



# Análisis de Situación de Salud Colombia. 2025

---

Dirección de Epidemiología y Demografía  
Bogotá D.C. marzo 2026





GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ  
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALBERTO MARTINEZ SALDARRIAGA  
Viceministro de Protección Social

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

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA  
Secretario General

HERIBERTO VASQUEZ SERNA  
Director de Epidemiología y Demografía





### **Coordinación del Grupo Planeación**

Andrea Johana Avella Tolosa

### **Equipo Técnico**

Aley Bricelyn Montenegro Nino

Jorge Andrés Daza Huérfano

Yamid Jonnatham Jácome Mora

Jaime Alejandro Sánchez Cabrera

### **© 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 .....	8
Metodología .....	10
<b>1. Capítulo 1. Configuración del territorio y dinámica poblacional .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1. Configuración territorial e inequidades .....</b>	<b>13</b>
<input type="checkbox"/> Análisis desde el enfoque étnico territorial: .....	15
<input type="checkbox"/> Análisis población víctima del conflicto armado. ....	17
<b>1.2. Envejecimiento y transición demográfica.....</b>	<b>18</b>
<input type="checkbox"/> Dinámica del crecimiento poblacional · Colombia 2018-2030 .....	20
<input type="checkbox"/> Esperanza de vida .....	23
<input type="checkbox"/> Análisis de la fecundidad .....	23
<b>1.3. Riesgo climático y salud .....</b>	<b>27</b>
<b>1.4. Pobreza y desigualdad .....</b>	<b>29</b>
<b>2. Capítulo 2. Situación de salud en el territorio nacional.....</b>	<b>33</b>
<b>2.1. Morbilidad atendida.....</b>	<b>33</b>
<b>2.2. Mortalidad general y por causas (OPS 6/67).....</b>	<b>37</b>
<b>2.3. Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV 2023–2025 .....</b>	<b>39</b>
<b>2.4. Salud materno infantil y niñez .....</b>	<b>51</b>
<b>2.5. Gradientes sociales y brechas urbano-rurales en la mortalidad materno-infantil .....</b>	<b>63</b>
<b>3. Capítulo 3. Respuestas institucionales y recomendaciones para la acción... 71</b>	<b>71</b>
<b>3.1. Índice de adecuación de la capacidad institucional de los servicios de salud 71</b>	<b>71</b>
<b>3.2. Análisis de las acciones populares para un ambiente sano .....</b>	<b>74</b>
<b>3.3. Avances de la Comisión Intersectorial de Salud Pública -CISP-.....</b>	<b>75</b>
<b>4. Conclusiones.....</b>	<b>78</b>
<b>5. Bibliografía.....</b>	<b>80</b>

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Distribución porcentual de la población según grupo étnico y área de residencia. Colombia, 2025.....	17
<b>Tabla 2.</b> Índice de envejecimiento según área de residencia. Colombia, 2025 .....	20
<b>Tabla 3.</b> Indicadores demográficos seleccionados. Colombia, 2025.....	23
<b>Tabla 4.</b> Morbilidad atendida por curso de vida y gran causa de morbilidad, Colombia, 2015-2024 .....	34
<b>Tabla 5.</b> Eventos de alto costo, Colombia, 2023-2024 .....	36
<b>Tabla 6.</b> Incidencia fiebre amarilla 2023 al 2025* .....	40
<b>Tabla 7.</b> Distribución de la letalidad por fiebre amarilla según departamento, Colombia 2025* .....	42
<b>Tabla 8</b> Incidencia de dengue. Colombia, 2023–2025* .....	43
<b>Tabla 9</b> Distribución de la letalidad por Dengue según departamento, Colombia 2025* .	47
<b>Tabla 10</b> Distribución de la letalidad por Malaria según departamento, Colombia 2025* .	50
<b>Tabla 11.</b> Principales indicadores de mortalidad materno infantil y niñez. Colombia.2015-2024 .....	51
<b>Tabla 12.</b> Acciones estratégicas por eje del PDSP 2022-2031 .....	76

## Lista de Gráficos

<b>Gráfico 1.</b> Comparativo entre la proporción de la población indígena y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera según departamento y área de residencia. 2025.....	16
<b>Gráfico 2.</b> Pirámide poblacional por sexo y grupos de edad según área de residencia, Colombia, población proyectada 2025 .....	19
<b>Gráfico 3.</b> Dinámica del crecimiento poblacional · Colombia 2018-2030 .....	20
<b>Gráfico 4.</b> Razón de dependencia demográfica global según área de residencia, Colombia 2025 .....	21
<b>Gráfico 5.</b> Índice de masculinidad por grupo de edad según área de residencia, Colombia 2025 .....	22
<b>Gráfico 6.</b> Joinpoint tasa bruta de natalidad. Colombia. 2005-2024 .....	24
<b>Gráfico 7.</b> Joinpoint tasa de fecundidad en adolescentes. Colombia. 2005-2024.....	26
<b>Gráfico 8.</b> Registro de damnificados durante la temporada de lluvias y seca en Colombia 2025. ....	28
<b>Gráfico 9.</b> Índice de Pobreza multidimensional según departamento, variables y municipios PDET. 2024 .....	30
<b>Gráfico 10.</b> Déficit habitacional Colombia. 2019 - 2024 .....	31
<b>Gráfico 11.</b> Hogares con jefa mujer sin cónyuge y con hijos menores de 18 años. 2018 - 2024 .....	32
<b>Gráfico 12.</b> Progresión Enfermedad Renal Crónica, Colombia, 2023-2024.....	35
<b>Gráfico 13.</b> Tendencia tasas de mortalidad ajustada por causas generales total y según sexo. Colombia.2015-2024 .....	38
<b>Gráfico 14.</b> Relación entre el Índice Oceánico del Niño (ONI) y la incidencia trimestral de dengue, Colombia 2023–2025* .....	44

<b>Gráfico 15</b> Canal de Bortman para dengue por semana epidemiológica. Colombia, 2021–2024 y casos observados 2025* .....	46
<b>Gráfico 16.</b> Tendencia epidémica de la Malaria por semana epidemiológica, Colombia 2021-2025* .....	48
<b>Gráfico 17.</b> Razón de Mortalidad Materna a 42 días, Colombia. 2015-2024 .....	52
<b>Gráfico 18.</b> Razón de Mortalidad Materna a 42 días, por área de residencia, Colombia. 2015-2024 .....	53
<b>Gráfico 19.</b> Tasa de mortalidad neonatal, Colombia. 2015-2024.....	54
<b>Gráfico 20.</b> Tasa de mortalidad neonatal, por área de residencia, Colombia. 2015-2024 .....	55
<b>Gráfico 21.</b> Tasa de mortalidad infantil, Colombia. 2015-2024 .....	56
<b>Gráfico 22.</b> Tasa de mortalidad infantil, por área de residencia, Colombia. 2015-2024 ...	58
<b>Gráfico 23.</b> Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años), Colombia. 2015-2024 .....	59
<b>Gráfico 24.</b> Tasa de mortalidad en la niñez, por área de residencia, Colombia. 2015-2024 .....	60
<b>Gráfico 25.</b> Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, Colombia. 2015-2024 ..	61
<b>Gráfico 26.</b> Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años, Colombia. 2015-2024. 62	
<b>Gráfico 27.</b> Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, Colombia. 2015-2024 .....	63
<b>Gráfico 28.</b> Medidas de desigualdad para la Razón de Mortalidad Materna según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024.....	64
<b>Gráfico 29.</b> Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad perinatal según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024.....	65
<b>Gráfico 30.</b> Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad perinatal según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024.....	66
<b>Gráfico 31.</b> Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad en la niñez según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024.....	67
<b>Gráfico 32.</b> Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda -EDA- según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024.....	68
<b>Gráfico 33.</b> Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda -IRA- según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024.....	69
<b>Gráfico 34.</b> Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición -DNT- según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024 ....	70
<b>Gráfico 35.</b> Relación con los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031 por Ministerios o Departamentos administrativos.....	77

## Lista de Mapas

<b>Mapa 1.</b> Comparativa proporción de población en los Centros Poblados y Ruralidad Dispersa (CPRD), Índice Social Municipal (ISM) y municipios ZOMAC-PDET .....	14
<b>Mapa 2.</b> Departamentos más relevantes por concentración de población víctima en CPRD (Centros poblados y rural disperso) .....	18
<b>Mapa 3.</b> Tasa bruta de natalidad en Colombia según departamento. 2024 .....	25
<b>Mapa 4.</b> Tasa de fecundidad en adolescentes según departamento. Colombia. 2024.....	27
<b>Mapa 5.</b> Incidencia de fiebre amarilla por departamento. Colombia, 2025* .....	41
<b>Mapa 6.</b> Incidencia de dengue por departamento por cada 100 mil habitantes, Colombia, 2025* .....	45
<b>Mapa 7.</b> Incidencia de malaria por departamento por 100 mil habitantes. Colombia, 2025* .....	49
<b>Mapa 8.</b> Índice de adecuación estimado para la Razón de Mortalidad Materna. 2024.....	72
<b>Mapa 9.</b> Índice de adecuación estimado para la tasa de mortalidad infantil. 2024 .....	73
<b>Mapa 10.</b> Índice de adecuación estimado para la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT). 2024 .....	74



## Introducción

Desde la epidemiología crítica latinoamericana, (Breilh, 2013) se plantea que la salud no obedece exclusivamente a condiciones individuales, sino que se configura como un proceso complejo y socialmente determinado. Esta perspectiva permite comprender que la relación entre la salud y la enfermedad no responde únicamente a las condiciones individuales de las personas, sino que se configura a partir de un complejo de relaciones sociales, económicas, políticas y territoriales y así las inequidades en salud son el resultado de la interacción entre el individuo y un entorno social, político y ambiental, que condiciona su acceso a bienes, servicios y derechos fundamentales.

En Colombia, esta perspectiva resulta especialmente relevante porque, aunque el territorio presenta una vocación predominantemente rural, el 75,9% de la población se concentra en cabeceras municipales y cerca del 24,1% habita en centros poblados y ruralidad dispersa. Estos territorios rurales han presentado históricamente mayores niveles de pobreza, dispersión geográfica y menor acceso a bienes y servicios, configurando un escenario de desigualdad estructural en el que, pese a su importancia territorial, las poblaciones rurales enfrentan mayores limitaciones para acceder a oportunidades y condiciones adecuadas de salud.

El análisis de la situación de salud en Colombia requiere aproximaciones que superen la descripción de indicadores y permitan comprender las condiciones estructurales que configuran de manera diferenciada los perfiles epidemiológicos en el territorio. En este marco, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Colombia 2025 se propone aportar una lectura nacional de las desigualdades e inequidades en salud a partir de un enfoque territorial y de determinantes sociales. Esto implica comprender el territorio más allá de una delimitación geográfica o político-administrativa, como una construcción social e histórica en la que confluyen relaciones de poder, dinámicas sociales y formas desiguales de acceso a recursos y derechos. En consecuencia, las brechas en salud se encuentran estrechamente asociadas con condiciones estructurales como la pobreza, la ruralidad dispersa, la desigualdad en el acceso al agua y al saneamiento, la precariedad laboral, las barreras en el acceso a servicios de salud, la afectación por el conflicto armado y la persistencia de formas históricas de exclusión territorial y étnico-racial.

Metodológicamente, el ASIS 2025 realiza una triangulación de la información cuantitativa y cualitativa proveniente de diversas fuentes oficiales, incluyendo epidemiológica, demográfica, social, territorial, jurídica y ambiental. Este enfoque permitió no solo describir la concentración, magnitud y distribución de los eventos en salud, sino también interpretarlos desde una perspectiva social y territorial, con un énfasis sólido en la ruralidad, particularmente en los centros poblados y la ruralidad dispersa, así como en los municipios PDET y ZOMAC, donde se concentran importantes brechas estructurales.







El documento se consolida a partir de tres grandes pilares de análisis desarrollados por capítulos así: El primero, reconoce la configuración del territorio y la dinámica poblacional del país, abordando aspectos como la distribución de la población por área de residencia, la transición demográfica, el envejecimiento, la fecundidad, la presencia de poblaciones étnicas y víctimas del conflicto armado, así como las condiciones de pobreza, desigualdad, riesgo climático y su incidencia en la salud. El segundo, analiza la situación de salud mediante el estudio de la morbilidad atendida, la mortalidad y algunos eventos prioritarios de salud pública, con especial énfasis en enfermedades transmitidas por vectores y en la salud materno-infantil y por último un tercer capítulo que incorpora el estudio de respuestas institucionales y elementos orientados a la acción, incluyendo capacidades del sistema de salud, aproximaciones desde la salud ambiental y avances de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, con el fin de aportar insumos para la toma de decisiones y la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud. y por último un tercer capítulo que incorpora el estudio de respuestas institucionales y elementos orientados a la acción, incluyendo capacidades del sistema de salud, aproximaciones desde la salud ambiental y avances de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, con el fin de aportar insumos para la toma de decisiones y la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud.

Así, el ASIS Colombia 2025 constituye una herramienta estratégica para la planeación en salud pública, al orientar la implementación de las políticas públicas en salud, fortalecer la gestión intersectorial y contribuir a la garantía del derecho a la salud desde un enfoque diferencial y territorial.



## Metodología

La actualización del análisis de la situación en salud ASIS Colombia 2025, se realizó a la luz de un enfoque cuantitativo y cualitativo, que trianguló información epidemiológica, demográfica, social, territorial y ambiental proveniente de diversas fuentes oficiales, incluyendo sistemas de vigilancia en salud pública, registros de prestación de servicios, estadísticas vitales, proyecciones poblacionales, indicadores de pobreza y análisis de los conflictos socioambientales. Así mismo, incorporó un enfoque territorial y de determinantes sociales que permitió caracterizar la distribución, magnitud y comportamiento de eventos prioritarios en salud pública.

### Fuentes de información:

Desde el enfoque territorial, se tuvo en cuenta la división política-administrativa municipal, priorizando, entre otros, los municipios clasificados como Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), así mismo se consultó en Registro Único de Víctimas (RUV) consultado en febrero del año 2026. Este enfoque permitió analizar la concentración espacial de los eventos en salud y su relación con contextos de alta ruralidad, dispersión geográfica, exclusión social y conflicto armado.

Con el fin de incorporar los determinantes sociales y estructurales de la salud, se integraron variables sociodemográficas y de condiciones de vida provenientes del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), incluyendo las proyecciones para el año 2025 de población departamental y municipal por área de residencia, el Censo Nacional de Población y Vivienda y el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) del año 2024, el Índice Social Municipal (ISM) 2025 se utilizó como estratificador socioeconómico a nivel municipal (contempla variables poblacionales, condiciones habitacionales y de cobertura en servicios sociales y de salud)<sup>1</sup> y finalmente, el registro de personas damnificadas por fenómenos climáticos de la Unidad Nacional para la Gestión de Riesgos y Desastres (UNGRD) del año 2025. Estas fuentes fueron utilizadas para relacionar la ocurrencia de eventos con carencias en servicios públicos y condiciones de vivienda.

Para el análisis de la morbilidad se utilizó el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para el periodo comprendido entre 2015 y 2024 y se incluyeron los eventos de notificación obligatoria del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), con énfasis en dengue, malaria y fiebre amarilla y la información del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Así mismo, fue consultada la información sobre eventos de alto costo,

---

<sup>1</sup> Tomado de: Clústeres territoriales y enfermedades crónicas no transmisibles - no cancerígenas - en Colombia. 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/V/S/ED/GCFI/clusteres-territorial...>



de la Cuenta de Alto Costo reportada entre 2017 y 2024. Para el abordaje de la mortalidad se consultaron las estadísticas vitales de la Bodega de datos SISPRO del año 2024, datos que fueron obtenidos en marzo del 2026.

Con el objetivo de realizar un análisis comparable con estudios previos sobre injusticias socioambientales y relación con la salud<sup>2</sup>, se consideraron las acciones populares identificadas en sentencias de la Corte Constitucional para el periodo 2023–2025 mediante una búsqueda en la relatoría institucional con las palabras clave “ambiente” y “salud”. Se identificaron 30 decisiones judiciales y mediante lectura analítica, se aplicaron criterios de inclusión para seleccionar aquellas con afectación ambiental concreta, relación con determinantes de la salud y enfoque territorial o colectivo, y criterios de exclusión para decisiones sin relación directa entre ambiente y salud o centradas en aspectos jurídicos individuales. Como resultado, se seleccionaron 13 sentencias, las cuales fueron clasificadas según categorías temáticas de análisis de injusticias socioambientales.

### **Análisis de la información:**

El análisis de la información incluyó la representación geográfica a nivel departamental y municipal de los indicadores socioeconómicos y de salud para identificar sus posibles correlaciones y a partir de ellas, establecer brechas entre: (i) presentación de eventos salud y las condiciones socioeconómicas y (ii) presentación de eventos salud y la prestación de servicios. Para ello fueron utilizados las medidas simples y complejas de desigualdad, en concordancia con la metodología establecida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de igual forma fue calculado *el índice de adecuación*<sup>3</sup> de la capacidad institucional de los servicios de salud por municipio. Adicionalmente, en el análisis poblacional se incluyó la construcción de representaciones gráficas y la estimación de indicadores de estructura demográfica, dinámica del crecimiento poblacional, esperanza de vida y análisis de la tendencia en la fecundidad (joinpoint).

Con la información de morbilidad y mortalidad se calcularon indicadores de frecuencia, incidencia, gravedad y letalidad, con desagregación por sexo, grupo de edad, pertenencia étnica y área de residencia, permitiendo identificar patrones diferenciales de afectación en el territorio nacional. Como agrupador de causas se usó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la OPS que recoge en seis grandes grupos y un residual, 67

---

<sup>2</sup> Documento: Injusticias socio ambientales y salud Colombia. 2010-2022. Ministerio de Salud y Protección Social (ASIS a profundidad 2024) disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx#:~:text=Injusticias%20socio%20ambientales%20y%20salud%3A%20Colombia%202010%2D2022>

<sup>3</sup> Índice de adecuación: Los valores de ponderación fueron adaptados de acuerdo con el impacto en salud que tiene cada tipo de servicio. Los servicios de internación tuvieron la mayor puntuación (entre 3 y 4) dada su alta intensidad de cuidado, personal especializado; Los servicios de consulta tuvieron una menor puntuación (entre 2 y 1) dado rol en seguimiento, diagnóstico, control y manejo de descompensaciones, continuidad del cuidado, autocuidado, seguimiento, educación, pero menor poder resolutivo clínico y con diferente nivel de competencia clínica.



subgrupos de diagnósticos agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10<sup>4</sup>.

Para las enfermedades transmitidas por vectores fueron analizados los canales endémicos de Bortman para dengue y malaria. El análisis de tendencias se llevó a cabo mediante comparaciones temporales y análisis descriptivos, priorizando la identificación de comportamientos inusuales, incrementos epidémicos y persistencia endémica. Los resultados fueron interpretados considerando las limitaciones inherentes a los sistemas de vigilancia, particularmente aquellas relacionadas con subregistro, oportunidad de la notificación y heterogeneidad en el acceso a los servicios de salud, aspectos que fueron tenidos en cuenta en la lectura territorial y en la formulación de las conclusiones. En complemento se contrastó la incidencia de las ETV frente a la variabilidad climática mediante el Índice Oceánico del Niño (ONI).

---

<sup>4</sup> Lista 6/67 OPS: 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).



## 1. Capítulo 1. Configuración del territorio y dinámica poblacional

El primer capítulo reconoce la configuración territorial y dinámica poblacional como dos componentes de análisis fundamentales para comprender la distribución de las condiciones de vida y las inequidades que inciden en la situación de salud de la población en Colombia. En este capítulo se integran diversas fuentes de información demográfica, social y territorial, que permitieron caracterizar la forma en que se distribuye la población en el territorio nacional y cómo estas dinámicas se relacionan con los determinantes sociales de la salud. El análisis incorpora variables como la distribución poblacional por área de residencia, la presencia de poblaciones étnicas y víctimas del conflicto armado, los procesos de transición demográfica, así como factores asociados al riesgo climático y socioambiental y a las condiciones de pobreza y desigualdad. Se desarrolla con un énfasis particular en la ruralidad, es decir, población en centros poblados y ruralidad dispersa, así mismo aquellos territorios priorizados como Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC) y Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), donde se concentran importantes brechas estructurales en el acceso a bienes, servicios y oportunidades. Estos aspectos permiten, en conjunto, contextualizar territorialmente la situación de salud y comprender las principales condiciones estructurales que inciden en ella.

### 1.1. Configuración territorial e inequidades

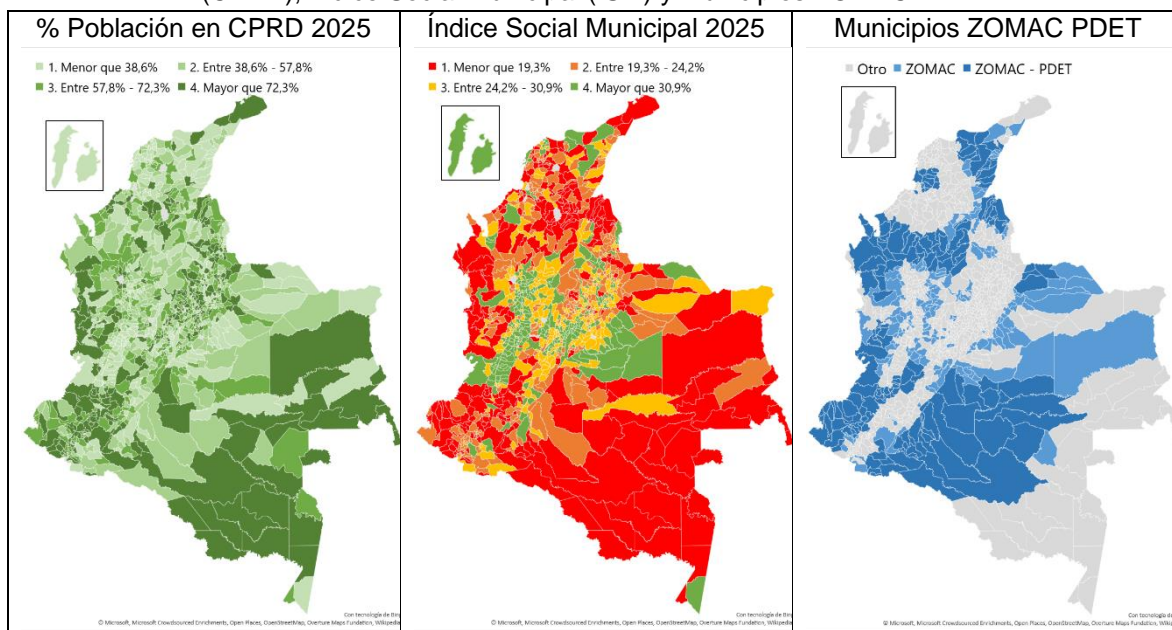
El territorio colombiano, aunque de naturaleza rural y vocación agrícola, presenta una distribución poblacional predominantemente urbana (77,1%, frente a un 22,9% en centros poblados y rural disperso) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2025) condición clave para el análisis territorial de la situación de salud. Esta distribución es desigual y se concentra especialmente en municipios identificados como Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC) y en aquellos donde se implementan los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), territorios rurales que han soportado los mayores impactos acumulados del conflicto, incluidos hechos victimizantes como abandono y despojo forzado de tierras, desplazamiento, atentados y masacres. Por esta razón, los Acuerdos de Paz los priorizaron como escenarios estratégicos para la reparación, el desarrollo territorial y la construcción de paz social, y en este marco, el análisis de brechas territoriales considera de manera preferente los 344 municipios clasificados como ZOMAC, dentro de los cuales se encuentran los 170 municipios PDET (Min Justicia, 2017; Min Justicia, 2017).

Así mismo, se ha identificado que el índice social municipal en adelante ISM, calculado por el Ministerio de Salud y Protección Social que resume las condiciones sociales y estructurales particularmente precarias de estos municipios, lo que permite contextualizar de manera integral la situación de salud de la población desde el enfoque de los determinantes sociales (Min Salud y Protección Social, 2025).

En total, 48 municipios de los departamentos de Amazonas, Cauca, Chocó, Guainía, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Vaupés y Vichada registran porcentajes superiores al 90% de población en centros poblados y rural dispersa, 46 de estos municipios se ubicaron en el cuartil en peor condición según el ISM (menor al 19,3%), lo que refleja marcadas brechas sociales, rezago en condiciones de vida y limitaciones estructurales en el acceso a bienes y servicios esenciales, incluido el servicio de salud.

En este sentido, al comparar la proporción de población en el área rural respecto al ISM, se encontró una correlación moderada a fuerte e inversamente proporcional (-0,657), es así como, en 19 municipios de Amazonas (9), Guainía (7) y Vaupés (3) donde el 100% de sus habitantes se ubicaron en la zona rural, muestran a su vez un ISM fue inferior al 19,3% donde municipios como Miriti - Paraná (Amazonas), Morichal (Guainía) y Pacoa (Vaupés) el ISM es menor al 3%. Al realizar esta misma comparación solo en los municipios clasificados como PDET y ZOMAC, la correlación mantuvo la misma orientación y se incrementó levemente (-0,664), donde resaltan municipios como El Litoral del San Juan y Bojayá en el Chocó donde el ISM fue menor al 9,32%; así mismo, en el departamento del Cauca, se identificaron cinco municipios ZOMAC-PDET (Buenos Aires, Cajibío, Caldon, El Tambo y Morales), donde la población rural supera el 95% del municipio, y el ISM se sitúa por debajo del 17%. Este comportamiento evidencia que en las zonas rurales y mayor afectación por el conflicto armado prevalecen brechas estructurales que limitan el ejercicio efectivo de derechos básicos y particularmente el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud (**Mapa 1**).

**Mapa 1.** Comparativa proporción de población en los Centros Poblados y Ruralidad Dispersa (CPRD), Índice Social Municipal (ISM) y municipios ZOMAC-PDET



Fuente: DANE, Proyecciones de población - Dirección técnica de Censos y Demografía (DCD)  
MSPS. Grupo de planeación en salud pública. Clusters-territoriales-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-colombia-2023. Disponible en:

- Análisis desde el enfoque étnico territorial:

La distribución y el peso relativo de las poblaciones étnicas (12% del total nacional en 2025, con 4,7% indígenas; 7,2% población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera; y 0,01% pueblo Rrom), se superponen con desigualdades históricas en la provisión de bienes públicos y con patrones de ocupación del territorio que condicionan el acceso efectivo a la salud. En los centros poblados y la ruralidad dispersa, donde estas poblaciones alcanzan 27,4% y los pueblos indígenas son predominantes (16,4%), la dispersión geográfica, la baja densidad y los costos de conectividad limitan la oportunidad de los servicios y amplifican la exposición a riesgos ambientales y domésticos. Este mismo sentido, en los municipios PDET–ZOMAC, la representación étnica asciende a 28,4% y se destaca el 18% de población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera, evidenciando acumulación de desventajas en territorios con menor presencia estatal y mercados laborales más precarios (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2025).

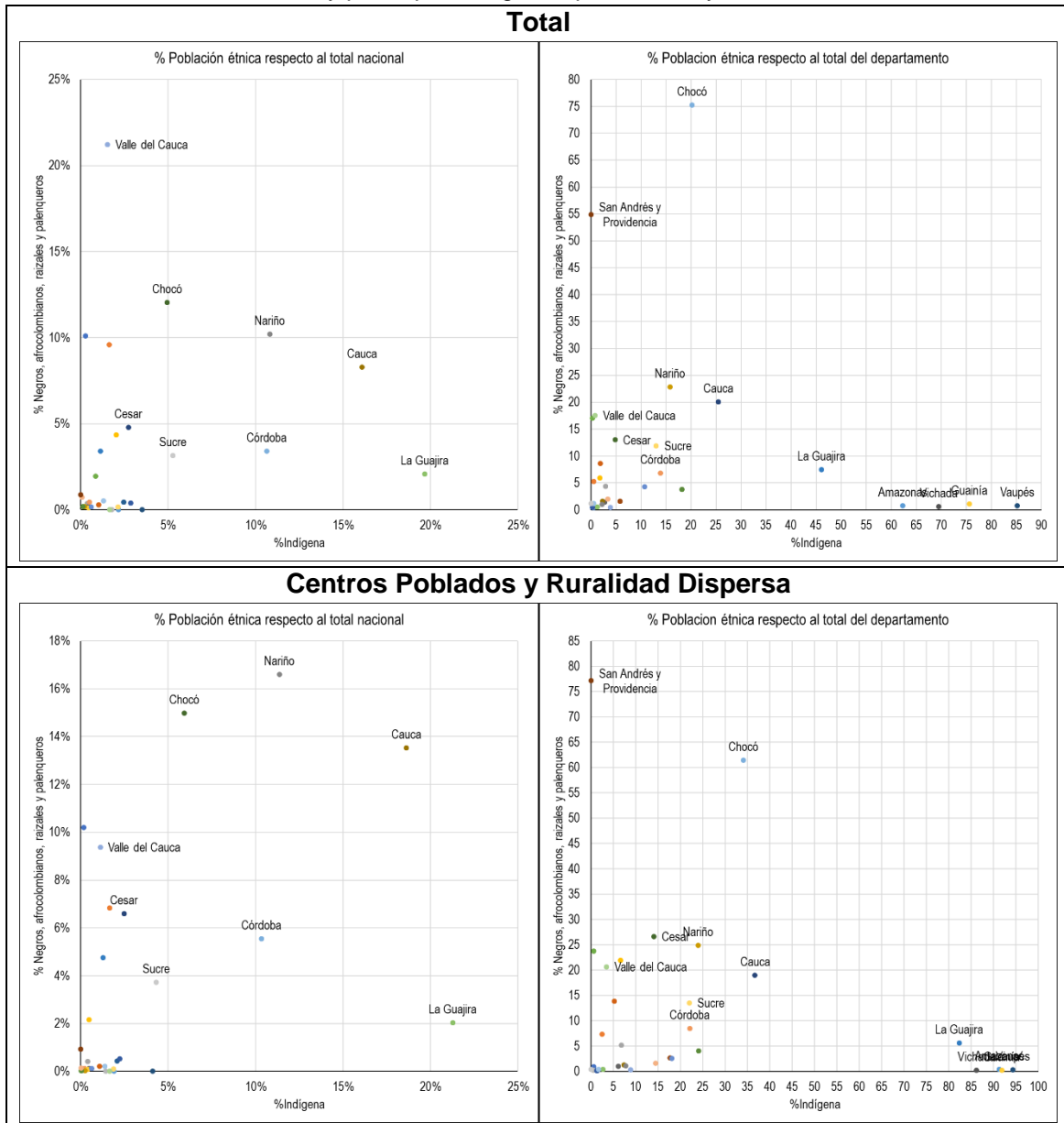
A nivel departamental, más de la mitad de la población étnica del país se concentra en Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Chocó y La Guajira, que en conjunto agrupan el 53,5% de estas comunidades. Dentro de este total, los pueblos indígenas se encuentran mayoritariamente en La Guajira y Cauca, departamentos que en conjunto representan el 35,7% de esta población. Por su parte, en Valle del Cauca y Chocó se localiza el 33,2% de la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera, mientras que Nariño ocupa el tercer lugar en magnitud poblacional para ambos grupos, con 10,8% de la población indígena y 10,2% de la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera.

Al analizar la proporción de poblaciones étnicas frente al total departamental, se observa una mayor representatividad en Vaupés, Guainía, Vichada, Amazonas y La Guajira, donde la población indígena supera el 45%. Por su parte, en Chocó y San Andrés y Providencia la población negra, afrocolombiana y raizal es superior al 54%, lo que confirma la concentración territorial de estas comunidades. Además, al desagregar por área, la representatividad aumenta en los centros poblados y la ruralidad dispersa, tendencia consistente para ambos grupos poblacionales y que refuerza el patrón de mayor presencia étnica en áreas no urbanas (**Gráfico 1**).

En conjunto, la mayor presencia étnica en los CPRD y en los municipios PDET–ZOMAC, la concentración departamental y las características ambientales y productivas de cada territorio configuran gradientes de inequidad, es así como, donde la representación étnica es más alta, confluyen peores condiciones materiales de vida y mayores barreras de acceso efectivo a los servicios sociales y de salud, lo que podría explicar las brechas existentes en los resultados en salud.



**Gráfico 1.** Comparativo entre la proporción de la población indígena y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera según departamento y área de residencia. 2025



Fuente: Proyecciones de población municipal por área y pertenencia étnico-racial 2018-2035.

La distribución de los grupos étnicos según área de residencia evidencia patrones territoriales diferenciados, mientras la población afrodescendiente presenta mayor presencia relativa en las cabeceras municipales, la población indígena muestra una marcada concentración en la ruralidad dispersa. Conviene señalar que el grupo gitano (Rrom), aunque minoritarios a nivel nacional, mantienen vínculos con territorios específicos que influyen en su distribución geográfica y que se pueden observar en la siguiente **Tabla 1**.



**Tabla 1.** Distribución porcentual de la población según grupo étnico y área de residencia.  
Colombia, 2025

Grupo poblacional	Cabecera	%	Rural disperso	%	Total	%
Indígena	489.090	1,21	2.027.322	16,00	2.516.413	4,74
Gitano Rrom	2.824	0,01	341	0,00	3.165	0,01
Raizal	18.389	0,05	13.171	0,10	31.560	0,06
Palenquero	4.429	0,01	3.949	0,03	8.378	0,02
Afrodescendiente	2.377.772	5,88	1.428.865	11,27	3.806.643	7,17
Ningún grupo étnico	37.545.049	92,85	9.199.408	72,59	46.744.550	88,01
Total	40.437.553	76,14	12.673.056	23,86	53.110.609	100

Fuente: DANE<sup>5</sup>. Proyecciones de Población Municipal por Área y Pertenencia Étnico-Racial, 2018-2035. Nota.  
Total, poblacional según proyecciones DANE por pertenencia étnico-racial: 53.110.609.

- Análisis población víctima del conflicto armado.

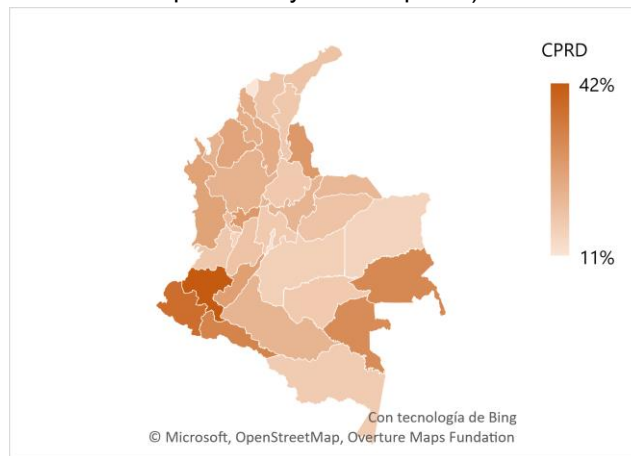
Según información del Registro Único de Víctimas (RUV), la población víctima del conflicto armado en Colombia mantiene un anclaje rural importante en departamentos históricamente afectados. Con corte a 27 de febrero de 2026 al menos 9.783.665 personas se registran como víctimas con residencia definida, de este total, el 67% reside en cabeceras municipales, el 2% en centros poblados y el 20% en áreas rurales dispersas. Al agrupar los centros poblados y la ruralidad dispersa (CPRD), el 22% de la población víctima reside en entornos rurales donde, como ya se ha mencionado, el ISM es especialmente bajo.

A nivel departamental, la mayor proporción de población víctima residente en CPRD se concentra en departamentos del sur y occidente del país. En Cauca se registran 258.082 víctimas, de las cuales el 42 % reside en CPRD, lo que evidencia un patrón de victimización ligado a zonas rurales e indígenas; le siguen Nariño (37 %) y Putumayo (33 %). Así mismo Guainía y Vaupés presentan una proporción de 31% cada uno.

Conviene señalar que en Antioquia y Valle del Cauca se registra el mayor número de víctimas en términos absolutos, con un total de 5.480.592 personas; en estos departamentos, el porcentaje de residencia en CPRD es de 22% y 17 % respectivamente. también se destaca Bolívar con 373.099 víctimas de las cuales el 23 % presenta residencia en CPRD (**Mapa 2**).

<sup>5</sup> Nota metodológica: Las cifras de distribución por edad y sexo provienen de las Proyecciones de Población Municipal del DANE (total: 53.057.212), mientras que las cifras por pertenencia étnico-racial corresponden a las Proyecciones de Población Municipal por Área y Pertenencia Étnico-Racial del DANE (total: 53.110.609). Las diferencias obedecen a distintas bases de proyección y no afectan la validez del análisis

**Mapa 2.** Departamentos más relevantes por concentración de población víctima en CPRD (Centros poblados y rural disperso)



Fuente: Red Nacional de Información – Registro único de víctimas RUV 27/02/2026

En conjunto, estos departamentos concentran altos volúmenes absolutos de población víctima y una proporción de residencia en CPRD superior al promedio nacional (20%), lo que evidencia la superposición entre dinámicas de violencia, ruralidad y mayores barreras de acceso a servicios sociales y de salud. En consecuencia, la planeación e implementación de políticas públicas en estos territorios requiere la incorporación de enfoques territorial, étnico y de reparación integral para reducir las brechas en el acceso a sus derechos fundamentales.

## 1.2. Envejecimiento y transición demográfica

De acuerdo con las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Colombia registra para 2025 una población estimada de 53.057.212 habitantes. La mayor proporción de la población se concentra en las cabeceras municipales (75,9%), mientras que el 24,1% reside en centros poblados y áreas rurales dispersas (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2025)

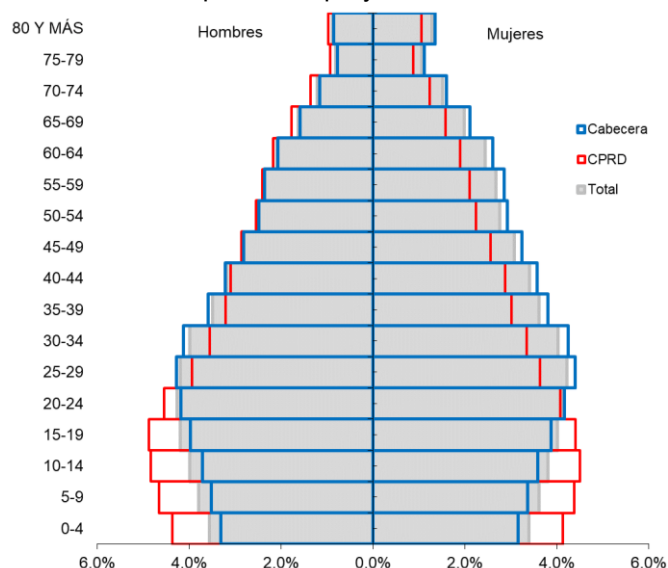
En cuanto a la distribución por sexo, se observa un predominio femenino en las cabeceras municipales, con una razón de masculinidad de 92,4 hombres por cada 100 mujeres. En contraste, en los centros poblados y áreas rurales dispersas se evidencia una mayor proporción masculina, con una razón de masculinidad de 108,8 hombres por cada 100 mujeres. Este patrón es característico de las zonas rurales colombianas y se ha asociado a procesos de migración selectiva por sexo hacia los centros urbanos.

En relación con la estructura por edades, el área de centros poblados y rural disperso presenta una mayor proporción de población joven, en comparación con las cabeceras municipales y el promedio nacional. Por su parte, las cabeceras municipales concentran una mayor proporción de población adulta mayor (60 años y más), lo que podría estar

asociado a mejores condiciones de acceso a servicios de salud, saneamiento básico y condiciones de vida en contextos urbanos

La pirámide poblacional evidencia diferencias en la estructura demográfica según el área de residencia. Mientras que el total nacional y las cabeceras municipales muestran una tendencia hacia una estructura regresiva o contractiva, caracterizada por una base poblacional relativamente más estrecha y una mayor concentración en los grupos de edad intermedia y adulta, el área de centros poblados y rural disperso presenta una estructura más expansiva, con mayor proporción de población joven. Estas diferencias reflejan distintos momentos del proceso de transición demográfica en el país (Gráfico 2) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2025)

**Gráfico 2.** Pirámide poblacional por sexo y grupos de edad según área de residencia, Colombia, población proyectada 2025



Fuente: DANE. Proyecciones de Población y Estudios Demográficos, 2018-2042. Total, poblacional según proyecciones DANE por edad y sexo: 53.057.212

Respecto al envejecimiento, la cabecera municipal presenta el índice de envejecimiento más elevado 73,88, lo que indica que por cada 100 niños y niñas entre 0 y 14 años existen aproximadamente 74 personas mayores de 60 años. Este valor, significativamente superior al registrado en el área rural 51,54, confirma que la zona urbana se encuentra en una etapa más avanzada de la transición demográfica, caracterizada por el descenso sostenido de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida (Tabla 2).

**Tabla 2.** Índice de envejecimiento según área de residencia. Colombia, 2025

Área de residencia	Índice de envejecimiento
Cabecera municipal	73,88
Centros poblados y rural disperso	51,54
Total, nacional	67,34

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población, Colombia 2025.

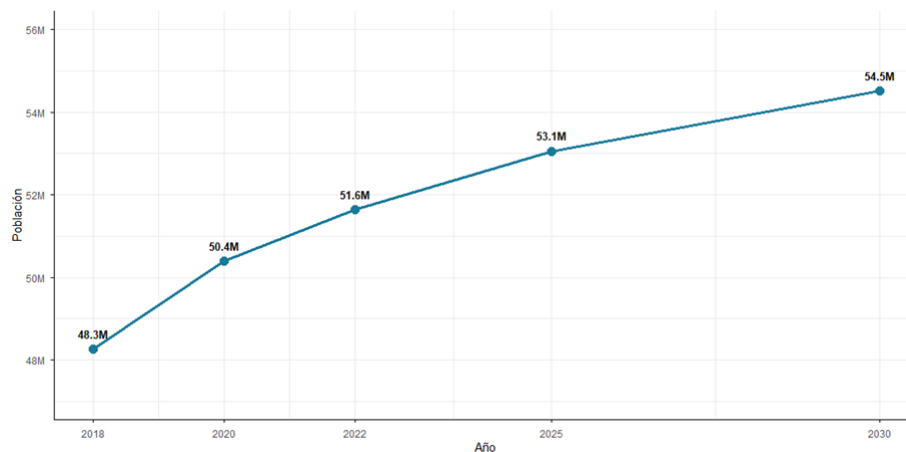
- Dinámica del crecimiento poblacional · Colombia 2018-2030

Colombia registró una población de 48.258 494 habitantes en 2018, año base del último Censo Nacional, proyectándose un crecimiento sostenido hasta alcanzar 53.057.212 habitantes en 2025 y 54.518.223 en 2030. Durante el periodo analizado la población aumentó en aproximadamente 6,3 millones de personas, lo que representa un incremento del 12,9% en doce años (**Gráfico 3**).

Sin embargo, la tasa de crecimiento exponencial muestra una desaceleración progresiva y significativa, pasando de 1,75 por 100 en 2018 a 0,84 por 100 en 2025, con una proyección de 0,46 por 100 para 2030. Es importante señalar que el año 2020 registró la tasa más alta del periodo con 2,26 por 100, fenómeno asociado en parte a los flujos migratorios provenientes de Venezuela que incrementaron la población residente en el país.

Esta desaceleración del crecimiento es característica de una sociedad en etapa avanzada de transición demográfica, donde la reducción sostenida de la fecundidad, el control de la mortalidad y los cambios en los patrones migratorios determinan un ritmo de crecimiento cada vez más moderado. Para la planificación en salud pública, este escenario demanda una reorientación progresiva de los servicios hacia una población que crece más lentamente pero que envejece de manera acelerada (**Gráfico 3**).

**Gráfico 3.** Dinámica del crecimiento poblacional · Colombia 2018-2030



Fuente: DANE. Proyecciones de Población Municipal por Área y Pertenencia Étnico-Racial, periodo 2018-2035.

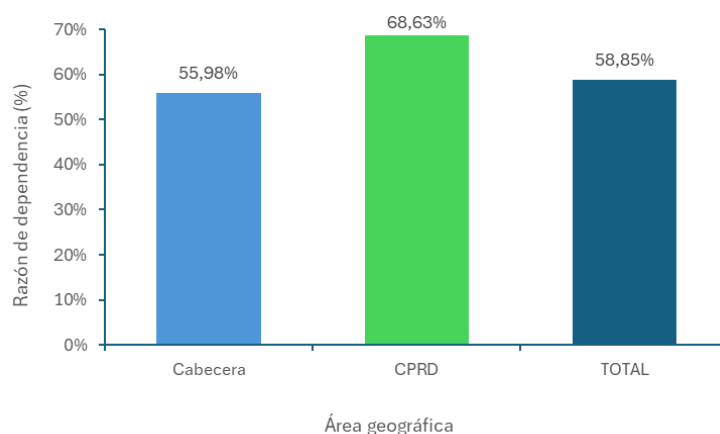
El área de centro poblado y rural disperso presenta la razón de dependencia más elevada con 68,6, lo que significa que por cada 100 personas en edad productiva existen aproximadamente 69 personas dependientes. Este valor es significativamente superior al registrado en la cabecera municipal 56,0 y al promedio nacional 58,9, y se explica principalmente por la mayor proporción de población joven en las zonas rurales, asociada a tasas de fecundidad más altas (**Gráfico 4**)

La cabecera municipal registra la razón más baja con 56,0, reflejo de una estructura poblacional más envejecida y con menor proporción de población joven, característica de zonas urbanas en etapas más avanzadas de la transición demográfica.

A nivel nacional la razón de dependencia es de 58,9, valor intermedio que refleja la combinación de ambas estructuras poblacionales (**Gráfico 4**).

Estas diferencias tienen implicaciones directas para la planificación en salud, educación y seguridad social, especialmente en las zonas rurales donde la carga sobre la población productiva es mayor.

**Gráfico 4.** Razón de dependencia demográfica global según área de residencia, Colombia 2025



Fuente: DANE. Proyecciones de Población y Estudios Demográficos (PPED), 2018-2042.

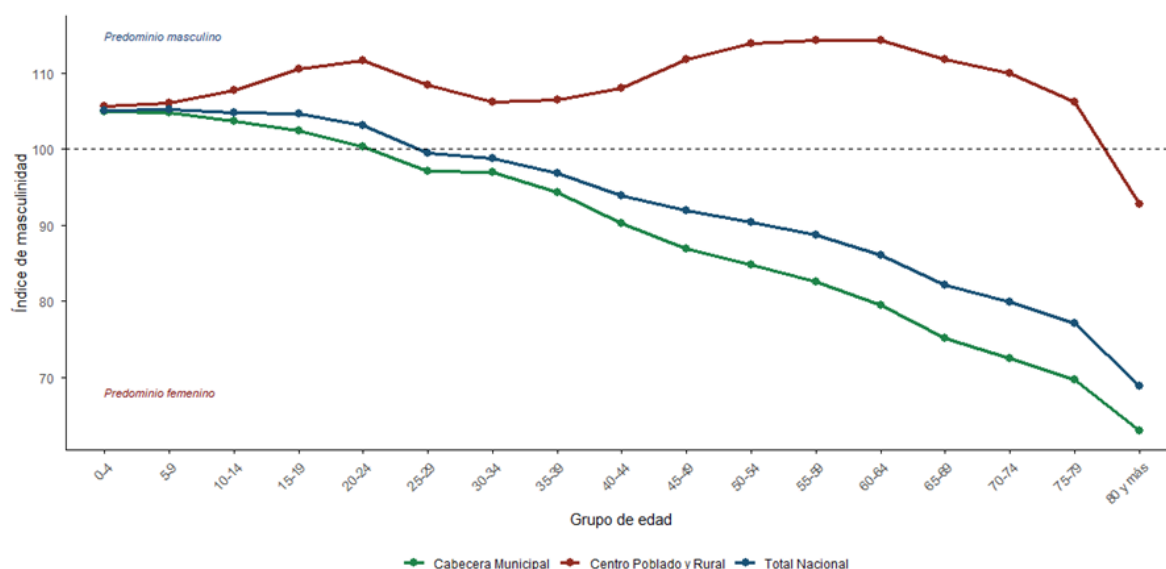
En la cabecera municipal, el índice supera ligeramente 100 en los grupos de edad más jóvenes (0-24 años), lo que refleja una ligera mayoría masculina al nacimiento. Sin embargo, a partir del grupo de 25-29 años desciende por debajo de 100 y continúa reduciéndose progresivamente hasta alcanzar 63 hombres por cada 100 mujeres en el grupo de 80 años y más. Este comportamiento se explica principalmente por la mayor esperanza de vida femenina y la mayor mortalidad masculina en edades adultas y avanzadas (**Gráfico 5**).

En el área de centros poblados y rural disperso, el índice de masculinidad se mantiene por encima de 100 en la mayoría de los grupos de edad, con valores que oscilan entre 105 y 114, alcanzando su punto máximo entre los 50 y 59 años. En el grupo de 80 años y más el índice desciende a 92,8, reflejando igualmente la mayor sobrevivencia femenina en edades

avanzadas. Este patrón también puede asociarse a procesos de migración selectiva femenina hacia los centros urbanos en búsqueda de oportunidades educativas y laborales (Gráfico 5).

A nivel nacional, el índice presenta un comportamiento intermedio, iniciando por encima de 100 en edades jóvenes y descendiendo gradualmente hasta 68,9 en el grupo de 80 años y más, lo que evidencia la mayor sobrevivencia femenina en edades avanzadas.

**Gráfico 5.** Índice de masculinidad por grupo de edad según área de residencia, Colombia 2025



Fuente: DANE. Proyecciones de Población y Estudios Demográficos (PPED), 2018-2042.

En conjunto, la estructura demográfica del país refleja un proceso avanzado de transición demográfica, caracterizado por la reducción progresiva de la fecundidad, el aumento relativo de la población en edades adultas y un crecimiento gradual del grupo de adultos mayores. No obstante, persisten diferencias entre áreas urbanas y rurales, donde estas últimas mantienen una estructura poblacional más joven. Estas características demográficas constituyen un elemento fundamental para la comprensión de las dinámicas sociales y epidemiológicas del país, dado que influyen directamente en la demanda de servicios de salud, la distribución de los riesgos y la priorización de intervenciones en salud pública.

El comportamiento reciente de la natalidad y la fecundidad en el país, marcado por descensos sostenidos y acelerados en la última década, señala un avance consistente de la transición demográfica. Estas variaciones, evidenciadas en la reducción de los nacimientos y en los cambios diferenciados en la fecundidad adolescente, se articulan con un proceso simultáneo de envejecimiento poblacional que se expresa en el incremento progresivo de indicadores como relacionados con el envejecimiento de la población y la relación de dependencia. En conjunto, estos elementos permiten comprender la

reconfiguración demográfica en curso y el análisis de sus implicaciones sociales y sanitarias.

- Esperanza de vida

Para el año 2025, la esperanza de vida al nacer en Colombia se estima en 76,59 años para el total de la población. Al analizar este indicador por sexo, se observa una mayor supervivencia en las mujeres, con una esperanza de vida de 79,18 años, mientras que en los hombres se estima en 74,13 años, lo que evidencia una brecha de 5,05 años a favor de las mujeres. Esta diferencia por sexo refleja un patrón demográfico ampliamente documentado, asociado a una mayor mortalidad masculina en diferentes etapas del ciclo de vida (**Tabla 3**).

**Tabla 3.** Indicadores demográficos seleccionados. Colombia, 2025

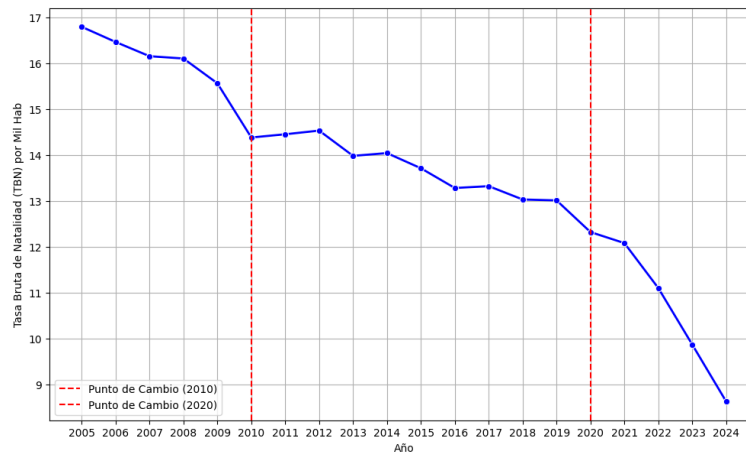
Indicador	Valor
Esperanza de vida al nacer, total	76,59
Esperanza de vida al nacer, hombres	74,13
Esperanza de vida al nacer, mujeres	79,18
Tasa global de fecundidad	1,65
Diferencial por sexo en esperanza de vida	5,05
Razón de mortalidad infantil hombres/mujeres	1,18

Fuente: Elaboración propia con base en Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Indicadores del cambio demográfico 2018–2070.

- Análisis de la fecundidad

Para el año 2024 en Colombia fueron registrados 453.901 nacimientos (8,6 por cada mil habitantes), al observar la tendencia, por cada mil habitantes se registraron 266 nacimientos menos en 2024 comparado con el 2005 (16,8 por mil habitantes, reducción del 48,6%). El análisis de Joinpoint de la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) para el periodo 2005 a 2024 identificó dos puntos de cambio estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ), en los años 2010 y 2020. Estos puntos de inflexión dividen la serie en tres segmentos con tendencias distintas. Inicialmente, la TBN mostró un descenso anual del 1,73% entre 2005 y 2009. Este ritmo de disminución fue ligeramente menor en el segmento entre el 2010 al 2019 (1,35%); sin embargo, el período más reciente, de 2020 a 2024, mostró una aceleración drástica en la caída de la TBN, con un descenso anual del 8,73%. Estos cambios en la dinámica demográfica podrían ser explicados por los efectos de la transición demográfica, los cambios en la inserción laboral femenina, las variaciones en las condiciones económicas y en los arreglos familiares, así como con el acceso diferencial a servicios y a métodos de regulación de la fecundidad en territorios urbanos y rurales (**Gráfico 6**).

**Gráfico 6.** Joinpoint tasa bruta de natalidad. Colombia. 2005-2024

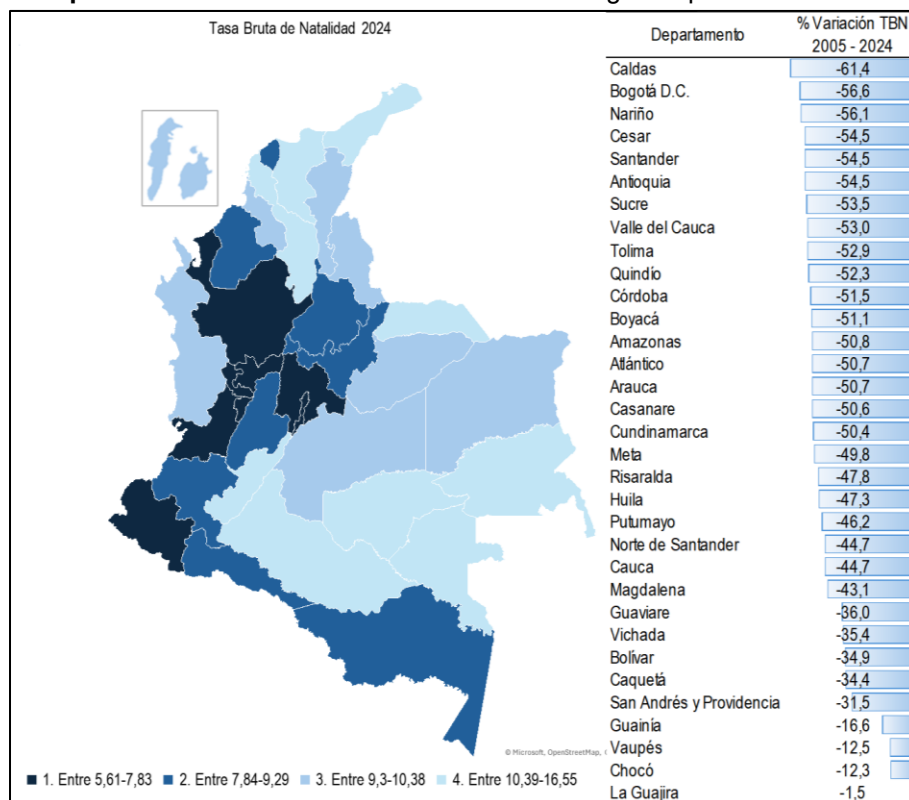


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del CUBO SISPRO Indicadores. MSPS. Consultado en marzo de 2026

A nivel departamental, Caldas, Nariño, Valle del Cauca, Bogotá D.C. y Antioquia coincidieron al ubicarse en el cuartil con la TBN más baja de Colombia en 2024 (menor a 7,84 por mil habitantes) y con la mayor reducción comparado con el 2005. En contraste, Bolívar, Caquetá, Guainía, Vaupés y La Guajira coincidieron con las TBN más altas en 2024 y una reducción comparada con el 2005 que osciló entre el 1,5% y el 43,9%. De acuerdo con el área de residencia, cerca del 75% de los nacimientos corresponden al área urbana, donde Bogotá, Atlántico y Quindío muestran una proporción superior al 90%, mientras que en Vaupés, Cauca, Vichada y Guainía la proporción de nacimientos que residen en los centros poblados y la ruralidad dispersa es mayor al 60%. Este comportamiento muestra la heterogeneidad en el acceso a educación y empleo, y brechas en la oferta y uso de servicios de salud sexual y reproductiva (**Mapa 3**).



**Mapa 3.** Tasa bruta de natalidad en Colombia según departamento. 2024

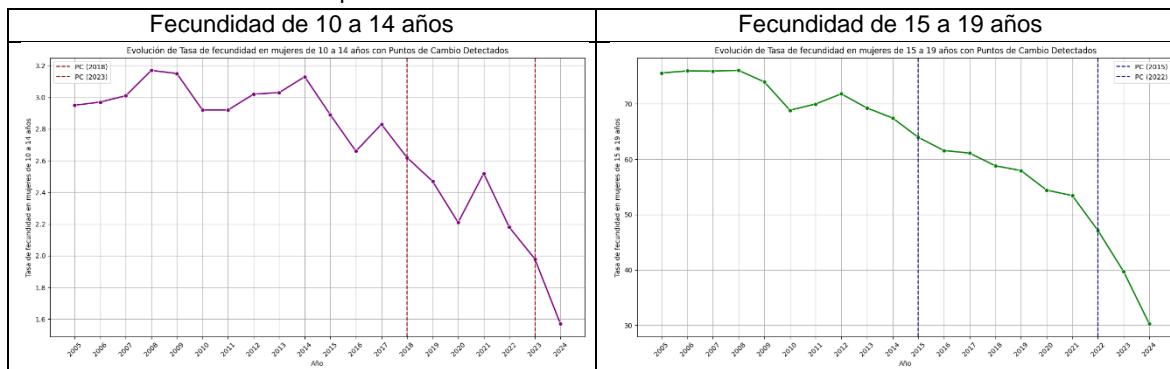


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del CUBO SISPRO Indicadores. MSPS. Consultado en marzo de 2026

Entre 2005 y 2024, la fecundidad adolescente en Colombia muestra dos situaciones diferentes, en el grupo de 15 a 19 años para el 2024 se estimó una tasa de 30,3 (nacimientos por cada mil mujeres en este grupo de edad) y una reducción del 60% comparado con el 2005 (75,6 nacimientos por cada mil mujeres), la tendencia muestra un descenso sostenido y estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ), y una caída más intensa entre 2022 y 2024 (19,86% anual) que coincide con lo observado en la TBN.

En contraste, la tasa de fecundidad entre los 10 y 14 años para el 2024 fue de 1,6 nacimientos por cada mil mujeres, que comparado con el 2005 representa una disminución del 46,7% (3,0 por cada mil mujeres), aunque también se observa una reducción progresiva, esta no es estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) a lo largo del período. Este comportamiento podría ser relacionado con situaciones de violencia sexual y coerción, uniones tempranas, barreras de acceso a protección y a servicios oportunos, y condiciones de pobreza que limitan la capacidad de decisión de las niñas (**Gráfico 7**).

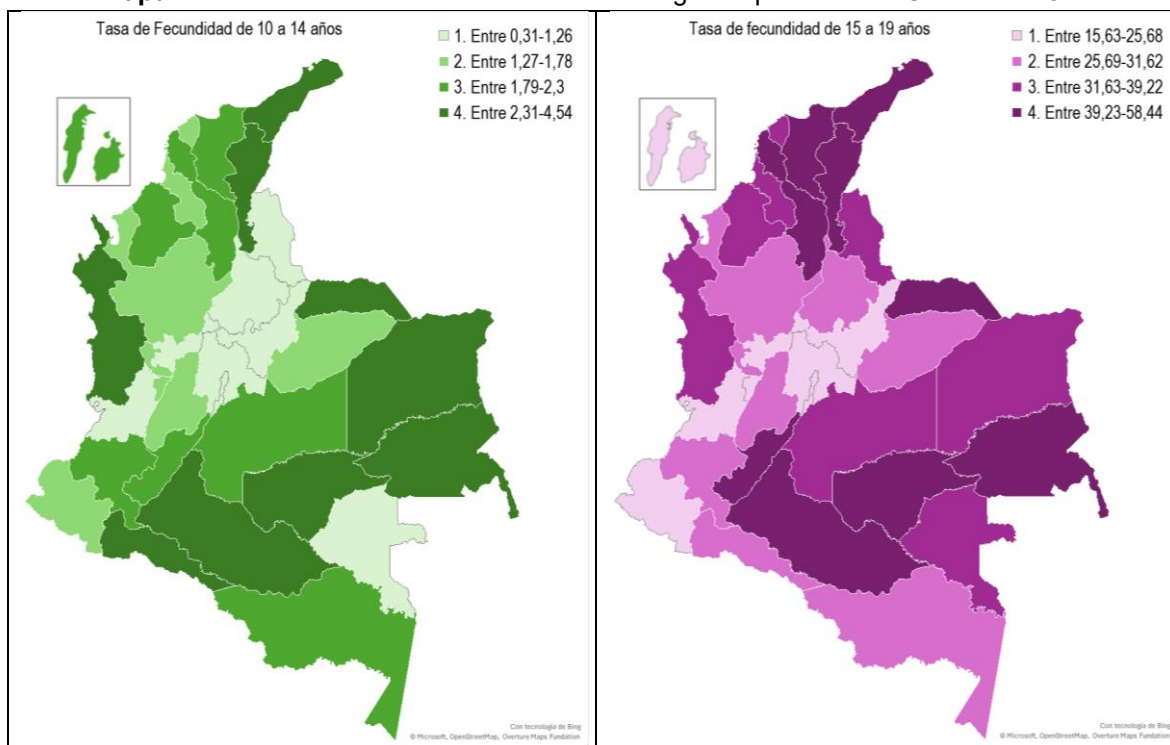
**Gráfico 7.** Joinpoint tasa de fecundidad en adolescentes. Colombia. 2005-2024



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del CUBO SISPRO Indicadores. MSPS. Consultado en marzo de 2026

El comportamiento territorial para el 2024, muestra una distribución contrastada de la fecundidad adolescente, en relación con la tasa de fecundidad de 10 a 14 años predominan valores altos en Caquetá, Guainía, La Guajira, Guaviare, Vichada, Chocó, Arauca, Cesar y Putumayo, y bajos en Vaupés, Bogotá D.C., Cundinamarca, Santander, Boyacá, Valle del Cauca, Caldas y Norte de Santander. Para la tasa de fecundidad de 15 a 19 años, los valores más altos se observan en La Guajira, Magdalena, Caquetá, Bolívar, Guainía, Arauca, Guaviare, Cesar y Huila, mientras que los más bajos estuvieron en Bogotá D.C., Cundinamarca, Nariño, Valle del Cauca, Caldas, Quindío, Boyacá y San Andrés. Este patrón, coherente con la tendencia descendente nacional y con la mayor concentración de nacimientos en áreas urbanas frente a territorios con mayor ruralidad dispersa, sugiere influencias diferenciadas por edad y contexto, en niñas de 10 a 14 años prevalecen factores vinculados a protección y garantía de derechos, y en adolescentes de 15 a 19 años pesan más las trayectorias educativas, el acceso y uso de servicios de salud sexual y reproductiva y las acciones orientadas a postergar la maternidad temprana, con aportes importantes de este último grupo a la reducción global de la natalidad reciente (**Mapa 4**).

**Mapa 4. Tasa de fecundidad en adolescentes según departamento. Colombia. 2024**



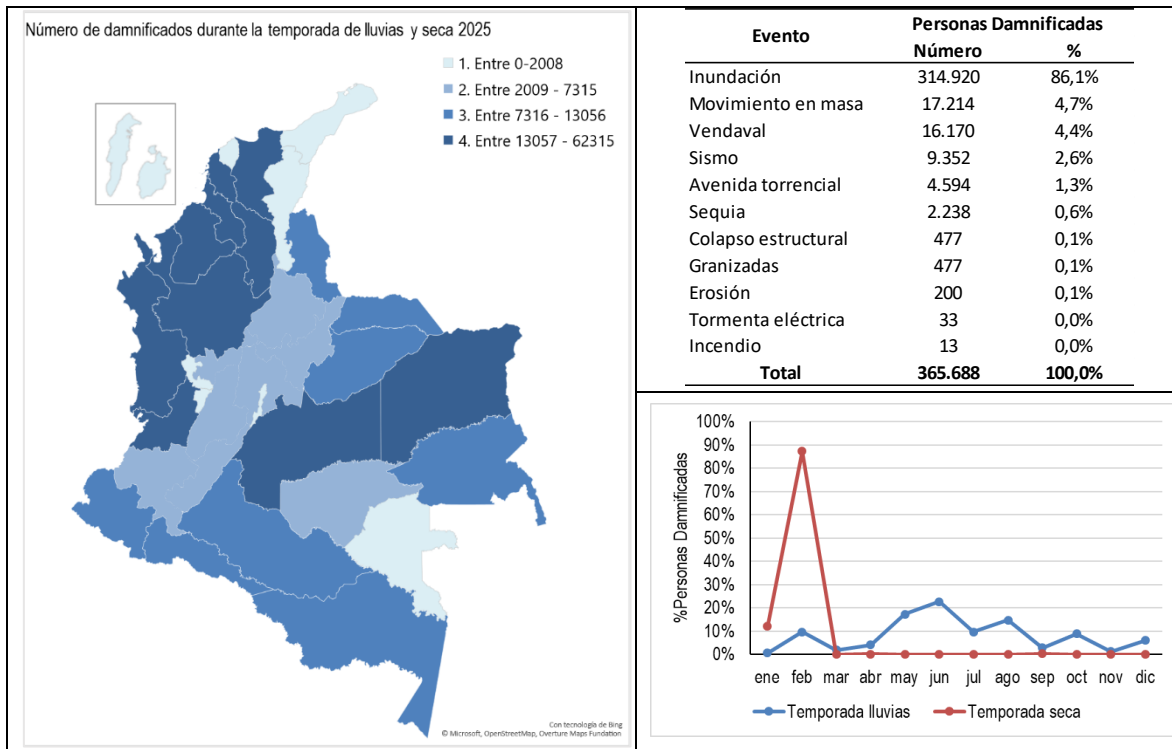
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del CUBO SISPRO Indicadores. MSPS. Consultado en marzo de 2026

### 1.3. Riesgo climático y salud

Colombia cuenta con un territorio de contrastes físicos que condiciona la vida y la salud, en su geografía combina tres cordilleras andinas, dos océanos y amplias llanuras amazónicas y llaneras; esa complejidad topográfica y la posición ecuatorial explican gradientes térmicos marcados, lluvias extremas en el Pacífico y sequías en el norte de La Guajira y valles interandinos. Estos patrones podrían generar exposiciones diferenciadas para eventos como las enfermedades transmitidas por vectores, Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas y eventos asociados al calor y a contaminantes intradomiciliarios.

En 2025, Colombia transitó de una temporada de menos lluvias a comienzos de año (fenómeno de La Niña y alto riesgo de incendios), hacia una primera temporada de más lluvias con precipitaciones por encima de lo normal en amplios sectores de las regiones Andina y Caribe, lo que elevó la ocurrencia de inundaciones y remociones en masa. Es así como, fueron registradas como damnificadas a 2.251 personas en temporada seca y 358.761 personas en época de lluvias, los departamentos con mayor afectación fueron Antioquia, Vichada, Meta, Magdalena y Bolívar con el 57,8% de los damnificados (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, 2025). Estas situaciones se traducen en interrupciones del acceso al agua, daños en vivienda y vías, y presión sobre servicios de salud, especialmente en municipios rurales, ribereños y costeros (**Gráfico 8**).

**Gráfico 8.** Registro de damnificados durante la temporada de lluvias y seca en Colombia 2025.



Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Único de Damnificados – RUD. UNGRD 2025.  
 Disponible en: <http://201.130.16.28:8080/HOME/HOME#>

El panorama de conflictos socioambientales en Colombia, evidencia 145 registros que muestran tensiones profundas entre modelos de desarrollo extractivo, usos tradicionales del territorio y formas de ocupación histórica. La distribución territorial muestra una mayor concentración en Antioquia, La Guajira, Meta, Risaralda, Caldas, Tolima y Arauca, territorios que combinan actividades extractivistas con la fragilidad ecológica y presencia de comunidades rurales, indígenas o afrodescendientes. En Antioquia, por ejemplo, conflictos como la minería de oro en Segovia, el proyecto Gramalote, Jericó y Buriticá revelan la relación persistente entre explotación aurífera, degradación ambiental y afectaciones en salud derivadas de contaminación por metales pesados y dinámicas de violencia asociadas al control territorial. En La Guajira destacan casos como el Arroyo Bruno, la desviación del río Ranchería y los efectos de El Cerrejón, donde el acceso al agua se ve reducido por decisiones extractivas que transforman ecosistemas estratégicos y afectan de manera desproporcionada al pueblo Wayuu (EJAtlas, 2025).

El comportamiento por categorías muestra patrones igualmente relevantes, los conflictos asociados a afectación de ecosistemas (páramos, humedales, bosques y ríos) son los más frecuentes, seguidos por aquellos relacionados con minería (oro, carbón, níquel, uranio), petróleo y gas, monocultivos (particularmente palma y caña), infraestructura (rellenos sanitarios, carreteras, puertos) y tensiones en territorios indígenas, afrodescendientes y



campesinos. Estas categorías reflejan determinantes socioambientales de alto impacto, pues implican transformaciones en la disponibilidad, calidad y gobernanza de recursos como el agua, el suelo, la biodiversidad y los medios tradicionales de subsistencia. Ejemplos como el relleno Doña Juana en Bogotá, la extracción de materiales en el río Dagua, la contaminación de la Ciénaga Grande de Santa Marta, la expansión cañera en el Valle del Cauca, o la hidroeléctrica Hidroituango ilustran cómo las intervenciones sobre el territorio generan efectos adversos en la salud colectiva: incremento de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, exposición a tóxicos, pérdida de seguridad alimentaria, afectaciones psicosociales por desplazamiento y ruptura de tejidos comunitarios (EJAtlas, 2025).

Estos conflictos no son únicamente disputas ambientales, sino expresiones de desigualdad, inequidad territorial y ausencia de garantías plenas de derechos colectivos y ambientales. Los casos del pueblo U'wa, los Misak, las comunidades afrodescendientes del Chocó, el conflicto en el AMEM en La Macarena (Meta), o los impactos sobre pescadores artesanales del Caribe y el Pacífico, muestran cómo los grupos históricamente marginados enfrentan de manera sistemática las mayores cargas de riesgo ambiental y sanitario. Ello se traduce en vulneraciones al derecho al agua, a la alimentación, a la salud y al territorio, todos esenciales para el bienestar integral. En su conjunto, estos conflictos socioambientales permiten anticipar riesgos, identificar poblaciones con mayor vulnerabilidad diferencial, orientar acciones de vigilancia en salud ambiental y reforzar estrategias de participación comunitaria, justicia ambiental y gobernanza del territorio. Así, el análisis de estos conflictos no solo resalta las dinámicas actuales de presión sobre los ecosistemas colombianos, sino que contribuye a comprender las interrelaciones entre ambiente, salud y desarrollo.

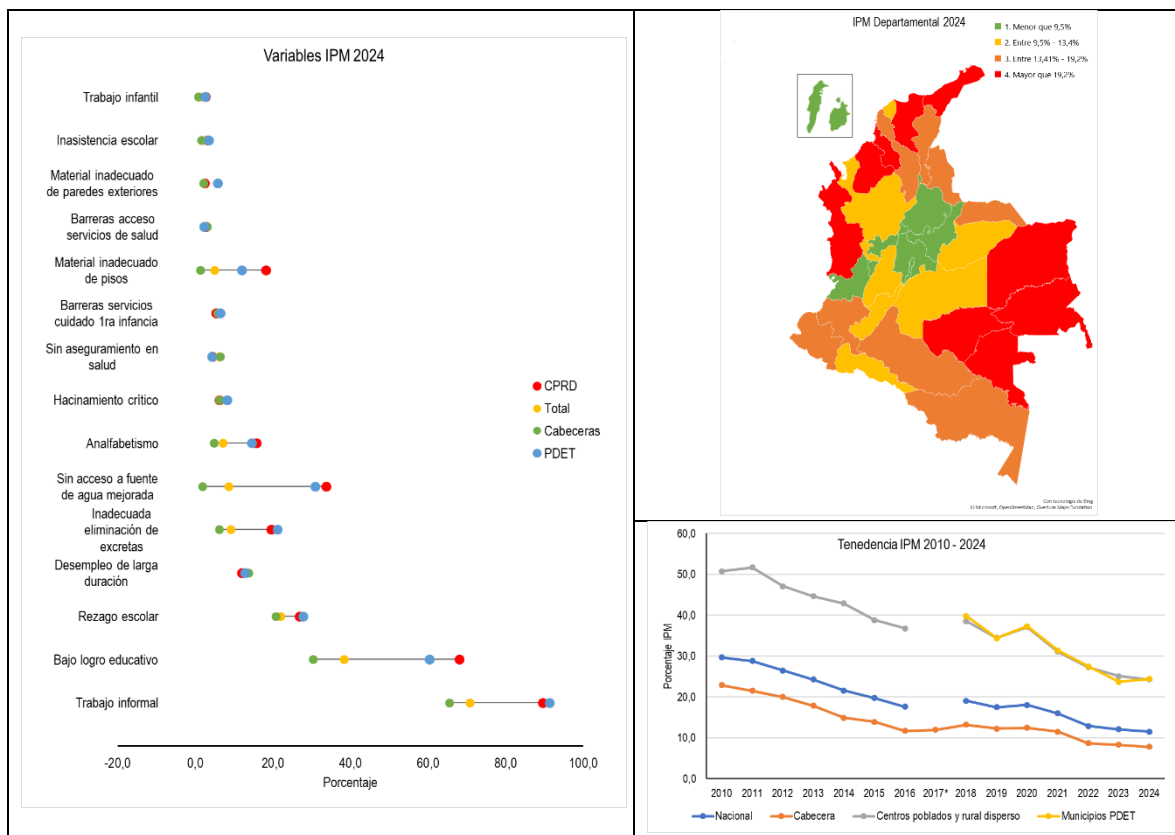
#### **1.4. Pobreza y desigualdad**

En Colombia la pobreza ha mostrado una reducción progresiva en los últimos años, indicadores como el Índice de Pobreza Multidimensional -IPM- (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2024), mostraron en el 2024 que el 11,5% de la población es pobre con una reducción promedio anual del 8,1% desde el 2010. No obstante, el comportamiento en los municipios PDET y los Centros Poblados y la Ruralidad Dispersa el IPM estimado estuvo cerca del 24,4% (1,1 veces mayor) y la reducción es más lenta que el promedio nacional (6,1%).

Al analizar las variables del IPM se confirma un gradiente territorial que desfavorece a los centros poblados y la ruralidad dispersa (CPRD) y a los municipios PDET frente a las cabeceras municipales, con tres elementos críticos: informalidad laboral, rezagos educativos y condiciones de saneamiento básico y vivienda. El trabajo informal presenta la mayor afectación (CPRD 89,5% y PDET 91,3% vs. cabeceras 65,5%), seguido del bajo logro educativo (CPRD 68,0% y PDET 60,3% vs. 30,3%) y del rezago escolar (CPRD 26,8% y PDET 27,8% vs. 20,7%), factores que tienden a perpetuar desventajas intergeneracionales. Las brechas más marcadas se observan en acceso a agua mejorada

(CPRD 33,7% y PDET 30,8% vs. 1,8%), eliminación inadecuada de excretas (CPRD 19,5% y PDET 21,2% vs. 6,2%) y material inadecuado de pisos (CPRD 18,1% y PDET 12,0% vs. 1,3%), además de un analfabetismo mayor en áreas rurales (CPRD 15,7% y PDET 14,5% vs. 4,8%). Aunque la falta de aseguramiento y las barreras de acceso a servicios de salud registran niveles relativamente bajos, persisten desventajas estructurales en lo rural. En conjunto, estos patrones evidencian inequidades profundas en salud, especialmente en CPRD y PDET, y orientan la necesidad de intervenciones diferenciales centradas en el saneamiento básico y mejoramiento de vivienda, la formalización del empleo rural y el fortalecimiento de la permanencia y el rendimiento educativo (**Gráfico 9**).

**Gráfico 9.** Índice de Pobreza multidimensional según departamento, variables y municipios PDET. 2024



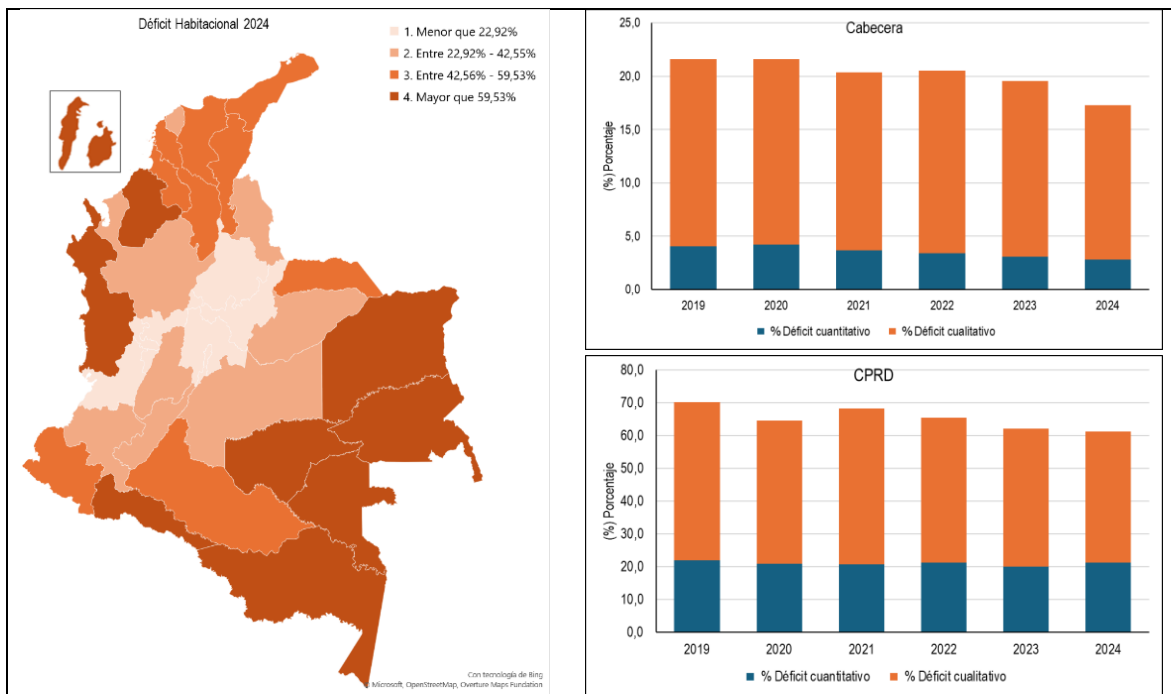
Fuente: DANE --Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Nota: (\*) Para el año 2017 los datos son representativos únicamente para el dominio Cabeceras

En coherencia con lo anterior, entre 2019 y 2024 se observó una reducción nacional del déficit habitacional del 32,8% al 26,8%, respectivamente (18,1% menor); sin embargo, mientras que en 2014 en las cabeceras se estimó un déficit del 17,3% y una reducción del 19,9% comparado con el 2019, en los CPRD fue del 61,2% y la reducción alcanzada fue del 12,9%. Aun con la reducción alcanzada, en la ruralidad dispersa se mantienen brechas

importantes que no se reducen al ritmo del promedio nacional (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2024).

Ahora bien, al parecer un mayor dinamismo en la oferta urbana de vivienda y el aumento de las coberturas de servicios públicos han logrado una reducción en el déficit cualitativo y cuantitativo (17,3% y 31,0% menor, respectivamente). En contraste, en los CPRD la mejora es observada principalmente en el déficit cualitativo (17,2% menor), mientras el déficit cuantitativo solo se redujo un 3,2%. De esta forma, el hacinamiento y la necesidad de vivienda nueva continúan sin una respuesta suficiente en la ruralidad. Este comportamiento puede implicar que exposiciones ambientales y domésticas relacionadas con agua no segura, la eliminación inadecuada de excretas y materiales de piso/techo, persisten en la ruralidad, con efectos en la salud de las poblaciones como en enfermedades diarreicas, respiratorias y de origen vectorial, además de impactos en salud mental vinculados al hacinamiento y la inseguridad residencial. Estas desventajas materiales se superponen con otras privaciones territoriales previamente descritas para el IPM, profundizando el gradiente rural–urbano (**Gráfico 10**).

**Gráfico 10. Déficit habitacional Colombia. 2019 - 2024**



Fuente: Elaboración propia a partir de la información del DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida. 2024

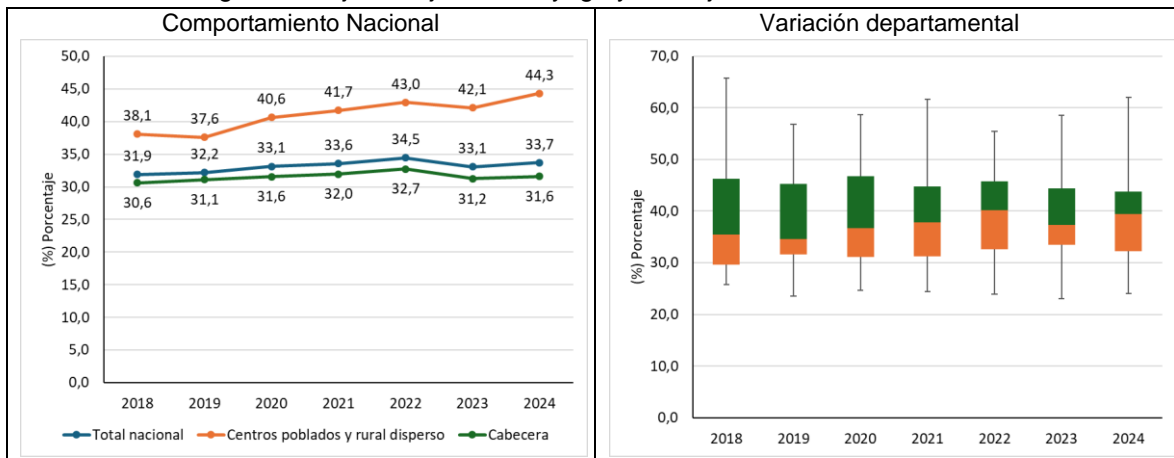
Respecto al análisis de la estructura familiar, para el 2024 a nivel nacional los hogares con jefatura femenina sin cónyuge y con hijos menores de 18 años pasaron de 31,9% en 2018 a 33,7% en 2024 (incremento del 5,8%), pero resalta el incremento de este indicador en los CPRD, donde el incremento fue del 16,4%, que a su vez contrasta con el incremento observado en las cabeceras (incremento del 3,2%) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2024) . De acuerdo con la distribución territorial, Vichada, Vaupés, La



Guajira, Guainía, Putumayo, Chocó, Guaviare, Amazonas y Cesar fueron los departamentos con una proporción superior al 44,6% y en los municipios PDET llegó al 49,8%, llegando en estos últimos al 53% en los CPRD (**Gráfico 11**).

La combinación de monoparentalidad femenina y ruralidad dispersa concentra cargas de cuidado no remunerado, reduce posibilidades para una inserción laboral estable y dificulta el acceso a servicios, transporte y educación. De igual forma, la superposición de viviendas deficitarias, cargas de cuidado elevadas y oportunidades laborales acotadas configura un núcleo de vulnerabilidad social que tiende a perpetuar trayectorias de pobreza y a traducirse en peores resultados en salud infantil y de las mujeres.

**Gráfico 11.** Hogares con jefa mujer sin cónyuge y con hijos menores de 18 años. 2018 - 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de la información del DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida. 2024



## 2. Capítulo 2. Situación de salud en el territorio nacional

El capítulo dos presenta el análisis de la situación de salud en Colombia a partir de la caracterización de la morbilidad atendida, la mortalidad y los principales eventos de interés en salud pública. Se describe el perfil epidemiológico nacional, evidenciando el predominio de las enfermedades no transmisibles, en coexistencia con eventos transmisibles que mantienen relevancia en la dinámica sanitaria del país. Asimismo, se analizan los patrones de mortalidad según sexo, curso de vida y distribución territorial, permitiendo identificar diferenciales en la ocurrencia de eventos y su relación con condiciones estructurales.

El capítulo incorpora el abordaje de eventos prioritarios de salud pública, así como el análisis de la salud materno-infantil y de la niñez, considerando su comportamiento temporal y su distribución en el territorio nacional. En resumen, el capítulo integra el análisis de los eventos en salud con su distribución poblacional y territorial, en el marco de los determinantes sociales que inciden en su comportamiento.

### 2.1. Morbilidad atendida

En 2024, se registran un total de 596.944.594 atenciones en 33.815.719 personas atendidas que corresponden al 14,26% del total de atenciones entre 2015 y 2024, periodo en el cual se ha realizado la observación de los registros individuales de prestación de servicios de salud. La distribución de atenciones según sexo presenta un comportamiento sin variación, que evidencia que por cada 1.6 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 (70,8%), seguidas por signos y síntomas mal definidos (13,2%), condiciones transmisibles y nutricionales (8,8%), lesiones (5,8%) y, en menor proporción, condiciones maternas y perinatales (1,3%). Una mirada desagregada, muestra que la enfermedad cardiovascular (17,4%), las enfermedades musculoesqueléticas (13,1%), las condiciones neuropsiquiátricas (11,6%) y las condiciones orales (10,9%) del total de las causas de ENT constituyen las primeras causas de atención en salud.<sup>6</sup>

En 2024 las enfermedades no transmisibles representan la primera causa de atención en todas las etapas del curso de vida, mostrando incremento al comparar 2023 y 2024 en el curso de vida de primera infancia, infancia, adolescencia y persona mayor; llama la atención que los cursos de vida de primera infancia (40,69%) e infancia (58%) fueron los grupos que presentaron una diferencia porcentual más marcada respecto al 2023; sin embargo el curso

---

<sup>6</sup> Ver anexos 1 y 2

de vida de persona mayor (83,55%) y adultez (72,24%) son los grupos en los que las enfermedades no transmisibles como primera causa de atención ocupan más del 70% de las atenciones. En 2023, se observa un ligero aumento en la tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (0,68); sin embargo, destaca el hecho de que este indicador, así como la tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide no han mostrado fluctuaciones significativas desde 2016, lo que sugiere la necesidad de una investigación más profunda.

Por otro lado, las atenciones por lesiones muestran un aumento significativo entre 2023 y 2024, en todos los cursos de vida especialmente en la población adulta; este comportamiento es similar en ambos sexos, con la excepción de los hombres jóvenes, donde los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas, son el subgrupo de causa con mayor proporción de atenciones (Tabla 4).

**Tabla 4. Morbilidad atendida por curso de vida y gran causa de morbilidad, Colombia, 2015-2024**

Curso de Vida	Gran causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	37,76	38,71	37,57	35,01	32,87	24,01	24,01	33,38	32,39	31,81	-0,58
	Condiciones perinatales	2,98	1,82	1,77	1,83	2,64	5,04	4,46	3,28	3,45	3,18	-0,27
	Enfermedades no transmisibles	37,25	36,90	37,76	37,46	39,16	49,20	49,07	37,86	40,04	48,69	0,65
	Lesiones	4,59	4,70	4,96	4,48	5,27	7,16	5,70	4,64	4,98	5,36	0,38
	Condiciones mal clasificadas	17,42	18,87	17,95	21,22	20,07	20,58	23,77	20,84	19,14	18,96	-0,18
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,91	21,57	20,08	18,22	17,78	14,39	11,32	16,20	16,90	16,45	-0,45
	Condiciones no transmisibles	0,28	0,08	0,02	0,05	0,09	0,10	0,08	0,07	0,09	0,05	-0,04
	Enfermedades no transmisibles	54,14	53,07	54,31	53,55	55,50	57,02	60,08	56,66	57,11	58,00	0,89
	Lesiones	6,18	6,91	6,81	6,04	6,54	8,29	7,29	6,69	6,60	6,82	0,22
	Condiciones mal clasificadas	17,49	18,37	18,77	22,14	20,09	20,20	21,26	20,38	19,31	18,67	-0,64
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,36	13,40	12,45	10,96	10,85	9,44	6,97	8,85	9,26	9,75	0,49
	Condiciones no transmisibles	2,83	2,54	2,69	2,99	2,55	3,64	2,78	2,27	2,05	1,64	-0,40
	Enfermedades no transmisibles	57,49	55,50	57,18	56,21	58,85	69,00	62,28	60,95	61,36	61,39	0,03
	Lesiones	7,65	8,24	8,06	6,94	7,16	7,54	7,11	7,52	7,79	7,85	0,07
	Condiciones mal clasificadas	18,67	20,31	19,62	22,90	20,49	20,37	20,85	20,41	19,56	19,37	-0,19
Juventud (14 - 25 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,74	14,59	13,36	12,57	11,94	10,86	8,22	9,92	10,29	11,01	0,72
	Condiciones no transmisibles	6,19	5,38	5,80	6,04	5,87	8,04	6,50	6,16	5,22	4,88	-0,34
	Enfermedades no transmisibles	55,05	53,07	54,70	53,43	55,29	63,42	56,67	57,09	58,83	58,47	-0,36
	Lesiones	8,06	8,62	8,16	7,26	7,53	7,83	7,57	7,74	8,55	8,55	-0,01
	Condiciones mal clasificadas	16,96	18,33	17,97	20,66	19,37	19,85	21,04	19,10	17,11	17,09	-0,01
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,90	9,98	9,15	8,76	8,45	8,35	6,68	7,28	7,43	7,71	0,28
	Condiciones no transmisibles	1,37	1,12	1,20	1,21	1,20	1,54	1,34	1,24	1,08	1,07	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	69,68	68,73	70,35	68,70	70,13	69,97	70,55	71,62	72,55	72,24	-0,32
	Lesiones	5,68	5,94	5,62	5,29	5,58	5,78	5,64	5,71	6,15	6,23	0,08
	Condiciones mal clasificadas	13,37	14,24	13,68	16,05	14,64	14,36	15,79	14,16	12,79	12,76	-0,03
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,55	5,09	4,78	4,51	4,61	4,11	3,25	3,64	3,76	3,84	0,08
	Condiciones no transmisibles	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02	0,03	0,03	0,00
	Enfermedades no transmisibles	80,19	80,04	80,51	78,66	80,61	82,63	82,15	82,73	83,48	83,55	0,06
	Lesiones	3,67	4,14	3,74	3,47	3,86	3,62	3,85	3,53	3,67	3,72	0,05
	Condiciones mal clasificadas	10,58	10,73	10,97	13,36	10,92	9,62	10,74	10,08	9,06	8,85	-0,20

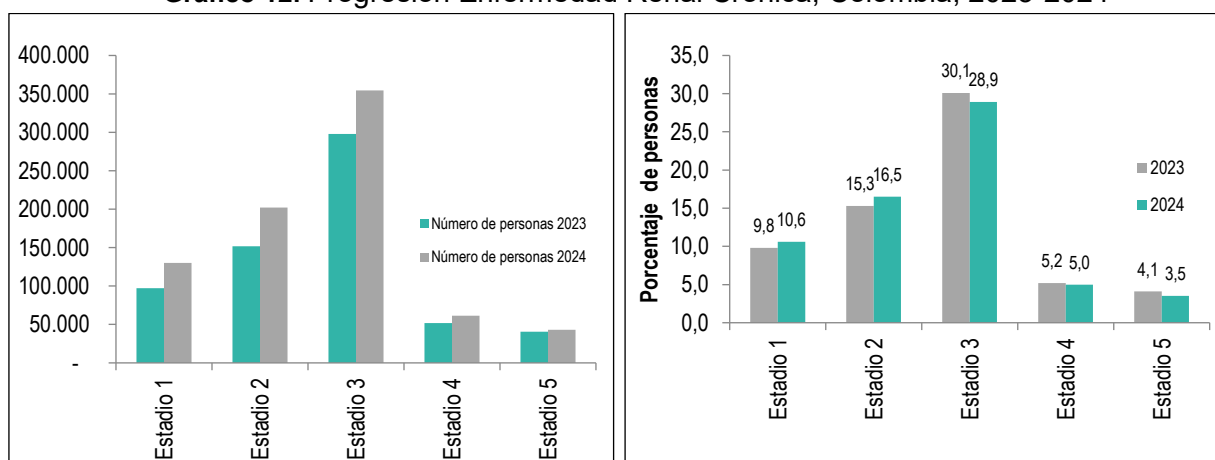
Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, 2015-2024, consultado en bodega de datos de SIPRO el 13 de febrero de 2026

Según lo reportado a la Cuenta de Alto Costo, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) no presenta cambios marcados en el tiempo; sin embargo, en 2024 la prevalencia de ERC en estadio 5 con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, muestra un aumento (81,9) en comparación con 2023 (77,8); por su parte, la tasa de incidencia de ERC en

estadio 5 con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal registra una leve disminución, pasando de 7,9 en 2023 a 7,7 en 2024; al observar la progresión de la enfermedad renal crónica, se observa incremento en 2024 respecto a 2023, donde la variación porcentual es mayor en la progresión de la enfermedad para los estadios 1 (34,1%) y 2 (33,3%), mientras que para los estadios 3 y 4 fue de 19% y estadio 5 (6,4%); reflejando la progresión de la enfermedad desde los estadios iniciales (1, 2 y 3) hacia los más avanzados (4 y 5).<sup>7</sup>

En cuanto a la prevalencia de hipertensión, se registra un incremento en 2024 (11,16) en comparación con 2023 (10,56), posiblemente relacionado con la mejora en la captación de personas con hipertensión entre los 18 y 69 años, que aumentó de 43,20% en 2023 a 47,09% en 2024; este resultado sugiere que se han venido fortaleciendo las acciones de búsqueda activa, diagnóstico y captación temprana, lo cual incide directamente en la identificación de personas en riesgo de desarrollar ERC; respecto a la prevalencia de diabetes mellitus también se observa un aumento, pasando de 3,75 en 2023 a 4,08 en 2024; en el control de la diabetes se observa que el porcentaje de pacientes diabéticos adultos con niveles de HbA1c menores a 7% se incrementó de 59,95% a 61,62%, importante para la prevención de complicaciones crónicas y la enfermedad renal crónica.<sup>8</sup> (Gráfico 12)

**Gráfico 12. Progresión Enfermedad Renal Crónica, Colombia, 2023-2024**



Fuente: Cuenta de Alto Costo CAC, 2023-2024, entrega febrero de 2025

Revisando los indicadores de incidencias en población general<sup>9</sup>, se observa una reducción en la tasa de incidencia de Chagas (1,58); sin embargo, en las tasas de incidencia de dengue y dengue grave el aumento es notoriamente significativo con una tasa de 1.013,67 y 10,19, derivado del aumento de los casos de dengue que se ha venido presentando desde el año 2023. Por otro lado, la tasa de incidencia de sífilis congénita (2,38) muestra una leve

<sup>7</sup> Ver anexo 3

<sup>8</sup> Ver anexo 4

<sup>9</sup> Ver anexo 5

disminución respecto a 2023 (2,66) y 2022 (2,90), aunque sigue siendo superior a los valores reportados antes de 2019. En cuanto a la incidencia de VIH, se registra una ligera reducción en 2024 (27,9) en comparación con 2023 (28,4), manteniéndose por encima de los valores previos a 2019. (Tabla 5)

**Tabla 5.** Eventos de alto costo, Colombia, 2023-2024

Evento	2023	2024	Comportamiento									
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	77,8	81,9	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗		
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	7,9	7,7	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘		
Tasa de incidencia de VIH notificada	28,4	27,9	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘		
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,4	0,7	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	3,2	3,1	↗	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘		

Fuente: Cuenta de Alto Costo CAC, 2023-2024, entrega febrero de 2025

Las enfermedades no transmisibles como principal causa de morbilidad atendida en todos los cursos de vida muestra tanto la transición demográfica en Colombia, como la existencia de brechas territoriales en la oferta y demanda de servicios de salud; como se evidencia en el documento de análisis de situación en salud a profundidad “Clústeres territoriales y enfermedades crónicas no transmisibles -no cancerígenas- en Colombia, 2023” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025), en donde los territorios con mayor acceso a derechos sociales y de mayor envejecimiento poblacional concentran una alta carga de atención por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y crónicas, lo que es consistente con lo observado a nivel nacional en la morbilidad atendida.

Así mismo, se observa que las diferencias territoriales en la morbilidad por ENT no reflejan únicamente la presencia de la enfermedad, sino también el acceso efectivo a los servicios de salud; los clústeres con alta dispersión rural y de mayor desigualdad presentan menores atenciones por ENT, lo cual se puede relacionar con la presencia de barreras geográficas e institucionales para el acceso al sistema de salud, así como subregistro de condiciones crónicas detectadas tempranamente; situación que contrasta con los clústeres urbanos y semiurbanos, donde la mayor utilización de servicios se refleja en territorios con mayor carga de enfermedad crónica, ...*fortalecer el enfoque territorial de la política pública en salud, integrando información georreferenciada, indicadores de acceso real a servicios y redes de atención, con el fin de adaptar respuestas a las condiciones específicas de cada contexto municipal.* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025)

## 2.2. Mortalidad general y por causas (OPS 6/67)

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, las causas externas continúan aportando el mayor número de años por 100.000 habitantes (2.526,67 para el año 2025). <sup>10</sup>

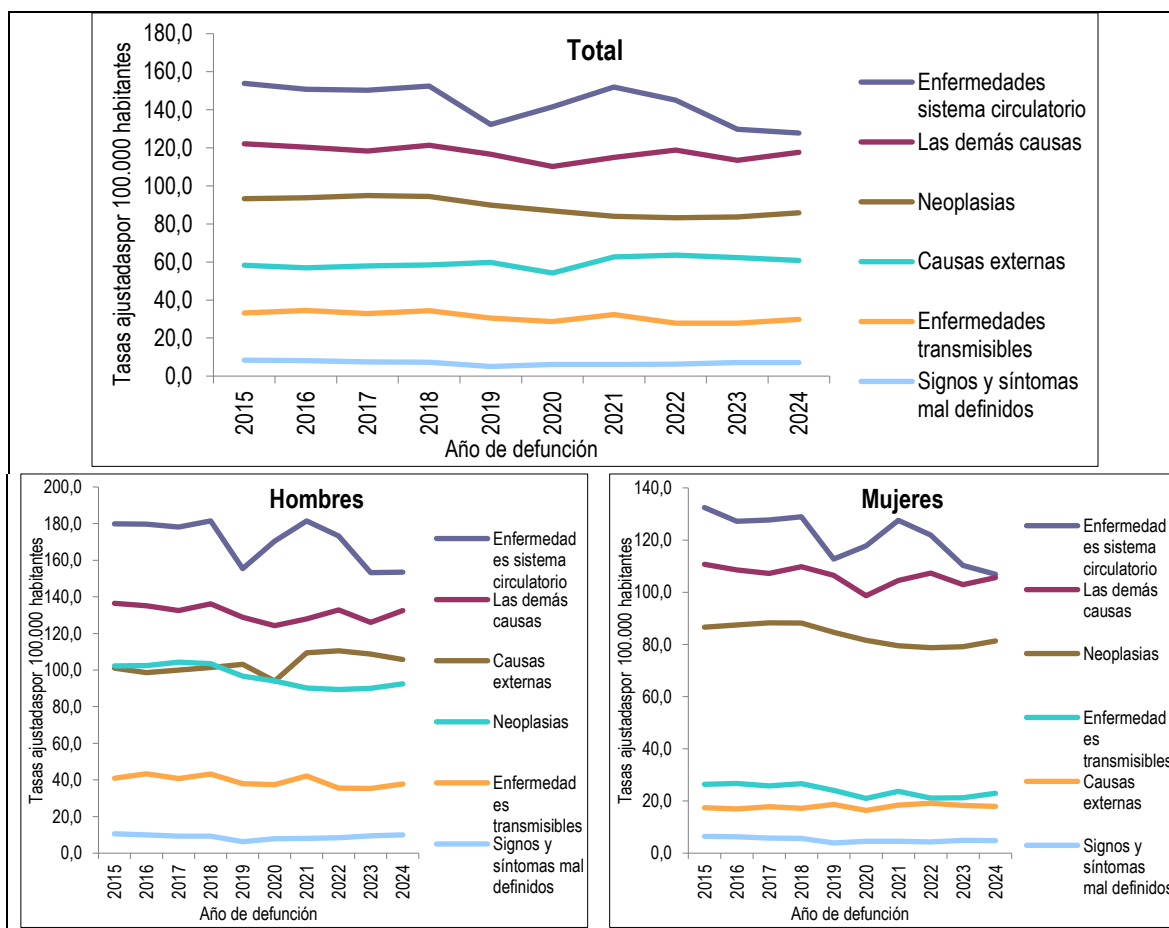
Al observar las tasas de mortalidad ajustadas por enfermedades del sistema circulatorio se evidencia que entre 2015 y 2024 se presentó un descenso, que se marca entre 2018 y 2019; en este grupo de causas, en 2024 las enfermedades isquémicas del corazón (69,79) y las enfermedades cerebrovasculares (25,81) presentan las mayores magnitudes, con una leve reducción respecto al año anterior. La mortalidad por causas externas muestra disminución de las tasas ajustadas entre el 2009 (79,69) y el 2020 (54,18), lo cual se acompañó de disminución de la violencia homicida en el marco del conflicto armado y otros escenarios de alta conflictividad social; sin embargo a partir del año 2021 se presenta nuevamente la presencia de estas situaciones evidenciándose en el aumento de las tasas ajustadas entre estos años 2021 (62,71), 2022 (63,59), 2023 (62,29), con una leve disminución para el año 2024 (60,76). Las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades transmisibles muestran una leve disminución, que se acentúa entre 2018 (34,32) y 2023 (27,82), nuevamente aumentando en el año 2024 con una tasa de 29,78.

La distribución por sexo refleja tendencias similares a las observadas en los valores totales tanto para las enfermedades del sistema circulatorio como para las demás causas; sin embargo, en los hombres, las causas externas se encuentran en tercer lugar y presentan una tendencia al aumento, siendo las agresiones (homicidios), las que muestran las mayores tasas ajustadas con un valor para 2024 de 49,04; mientras que para las mujeres se encuentra que las tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias son las que ocupan el tercer lugar siendo los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (13,13), el cáncer de mama (11,90), tumores malignos de otras de otras localizaciones no especificadas (10,60) y el cáncer de cuello uterino (6,24), los de mayor frecuencia (**Gráfico 13**).

---

<sup>10</sup> Ver anexos 6 y 7

**Gráfico 13.** Tendencia tasas de mortalidad ajustada por causas generales total y según sexo. Colombia.2015-2024



Fuente: Estadísticas Vitales; consultado en la bodega de datos el 11 de marzo de 2026

La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, que se mantiene como la primera causa de muerte en el país, tanto en hombres como mujeres adquieren una mayor relevancia al ser analizados desde una perspectiva territorial; en el análisis a profundidad de “Clústeres territoriales y enfermedades crónicas no transmisibles -no cancerígenas- en Colombia, 2023” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025), se observa que la mayor carga de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares no se concentra solo en los territorios de mayor exclusión social, sino que se presenta con mayor intensidad en contextos urbanos y envejecidos, caracterizados por una mayor cobertura institucional y mejores indicadores socioeconómicos; sugiriendo que la transición epidemiológica, el envejecimiento poblacional y la acumulación de factores de riesgo crónicos están desempeñando un papel central en la configuración actual de la mortalidad cardiovascular en el país. Este análisis a profundidad revela patrones territoriales no esperados, donde municipios con mejores condiciones socio-estructurales presentan tasas de mortalidad cardiovascular superiores a las observadas en territorios rurales dispersos y con mayores desigualdades, haciendo necesario que a nivel territorial se trabaje en



*...Favorecer las capacidades territoriales, a través de la investigación local en torno al análisis de situación en salud, especialmente en regiones rurales y en transición, para identificar tempranamente patrones atípicos de mortalidad, evaluar intervenciones focalizadas y avanzar en modelos de predicción.* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025)

### **2.3. Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV 2023–2025**

Las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) representan un evento crítico en salud pública debido a su potencial epidémico y su impacto diferencial en poblaciones vulnerables. Su distribución en el territorio nacional está condicionada por la interacción de determinantes ambientales, climáticos y socioeconómicos que facilitan la dispersión de mosquitos vectores. En Colombia, el comportamiento de estas enfermedades constituye un reto persistente para el sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), especialmente en áreas con condiciones ecológicas propicias para la expansión de nichos vectoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

Dentro de las ETV con mayor carga de enfermedad destacan la fiebre amarilla, el dengue, y la malaria, eventos que mantienen un comportamiento endo-epidémico en diversas regiones del país. La transmisión de estas *arbovirosis* (fiebre amarilla y dengue) está vinculada principalmente a insectos del género *Aedes* en contextos urbanos, mientras que el ciclo silvestre de la fiebre amarilla involucra vectores como *Haemagogus* y *Sabethes*. La densidad y distribución de estas especies fluctúan según la vulnerabilidad territorial, las variables climáticas y la disponibilidad de criaderos intra y peridomiciliarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

#### **Fiebre Amarilla – Situación nacional 2023–2025**

El comportamiento epidemiológico reciente de la fiebre amarilla en Colombia ha estado influido por varios determinantes sociales de la salud que incrementan la vulnerabilidad de ciertas poblaciones. La expansión de casos en zonas como el departamento del Tolima refleja condiciones como deforestación, bajos niveles de cobertura de vacunación y barreras de acceso a servicios de salud, que son resultado de inequidades territoriales y estructurales. En estos contextos, factores como la ruralidad dispersa, falta de educación sanitaria y movilidad poblacional hacia áreas endémicas intensifican la transmisión y dificultan las respuestas oportunas a brotes, lo cual subraya la necesidad de abordajes de salud pública que consideren estos determinantes sociales para disminuir la carga de la enfermedad y fortalecer la prevención (Cuéllar-Sáenz, 2025).

Durante el periodo 2023-2025, se observó un cambio crítico en la transmisión de fiebre amarilla, pasando de una transmisión muy baja en 2023, con un solo caso e incidencia de



0,002, a una situación de alerta. En 2024 se registró un incremento marcado con 24 casos y una incidencia de 0,046 (variación de 2.277,3%). Esta tendencia se consolidó en 2025\* con 129 casos e incidencia de 0,243 con una variación del 433%, lo que refleja una transmisión elevada y una alta carga de enfermedad en el territorio (**Tabla 6**).

**Tabla 6.** Incidencia fiebre amarilla 2023 al 2025\*

Año	Casos confirmados FA	Incidencia x 100.000h	Variación porcentual <sup>11</sup> (%)	Tendencia
2023	1	0,002	-	Transmisión muy baja
2024	24	0,046	2277,3	Transmisión moderada
2025*	129	0,243	433	Transmisión elevada

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Instituto Nacional de Salud, Colombia. \*Datos preliminares consultados en febrero de 2026

Durante 2025, la distribución territorial de los casos confirmados de fiebre amarilla en Colombia muestra un comportamiento focalizado, con notificación en un número reducido de departamentos y ausencia de casos en la mayoría del territorio nacional. Se registran ocurrencias esporádicas en Meta (0,35), Putumayo (1,02) y Guaviare (1,18), así como casos aislados en Caldas, Cauca, Cundinamarca y Valle del Cauca, todos con incidencias inferiores a 0,1; valores expresados por 100.000 habitantes. En este contexto, el departamento del Tolima concentra la mayor carga del evento, con 113 casos confirmados y una incidencia de 8,15 por 100.000 habitantes, superando ampliamente las tasas observadas en las demás entidades territoriales.

La distribución espacial de los casos de Fiebre Amarilla en el departamento del Tolima durante 2025 evidencia una marcada concentración en la zona sur y suroriental del departamento, donde se localizan los municipios con mayor número de casos. Es importante destacar que tres de los municipios más afectados, Ataco (24 casos), Chaparral (9 casos) y Rioblanco (9 casos), corresponden a territorios priorizados por los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), creados en el marco del Acuerdo de Paz de 2016 para intervenir en zonas históricamente afectadas por el conflicto armado, la pobreza extrema y el limitado acceso a servicios básicos (Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), 2016).

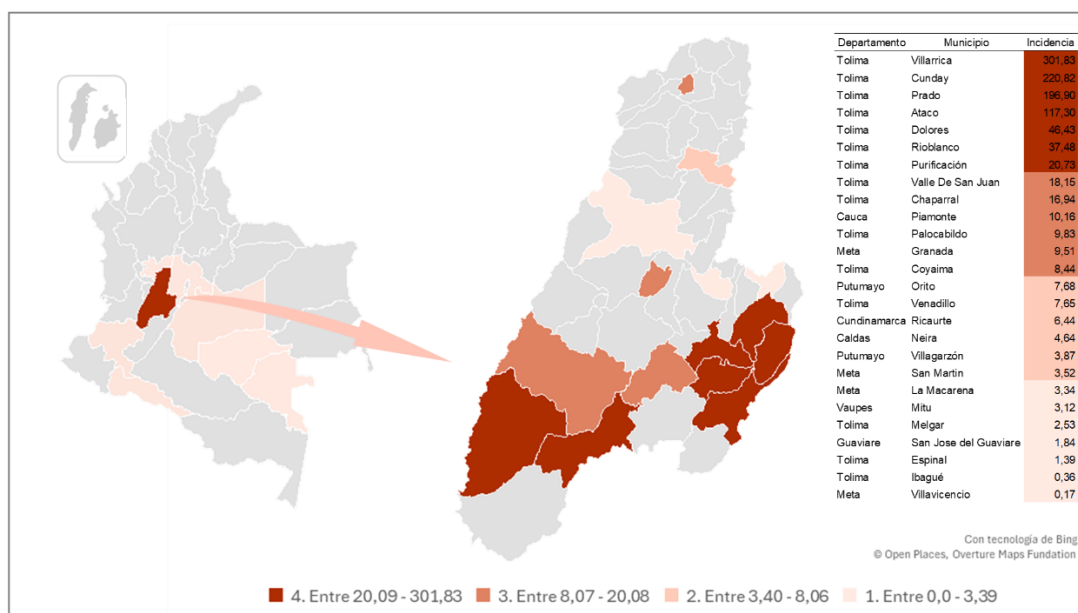
El brote actual impacta de manera directa a la subregión PDET del Sur del Tolima (Ataco, Chaparral y Rioblanco), donde se reportaron 42 casos y 8 defunciones. Esta situación no es fortuita; la coincidencia entre la circulación viral y la condición PDET evidencia cómo las brechas estructurales en saneamiento, la baja cobertura vacunal y el acceso limitado a salud potencian la vulnerabilidad. En estos territorios, la persistencia de la pobreza multidimensional y las condiciones de zona selvática exigen una respuesta integral que

<sup>11</sup> La variación porcentual se calculó mediante la fórmula:  $(\text{incidencia año actual} - \text{incidencia año anterior}) \div \text{incidencia año anterior} \times 100$



trascienda la inmunización y fortalezca la vigilancia comunitaria (Jurisdicción Especial para la Paz, 2016) (**Mapa 5**)

**Mapa 5 .** Incidencia de fiebre amarilla por departamento. Colombia, 2025\*



Fuente: elaboración propia a partir de los \*Datos preliminares del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Instituto Nacional de Salud, DANE. Proyecciones de Población y Estudios Demográficos, 2018-2042

Durante 2025, la fiebre amarilla mostró una marcada predominancia masculina con 102 casos (79%), lo que sugiere una exposición diferencial asociada a actividades ocupacionales en contextos rurales. La distribución etaria evidenció un incremento progresivo de la incidencia conforme aumenta la edad, con las tasas más elevadas en los grupos de 60 a 64 años (0,62) y mayores de 75 años (0,70 por 100.000 habitantes).

La cobertura de vacunación en la población de 60 años y más fue la más baja en comparación con los demás grupos etarios, y la única en la que varios municipios no lograron alcanzar el 100%. Dentro de los municipios que no superaron la meta estuvieron, Espinal (42,2%), Valle de San Juan (57,2%), Rioblanco (72,9%), Ataco (76,5%), Chaparral (76,8%), Purificación (76,5%) y Dolores (82,2%). Esta situación es preocupante dado que los adultos mayores representan un grupo de alto riesgo frente a la fiebre amarilla, tanto por la severidad de la enfermedad como por su mayor probabilidad de desenlaces fatales (Ministerio de Salud y Protección Social., 2025)

En 2025, el 86% de los casos de fiebre amarilla se registraron en población residente en área rural dispersa, mientras que el 9,3% ocurrieron en cabecera municipal y el 4,7% en centros poblados. Este comportamiento se refleja en la incidencia: 0,91 por 100.000

habitantes en centros poblados y rural disperso frente a 0,03 por 100.000 en cabecera municipal. La baja incidencia urbana no es inesperada y no sugiere, por sí sola, un cambio en el patrón epidemiológico; más bien, puede corresponder a casos importados desde zonas rurales, movilidad poblacional o exposición laboral previa en áreas de riesgo.

El 4,7% de los casos se presentó en población indígena y el 95,3% en otros grupos poblacionales. La mayor proporción de casos correspondió al régimen subsidiado 89,9%, lo que refleja afectación predominante en población con condiciones socioeconómicas vulnerables y residencia principalmente rural.

### Letalidad

Durante 2025 se notificaron 129 casos de fiebre amarilla con 41 defunciones, para una letalidad global de 31,8%. A nivel municipal, Espinal, Granada, La Macarena, Neira, Piamonte, San José del Guaviare, San Martín y Valle de San Juan registraron una letalidad del 100%; sin embargo, al tratarse de municipios con un único caso reportado, este indicador debe interpretarse con cautela.

Entre los municipios con mayor volumen de casos, Purificación presentó la letalidad más alta con 40,0% (2 muertes en 5 casos), seguido de Prado con 35,3% (6 muertes en 17 casos) y Cunday con 35,0% (7 muertes en 20 casos) (**Tabla 7**).

**Tabla 7.** Distribución de la letalidad por fiebre amarilla según departamento, Colombia 2025\*

Departamento	Municipio	Casos 2025	Muertes	Letalidad
Tolima	Cunday	20	7	35,0
Tolima	Prado	17	6	35,3
Tolima	Villarrica	16	5	31,3
Tolima	Ataco	24	4	16,7
Tolima	Rioblanco	9	3	33,3
Tolima	Purificación	5	2	40,0
Exterior **	Exterior	3	2	66,7
Putumayo	Orito	3	2	66,7
Tolima	Chaparral	9	1	11,1
Tolima	Dolores	4	1	25,0
Tolima	Espinal	1	1	100
Meta	Granada	1	1	100
Meta	La Macarena	1	1	100
Caldas	Neira	1	1	100
Cauca	Piamonte	1	1	100
Guaviare	San José del Guaviare	1	1	100
Meta	San Martín	1	1	100
Tolima	Valle De San Juan	1	1	100

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Instituto Nacional de Salud, Colombia. \*Datos preliminares consultados en febrero de 2026. \*\*Procedentes de Venezuela.

## Dengue – Situación nacional 2023–2025

Durante el período 2023–2025, Colombia registró una tendencia variable en la transmisión de dengue. En 2023 se notificaron 127.882 casos, con una incidencia de 245,4 x100.000 habitantes y un incremento del 89,8% respecto al año anterior, comportamiento que se mantuvo dentro de los límites esperados del canal endémico, clasificándose como transmisión moderada.

En 2024 se presentó un incremento epidémico con 312.154 casos e incidencia de 593,3 x100.000 habitantes, superando el límite superior del canal endémico con un cambio relativo de 141,8%. Para 2025 se observa un descenso relativo de -17,1% con 260.897 casos e incidencia de 491,3 x100.000 habitantes; sin embargo, los valores continúan por encima de la mediana histórica, lo que indica una alta carga de enfermedad (Organización Panamericana de la Salud, 2017) (**Tabla 8**).

**Tabla 8** Incidencia de dengue. Colombia, 2023–2025\*

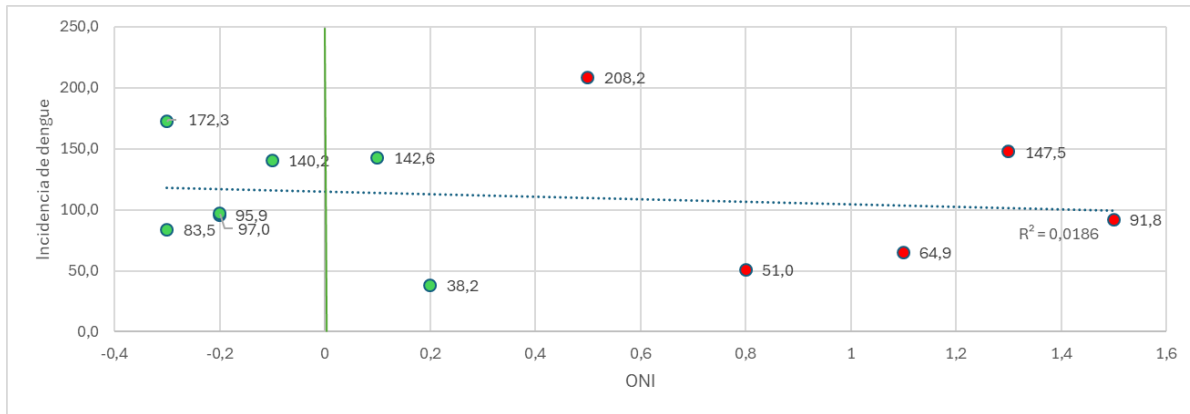
Año	Casos dengue	Incidencia x100.000 h	Variación porcentual	Tendencia
2023	127.882	245,4	89,8	Transmisión moderada
2024	312.154	593,3	141,8	Incremento epidémico
2025*	260.897	491,3	-17,1	Descenso relativo, alta carga

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Instituto Nacional de Salud, Colombia. \*Datos preliminares consultados en febrero de 2026

La gráfica muestra la relación entre el Índice Oceánico del Niño (ONI)<sup>12</sup> y la incidencia trimestral de dengue durante el periodo 2023–2025. En el eje horizontal se ubican los valores del ONI, que permiten identificar condiciones de El Niño ( $\geq 0,5$ ) y condiciones neutras (entre -0,5 y 0,5). En el eje vertical se presenta la incidencia de dengue por trimestre. Durante el periodo analizado se observaron trimestres con presencia de El Niño y trimestres en condición neutra; no se registraron eventos de La Niña. Sin embargo, los puntos en la gráfica no muestran un patrón claro de aumento o disminución de la incidencia conforme varía el ONI. La línea de tendencia incluida en el gráfico presenta un  $R^2 = 0,0186$ , lo que significa que el ONI explica menos del 2% de la variación observada en la incidencia trimestral de dengue. Esto indica que, para el periodo 2025, no se evidencia una relación lineal fuerte entre las condiciones climáticas medidas por el ONI y el comportamiento de la incidencia (**Gráfico 14**)

<sup>12</sup> ONI (Oceanic Niño Index): Es el indicador oficial para monitorear el fenómeno El Niño-Oscilación del Sur (ENOS). Mide la anomalía de la temperatura superficial del mar en la región Niño 3.4 del Pacífico ecuatorial. Valores sostenidos  $\Rightarrow +0.5$  °C indican condiciones de "El Niño", mientras que valores  $\geq -0.5$  °C indican "La Niña", eventos que alteran los patrones climáticos y la dinámica de transmisión de las ETV en Colombia.

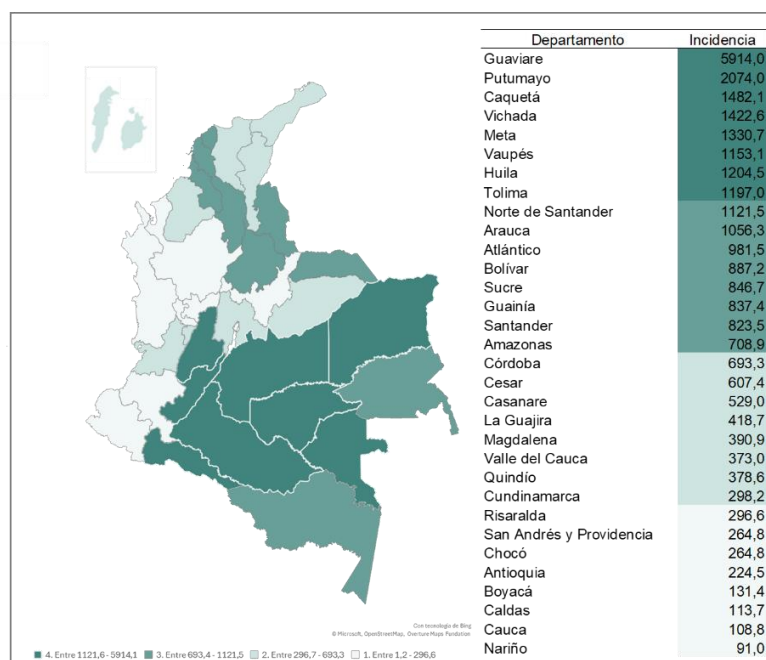
**Gráfico 14.** Relación entre el Índice Oceánico del Niño (ONI) y la incidencia trimestral de dengue, Colombia 2023–2025\*



Fuente: SIVIGILA–INS; DANE (proyecciones de población); NOAA–Climate Prediction Center (Oceanic Niño Index, ONI). \* Datos preliminares.

Durante 2025, la carga nacional de 260.897 casos se distribuyó de manera heterogénea, con una concentración crítica en siete departamentos que aportan el 51,7% de la notificación total: Atlántico 10,78%, Bolívar 7,62%, Santander 7,57%, Norte de Santander 7,35%, Valle del Cauca 6,73%, Antioquia 5,96% y Tolima 6,36%. Este patrón de concentración en zonas de alta densidad poblacional contrasta con territorios de baja carga absoluta, pero riesgo extremo, como Guaviare, cuya incidencia de 5 931,8 por 100.000 habitantes representa la mayor intensidad de transmisión en el país (**Mapa 6**).

**Mapa 6.** Incidencia de dengue por departamento por cada 100 mil habitantes, Colombia, 2025\*

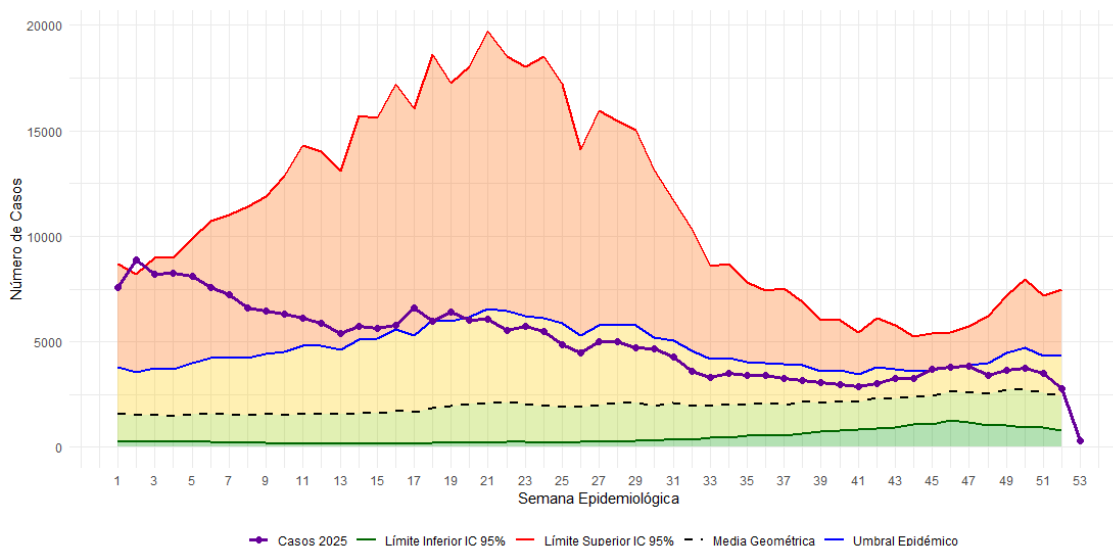


Fuente: elaboración propia a partir de los \*Datos preliminares del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Instituto Nacional de Salud, DANE. Proyecciones de Población y Estudios Demográficos, 2018-2042

El análisis del canal endémico de Bortman para el dengue en Colombia durante 2025 revela una situación de alerta epidemiológica persistente. A diferencia del comportamiento histórico, el año inició con un pico prematuro de aproximadamente 9.000 casos en la semana 2, situándose significativamente por encima del umbral epidémico.

Durante el resto del período, aunque se observó una desescalada progresiva, la notificación de eventos se mantuvo de manera constante dentro de la zona de alerta (franja naranja), superando siempre la media geométrica histórica. Este comportamiento indica que, si bien no se llegó a la zona de desastre (franja roja), la intensidad de la transmisión fue superior a lo esperado, exigiendo una respuesta sostenida de los servicios de salud y el fortalecimiento de las acciones de control vectorial durante todo el año (**Gráfico 15**).

**Gráfico 15** Canal de Bortman para dengue por semana epidemiológica. Colombia, 2021–2024 y casos observados 2025\*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Instituto Nacional de Salud, Colombia. \*Datos preliminares consultados en febrero de 2026

El comportamiento del dengue durante el quinquenio 2021-2025 evidencia una transición desde una fase endémica basal (2021-2022), caracterizada por registros inferiores a los 2.000 casos semanales, hacia un ciclo epidémico de alta intensidad que alcanzó su cenit en 2024 con picos superiores a las 9.000 notificaciones semanales.

Aunque el inicio de 2025 muestra una tendencia descendente en comparación con el cierre del año anterior, los valores absolutos del primer bimestre (semanas 1 a 8) superan la notificación histórica de todo el periodo analizado, manteniéndose en un rango de 7.000 a 9.000 casos por semana. Esta persistencia de magnitudes elevadas confirma que el país atraviesa una fase de transmisión activa sostenida, estableciendo una meseta epidemiológica que triplica los niveles registrados al inicio del quinquenio.

La mayor carga de morbilidad se encuentra en menores de 15 años. El grupo de 5 a 9 años presenta la incidencia más alta del país (1.165,3 por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 10 a 14 años (1.048,4). En cuanto al sexo, se observa una mayor afectación en hombres (52,1%) frente a mujeres (47,9%).

El evento es predominantemente urbano, con el 81,1% de los casos localizados en cabeceras municipales. La relación con la pobreza es contundente: el 84,2% de los pacientes pertenecen a los estratos 1 y 2 (135.733 y 84.479 casos respectivamente), sectores donde las deficiencias en servicios públicos obligan al almacenamiento de agua potable.



El análisis de vulnerabilidad identifica grupos con riesgos diferenciados: la población afrocolombiana concentró el 2,8% (7.260 casos) y la indígena el 2,0% (5.110 casos). Asimismo, se registraron afectaciones en población migrante (1,2%), gestantes (0,7%) con riesgo por transmisión vertical y población desplazada (0,4%), lo que subraya la necesidad de intervenciones focalizadas en estos grupos de especial protección.

## Letalidad

Durante 2025, Colombia reportó 261.529 casos de dengue y 25 defunciones, lo que resulta en una tasa de letalidad nacional del 0,010%. Esta cifra se mantiene significativamente por debajo del límite máximo esperado por la OPS/OMS (0,05%), ratificando una gestión clínica efectiva a nivel país (Salud, Organización Panamericana de la, 2022) .

Los departamentos con mayor número de muertes fueron La Guajira y Putumayo, con 3 defunciones cada uno. Resalta el caso del Cauca, que a pesar de tener un volumen de casos moderado (1.740), registró la letalidad más alta del territorio nacional con un 0,11%.

Departamentos con hiperendemicidad como Atlántico (28.121 casos), Meta (15.388) y Antioquia (15.559) lograron mantener letalidades mínimas (0,01%), lo que refleja una adecuada adherencia a las guías de manejo clínico y una respuesta hospitalaria robusta frente a la alta demanda, El análisis integral de este reporte demuestra que el dengue en Colombia durante 2025 fue un evento de alta morbilidad, pero baja letalidad (**Tabla 9**).

**Tabla 9** Distribución de la letalidad por Dengue según departamento, Colombia 2025\*

Departamento	Casos 2025	Muertes	Letalidad
Cauca	1740	2	0,11
La Guajira	4466	3	0,07
Chocó	1571	1	0,06
Vichada	2116	1	0,05
Putumayo	8104	3	0,04
Magdalena	6038	2	0,03
Cesar	8924	2	0,02
Guaviare	5009	1	0,02
Huila	14559	2	0,01
Meta	15388	2	0,01
Tolima	16595	2	0,01
Cundinamarca	10542	1	0,01
Antioquia	15559	1	0,01
Exterior**	632	2	0,32
<b>Total, Colombia</b>	<b>261.529</b>	<b>25</b>	<b>0,01</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Instituto Nacional de Salud, Colombia. \*Datos preliminares consultados en febrero de 2026. \*\*Procedentes de Venezuela.

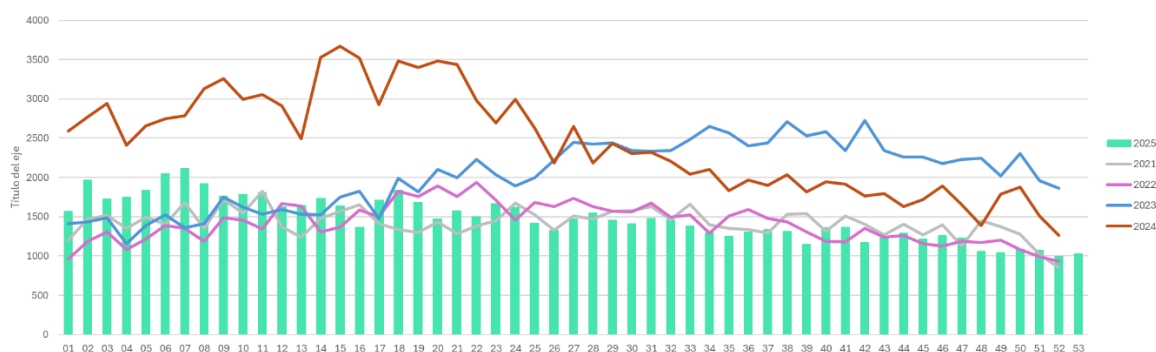
La situación epidemiológica del dengue en 2025 demuestra que, si bien la capacidad clínica del país ha logrado mitigar la mortalidad (letalidad del 0,01%), la persistencia de la alta morbilidad está ligada a los demás determinantes sociales en salud influyentes.

### **Malaria situación nacional 2023–2025\***

A nivel regional, Colombia se mantiene como uno de los tres países que concentran cerca del 75% de los casos de malaria en las Américas, junto a Brasil y Venezuela. En 2024, la región registró un incremento del 6%, con una fuerte concentración de infecciones en la cuenca amazónica y la costa Pacífica colombiana.

En el contexto nacional, el año 2025 representa una fase de estabilización tras el pico epidémico observado en 2024. Mientras que el año anterior cerró con 127.571 casos, el 2025 consolidó 78.207 registros. Al observar la tendencia semanal, se evidencia que durante el primer semestre de 2025 la notificación se mantuvo estable, con un promedio cercano a los 1.500 casos semanales y un pico máximo de 2.113 en la semana 7, alejándose de los picos superiores a 3.500 casos vistos en 2024. Al observar la tendencia, se evidencia que durante el primer semestre de 2025 la notificación se mantuvo estable, con un pico máximo de 2.113 casos en la semana 7. Esta reducción técnica frente a 2024 (donde se alcanzaron picos de 3.673 casos) sugiere una transición hacia niveles endémicos similares a los de 2023. **(Gráfico 16)**

**Gráfico 16.** Tendencia epidémica de la Malaria por semana epidemiológica, Colombia 2021-2025\*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Instituto Nacional de Salud, Colombia. \*Datos preliminares consultados en febrero de 2026

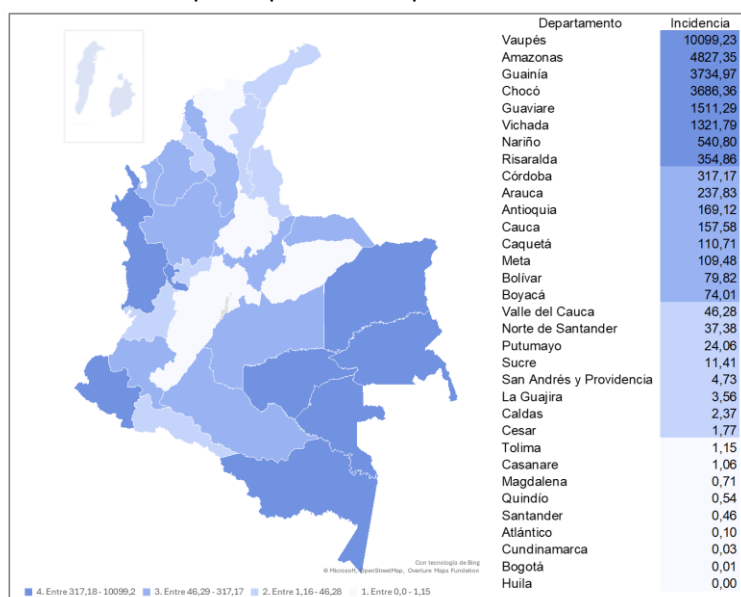
Los departamentos de Chocó (28,0%), Antioquia (15,0%) y Nariño (11,8%) concentran el 54,8% de la carga nacional de malaria. En estos territorios, la transmisión está estrechamente vinculada a economías extractivas y zonas con alteraciones del orden público, factores que condicionan la vulnerabilidad de las comunidades y representan el



principal desafío para garantizar el acceso de los equipos de salud a las veredas más remotas.

Al analizar la tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes, el foco de crisis se desplaza a la Amazonía, en donde Vaupés registra la cifra más alarmante del país con 10.099,2, seguido de Amazonas (4.827,4) y Guainía (3.735,0). Una persona en Vaupés tiene una probabilidad de enfermar casi 60 veces superior a una persona en Antioquia (incidencia de 169,1), lo que demuestra que la baja densidad poblacional en la selva no reduce el riesgo, sino que lo intensifica debido a la falta de barreras físicas y saneamiento básico (**Mapa 7**).

**Mapa 7.** Incidencia de malaria por departamento por 100 mil habitantes. Colombia, 2025\*



Fuente: Elaboración propia a partir de los \*Datos preliminares del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Instituto Nacional de Salud, DANE. Proyecciones de Población y Estudios Demográficos, 2018-2042

El evento afecta mayoritariamente a hombres, quienes representan el 59,0% (46.143) de la notificación nacional. Por grupos de edad, se observa una alta concentración en adolescentes y adultos jóvenes: el rango de 15 a 19 años lidera con 9 483 casos (12,1%), seguido por el de 10 a 14 años con 9.068 casos (11,6%). Este impacto en la población joven representa un desafío crítico para la consolidación de la educación rural (PDET Pilar 4, consolidación de la educación rural), dado que el ausentismo escolar generado por la recurrencia de la enfermedad limita el desarrollo del capital humano en los territorios más vulnerables.

La malaria presenta una marcada carga diferencial, donde las poblaciones étnicas concentran el 66,21% de la notificación nacional. La población Indígena es la más afectada con 28.362 casos (36,27%), seguida por la población Negra, mulata o afrocolombiana con



23.415 casos (29,94%). La enfermedad es un marcador de pobreza extrema: el 99,8% de los casos (78.047) se localiza en el estrato 2, y el 84,1% (65.752 casos) de los pacientes pertenecen al Régimen Subsidiado.

La carga de malaria se concentra en zonas rurales, sumando un 78,69% entre el rural disperso (55,72%) y los centros poblados (22,97%). Está marcada concentración en el campo reafirma la necesidad de fortalecer el saneamiento ambiental y la infraestructura de salud rural, garantizando que el diagnóstico oportuno y el tratamiento supervisado lleguen de manera efectiva a las zonas de difícil acceso geográfico.

Bajo el marco de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), la persistencia de la malaria interpela de manera integral la gestión del territorio. (Pilar 1 Tierras) la apertura de nuevas fronteras agrícolas y la colonización en selva húmeda tropical aumentan el contacto hombre-vector. (Pilar 5 Agua y Saneamiento) la ausencia de sistemas de drenaje pluvial en centros poblados rurales mantiene los criaderos de *Anopheles*. (Pilar 8 Paz y Reconciliación) la dinámica de la enfermedad está ligada a zonas de explotación minera y economías ilícitas, donde la movilidad poblacional dificulta el control epidemiológico.

Colombia registró 15 defunciones por malaria en 2025, con una letalidad nacional del 0,019%. Risaralda reportó la mayor mortalidad absoluta con 4 óbitos (0,112%), seguido de Magdalena, que presentó la letalidad más crítica del país (27,27%) con 3 muertes en solo 11 casos, lo que sugiere brechas graves en la oportunidad diagnóstica. En contraste, departamentos de alta carga como Antioquia (0,009%) y Vaupés (0,022%) mantuvieron indicadores de letalidad bajos, reflejando una mejor capacidad de respuesta clínica frente al evento (**Tabla 10**).

**Tabla 10** Distribución de la letalidad por Malaria según departamento, Colombia 2025\*

Departamento	Casos	Muertes	Letalidad
Risaralda	3560	4	0,112
Magdalena	11	3	27,273
Vichada	1966	2	0,102
Amazonas	4106	1	0,024
Antioquia	11717	1	0,009
Córdoba	6321	1	0,016
Valle del Cauca	2179	1	0,046
Vaupés	4458	1	0,022
Exterior**	596	1	0,168
Total, Colombia	78.207	15	0,019

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Instituto Nacional de Salud, Colombia. \*Datos preliminares consultados en febrero de 2026. \*\*Procedente de Ghana

## 2.4. Salud materno infantil y niñez

En cuanto a la mortalidad materno infantil y niñez el análisis muestra una tendencia general a la disminución de todas las tasas. En 2024 las principales causas de mortalidad en los menores de un año fueron las afecciones del período perinatal (5,72), las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (2,54) y las enfermedades del sistema respiratorio (0,51); por su parte, para los niños de 1 a 4 años fueron las causas externas de morbilidad y mortalidad (8,22), las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (4,79) y las enfermedades del sistema respiratorio (4,26) la principal causa de muerte; sin embargo, las enfermedades infecciosas y parasitarias son las que presentaron un mayor aumento respecto del año anterior. Para el grupo de niñez (menores de 5 años), el comportamiento es similar a los grupos anteriores; sin embargo, en este grupo son los tumores en las niñas (4,23) los que tuvieron un mayor aumento respecto del año 2023.<sup>13</sup>

Al analizar los principales indicadores de mortalidad materno infantil y niñez aplicando el método de estimación de razón de tasas y sus intervalos de confianza<sup>14</sup>, se observan comportamientos variables entre los años 2015 a 2024, con descensos en varios de los indicadores, luego de los incrementos observados en los años de pandemia por COVID-19; lo cual conlleva a que se presente en este documento un análisis más detallado de estos indicadores, buscando comprender los avances alcanzados, las diferencias territoriales e identificando retos necesarios para mantener las reducciones en la mortalidad evitable (Tabla 11).

**Tabla 11.** Principales indicadores de mortalidad materno infantil y niñez. Colombia.2015-2024

Causa de muerte	2023	2024	Comportamiento									
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de mortalidad materna	46,94	45,60	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad neonatal	6,77	6,63	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	10,88	10,48	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,69	13,22	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	10,75	8,55	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,97	4,47	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	8,78	6,51	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘

Fuente: Estadísticas Vitales; consultado en la bodega de datos el 16 de marzo de 2026

<sup>13</sup> Ver anexos 8, 9 y 10

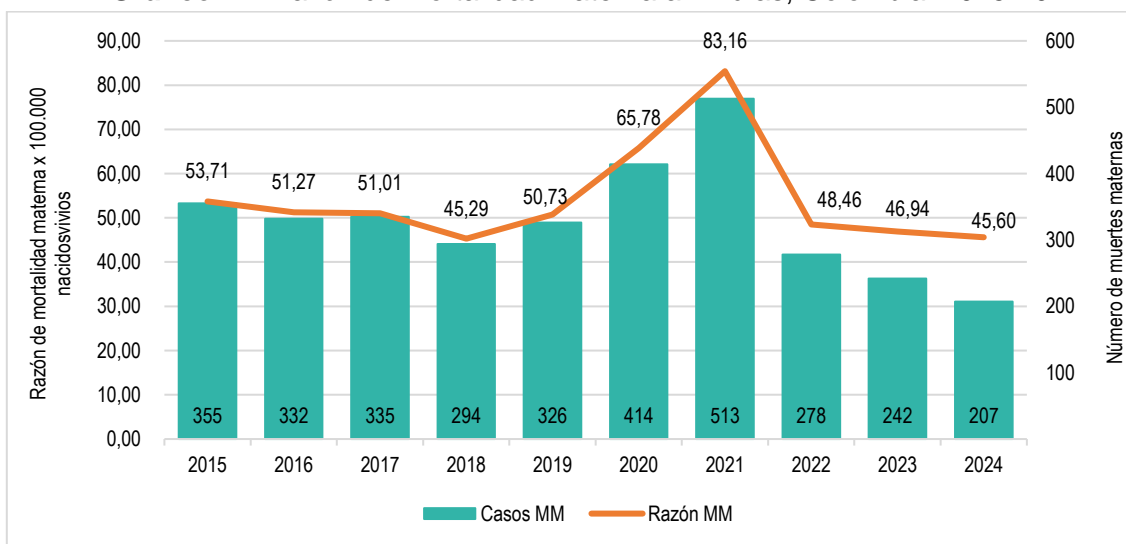
<sup>14</sup> Amarillo: Cuando la razón de tasas es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador observado y el indicador de comparación.

## Razón de mortalidad materna

Entre 2015 y 2018, la RMM disminuyó de 53,71 a 45,29, acompañada de una reducción del número de muertes maternas (de 355 a 294); este comportamiento sugiere mejoras en la captación oportuna de gestantes, la cobertura y continuidad del control prenatal, la capacidad resolutoria de los servicios obstétricos y de cuidado crítico; avances que se alinearon con esfuerzos previos de fortalecimiento de la vigilancia materna y el abordaje de causas directas como hemorragia y trastornos hipertensivos. A partir de 2019 se observa un aumento que se intensifica durante la pandemia por COVID-19, alcanzando su punto máximo en 2021 (83,16) con 513 muertes maternas; este comportamiento refleja disminución del acceso a servicios esenciales de salud materna, retrasos en controles prenatales y en diagnóstico de complicaciones, asociado a restricciones de movilidad y barreras administrativas, así como sobrecarga hospitalaria, que afectó la disponibilidad de servicios de obstetricia y UCI; el periodo de pandemia por COVID-19 entre 2020–2021 constituye un impacto epidemiológico que alteró la tendencia previa y generó un exceso de riesgo materno.

A partir del año 2022 se observa una disminución importante ya que el número de muertes maternas desciende, llegando a 207 en 2024 y una razón de 45,60, la cifra más baja del periodo analizado; este descenso sugiere una recuperación progresiva del acceso a los servicios de salud tales como la atención prenatal y del parto; así como la respuesta del sistema para el manejo de emergencias obstétricas, acciones de vigilancia, seguimiento y prevención implementadas tras la pandemia; sin embargo, la RMM de 2024 es similar a la del año 2018, lo que puede indicar que a pesar de la recuperación, no se ha logrado una reducción sostenida y persisten determinantes que mantienen presente el riesgo de la salud materna (**Gráfico 17**).

**Gráfico 17. Razón de Mortalidad Materna a 42 días, Colombia. 2015-2024**

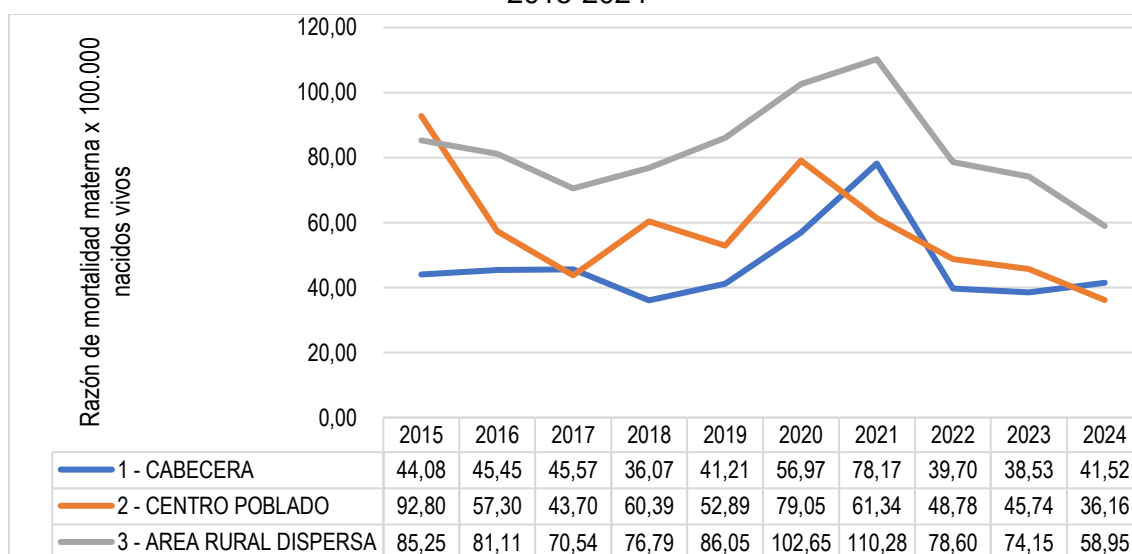


Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 20 de marzo de 2026

Al analizar por área de residencia se observa que entre 2015 y 2024, en la cabecera municipal se observan los niveles más bajos de RMM, mientras que en centro poblado se presentan valores intermedios y más inestables, y el área rural dispersa se presentan las cifras más altas, sugiriendo que en esta área se concentran de manera sistemática los mayores riesgos; aunque en los primeros años las tres áreas muestran una reducción inicial, la brecha entre zona rural dispersa y cabecera persiste y vuelve a ampliarse con la llegada de la pandemia. El impacto de la pandemia por COVID-19 entre 2020 y 2021 impacta a todas las áreas, pero lo hace de manera diferente entre las áreas, la RMM aumenta moderadamente en cabecera, de forma más marcada en centro poblado y con mayor severidad en el área rural dispersa, donde en 2021 se registra el valor más alto del periodo (110,28).

Desde el año 2022, en las tres áreas geográficas se observa un descenso progresivo que es coherente con la recuperación observada en la tendencia nacional general; sin embargo, la reducción no se distribuye de igual manera dado que en las cabeceras se regresa a niveles similares a los de antes de pandemia, así como en los centros poblados, mientras que el área rural dispersa continúa en niveles elevados a pesar de la reducción; observándose que el riesgo en la salud materna sigue siendo significativamente mayor en zonas rurales dispersas que en el resto del país, donde persisten brechas históricas entre territorios, especialmente en las zonas rurales, en las que la residencia sigue siendo un factor clave asociado a la mortalidad materna, haciendo necesario fortalecer estrategias territoriales diferenciales de acceso y atención para lograr reducciones sostenidas y equitativas en el país (**Gráfico 18**).

**Gráfico 18.** Razón de Mortalidad Materna a 42 días, por área de residencia, Colombia. 2015-2024



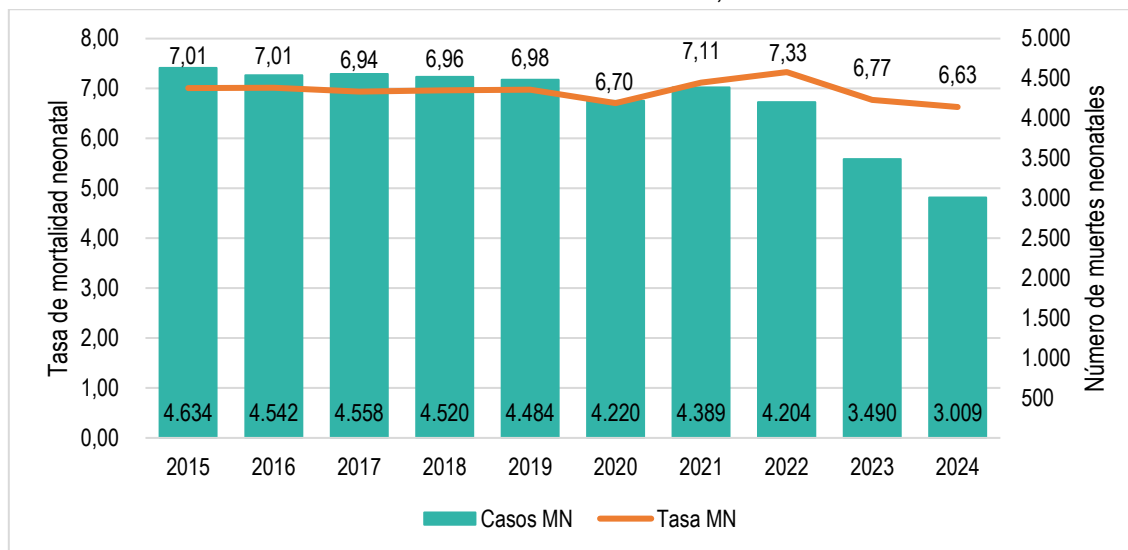
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 20 de marzo de 2026

## Tasa de mortalidad neonatal

Entre 2015 y 2024, la tasa de mortalidad neonatal en Colombia se mantiene relativamente estable, con variaciones moderadas; durante los primeros cinco años del periodo, las tasas entre 6,9 y 7,1 por 1.000 nacidos vivos, muestran un comportamiento estacionario; a partir de 2020 la tendencia cambia donde la tasa desciende a 6,70, lo que contrasta con el aumento de la mortalidad materna ese mismo año; sin embargo, este descenso resulta transitorio dado que en 2021 y especialmente en 2022 se observa un incremento importante, alcanzando 7,33 en 2022, el punto más alto del decenio.

A partir del 2023, la tasa retoma una trayectoria descendente que acompaña la recuperación observada en la mortalidad materna, llegando a 6,63 en 2024, una cifra comparable a los niveles prepandémicos y siendo la más baja del periodo; esta reducción ocurre en paralelo a una caída sostenida del número absoluto de muertes neonatales, que pasa de más de 4.600 casos en 2015 a 3.009 en 2024, lo que indica mejoras tanto en supervivencia neonatal temprana como en condiciones perinatales asociadas al parto y nacimiento (**Gráfico 19**).

**Gráfico 19.** Tasa de mortalidad neonatal, Colombia. 2015-2024



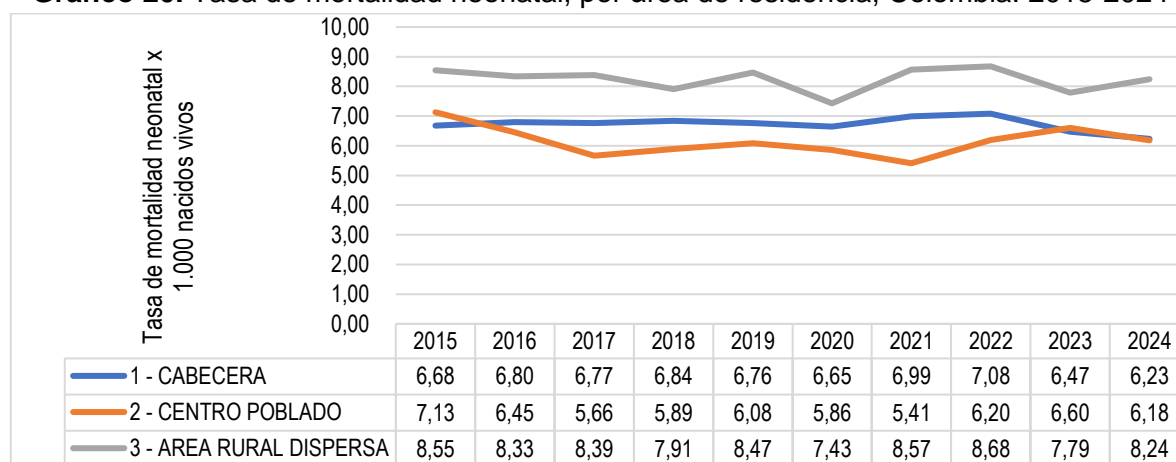
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 20 de marzo de 2026

La mortalidad neonatal por área de residencia en Colombia presenta diferencias consistentes, aunque menos pronunciadas que las observadas para la mortalidad materna; se evidencia que las tasas más altas se concentran de manera persistente en el área rural dispersa, mientras que los centros poblados muestran tasas ligeramente menores que las

cabeceras en la mayoría de los años, especialmente a partir de 2017; esto constituye un patrón diferencial relevante: aunque las cabeceras suelen liderar indicadores favorables en salud materna e infantil, en este caso los centros poblados mantienen un comportamiento neonatal relativamente mejor.

Durante el periodo 2015–2019, las diferencias se mantienen estables; en pandemia y hasta 2022, las tasas fluctúan de manera desigual entre los territorios: el área rural dispersa continúa siendo la más afectada, registrando los valores más altos del periodo en 2021 y 2022 (8,57 y 8,68 respectivamente), lo que coincide con el patrón observado en la mortalidad materna y mostrando que los territorios rurales más aislados fueron los que sufrieron con mayor severidad los efectos de la pandemia en salud materno infantil. En el periodo pospandémico se observa una disminución generalizada, pero nuevamente con comportamientos diferenciados; tanto cabeceras como centros poblados convergen hacia tasas similares en 2024 (6,23 y 6,18 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente), mientras que el área rural dispersa continúa con valores significativamente más altos (8,24); es así que, la brecha de la mortalidad neonatal entre zonas rurales dispersas y el resto del territorio sigue siendo evidente y persistente, aunque menor en magnitud que la observada en la mortalidad materna (**Gráfico 20**).

**Gráfico 20.** Tasa de mortalidad neonatal, por área de residencia, Colombia. 2015-2024



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 20 de marzo de 2026

## Tasa de mortalidad infantil

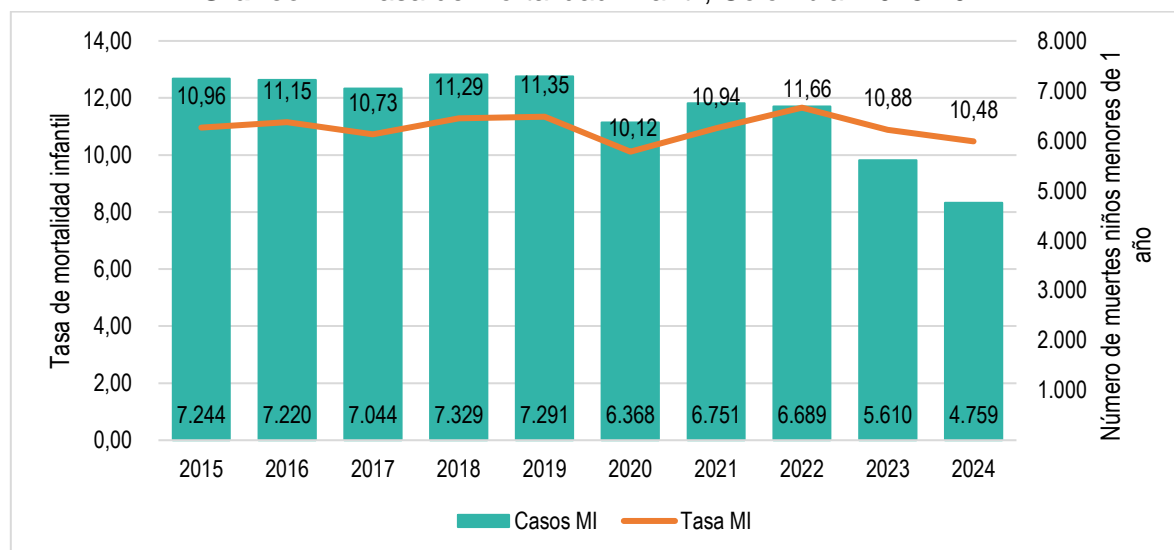
Entre 2015 y 2024, la tasa de mortalidad infantil en Colombia muestra un comportamiento relativamente estable durante la primera mitad del periodo, seguido de variaciones asociadas al impacto de la pandemia y una reducción reciente que coincide con la recuperación del sistema de salud. Entre 2015 y 2019, la tasa oscila en un rango estrecho entre 10,73 y 11,35 muertes por 1.000 nacidos vivos, lo que indica una tendencia estacionaria, con descensos modestos que no logran consolidarse. En este mismo periodo,

el número absoluto de muertes infantiles se mantiene por encima de los 7.000 casos anuales, reflejando la persistencia de riesgos evitables en la primera infancia.

En 2020 se observa un descenso relevante de la tasa a 10,12, acompañado de una reducción evidente en el número de muertes infantiles. No obstante, este comportamiento resulta transitorio, ya que en 2021 y especialmente en 2022 la tasa vuelve a incrementarse, alcanzando su valor más alto del periodo en 2022 (11,66). Este repunte es consistente con el patrón observado en la mortalidad materna y neonatal, y sugiere el efecto acumulado de las barreras de acceso, la reorganización de los servicios y la presión sobre la atención pediátrica durante la pandemia por COVID-19.

A partir de 2023 se evidencia un descenso sostenido que se consolida en 2024, cuando la tasa alcanza 10,48 muertes por 1.000 nacidos vivos, uno de los valores más bajos del decenio. Este comportamiento se acompaña de una disminución marcada en el número absoluto de muertes infantiles, que pasa de más de 7.200 casos en 2015 a 4.759 en 2024, lo que indica avances recientes en la supervivencia infantil. En conjunto, la tendencia confirma que, al igual que en la mortalidad materna y neonatal, la pandemia produjo un quiebre temporal desfavorable, seguido de una recuperación progresiva; sin embargo, la persistencia de tasas cercanas a 10 por 1.000 nacidos vivos señala que aún existen desafíos estructurales en la prevención de muertes evitables durante el primer año de vida (**Gráfico 21**).

**Gráfico 21.** Tasa de mortalidad infantil, Colombia. 2015-2024



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 20 de marzo de 2026

Entre 2015 y 2024, la tasa de mortalidad infantil en Colombia presenta diferencias persistentes según el área de residencia, reproduciendo de manera clara las desigualdades territoriales ya identificadas en la mortalidad materna y neonatal. Durante todo el periodo





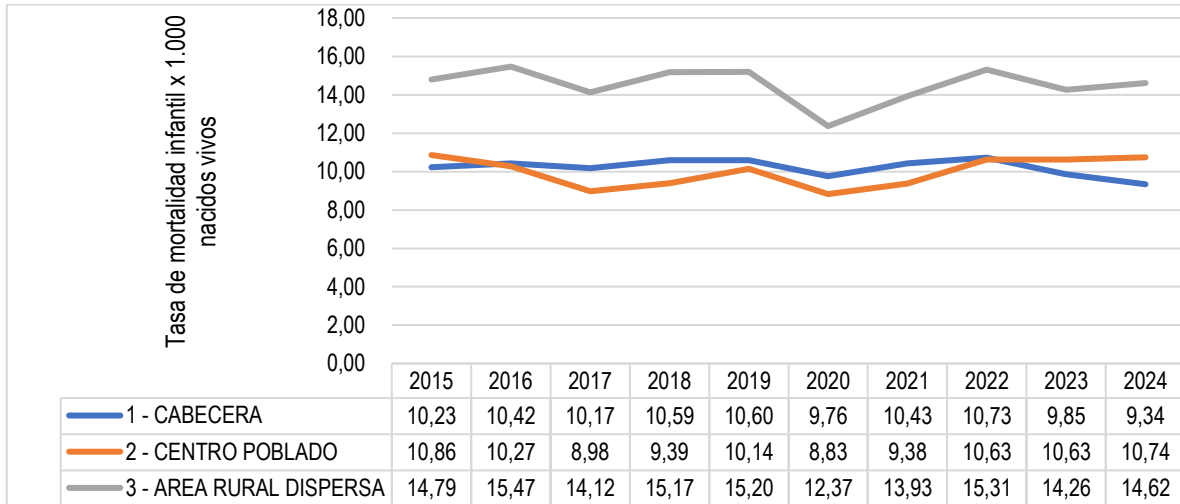
analizado, el área rural dispersa concentra sistemáticamente las tasas más altas de mortalidad infantil, mientras que cabeceras municipales y centros poblados mantienen niveles más bajos y relativamente similares entre sí, con oscilaciones moderadas. Este patrón evidencia que la residencia en zonas rurales dispersas continúa siendo un determinante estructural del riesgo de muerte en el primer año de vida.

En el periodo 2015–2019, las tasas se mantienen relativamente estables dentro de cada territorio, pero con brechas claras: el área rural dispersa oscila entre 14,1 y 15,5 muertes por 1.000 nacidos vivos, valores consistentemente superiores a los observados en cabeceras (alrededor de 10,1–10,6) y centros poblados (entre 9,0 y 10,9). Aunque en estos años se observan leves fluctuaciones, no hay una reducción sostenida que permita cerrar las diferencias territoriales, lo que sugiere la persistencia de barreras estructurales en el acceso oportuno a servicios de salud infantil en contextos rurales.

En 2020 se presenta un descenso simultáneo en las tres áreas, con una reducción particularmente marcada en el área rural dispersa, que alcanza su valor más bajo del periodo (12,37). Sin embargo, este comportamiento resulta transitorio, ya que entre 2021 y 2022 las tasas vuelven a incrementarse, especialmente en el área rural dispersa, que retoma niveles cercanos a los observados antes de la pandemia (15,31 en 2022). Este comportamiento es consistente con el patrón identificado en la mortalidad materna y neonatal, y sugiere que la pandemia por COVID-19 y sus efectos secundarios reforzaron las desigualdades territoriales preexistentes en la atención de la primera infancia.

En el periodo más reciente (2023–2024), se observa una leve reducción de la mortalidad infantil en cabeceras municipales, que alcanzan 9,34 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2024, mientras que los centros poblados muestran una estabilización e incluso un ligero aumento, cerrando 2024 en 10,74. En contraste, el área rural dispersa mantiene tasas elevadas (14,62 en 2024), prácticamente 1,6 veces superiores a las de las cabeceras. Esta persistencia de la brecha indica que, a pesar de los avances globales y de la recuperación posterior a la pandemia, los beneficios en la reducción de la mortalidad infantil no se distribuyen de manera equitativa en el territorio nacional (**Gráfico 22**).

**Gráfico 22.** Tasa de mortalidad infantil, por área de residencia, Colombia. 2015-2024



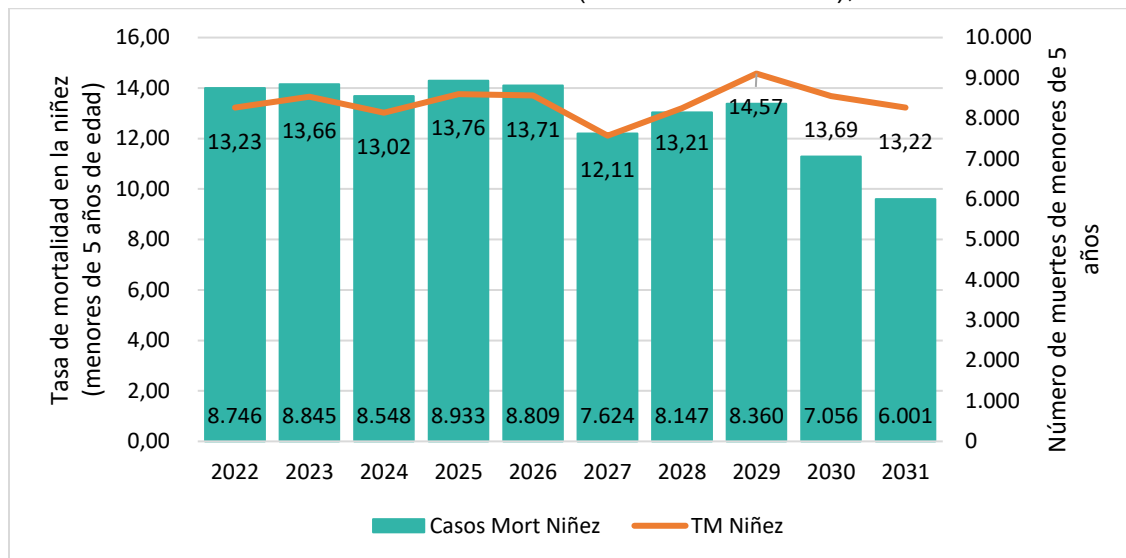
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 20 de marzo de 2026

### Tasa de mortalidad en la niñez

La tasa de mortalidad en la niñez presenta, en el periodo observado, un comportamiento variable, con fluctuaciones que reflejan tanto avances acumulados en la atención integral de la primera infancia como la persistencia de riesgos estructurales. En los primeros años del periodo, la tasa se mantiene en valores cercanos a 13–14 muertes por 1.000 nacidos vivos, con oscilaciones moderadas que no configuran una tendencia sostenida al descenso. Este comportamiento sugiere una reducción parcial de muertes evitables, pero con dificultades para consolidar mejoras estructurales en todos los determinantes que inciden en la supervivencia de niños y niñas menores de cinco años.

Posteriormente, se observa un descenso relevante alrededor de la mitad del periodo, cuando la tasa alcanza uno de sus valores más bajos (12,11), acompañado de una disminución importante en el número absoluto de muertes. No obstante, esta mejoría resulta transitoria, ya que en los años siguientes la tasa vuelve a incrementarse, alcanzando valores cercanos a 13,7, lo que indica una reemergencia de factores de riesgo asociados al acceso oportuno a servicios de salud, la continuidad del cuidado y las condiciones socioeconómicas. En la parte final del periodo se evidencia nuevamente una reducción tanto de la tasa (13,22) como del número de muertes, lo que sugiere una recuperación progresiva de la capacidad del sistema para prevenir muertes evitables en la niñez (**Gráfico 23**).

**Gráfico 23.** Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años), Colombia. 2015-2024



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 20 de marzo de 2026

La mortalidad en la niñez en Colombia exhibe diferencias territoriales persistentes según el área de residencia, con un patrón que profundiza las desigualdades ya observadas en los componentes materno, neonatal e infantil. Durante todo el periodo 2015–2024, el área rural dispersa registra sistemáticamente las tasas más altas de mortalidad en menores de cinco años, mientras que las cabeceras municipales presentan las tasas más bajas, y los centros poblados muestran valores intermedios, aunque en varios años se aproximan o incluso superan a las cabeceras. Este comportamiento evidencia que el riesgo de muerte en la niñez sigue estrechamente asociado al territorio y a las condiciones estructurales de acceso a servicios de salud.

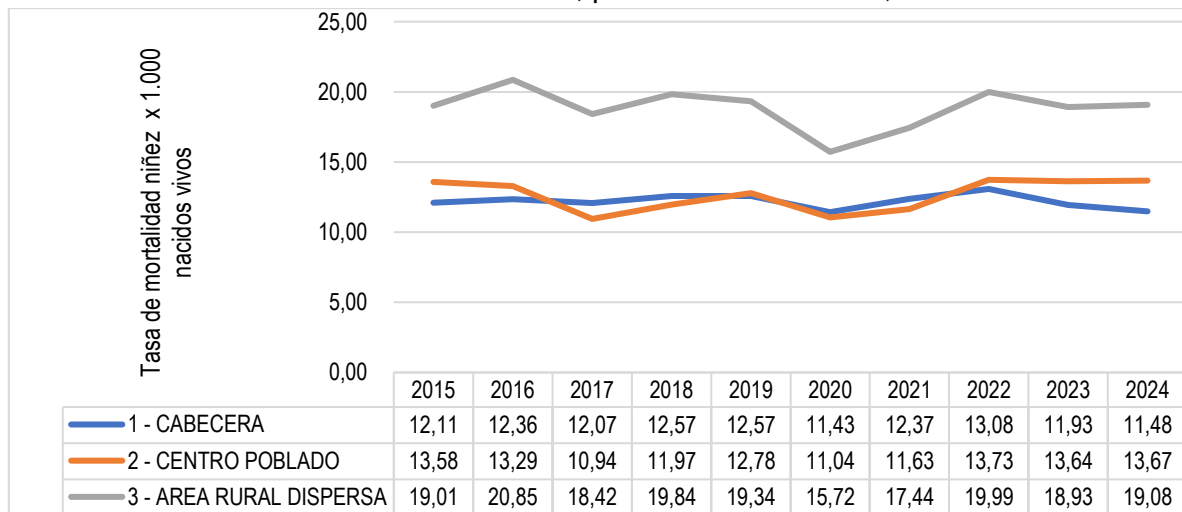
Entre 2015 y 2019, las brechas territoriales son claras y estables. En este periodo, la tasa en áreas rurales dispersas se mantiene entre 18,4 y 20,9 muertes por 1.000 nacidos vivos, significativamente por encima de las cabeceras, que oscilan alrededor de 12,1–12,6, y de los centros poblados, cuyos valores fluctúan entre 10,9 y 13,6. Aunque se observan leves variaciones anuales, no se configura una tendencia descendente sostenida que permita reducir las diferencias entre territorios, lo que sugiere la persistencia de barreras relacionadas con condiciones socioeconómicas, acceso geográfico, disponibilidad de servicios, agua potable, saneamiento básico y atención oportuna de enfermedades prevalentes de la infancia.

En 2020 se observa un descenso simultáneo de la mortalidad en las tres áreas de residencia, con especial reducción en el área rural dispersa, que alcanza 15,72, su valor más bajo del periodo. Sin embargo, este descenso resulta transitorio. En 2021 y 2022 las tasas vuelven a incrementarse en todos los territorios, coincidiendo con el impacto indirecto

de la pandemia por COVID-19. El aumento es particularmente marcado en el área rural dispersa, que alcanza nuevamente valores cercanos a 20 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2022, mientras que cabeceras y centros poblados también presentan incrementos, aunque de menor magnitud. Este comportamiento confirma que los efectos de la pandemia profundizaron desigualdades preexistentes y afectaron de manera más severa a los territorios con mayores vulnerabilidades estructurales.

En el periodo más reciente, entre 2023 y 2024, se observa una estabilización con leve descenso en cabeceras municipales, que alcanzan 11,48 en 2024, mientras que los centros poblados mantienen tasas relativamente estables alrededor de 13,6–13,7. En contraste, el área rural dispersa continúa registrando niveles elevados, cerrando 2024 con 19,08 muertes por 1.000 nacidos vivos, lo que representa cerca de 1,7 veces la tasa observada en cabeceras. Esta persistencia de la brecha indica que, aunque existen avances globales en la reducción de la mortalidad en la niñez, estos no se han distribuido de manera equitativa entre los distintos territorios del país (**Gráfico 24**).

**Gráfico 24.** Tasa de mortalidad en la niñez, por área de residencia, Colombia. 2015-2024



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 20 de marzo de 2026

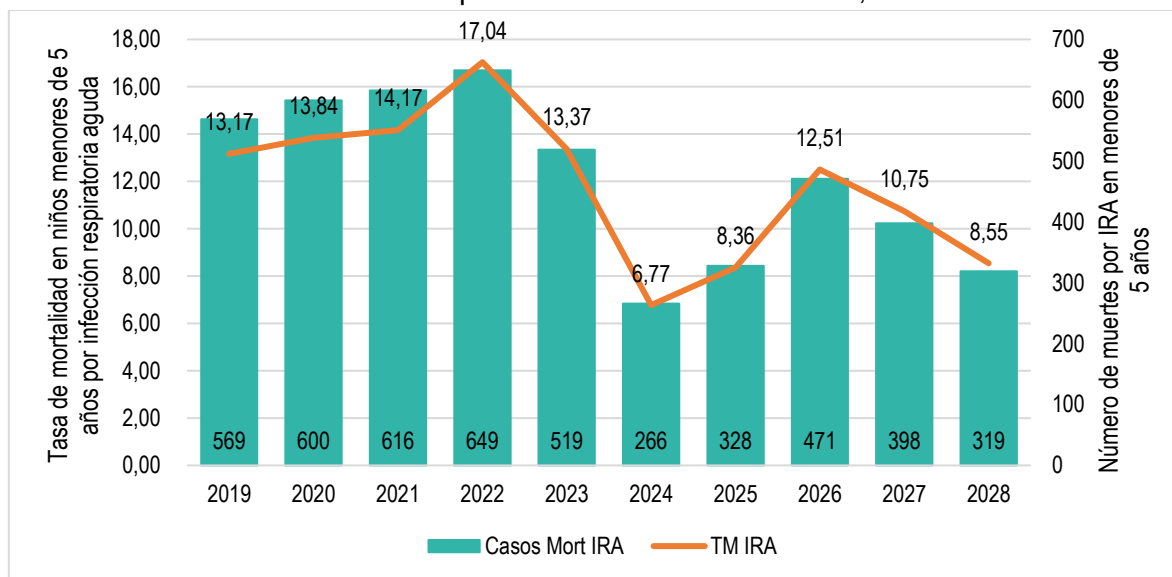
### Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años

La tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años muestra un comportamiento marcadamente variable en el periodo observado, reflejando tanto la alta sensibilidad de este evento a los contextos epidemiológicos como su estrecha relación con factores estacionales, ambientales y de capacidad de respuesta del sistema de salud. Entre 2019 y 2022 se observa un incremento progresivo de la tasa, que pasa de 13,17 a 17,04, alcanzando su valor más alto en 2022. Este aumento se acompaña de un elevado número absoluto de muertes, que supera los 600 casos anuales, lo que coincide con los años de mayor presión sobre los servicios de salud durante la pandemia por

COVID-19 y su periodo posterior inmediato, cuando los servicios pediátricos y de atención oportuna de infecciones respiratorias enfrentaron barreras importantes de acceso y continuidad.

A partir de 2023 se evidencia un descenso abrupto de la tasa, que alcanza 6,77 en 2024, el valor más bajo del periodo, junto con una reducción sustancial del número de muertes (266 casos). Este comportamiento sugiere una recuperación significativa de la capacidad de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las IRA en la población infantil, probablemente asociada a la normalización de los servicios de salud, la reactivación de estrategias de atención primaria y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica respiratoria. No obstante, en los años siguientes se observa nuevamente un incremento moderado, con una tasa de 12,51, seguido de una tendencia descendente que cierra el periodo en 8,55, lo que indica que, aunque existen avances recientes, el riesgo de mortalidad por IRA continúa presentando fluctuaciones relevantes (**Gráfico 25**).

**Gráfico 25.** Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, Colombia. 2015-2024



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 20 de marzo de 2026

### Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años

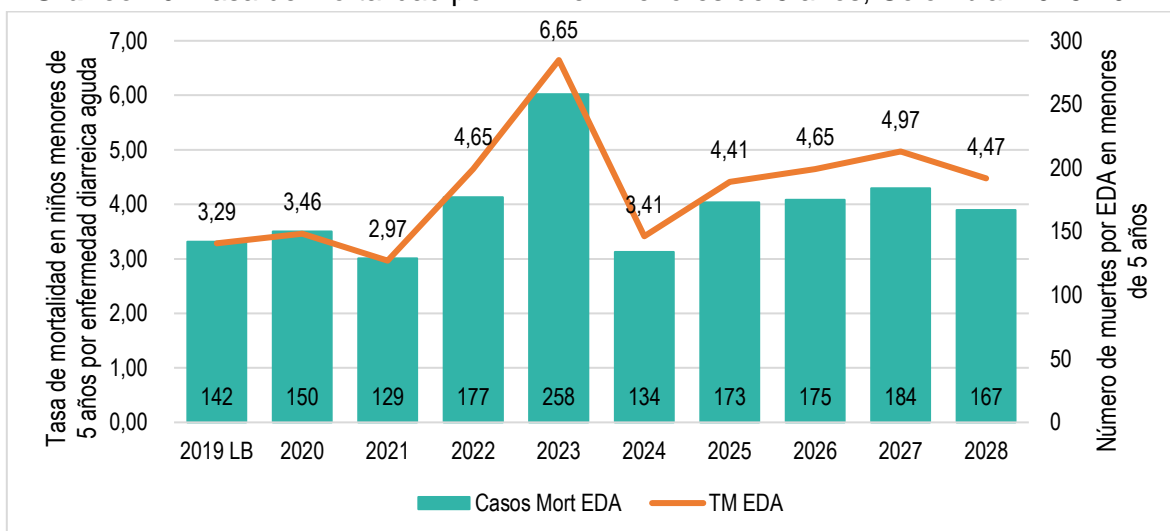
La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años evidencia un comportamiento fluctuante a lo largo del periodo analizado, lo que confirma la alta sensibilidad de este evento a las condiciones socioambientales, a la continuidad de la atención primaria y a la capacidad del sistema de salud para responder de manera oportuna a eventos prevenibles. Entre 2019 y 2021, la tasa se mantiene relativamente estable en valores cercanos a 3,0–3,5, con un número anual de muertes que oscila entre 129 y 150

casos, lo que indica una carga persistente de mortalidad evitable asociada a EDA, incluso en contextos de estabilidad epidemiológica.

A partir de 2022 se observa un incremento marcado tanto en la tasa como en el número absoluto de muertes, alcanzando un pico en 2023, con una tasa de 6,65 y 258 muertes, el valor más alto del periodo. Este aumento coincide con el periodo posterior a la pandemia por COVID-19 y sugiere un deterioro temporal de factores protectores clave, como el acceso oportuno a servicios de salud, la vigilancia comunitaria, la atención primaria y las condiciones de saneamiento básico, particularmente en contextos de mayor vulnerabilidad. El comportamiento de este indicador en 2023 confirma que la EDA sigue siendo una causa altamente prevenible, pero muy sensible a interrupciones en los servicios y a determinantes sociales adversos.

En 2024 se evidencia una reducción importante de la tasa (3,41) y del número de muertes (134 casos), lo que señala una recuperación significativa de la capacidad de prevención y control. No obstante, en los años siguientes la tasa vuelve a incrementarse de manera moderada, situándose entre 4,4 y 5,0, lo que indica que, aunque existen avances recientes, la tendencia aún no es completamente estable (**Gráfico 26**).

**Gráfico 26.** Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años, Colombia. 2015-2024



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 20 de marzo de 2026

### Tasa de mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años

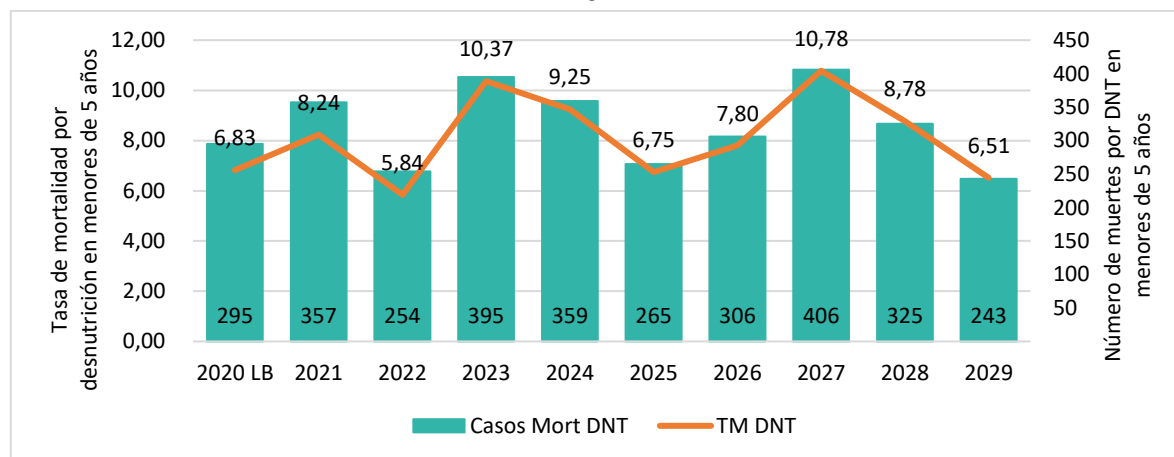
La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años muestra un comportamiento marcadamente fluctuante a lo largo del periodo analizado, evidenciando la persistencia de la desnutrición como un evento crítico de mortalidad evitable y altamente sensible a condiciones socioeconómicas, alimentarias y de acceso a servicios de salud. Entre 2020 y 2022, la tasa presenta variaciones significativas, pasando de 6,83 en 2020 a

8,24 en 2021, para luego descender a 5,84 en 2022, acompañada de una reducción en el número absoluto de muertes. Este comportamiento refleja un contexto de inestabilidad asociado a las condiciones derivadas de la pandemia, con impactos diferenciados sobre la seguridad alimentaria de los hogares y la capacidad de respuesta del sistema de salud.

En 2023 se registra un incremento pronunciado, alcanzando una tasa de 10,37 y 395 muertes, lo que representa uno de los valores más altos del periodo. Este repunte sugiere un deterioro importante de las condiciones nutricionales de la niñez, posiblemente asociado al efecto acumulado de la crisis social y económica posterior a la pandemia, la interrupción de programas de apoyo alimentario y las limitaciones en la detección y manejo oportuno de la desnutrición infantil. Aunque en 2024 y 2025 se observa una reducción progresiva de la tasa (9,25 y 6,75, respectivamente), el indicador vuelve a incrementarse en 2026 y alcanza su punto máximo en 2027 (10,78), con 406 muertes, evidenciando que el riesgo no se ha logrado controlar de manera sostenida.

En los dos años finales del periodo se presenta una disminución relevante tanto de la tasa como del número de muertes, cerrando en 6,51 en 2029, uno de los valores más bajos observados. No obstante, el patrón general confirma que la mortalidad por desnutrición continúa siendo altamente inestable y sensible a cambios contextuales, lo que indica que los avances logrados siguen siendo frágiles (**Gráfico 27**).

**Gráfico 27.** Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, Colombia. 2015-2024



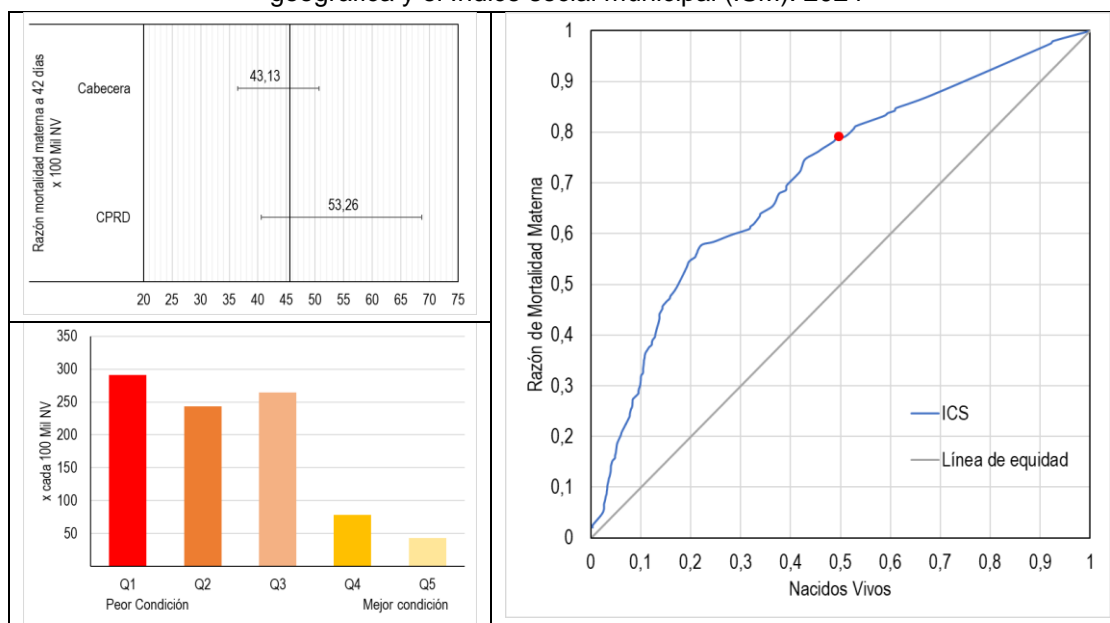
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 20 de marzo de 2026

## 2.5. Gradientes sociales y brechas urbano-rurales en la mortalidad materno-infantil

En 2024, la razón de mortalidad materna se registró en 115 municipios y distritos (10,2%), el 51,3% de estos ocurrieron en territorios PDET-ZOMAC o de alta dispersión; además, Bogotá, Riohacha, Maicao, Soacha y Cali concentraron el 22,3% de las muertes. Aunque

la razón en los CPRD fue un 23,5% superior a la de las cabeceras, esta diferencia no alcanzó significancia estadística; sin embargo, el gradiente social según el ISM sí fue marcado, donde el quintil más vulnerable (Q1) presentó una razón 5,8 veces mayor que la de Q5, y la mitad de los municipios con peor ISM acumuló cerca de 80% de la razón nacional, lo que sugiere inequidades estructurales vinculadas a acceso y calidad de la atención obstétrica (**Gráfico 28**).

**Gráfico 28.** Medidas de desigualdad para la Razón de Mortalidad Materna según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024

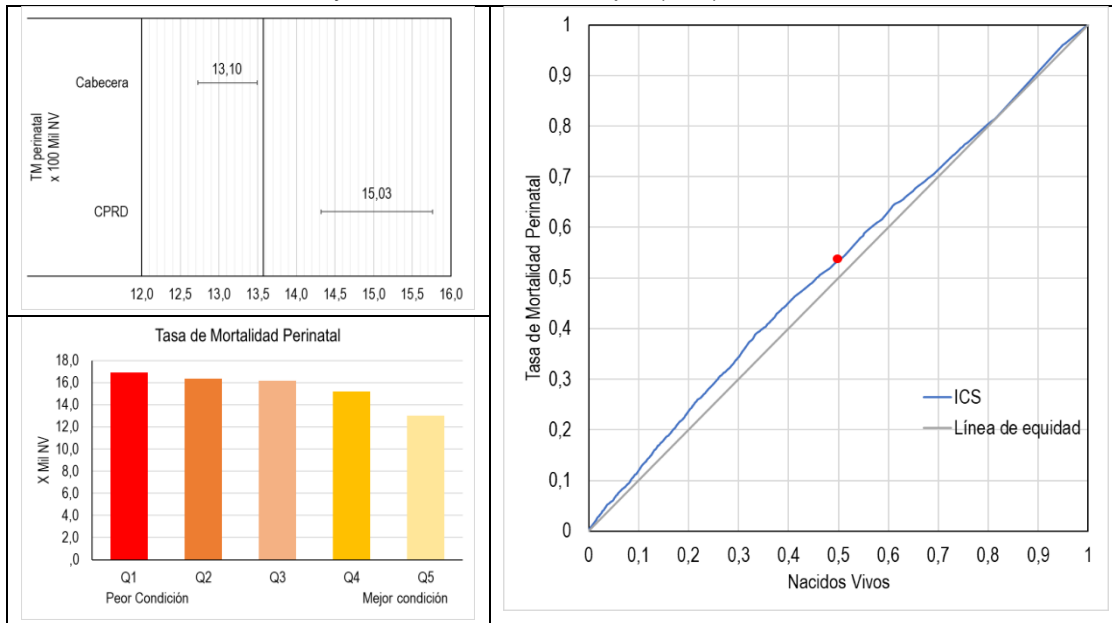


Fuente: Elaboración propia a partir de los CUBOS SISPRO MSPS. Fecha de consulta. Marzo 18 de 2026

De manera complementaria, las muertes perinatales se presentaron en 772 municipios (68,7%), 38,2% hacen parte del grupo PDET-ZOMAC y alta dispersión, donde resaltan Riohacha, Maicao, Uribia, Santa Marta, Valledupar, Buenaventura y San Andrés de Tumaco (8,4% del total de muertes). La tasa en CPRD fue un 14,7% mayor que en las cabeceras y la desigualdad social mostró que el indicador fue un 30% más alto en Q1 que en Q5 y teniendo en cuenta que la curva de concentración solo se apartó levemente de la equidistribución, se puede presumir una inequidad presente, pero de magnitud moderada respecto de otros eventos (**Gráfico 29**).



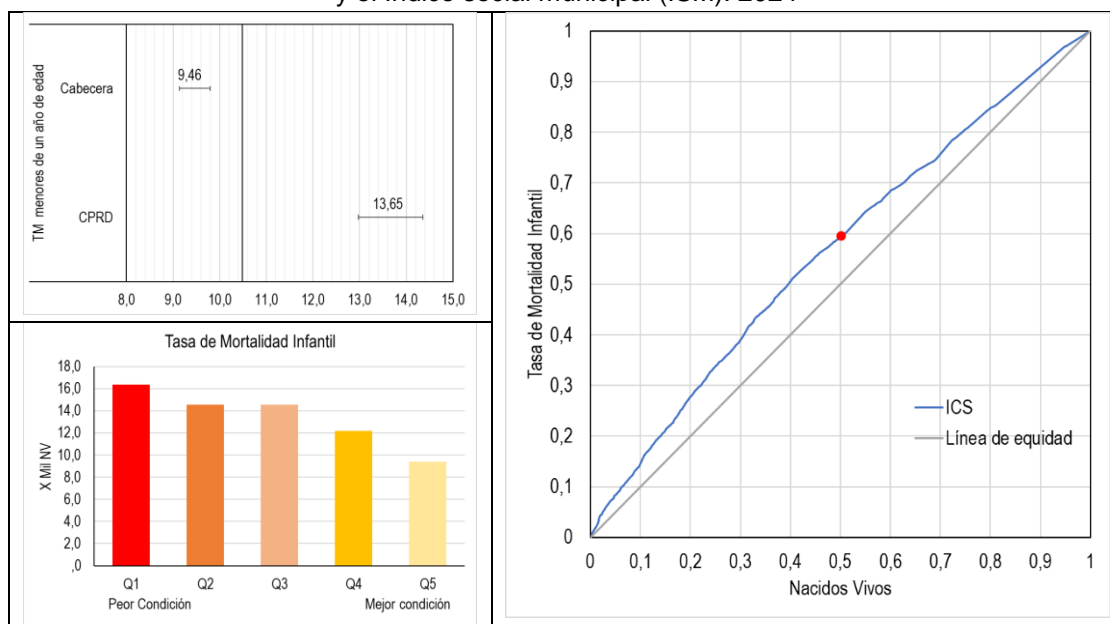
**Gráfico 29.** Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad perinatal según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de los CUBOS SISPRO MSPS. Fecha de consulta. Marzo 18 de 2026

La mortalidad infantil (en menores de 1 año) estuvo presente en 689 municipios, 41,1% de ellos en el grupo PDET-ZOMAC y alta dispersión, en Uribia, Maicao, Riohacha, Valledupar y Santa Marta concentraron 8,3% de los decesos. En coherencia con los resultados previos, la tasa en CPRD fue 44,2% superior a la de cabeceras (diferencia significativa), y se observó un claro gradiente social donde el Q1 presentó una tasa 74,3% mayor que Q5, estimando así que el 60% de la mortalidad infantil se concentra en la mitad de municipios más vulnerables (**Gráfico 30**).

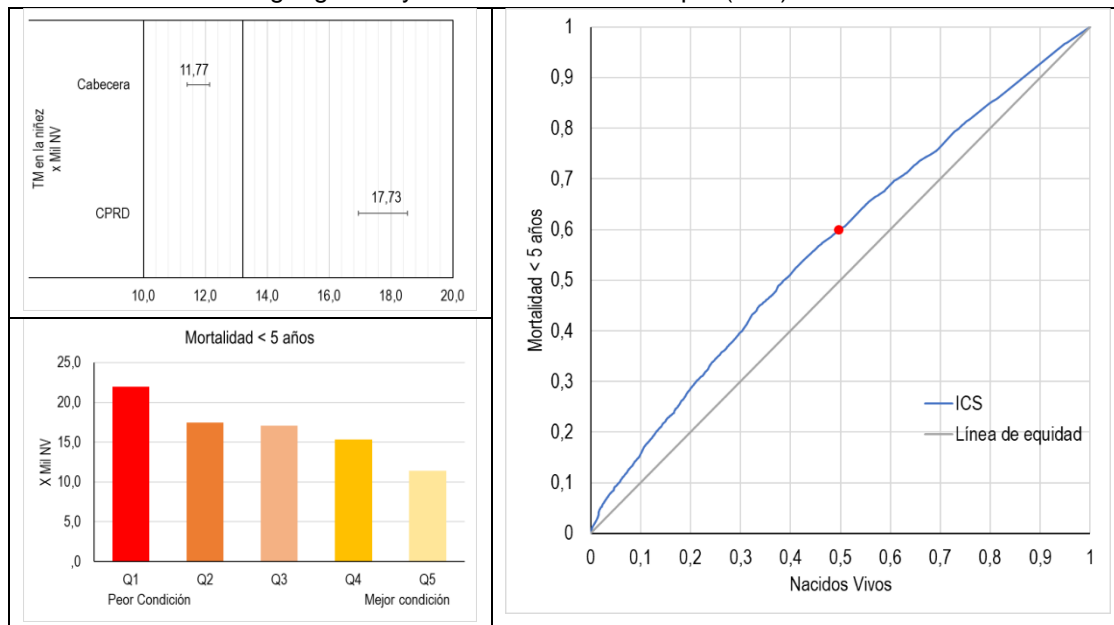
**Gráfico 30.** Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad perinatal según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de los CUBOS SISPRO MSPS. Fecha de consulta. Marzo 18 de 2026

Asimismo, al observar las muertes en menores de 5 años, se identificaron muertes en 747 municipios, 40% de ellos pertenecientes a los PDET-ZOMAC, y donde Uribia, Maicao, Riohacha, Quibdó y Valledupar fueron los más representativos (9,3% de los casos). Para este indicador, la desventaja rural fue incluso más pronunciada, la tasa de los CPRD superó en 50,7% a la de cabeceras; de igual forma, el gradiente medido por el ISM se mantuvo, con una tasa un 92,4% mayor en Q1 comparado con Q5, mientras que la curva de concentración mantuvo un patrón semejante al observado en mortalidad infantil (**Gráfico 31**).

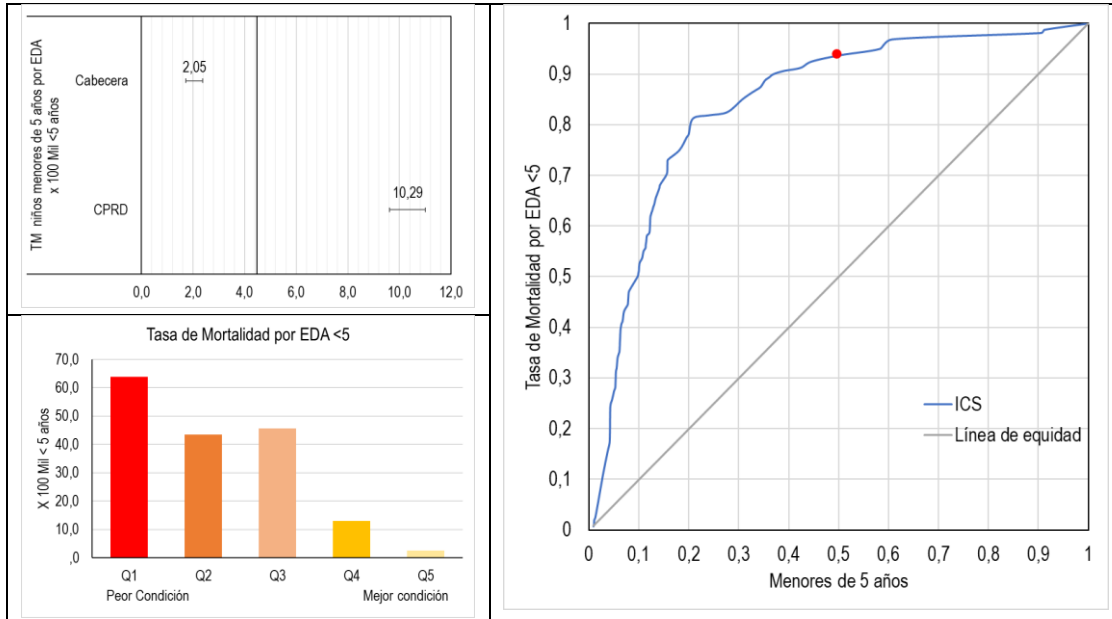
**Gráfico 31.** Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad en la niñez según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de los CUBOS SISPRO MSPS. Fecha de consulta. Marzo 18 de 2026

En cuanto a las causas específicas, la mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años se registró en 78 municipios, 46 de ellos PDET-ZOMAC; destacaron Uribia (La Guajira) y Bojayá (Chocó), con 25 muertes (15,6%). Consistentemente, las tasas fueron significativamente más altas en CPRD y, por condición social, el quintil 1 (Q1) mostró una tasa cuatro veces mayor que la del quintil (Q5); en consonancia, la curva de concentración evidenció que la mitad de los municipios más vulnerables acumuló más del 90% de las muertes por EDA (**Gráfico 32**).

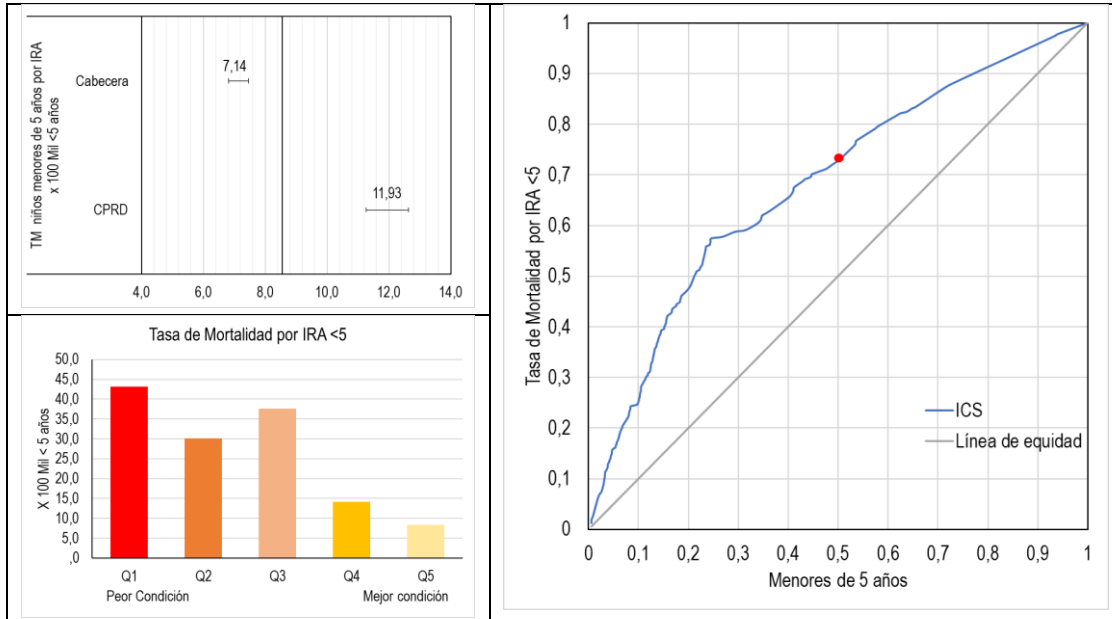
**Gráfico 32.** Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda -EDA- según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de los CUBOS SISPRO MSPS. Fecha de consulta. Marzo 18 de 2026

Por su parte, la mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años se reportó en 157 municipios, con cerca de la mitad en los PDET-ZOMAC, y con Uribia, Riohacha y Quibdó sumando 27 muertes (8,8%). Una vez más, la tasa en CPRD fue significativamente superior a la de cabeceras, y aunque el gradiente observado por ISM no mostró una progresión uniforme debido a un repunte en Q3, los quintiles extremos mantuvieron una diferencia importante (Q1 registró una tasa 4,2 veces la de Q5); en conjunto, el 50% de municipios con peor ISM concentró más del 70% de las muertes por IRA (**Gráfico 33**).

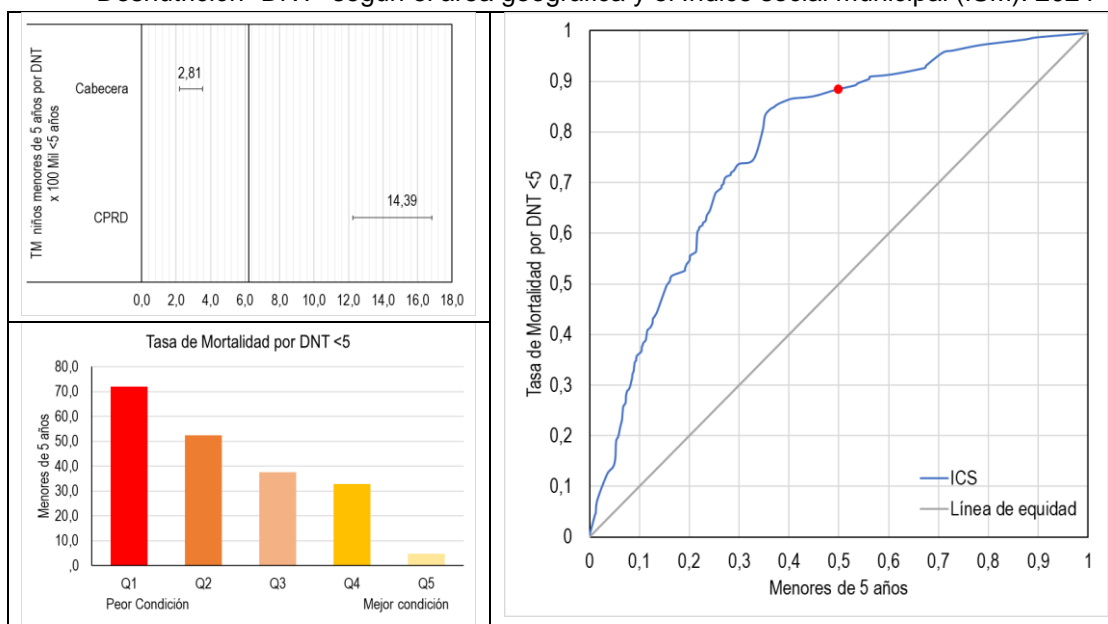
**Gráfico 33.** Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda -IRA- según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de los CUBOS SISPRO MSPS. Fecha de consulta. Marzo 18 de 2026

Finalmente, en 2024, la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años se concentró en 108 municipios, 70 de ellos PDET-ZOMAC (64,5%), con Riohacha, Uribia, Maicao, Cumaribo y Bojayá aportando 23,3% de las muertes. La tasa en los CPRD fue 4,1 veces la de cabeceras y la desigualdad por ISM fue aún más intensa, donde el quintil 1 (Q1) presentó una tasa 14,1 veces la del quintil (Q5); en consecuencia, cerca del 90% de las muertes se agrupó en la mitad de municipios más vulnerables, lo que puede evidenciar la convergencia de pobreza estructural, inseguridad alimentaria y barreras de acceso a salud y protección social (**Gráfico 34**).

**Gráfico 34.** Medidas de desigualdad para la tasa de mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición -DNT- según el área geográfica y el Índice social municipal (ISM). 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de los CUBOS SISPRO MSPS. Fecha de consulta. Marzo 18 de 2026

En síntesis, en los resultados concurren en tres patrones recurrentes, inicialmente, una concentración territorial de estos eventos en los municipios PDET-ZOMAC y alta dispersión con entidades territoriales reincidentes del departamento Guajira y Chocó. En segundo lugar, con excepción a la mortalidad materna, se mantiene una desventaja rural sostenida, con tasas de los CPRD consistentemente superiores a las de cabeceras, (más notoria en menores de 5 años y en causas específicas como EDA y desnutrición). Finalmente, los gradientes sociales por observados a partir del ISM varían en intensidad (moderados en perinatal, no uniformes en IRA, y muy altos en mortalidad materna, EDA y desnutrición), pero que confirman la asociación estructural entre vulnerabilidad social y mortalidad evitable a lo largo del continuo materno-infantil. En conjunto, estos hallazgos pueden orientar la focalización de acciones territoriales (en Q1 y ruralidades), el fortalecimiento de la APS y de la resolutive obstétrica-neonatal, y la acción intersectorial sobre determinantes materiales como condiciones de vivienda, energía limpia, seguridad alimentaria y protección social.

### 3. Capítulo 3. Respuestas institucionales y recomendaciones para la acción

El tercer capítulo está destinado para el análisis de la respuesta institucional del sistema de salud frente a eventos como la mortalidad materna, infantil y por enfermedades no transmisibles. Se evidencian brechas territoriales entre la carga de enfermedad y la capacidad instalada de los servicios, que reflejan desigualdades en el acceso, la oportunidad y la continuidad del cuidado, especialmente en contextos rurales y de mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Asimismo, se incorpora el análisis de conflictos socioambientales a partir de decisiones judiciales, lo que permite comprender cómo problemáticas como el saneamiento deficiente, la contaminación y las actividades extractivas impactan la salud y se concentran en territorios con altas presiones por recursos naturales y la presencia de comunidades étnicas y campesinas.

Para el cierre, se presentan los avances de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, destacando la articulación entre sectores y la definición de acciones estratégicas, junto con los retos en gobernanza, sostenibilidad y seguimiento. En conjunto, el capítulo resalta la necesidad que tiene el país de fortalecer respuestas intersectoriales y territoriales para avanzar hacia la equidad en salud.

#### 3.1. Índice de adecuación de la capacidad institucional de los servicios de salud

La selección de la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT) responde a su condición de eventos centinela ampliamente reconocidos en salud pública, capaces de revelar de manera temprana y consistente las brechas estructurales, territoriales y sociales que configuran las desigualdades en salud. Estos eventos permiten evaluar simultáneamente tres momentos que hacen parte del curso de vida (la gestación, el nacimiento, la primera infancia y la vida adulta), y relacionarlos con la capacidad de las redes de servicios, la articulación entre niveles de atención, la oportunidad diagnóstica, la continuidad del cuidado y los determinantes sociales que condicionan el riesgo y la exposición diferencial de la población. Su comportamiento, además, es particularmente sensible a factores como accesibilidad geográfica, dispersión rural, pobreza, seguridad alimentaria, condiciones del entorno, educación, y sistemas de protección social, por lo que constituyen indicadores estratégicos para comprender y anticipar desigualdades territoriales. De esta forma fue estimado un *índice de adecuación*<sup>15</sup> que relaciona la mortalidad con la oferta ponderada de servicios

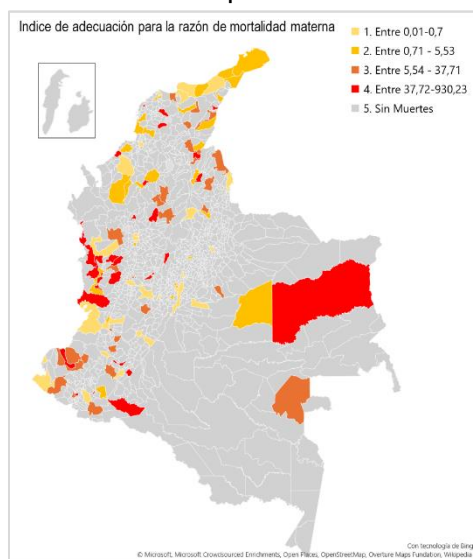
---

<sup>15</sup> Los valores de ponderación fueron adaptados de acuerdo con el impacto en salud que tiene cada tipo de servicio. Los servicios de internación tuvieron la mayor puntuación (entre 3 y 4) dada su alta intensidad de

disponibles en municipal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025), este índice permite observar, desde una perspectiva comparativa, la diferencia entre la demanda y capacidad instalada, identificando territorios donde la vulnerabilidad se expresa con mayor intensidad.

Frente a la mortalidad materna el índice de adecuación comparó el riesgo obstétrico (a partir de la razón de mortalidad materna municipal) y la oferta de servicios en salud materna (obstetricia/ginecoobstetricia, medicina familiar, medicina general y enfermería ponderadas) de forma que valores altos revelaron una mortalidad concentrada frente a la baja densidad u oportunidad de servicios determinado por posibles brechas de acceso geográfico, continuidad del control prenatal, transporte sanitario y referencia), mientras que valores bajos sugieren redes capaces de absorber el riesgo con oportunidad y resolución. En el 2024, se observó entre quienes registraron el evento, que Bogotá, figura con uno de los índices más bajos (0,005), coherente con alta disponibilidad 24/7 y articulación de red, en contraste con San Andrés de Cuerquía (Antioquia), que alcanza el máximo observado (930,23), señalando presión extrema del riesgo sobre una oferta local limitada y la necesidad de rutas robustas de referencia y transporte oportuno para emergencias obstétricas. Estas diferencias reflejan inequidades territoriales estructurales (ruralidad, dispersión, vías y pobreza) que condicionan la oportunidad del parto y la supervivencia materna (**Mapa 8**)

**Mapa 8.** Índice de adecuación estimado para la Razón de Mortalidad Materna. 2024



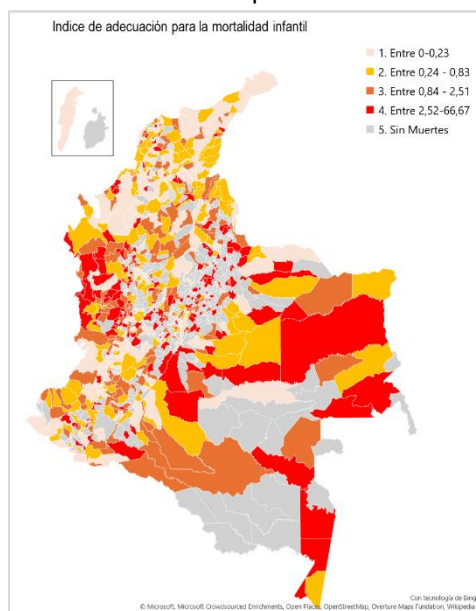
Fuente: Elaboración propia a partir del Cubo SISPRO-Indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social y el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS habilitados. Consultado el 20 de marzo de 2026. \*La categoría sin muertes indica que no fueron registrados casos para este periodo de tiempo

cuidado, personal especializado; Los servicios de consulta tuvieron una menor puntuación (entre 2 y 1) dado rol en seguimiento, diagnóstico, control y manejo de descompensaciones, continuidad del cuidado, autocuidado, seguimiento, educación, pero menor poder resolutivo clínico y con diferente nivel de competencia clínica.



En cuanto a la tasa de mortalidad infantil (en menores de 1 año), el índice fue relacionado con la oferta pediátrica ponderada (pediatría, hospitalización, unidad de cuidados intensivos e intermedios pediátrico y medicina familiar, general y enfermería). Un índice alto muestra un deficiencias en el territorio frente a la capacidad pediátrica y de atención primaria, que podría relacionarse con bajas coberturas de vacunación, menor oportunidad ante situaciones como infecciones respiratorias o enfermedades diarreicas y tiempos de viaje prolongados hacia servicios de mayor complejidad; por el contrario, los índices bajos se observaron donde la red pediátrica y la APS “amortiguan” el riesgo a través de estrategias que favorezcan la continuidad del cuidado del recién nacido. En 2024, Beltrán (Cundinamarca) alcanza el valor extremo superior del índice (66,67), mientras capitales como Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla o Bucaramanga, se ubican en los valores más bajos (primer cuartil), consistente con mayor densidad de oferta y mejor articulación de servicios. Esta diferencia territorial evidencia inequidades evitables donde la geografía, la pobreza y la segmentación del aseguramiento siguen modulando la supervivencia infantil (**Mapa 9**).

**Mapa 9.** Índice de adecuación estimado para la tasa de mortalidad infantil. 2024

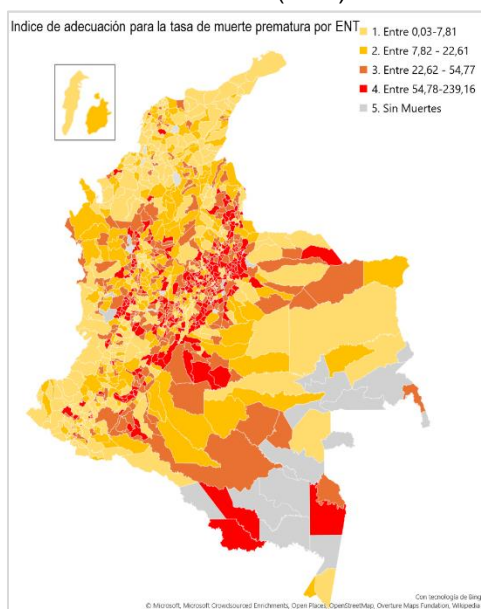


Fuente: Elaboración propia a partir del Cubo SISPRO-Indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social y el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS habilitados. Consultado el 20 de marzo de 2026. \*La categoría sin muertes indica que no fueron registrados casos para este periodo de tiempo

En cuanto a la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT), el índice contrastó el evento con la oferta clínica relevante para crónicos (hospitalización de crónicos con y sin ventilador, medicina interna y medicina familiar, general y enfermería), los valores altos apuntan a territorios donde la transición demográfica y/o epidemiológica y la vulnerabilidad social (envejecimiento, obstáculos económicos para el autocuidado, adherencia a los servicios de salud, barreras de acceso y diagnóstico oportuno) superan la

capacidad local de respuesta, mientras que los valores bajos podrían relacionarse con cabeceras donde es posible integrar el seguimiento a enfermedades como hipertensión, diabetes y EPOC con la disponibilidad de hospitalización y soporte diagnóstico. Para el 2024, los índices con valores más altos tienden a concentrarse en municipios ubicados en la región central de los departamentos de Boyacá, Cundinamarca y Santander, en tanto los más bajos aparecen en capitales y ciudades intermedias que cuentan con servicios de medicina interna y redes de apoyo consolidadas. Este comportamiento reafirma las brechas territoriales persistentes donde, más allá de la infraestructura, pesan determinantes como ingreso, educación y condiciones del entorno que inciden en diagnóstico oportuno, continuidad del cuidado y resultados en salud (**Mapa 10**).

**Mapa 10.** Índice de adecuación estimado para la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT). 2024



Fuente: Elaboración propia a partir del Cubo SISPRO-Indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social y el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS habilitados. Consultado el 20 de marzo de 2026. \*La categoría sin muertes indica que no fueron registrados casos para este periodo de tiempo

### 3.2. Análisis de las acciones populares para un ambiente sano

El análisis cualitativo de sentencias judiciales permitió identificar situaciones que permiten comprender las injusticias socioambientales y su relación con la salud, mediante la revisión sistemática de 150 decisiones judiciales del Consejo de Estado y la Corte Constitucional en el periodo 2012–2022 de las cuales fueron seleccionadas 131. Este análisis evidencia la recurrencia de problemáticas agrupadas en categorías analíticas denominadas por los autores como “vivir entre aguas negras”, asociada a deficiencias en saneamiento básico y exposición a aguas residuales; “sin dormir por el ruido”, relacionada con contaminación ambiental en entornos urbanos por ruido, residuos y actividades económicas; “cuando llegó la draga”, que recoge los impactos socioambientales derivados de actividades extractivas,



especialmente minería, y sus efectos sobre las dinámicas territoriales, culturales y productivas; y “la quebradita está quebrada”, referida a las afectaciones a fuentes hídricas que limitan el acceso al agua y deterioran las condiciones sanitarias de las comunidades. Este análisis por casos permite inferir que estas problemáticas se presentan con mayor frecuencia en contextos rurales, zonas con presencia de actividades extractivas y territorios con debilidades institucionales, coincidiendo con regiones descritas antes en este documento. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

En esta misma línea, se realizó la revisión de sentencias de la Corte Constitucional para el periodo 2023–2025, mediante la aplicación de criterios de inclusión orientados a identificar decisiones con componente ambiental y relación con determinantes de la salud. De un total de 30 sentencias revisadas, 13 fueron clasificadas como pertinentes para el análisis. Su sistematización evidencia la persistencia de los mismos núcleos problemáticos identificados previamente, distribuidos en 2 sentencias asociadas a deficiencias en saneamiento básico, 3 relacionadas con contaminación ambiental en contextos urbanos, 4 vinculadas a impactos de actividades extractivas y 4 correspondientes a afectaciones a fuentes hídricas y ecosistemas. Adicionalmente, en varias decisiones se identifican conflictos asociados a territorios con alto valor en recursos naturales, presencia de comunidades étnicas y condiciones de vulnerabilidad, lo que evidencia la continuidad de patrones territoriales de inequidad. En este sentido, la jurisprudencia reciente consolida una línea consistente en la que los conflictos socioambientales siguen concentrándose en territorios con brechas estructurales en saneamiento, gestión ambiental y gobernanza, reforzando la relación entre ambiente, territorio y salud como eje estructural del análisis de determinantes ambientales.

Este análisis tiene consonancia con lo descrito en el capítulo 1 sobre riesgo climático y salud, en el cual se evidenció cómo las condiciones geográficas, la ocurrencia de eventos climáticos extremos y los modelos de uso del territorio tiene un efecto diferenciado en salud, particularmente en regiones con presencia de actividades extractivas, fragilidad ecológica y condiciones de vulnerabilidad social, con una concentración territorial en departamentos como Antioquia, La Guajira, Meta y regiones del Pacífico y Caribe. En este sentido, el análisis se complementa con el abordaje cualitativo de sentencias judiciales, en tanto que, mientras el análisis territorial permite identificar patrones de riesgo, distribución de eventos en salud y escenarios de exposición, el análisis de sentencias aporta evidencia sobre la materialización de estos riesgos en conflictos socioambientales concretos y en la vulneración de derechos. De esta manera, ambos enfoques configuran una lectura integrada de los determinantes socioambientales, fortaleciendo la comprensión de las interrelaciones entre ambiente, territorio y salud en Colombia.

### **3.3. Avances de la Comisión Intersectorial de Salud Pública -CISP-**

La Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) en Colombia es un espacio de alto nivel creado por la Ley 1438 de 2011 y reglamentado por el Decreto 1005 de 2022. Su objetivo

es coordinar, gestionar y hacer seguimiento a los determinantes sociales de la salud, articulando acciones entre diferentes ministerios, departamentos administrativos y sectores para implementar el Plan Decenal de Salud Pública.

La CISP está articulada por el Ministerio de Salud y Protección Social con la secretaría técnica en la Dirección de Epidemiología y Demografía y conformada por los ministros y directores de departamentos administrativos del orden nacional, permitiendo así un enfoque multisectorial, cuyas funciones principales es aprobar y hacer seguimiento al plan de acción intersectorial de salud pública, recomendar estrategias para intervenir en los determinantes sociales en salud y establecer mecanismos de coordinación para la financiación y sostenibilidad de las acciones.

- Acciones estratégicas de la CISP

En marco de la Comisión Intersectorial de Salud Pública se adelantaron veintidós (22) reuniones con ministerios y departamentos administrativos involucrados con el fin de orientar la formulación de las acciones del plan de acción intersectorial de la CISP para la vigencia 2025, el cual se recogieron acciones estratégicas (66 acciones) por eje estratégico PDSP 2022- 2031 (**Tabla 12**), en una matriz consolidada de acciones intersectorial propuestas por cada sector<sup>16</sup>, donde se definió la articulación de dichas acciones con indicadores de medición de cumplimiento, observaciones y responsables de cada acción. Así mismo, se analizó los retos persistentes como es la de garantizar la sostenibilidad financiera, fortalecimiento la gobernanza territorial y consolidación de mecanismos de seguimiento que permitan evaluar el impacto real de las acciones intersectoriales.

**Tabla 12.** Acciones estratégicas por eje del PDSP 2022-2031

<b>Eje Estratégico PDSP 2022-2031</b>	<b>N° acciones estratégicas</b>	<b>Porcentaje</b>
Atención primaria en salud	5	7,6%
Cambio climático, emergencias, desastres, pandemias	5	7,6%
Gobierno y Gobernanza de SP	6	9,1%
Pueblos, comunidades étnicas y campesinas, mujeres, LGBTI, otras poblaciones	7	10,6%
Conocimiento en SP y Soberanía Sanitaria	8	12,1%
Personal Salud	14	21,2%
Determinantes sociales en salud	21	31,8%
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

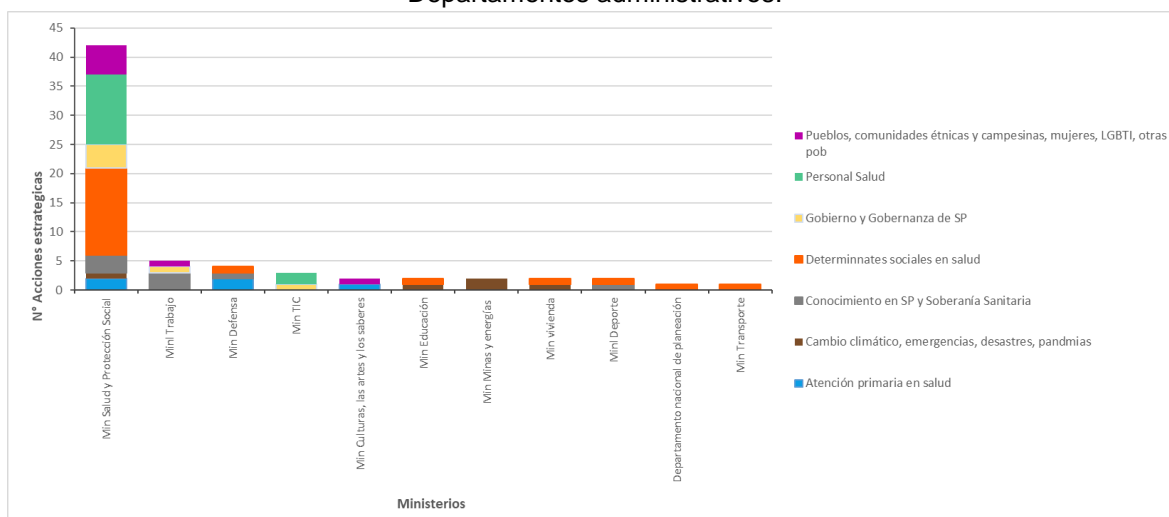
Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de la CISP 2025

De igual manera, durante toda la vigencia 2025, se realizaron seguimiento a las acciones estratégicas por eje del PDSP 2022-2031 y relacionadas por cada ministerio o sector de la CISP, mostrando el Ministerio de Salud y Protección Social el que más presenta acciones

<sup>16</sup> Ver Anexo 11. Acciones estratégicas propuestas por Ministerio o Departamento Administrativo 2025

por eje estratégico (**Gráfico 35**); destacando avances en institucionalidad, articulación intersectorial y alineación con los determinantes sociales de la salud del PDSP 2022-2031 como herramienta de planificación a largo plazo

**Gráfico 35.** Relación con los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031 por Ministerios o Departamentos administrativos.



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de la CISP 2025

Los espacios técnicos y directivos para el seguimiento al Plan de Acción Intersectorial 2025, así como para la socialización de metas y la planeación estratégica del año 2026. Permitió el desarrollo de avances importantes en la articulación intersectorial y en el fortalecimiento de la gobernanza en salud, alineados con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (PDSP) y el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 (PND).

En el ámbito operativo, el Comité Técnico registró una alta participación de las entidades miembros y logró socializar avances sustanciales de las acciones estratégicas intersectoriales, incluyendo mejoras en programas priorizados como salud ambiental, seguridad alimentaria, convivencia escolar, actividad física, agua potable y movilidad segura. Además, se evidenciaron ejercicios de articulación con entidades líderes y corresponsables para fortalecer la capacidad de implementación.

En el nivel estratégico, las sesiones de la CISP permitieron mostrar resultados relevantes del PDSP y del PND, especialmente en indicadores críticos como mortalidad materna, mortalidad infantil, desnutrición y enfermedades no transmisibles. Sin embargo, también se identifican aspectos que requieren fortalecimiento tales como: la articulación territorial para la ejecución de acciones intersectoriales y la sostenibilidad financiera de procesos estratégicos.

De manera general, se evidencian avances concretos en institucionalidad, seguimiento estratégico y cooperación intersectorial; pero también se confirma la necesidad de consolidar mecanismos que permitan pasar de la coordinación a la gestión efectiva de impactos sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

## 4. Conclusiones

- La configuración territorial del país evidencia que, aunque la población se concentra mayoritariamente en cabeceras municipales, las condiciones de vida más precarias se localizan en los centros poblados y rurales dispersos, especialmente en municipios ZOMAC y PDET. En territorios de departamentos como Amazonas, Guainía, Vaupés, Cauca y Chocó, donde la proporción de población rural es superior al 90 %, se presentan los valores más bajos del Índice Social Municipal, lo que refleja una fuerte asociación entre ruralidad, rezago estructural y limitaciones en el acceso a servicios de salud. Estas desigualdades se profundizan al considerar la distribución territorial de las poblaciones étnicas, particularmente indígenas y afrodescendientes, que presentan una mayor concentración en áreas rurales y en departamentos como La Guajira, Cauca, Nariño, Valle del Cauca y Chocó, donde confluyen condiciones históricas de exclusión, menor presencia estatal y mayores barreras de acceso a bienes y servicios, configurando condiciones de inequidad que inciden directamente en la situación de salud.
- La fecundidad y la natalidad en el país evidencian un comportamiento heterogéneo y territorialmente diferenciado que reflejan no solo las inequidades sociales persistentes, sino también las transformaciones en los roles, trayectorias de vida y proyectos reproductivos de las mujeres. Mientras en los contextos urbanos y en municipios con mejores condiciones socioeconómicas se observa una reducción sostenida de la fecundidad, donde la postergación de la maternidad y la disminución del tamaño del hogar responden a transformaciones estructurales en las oportunidades y expectativas de las familias. Por el contrario, en territorios rurales dispersos persiste una mayor fecundidad, particularmente en adolescentes y mujeres jóvenes, lo que podría estar relacionado con condiciones de pobreza multidimensional, mayores cargas de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, limitaciones en el acceso efectivo a educación secundaria y superior, y barreras geográficas, culturales e institucionales para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.
- Las brechas en salud persisten de manera más marcada en los territorios rurales dispersos y en los municipios PDET y ZOMAC, donde se superponen condiciones de pobreza multidimensional, alta presencia de poblaciones étnicas, barreras geográficas y limitaciones en la capacidad institucional y operativa del sistema de salud. Estas condiciones se reflejan en diferencias de los resultados en salud, evidenciadas en indicadores trazadores como la razón de mortalidad materna, que en territorios con alta ruralidad puede duplicar o triplicar el promedio nacional, así como en la mortalidad en la niñez por causas evitables como infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y desnutrición. En este contexto, el país enfrenta una doble carga de enfermedad caracterizada por el incremento sostenido de enfermedades no transmisibles en territorios urbanos y envejecidos, y la persistencia de eventos transmisibles y evitables en zonas rurales y socialmente vulnerables. Estos patrones muestran que la transición



epidemiológica es estratificada territorialmente y mediada por determinantes sociales y barreras de acceso a servicios sociales y de salud.

- La situación epidemiológica de la fiebre amarilla (2023-2025) evidencia una alerta en materia de salud pública, impulsada por un comportamiento disruptivo de la incidencia en los territorios con rezagos históricos. El caso de la fiebre amarilla en 2025 evidencia una concentración significativa en el departamento del Tolima, especialmente en municipios PDET como Ataco, Chaparral y Rioblanco. Este fenómeno responde a la convergencia de situaciones donde persisten condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, la deforestación y las barreras de acceso a servicios de salud, lo que ha potenciado la transmisión del evento.
- El índice de adecuación revela brechas críticas entre el riesgo sanitario y los servicios habilitados en salud orientados a la atención materno perinatal e infantil y para las enfermedades no transmisibles, especialmente en los territorios con alta ruralidad donde las redes carecen de oportunidad y resolutiveidad. Estas diferencias señalan inequidades que requieren fortalecer estrategias como la Atención Primaria en Salud (APS), mejorar el transporte sanitario y consolidar redes integradas que respondan al riesgo en las zonas con mayor dispersión geográfica.
- Los procesos relacionados con la garantía de un ambiente sano evidencian que los conflictos por acceso al agua, contaminación ambiental y uso del territorio se concentran en departamentos con alta presión sobre los recursos naturales y presencia de poblaciones vulnerables. Estas situaciones se reflejan en decisiones judiciales y demandas sociales que han permitido visibilizar afectaciones territoriales que inciden en la salud. La persistencia de conflictos por agua, saneamiento, contaminación y actividades extractivas en territorios vulnerables refuerza la necesidad de una gobernanza territorial que integre justicia ambiental y acción intersectorial sostenida.



## 5. 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.
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública*. Ecuador.: Universidad Andina Simón Bolívar.
- 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 enviremental Reserach and Public Health.*, 20(2840). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph20042840>
- CNMH. (2025). *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.
- Cuéllar-Sáenz, J. A.-M.-M. (2025). *Reaparición de la Fiebre Amarilla, Valle del Magdalena, Colombia, 2024–2025. Enfermedades infecciosas emergentes*.
- 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. (Octubre de 2025). *Gran Encuesta Integrada de Hogares. mercado Laboral. Octubre 2025*.
- 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%ADcit

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2024). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV)*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2024>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2024). *Pobreza Multidimensional*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2025). *Proyecciones de Población*. Obtenido de Proyecciones De Población Municipal Por Área Y Pertenencia Étnico-Racial: <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/proyecciones-de-poblacion/Nacional/anex-DCD-Proypoblacion-PertenenciaEtnicoRacialmun.xlsx>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2025). *Proyecciones de Población 2018-2070*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2025). *Proyecciones poblacionales*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

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=eyJrljoiNTdhZjA3YzgtNDczMC00Nzc4LWFmNjMtZGVlYTUzOGUxYzBkliwidCI6IjA0MjYwZTIwLTlzMGMtNGM5Zi1hOWRkLTc5Mjg2YjFiNzBhYyIsImMiOiR9&pageName=ReportSection12c48eb25c92ed6039cb>

EJAtlas. (2025). *Global Atlas of Environmental Justice*. Obtenido de <https://ejatlas.org/>

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

Global Atlas of Enviromental Justice. (2025). *ejatlas.org*. Obtenido de [https://ejatlas.org/featured/met\\_america](https://ejatlas.org/featured/met_america)

Gómez-Restrepo, C., Martínez, N., Buitrago, G., Herreno, C., Garzón, N., Eslava-Schmalbachf, J., . . . Rincóna, 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, Cancillería. (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 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.
- Jurisdicción Especial para la Paz. (2016). *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*. Obtenido de <https://www.jep.gov.co/Normativa/Paginas/Acuerdo-Final.aspx>
- 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.
- Min Justicia. (2017). *Juriscol - Sistema Único de Información Normativa*. Obtenido de DECRETO 1650 DE 2017: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30034045#:~:text=%E2%80%9C9C%20del%20Estatuto%20Tributario>.
- Min Justicia. (2017). *Juriscol - Sistema Único de Información Normativa*. Obtenido de DECRETO 1650 DE 2017: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30034045#:~:text=%E2%80%9C9C%20del%20Estatuto%20Tributario>.
- Min Salud y Protección Social. (2025). *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*. Obtenido de Análisis temáticos a profundidad: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/clusters-terres-territoriales-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-colombia-2023.pdf>
- 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 . (2024). *Análisis de situación en Salud* . Obtenido de Injusticias Socioambientales y salud 2024:



- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/injusticias-socioambientales-salud-colombia-2010-2022.pdf>
- 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). *Injusticias socioambientales y salud en Colombia 2010–2022: comprender para actuar en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Modo de vida e inequidades en la salud percibida en Colombia: una mirada apartir 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. (Junio de 2025). *Clústeres Territoriales y Enfermedades Crónicas no Transmisibles - No Cancerígenas - en Colombia. 2023*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/clusters-territoriales-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-colombia-2023.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS*. Obtenido de Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria.: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. . (2024). *Aproximación a los contextos territoriales del Conflicto Armado Interno y salud. Colombia. 2005 y 2022*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Coberturas de vacunación. Sistema de Información del Programa Ampliado de Inmunizaciones*. Obtenido de Coberturas de vacunación: <https://vacunacion.minsalud.gov.co/RT/Paginas/Coberturas-de-vacunacion.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección y Protección Social. (2025). *Vulnerabilidad de los municipios de Colombia para trasmisión de arbovirosis por los mosquitos del género Aedes*.
- 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](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/EB_v23n4.pdf)
- 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>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). En O. P. Salud., *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE)*. Tercera edición. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares. Washington D.C.: OPS.
- 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.
- Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET). (2016). *Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET)*. Obtenido de <https://www.renovacionterritorio.gov.co>
- 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).
- Salud, Organización Panamericana de la. (2022). *Desigualdades sociales en salud: Línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la Región Andina*.
- 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>
- Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. (2025). *Reportes registro único de damnificados*. Obtenido 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](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gpe_discussion_paper_series_paper31_2001_age_standardization_rates.pdf)

