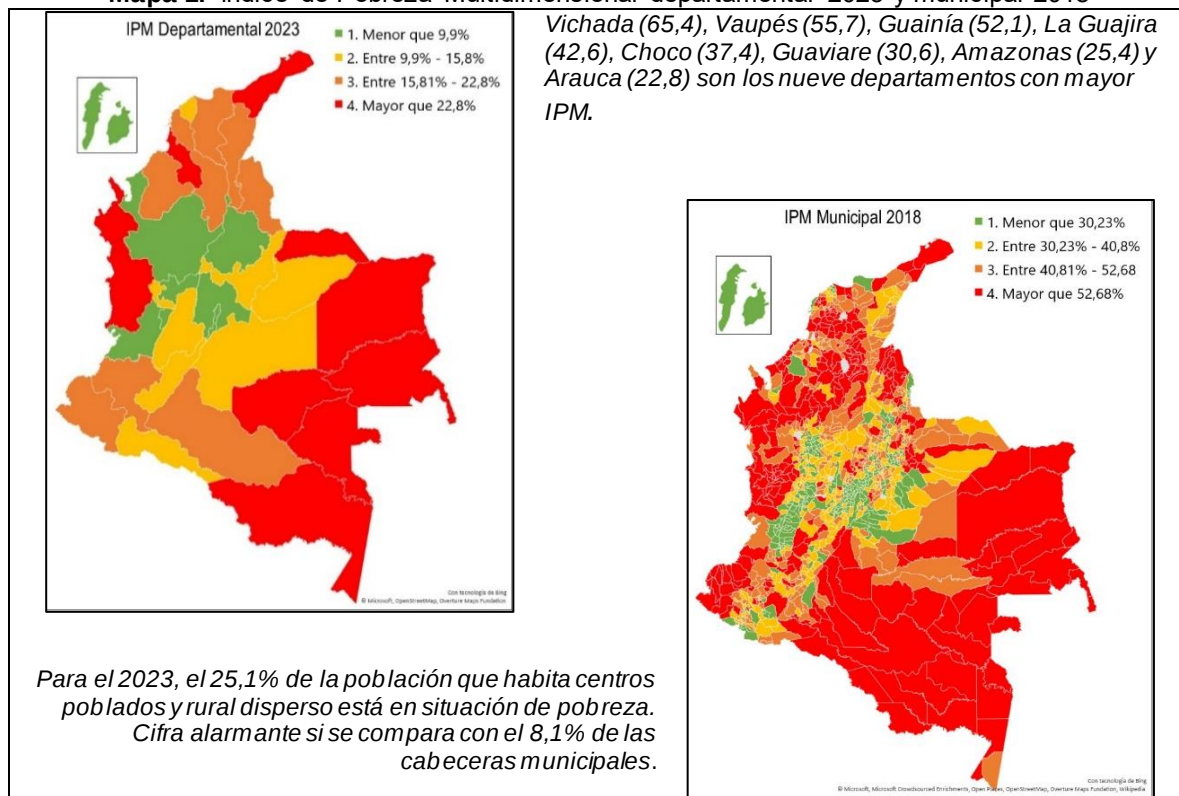
...Los pescadores se enferman del frío, la visión se agota, el agotamiento, porque el que quiere ir a pescar y comer bien comido le va valer, y mucha gente tiene que pedir prestado, lo de la gasolina. No les alcanza, para vender lo que se pesca es para llevar a la casa. El pescador, siempre se va a pescar y se ve endeudado. El pescador tiene que llevar un tambor de gasolina, una paca de hielo, comida para cuatro personas, para decir que coger 300 o 400 pescados, la jornada es de ocho días. Durmiendo, cuando puede dormir, pero si esta dura la pesca tiene que darle turismo para sacar el gasto...

Tomado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Contexto económico

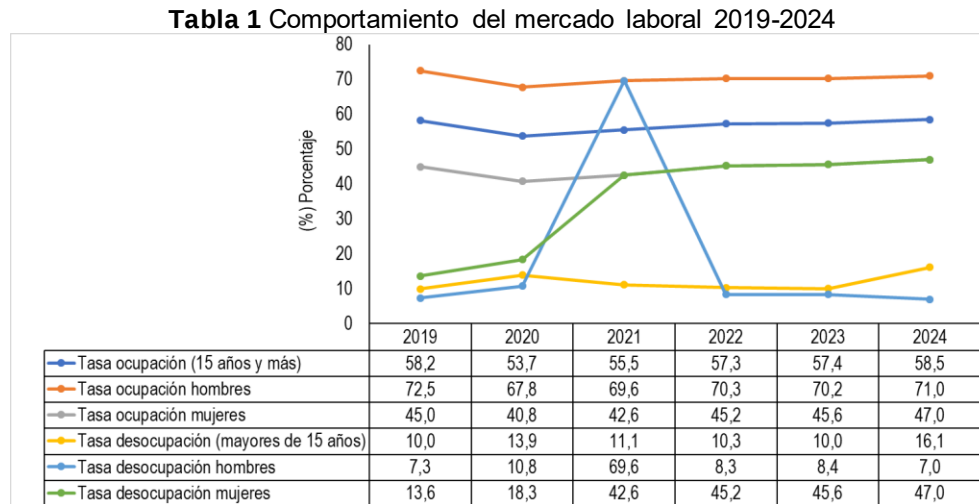
Para el año 2024, el país mostró un incremento del Producto Interno Bruto (1.7) respecto del año 2023 (DANE, 2024) (OCDE, 2024); manteniendo la estructura de producción, que muestra que la agricultura, ganadería, caza y pesca aporta el 8,1% al valor agregado; administración pública y defensa; educación y actividades en salud humana el 4,2%; y las actividades artísticas, recreación, actividades individuales del hogar en calidad de empleadores, actividades del hogar 8,1%. Lo anterior, se acompaña de una configuración territorial, que presentó para el año 2023, un 12% de personas en situación de pobreza (DANE, 2024). La mediana del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) de 2023, presentó en la medición nacional (20), cabeceras (13,4) y centros poblados y rural disperso (29,9) una ligera disminución si se compara con el año 2022 (20,7: 14,1; 30,7), sin embargo, la brecha entre cabeceras y centros poblados y rural disperso se mantiene (**Mapa 1**)

Mapa 1. Índice de Pobreza Multidimensional departamental 2023 y municipal 2018



De su parte, el mercado laboral, a diciembre de 2024, muestra una tasa global de ocupación de 58,7%, con diferencias según sexo/género 71% en hombres y 47% mujeres., sin embargo la tasa de desocupación global es de 9,7 con valores superiores en las mujeres (11) (DANE, 2018), y en los jóvenes entre 18 y 24 años, población que en 2022 tuvo una tasa de desocupación de 20% (OCDE, 2024). **Tabla 1**

Tabla 1



Fuente: Información histórica de mercado laboral (DANE, 2018)

Se suma, la alta informalidad (55,9 a diciembre de 2024), con cifras superiores en centros poblados y rural disperso (82,8 a diciembre de 2024). Se debe señalar que la oferta de empleo informal es mayor en microempresas (84,6) respecto de empresa pequeña (21), empresa mediana (4,5) empresa grande (2,4) (DANE, 2024), aspecto relevante dado que el 94,2% del tejido empresarial está conformado por microempresas (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, 2024). La informalidad afecta en particular a la población campesina y étnica, donde más del 70% reporta ser trabajador independiente, cuenta propia u otras formas de trabajo no formal.

Además, existe una alta segmentación por categorías socio-ocupacionales, con brechas en las condiciones de trabajo e ingreso, entre grupos y dentro de los grupos ocupacionales. De acuerdo con a ENCV 2023 el 40,7% de las personas que reportaron estar trabajando reciben elementos de protección laboral, con un comportamiento menor en personas del servicio doméstico (0,9%), la población indígena (1,9%), negra y afrodescendiente (3,3%), raizal (0,61%), y no colombianos (1,28%), y campesina (18,4%). Cabe señalar que el total



de la población trabajadora reportó en un 10% no necesitar elementos de protección laboral. Asimismo, se estima que la media del ingreso mensual es de 1.561.828 pesos (min=0 y max=130.000.000), resultados concordantes con los informes que ubican a Colombia como el tercer país con mayor inequidad en el ingreso (0,51). Volviendo a la ENCV 2023, el promedio del ingreso mensual en pesos en población campesina es 1.165.294, indígena 1.374.242, y negra y afrodescendiente 1.412.905, población no colombiana 1.085.353¹

Contexto socio-ambiental y cambio climático

A 2023, se estima en Colombia un total de 45 conflictos socioambientales activos, que afectan el 71% de los departamentos. Los conflictos están ubicados en los departamentos de Santander (5), Antioquia(3), Cauca (3), Bolívar (3), Cesar (3), Córdoba (3), Huila(3), Magdalena(3), Choco(2), Guajira(2), Meta(2), Norte de Santander(2), Putumayo(2), Bogotá (1), Guainía(1), Nariño(1), San Andres y Providencia(1), Sucre(1), con la presencia de conflictos que afectan a las poblaciones de diferentes departamentos como son Cesar-Magdalena-Atlántico (1), Córdoba, Santander, Tolima, Cauca(1), Santander y Norte de Santander (1), Boyacá - Norte de Santander-Arauca.(1). Respecto de los conflictos socioambientales, se identifica: la conservación y uso de tierra, minería, acceso al agua, desastres industriales y por contaminación y proyectos de infraestructura; generando tensiones entre el desarrollo económico y la protección del medio ambiente y las comunidades locales (Global Atlas of Environmental Justice, 2025).

Se observan impactos ambientales diferenciales según el tipo de conflicto, estos incluyen afectaciones paisajísticas, contaminación de fuentes hídricas, transformación de sistemas acuíferos, pérdida de biodiversidad, contaminación de suelos, sequía, entre otros efectos que, a la vez, impactan de manera negativa la salud de las poblaciones, causando impactos diferenciales en pueblos y comunidades campesinas y étnicas, cuya subsistencia depende de los recursos naturales (Sentencia T-622 de 2016. Río Atrato como sujeto de derechos, 2016). A esto se suma, que entre 2016 y octubre de 2024 se registraron defensores de los derechos ambientales asesinados (INDEPAZ, 2024).

¹ Elaboración propia a partir de microdatos de La ENCV 2023. Nota, la ENCV solo presenta información para las categorías 1 Obrero o empleado de empresa particular; 2 Obrero o empleado del gobierno; 3 Empleado doméstico; 10 Jornalero o peón. Por lo que este promedio no da cuenta de los ingresos de profesionales y trabajadores independientes o cuenta propia.

Lo anterior se relaciona con el cambio climático, que se manifiesta con cambios en la temperatura, las precipitaciones, la humedad relativa, la radiación y otros procesos meteorológicos que incluyen aumento del nivel del mar. Respecto de la variabilidad de temperatura, la cual ha sido relacionada con cambios en el perfil epidemiológico como el incremento de enfermedades transmitidas por vectores, el IDEAM señaló “En el caso de las temperaturas media, máxima y mínima, todas presentan tendencias al aumento, y en el corto plazo habría zonas del país con aumentos significativos” En el corto plazo (2021-2040) se estimó un incremento de la temperatura máxima entre 0,4 y 2°C, con incrementos de más de 1,5 °C en Nariño y en el Catatumbo.

Para este mismo periodo de tiempo, la temperatura mínima incrementa entre 0,4 y 2°C en particular en la Región Andina, y respecto de la temperatura media se prevé que el aumento La temperatura media también se incrementaría en todo el país, entre 0,5 y 2°C en el periodo 2021-2040 en los cuatro escenarios SSP. Los mayores aumentos se presentarían en el Catatumbo. (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - Ideam., 2024)²

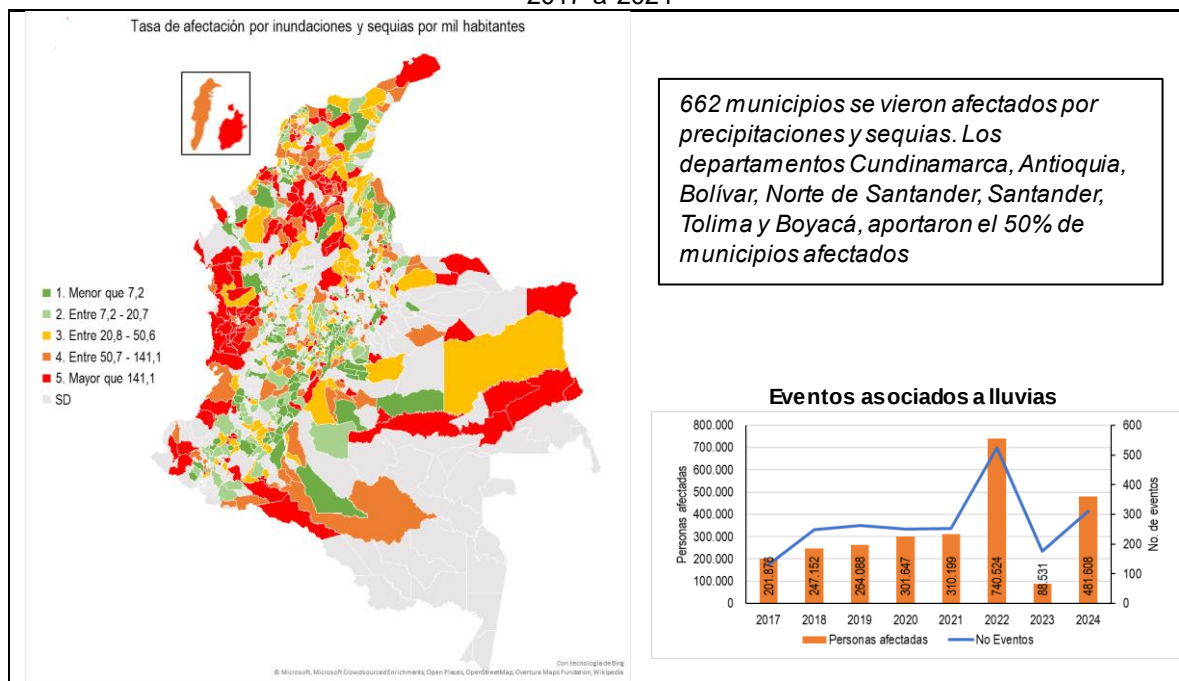
A esto se suma el cambio en las precipitaciones, el estudio señalado muestra que la mayor parte del territorio nacional tendrá aumentos, “y los más altos (del 20 % al 50 %) se verían en gran parte de la región Andina desde los escenarios SSP3-7.0 y SSP5-8.5 hacia la segunda mitad del siglo XXI. Por su parte, las reducciones de las lluvias se darían en la región Caribe y parte de la región Orinoquia, con las mayores disminuciones (del orden del 10 % al 40 %) en el periodo y en los escenarios mencionados anteriormente.” (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - Ideam., 2024).

Lo anterior, constituye una alerta, para el sector salud, toda vez, que este cambio se asocia con eventos como inundaciones (65%), sequías e incendios forestales, que impactan de forma negativa la vida y salud de las poblaciones. Entre 2017 y 2024 se registraron un total

² El estudio desarrollo cuatro escenarios de variables meteorológicas: precipitación, temperaturas media, máxima y mínima, humedad relativa, velocidad del viento y radiación, en los periodos 2021-2040, 2041-2060, 2061-2080 y 2081-2100, en comparación con el clima histórico del periodo 1981-2010 y desde los cuatro escenarios SSP del AR6 (SSP1-2.6, SSP2-4.5, SSP3-7.0 y SSP5-8.5). El informe puede ser consultado en

de 2.176 eventos asociados a cambio climático, las lluvias representan el 98% de los eventos, las sequías e incendios el 2% restante. Con un total de 2.664.613 personas damnificadas y 1.214.034 familias, con un promedio de 1220 personas damnificadas por evento (Unidad Nacional para la Gestión de Riesgos y Desastres, 2025). Los departamentos con una mayor participación en el total de eventos son: Norte de Santander, Córdoba, Cundinamarca, Bolívar, Santander, Chocó, Bogotá y Atlántico. Los eventos climáticos producen daños materiales y patrimoniales, de vivienda, y afectaciones en la salud de las personas y en la vida digna, como lo señaló la Corte Constitucional en el Sentencia T-123 de 2024, que indicó la existencia de víctimas de desplazamiento por factores ambientales y cambio climático (**Mapa 2**)

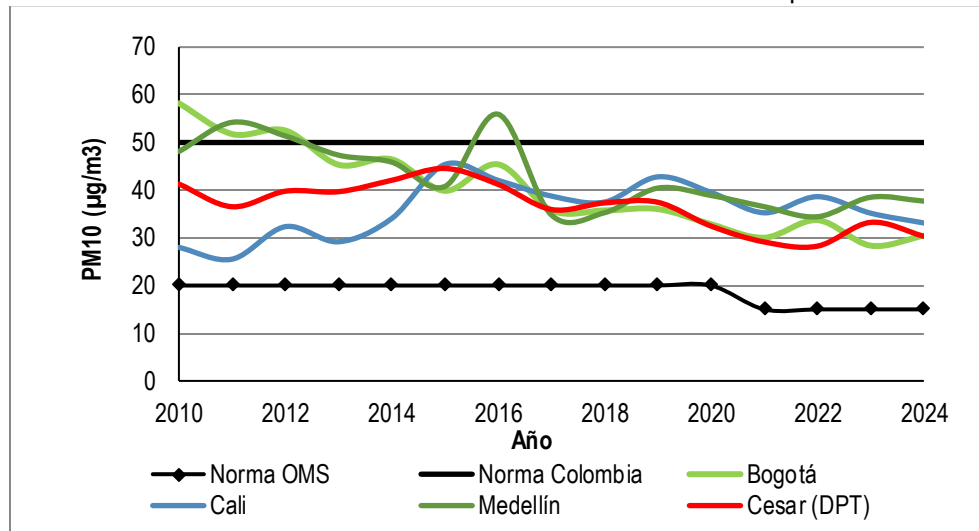
Mapa 2. Víctimas por factores ambientales y cambio climático en Colombia según municipio. 2017 a 2024



Fuente: Registro único de damnificados. Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
Disponible en: <http://201.130.16.28:8080/HOME/HOME>

En cuanto a la calidad del aire se observa, que la concentración de PM10, en el periodo 2010-2024 se encuentra por debajo del valor permitido en Colombia, según Resolución 2254 de 2017 del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, no obstante, supera el estándar permitido por la OMS para cuatro ciudades que cuentan con seguimiento Medellín, Bogotá, César y Cali. **Gráfico 1**

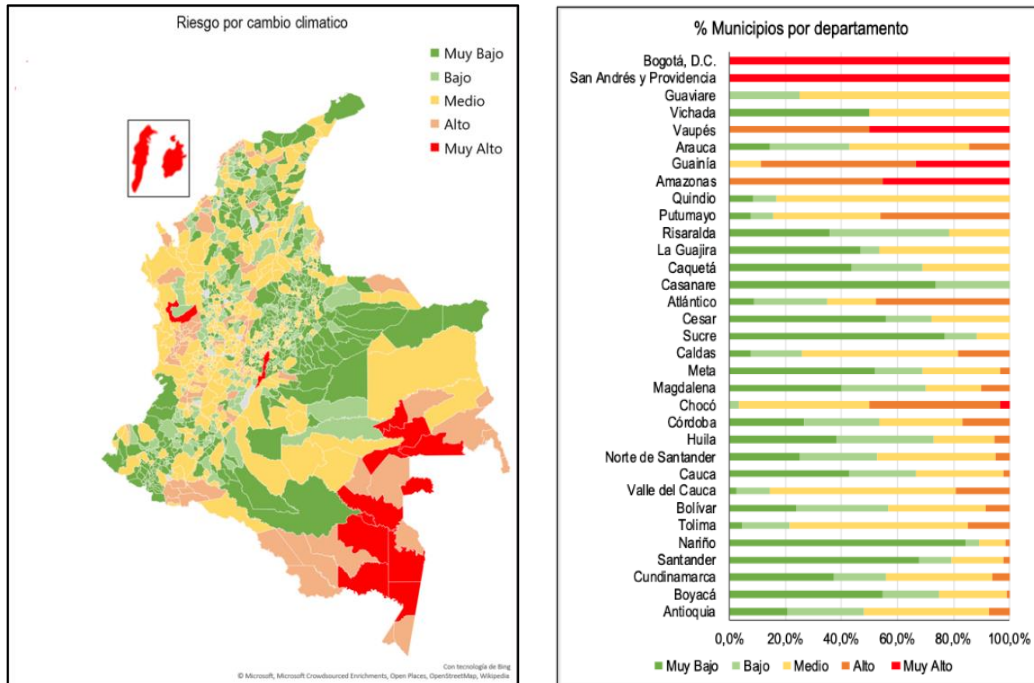
Gráfico 1. Concentración anual de Materia Particulado -PM- 10µm. 2010-2024



Fuente: Elaboración propia con datos del IDEAM, Indicadores ambientales 2025
[\(https://experience.arcgis.com/experience/568ddab184334f6b81a04d2fe9aac262/page/Indicadores-Ambientales/\)](https://experience.arcgis.com/experience/568ddab184334f6b81a04d2fe9aac262/page/Indicadores-Ambientales/)

Llama la atención que al comparar el número de eventos climáticos entre 2017 y 2024, y el Índice de riesgo Climático (**Mapa 3**) se identifica que, en departamentos como Chocó y Atlántico con un Índice de Riesgo Climático Alto, la magnitud de los efectos sobre la población puede ser mayor. Sin embargo, departamentos como Amazonas y Vaupés que tienen un alto Índice de Riesgo Climático no tienen eventos climatológicos reportados entre 2017-2024, aspecto que contrasta con el reporte que realizan otras fuentes de información, como el señalado por la ONU con la afectación en el proceso nutricional de niños y niñas en el departamento de Amazonas “ Esto, a su vez, ha aumentado el riesgo de que los niños sean reclutados, utilizados y explotados por grupos armados no estatales, y también ha provocado un aumento de las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas, la malaria y la desnutrición aguda entre los niños menores de 5 años” (ONU, 2024).

Mapa 3. Municipios con riesgo por cambio climático. 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del tercer informe sobre el Análisis de vulnerabilidad y riesgo por cambio climático en Colombia 2017

Este conjunto de situaciones amplifica las carencias estructurales e históricas de los territorios, relacionadas con el acceso al agua potable y el saneamiento básico. Respecto del Índice de Riesgo de Calidad del Agua -IRCA el cual responde al indicador que permite conocer si el agua que consumimos es potable o no³, se evidenció que el IRCA es 2,3 veces mayor en ámbitos urbanos respecto de las zonas rurales para el año 2022. Asimismo, para el año 2018, aún persistían 281 municipios con un IPM superior al 34,65%.

Contexto conflicto armado interno y delincuencia organizada.

Se ha mencionado que cerca del 95% de los municipios a lo largo de la historia reciente del país han sido escenarios de conflictos armados internos, dejando un saldo de víctimas que representan el 18% de la población colombiana. En términos de derechos humanos y del Derecho Internacional Humanitario se han descrito diferentes modalidades de violencia contra la población civil desatacándose por su frecuencia: acciones contra la vida y la

³ Resolución 2115 de 2007



integridad personal, que se materializa en asesinatos (selectivos y masacres), desaparición forzada, incidentes por mina antipersonal, amenazas; tortura y otros tratos degradantes; violencia sexual y otras violencia de género; reclutamiento ilícito de niños , niñas y adolescentes; secuestro; y desplazamiento forzado. Con víctimas que a lo largo de su vida han sufrido más de una violación de derechos humanos.

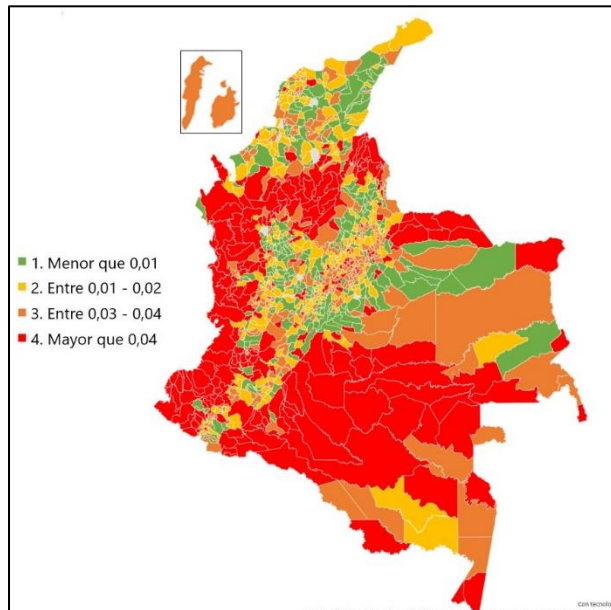
En un inicio estaba la guerrilla, vivían en mi corregimiento yo los miraba que pasaban en la noche, las citas, las reuniones, pero más tarde mi papa decidió que nos llevaba para Bogotá para podernos alejar de eso. Luego de un tiempo regresamos ...luego entraron los paramilitares...a mi familia los hermanos de mi mama los masacraron, un hermano mío de 17 años, fueron cinco muertos, una noche llegaron los paramilitares, los mataron a todos. Mi papa era presidente de junta de acción comunal, allá no entraban hacer levantamiento, él estaba autorizado para hacer levamiento porque la fuerza pública no entraba, jamás en la vida he mirado llorar a mi papa, hasta ese momento en que le dijeron que fuera hacer el levantamiento de su cuñado, de su hijo y de sus sobrinos”

[lideresa campesina. Pitalito, Huila, 2024].

Posterior al Acuerdo de Paz en 2016, entre el Estado colombiano y las FARC –EP se observó una tendencia a la disminución de las violaciones e DDHH y las infracciones del DIH en el territorio nacional, sin embargo, en 2020 se observó un incremento de los asesinatos (selectivos y masacres), y otros repertorios de violencia, encontrándose entre 2019 y 2022, 282 municipios con un Índice de intensidad de Conflicto Armado Interno superior al 0,04.⁴ (**Mapa 4**)

⁴ El Índice de Intensidad del conflicto Armado Interno, es una medida realizada por el ONS -INS. Para este periodo el grupo de la Dirección de Epidemiología y Demografía estimaron el resultado, usando para ello los coeficientes presentados por el INS y con base en los datos de violación de derechos humanos del CNMH.

Mapa 4. Índice de Intensidad del Conflicto Armado Interno. 2019-2022



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio de memoria y conflicto del CNMH. Corte a diciembre de 2022. Metodología del ONS-INS.

<https://micrositios.centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/download/casos-acciones-belicas/>

El comportamiento de los repertorios de violencia presentó disminución en 2023 y 2024, aspecto que señala la importancia en materia de derechos humanos de los acuerdos de cese al fuego, en el marco de la Paz Total, con algunos grupos armados entre 2023 y (CNMH, 2024). (*Tabla 2*)

Tabla 2 Casos de violación de Derechos Humanos e Infracciones al DIH.

Violación de DDHH y DIH	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Asesinatos selectivos	334	430	281	561	286	121
Masacres	7	30	18	23	9	4
Violencia sexual	301	135	37	4	1	1
Secuestro	38	24	41	94	67	21
Reclutamiento y utilización de niños y adolescentes	1	14	9	7	12	4
Incidentes con minas antipersona	74	107	90	133	91	76

Fuente: Observatorio de violencia del CNMH. Tomado el 15 de febrero de 2025. Datos con corte a octubre de 2024. <https://micrositios.centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/download/casos-acciones-belicas/>

Pesé a lo anterior, en 2024 se reportaron ocho conflictos armados internos, con un total de 19 alertas tempranas realizadas por la Defensoría del Pueblo, de las cuales nueve alertas son por procesos estructurales y once por inminencia. Del total de alertas tres están relacionadas con criminalidad organizada en Girón-Bucaramanga; Villavicencio - Meta y Calarcá - Quindío. Asimismo, se reportó una alerta temprana respecto de defensores

ambientales en los departamentos de Amazonas – Caquetá. La disputa territorial o consolidación de control territorial se reportó en municipios de Santander, Norte de Santander, Valle del Cauca, Chocó, Caquetá, Cauca, Casanare, Vichada, Córdoba, Nariño, Bolívar y Quindío (Defensoría del Pueblo, 2025), con un saldo superior a 121.000 víctimas de confinamiento y desplazamiento forzado en 2023, violación de DDHH que registra más de 8 millones de víctimas en el marco del conflicto armado.

Contexto poblacional



Foto: Mujeres campesinas. La Tetilla – Popayán. Octubre 2025.

Uno de los logros más significativos de la sociedad colombiana ha sido alcanzar una esperanza de vida al nacer de 77,2 años, con una diferencia entre hombres (74,5) y mujeres (80,1), cambio que, como se señala en el capítulo dos, encuentra explicación en la disminución de la mortalidad en el país, con una evidente reducción en los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) entre 2005 y 2023.⁵ Por ejemplo, en el caso de las enfermedades del sistema circulatorio la tasa ajustada de AVPP paso de 2257,9817 a 1593,6969 por 100.000 habitantes respectivamente. No obstante, la esperanza de vida al nacer presenta notables disparidades regionales, reflejando brechas en las condiciones de vida y en el acceso a servicios de salud.

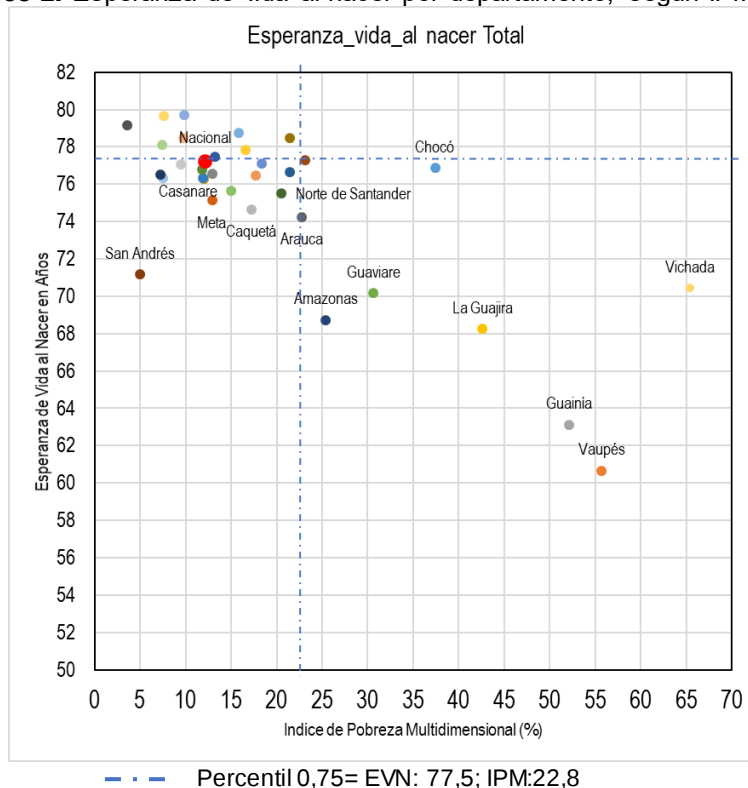
Al comparar la esperanza de vida al nacer entre departamentos, se evidencia una diferencia absoluta de hasta 17 años en el total nacional, y de 19,2 años en el caso de las mujeres,

⁵ Anexos 1 y 2.

tomando como referencia Vaupés (60,7 años para hombres y 63,4 para mujeres) frente al promedio del país.

Un análisis de la esperanza de vida en relación con la distribución del IPM departamental de 2023 ratifica esta inequidad. Los departamentos en el cuartil más alto del IPM (superior a 22,8), como Vaupés, Guainía, Vichada, La Guajira, Guaviare, Arauca y Amazonas, presentan una esperanza de vida inferior a 74,3 años. Además, Caquetá y Norte de Santander, con un IPM superior a 15, tienen una esperanza de vida inferior a 76 años. Resulta llamativo el caso de San Andrés y Providencia, donde a pesar de contar con un IPM de solo 5 puntos, la esperanza de vida es de 72 años, lo que sugiere la influencia de otros factores en la calidad de vida y acceso a servicios de salud en este territorio (**Gráfico 2**).

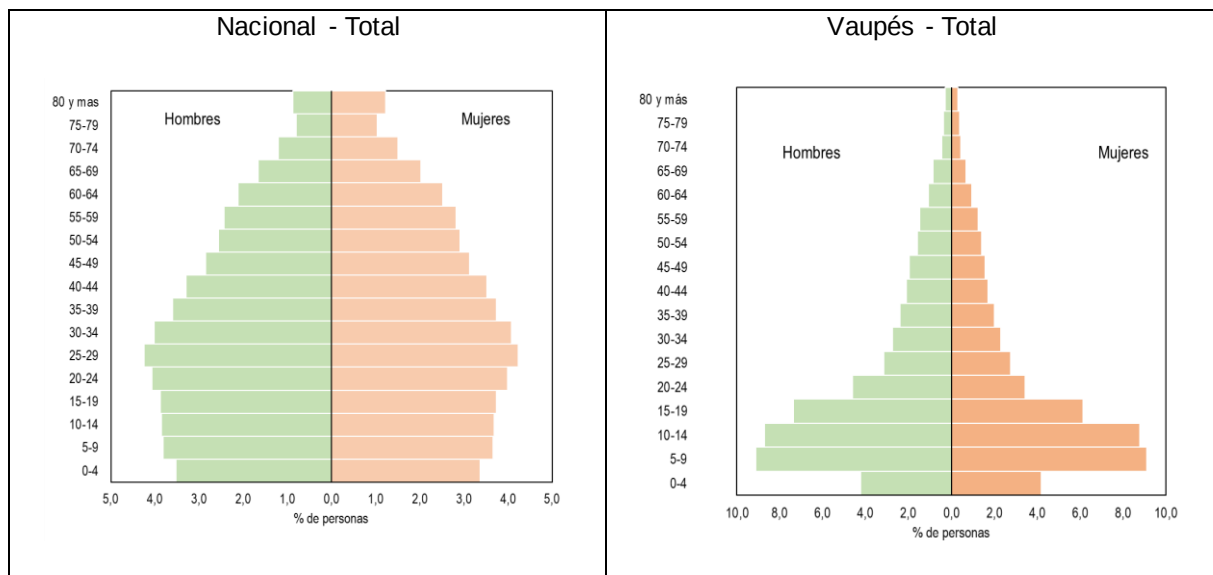
Gráfico 2. Esperanza de vida al nacer por departamento, según IPM 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones de cambio demográfico y de pobreza y condiciones de vida. DANE. 2023

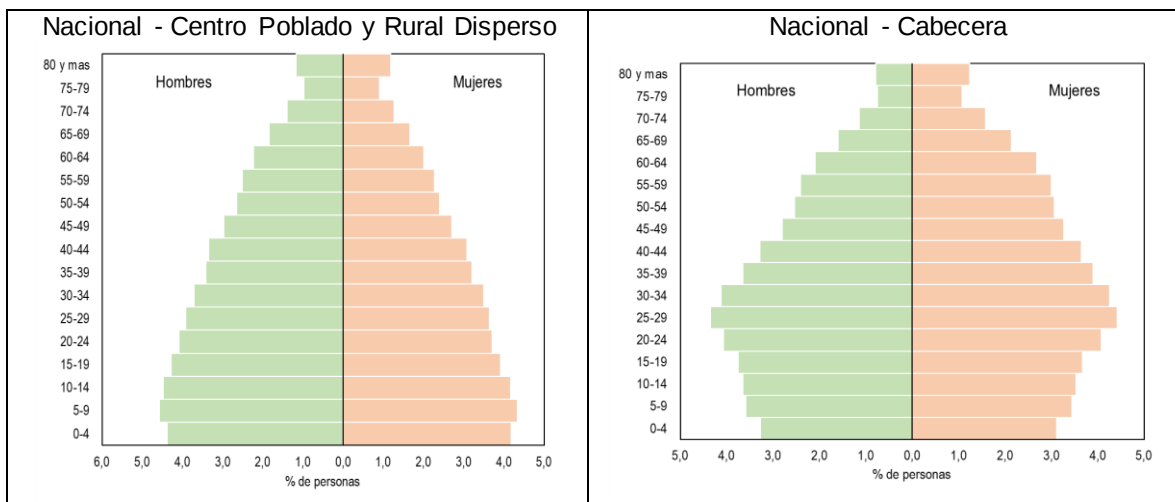
El proceso de transformación demográfica en Colombia se caracteriza por un rápido envejecimiento poblacional y un aumento en la longevidad que se observa en los diferentes indicadores demográficos, en particular en el índice de envejecimiento que pasó de 38 en 2019 a 43 en 2024.⁶ Para el año 2024, se estima que el 14,9% de la población tiene 60 años o más, con una mayor proporción de mujeres (16,2%) en comparación con hombres (13,6%). Este fenómeno presenta diferencias significativas según el tipo de asentamiento. En centros poblados rurales y zonas de dispersión rural, la proporción de hombres de 60 años o más supera en 1,3 puntos porcentuales la observada en las cabeceras municipales. En contraste, en el caso de las mujeres, la tendencia se invierte, con una proporción 1,8 puntos porcentuales mayor en las cabeceras municipales que en las áreas rurales. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Pirámide poblacional Colombia según área de residencia y departamento del Vaupés 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones poblacionales DANE. 2024

⁶ Nota: en el Anexo 1 encuentra los diferentes indicadores demográficos del país comparando 2019, 2024 y 2029.



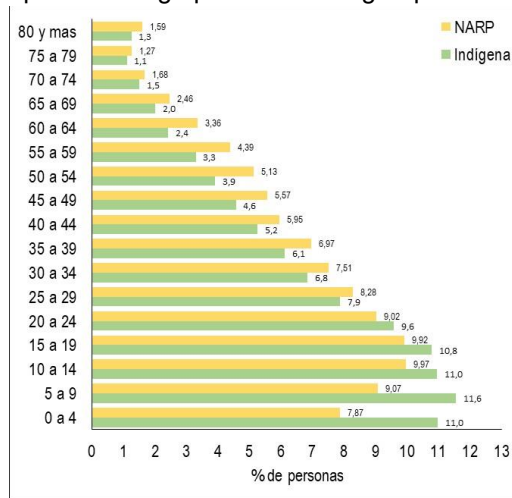
Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones poblacionales DANE. 2024

A lo anterior, se suma la existencia departamentos con una proporción de personas de 60 y más inferior al 3%, como en el caso de Vaupés, con un estimado de 84,3% de población indígena respecto del total de la población, aspecto que analizado en conjunto respecto de lo ya dicho sobre la esperanza de vida al nacer señala las desventajas sociales acumuladas que afectan a la población de este territorio desde su nacimiento. Ahora bien, al mirar la composición de la estructura poblacional de los pueblos y comunidades étnicas, se identifica un predominio de población menor de 25 años en los pueblos indígenas, con tan sólo el 8% de personas de 60 y más años. Cabe señalar, que no se cuenta con información disponible para proyectar la Esperanza de vida en estas poblaciones (



Gráfico 4).

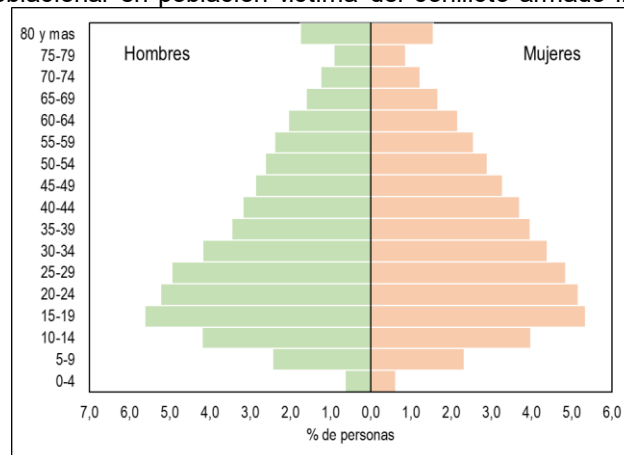
Gráfico 4. Proporción de grupos etarios según población étnica. 2018



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda -CNPV- 2018. DANE

Una pregunta necesaria es cuál ha sido el impacto del conflicto armado interno en la estructura poblacional, en particular de los territorios, donde este persiste. Se debe indicar que está no es una tarea fácil, en particular porque los territorios han sufrido desplazamiento forzado y repoblamiento. Una manera de aproximarse es a través de la composición de la pirámide de población en las víctimas, la cual muestra una proporción mayor de mujeres que de hombres entre los 25 y 44 años, respecto del comportamiento de la población a nivel nacional, con una proporción de 17% de personas de 60 años y más. **(Gráfico 5)**

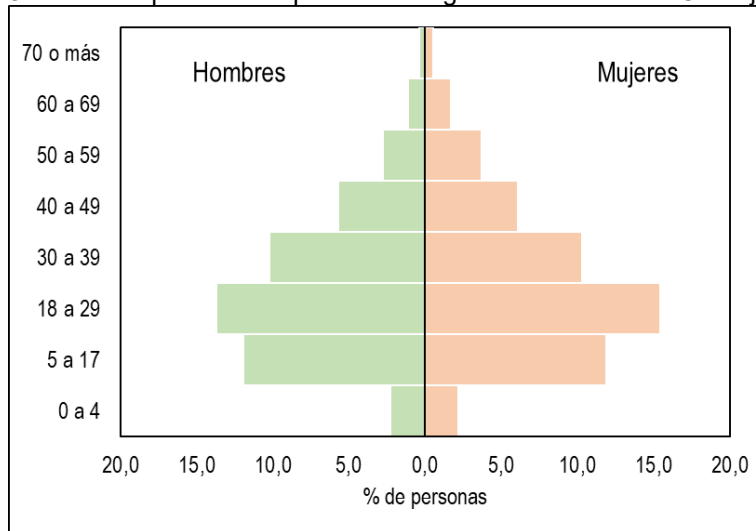
Gráfico 5 Pirámide poblacional en población víctima del conflicto armado interno. Colombia. 2024.



Fuente. Elaboración propia a partir de Cubos SISPRO. RUV. Consultado 6 de marzo de 2025

Al escenario anterior se suma el que Colombia se ha transformado de ser un país expulsor (se estima más de un millón de personas exiliadas) a ser un país receptor de personas extranjeras migrantes, con mayor frecuencia población nacional de Venezuela. Sobre el particular se debe indicar dos aspectos, el primero de ellos es la composición demográfica de esta población, la cual se concentra entre los 5 y 40 años. (**Gráfico 6**)

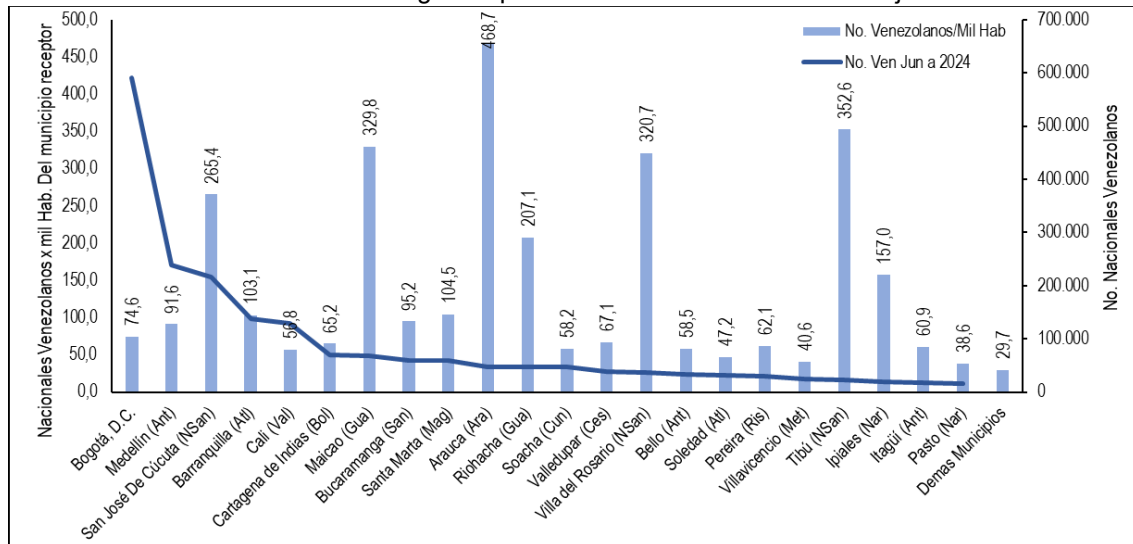
Gráfico 6. Pirámide poblacional población migrante venezolana. Corte junio 2024



Fuente: Migración Colombia. Tableau Public. Migrantes venezolanos en Colombia. Disponible en : <https://public.tableau.com/app/profile/migraci.n.colombia/viz/MigrantesvenezolanosenColombia-Junio2024/MigrantesvenezolanosenColombia>

El segundo aspecto, es el posible impacto que tiene en la composición de la estructura poblacional, dado que hay municipios donde prácticamente hay una persona migrante por un nacional, casos como los municipios de frontera: Arauca, Tibú, Villa del Rosario, Maicao y Cúcuta requerirían un mayor análisis, dado el reto que implica esta transformación de la geografía humana del territorio. (**Gráfico 7**)

Gráfico 7. Población migrante proveniente de Venezuela. Corte junio 2024



Fuente: Migración Colombia. Tableau Public. Migrantes venezolanos en Colombia. Disponible en <https://public.tableau.com/app/profile/migraci.n.colombia/viz/MigrantesvenezolanosenColombia-Junio2024/MigrantesvenezolanosenColombia>



Capítulo 2. Situación de salud en el territorio nacional.



Sí, porque es difícil hacer un tema de caracterización [población trabajadora cafetera], es difícil poder saber qué personas entran solamente por recolección y qué personas salen solamente por recolección. Tendría que haber un trabajo súper articulado entre el dueño de la finca y decir, mire, tengo a tantas personas en mi finca y notificar a la alcaldía y en caso de alguna afectación en salud también notificar, mire, tengo esto porque se accidentaron, se cayeron, no explicó, no sé qué cosas, pero eso no se hace, esa conexión no existe, esa conexión no se hace. Y sería bueno que a través de este espacio ojalá se pudiera hacer algún trabajo en la alcaldía para de pronto hacer algún tipo de engranaje con los caficultores dueños de su finca y que de pronto en algún momento, no sé, se creara una estrategia que nos permitiera poder saber cuánta gente entra y sale solamente por recolección y cuáles son como las principales necesidades, riesgos, problemáticas, no sé, que se presentan para poder tener ese acompañamiento porque hay casos como esos y la gente se queda como, ¿y ahora qué hago? ¿Cómo me regreso? Sin plata para llevar a la casa. Y enfermo. Ahora como me regreso a la casa.

Lideresa -Pitalito-Huila entrevista tomada en el marco del documento formas de vida campesina (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

La comprensión del proceso de salud -enfermedad de la población, implica una mirada a dimensiones subjetivas, que refieren a la valoración que las poblaciones tienen de su salud y condiciones de enfermar, y objetivas, que tradicionalmente han sido relacionadas con los análisis epidemiológicos de la información. En términos de los padecimientos, la ENCV el 71% de la población encuestada en 2023 manifestó que su estado de salud es bueno, el 12% recibió diagnóstico de enfermedad crónica en los últimos treinta días, y el 88,8% al momento de la encuesta reciben tratamiento para la enfermedad.⁷ Estos elementos relacionados con la morbilidad sentida, presentan disparidades, encontrando 1,2 veces más la probabilidad de ser diagnosticado con una enfermedad crónica el grupo de campesinos comparado con el grupo que no se reconoció como campesino (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

A esto se suman otros padecimientos que la población manifiesta, por ejemplo en el caso de la población campesina, se ha identificado procesos sociales como el trabajo de la tierra, donde se identifica accidentabilidad y sobrecarga, así como procesos relacionados con economías ilícitas el territorio como son el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes, o procesos ambientales, como la pérdida de la audición por ruido o la presencia de

⁷ Datos procesados por el equipo del Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la ENCV 2023, preguntas P1930 y P1930S1



enfermedades respiratorias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Los padecimientos que las comunidades han señalado dialogan con las cifras de morbi-mortalidad que el país viene reportando, y que se describen en párrafo seguido.

Morbilidad atendida en Colombia

En 2023, se registran un total de 38.907.302 atenciones que corresponden al 10,6% del total de atenciones entre 2011 y 2023, periodo en el cual se ha realizado la contabilización de los registros individuales de atención.⁸ La distribución de atenciones según sexo presenta un comportamiento sin variación, que evidencia que por cada 1.5 atenciones que reciben las mujeres los hombres reciben 1 atención.

Asimismo, se observa que la distribución de las causas generales de atención se ha mantenido estable a lo largo del tiempo. En primer lugar, predominan las atenciones por enfermedades no transmisibles (83,4%), seguidas por signos y síntomas mal definidos (9%), condiciones transmisibles y nutricionales (3,7%), lesiones (3,6%) y, en menor proporción, condiciones maternas y perinatales (0,029%). Una mirada desagregada, muestra que la enfermedad cardiovascular (17,79%), las enfermedades musculoesqueléticas (13,11%), las condiciones orales (10,3%) y la enfermedad genitourinaria (10,1%) del total de las causas de ENT constituyen las primeras causas de atención en salud.

En 2023 las enfermedades no transmisibles representan la primera causa de atención en todas las etapas del curso de la vida mostrando incremento al comparar 2022 y 2023. La proporción es niños y niñas menores de cinco años (40,16%), 6 y 11 años (57,17%), adolescencia (61,54%), juventud (58,92%), adultez (83,49%) y vejez (83,46%). En 2023, se observa un ligero aumento en la tasa de incidencia de leucemia aguda linfóide pediátrica en menores de 15 años (3,4) y de leucemia aguda mielóide pediátrica en este mismo grupo etario (0,5). Sin embargo, destaca el hecho de que estos indicadores no han mostrado fluctuaciones significativas desde 2016, lo que sugiere la necesidad de una investigación más profunda.

⁸ Anexo de Morbilidad General 3, 4, 5, 6 y 7.



De manera similar, según los datos de la Cuenta de Alto Costo, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) no presenta variaciones notables en el tiempo. No obstante, en 2023, la prevalencia de ERC en estadio 5, con requerimiento de terapia de restitución o reemplazo renal, muestra un aumento (77,82) en comparación con 2022 (69,87). Por otro lado, la tasa de incidencia de ERC en estadio 5 con necesidad de terapia sustitutiva registra una leve disminución, pasando de 8,9 en 2022 a 7,9 en 2023. Además, al comparar el número de personas en estadios 4 y 5, se observa un incremento en 2023 respecto a 2022, mientras que en los estadios 2 y 3 ocurre lo contrario, con una mayor cantidad de personas en 2022. Estos hallazgos podrían estar reflejando la progresión de la enfermedad desde los estadios iniciales (1, 2 y 3) hacia los más avanzados (4 y 5).

En cuanto a la prevalencia de hipertensión, se registra un incremento en 2023 (10,56) en comparación con 2022 (9,13), un patrón similar al observado en diabetes mellitus, con valores de 3,75 en 2023 frente a 3,09 en 2022.

Por otro lado, las atenciones por lesiones muestran un leve aumento entre 2022 y 2023, especialmente en la población de 14 a 26 años. Este comportamiento es similar en ambos sexos, con la excepción de los hombres jóvenes, donde el incremento es de 1 punto porcentual.

En el ámbito de las condiciones transmisibles y nutricionales, se evidencia un ligero aumento en las diferentes etapas del curso de vida, excepto en niños y niñas menores de cinco años, donde se destaca una reducción de -1,06 pp. En población general, se observa un incremento en la tasa de Chagas (2,9), así como en la incidencia de dengue (410,80) y dengue grave (5,77). Por otro lado, la tasa de incidencia de sífilis congénita (2,9) muestra una leve disminución respecto a 2022 (3,29) y 2021 (3,58), aunque sigue siendo superior a los valores reportados antes de 2019. En cuanto a la incidencia de VIH, se registra un ligero aumento en 2023 (28,4) en comparación con 2022 (27,72), manteniéndose por encima de los valores previos a 2019.

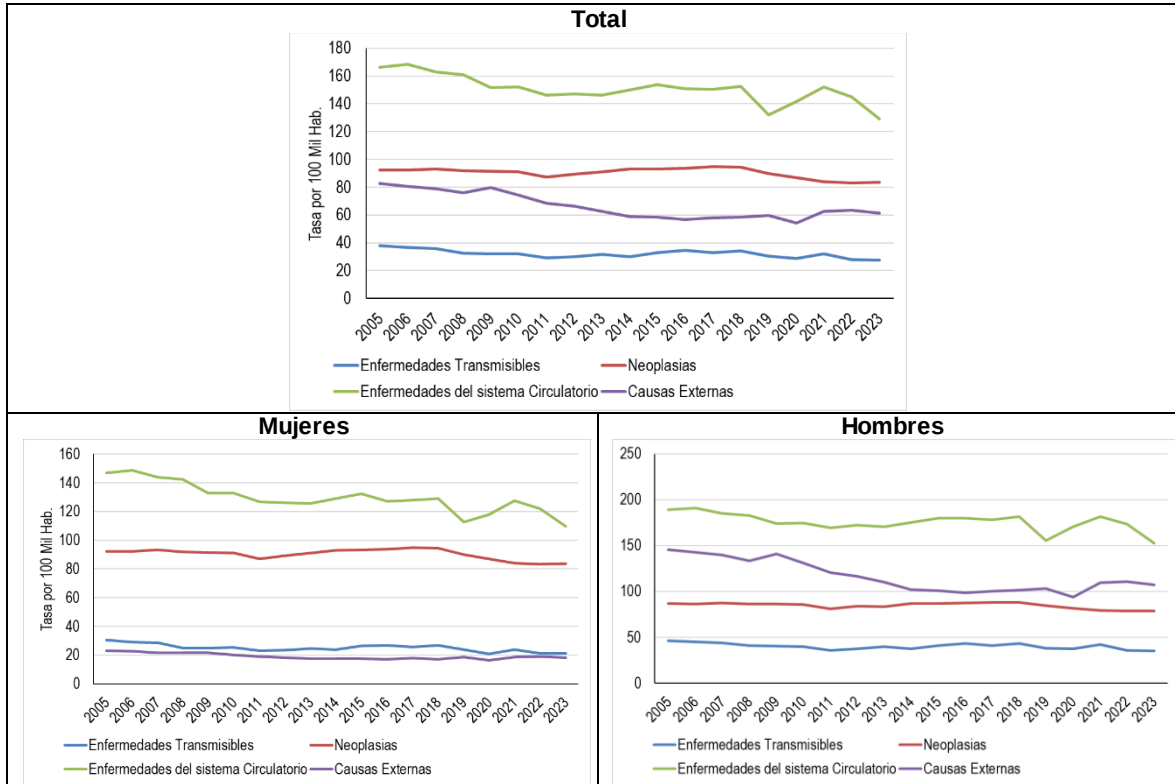
Mortalidad General en Colombia

Se debe señalar que el comportamiento de la mortalidad general en el país muestra que las enfermedades del sistema circulatorio siguen siendo la primera causa de muerte, para ambos sexos, sin embargo, al colocar el foco en la tasa ajustada de AVPP en el periodo analizado 2005 -2023, las causas externas aportan el mayor número de años por 100.000 habitantes.⁹

Una mirada general a las tasas de mortalidad ajustadas de enfermedades del sistema circulatorio evidencia que entre 2005 y 2023 se presentó un descenso, que se acentúa entre 2018 y 2019. En este grupo de causas, en 2023 las enfermedades isquémicas del corazón (69,88) y las enfermedades cerebrovasculares (26,47) presentan las mayores magnitudes. La mortalidad por causas externas muestra disminución entre el 2009 y el 2017, lo cual se acompañó de disminución de la violencia homicida en el marco del conflicto armado y otros escenarios de alta conflictividad social, con una tasa que paso de 82,60 en el año 2005 a 49,37 en el año 2023. Las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas muestran una leve disminución, que se acentúa entre 2018 y 2023. (**Gráfico 8**)

⁹ Anexos 8, 9, 10, 11 y 12

Gráfico 8. Tendencia tasas de mortalidad ajustada por causas generales total y según sexo.
Colombia.2005-2023



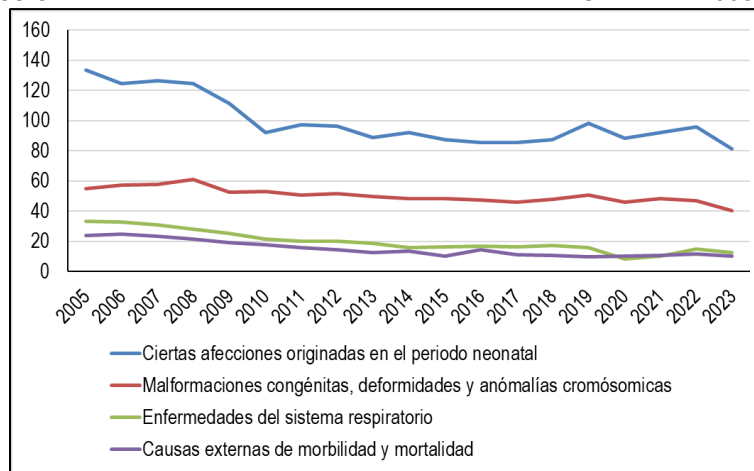
Fuente: Estadísticas Vitales. Año 2023. Cálculo MSPS. Módulo Geográfico de SISPRO. Consultado en Indicadores Básicos de Salud 2024. Nota: La gráfica 15. No incluye Enfermedades del sistema digestivo, sistema genitourinario, signos y síntomas anormales clínicos y de laboratorio, todas las demás enfermedades.

La distribución por sexo refleja tendencias similares a las observadas en los valores totales. Sin embargo, en las mujeres se registra un leve incremento de la mortalidad por causas externas a partir de 2019 (**Gráfico 8**). Asimismo, el análisis de tasas ajustadas de AVPP por 100.000 habitantes, para el año 2023, indica que las neoplasias (1,705.78) constituyen desde el año 2009, la segunda causa de pérdida de años, después del grupo que agrupa todas las demás causas (1,930.79). Sobre el particular, se encuentra que las tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias de mayor frecuencia son los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (13,02), el cáncer de mama (11,64), tumores malignos de otras de otras localizaciones no especificadas (10,07), y el cáncer de cuello uterino (6,62).

La mortalidad en los hombres sigue un patrón similar al de la mortalidad general. Destaca el notable descenso de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en 2023, con una tasa de 152.45 por 100,000 habitantes, en comparación con años anteriores, cuando superaba los 170 por 100,000. (**Gráfico 8**). No obstante, al analizar las tasas ajustadas de AVPP para 2023, las causas externas (4,498.85) continúan siendo la principal causa de años perdidos, seguidas por el grupo que agrupa todas las demás enfermedades (2,202.94) y las enfermedades del sistema circulatorio (1,916.62).

En cuanto a la mortalidad en la niñez el análisis de causas muestra una tendencia general a la disminución de todas las tasas. En 2023, se estimó una tasa de 13,6 por cada 100.000, manteniendo como principales causas las afecciones del período perinatal, las malformaciones congénitas y las enfermedades respiratorias. (**Gráfico 9**).

Gráfico 9. Tendencia tasas de mortalidad en la niñez. Colombia 2005- 2023*



Fuente: Estadísticas Vitales. Año 2023. Cálculo MSPS. Módulo Geográfico de SISPRO. Consultado en Indicadores Básicos de Salud 2024.

Este comportamiento es distinto respecto de las tasas de mortalidad de niños entre 1 y 4 años. Las enfermedades del sistema respiratorio son la principal causa de muerte (7,72), seguidas por las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (5,35), y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías (5,31). Por otro lado, en el caso de la mortalidad infantil, las principales causas son las afecciones del período perinatal (5,78), seguidas por las malformaciones congénitas (2,59).



Ahora bien, se ha señalado que algunos trazadores en salud tienen patrones de distribución territorial, dados los núcleos de inequidad social y ambiental descritos en el contexto territorial. Dado esto, a continuación, se presenta el análisis de los trazadores de salud establecidos en el Plan Nacional Desarrollo complementados con trazadores relacionados con la violencia homicida y enfermedades transmitidas por vectores.

Algunas condiciones de vida y trazadores de salud en el territorio

Inseguridad alimentaria y mortalidad por desnutrición en niños menores de cinco años

Para el año 2023, se estimó que en promedio los municipios de Colombia tenían un índice de inseguridad alimentaria¹⁰ medio alto (0,58), sin embargo, 72 municipios se ubicaron en la categoría alto¹¹ (Departamento Nacional de Planeación, 2023); en este grupo, el 58,3% estuvieron en Chocó, Cauca y Nariño, y los municipios Medio Atrato (Chocó), Alto Baudó (Chocó), Carmen del Darién (Chocó), Bojayá (Chocó), Barrancominas (Guainía), Murindó (Antioquia) y López de Micay (Cauca), tuvieron la peor estimación (entre 0,18 y 0,25).

Para el mismo año, en Colombia se registraron 309 muertes por desnutrición en menores de 5 años (8,3 por cada 100.000), una cifra equivalente al total de menores de 5 años proyectados en el municipio de Zetaquirá -Boyacá, en 2023. El 25% de estas muertes se concentraron en municipios de los departamentos de La Guajira (Uribia, Maicao, Manaure y Riohacha) y Chocó (Quibdó). De igual forma, el grupo de municipios con mayores tasas de mortalidad (cuartil 4), hicieron parte de los departamentos de Chocó (Lloró, Bojayá, Tadó, El Carmen de Atrato, Atrato, Carmen del Darién, Riosucio, Bagadó, Medio Atrato y Bahía Solano), Antioquia (Buriticá, Murindó, Frontino, Vigía del Fuerte y Urrao) y Bolívar (San Martín de Loba, Soplaviento y Hatillo de Loba).

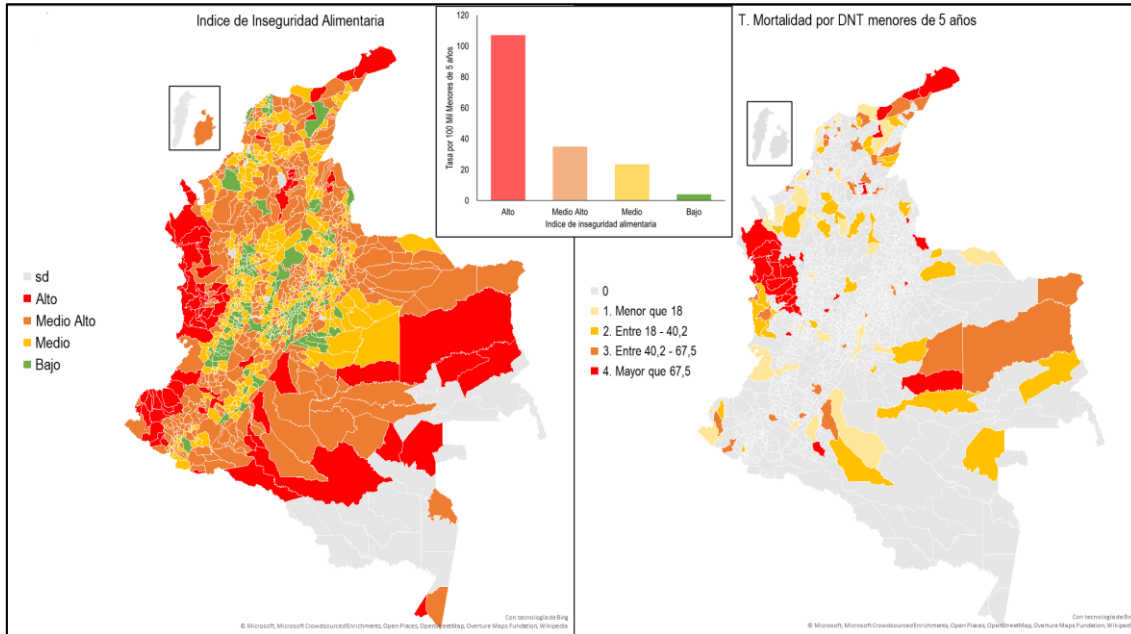
Al comparar el comportamiento territorial de los indicadores anteriores, se encontró que los municipios con las tasas más altas de mortalidad por desnutrición (cuartil 4) coincidieron con la agrupación de la categoría alta inseguridad alimentaria, principalmente en los

¹⁰ El índice de seguridad alimentaria es estimado a partir de la disponibilidad, la adecuación y el acceso físico y económico de los alimentos.

¹¹ La categoría **alto** implica que existen mayores retos en cuanto a una alimentación suficiente, adecuada, sana e inocua, mientras que la categoría **bajo** implica menores retos.

departamentos de La Guajira, Chocó, Vichada y Meta. De esta forma, la tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición fue 26 veces mayor en la categoría alta inseguridad alimentaria comparado con la categoría bajo (**Mapa 5**)

Mapa 5. Índice de inseguridad alimentaria y tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, según municipio. 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de la información del Departamento Nacional de Planeación DNP y del CUBO SISPRO. Indicadores. Consultado 14 de marzo de 2025.

Condiciones socioeconómicas y la salud sexual y reproductiva en las mujeres

Desde un enfoque de derechos humanos, la salud sexual y reproductiva de las mujeres es un componente fundamental de su bienestar y autonomía, estrechamente ligado al acceso a servicios de salud de calidad, la educación integral en sexualidad y la garantía de una vida libre de violencia. En este punto se analizó el comportamiento de la tasa de fecundidad en adolescentes, la razón de mortalidad materna y la incidencia de violencia contra las mujeres, respecto a el área de residencia (cabecera municipal y centros poblados y ruralidad dispersa), los quintiles del índice de pobreza multidimensional por departamento, y el nivel educativo.



El embarazo en adolescentes representa un especial interés dado su impacto en el ejercicio de los derechos de las mujeres, sus condiciones de salud y repercusiones en el progreso social y económico. En este sentido, pese a que en Colombia el embarazo en menores de 15 años es un intolerable y considerado un abuso sexual, para el 2023 se presentaron 3.837 nacimientos en este grupo de edad (2 por cada mil menores), que al compararse con lo registrado en 2014 tuvo una reducción del 41,2% (2.756 casos menos) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Si observa el indicador frente al área de residencia, en los centros poblados y la ruralidad dispersa, fue 1,2 veces mayor (4,3 por cada mil mujeres), además, en la ruralidad fue 1,7 mayor si se compara con las cabeceras municipales.

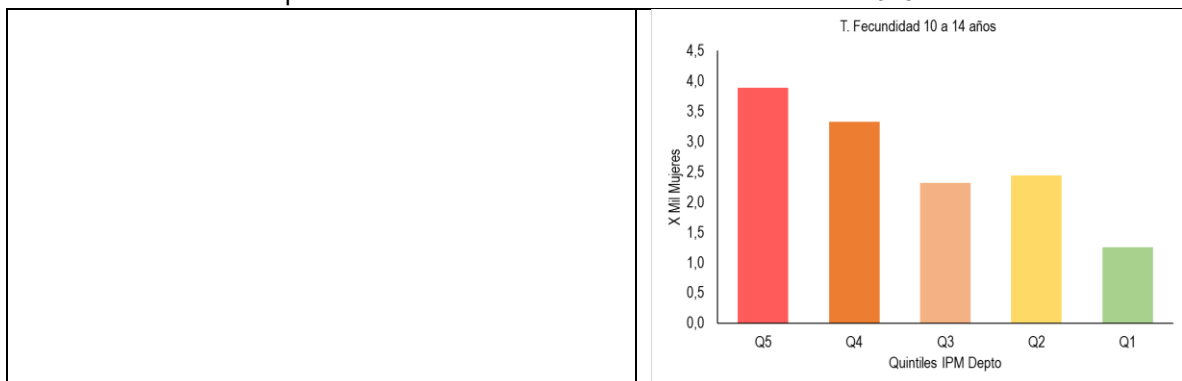
Este comportamiento según el área de residencia, es visto también en la mayoría de departamentos, donde Cundinamarca, Boyacá, Antioquia y Norte de Santander mostraron la mayor diferencia (promedio 3,6 veces mayor). En contraste, en la región de la Amazonía las entidades Vaupés, Vichada y Putumayo, al occidente en Chocó y Bogotá, las tasas de fecundidad más altas se observaron en las cabeceras municipales (

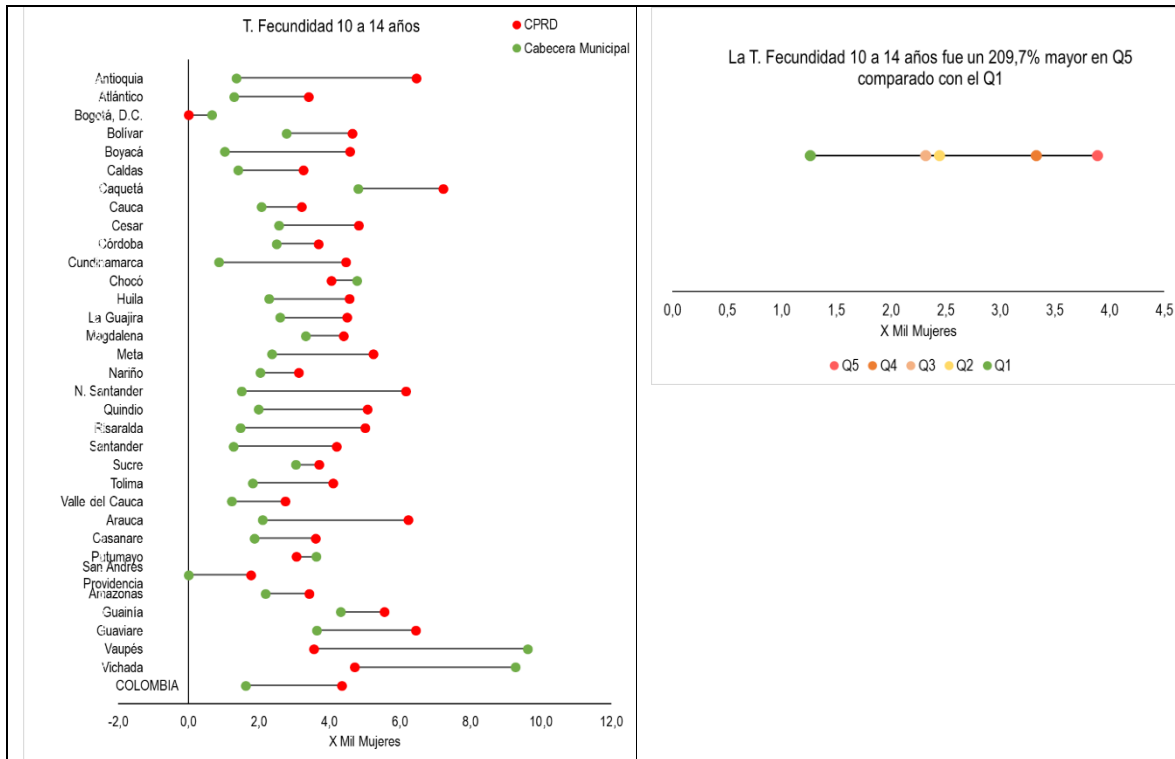
Gráfico 10).

Frente al índice de pobreza multidimensional, se observa que la tasa de fecundidad en las menores de 14 años mostró un gradiente a favor de los departamentos con mayor pobreza, es así como, la tasa fue un 2,1 veces mayor en el quintil más pobre comparado con el quintil en mejor condición (

Gráfico 10).

Gráfico 10. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años según área de residencia y quintiles del Índice de Pobreza Multidimensional. 2023





Fuente: Elaboración propia a partir de la información del DANE y CUBO SISPRO Indicadores. Ministerio de Salud y Protección social. Consultado 14 de marzo de 2025.

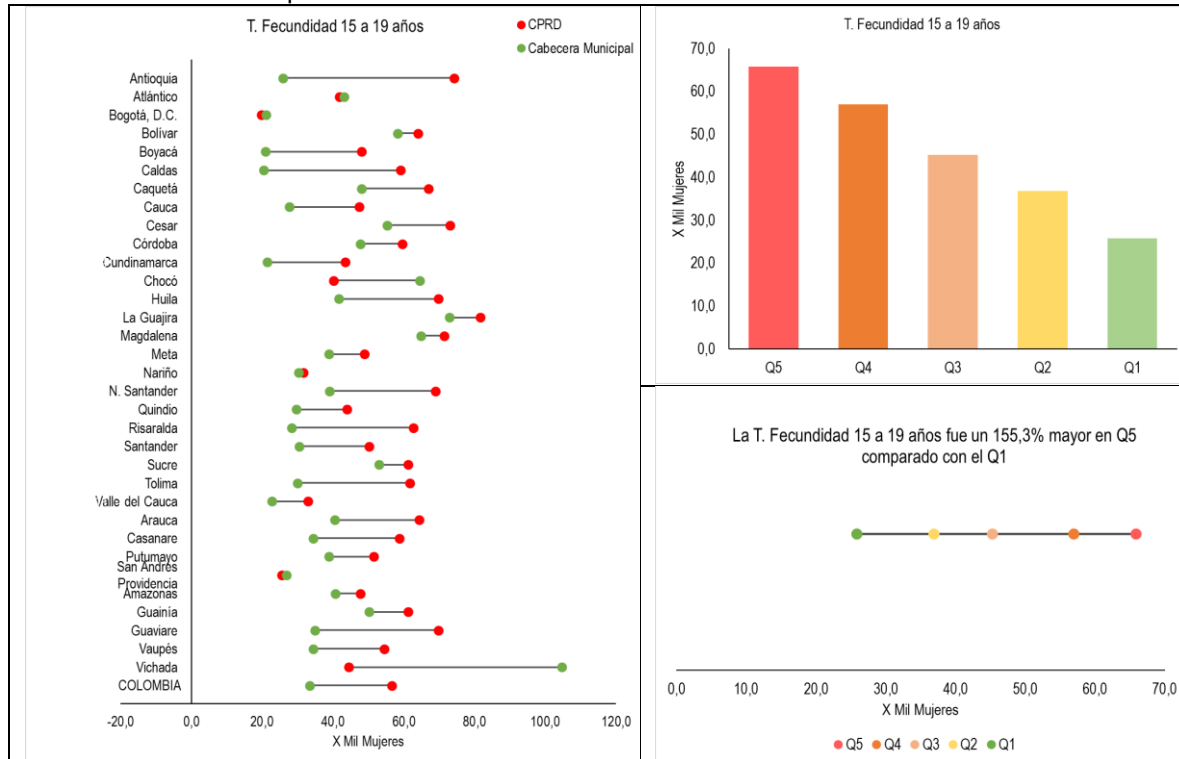
En Colombia, para el 2023 se registraron 78.617 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años (39,7 por cada mil mujeres de esta edad), lo que muestra una reducción del 45,4% en el número de casos comparado con lo registrado en 2024. Según el área de residencia, nuevamente en el centro poblado y la ruralidad dispersa estuvo la tasa más alta de fecundidad en este grupo de edad (43% mayor frente al total nacional y 69,3% mayor frente a las cabeceras municipales), comportamiento que es similar en la mayoría de entidades territoriales donde Antioquia y Caldas resaltan por mostrar la mayor diferencia (promedio 1,9 veces mayor).

Por el contrario, en Bogotá, Atlántico, San Andrés y Providencia, Chocó y Vichada, se observaron tasas más altas de fecundidad en las cabeceras municipales, sin embargo, solo en las dos últimas la diferencias entre las áreas de residencia fueron más notorias (60,6% y 135,3% mayor respectivamente) (Gráfico 11)

Respecto al índice de pobreza multidimensional, nuevamente el gradiente del indicador de fecundidad estuvo a favor de los departamentos con mayor pobreza (Quintil 5) donde, la

tasa fue 1,5 veces mayor, comparado con lo estimado en el quintil de departamentos de menor vulnerabilidad (**Gráfico 11**).

Gráfico 11. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años según área de residencia y quintiles del Índice de Pobreza Multidimensional. 2023



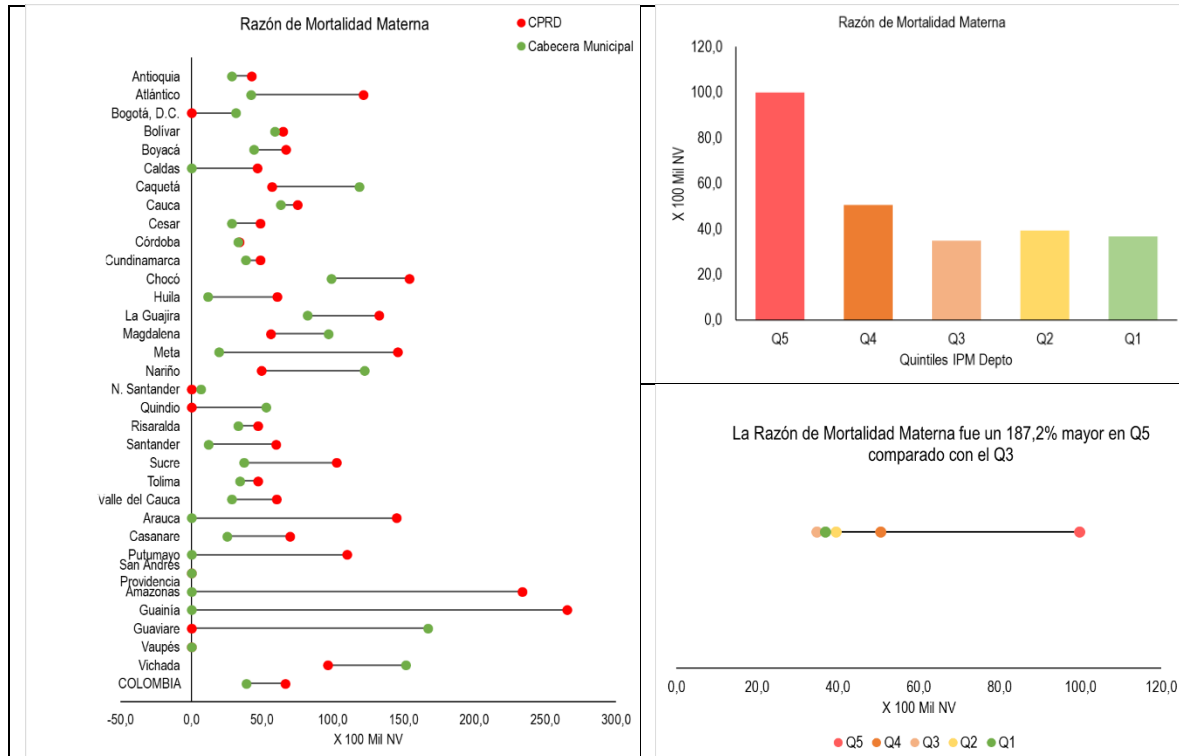
Fuente: Elaboración propia a partir de la información del DANE y CUBO SISPRO Indicadores. Ministerio de Salud y Protección social. Consultado 14 de marzo de 2025.

Desde un enfoque de derechos humanos y equidad de género, la mortalidad materna no solo es un indicador de salud pública, también es una manifestación de desigualdades estructurales que limitan el derecho de las mujeres a una vida digna, segura y libre de riesgos en el ejercicio de su salud sexual y reproductiva. En 2023, la razón de mortalidad materna a los 42 días presentó una tasa de 46,9 que representa la muerte de 242 mujeres, con afectación de más de 200 municipios y el Distrito de Bogotá.

Según la distribución del IPM departamental 2023, existen profundas inequidades en la muerte materna dentro y entre los departamentos. En el primer caso la inequidad se presenta entre cabeceras municipales y centros poblados y rural disperso, en particular en departamentos del Meta, Huila, Santander, Atlántico, Caquetá, Chocó y Vichada. Con cifras para centros poblados rurales que fluctúan entre 102,3 (Sucre) y 265 (Guainía) por 100.000

nacidos vivos. En el segundo caso, la razón de mortalidad materna tiene cifras 100 en 100.000 en los departamentos que se ubican en el quintil 5 (mayor IPM), en contraste con los resultados que se encuentran en el Q1 (menor resultado del IPM). (Gráfico 12)

Gráfico 12. Razón de mortalidad materna según área de residencia y quintiles del Índice de Pobreza Multidimensional. 2023

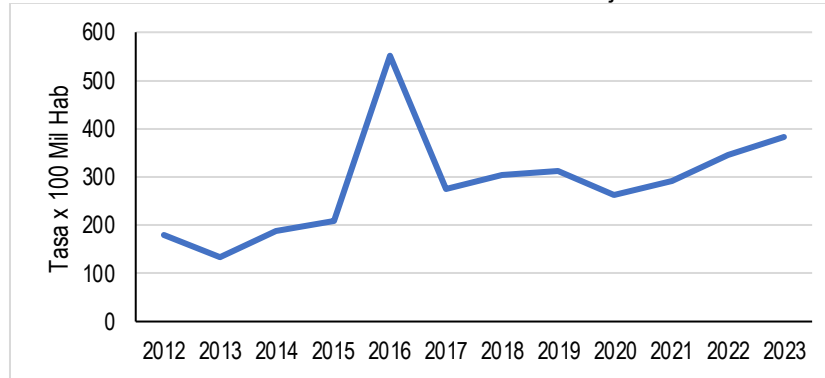


Fuente: Elaboración propia a partir de la información del DANE y CUBO SISPRO Indicadores. Ministerio de Salud y Protección social. Consultado 14 de marzo de 2025.

A lo anterior se suma, las disparidades entre grupos poblacionales según acceso educativo, aspecto, que no es nuevo y ya había sido señalado por el Ministerio de Salud y protección Social. Al respecto en el análisis de 162 casos del registro de Estadísticas Vitales, donde se consignó el nivel educativo de la madre, se encontró peores cifras en mujeres que no han accedido al derecho a la educación respecto de quienes han accedido.

No se puede cerrar este punto, sin mencionar el comportamiento de la incidencia de violencia de género. Al respecto, se señala que, en 2023, se observa una tasa de incidencia de 381,38 por cada 100.000 valor que muestra una tendencia al incremento si se compara con el año 2022 (Gráfico 13)

Gráfico 13 Tasa de incidencia de violencia contra la mujer. Colombia 2012-2023



Fuente: Elaboración a partir de Bodega de datos de SISPRO interfaz SIVIGILA. Consulta marzo 25 de 2025

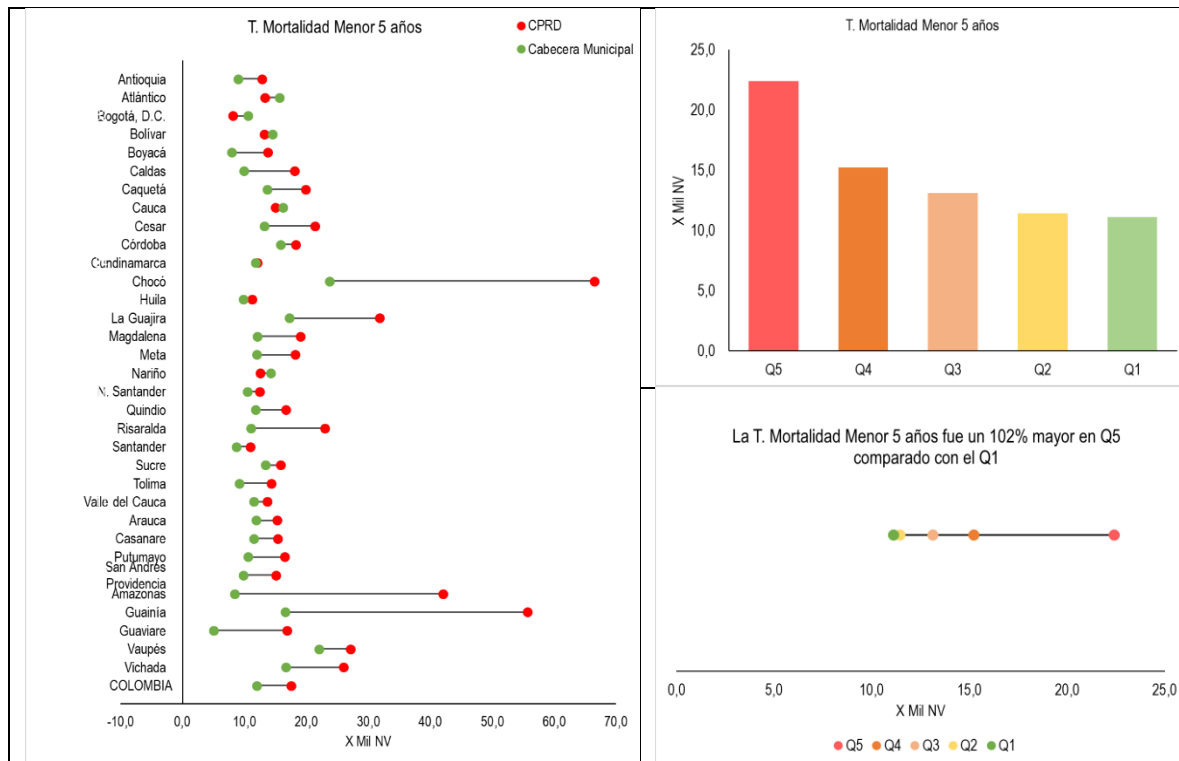
Índice de Pobreza Multidimensional y mortalidad en la niñez

Uno de los objetivos de desarrollo de sostenible es lograr la reducción de las muertes en menores de 5 años, para lo cual es necesario considerar los determinantes que se relacionan con las principales causas de muerte como lo son la neumonía, la enfermedad diarreica aguda, el parto prematuro y las complicaciones durante el parto. En este sentido, en Colombia para el 2023 se presentaron 7.056 muertes en menores de 5 años (13,7 por cada mil nacidos vivos), al compararse con lo ocurrido en 2014, muestra una reducción del 22,9% (2.756 casos menos). Al desagregar el indicador según el área de residencia, en la ruralidad la tasa de mortalidad fue un 46,7% mayor comparado con lo estimado en las cabeceras municipales y un 29,7% mayor respecto al indicador nacional; El comportamiento a nivel departamental muestra que la mayor diferencia del indicador entre las áreas de residencia, estuvo en Chocó, Amazonas y Guanía que en promedio tuvieron una tasa 2,7 veces mayor en los centros poblados y la ruralidad dispersa; Es importante señalar que estas entidades territoriales hicieron parte de las cinco con mayores tasas de mortalidad en menores de 5 años en el país para el 2023, y son territorios mayoritariamente étnicos.

El índice de pobreza multidimensional, evalúa entre otras, las condiciones de salud, acceso a los servicios públicos domiciliarios y las condiciones de la vivienda, determinantes que podrían relacionarse con las causas de muerte en los menores de 5 años. En este sentido,

se encontró que los departamentos con mayor pobreza multidimensional (Quintil 5), coincidieron con la tasa de mortalidad más alta, es así como, el indicador fue un 102% mayor comparado con lo estimado en los departamentos con menor indicador de pobreza multidimensional (Quintil 1) (Gráfico 14).

Gráfico 14. Tasa de mortalidad en menores de años según área de residencia y quintiles del Índice de Pobreza Multidimensional. 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de la información del DANE y CUBO SISPRO Indicadores. Ministerio de Salud y Protección social. Consultado 14 de marzo de 2025.

Índice de pobreza multidimensional y mortalidad prematura por ENT

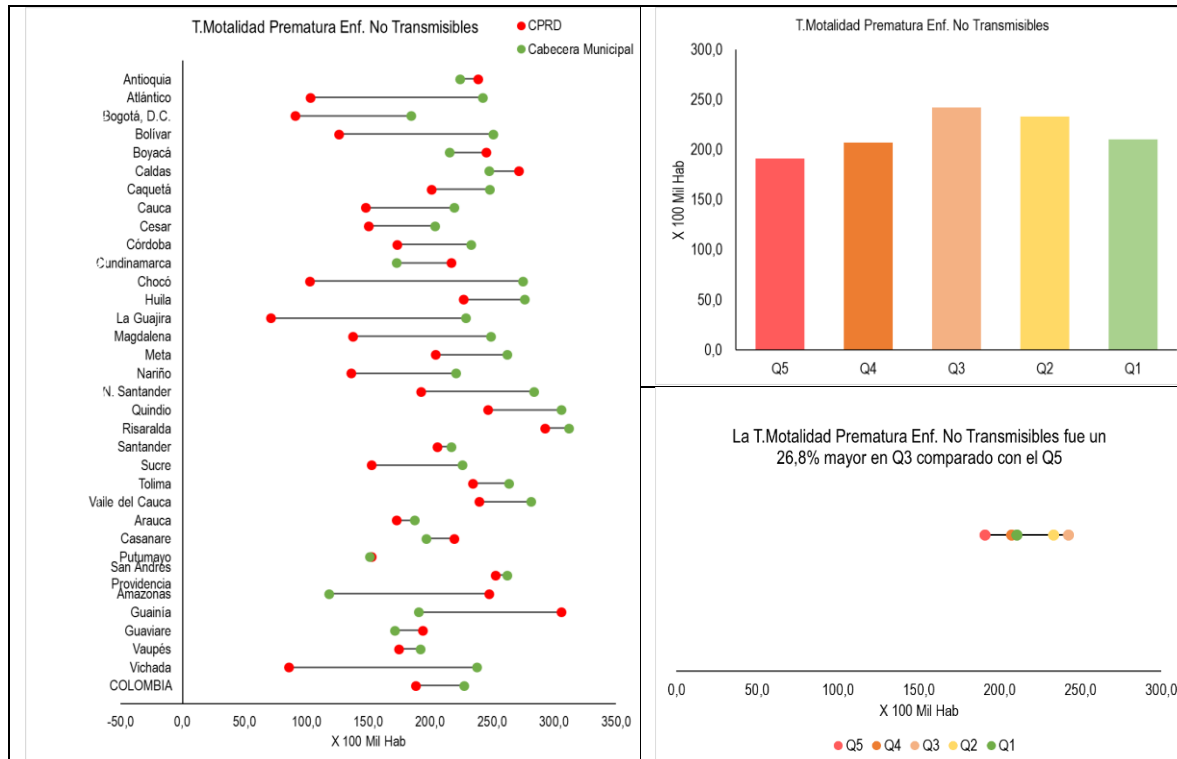
Como se dijo, las enfermedades no transmisibles (ENT) representan la principal causa de mortalidad en Colombia y ocupan los primeros lugares en la carga de morbilidad, reflejando su impacto en la salud pública y el bienestar de la población. Un aspecto crítico dentro de este panorama es la mortalidad prematura por ENT, entendida como aquellas defunciones ocurridas antes de los 70 años, por causas como el cáncer, enfermedades del sistema circulatorio, diabetes, enfermedades del sistema respiratorio, las cuales evidencian desigualdades significativas entre territorios y grupos poblacionales.



A nivel nacional, la tasa de mortalidad prematura por ENT en cada 100.000 es de 227,4 en cabeceras municipales, y de 188 en centros poblados y rural disperso. Al analizar esta distribución por quintiles de IPM por departamento, se encuentra que en Guainía, Guaviare, Amazonas, Putumayo, Cundinamarca, Casanare, Caldas, Boyacá y Antioquia, las tasas de mortalidad prematura son mayores en las zonas rurales en comparación con las urbanas, aspecto que sugiere un comportamiento diferente respecto de otros contextos, donde la mortalidad por estas causas tiene una distribución urbana, mostrando en los departamentos que se ubican en el grupo de quintil 3, un 28% más en la tasa de mortalidad respecto del quintil 5.

Lo anterior sugiere, una intersección de procesos sociales y demográficos, donde convergen barreras en el acceso a servicios de salud oportunos, condiciones de vida menos favorables y limitaciones en la detección temprana y el manejo adecuado de estas enfermedades (**Gráfico 15**).

Gráfico 15. Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles según área de residencia y quintiles del Índice de Pobreza Multidimensional. 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de la información del DANE y CUBO SISPRO Indicadores. Ministerio de Salud y Protección social. Consultado 14 de marzo de 2025.

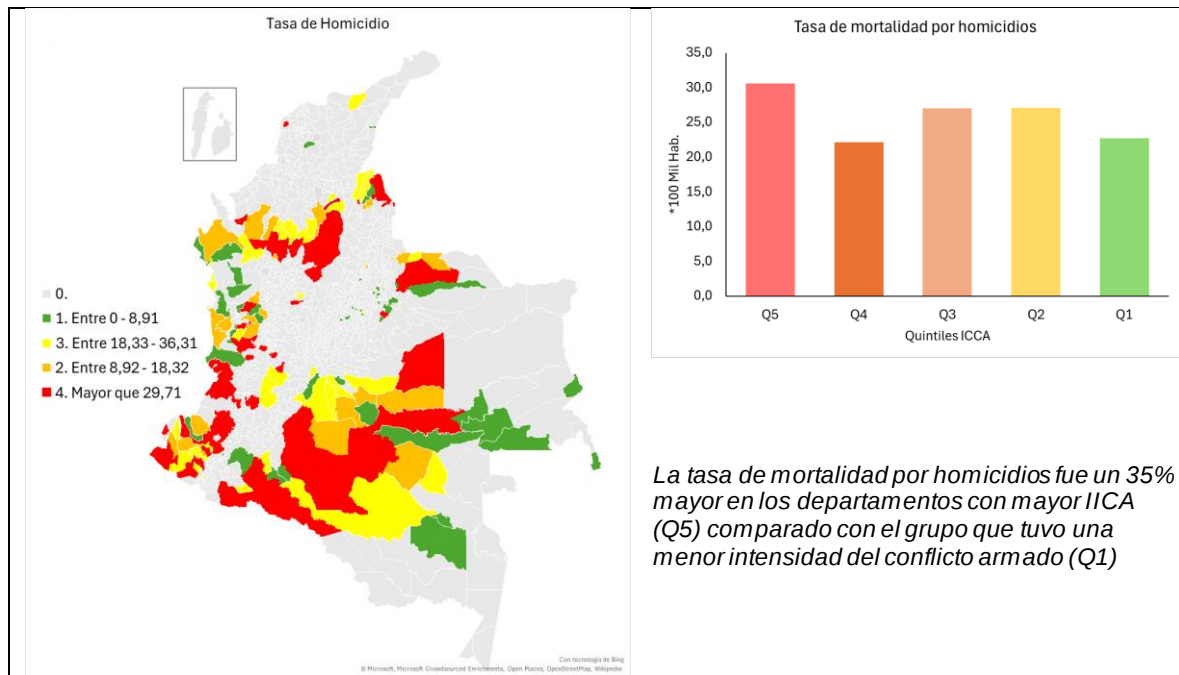
Conflictividad social y homicidio

De acuerdo con el informe final de la Comisión para el Esclarecimiento, la Convivencia y la no Repetición, más de 400.000 personas perdieron la vida a causa del conflicto armado entre 1985 y 2018, indicando además que los departamentos más afectados fueron Antioquia, Valle del Cauca, Norte de Santander, Cauca y Cesar (Comisión para el Esclarecimiento, La Verdad y la NO Repetición., 2022). En este sentido, de acuerdo con la estimación hecha por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2024, al observar el comportamiento del índice de Intensidad de Conflicto Armado Interno -IIICA- entre el 2005 a 2022, fue posible definir 190 municipios donde este fenómeno ha mostrado una mayor permanencia e intensidad, el 47% de estos se ubicaron en los departamentos de Antioquia, Nariño, Chocó, Boyacá y Caquetá.

Para el 2023, fueron registradas 14.309 muertes por homicidios en Colombia (27,4 por cada 100.000 habitantes) lo que supone un incremento del 11% al compararlo con el número de

casos registrados en 2014. Al observar el comportamiento territorial, de los 190 municipios que mostraron una alta intensidad y permanencia del conflicto armado interno, 74 hicieron parte del cuartil con las tasas más altas de homicidios (82,2%), de los cuales el 52,7% estuvieron en los departamentos de Antioquia, Cauca, Caquetá y Nariño (**Mapa 6**)

Mapa 6. Tasa de mortalidad por homicidios y quintiles del índice de intensidad del conflicto armado. 2022-2023

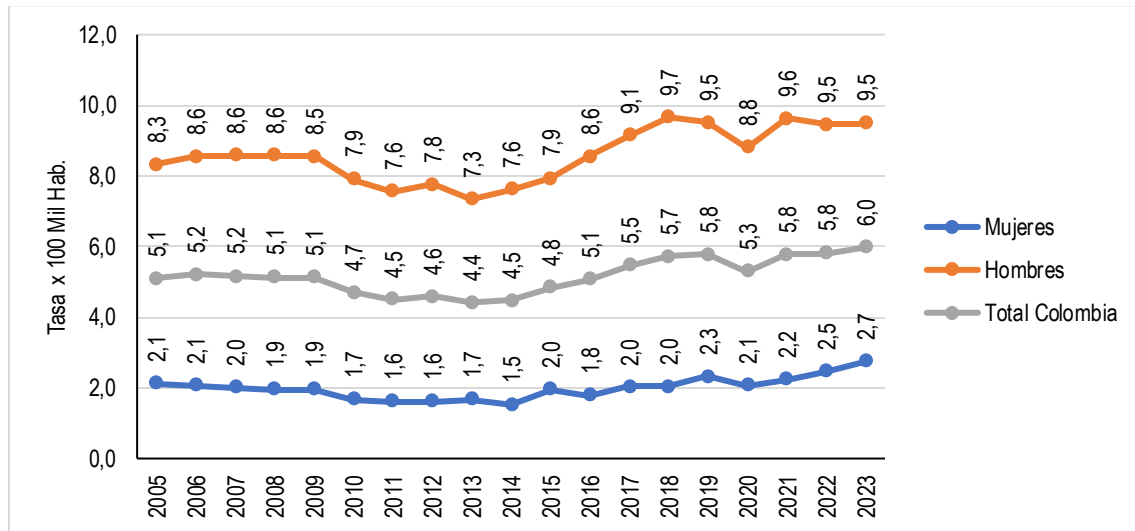


Fuente: Elaboración propia a partir de la información del CUBO SISPRO EEV/V. Ministerio de Salud y Protección social. Consultado 14 de marzo de 2025, y de los datos del Observatorio de memoria y conflicto del CNMH. Corte a diciembre de 2022. Metodología del ONS-INS. <https://micrositios.centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/download/casos-acciones-belicas/>

Complejidad y salud mental

La salud mental es un bien colectivo y representa uno de los principales desafíos para el país. En 2023, la tasa de suicidio fue de 5,98 por 100.000 habitantes, con una distribución por sexo que evidencia una mayor incidencia en hombres (9,49) en comparación con las mujeres (5,98). La tendencia general muestra un incremento en ambos sexos y en el total de la población, aunque con un leve descenso en el periodo 2020. (**Gráfico 16**)

Gráfico 16. Tasa de suicidio. Colombia 2005-2023



Fuente: Fuente: Estadísticas Vitales. Año 2023. Cálculo MSPS. Módulo Geográfico de la Bodega de datos de SISPRO. Consultado en Indicadores Básicos de Salud 2024.

A este panorama se suma el aumento en todas las etapas del curso de vida de las atenciones por trastornos mentales y del comportamiento, las cuales alcanzaron un total de 9.279.131 en 2023. Entre ellas, se registraron 774.859 atenciones por depresión, 715.420 por ansiedad y 13.565 relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.¹²

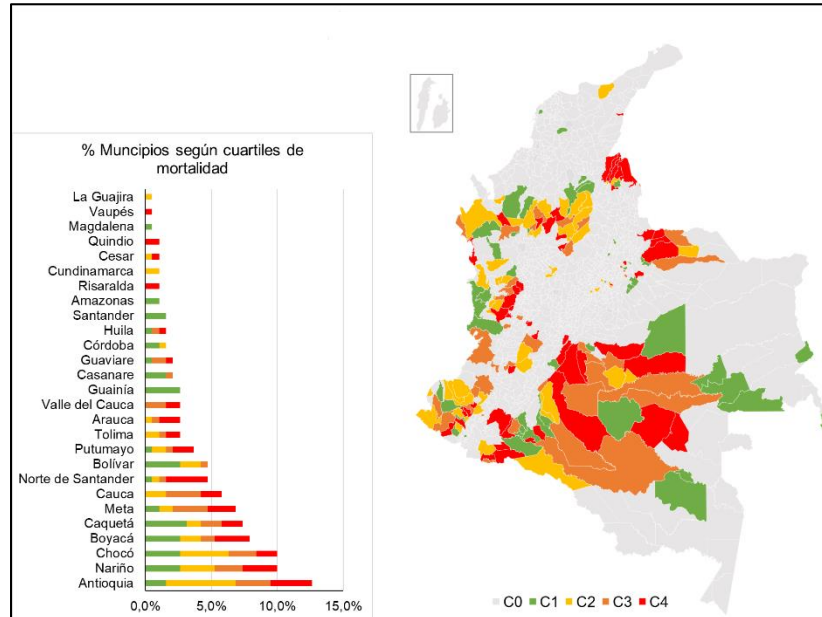
Con el propósito de comprender la compleja interacción entre factores sociales y el aumento de las tasas de suicidio, se retomaron los hallazgos del análisis sobre la relación entre el índice de conflicto armado interno (IICA) y el suicidio. Dicho análisis evidenció que, aunque entre 2012 y 2022 se observó un ligero incremento en los municipios pertenecientes al quintil 5 del IICA, la diferencia con los municipios de menor índice no fue significativa, mostrando un comportamiento similar en todos los quintiles (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

Asimismo, el informe analizó la distribución de la tasa de suicidio en 190 municipios priorizados según la permanencia del conflicto entre 2019 y 2022, encontrando que el 27,9 % de estos municipios se ubicaron en el cuartil con las tasas más altas de mortalidad por suicidio durante ese período. Geográficamente, destacan algunas regiones como Norte de Santander, Arauca, Meta, Caquetá y Putumayo. Los municipios con las tasas promedio de

¹² Anexo 13

suicidio más elevadas fueron Pueblo Rico, Risaralda (28,7), Carurú, Vaupés (27,9), El Tarra, Norte de Santander (23,9), Villarrica, Tolima (23,4), Busbanzá, Boyacá (23,2) y Pijao, Quindío (22,6) (**Mapa 7**)

Mapa 7. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por suicidio entre 2019 y 2022



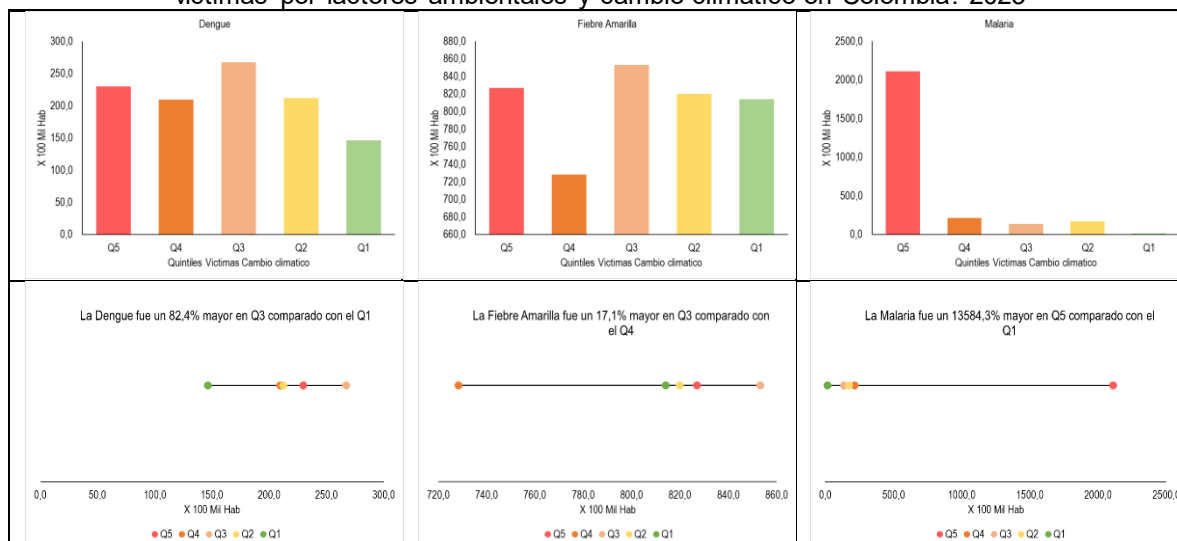
Fuente: Elaboración propia a partir de la información del centro nacional de memoria histórica y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

Fenómenos climatológicos y enfermedades transmitidas por vectores

El cambio climático está intensificando la frecuencia y severidad de desastres naturales relacionados con las inundaciones y sequías, creando condiciones propicias para la proliferación de vectores de enfermedades como el *Aedes aegypti* y el *Anopheles* (Organización Mundial de la Salud, 2021). El aumento de lluvias y el estancamiento de agua favorecen la reproducción de mosquitos transmisores de dengue, malaria y fiebre amarilla, mientras que las olas de calor prolongadas pueden acelerar su ciclo de vida y aumentar la tasa de transmisión (Githeko, Lindsay, Confalonieri, & Patz, 2000). Además, las dificultades en la implementación de medidas de control vectorial, sumado al desplazamiento de poblaciones tras estos eventos puede afectar el acceso a los servicios de salud, lo que puede incrementar el riesgo de brotes epidémicos en comunidades vulnerables (Caminade, y otros, 2014).

Para 2023, se estimó que las tasas de incidencia de malaria, dengue y fiebre amarilla fueron de 147,8, 183,7 y 803,1 casos por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Al compararlas con las estimaciones de 2014, se evidenció un incremento promedio del 70% en los tres eventos, con un aumento particularmente alto en la malaria, cuya incidencia fue 1,3 veces mayor. A partir del análisis de la incidencia de estas enfermedades en relación con las víctimas por factores ambientales y cambio climático en Colombia, se encontró que solo en el caso de la malaria el gradiente de desigualdad mostró una tendencia favorable hacia los municipios con mayores tasas de víctimas por condiciones ambientales (quintil 5). En cuanto al dengue, aunque el quintil 5 presentó una tasa de incidencia un 56,9% mayor en comparación con el quintil 1, la tasa más alta se observó en el quintil 3. Respecto a la fiebre amarilla, no se identificó un gradiente de desigualdad claro, ya que los valores extremos se ubicaron en los quintiles intermedios. (Gráfico 17).

Gráfico 17. Tasa de incidencia de dengue, fiebre amarilla y dengue según quintiles de la tasa de víctimas por factores ambientales y cambio climático en Colombia. 2023



Fuente: Registro único de damnificados. Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.

Disponible en: <http://201.130.16.28:8080/HOME/HOME>; información del Bodega de datos de SISPRO interfaz de SIVIGILA. Ministerio de Salud y Protección social. Consultado 14 de marzo de 2025

Capítulo 3. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud y recomendaciones para la acción



Este corto, pero no por ello menos relevante capítulo, muestra en el marco de la acción intersectorial de orden nacional, algunas de las respuestas para el abordaje de las problemáticas y necesidades en salud señaladas, hace una mirada a la cobertura de afiliación y la distribución del talento humano en salud, y cierra con el comportamiento de las tutelas en el año 2023, mecanismo utilizado por la ciudadanía para exigir el goce efectivo del derecho a la salud.

Acción intersectorial en salud en el nivel nacional

En el año 2024 el Ministerio de Salud y Protección Social dinamizó el plan de trabajo de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, reglamentado por el Decreto 1005 de 2022, que tiene como objetivo “el seguimiento de las acciones para la gestión de los Determinantes Sociales de la Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.” En la actualidad el Comisión cuenta con la presencia de 18 Ministerios y tres departamentos administrativos.

El énfasis se centró en la articulación de los diferentes sectores para la comprensión de los determinantes sociales de la salud, el abordaje institucional de acciones en temas como trabajo, vivienda, educación, cultura y deporte, con una mirada diferencial en perspectiva de género. Se resaltan la Estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables y Sostenibles - CERSS, acciones para fortalecer el sistema de vigilancia de enfermedad y accidentes laborales y la generación de acciones para el fomento de la cultura de aseguramiento en riesgo laboral. Asimismo, las acciones de articulación para la permanencia escolar de niños y niñas; el fortalecimiento del Sistema Intercultural en Salud Propio indígena, así como de la medicina tradicional y ancestral; y, las acciones dirigidas para la reincorporación laboral de personas con discapacidad.

En términos de las acciones propias del sector salud, el dinamismo del Modelo de Atención Preventivo y Predictivo, así como las acciones específicas en términos de prevención y gestión del riesgo de la enfermedad cardiovascular, el logro de compromisos sectoriales respecto de enfermedades infecciosas; y las acciones para la reducción de la mortalidad materna -perinatal. También se resaltan las acciones para el logro de una soberanía sanitaria respecto transferencia de conocimientos y tecnológica en el campo de los

medicamentos biotecnológicos, radios farmacéuticos, en articulación con otros actores del sector salud. **Tabla 3**

Tabla 3 Ejemplos de temáticas priorizadas por CISP en el marco de los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031.

Eje Estratégico	Descripción de acciones en el marco de la implementación del PDSP 2022-2031
Eje Estratégico 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la salud pública	Las acciones están dirigidas a generar instrumentos de articulación en el nivel nacional entre el Plan Decenal en Salud 2022 y 20231 y el Plan Nacional de Seguridad y salud en el Trabajo 2022-2031. La Estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables y Sostenibles – CERSS. Fortalecer capacidades territoriales y comunitarias en la gestión del agua del potable. En el marco de la Política Nacional de Reindustrialización, establecer acciones dirigidas a la transferencia de conocimientos y tecnológica en el campo de los medicamentos biotecnológicos, radios farmacéuticos, en con otros actores del sector salud.
Eje estratégico 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Fortalecimiento y reconocimiento de la medicina tradicional de los grupos étnicos y campesinos, y la generación de espacios interculturales para el reconocimiento de la partería. Dinamización de los planes de acción para la atención en salud de población migrante, y otras poblaciones de específica protección institucional. Acciones dirigidas a promover el estudio y comprensión de la invalidez por motivos laborales, así como de la reincorporación laboral y ocupacional del trabajador. Fortalecer la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en los territorios.
Eje estratégico 3. Determinantes Sociales de la Salud	Formación de líderes en aseguramiento, seguridad y salud en el trabajo y riesgos laborales para favorecer trabajo decente y para la generación de ingresos a las comunidades con atención particular en las mujeres rurales y de pueblos y comunidades étnicas, población LGBTIQ+, personas con discapacidad y personas de 60 y más años, independiente de la nacionalidad, a través de acciones dirigidas al sector empresarial y sindical del país. Plan de permanencia territorial, para garantizar el acceso y la permanencia educativa de los niños, niñas y adolescentes en el territorio, mitigando posibles riesgos de desertión asociados al conflicto armado y a otras variables de tipo individual, familiar, institucional y del contexto. Instrumentos dirigidos a las entidades territoriales para la construcción de infraestructura que promueva la movilidad activa en el territorio nacional. Desarrollo del programa Vías Activas y Saludables VAS, hábitos y estilos de vida saludable, en particular respecto de salud física.
Eje estratégico 4. Atención Primaria en Salud	Construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI. Dinamizar el plan de trabajo intersectorial para la promoción de condiciones y estilos de vida saludables para la promoción de factores protectores para Enfermedad Cardio Cerebro Vascular (actividad física, alimentación saludable, prevención del consumo de alcohol y tabaco y sus derivados, y manejo de tiempo en pantalla) con Enfoque de Equidad de Género para las Mujeres, del CONPES 4080 de 2022. Desarrollo de diferentes acciones para la implementación del Modelo preventivo y predictivo en salud, así como las acciones intersectoriales en el territorio para avanzar en compromisos sectoriales respecto de los Planes de Eliminación para Malaria, Fiebre Amarilla, Chagas Vectorial y Congénito, Leishmaniasis visceral en el marco de la política nacional de eliminación y de la Iniciativa Regional de las Américas.
Eje estratégico 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Adopción por medio de la Resolución 431 de 2020 del Plan Integral de Gestión del Cambio Climático para el sector Vivienda, Ciudad y Territorio. Articulación de acciones entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y Protección Social para Incluir acciones del sector salud en los instrumentos de planificación de la Gestión Integral del Riesgo Escolar en entidades territoriales certificadas. Asistencias técnicas a organizaciones comunitarias gestoras del agua para la construcción de los instrumentos de planificación de emergencias - planes de emergencia y contingencia para la eficiente prestación de los servicios de

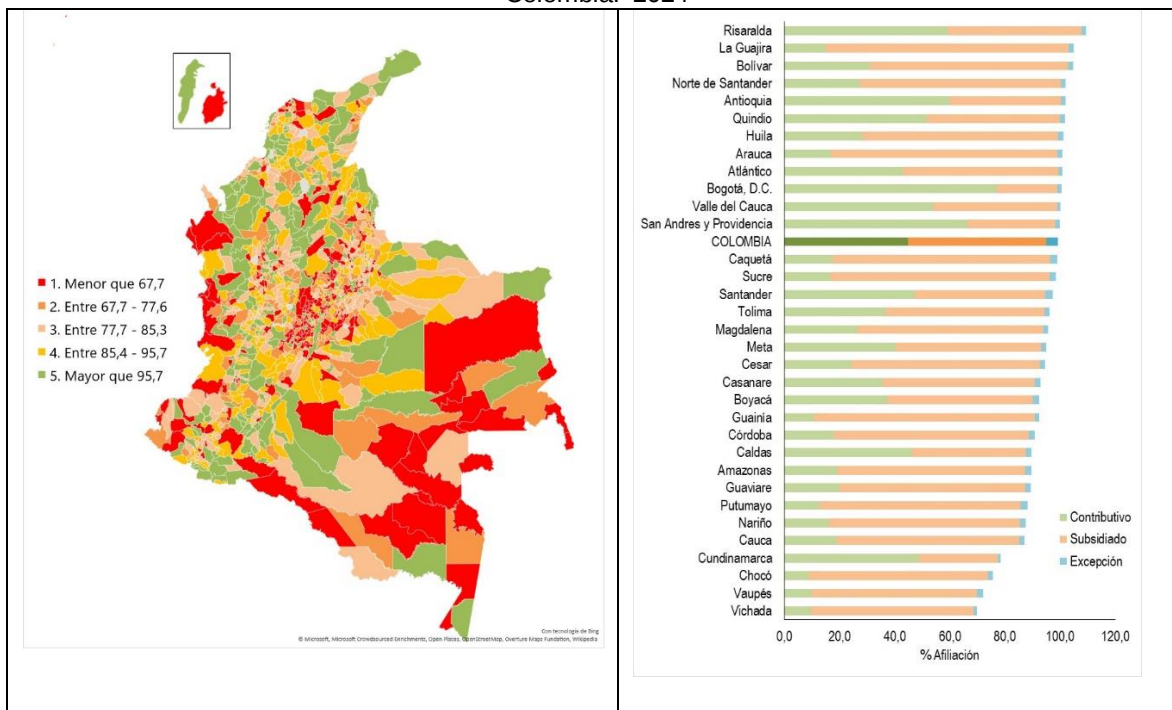
	acueducto, alcantarillado y aseo, que garanticen la respuesta oportuna y dotación de servicios con calidad durante la presencia de eventos amenazantes.
Eje estratégico 6. Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	Diseño de guías e instrumentos para garantizar la inclusión laboral de personas con discapacidad, y la transversalización del enfoque diferencial étnico para comunidad Rroom. Incorporación de lineamientos de ASIS en el sistema de información de Fuerzas Públicas; Desarrollo de un sistema de información de seguimiento clínico nominal del binomio madre-hijo en los eventos contemplados en la Estrategia ETMI-Plus del VIH, la sífilis y la hepatitis B y de igual manera el fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud para el diagnóstico, manejo y seguimiento de los eventos contemplados en esta estrategia.
Eje estratégico 7. Personal de Salud	Fomentar la cultura del aseguramiento y de la protección de los riesgos laborales en empleadores, contratantes y trabajadores del sector salud. Articula con Ministerio de Salud y Protección Social. Fortalecimiento de capacidades de las entidades territoriales para orientar la política de talento humano; y fortalecimiento de capacidades del talento humano respecto de APS y otros temas priorizados.

Fuente: Elaboración propia a partir del Plan de Acción del CISP 2024.

Cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud

La cobertura de afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud es del 99,56% para el año 2024. Este valor tiene desigualdades a nivel departamental (81,37%) y municipal (58,99%), aspecto que acompaña al alto porcentaje de trabajo informal existente en el país, y que, a la vez, es parte constituyente de las desventajas sociales acumuladas ya enunciadas en párrafos anteriores. Preocupa la existencia de coberturas de afiliación inferiores al 67% que afecta a 225 municipios, distribuidos en más del 95% de los departamentos con excepción de Risaralda, Arauca, Caquetá y Bogotá. A manera de ejemplo se pueden mencionar: Distracción-La Guajira; Aracataca-Magdalena; Juan de Costa – Atlántico; San Carlos -Córdoba; Montecristo-Bolívar; Yondó-Antioquia; El Litoral de San Juan-Chocó; Magüi-Nariño; Mercaderes-Cauca; La Macarena-Meta; Paratebueno-Cundinamarca; Cumaribo-Vichada; Cacahual-Guainia; Yavaraté-Vaupés; Miríti-Parana_Amazonas; Guaviare_Miraflores; Puerto Leguizamón-Putumayo; Altamira_Huila, Bucarasita-Norte de Santander; Betulia-Santander; Coello-Tolima. **Mapa 8**

Mapa 8 Distribución de la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia. 2024



Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Individual de Afiliaciones en la Bodega de datos de SISPRO.
Consultado el 22 de marzo de 2025

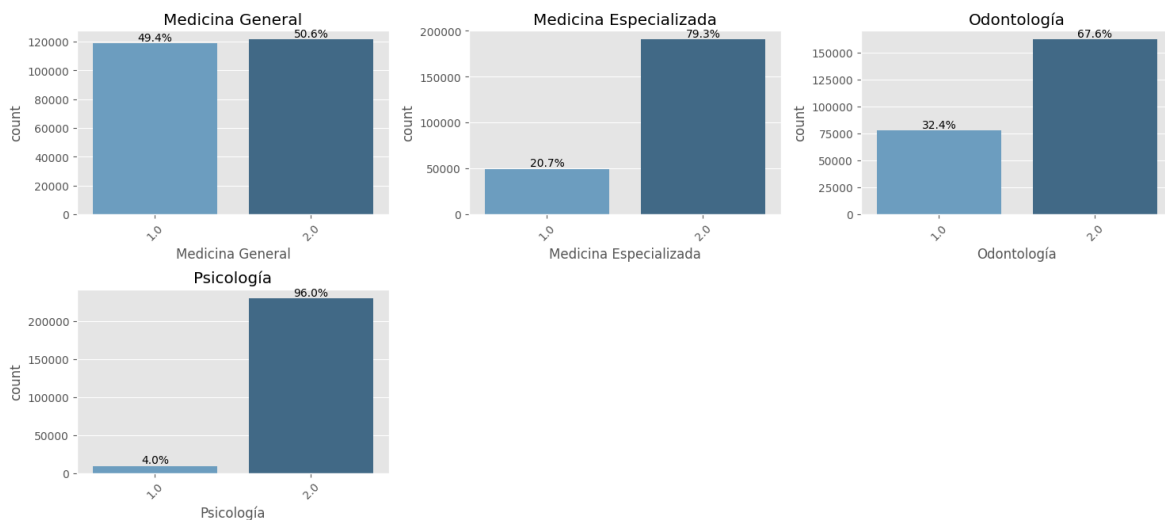
El impacto del trabajo informal en la configuración del Sistema de Seguridad Social en Salud también se evidencia en el 50,2% de población cubierta por el Régimen Subsidiado, con cifras que superan el 85% en municipios de categoría 5 y 6. Aspecto que, si bien representa el esfuerzo del país para alcanzar las metas de cobertura en salud, también muestra la inequidad en el acceso al trabajo decente, lo cual se traduce en inequidades socio-sanitarias como el no acceso a la licencia por maternidad, licencia por enfermedad, o la posibilidad de pensión por vejez e invalidez. De acuerdo con la ENCV 2023 solo el 57% los trabajadores tienen afiliación a administradora de riesgos laborales, todos estos son relevantes para el logro del bienestar social de la población, dimensión fundamental del derecho a la salud.

Acceso a servicios de salud

De acuerdo con la ENCV 2023 existe una baja proporción de personas que respondió Si ante la pregunta, ¿sin estar enfermo consulto a?: medicina general (49,4%) odontología

(32,4%) y psicología al menos una vez al año (4%). Este mismo comportamiento se presenta en servicios de medicina especializada (20,7%). (**Gráfico 18**)

Gráfico 18. Acceso a servicios de salud de carácter preventivo. Colombia. 2023
Sin estar enfermo a consultado a servicios de salud. Colombia.2023



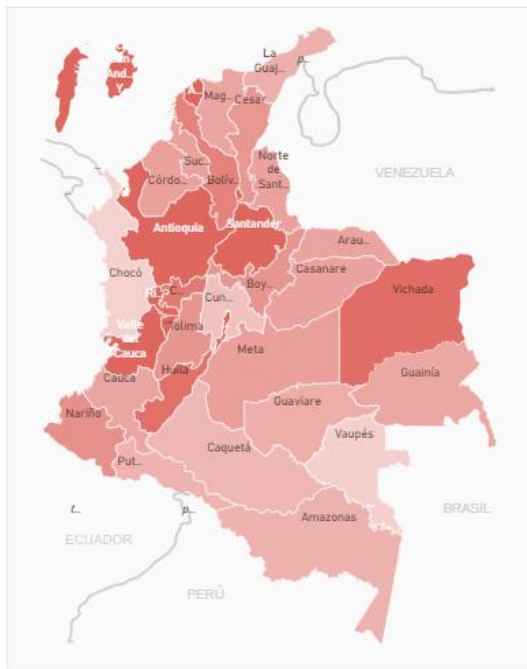
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida.2023

Desde la perspectiva de la salud preventiva, se debe señalar que en 2023 el país aumento las coberturas de vacunación en la niñez respecto del 2022 y el 2021, sin embargo, para este periodo aún existían brechas respecto del año 2019.¹³

Lo dicho antes dialoga con los resultados a nivel nacional de los indicadores básicos de talento humano. De acuerdo con el observatorio de talento humano del Ministerio de Salud y Protección Social para 2023 se estimó un total de profesionales de 3,54 enfermería, 25,4 medicina, 8,69 odontología y 17,3 psicología por 10.000 habitantes, cifras que distan de las recomendaciones dadas por la OMS, y que muestran la baja capacidad de respuesta institucional en salud (**Mapa 9**).

¹³ Anexo 14. Vacunación

Mapa 9 Distribución de profesionales en medicina por 10.000 habitantes. Colombia. 2023



Existen brechas de orden departamental, que muestran que para el caso de medicina departamentos como Chocó (5,6), Vaupés (5,56), Cundinamarca (8,6), Caquetá (10,54), Putumayo (11,43), Amazonas (11,64), La Guajira (12,5), Guaviare (12,4), Guainía (13,62) por cada 10.000 habitantes, tienen hasta cinco veces una oferta menor a la media nacional.

Fuente: (Observatorio de Talento Humano. Minsiterio de Salud y Protección Social, 2023)

A esto se suma, las diferentes manifestaciones de la ciudadanía respecto de la existencia de barreras geográficas, económicas, burocráticas que disminuyen la posibilidad de realizar acciones de cuidado en la salud, y se incrementan en poblaciones que requieren un continuo de cuidados para la recuperación, rehabilitación o mantenimiento de la salud. Esto en un contexto de carencia o deterioro de vías transporte, que amplifican los gastos de las personas para el traslado a los centros de atención en salud.

Un aspecto menos tratado es la paradoja de la era digital, en la cual los servicios de salud han incorporado tecnologías digitales, pero enfrentan la baja conectividad de internet, en particular en contextos de ruralidad dispersa, donde la no conectividad amplía la brecha en el acceso a servicios de salud.



Segundo, la conectividad, nosotros por ser un hospital de segundo nivel, necesitamos confirmar muchas citas, necesitamos confirmar cirugías, y es no, yo no tengo señal, pero entonces llame a mi hija, que es la vereda “tal”, que ella si tiene señal todo el tiempo, entonces se perdió ese turno, que para nosotros es un turno de cirugía. Profesional de salud, entrevista en el marco del documento Formas de vida campesina. 2023.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

Asimismo, en contextos de conflicto armado interno o de alta conflictividad social, se encuentra la presencia de barreras invisibles, infracciones contra la misión médica, que violan los derechos humanos de los trabajadores, y niegan el derecho a la salud de las comunidades. Esto último, es crítico en personas de edades extremas, como niños, niñas, mujeres en gestación, personas que padecen enfermedades crónicas o requieren de rehabilitación integral en salud, y en caso de atenciones de urgencias.

La tutela: mecanismo de exigibilidad del derecho a la salud

El comportamiento de las tutelas por el derecho a la salud interpuestas en el año 2023, refleja las barreras de acceso a los servicios de salud, así como el ejercicio de la ciudadanía para el alcance de un goce efectivo del derecho a la salud. Sobre el particular se identificó que la proporción de tutelas por 1000 habitantes, tiene un comportamiento menor al presentado en 2019, antes de la pandemia por la COVID 19 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). (Tabla 4)

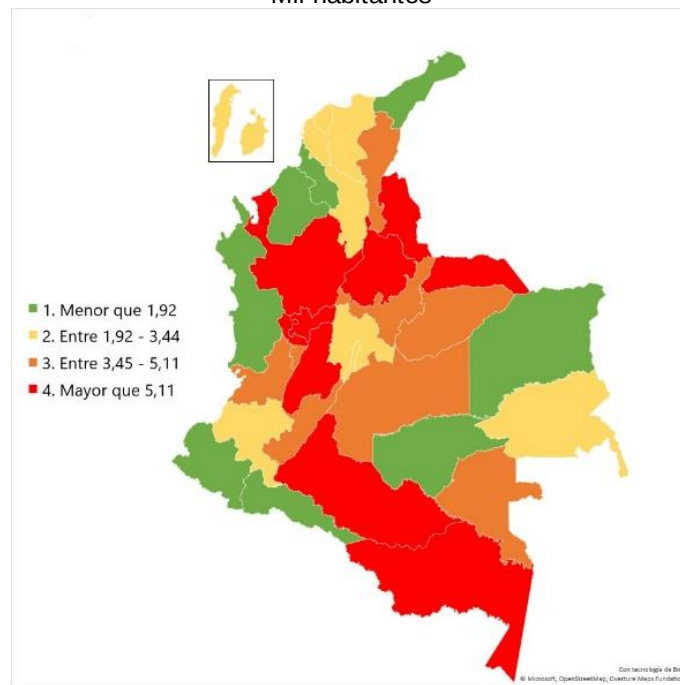
Tabla 4. Comportamiento de las acciones de tutela. Colombia. 2019-2023					
Año	Afiliados	Proyección poblacional	Total tutelas	Tutelas x cada 1.000 afiliados	Tutelas x cada 1.000 hab.
2019	47.764.493	50.374.478	207.368	4,34	4,12
2020	44.797.533	50.912.429	109.940	2,45	2,16
2021	48.231.850	51.049.498	92.506	1,92	1,81
2022	51.387.502	51.682.692	156.412	3,04	3,03
2023	51.861.331	52.156.254	197.767*	3,81	3,79

Fuente: tomado de Informe de Tutelas en salud 2023. Orden trigésima. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

La distribución porcentual de las tutelas por departamento muestra que Antioquia (20,15%), Bogotá D.C (11,57%), Valle del Cauca (8,64%), Norte de Santander (6,7%), Santander (6,33%), Caldas (5,35%) y Risaralda (4,54%) representan más del 60% de las tutelas

interpuestas. Sin embargo, Arauca, Caldas, Norte de Santander, Amazonas y Caquetá tienen proporcionalmente el mayor número de tutelas por 1000 habitantes, hallazgo que dialoga con el análisis de núcleos de inequidad socio-sanitaria expuestos en el ASIS 2024 de estos departamentos. Llama la atención el comportamiento de Chocó, Vaupés, Cundinamarca, Putumayo, La Guajira, Guaviare, Guainía, que tienen una baja disponibilidad de talento humano y baja proporción de tutelas por 1000 habitantes, esto puede estar explicado por limitantes respecto del uso del mecanismo de exigibilidad del derecho a la salud en el territorio. **(Mapa 10)**

Mapa 10. Tutelas por el derecho a la salud, a nivel departamental. Colombia. 2023.
Mil habitantes



Fuente: tomado de Informe de Tutelas en salud 2023. Orden trigésima. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Se observa que el acceso a medicamentos y tecnologías en salud, constituyen causas recurrentes para que la ciudadanía interponga la acción de tutela. Además, aspectos relacionados con transporte o traslado de pacientes, lo que ratifica la existencia de las barreras de acceso geográfico, económicas y dificultades en la red de atención.

Conclusiones y recomendaciones

Persistencia de Inequidades socio-sanitarias Territoriales

- El análisis da cuenta de mínimo tres contextos socio-epidemiológicos. Estos tres contextos tienen características económicas, políticas y, en algunos casos, socioambientales similares. Asimismo, cada contexto está compartiendo inequidades sanitarias con distribuciones cercanas. Aspecto que si bien debe ser indagado a profundidad con otras metodologías estadísticas está señalando la necesidad de penar una mirada diferencial en las acciones concretas de la planeación integral para la salud.
- Existen brechas significativas en salud entre zonas urbanas y rurales, especialmente en departamentos con alto Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) como Vaupés, Guainía, Chocó y La Guajira.
- Diferencias de hasta 17 años en la esperanza de vida entre departamentos. Lo cual muestra que existen retos en diferentes vías: el envejecimiento poblacional urbano. El contexto de envejecimiento poblacional rural; y la inequidad demográfica, la cual podría estar explicada por los AVPP, como se señala en párrafo posterior. Asimismo, en territorios quintil 3 y 4 de IPM existe una alta tasa de mortalidad prematura en áreas rurales, lo cual puede estar asociado a la baja disponibilidad de recursos de talento humano y otras estructuras necesarias para la atención.

Impacto de los Determinantes sociales, ambientales y del conflicto armado interno

- El conflicto armado, la pobreza, el cambio climático y la informalidad laboral están estructurando la salud de la población colombiana.
- 45 conflictos socioambientales activos afectan al 71% de los departamentos.
- Eventos climáticos como lluvias e inundaciones afectaron a más de 2.6 millones de personas entre 2017 y 2024.

Transición Epidemiológica y carga de Enfermedad

- Las enfermedades no transmisibles (ENT) siguen siendo la principal causa de atención y muerte.



- Sin embargo, persisten altos AVPP (Años de Vida Potencialmente Perdidos) por causas externas, sobre todo en hombres, que hacen necesario ratificar que la violencia homicida sigue siendo un problema de salud pública para Colombia.
- Se observó aumento en la prevalencia de hipertensión, diabetes como precursoras de la enfermedad renal crónica

Situaciones críticas en grupos de específica protección constitucional

- Si bien el país ha logrado una mayor garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, aun persisten brechas en la mortalidad materna, y en las tasas de fecundidad que afectan en particular territorios con alto IPM, y mayoritariamente étnicos.
- Mayor embarazo adolescente en zonas rurales, donde confluyen factores económicos. Se observa que hay territorios donde además converge, escenarios de conflictos armados internos vigentes, aspecto que hace necesario reforzar este abordaje en términos analíticos y de acción.
- La mortalidad infantil por desnutrición tiene brechas, especialmente en territorios con alto Índice de inseguridad Alimentaria, esto concuerda en territorios con alto IPM y mayoritariamente étnicos.
- Incremento de la tasa de mortalidad por suicidio, sobre todo en hombres y jóvenes.

Desigualdades en el acceso a servicios

- Baja cobertura de afiliación al sistema de salud en 251 municipios (menos del 67%).
- Déficit de talento humano en salud en zonas como Chocó, Guainía, Vaupés y Amazonas.
- Alta judicialización del derecho a la salud (tutelas), lo cual revela fallas estructurales.

Recomendaciones de Acción

Enfoque Territorial y diferencial

- Implementar acciones adaptadas a las realidades específicas de territorios con mayores desigualdades.
- Fortalecer la vigilancia en salud pública con enfoque étnico, campesino y de curso de vida.



- Continuar el fortalecimiento de capacidades del talento humano a nivel territorial para avanzar en la comprensión de los núcleos de inequidad al interior de los territorios.

Fortalecimiento de la acción intersectorial

- Establecer mecanismos de coordinación al interior de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) para articular acciones respecto inequidades sociales específicas, en particular aquellas que estratifican los territorios y aportan en la explicación de las disparidades en los trazadores de salud del PND. Lo anterior convoca de manera particular las agendas de salud con políticas de educación, vivienda, agua potable y empleo digno.
- Convocar al Ministerio de Defensa y otros actores para avanzar en acciones articuladas con el sector salud, en el tema de convivencia pacífica, toda vez que la violencia homicida y otras formas de violencia se presentan como el primer aportante de AVPP.

Dinamizar la implementación de la Política de Talento Humano en salud a nivel territorial

- Fortalecer las acciones dirigidas a lograr una mejor distribución del talento humano en salud, especialmente en zonas apartadas, y a la cualificación en temáticas territoriales en salud, que incluya la comprensión de las inequidades sociales como un aspecto orientador para comprender el proceso de salud enfermedad de la población.
- Favorecer en las acciones sectoriales la complementariedad entre el abordaje de las ENT y la salud mental, este es un aspecto que a nivel territorial puede favorecer la priorización de acciones y uso óptimo de recursos limitados.
- Reforzar las acciones dirigidas a la implementación de la política de salud mental, con énfasis en jóvenes y hombres en zonas rurales.

Mitigación del Riesgo Climático y Ambiental

- Incluir el análisis del riesgo climático en el ASIS territorial, con indicadores concretos de análisis con instancias intersectoriales como los COTSAS.



- Desarrollar acciones con el Instituto Nacional de Salud para valorar la inclusión de la categoría víctimas de factores ambientales y cambio climático en algunas de las fichas de notificación obligatoria del SIVIGILA, con el objetivo de conocer la afectaciones directas e indirectas en salud que están sufriendo estas poblaciones.

Asimismo, se sugiere para el 2025 avanzar en una mejor comprensión respecto de la conformación de los escenarios territoriales, en particular los contextos rurales y el comportamiento de las ENT en los departamentos quintil 3 y 4. Es importante avanzar, en la comprensión del efecto del cambio climático en la salud de la población colombiana.

Bibliografía

- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2016). *Una mirada al Asis y análisis en profundidad*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud.
- Caminade, C., Kovats, S., Rocklov, J., Tompkins, A., Morse, A., Colón-González, F., & Lloyd, S. (2014). Impact of climate change on global malaria distribution. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(9), 3286-3291.
- Carpiniello, B. (2023). The Mental Health Costs of Armed Conflicts—A Review of Systematic Reviews Conducted on Refugees, Asylum-Seekers and People Living in War Zones. *International Journal of environmental Reserach and Public Health*, 20(2840). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph20042840>
- CNMH. (2024). *Observatorio memoria y conflicto*. Obtenido de <https://micrositios.centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/download/casos-acciones-belicas/>
- Comisión para el Esclarecimiento, La Verdad y la NO Repetición. (2022). *Sufrir la Guerra y Rehacer la Vida. Impactos afrontamientos y resistencias*. Bogotá: Comisión de la Verdad.
- Coronel Carbo, J. &. (2017). La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe. *MEDISAN*, 3415-3423.
- DANE. (2018). *Mercado Laboral*. Obtenido de DANE: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo/geih-historicos>
- DANE. (2021). *Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/informes-de-estadistica-sociodemografica-aplicada>
- DANE. (2022). *Índice de Inseguridad Alimentaria*.
- DANE. (2023). ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA.
- DANE. (2024). *Boletín técnico Resultados para población campesina Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2023*. Bogotá: DANE.
- DANE. (2024). *Ocupación informal Trimestre octubre - diciembre 2024*. DANE.
- DANE. (12 de 2024). *Producto Interno Bruto (PIB) nacional trimestral*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-trimestrales/pib-informacion-tecnica>
- DANE. (s.f.). *IPM departamental 2024*.
- Defensoría del Pueblo. (2025). *Defensoría del Pueblo emite alerta temprana para La Primavera en Vichada ante disputas de grupos armados por el control de las rutas de actividades ilícitas*. Bogotá. Obtenido de <https://www.defensoria.gov.co/-/defensor%C3%ADa-del-pueblo-emite-alerta-temprana-para-la-primavera-en-vichada-ante-disputas-de-grupos-armados-por-el-control-de-las-rutas-de-actividades-il%C3%ADcitas>
- Departamento Nacional de Planeación. (2023). *Sistema de Planeación Territorial*. Obtenido de Índice de priorización de municipios por seguridad alimentaria: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojNTdhZjA3YzgtNDczMC00Nzc4LWFMmNjMtZGVhYUxvZGUxYzBkIiwidCI6IjA0MjYwZTlwLTZlNGMtNGM5Zi1hOWRkLTc5MjYjYjFiNzBhYyIsImMiOiR9&pageName=ReportSection12c48eb25c92ed6039cb>

- Garry, S., & Checchi, F. (de 2019). Armed conflict and public health: into the 21st century. *Journal of Public Health*, 42(3), e287–e297. doi: doi:10.1093/pubmed/fdz095
- Githeko, A., Lindsay, S., Confalonieri, U., & Patz, J. (2000). Climate change and vector-borne diseases: A regional analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(9), 1136-1147.
- Global Atlas of Enviromental Justice. (2025). *ejatlas.org*. Obtenido de https://ejatlas.org/featured/met_america
- Gómez-Restrepo, C., Martínez, N., Buitrago, G., Herreno, C., Garzón, N., Eslava-Schmalbachf, J., . . . Rincón, C. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta a colombiana. *rev colomb psiquiat*, 45(S1), 147-153.
- Gómez-Restrepo, C; Rincón, J; Medina-Rico, M. (2017). Enfermedades crónicas en población afectada por el conflicto armado en Colombia, 2015. *Rev Panam Salud Publica*, 41(e144). doi:10.26633/RPSP.2017.144
- IDEAM, PNUD, MADS, DNP, Cancilleria. (2017). *Análisis de vulnerabilidad y riesgo por cambio climático en Colombia*. . Colombia.
- INDEPAZ. (2024). *Más allá del asesinato de líderes ambientales en Colombia*. Bogotá: INDEPAZ.
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - Ideam. (2024). *Escenario de cambio climático. De la cuarta comunicación de Colombia*. Bogotá: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales-IDEAM; Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Fundación Natura y y Proyecto GEF-CBIT “Transparencia Climática Colombia.
- Instituto Nacional de Salud. (2018). *Observatorio Nacional de Salud*. Obtenido de Informe Carga de Enfermedad Ambiental en Colombia: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/10%20Carga%20de%20enfermedad%20ambiental%20en%20Colombia.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. (2017). *Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Noveno Informe Técnico*. Bogotá.
- León-Giraldo, S., Casasc, G., Cuervo-Sánchez, J. S., García, T., González-Uribec, C., Moreno-Serrae, R., & Bernal, O. (2021). Trastornos de salud mental en población desplazada por el conflicto en Colombia: análisis comparado frente a la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(2), 121-12.
- Márquez Benítez, Y. M. (2019). Influencia de la temperatura ambiental en el mosquito *Aedes spp* y la transmisión del virus del dengue. *CES Medicina*, 42-50.
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. (23 de 8 de 2024). *Colombia tiene cerca de 1,56 millones de empresas formales activas, la mayor cifra de la última década*. Obtenido de [Presidencia.gov.co: https://www.presidencia.gov.co/prensa/Paginas/Colombia-tiene-cerca-de-156-millones-de-empresas-formales-activas-la-mayor-cifra-de-la-ultima-decada-240823.aspx?utm_source=chatgpt.com](https://www.presidencia.gov.co/prensa/Paginas/Colombia-tiene-cerca-de-156-millones-de-empresas-formales-activas-la-mayor-cifra-de-la-ultima-decada-240823.aspx?utm_source=chatgpt.com)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Febrero de 2024). *Sistema Integral de Información SISPRO*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Informe de Tutelas en Salud 2023. Orden Trigésima*.



- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Modo de vida e inequidades en la salud percibida en Colombia: una mirada a partir de la ENCV. 2022*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Vida Campesina y Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. . (2024). *Aproximación a los contextos territoriales del Conflicto Armado Interno y salud. Colombia. 2005 y 2022*.
- Observatorio de Talento Humano. Minsiterio de Salud y Protección Social. (2023). *Indicadores Básicos de Talento Humano en Salud*. Recuperado el 15 de 02 de 2025, de <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>
- Observatorio Nacional de Violencia. CNMH. (Octubre de 2024). Registro de casos.
- OCDE. (2024). *Estudios Económicos de la OCDE COLOMBIA*. Bogotá.
- OMS. (16 de 1 de 2016). *Sobrevivir a la guerra para luchar contra la diabetes como refugiado*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/surviving-the-war-to-fight-diabetes-as-a-refugee>
- ONU. (7 de 11 de 2024). *Efectos del cambio climático: La sequía en la Amazonia está dejando a 420.000 niños sin comida ni educación*. Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2024/11/1534076>
- 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
- Organizacion Mundial de la Salud. (2021). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Cambio Climático: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (28 de 02 de 2025). *Social Determinants of Health*. Obtenido de <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health>
- Ortega-Chamorro, L. C.-B. (2022). Correlative analysis of climate impacts in an Andean municipality of Colombia. *Revista de Ciencias Agrícolas. Rev. Cienc. Agr.*, 143-159.
- Registro único de Víctimas. (04 de 07 de 2024). *DatosPaz.unidadvictimas.gov.co*. Obtenido de <https://datospaz.unidadvictimas.gov.co/registro-unico-de-victimas/>
- Ross-Sheriff, F. (2013). *Review: Contagio of violence against refugee women un migration ahd displacement*. Obtenido de National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information.
- S 05001-23-33-000-2015-02397-01 , 05001-23-33-000-2015-02397-01 (Consejo de Estado 09 de 09 de 2019).
- S 15001-23-33-000-2017-00990-01 , 15001-23-33-000-2017-00990-01 (Consejo de Estado 10 de 18 de 2019).
- S 6300123330002019002370, 6300123330002019002370 (Consejo de Estado 18 de 04 de 2024).
- Sentencia T-288, 288 (Corte Constitucional 2020).
- Sentencia T-614, 219 (Corte Constitucional 2019).
- Sentencia T-622, 622 (Corte Constitucional 2016).
- Sentencia T-622 de 2016. Río Atrato como sujeto de derechos, T-622 (Corte Constitucional 2016).



Sentencia T-672, 672 (Corte Constitucional 2014).

Sentencia T-733, 733 (Consejo de Estado 2017).

Unidad Nacional para la Gestión de Riesgos y Desastres. (2025). *Registro unico de damnificados*. Recuperado el 5 de 3 de 2025, de <http://201.130.16.28:8080/HOME/HOME>

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



Anexos

Anexo 1. Tasas ajustadas de AVPP.

Anexo 2. Pirámide poblacional.

Anexo 3. Morbilidad General.

Anexo 4. Morbilidad.

Anexo 5. Incidencias ENOS (priorizados).

Anexo 6. Alto Costo.

Anexo 7. Precursoras_ERC.

Anexo 8. Tasas ajustadas de mortalidad general.

Anexo9. Tasas ajustadas de mortalidad general (67 causas).

Anexo 10. Tasa de mortalidad infantil.

Anexo 11. Tasa de mortalidad menores de 1 año.

Anexo 12. Tasa de mortalidad 1 a 4 años.

Anexo 13. Morbilidad Salud Mental.

Anexo 14. Coberturas de vacunación en la niñez.

Anexo 15. Indicadores con desagregación cabecera, centro poblado y rural disperso.

Anexo 16. Indicadores básicos 2024 de salud. Situación de Salud en Colombia
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/indicadores-basicos-salud-2024.pdf>