

ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD DEPARTAMENTO DE NARIÑO 2025





Contenido

PRESENTACIÓN.....	9
METODOLOGÍA.....	11
SIGLAS.....	13
CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	15
1.1.Contexto territorial.....	15
1.1.1.Localización y accesibilidad geográfica.....	15
1.1.2.División político-administrativa.....	16
1.1.3. Sub-regionalización espacial funcional.....	18
1.1.4.Extensión territorial y accesibilidad geográfica	20
1.1.5.Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio.....	20
1.1.6.Contexto poblacional y demográfico.....	22
1.1.7 Población Campesina.....	25
1.1.8 Población LGTBI.....	26
1.2. Estructura demográfica.....	27
1.3. Dinámica demográfica.....	30
1.4. Movilidad forzada.....	32
1.5. Población Migrante Extranjera.....	34
1.6. Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud ..	38
CAPÍTULO II. Procesos económicos y circunstancias de la vida social....	42
2.1 Seguridad Alimentaria y Nutricional	42
2.2 Procesos Económicos y Circunstancias de la Vida Social.....	45
2.3 Condiciones de vida del territorio.....	45
2.4 Cobertura de Educación.....	47
2.5 Dinámicas de convivencia en el territorio.....	48
2.6 Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del departamento de Nariño.....	49
CAPITULO III Análisis de morbilidad y Mortalidad.....	53
3.1 Análisis de la morbilidad.....	53
3.1.1. Principales causas de morbilidad	53
3.1.2. Morbilidad específica salud mental.....	61
3.1.3. Morbilidad de eventos de alto costo y precursores.....	64
3.1.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	67
3.2 Análisis de la mortalidad.....	71
3.2.1. Años de Vida Potencialmente Perdidos.....	72
3.2.2. Mortalidad específica por subgrupo.....	74
3.2.3. Mortalidad materna infantil y en la niñez.....	85
3.3 Caracterización por EAPB.....	92



CAPÍTULO IV. Análisis Integrado de la Salud del departamento de Nariño.....	96
4.1 Introducción a la lectura de problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud del territorio.....	96
4.2 Lectura inicial, contexto de problemas en salud departamental y definición de problemáticas.....	96
4.3 Descripción de problemas relacionados con Determinantes de la Salud.	99
4.4 Resultados del trabajo desarrollado por nodos.....	100
4.4.1 Nodo norte.....	100
4.4.2 Nodo sur.....	108
4.4.3 Nodo centro	117
4.4.5 El Nodo Centro Occidente.....	125
4.4.6 Nodo occidente	132
4.5 Síntesis de resultados por nodos.....	139
4.6 Priorización de problemáticas en el orden departamental. Matriz Hanlon..	140
CAPÍTULO V. Lectura departamental de priorización de necesidades integrando la información cuantitativa y cualitativa desde el equipo departamental de plan territorial de salud.....	144
CAPÍTULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO-PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	147



Tablas

Tabla 1. Municipios, departamento de Nariño 2025	17
Tabla 2. Clasificación de los municipios según ley 617/2000, departamento de Nariño.	18
Tabla 3. Clasificación de municipios por subregiones, departamento de Nariño 2025.....	19
Tabla 4. Eventos de emergencias y desastres durante el año 2025	21
Tabla 5. Organizaciones Población Étnica, departamento de Nariño 2024	23
Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica	28
Tabla 7. Víctimas por tipo de hecho victimizaste departamento de Nariño	32
Tabla 8. Atención de población Migrantes departamento de Nariño.....	37
Tabla 9. Afiliación en salud de la población migrante departamento de Nariño	37
Tabla 10. Coberturas de Educación, Departamento de Nariño 2022.....	48
Tabla 11. Tabla condiciones de vida, departamento de Nariño	48
Tabla 12. Tabla condiciones de vida, departamento de Nariño	49
Tabla 13. Clasificación de morbilidad por ciclos vitales departamento de Nariño 2024.....	53
Tabla 14. Clasificaciones de subcausas morbilidad departamento de Nariño 2024	57
Tabla 15. Clasificación de morbilidad por salud mental según ciclo de vida departamento de Nariño 2015-2024.....	61
Tabla 16. Clasificación de morbilidad por salud mental departamento de Nariño 2024.....	62
Tabla 17. Morbilidad de eventos precursores.....	64
Tabla 18. Semaforización y tendencia de la enfermedad renal crónica 2016-2024	66
Tabla 19. Eventos de notificación obligatoria	67
Tabla 20. Tipos de discapacidad departamento de Nariño 2025	69
Tabla 21. Causas de mortalidad específica en menores de un año. Departamento de Nariño 2015 – 2024.....	86
Tabla 22. Causas de mortalidad específica en menores de uno a cuatro años. Departamento de Nariño 2015 – 2025.....	87
Tabla 23. Indicadores de mortalidad materno – infantil. Departamento de Nariño 2015 – 2024.....	88
Tabla 24. Resultados matrices de Hanlon-nodo norte.....	100
Tabla 25. Resultados matrices de Hanlon-nodo sur.....	108
Tabla 26. Resultados matrices de Hanlon-nodo centro.....	117
Tabla 27. Resultados matrices de Hanlon-nodo centro occidente.....	125
Tabla 28. Resultados matrices de Hanlon-nodo occidente.....	132
Tabla 29. Tabla de Listado de problemáticas a intervenir desde el departamento de Nariño. ASIS 2025.....	144



Tabla 30. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de gobernanza y gobernabilidad en salud pública.....	147
Tabla 31. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de determinantes sociales en salud.....	149
Tabla 32. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de Atención Primaria en Salud.....	150
Tabla 33. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de cambio climático, emergencias, desastres y pandemias.....	151
Tabla 34. Estrategias priorizadas a nivel departamental eje de conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria.....	152
Tabla 35. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.....	153
Tabla 36. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de personal de salud.....	154
Tabla 37. Recomendaciones frente a los problemas establecidos en el análisis cualitativo/cuantitativo. Departamento de Nariño. 2025	155



Figuras

Figura 1. Tendencia del crecimiento poblacional del departamento de Nariño durante el periodo 2016–2025.....	22
Figura 2.Tabla De Porcentajes De Personas LGTBI En Nariño.....	26
Figura 3. Pirámide poblacional departamento de Nariño vigencia 2020, 2025 y 2030.....	27
Figura 4. Esperanza de vida al nacer, por sexo, departamento de Nariño 2015 – 2025.....	29
Figura 5. Comparación entre la tasa de crecimiento natural, tasa bruta de natalidad y mortalidad del departamento de Nariño 2015 – 2025.....	30
Figura 6. Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años departamento de Nariño 2015 - 2024.....	31
Figura 7. Pirámide Poblacional departamento de Nariño 2025	35
Figura 8. Distribución porcentual de la población por grupo etario y sexo en el departamento de Nariño.....	36
Figura 9. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años en el departamento de Nariño.....	42
Figura 10. Mortalidad por desnutrición Aguda en el departamento de Nariño.....	43
Figura 11. Necesidades Básicas insatisfechas Total- NBI en el departamento de Nariño.....	46
Figura 12. Indicadores de trabajadores departamento de Nariño 2024	47
Figura 13. Pirámide de la población en condición de discapacidad.....	68
Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada por edad x 100.000 habitantes departamento de Nariño, 2015 – 2024.....	71
Figura 15. Años de vida potencialmente perdidos por grandes causas total.....	73
Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades transmisibles por 100.000 habitantes, Lista 6/67 OMS-OPS del departamento de Nariño, 2015 a 2024.....	75
Figura 17.Tasa de mortalidad ajustada para las neoplasias por 100.000 habitantes, Lista 6/67 OMSOPS del departamento de Nariño, 2015 a 2024.....	77
Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades del sistema circulatorio por 100.000 habitantes, Lista 6/67 OMS-OPS del departamento de Nariño, 2015 a 2024.....	79
Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por causad externas por 100.000 habitantes, Lista 6/67 OMS-OPS del departamento de Nariño, 2015 a 2024.....	81
Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por demás causas por 100.000 habitantes, Lista 6/67 OMS-OPS del departamento de Nariño, 2015 a 2024.....	83
Figura 21. Núcleo de inequidades asociado a P7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.....	104
Figura 22. Núcleo de inequidades asociado P8. Morbimortalidad asociada a factores socioambientales.....	105



Figura 23. Núcleo de inequidades asociados P16. Insuficiente talento humano en salud y difíciles condiciones laborales	106
Figura 24. Núcleo de inequidades asociado P1. Aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y todo tipo de violencia.....	107
Figura 25. Núcleo de inequidad asociado a P7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento, e insuficiente cobertura de los programas de tamizaje (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.).....	112
Figura 26. Núcleo de inequidad asociado a P8. Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales y sanitarios en todos los cursos de vida.....	113
Figura 27. Núcleo de inequidad asociado a P1. Aumento en los casos de: lesiones autoinfligidas, consumo, intoxicaciones con sustancias psicoactivas	114
Figura 28. Núcleo de inequidad asociado a P4. La deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva.....	115
Figura 29. Núcleo de inequidades asociado a P7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.....	120
Figura 30. Núcleo de inequidades asociado a la problemática 13: Persistencia de carga de morbilidad asociado a enfermedades transmisibles como Enfermedad de Hansen, Enfermedad diarreica Aguda, Infecciones Respiratorias Agudas, Dengue, etc. en el Departamento de Nariño.....	121
Figura 31. Núcleo de inequidades asociado a la problemática 4: Salud sexual y reproductiva deficiente.....	122
Figura 32. Núcleo de inequidades asociado P1. Aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y todo tipo de violencia	123
Figura 33. Núcleos de inequidad asociados a P17. Debilidad en la implementación del modelo de Atención Primaria en salud dificultando la atención integral en salud	128
Figura 34. Núcleos de inequidad asociados a P7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento	129
Figura 35. Núcleos de inequidad asociados a P11. Debilidad en la gestión del riesgo comunitario ante la ocurrencia de eventos de emergencias y desastres..	130
Figura 36. Núcleos de inequidad asociados a P11. Persistencia de carga de morbilidad asociado a enfermedades transmisibles.....	131
Figura 37. Núcleos de inequidad asociados a p4. Barreras en la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva.....	136
Figura 38. Núcleos de inequidad asociados a p2. Desigualdad en el acceso a la salud rural.....	137
Figura 39. Núcleos de inequidad asociados a P1: Aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y violencias.....	138



MAPAS

Mapa 1. Mapa localización departamento de Nariño.....	15
Mapa 2. División Político-Administrativa y Límites, departamento de Nariño.....	16



PRESENTACIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) constituye un instrumento fundamental para la toma de decisiones en salud pública, al permitir el uso sistemático y riguroso de la evidencia disponible para orientar la formulación de políticas, planes, programas y proyectos en el territorio.

Este documento se desarrolla en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), como política nacional que orienta la acción del sector salud, y en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 100 de 2024, mediante la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública y se define la responsabilidad de los entes territoriales de adaptar y adoptar sus lineamientos a través del Plan Territorial de Salud (PTS), de acuerdo con las características, necesidades y prioridades del territorio.

En concordancia con lo anterior, el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) adopta la guía metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social para la elaboración del ASIS departamental, garantizando un proceso técnico, participativo y articulado con el modelo de salud preventivo y predictivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y demás políticas sectoriales vigentes.

El ASIS se concibe como un proceso participativo y sistemático orientado a comprender el contexto territorial, identificar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, y analizar el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad de la población. Este análisis permite reconocer las principales problemáticas en salud, los riesgos existentes y las brechas en el acceso a los servicios, constituyéndose en la base para la definición concertada de prioridades en salud pública.

De esta manera, el ASIS se consolida como el primer componente del Plan Territorial de Salud, articulándose con la caracterización y priorización de la población afiliada a las EPS, demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las ARL, la priorización en salud pública, y el componente estratégico y de inversión plurianual del PTS.

Finalmente, este documento busca generar evidencia oportuna y de calidad para el uso de la inteligencia sanitaria, fortaleciendo la rectoría, la gobernanza y la planificación en salud, y contribuyendo a la formulación de políticas públicas orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud, con enfoque territorial, equidad y sostenibilidad.



INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del departamento de Nariño – 2025 constituye un ejercicio de análisis sintético e integrador de las características territoriales, demográficas y sanitarias del departamento. Este análisis articula la descripción de los determinantes sociales de la salud, tanto estructurales como intermedios, con el fin de comprender el estado de salud y las dinámicas que afectan a la población nariñense y a sus municipios.

El ASIS incorpora un conjunto amplio de indicadores en salud que permiten observar la evolución del estado de salud de la población en los últimos años, así como identificar tendencias, brechas y comportamientos diferenciales en el territorio. Adicionalmente, incluye un ejercicio comparativo con el nivel nacional, que posibilita evaluar los resultados en salud del departamento frente al contexto del país, constituyéndose en una herramienta clave para alertar, orientar y sustentar la toma de decisiones en salud pública.

Las principales fuentes de datos e información utilizadas en el presente documento corresponden a las provistas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), a través del equipo ASIS de la Dirección de Epidemiología y Demografía, tomando como base los registros consolidados en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Estas fuentes garantizan un marco técnico y metodológico estandarizado para el análisis de la información en salud.

De manera complementaria, y conforme a las recomendaciones del equipo técnico del MSPS, el ASIS departamental incorpora información de generación y construcción local que cuenta con mayor nivel de actualización, fortaleciendo la pertinencia del análisis territorial. En este sentido, se otorga especial relevancia a la calidad de la información, promoviendo la verificación, consistencia y confiabilidad de los datos provenientes de las diferentes fuentes, así como la implementación de esfuerzos continuos para el fortalecimiento de los sistemas de información en salud del departamento.



METODOLOGÍA

El documento ASIS del departamento de Nariño describe y analiza la situación de salud de la población nariñense mediante una metodología de tipo descriptivo, basada en el análisis de series temporales, las cuales varían de acuerdo con la disponibilidad y calidad de la información. Este enfoque permite identificar tendencias, comportamientos y brechas en los principales eventos en salud pública del territorio.

Para su elaboración, se desarrollaron las siguientes etapas: obtención y consolidación de información proveniente de diversas fuentes nacionales suministradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como de fuentes departamentales; análisis e interpretación de los datos; y priorización de los problemas de salud identificados, en concordancia con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

La caracterización del contexto territorial se realizó a partir de fuentes regionales y nacionales de información. En el componente demográfico, la principal fuente corresponde al Censo Nacional de Población y Vivienda del DANE 2018, junto con sus proyecciones y retroproyecciones poblacionales, lo que permitió el análisis de pirámides poblacionales, la distribución de la población por cursos de vida y el cálculo de indicadores relacionados con la estructura y la dinámica demográfica del departamento.

En el análisis de los componentes de movilidad forzada, se incluyeron tablas de frecuencia de personas víctimas de desplazamiento forzado, mientras que, en la dinámica migratoria, se analizó el comportamiento de las atenciones en salud a la población migrante. Para estos componentes, las fuentes de información fueron suministradas principalmente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Como parte fundamental del proceso metodológico, se desarrolló la construcción del ASIS departamental, pasos III, IV, V y VI, con la participación de representantes del sector institucional y comunitario de los municipios del departamento. Este ejercicio tuvo como objetivo generar un espacio participativo para la identificación y priorización de las principales problemáticas y necesidades de salud, agrupando el territorio en seis subregiones geográficas: nodo norte, nodo sur, nodo centro 1, nodo centro occidente y noroccidente, con el fin de fortalecer la representatividad territorial en la lectura de las problemáticas.

En estos espacios se realizó una lectura integral de las problemáticas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, la priorización de necesidades mediante la matriz de Hanlon con la propuesta metodológica de la Organización Panamericana de la Salud, el análisis de la respuesta institucional y comunitaria frente a las problemáticas identificadas, la construcción de ejes de inequidad y la formulación de propuestas de respuesta y recomendaciones para la planificación territorial en salud. Estas acciones se desarrollaron en el marco del



Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y del modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud.



SIGLAS

Incluya las siglas, que se mencionan al interior del documento Ejemplo.

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Dpto: Departamento

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores

HTA: Hipertensión Arterial

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

INS: Instituto Nacional de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

LI: Límite inferior

LS: Límite superior

MEF: Mujeres en edad fértil

Mpio: Municipio

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

No: Número

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano



CAPÍTULO I.

CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO



CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

La población humana puede entenderse como una construcción social conformada por individuos que establecen relaciones permanentes entre sí y con el entorno que habitan. Dichas relaciones se desarrollan en un territorio específico y dan lugar a dinámicas sociales, económicas y culturales que influyen en la forma como se organizan, utilizan y regulan los recursos disponibles, asegurando la continuidad de la vida social y biológica. Desde esta perspectiva, la población no se reduce a un conjunto de personas localizadas en un espacio geográfico, sino que se configura como un sistema social dinámico, en estrecha interacción con el territorio, el cual adquiere significado a partir de las prácticas y relaciones que allí se desarrollan (Universidad Nacional de Colombia, 2008).

1.1. Contexto territorial

Las poblaciones se desenvuelven dentro del medio ambiente compartiendo el espacio geográfico con otros seres vivos y con seres inanimados. Esta interacción genera una serie de comportamientos y de expresiones del estado de salud que es necesario examinar.

1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica

Mapa 1. Mapa localización departamento de Nariño.



Fuente: Archivo: Mapa de Nariño (político).

El departamento de Nariño, ubicado en el extremo suroccidental de Colombia, limita con Ecuador y comprende tres zonas geográficas importantes del país:

- La llanura del Pacífico en el sector oriental del departamento (52% aproximadamente).
- Región Andina colombiana que atraviesa al departamento por el centro de norte a sur (40%).
- Amazonía al suroriente de este (8% del total del área del Departamento).
- Su posición astronómica está entre los 0°21' y 2°40' (Desembocadura del Río Iscuandé de latitud Norte, y entre los 76°50' (Cerro Petacas y Ánimas) y 79°02' (Cabo Manglares) de longitud oeste del meridiano de Greenwich.
- El departamento tiene una extensión de 33.268 km² que equivale al 2.91% del área total del país. Limita por el norte con el Departamento del Cauca, al oriente con el Departamento del Putumayo, al sur con la República del Ecuador y al occidente con el Océano Pacífico.

1.1.2. División político-administrativa

Mapa 2. División Político-Administrativa y Límites, departamento de Nariño.



Fuente: Archivo: Mapa de Nariño (político).



El departamento de Nariño está dividido en 64 municipios, 230 corregimientos, 416 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y sitios poblados

Tabla 1. Municipios, departamento de Nariño 2025

Pasto	Albán	Aldana	Ancuya	Arboleda
Barbacoas	Belén	Buesaco	Colon (Génova)	Consaca
Contadero	Córdoba	Cuaspud	Cumbal	Cumbitara
Chachagüí	El Charco	El Peñol	El Rosario	El Tablón
El tambo	Funes	Guachucal	Guaitarilla	Gualmatán
Iles	Imués	Ipiales	La Cruz	La Florida
La Ilanada	La tola	La Unión	Leiva	Linares
Los Andes	Magui -payan	Mallama	Mosquera	Nariño
Olaya Herrera	Ospina	Pizarro	Policarpa	Potosí
Providencia	Puerres	Pupiales	Ricaurte	Roberto Payan
Samaniego	Sandoná	San Bernardo	San Lorenzo	San Pablo
San Pedro de Cartago	Santa Bárbara	Santacruz	Sapuyes	Taminango
Tangua	Tumaco	Túquerres	Yacuanquer	

Fuente: IDSN/Oficina Asesora de Planeación, 2025.

Clasificación de los municipios

En el marco de la gestión 2025, y conforme a lo establecido en la Resolución No. 429 del 27 de noviembre de 2024, mediante la cual se expide la certificación de la categorización de las entidades territoriales de acuerdo con la Ley 617 de 2000, los municipios del departamento de Nariño se encuentran clasificados según el tamaño de su población y la magnitud de sus Ingresos Corrientes de Libre Destinación (ICLD). Durante la vigencia 2025, la inversión social municipal continuó concentrándose principalmente en las competencias de salud, educación y agua potable y saneamiento básico, las cuales representan el mayor componente del gasto público territorial. En los municipios clasificados en categorías superiores, se evidenció la generación de ahorro corriente, como resultado de la disciplina fiscal en el gasto de funcionamiento, del esfuerzo fiscal propio y de la adecuada gestión de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) de libre destinación. En este contexto, el Instituto Departamental de Salud de Nariño, durante la gestión 2025, fortaleció el apoyo a los municipios a través de proyectos de complementariedad y concurrencia, orientados a incrementar la capacidad de respuesta institucional de los entes territoriales, con énfasis en el desarrollo de acciones de inspección, vigilancia y control, así como en la implementación y seguimiento de los componentes de la salud pública



Tabla 2. Clasificación de los municipios según ley 617/2000, departamento de Nariño.

MUNICIPIO	CATEGORÍA DEL MUNICIPIO SEGÚN LEY 617 DE 2000	POBLACIÓN
PASTO	Primera categoría	415.937
IPIALES	Cuarta Categoría*	122.161
TUMACO	Cuarta categoría**	268.311
DEMÁS MUNICIPIOS (61)	Quinta y Sexta Categoría	912.872
TOTAL, POBLACION	64 municipios	1.719.281

Fuente: DANE. Estimaciones de población municipal 2005-2017 / Proyecciones y retroproyecciones de población calculadas con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda. CNPV - 2018. (Actualizado el 12 de junio de 2020)

* Ipiates 4 categoría Resolución no 429 del 27 de noviembre del 2024

* * Tumaco Acto Legislativo del 17 de julio de 2018 Decreta a Tumaco como Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico.

1.1.3. Sub-regionalización espacial funcional

Con base en lo anterior, el Programa de Gobierno del actual Gobernador del departamento de Nariño, y el documento preliminar del Plan de Desarrollo del mismo, presenta una nueva regionalización, que busca formular estrategias y priorizar la inversión con base en la realidad específica de cada zona, según su vocación socio-económica, raza, cultura e idiosincrasia, y a la vez, fortalecer la gestión de recursos a través de la proyección y ejecución de macro proyectos integrales y "subregionales" que permitan el desarrollo diferencial y específico de cada una de las zonas de Nariño. A continuación, se describen los municipios que forman parte de las 13 subregiones del departamento de Nariño:



Tabla 3. Clasificación de municipios por subregiones, departamento de Nariño 2025

SUBREGION	MUNICIPIOS
SANQUIANGA	El Charco, La Tola, Mosquera, Olaya Herrera, Santa Bárbara de Iscuande.
PACIFICO SUR	Tumaco, Francisco Pizarro.
TELEMBI	Barbacoas, Roberto Payán, Magüí Payán.
PIE DE MONTE COSTERO	Ricaurte, Mallama.
EXPROVINCIA DE OBANDO	Ipiales, Aldana, Guachucal, Cumbal, Cuaspud, Carlosama, Pupiales, Puerres, Córdoba, Potosí, Contadero, Iles, Gualmatán y Funes.
LA SABANA	Túquerres, Imués, Guaitarilla, Ospina y Sapuyes.
ABADES	Samaniego, Santacruz de Guachaves, Providencia.
GUAMBUYACO	Los Andes Sotomayor, La Llanada, El Tambo, El Peñol.
OCCIDENTE	Sandoná, Linares, Consacá, Ancuya.
COORDILLERA	Taminango, Policarpa, Cumbitara, El Rosario, Leiva.
CENTRO	Pasto, Nariño, La Florida, Yacuanquer, Tangua, Chachagüí.
JUANAMBU	La Unión, San Pedro de Cartago, San Lorenzo, Arboleda, Buesaco.
RIO MAYO	Tablón de Gómez, Albán, San Bernardo, Belén, Colón Génova, La Cruz, San Pablo.

Fuente: IDSN/Oficina Asesora de Planeación, 2025.

Las subregiones del departamento de Nariño se caracterizan por su diversidad geográfica, climática y socioeconómica, además de enfrentar múltiples desafíos sociales y ambientales. Las subregiones de Sanquianga, Pacífico Sur, Telembí y Pie de Monte Costero son áreas húmedas, cálidas, cenagosas y selváticas, con problemas de accesibilidad, alta rotación de personal, baja capacidad instalada y dispersión geográfica. Estas zonas enfrentan riesgos asociados a cultivos ilícitos, conflicto armado, desplazamientos masivos e incluso tsunamis en algunos municipios. Su economía se basa principalmente en la pesca, la agricultura, la actividad forestal y el turismo. El Pacífico Sur se destaca por su alta biodiversidad, albergando una de las selvas tropicales primarias más diversas del mundo, aunque altamente vulnerable al deterioro. En Tumaco, por ejemplo, se evidencia el impacto de la explotación maderera y la tala de manglares para actividades como la camaronicultura.

La Ex Provincia de Obando, ubicada en la frontera con Ecuador, concentra la mayor cantidad de resguardos indígenas del departamento. Su economía se sustenta en la ganadería lechera y el comercio fronterizo, con un clima que varía entre templado y frío. Por otro lado, las subregiones de Sabana, Abades y Guambuyaco



tienen economías basadas en la agricultura, la ganadería y la minería, y cuentan con población indígena. Sin embargo, enfrentan problemas de orden público. El clima en estas áreas también oscila entre templado y frío.

La subregión de Occidente tiene una economía fundamentada en la producción de panela, con un clima predominantemente templado. La subregión Cordillera comprende municipios de clima templado y frío, afectados por la presencia de cultivos ilícitos y el conflicto armado. Por su parte, la subregión Centro, caracterizada por ser montañosa y volcánica, basa su economía en la producción de artesanías y la ganadería. Finalmente, las subregiones de Juanambú y Río Mayo son áreas de difícil acceso, con limitada capacidad para ofrecer servicios de urgencias y atención de partos.

1.1.4. Extensión territorial y accesibilidad geográfica

El departamento de Nariño cuenta con 64 municipios y una extensión de 34.656 km², que representa el 2,91% del territorio nacional. La densidad poblacional promedio es de 49,3 habitantes por km², con grandes diferencias entre municipios. Pasto es el más denso con 350,1 habitantes por km², mientras que los municipios del Pacífico, como El Charco y Roberto Payán, tienen densidades mucho más bajas, alrededor de 9 habitantes por km².

Una de las principales vías de Nariño es la carretera del mar, que conecta Tumaco con la capital, Pasto, y con el resto del país. El departamento también cuenta con dos aeropuertos nacionales, en Chachagüí y Ipiales, y algunas poblaciones se comunican a través de lanchas a motor debido a la geografía montañosa.

La infraestructura del departamento presenta varias limitaciones, especialmente en las áreas de riego, comunicaciones y conectividad. De los 6.385,93 km de carreteras, solo 721 km están pavimentadas, mientras que la mayoría (más de 5.600 km) está en mal estado, especialmente en las subregiones norte y occidente.

Los aeropuertos de Nariño, especialmente el de Antonio Nariño, operan de manera irregular debido a las condiciones climáticas. El puerto de Tumaco está prácticamente inactivo, y la comunicación con la capital se ve interrumpida frecuentemente por causas naturales o problemas de orden público.

1.1.5. Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

El Departamento de Nariño presenta un escenario tectónico complejo, con condiciones geológicas, climáticas e hidrológicas diversas que lo exponen a



múltiples amenazas. Estas incluyen sismos, erupciones volcánicas, movimientos en masa, tsunamis, inundaciones y riesgos tecnológicos. La vulnerabilidad física, social y económica de la población, junto con la fragilidad de la infraestructura, incrementan los niveles de riesgo. Según la metodología para los Planes Departamentales de Gestión del Riesgo, una amenaza es el peligro latente de que un evento natural o humano cause pérdidas humanas, daños a la infraestructura y efectos negativos en el entorno y los medios de vida.

Tabla 4. Eventos de emergencias y desastres durante el año 2025

FECHA	MUNICIPIO	VEREDA / BARRIO	EVENTO	MUERTOS	HERIDOS	PERSONAS	FAMILIAS
4 de enero de 2025	CHACHAGUI	La Ensiñada	Movimiento en Masa	2	5		
11 de febrero de 2025	TUMACO	La Esperia	Inundación	1		14400	4800
7 de marzo de 2025	PASTO	Corregimiento del Encano el socorro	Avenida Torrencial	4	2	289	88
19 de mayo de 2025	CONTADERO	Aldea de mana	Incendio Estructural	1		1	1
16 de octubre de 2025	MALLAMA	Vereda Píñuales	Movimiento en Masa	2	3	69	24
27 de octubre de 2025	LOS ANDES	El Huilque	Movimiento en Masa	2		5	1
27 de diciembre de 2025	SAN PABLO	Vereda Hueco lindo	Movimiento en Masa	2	3		15

Fuente: Dirección Administrativa de Gestión del riesgo de desastres Gobernación de Nariño 2025

La información presentada evidencia que en 2025 Nariño registró múltiples eventos de origen natural y antrópico, destacándose los movimientos en masa como los más recurrentes, con pérdidas humanas, personas heridas y afectaciones a familias en varios municipios. Las inundaciones y avenidas torrenciales, especialmente en Tumaco y Pasto, generaron un alto número de personas damnificadas, lo que refleja una elevada exposición al riesgo asociada a condiciones geográficas, climáticas y deficiencias en el ordenamiento territorial. Aunque de menor magnitud, los incendios estructurales también evidencian vulnerabilidades en las condiciones de vivienda y la capacidad de respuesta local. En conjunto, estos eventos muestran debilidades en la gestión del riesgo, la prevención y la planificación territorial, y resaltan la necesidad de fortalecer acciones de mitigación, preparación y respuesta para reducir impactos en la salud y el bienestar de la población.

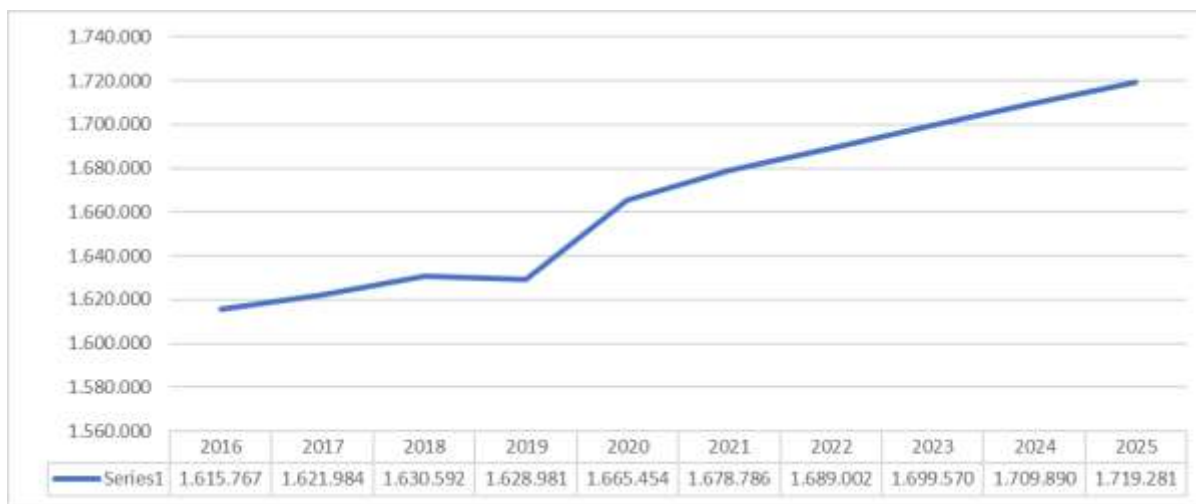


1.1.6. Contexto poblacional y demográfico

Tener una visión real de las condiciones de vida en Nariño es clave para comprender los problemas de salud y desarrollar planes de intervención efectivos. Estas condiciones, influenciadas por factores sociales, económicos, culturales e históricos, afectan directamente la calidad de vida y el bienestar de la población. Aspectos como la pobreza, exclusión social, inseguridad alimentaria y bajo nivel educativo son determinantes en la salud. Además, el análisis demográfico, tanto estático como dinámico, proporciona información esencial para la planeación en salud y la toma de decisiones estratégicas.

Población

Figura 1. Tendencia del crecimiento poblacional del departamento de Nariño durante el periodo 2016–2025.



Fuente: DANE actualización post COVID-19. proyecciones de población departamental por área, sexo y edad 2020-2050

Densidad Población por kilómetro cuadrado

En Nariño tiene un área de 34.656 km², y con una población total de 1.719.281 habitantes para el año 2025, alcanzando una densidad poblacional aproximada de 49,3 habitantes por km².

Población por área de residencia urbano/rural

En cuanto a la distribución de la población por áreas para el año 2025, 44% el (756.828) en el área rural (Centro Poblado y Rural Disperso) y el 56% (962.453) está localizada en las cabeceras municipales, según las proyecciones.



1.1.7 Población de Comunidades y Grupos Étnicos

Tabla 5. Organizaciones Población Étnica, departamento de Nariño 2024

GRUPO ÉTNICO	PUEBLO	MUNICIPIO
INDÍGENAS	PASTOS	Cumbal, Guachucal, Mallama, Santacruz de Guachaves, Samaniego, Túquerres, Ospina, Sapuyes, Guaitarilla, Providencia, Imués, Aldana, Carlosama, Ipiales, Pupiales, Contadero, Iles, Funes, Puerres, Córdoba, Pasto y Potosí.
	QUILLASINGA	Pasto, Tangua, Consacá, Yacuanquer, La Unión y El Peñol
	AWÁ	Ricaurte, Tumaco, Barbacoas, Samaniego, Roberto Payán, Guachavés, Mallama e Ipiales
	EPERARA SIAPIDAARA	El Charco, Tumaco, Olaya Herrera, La Tola, Santa Bárbara y Francisco Pizarro
	INGA	Tablón de Gómez
	COFÁN	Ipiales
	NASA	Ipiales
NARP	Consejos Comunitarios	Tumaco, Barbacoas, Magüi Payán, Olaya Herrera, El Charco, Francisco Pizarro, Santa Bárbara, Roberto Payán, Mosquera, La Tola, Policarpa, Cumbitara, Ipiales, Pasto, Leiva.

Fuente: Elaboración propia Etnias IDSN – 2024

El departamento de Nariño, ubicado en el sur de Colombia, se destaca por su diversidad geográfica y pluriétnica. Esta región es conocida por múltiples comunidades que preservan prácticas identitarias y una cosmovisión que integra la naturaleza con la vida cotidiana. Según datos poblacionales propios, se registra una composición étnica distribuida de la siguiente manera: población indígena (15,8%), afrodescendiente (22,7%) y Rrom (0,01%). Cada grupo se organiza en función de sus características culturales y procesos históricos propios.

La población indígena está conformada por siete pueblos: Pastos, Quillacinga, Awá, Eperara Siapidara, Inga, Cofán y Nasa, que se distribuyen en diversos municipios del departamento. Estas comunidades han logrado mantener vivas sus tradiciones ancestrales, sus usos y costumbres, transmitidas de generación en generación por



los mayores, guardianes de una profunda sabiduría. Su conocimiento sobre la naturaleza y la espiritualidad les permite preservar el equilibrio y la armonía comunitaria. Estas comunidades se organizan en resguardos y cabildos, estructuras que promueven la defensa de sus derechos, la protección de sus territorios y el fortalecimiento de su identidad cultural.

Por su parte, la población afrodescendiente (NARP) aporta una rica tradición cultural que se manifiesta en rituales, celebraciones y expresiones artísticas que resaltan su herencia. Este grupo étnico está representado por organizaciones y consejos comunitarios que trabajan activamente en la promoción de sus derechos, el fortalecimiento de su cultura y la participación en la vida social y política de la región. Su organización en diferentes consejos comunitarios les permite impulsar el desarrollo colectivo y preservar su legado cultural.

Finalmente, la población Rrom, aunque menos numerosa, también desempeña un papel significativo en la diversidad étnica de Nariño. Su cultura y forma de vida añaden una perspectiva única que enriquece el tejido cultural de la región. Este grupo se encuentra asentado principalmente en el municipio de Pasto, donde sigue contribuyendo al mosaico de identidades que caracterizan al departamento

ENFERMEDADES PROPIAS DE POBLACION INDÍGENAS (ETNICA) DE NARIÑO.

Así como existen enfermedades desde la medicina occidental que generan afectaciones en la salud de la población, también es importante tener en cuenta que existen enfermedades propias o espirituales reconocidas desde las prácticas ancestrales por la medicina tradicional como el espanto, el mal viento, el mal del cueche y el maleficio, entre otras, las cuales son tratadas por sabedores ancestrales, médicos tradicionales, curanderos, en las cuales se realiza tratamientos acompañados de rituales con sahumerio, plantas medicinales invocando a Dios, la naturaleza, el sol y el agua o los espíritus mayores para purificar a la persona y el entorno.

A continuación, se describen algunas de las enfermedades más comunes reconocidas en la población indígena.

Espanto: Es una enfermedad reconocida desde la medicina tradicional que genera afección física y espiritual por ruidos o impresiones (sustos) los cuales desarmonizan o desequilibran su energía presentando los siguientes síntomas: pérdida de sueño, llanto, inconsolable, pesadillas, fiebre, diarrea, vomito, decaimiento, pérdida de apetito, color de la piel pálido, ojos hundidos.



Quedado: es una afección meramente asociada a la energía espiritual de la naturaleza que sucede cuando las personas especialmente la población infantil visita sitios poco recorrido, habitados, abandonados. Esto sucede porque la energía de la naturaleza es más grande que la energía de las personas ocasionando un desequilibrio en su sistema físico y energético.

Mal viento o mal aire: es una afección que también está ligada a la energía espiritual de la naturaleza que sucede cuando las personas visitan sitios poco recorrido, habitados, abandonados como por ejemplo lagunas, ríos, quebradas montes, lagunas, montañas, cementerios conocidos como mal viento de anima que al golpear al cuerpo humano lo desequilibra, produciendo decaimiento, sueño y/o alergias en el cuerpo

El Cueche: Refiere la tradición popular, que cuando sale el arco iris y se produce cierta llovizna, esta es muy peligrosa, porque es una especie de demonio o mala energía, que causa muchas enfermedades especialmente para niños, ancianos y mujeres en embarazo la persona presenta síntomas de fiebre, llagas y granos en el cuerpo, que producen comezón y piquiña.

Caída de la matriz: Es una afección que es más frecuente en las mujeres adultas que han pasado la edad fértil, consiste en la caída del útero o matriz como se conoce comúnmente. Esto debido a que la mujer no tuvo sus cuidados necesarios después del parto o en su periodo menstrual y que realizo trabajos que requieren de hacer grandes esfuerzos.

Nervios: causa por debilidad, faltad de buena alimentación, pena, tristeza o rabia, en general se da por emociones mal manejadas.

Circa: es la palpitación de la boca del estómago, Se da por tener rabia, por aguantar hambre o no comer a las horas adecuadas, los Síntomas que puede presentar son nauseas, dolor de la boca del estómago, decaimiento, falta de apetito.

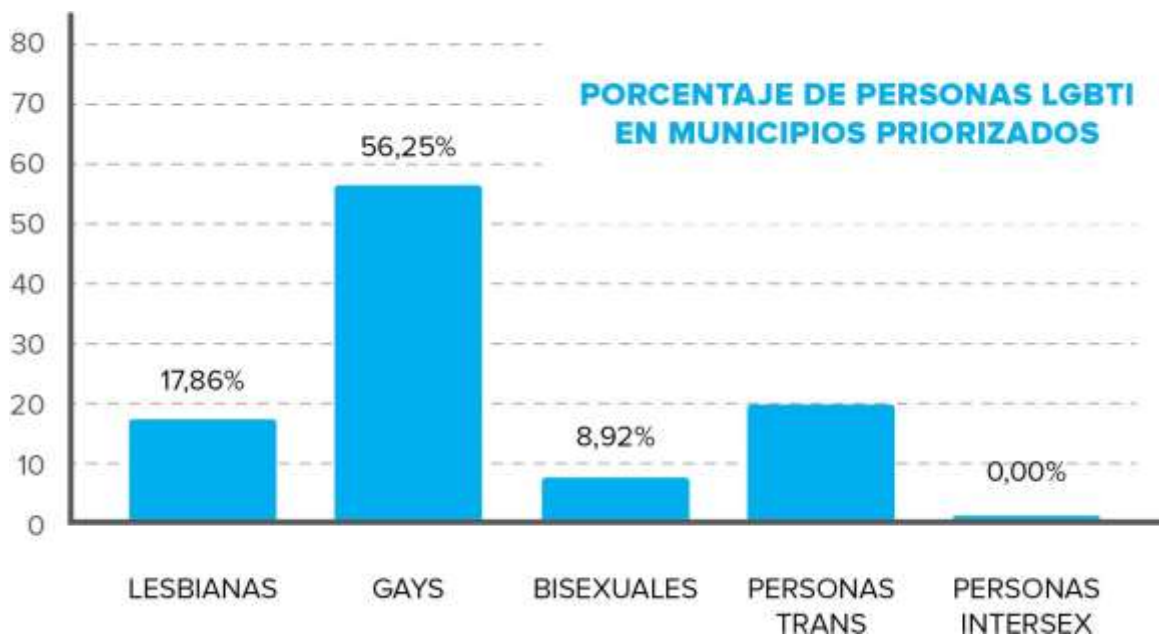
1.1.7 Población Campesina

La población campesina en Colombia ha pasado por un proceso de reinversión, como señalan los académicos, adoptando nuevas formas de organización social y económica más vinculadas a la sostenibilidad, la identidad cultural y la defensa territorial. Sin embargo, enfrenta desafíos relacionados con el envejecimiento y la migración juvenil, lo que podría poner en riesgo la continuidad de las actividades campesinas. A largo plazo, es fundamental fortalecer las políticas públicas rurales para promover un desarrollo rural integral, que incluya la creación de oportunidades para los jóvenes y la mejora de las condiciones de vida en las zonas rurales.



1.1.8 Población LGTBI

Figura 2. Tabla De Porcentajes De Personas LGTBI En Nariño



Fuente arcoíris; Observatorio de género

La situación de las personas LGTBI en Nariño está marcada por el patriarcado, la discriminación y el miedo al señalamiento. Las comunidades LGTBI en el departamento siguen siendo invisibilizadas, lo que plantea un desafío para la construcción de políticas públicas inclusivas y la creación de espacios seguros para todas las personas, independientemente de su orientación sexual o identidad de género. La visibilidad, el reconocimiento y la lucha contra la discriminación son pasos clave hacia la igualdad y la liberación de los derechos de la población LGTBI en Nariño.

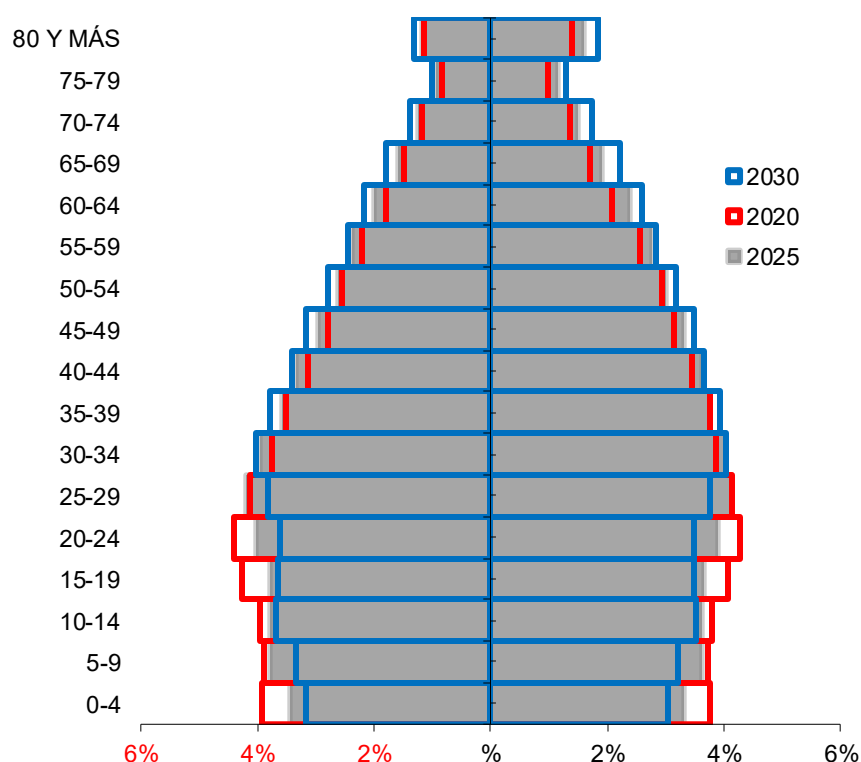
En abril de 2025 se instaló oficialmente la primera sesión de la Mesa Departamental LGBTIQ+ y de personas con Orientación Sexual, Identidad de Género y Expresión de Género Diversas (OSIEGD) en el departamento de Nariño, constituyéndose en un hito para la promoción y garantía de los derechos de esta población. El encuentro se realizó en la Asamblea Departamental y se consolidó como un espacio de diálogo, participación ciudadana y articulación interinstitucional para avanzar en la construcción de una sociedad más inclusiva y respetuosa de la diversidad. Durante la instalación, el Gobernador Luis Alfonso Escobar reiteró el compromiso institucional con la igualdad y la no discriminación, anunciando el fortalecimiento de la Mesa a través del trabajo articulado con la Secretaría de Planeación, la gestión de acompañamiento del Gobierno Nacional y



la asignación de recursos para su funcionamiento. En la jornada se abordaron temas estratégicos como la articulación con el Plan de Desarrollo Departamental y la actualización de la Política Pública de Diversidad Sexual y de Género, contando con el respaldo de entidades como la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría Regional y el Ministerio del Interior. La Mesa Departamental LGBTIQ+ se consolida como un mecanismo para articular esfuerzos entre el Estado, la sociedad civil y la ciudadanía, orientado a la prevención de la discriminación, el fortalecimiento de la participación y el seguimiento a la política pública de diversidad sexual y de género en el departamento.

1.2. Estructura demográfica

Figura 3. Pirámide poblacional departamento de Nariño vigencia 2020, 2025 y 2030



Fuente: DANE actualización post covid-19. proyecciones de población departamental por área, sexo y edad 2020-2050

La pirámide poblacional del departamento de Nariño evidencia un proceso de transición demográfica, con cambios importantes en la estructura por edad a lo largo del periodo analizado (2020-2030).



La base de la pirámide (grupos de 0–14 años) muestra una reducción progresiva entre 2020 y 2030. Esto indica una disminución de la fecundidad, coherente con tendencias nacionales como el acceso a educación, planificación familiar y cambios en los proyectos de vida.

Los grupos de edad entre 25 y 59 años concentran la mayor proporción de población, especialmente en 2025 y 2030. Esto refleja una población mayoritariamente en edad productiva, lo que representa una oportunidad para el desarrollo económico, siempre que existan condiciones adecuadas de empleo y productividad.

La parte superior de la pirámide (60 años y más) se amplía de manera visible hacia 2030, evidenciando un proceso de envejecimiento poblacional. Este fenómeno está asociado al aumento de la esperanza de vida y plantea retos en materia de salud, pensiones, cuidado y protección social.

En 2020 la estructura aún conserva rasgos de una pirámide estacionaria, pero para 2030 se observa una forma más regresiva, caracterizada por una base estrecha y un mayor peso relativo de los adultos y adultos mayores.

Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2020 por cada 96 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2025 por cada 95 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2020 por cada 29 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2025 por cada 25 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2020 de 100 personas, 23 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 22 personas
Índice de juventud	En el año 2020 de 100 personas, 25 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 24 personas
Índice de vejez	En el año 2020 de 100 personas, 10 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 11 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2020 de 100 personas, 44 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 52 personas
Índice demográfico de dependencia	En el año 2020 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 50 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes) , mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 49 personas
Índice de dependencia infantil	En el año 2020, 34 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 32 personas

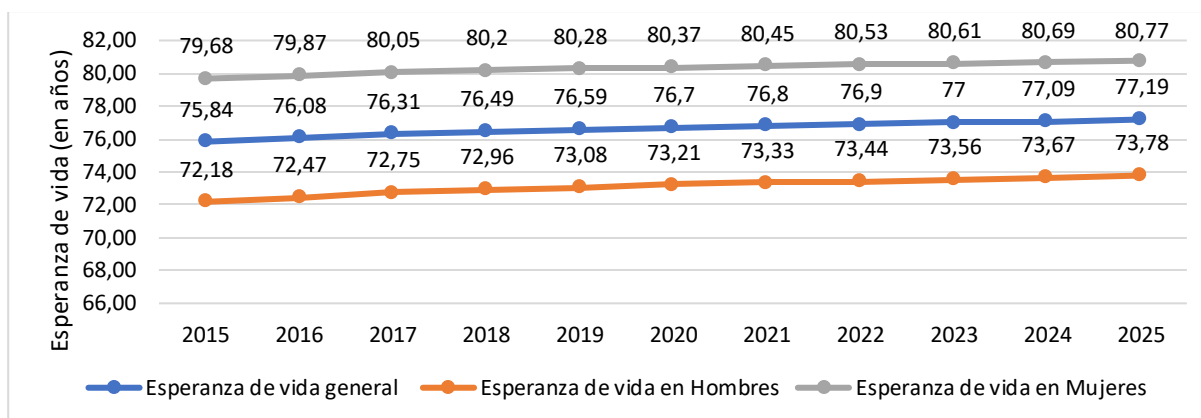


Índice de dependencia mayores	En el año 2020, 15 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 17 personas
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

DANE actualización post covid-19. proyecciones de población departamental por área, sexo y edad 2020-2050

Esperanza de vida

Figura 4. Esperanza de vida al nacer, por sexo, departamento de Nariño 2015 – 2025.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las Estimaciones del cambio demográfico: principales indicadores, crecimiento demográfico a nivel nacional y departamental, periodos 2005-2017 y 2018-2050 del CNPV 2018.

El gráfico muestra la evolución de la esperanza de vida al nacer en Nariño para el período aproximado 2015–2025, diferenciando entre total, hombres y mujeres. A partir de la información se puede interpretar lo siguiente:

La esperanza de vida total presenta un aumento sostenido a lo largo del período, pasando de alrededor de 75,8 años a cerca de 77,2 años. Esto sugiere mejoras progresivas en las condiciones de salud, acceso a servicios sanitarios y calidad de vida en el departamento.

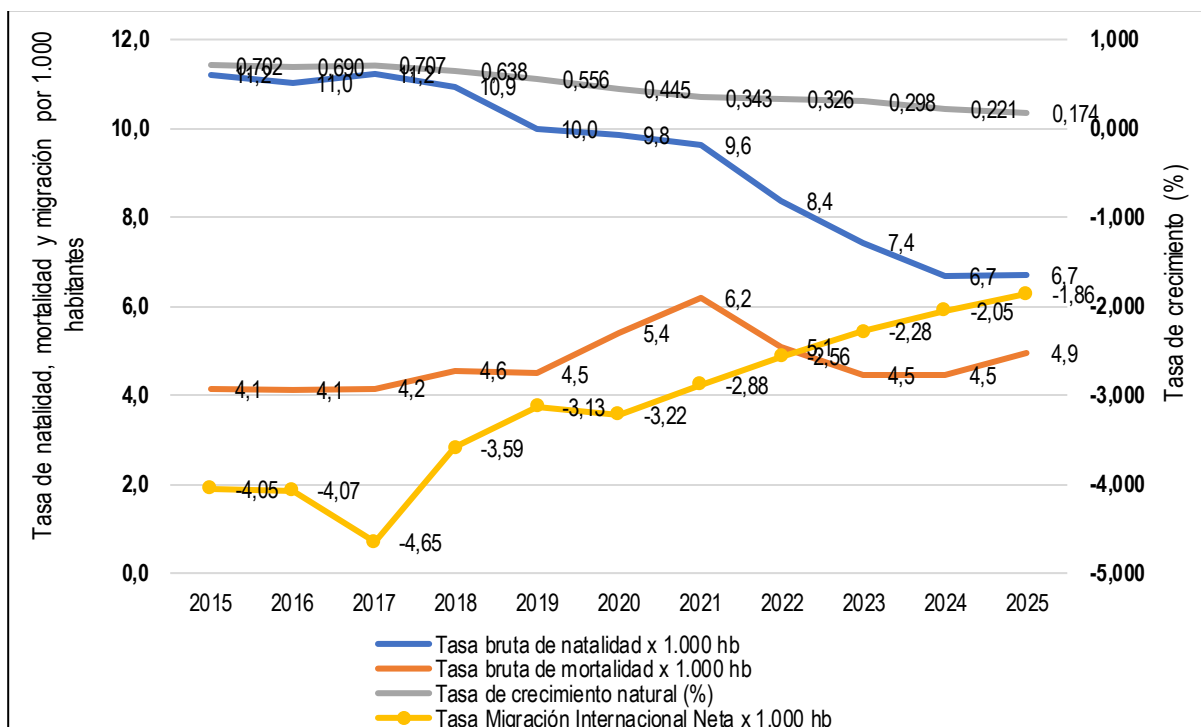
Las mujeres mantienen la mayor esperanza de vida durante todo el período. Aumenta de aproximadamente 79,7 a 80,8 años, lo que confirma una ventaja consistente frente a los hombres.

Los hombres: Presentan valores más bajos, aunque también con una tendencia positiva, pasando de cerca de 72,2 a 73,8 años.



1.3. Dinámica demográfica

Figura 5. Comparación entre la tasa de crecimiento natural, tasa bruta de natalidad y mortalidad del departamento de Nariño 2015 – 2025.



Fuente: DANE- CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO A NIVEL NACIONAL POR ÁREA PARA EL PERIODO 2018 - 2070 Y A NIVEL DEPARTAMENTAL POR ÁREA PARA EL PERIODO 2018 - 2050

Los datos de nacido vivo y defunciones para el año 2025 se tomaron del RUAF, por lo tanto son datos preliminares.

La tasa bruta de natalidad evidencia una tendencia descendente continua y estructural durante todo el período analizado. En 2015 se registraban valores superiores a 11 nacimientos por cada 1.000 habitantes, mientras que para 2025 la tasa se reduce a cerca de 6,7 por mil, lo que representa una disminución superior al 40%. Este comportamiento confirma un marcado descenso de la fecundidad, asociado a cambios en los proyectos de vida, mayor acceso a métodos anticonceptivos, incremento en los niveles educativos —especialmente en mujeres— y procesos de urbanización.

En contraste, la tasa bruta de mortalidad presenta una tendencia moderadamente creciente, con un aumento más pronunciado entre 2020 y 2022, periodo en el que alcanza su valor máximo (aproximadamente 6,2 muertes por cada 1.000 habitantes). Aunque posteriormente se observa una leve reducción, la mortalidad se mantiene por encima de los niveles registrados al inicio del período, lo cual



puede explicarse por el envejecimiento progresivo de la población y por efectos coyunturales en la salud pública.

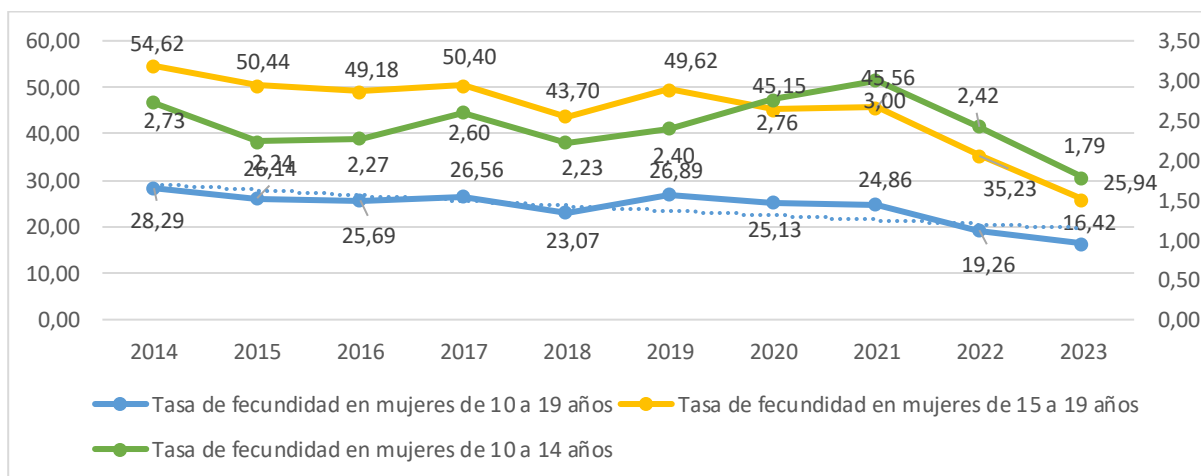
Como resultado de estas dos dinámicas, la tasa de crecimiento natural muestra una disminución sostenida y acelerada, pasando de valores positivos cercanos a 0,7 % en 2015 a cifras cercanas a cero e incluso negativas hacia el final del período. Esta evolución indica que el crecimiento poblacional por causas naturales ha perdido dinamismo y que el departamento se encuentra en una fase avanzada de transición demográfica, caracterizada por baja natalidad y mortalidad relativamente estable.

Adicionalmente, la tasa de migración internacional neta se mantiene negativa a lo largo de todo el período, lo que refleja una salida constante de población. A partir de 2021 se observa una intensificación de esta tendencia, lo cual profundiza la pérdida de población y refuerza el efecto contractivo sobre el crecimiento demográfico total del departamento.

En conjunto, los resultados muestran que el crecimiento poblacional de Nariño está condicionado por la convergencia de tres factores estructurales: reducción sostenida de la fecundidad, incremento relativo de la mortalidad y migración internacional neta negativa. Esta configuración demográfica plantea desafíos relevantes para la planificación territorial, especialmente en materia de envejecimiento poblacional, sostenibilidad del mercado laboral, demanda de servicios de salud y redefinición de las políticas sociales y económicas del departamento.

Fecundidad

Figura 6. Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años departamento de Nariño 2015 - 2024



Fuente: SISPRO



En Nariño y Colombia, las tasas de fecundidad en mujeres jóvenes han disminuido significativamente en los últimos años. En Nariño, la tasa para mujeres de 10 a 14 años pasó de 2.73 en 2014 a 1.79 en 2023, y para el grupo de 15 a 19 años bajó de 54.62 a 25.94 en el mismo período. Estas cifras reflejan una tendencia similar a la nacional, impulsada por políticas de educación sexual, acceso a métodos anticonceptivos y del embarazo adolescente. Tanto en el departamento como en el país, esta reducción representa prevención un avance en salud pública, aunque persisten desafíos para sostener esta mejora.

1.4. Movilidad forzada

Tabla 7. Víctimas por tipo de hecho victimizaste departamento de Nariño

Hechos Victimizantes Desagregado					
Hecho Victimizante	Víctimas Ocurrencia	Víctimas Declaración	Víctimas Ubicación	Sujetos de Atención	Número de Eventos
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	4,837	3,719	3,327	3,273	4,989
Lesiones Personales Psicologicas	1,441	1,692	1,153	1,068	1,444
Lesiones Personales Fisicas	1,807	1,327	1,235	1,180	1,820
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	1,235	653	670	595	1,266
Tortura	1,047	1,018	832	778	1,060
Sin informacion	1,147	7	643	523	1,167
Amenaza	70,092	41,590	43,409	42,356	76,082
Desplazamiento forzado	604,980	535,804	417,687	335,708	787,290
Secuestro	3,283	2,662	2,513	2,262	3,368
Desaparición forzada	7,777	6,995	5,127	4,422	8,119
Homicidio	47,180	39,590	29,026	23,754	49,487
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	4,104	621	3,971	3,766	4,409
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados	698	396	354	327	743
Confinamiento	23,761	23,761	17,250	17,101	26,133
Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	17,241	15,410	12,932	11,827	19,677
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	17,829	8,313	13,177	12,069	20,035

<https://datospaz.unidadvictimas.gov.co/registro-unico-de-victimas/corte31/12/2025>

En el departamento de Nariño, el comportamiento de los hechos victimizantes evidencia una situación de afectación masiva y persistente sobre la población civil, asociada principalmente a dinámicas del conflicto armado y a la presencia de múltiples formas de violencia. El hecho con mayor impacto es el desplazamiento forzado, que registra 604.980 víctimas por ocurrencia y 787.290 eventos, consolidándose como la principal expresión de victimización en el territorio. Este volumen refleja procesos continuos de expulsión de comunidades, desarraigo,



ruptura de redes sociales y pérdida de medios de vida, especialmente en zonas rurales. Aunque más de 535.804 víctimas han realizado declaración, solo 335.708 figuran como sujetos de atención, lo que evidencia una brecha considerable entre la magnitud del fenómeno y la capacidad institucional de respuesta.

El segundo hecho con mayor incidencia es la amenaza, con 70.092 víctimas y 76.082 eventos, lo que indica el uso recurrente de la intimidación como mecanismo de control territorial y disciplina miento social. La diferencia entre víctimas por ocurrencia y por declaración sugiere un subregistro importante, posiblemente asociado al temor a represalias y a la desconfianza frente a las instituciones. De manera complementaria, el homicidio continúa siendo un hecho de alta gravedad en Nariño, con 47.180 víctimas y 49.487 eventos, situación que da cuenta de la persistencia de la violencia letal. Solo 23.754 personas aparecen como sujetos de atención, lo cual profundiza el impacto sobre los hogares afectados y limita los procesos de reparación.

El confinamiento, con 23.761 víctimas y 26.133 eventos, refleja la existencia de territorios donde la población permanece bajo restricciones de movilidad, acceso limitado a bienes básicos y presencia armada permanente, configurando escenarios de alto riesgo humanitario. Asimismo, la pérdida de bienes muebles o inmuebles (17.829 víctimas) y el abandono o despojo forzado de tierras (4.104 víctimas) muestran que la victimización no solo implica afectaciones a la vida y la integridad, sino también procesos sistemáticos de desposesión y empobrecimiento, estrechamente ligados al desplazamiento forzado.

Aunque con menores volúmenes, hechos como la desaparición forzada (7.777 víctimas), el secuestro (3.283), la tortura (1.047), las afectaciones por minas antipersonal y artefactos explosivos (1.235) y la vinculación de niños, niñas y adolescentes a grupos armados (698) representan violaciones graves a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario, con consecuencias profundas a nivel individual, familiar y comunitario.

De manera transversal, se observa un patrón en el que las víctimas por ocurrencia superan a las víctimas por declaración, y estas a su vez a las víctimas con ubicación y a los sujetos de atención, lo que evidencia subregistro, barreras de acceso al registro y limitaciones en la capacidad de atención. En conjunto, los datos permiten concluir que Nariño enfrenta un escenario de victimización complejo y prolongado, caracterizado por altos niveles de desplazamiento, amenazas y violencia letal, así como por afectaciones graves a la libertad, la integridad y el patrimonio de la población, lo que demanda el fortalecimiento de las acciones de prevención, protección, atención integral y reparación con enfoque territorial.



El desplazamiento masivo

En el departamento de Nariño, el desplazamiento forzado se consolida como el principal hecho victimizante y la expresión más extendida de la afectación a la población civil. Se registran 604.980 víctimas por ocurrencia **y 787.290 eventos**, lo que evidencia no solo una magnitud extremadamente alta, sino también la existencia de desplazamientos repetidos, múltiples expulsiones y dinámicas prolongadas de movilidad forzada. Este comportamiento sugiere que amplios sectores de la población han sido obligados a abandonar sus territorios en más de una ocasión, como consecuencia de la persistencia de la violencia y la inestabilidad.

Del total de víctimas registradas por ocurrencia, 535.804 han realizado declaración, lo que indica que, aunque una proporción importante ha logrado acercarse al sistema de registro, persiste un volumen significativo de personas que no han declarado su situación. Esta brecha puede estar asociada a factores como el temor a represalias, el desconocimiento de las rutas institucionales, las barreras geográficas y las dificultades de acceso en zonas rurales dispersas.

Adicionalmente, solo 417.687 víctimas cuentan con ubicación registrada y 335.708 figuran como sujetos de atención, lo que evidencia una disminución progresiva en cada etapa del proceso: reconocimiento, localización y atención efectiva. Esta tendencia refleja limitaciones en la capacidad institucional para identificar plenamente a la población afectada y garantizar su acceso oportuno a las medidas de asistencia, ayuda humanitaria y reparación.

El elevado número de eventos frente al número de víctimas refuerza la hipótesis de revictimización y desplazamientos recurrentes, así como la posible ocurrencia de desplazamientos colectivos. Esta situación tiene efectos estructurales sobre el departamento, incluyendo el crecimiento de asentamientos informales, presión sobre servicios básicos en cabeceras municipales, aumento de condiciones de pobreza y pérdida de capital social en las comunidades expulsadas.

En síntesis, el desplazamiento forzado en Nariño constituye un fenómeno masivo, persistente y complejo, que desborda la capacidad de respuesta institucional y se configura como el eje central de la crisis humanitaria departamental, lo que exige el fortalecimiento de estrategias de prevención, protección territorial, atención integral y soluciones duraderas para la población afectada.

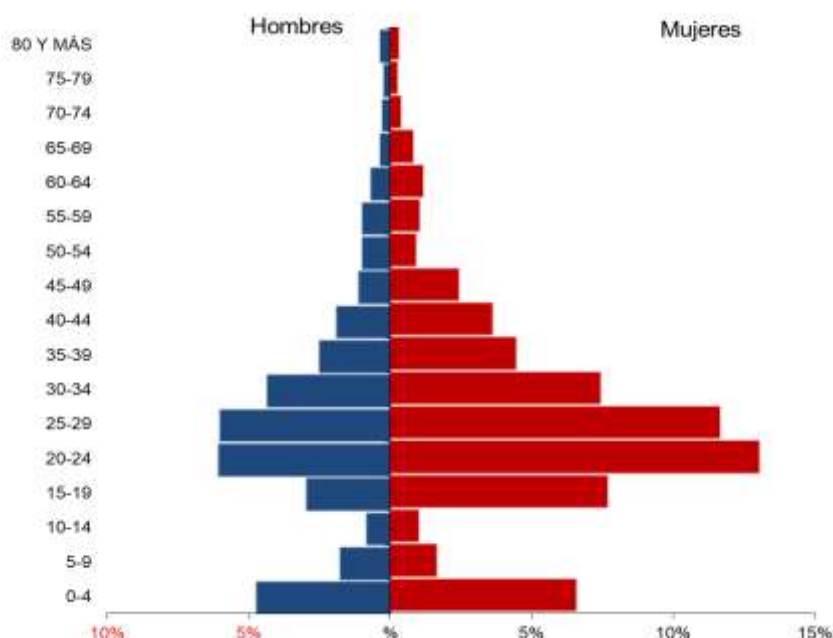
1.5. Población Migrante Extranjera

La migración en el departamento de Nariño, que involucra un total de 3.859 personas migrantes, presenta un patrón predominante de desplazamiento en población joven, con una participación significativa de mujeres. Este comportamiento migratorio está asociado principalmente a la búsqueda de oportunidades laborales y educativas. En la infancia, los procesos migratorios tienden a vincularse a desplazamientos de tipo familiar. En contraste, durante la



adultez joven se observa una mayor proporción de mujeres migrantes, especialmente en el grupo etario de 20 a 29 años, lo que sugiere una relación directa con la inserción laboral y la mejora de las condiciones de vida. Por su parte, los grupos de población mayores de 40 años registran una menor incidencia de migración, lo cual indica que estos desplazamientos responden en mayor medida a procesos de reunificación familiar o a factores específicos, como el acceso a servicios de salud, más que a motivaciones económicas directas.

Figura 7. Pirámide Poblacional departamento de Nariño 2025

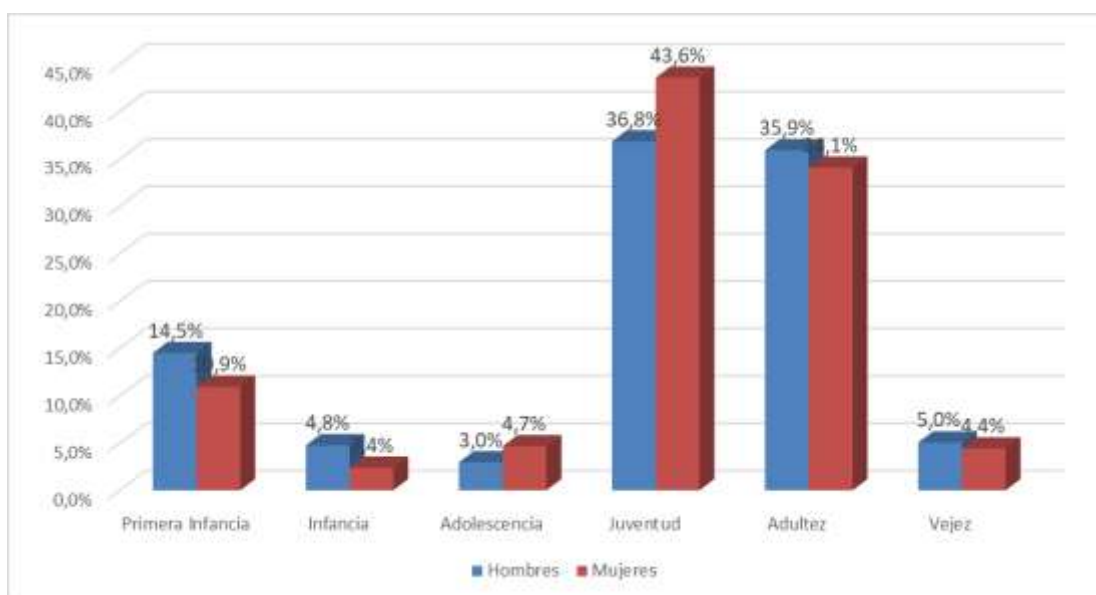


Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 08/08/2025

La gráfica muestra que en el departamento de Nariño la población se concentra principalmente en los grupos de juventud y adultez, lo que evidencia una estructura demográfica predominantemente productiva. En juventud, las mujeres presentan una mayor proporción (43,6 %) frente a los hombres (36,8 %), mientras que en adultez la distribución por sexo es más equilibrada. En los grupos de menor edad (primera infancia e infancia) predomina la población masculina, aunque con porcentajes menores en comparación con los grupos productivos. Finalmente, la población en vejez representa el porcentaje más bajo, lo que indica que Nariño aún no enfrenta un proceso avanzado de envejecimiento poblacional.



Figura 8. Distribución porcentual de la población por grupo etario y sexo en el departamento de Nariño



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 08/08/2025

El análisis comparativo de la atención en salud a población migrante evidencia diferencias relevantes entre el perfil de servicios utilizados en Nariño frente al agregado nacional. En Nariño se atendieron 8.914 migrantes, lo que representa una concentración aproximada del 0,8% del total nacional (1.116.180), con una distribución de servicios marcada por una mayor participación de medicamentos (28%) y procedimientos (29%) en comparación con Colombia (18% y 35%, respectivamente). La consulta externa en Nariño (32%) se sitúa por debajo del promedio nacional (37%), mientras que la hospitalización presenta una mayor proporción relativa (6% vs. 4%), lo que sugiere una posible mayor complejidad clínica o barreras de acceso oportuno en el primer nivel de atención. Los servicios de urgencias mantienen una participación similar (5%), y los nacimientos representan el 1% tanto a nivel departamental como nacional. En conjunto, estos resultados indican un patrón de atención en Nariño con mayor énfasis en intervenciones terapéuticas y hospitalarias, lo cual puede estar asociado a condiciones de vulnerabilidad, tránsito migratorio y presión sobre la capacidad resolutoria del sistema de salud local.



Tabla 8. Atención de población Migrantes departamento de Nariño

Tipo de atención	Total, Migrantes atendidos Nariño		Total, Migrantes atendidos Colombia		Concentración Nariño
	Año	Distribución	Año	Distribución	Año
Consulta Externa	2.819	32%	410.711	37%	0,7%
Servicios de urgencias	435	5%	57.996	5%	0,8%
Hospitalización	498	6%	49.076	4%	1,0%
Procedimientos	2.563	29%	388.310	35%	0,7%
Medicamentos	2.518	28%	202.014	18%	1,2%
Nacimientos	81	1%	8.073	1%	1,0%
Total	8.914	100%	1.116.180	100%	0,8%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 08/08/2025

El análisis del régimen de afiliación de la población migrante atendida en salud muestra un perfil diferencial en el departamento de Nariño frente al comportamiento nacional. En Nariño se registraron 3.886 migrantes atendidos, equivalentes al 0,7% del total nacional (563.816), con una marcada concentración en los regímenes particular (45,0%) y otros esquemas de afiliación (27,4%), proporciones significativamente superiores a las observadas en Colombia (16,5% y 15,4%, respectivamente). En contraste, la participación de los regímenes contributivo (3,7%) y subsidiado (8,3%) en Nariño es sustancialmente menor frente al promedio nacional (20,7% y 30,9%), lo que evidencia mayores niveles de informalidad laboral y barreras estructurales de aseguramiento en la población migrante del departamento. La población no afiliada presenta una proporción similar a la nacional (15,2% vs. 15,9%), mientras que los migrantes en situación de desplazamiento con afiliación formal son prácticamente inexistentes en Nariño. En conjunto, estos resultados sugieren una mayor dependencia de esquemas de pago directo y mecanismos alternativos de atención, lo que implica desafíos relevantes para la sostenibilidad financiera, la continuidad del cuidado y la equidad en el acceso al sistema de salud en el territorio.

Tabla 9. Afiliación en salud de la población migrante departamento de Nariño

Regimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud en el departamento de Nariño	%	Total de migrantes con atenciones en salud en Colombia	%	Concentración
Contributivo	144	3,7	116777	20,7	0,1%
Subsidiado	321	8,3	174138	30,9	0,2%
No afiliada	590	15,2	89422	15,9	0,7%
Particular	1747	45,0	93220	16,5	1,9%
Otro	1064	27,4	87073	15,4	1,2%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	0	0,0	793	0,1	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	0	0,0	400	0,1	0,0%
En desplazamiento no asegurado	20	0,5	1993	0,4	1,0%
Sin dato	0	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Total de migrantes atendidos	3886	100	563816	100	0,7%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 08/08/2025



1.6. Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

El contexto institucional de la protección social y sectorial en salud del departamento de Nariño se enmarca en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones, orientado a garantizar el derecho fundamental a la salud bajo los principios de universalidad, equidad, integralidad, continuidad y enfoque diferencial, en concordancia con la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Para la vigencia 2025, la organización del sector salud en el territorio se articula a través del Ministerio de Salud y Protección Social, la Gobernación de Nariño, el Instituto Departamental de Salud de Nariño, las Direcciones Locales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y la red de prestadores de servicios de salud públicos y privados.

El Instituto Departamental de Salud de Nariño ejerce las funciones de autoridad sanitaria departamental, de conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001 y el Decreto 780 de 2016, liderando la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud, así como la coordinación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, la inspección, vigilancia y control del sistema y la asistencia técnica a los municipios. Estas acciones se desarrollan en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, el Plan Nacional de Desarrollo vigente y el Plan de Desarrollo Departamental.

En materia de aseguramiento y protección social, el departamento avanza en la consolidación de la afiliación al sistema de salud, priorizando a la población pobre y vulnerable, rural dispersa, migrante y perteneciente a grupos étnicos, en cumplimiento de la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y la normativa relacionada con la atención integral a población migrante. La financiación del sector se sustenta principalmente en los recursos del Sistema General de Participaciones, de acuerdo con lo establecido en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1176 de 2007, complementados con recursos propios, cofinanciación nacional y proyectos de complementariedad y concurrencia, en el marco de la Ley 617 de 2000.

Durante la vigencia 2025, el departamento fortalece la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Atención Primaria en Salud, conforme a lo dispuesto en la Resolución 429 de 2016 y las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, promoviendo la gestión integral del riesgo en salud, la articulación de la red de servicios y la participación social. De igual manera, se mantiene la articulación intersectorial con los sectores de educación, agua potable y saneamiento básico, inclusión social y gestión del riesgo, en coherencia con el enfoque de determinantes sociales de la salud, con el fin de contribuir a la reducción de inequidades y al mejoramiento de las condiciones de vida de la población nariñense.



Conclusiones

- Nariño presenta un proceso de urbanización que ha generado una creciente migración de la población rural a la urbana. Este fenómeno está vinculado a la búsqueda de mejores oportunidades económicas y la falta de recursos en el ámbito rural. Sin embargo, la urbanización ha traído consigo problemas como la sobrepoblación, la pobreza, y la falta de infraestructura adecuada, lo que incrementa la vulnerabilidad de los habitantes en las zonas urbanas.
- La infraestructura vial y de transporte sigue siendo una limitación significativa. A pesar de contar con un puerto estratégico en Tumaco y varios aeropuertos, gran parte del departamento (especialmente la zona costera) sigue careciendo de acceso terrestre adecuado, lo que dificulta la movilidad, encarece los costos y limita el desarrollo económico y social.
- La calidad y accesibilidad de los servicios de salud en Nariño sigue siendo un desafío. Aunque existen miles de instituciones habilitadas para proporcionar atención básica, la cobertura de servicios especializados (como atención quirúrgica, internación y transporte asistencial) sigue siendo insuficiente, especialmente en las zonas rurales y de difícil acceso.
- El Instituto Departamental de Salud de Nariño está implementando políticas para mejorar la atención integral, con énfasis en la medicina preventiva, la telesalud y la atención comunitaria, pero estos esfuerzos deben ir acompañados de un fortalecimiento de la infraestructura y el talento humano en salud para garantizar la efectividad de estas políticas.
- La población de Nariño enfrenta altas tasas de pobreza, exclusión social y condiciones de vida precarias, especialmente en las zonas rurales. Factores como la inseguridad alimentaria, la falta de servicios básicos, y la limitación en las oportunidades laborales agravan las condiciones de salud de la población.
- Las migraciones forzadas, las condiciones climáticas y la violencia también han incrementado las dificultades sociales y sanitarias, modificando los perfiles de morbilidad y mortalidad en el departamento.



- A pesar de los retos, existen oportunidades para el desarrollo económico y social en Nariño. La ubicación geoestratégica de Tumaco, como puerto en el Océano Pacífico, es clave para el comercio y la conectividad regional. Mejorar la infraestructura de transporte (terrestre, marítima y aérea) podría facilitar un mayor desarrollo económico y mejorar las condiciones de vida de los habitantes.
- Además, la implementación de políticas públicas enfocadas en la salud preventiva, el acceso a servicios médicos a través de telesalud, y la mejora en la infraestructura rural podrían contribuir a disminuir las desigualdades y mejorar el bienestar de la población.



CAPITULO II.

PROCESOS ECONÓMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL

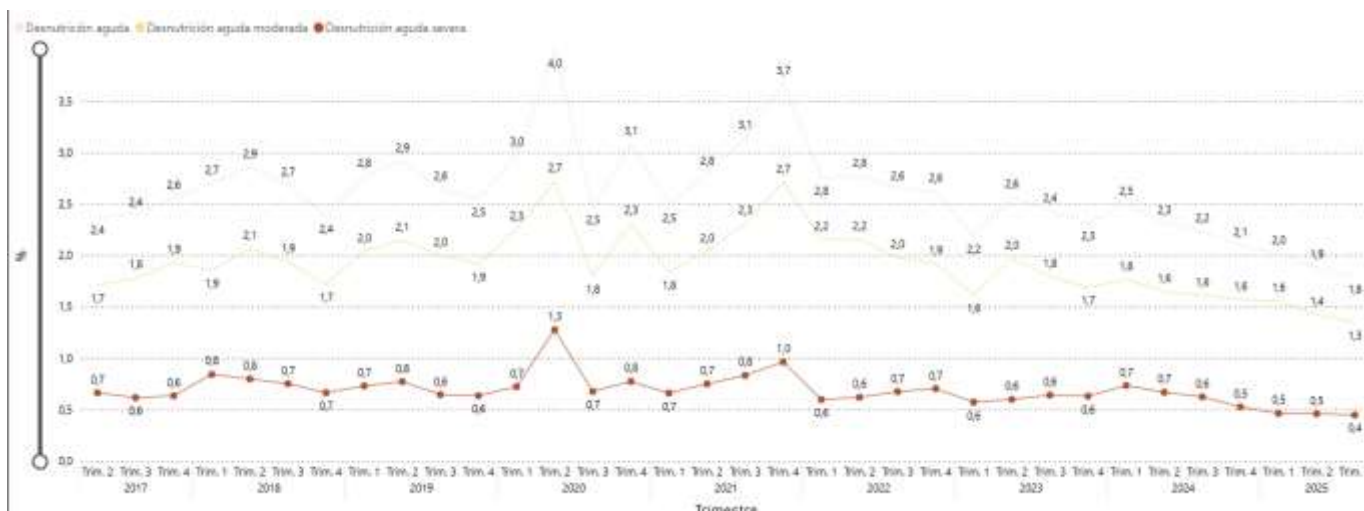


CAPÍTULO II. Procesos económicos y circunstancias de la vida social

2.1 Seguridad Alimentaria y Nutricional

Durante la vigencia 2025, la Seguridad Alimentaria y Nutricional en el departamento de Nariño continúa siendo un eje prioritario de la política social y de salud pública, dada la persistencia de condiciones de pobreza, ruralidad, dispersión geográfica y afectaciones por variabilidad climática. Las acciones se orientan a la promoción del acceso físico y económico a alimentos suficientes, inocuos y culturalmente adecuados, con énfasis en población vulnerable como niños, niñas, gestantes, comunidades rurales, étnicas y población migrante. El departamento avanza en la articulación intersectorial con los sectores de salud, educación, agricultura y protección social, fortaleciendo estrategias de prevención de la desnutrición, vigilancia nutricional y atención integral, en concordancia con la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y el Plan Decenal de Salud Pública, con el propósito de mejorar el estado nutricional y la calidad de vida de la población nariñense.

Figura 9. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años en el departamento de Nariño



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Vigilancia por desnutrición aguda moderada y severa en menores en 5 años 2024.

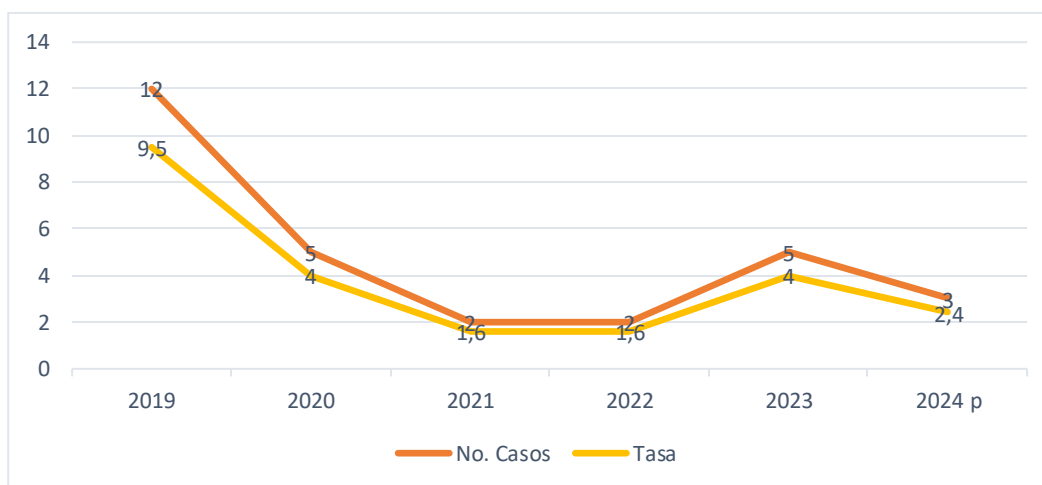


En el departamento de Nariño, la desnutrición aguda en menores de cinco años presenta una prevalencia del 2,6 %, con predominio de la desnutrición aguda moderada (1,9 %) frente a la severa (0,7 %). La tendencia histórica muestra un comportamiento relativamente estable, con picos entre 2019 y 2021 y una leve disminución en los años más recientes. Por subregiones, se observan mayores prevalencias en Sabana y Sanquianga, seguidas por Cordillera y Guambuyaco, lo que evidencia brechas territoriales asociadas a condiciones socioeconómicas y de acceso. Según sexo, la desnutrición aguda es ligeramente más frecuente en niños que en niñas. A nivel municipal, se identifican prevalencias elevadas en algunos territorios específicos, lo que resalta la necesidad de fortalecer acciones focalizadas de prevención, vigilancia nutricional y atención integral en la primera infancia.

Mortalidad por DNT AGUDA

La mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años se considera evitable cuando se interviene de manera adecuada y oportuna. La resolución 2350/2020 establece el lineamiento de atención a la desnutrición aguda y severa en menores de 5 años, además establece la forma de mitigar los riesgos que aumentan el riesgo de morir. En El 2023, Nariño presentó 5 mortalidad por DTN aguda con una tasa de 41, por 100.000, mientras que para el 2024 se presentaron 3 casos con una tasa de 2,4 por 100.000 niños menores de 5 años.

Figura 10. Mortalidad por desnutrición Aguda en el departamento de Nariño



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Vigilancia por desnutrición aguda moderada y severa en menores en 5 años 2024.



Porcentaje de niños con bajo peso al nacer a término

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el bajo peso al nacer como un peso inferior a 2.500 gramos al momento del nacimiento, independientemente de la edad gestacional. Este indicador constituye uno de los principales predictores de la salud durante la infancia y la vida adulta, y su prevalencia continúa siendo elevada en países en desarrollo (WHO/NMH/NHD, 2017).

Según el dato más reciente disponible del DANE, para el año 2023 el bajo peso al nacer a término en el departamento de Nariño fue del 4,5 %. Este evento refleja de manera significativa las desigualdades persistentes en el acceso a los servicios de salud y en los determinantes sociales que afectan a las mujeres gestantes, particularmente aquellas asociadas a la inseguridad alimentaria, las deficiencias de micronutrientes y las condiciones socioeconómicas adversas. Estas situaciones inciden directamente en la garantía del derecho fundamental a la vida y a la salud de la madre y del recién nacido.

En respuesta a este panorama, el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) implementa estrategias orientadas al fortalecimiento de la asistencia técnica, así como de los procesos de inspección, vigilancia y control, con énfasis en la adecuada implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), especialmente las establecidas en la Resolución 3280 de 2018, dirigidas a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las entidades territoriales municipales.

Prevalencia de retraso en el crecimiento en menores de 5 años

Durante el periodo 2017–2025, el comportamiento del indicador analizado en el departamento de Nariño presenta variaciones a lo largo del tiempo, con una tendencia general de estabilidad alrededor del 11–12 %.

Entre 2017 y 2019 se observa un comportamiento relativamente constante, sin cambios bruscos, lo que sugiere una situación estable del indicador en el departamento. No obstante, en el año 2020 se evidencia un incremento importante, con un pico marcado hacia el tercer trimestre, lo cual puede estar asociado a factores coyunturales que afectaron de manera temporal las condiciones del territorio.

A partir de 2021 se identifica una reducción progresiva, aunque con fluctuaciones trimestrales, indicando un proceso de ajuste posterior al aumento observado en



2020. Durante el periodo 2023–2025, los valores se mantienen en niveles ligeramente inferiores a los años anteriores, lo que sugiere una tendencia moderadamente descendente en el tiempo.

En general, el comportamiento del indicador muestra estabilidad estructural con variaciones temporales, destacándose el año 2020 como un periodo atípico. La tendencia posterior apunta a una mejora gradual, lo cual constituye un insumo relevante para el análisis situacional del departamento y para la orientación de acciones en salud pública que permitan consolidar la reducción sostenida del indicador.

2.2 Procesos Económicos y Circunstancias de la Vida Social

El coeficiente de Gini es una medida de desigualdad en la distribución de ingresos, donde 0 representa igualdad perfecta y 1 representa desigualdad total. En Nariño, el coeficiente es de 0.508, lo que indica una distribución desigual de los ingresos, aunque es más equitativo que el de Colombia, que tiene un coeficiente de 0.523. Esto sugiere que, aunque Nariño presenta desigualdad en sus ingresos, la situación es aún más pronunciada a nivel nacional.

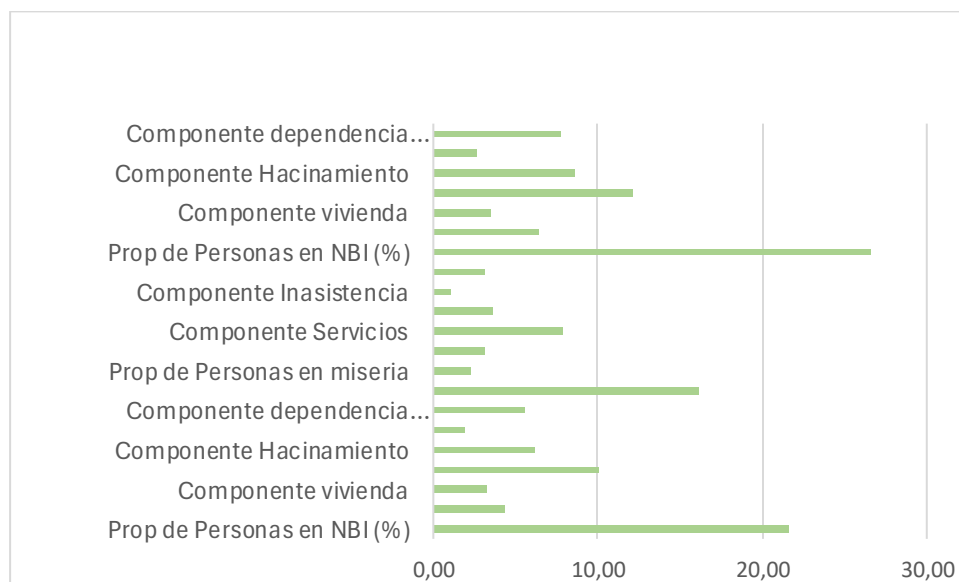
2.3 Condiciones de vida del territorio

En Nariño, el Nivel de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) alcanza el 21,59%, con una brecha marcada entre la cabecera (16,20%) y el rural disperso (26,61%), donde el NBI es 64% más alto (razón 1,64). La miseria presenta un patrón aún más crítico: 4,40% en total, 2,29% en cabecera y 6,37% en el rural, lo que significa que en las zonas rurales la miseria es 2,78 veces mayor que en lo urbano. Los componentes con mayor prevalencia son servicios públicos (10,10%), hacinamiento (6,21%), dependencia económica (5,57%), vivienda (3,30%) e inasistencia escolar (1,88%), manteniendo el mismo orden tanto en áreas urbanas como rurales. Las brechas urbano–rurales más amplias se presentan en hacinamiento (+4,95 pp), dependencia económica (+4,63 pp) y servicios (+4,31 pp), seguidas de inasistencia escolar (+1,54 pp) y vivienda (+0,43 pp). Esto evidencia que, aunque la carencia de servicios es la condición más frecuente, los mayores desequilibrios se concentran en el hacinamiento y la dependencia económica, que representan los cuellos de botella más fuertes en zonas rurales. Las implicaciones para la intervención prioritaria apuntan a fortalecer la cobertura y calidad de servicios públicos básicos, implementar programas de mejoramiento y ampliación de vivienda para reducir el hacinamiento, y desarrollar estrategias de generación de ingresos rurales junto con servicios de cuidado para disminuir la dependencia económica. La inasistencia escolar requiere seguimiento con medidas como transporte escolar y fortalecimiento del PAE, mientras que las deficiencias en materiales de vivienda, aunque con brecha menor, deben integrarse en los planes de mejoramiento integral y vivienda rural dispersa. En síntesis, la NBI en Nariño refleja profundas desigualdades territoriales, donde el ámbito rural



concentra las mayores privaciones y donde el abordaje de servicios, hacinamiento y dependencia económica constituye la ruta prioritaria para cerrar brechas.

Figura 11. Necesidades Básicas insatisfechas Total- NBI en el departamento de Nariño

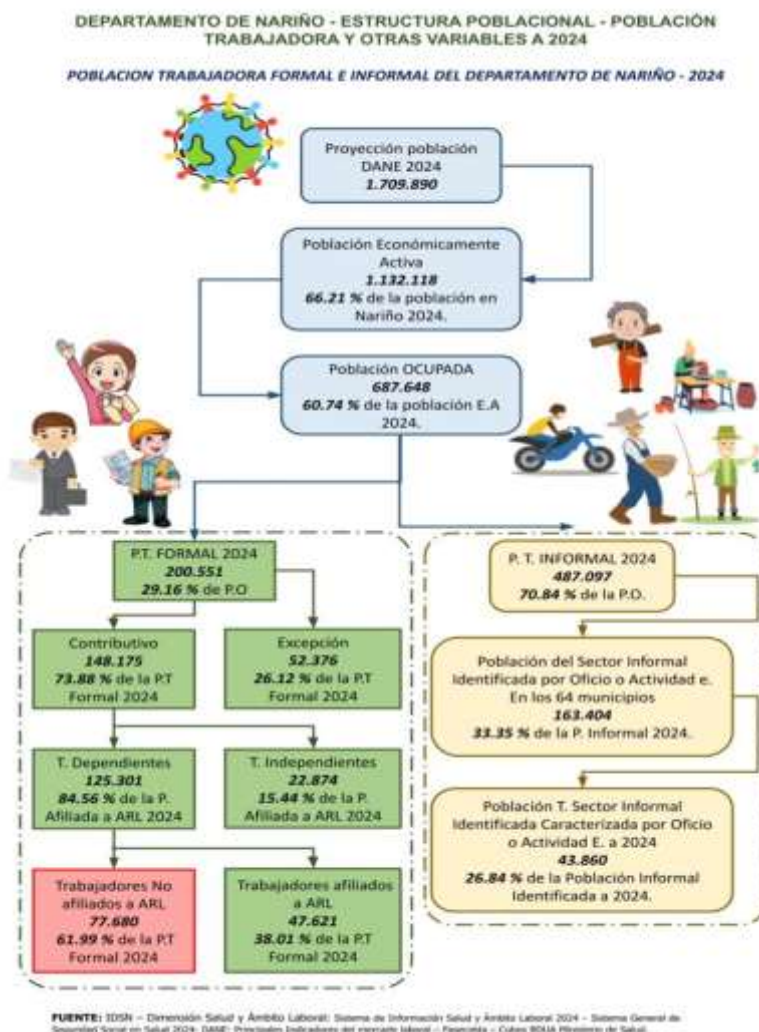


Fuente: DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018

Condiciones laborales del departamento de Nariño

El análisis laboral y poblacional de Nariño para 2024 muestra que, con una población proyectada de 1.709.890 habitantes, el 66,21 % corresponde a la población económicamente activa (1.132.118 personas), de las cuales 687.648 están ocupadas (60,74 %). El mercado laboral se caracteriza por una alta informalidad, que representa el 70,84 % de la población ocupada (487.097 trabajadores), frente al 29,16 % de empleo formal (200.551). En el sector formal predomina el régimen contributivo, aunque persiste una brecha importante en protección laboral, ya que el 61,99 % de los trabajadores formales no están afiliados a ARL. En el empleo informal, 163.404 personas han sido identificadas por oficio o actividad económica y 43.860 cuentan con una caracterización más detallada, lo que evidencia la diversidad de ocupaciones que sostienen la economía del departamento. En conjunto, los datos reflejan un mercado laboral con alta dependencia de actividades informales y la necesidad de fortalecer estrategias de formalización, protección social y mejora de condiciones laborales en los municipios con mayor informalidad.

Figura 12. Indicadores de trabajadores departamento de Nariño 2024



2.4 Cobertura de Educación

Se presentan las comparaciones de los indicadores relacionados con las coberturas de educación entre Nariño y Colombia, evidenciando que el departamento no registra valores estadísticamente superiores al promedio nacional en ninguno de los indicadores analizados. Asimismo, no se dispone de información actualizada sobre el porcentaje de hogares con presencia de analfabetismo en Nariño, lo que limita un análisis más preciso de esta condición.

Por otra parte, las coberturas en educación primaria, secundaria y media muestran, durante los dos últimos años, una tendencia descendente o un comportamiento desfavorable, lo que sugiere posibles dificultades en la permanencia y acceso al sistema educativo. Esta situación plantea retos importantes para el departamento, especialmente en términos de equidad, calidad



educativa y continuidad escolar, y resalta la necesidad de fortalecer estrategias que permitan mejorar la cobertura y reducir los factores de deserción,

Tabla 10. Coberturas de Educación, Departamento de Nariño 2022

Indicadores	Colombia	Nariño
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	9,3	11,70
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	106,51	99,22
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	109,03	103,66
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	86,15	87,66

Fuente: Ministerio de Educación Nacional. Datos Abiertos MEN. ESTADÍSTICAS SECTORIALES DE EDUCACIÓN PREESCOLAR, BÁSICA Y MEDIA.

2.5 Dinámicas de convivencia en el territorio

Se compararon los factores conductuales, psicológicos y culturales entre Nariño y el promedio nacional, basándose en diversas encuestas poblacionales. Los resultados muestran que las tasas de violencia intrafamiliar en Nariño son estadísticamente inferiores al promedio nacional, lo que representa una ventaja para el departamento. En los demás indicadores analizados, no se encontraron diferencias significativas entre Nariño y el promedio nacional. Cabe destacar que, debido a la falta de mediciones previas en algunos indicadores, no es posible determinar si han mejorado o empeorado con el tiempo. Sin embargo, se resalta como un avance importante en Nariño el aumento de la cobertura de tratamiento antirretroviral, la disminución de la transmisión materno-infantil de VIH en menores de 2 años, y el incremento en el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres.

Tabla 11. Tabla condiciones de vida, departamento de Nariño

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Nariño
Cobertura de servicios de electricidad	96,81	92,81
Cobertura de acueducto	62,17	61,87
Cobertura de alcantarillado	43,6	39,57
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	7,4	28,70
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	11,7	42,40
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	17,2	32,10

Fuente: *Índice de Cobertura de Energía Eléctrica - ICEE 201. "METODOLOGIA UPME 2019". Publicado marzo de 2021. **Censo Dane 2005 - Reporte de Estratificación y Coberturas certificado por las alcaldías al Sistema Único de Información SUI 2021



2.6 Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del departamento de Nariño.

Tabla 12. Tabla condiciones de vida, departamento de Nariño

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	99.43	87.18
Cobertura de acueducto	95.16	50.43
Cobertura de alcantarillado	89.5	23.53

Fuente: Censo Dane 2005 - Reporte de Estratificación y Coberturas certificado por las alcaldías al Sistema Único de Información SUI.

El análisis de los determinantes de la salud en Nariño evidencia avances significativos y desafíos pendientes. La cobertura de electricidad es alta, pero aún un 3.19% de la población carece del servicio. En acueducto, aunque supera el promedio nacional, más de un tercio no tiene acceso a agua potable segura. La cobertura de alcantarillado, aunque mejor que la media, sigue siendo insuficiente, afectando a más de la mitad de los habitantes.

El IRCA refleja una calidad de agua superior, pero se requiere inversión en infraestructura para garantizar su potabilidad. Además, Nariño destaca por tener un menor porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y con eliminación inadecuada de excretas, en comparación con el promedio nacional

Esto demuestra avances en saneamiento e higiene, fundamentales para la salud pública. Sin embargo, es crucial continuar mejorando el acceso a servicios básicos para cerrar las brechas existentes.



Conclusiones

- La Seguridad Alimentaria y Nutricional continúa siendo un reto estructural en Nariño. La desnutrición aguda en menores de cinco años alcanza 2,6 %, con mayor concentración en Sabana y Sanquianga. La mortalidad por desnutrición disminuyó de cinco casos en 2023 a tres en 2024, aunque sigue siendo un evento prevenible. Persisten niveles estables de bajo peso al nacer (4,5 %) y retraso en crecimiento (11–12 %), asociados a condiciones socioeconómicas precarias y barreras en la atención materna.
- La distribución del ingreso mantiene inequidades, con un coeficiente de Gini de 0,508. El mercado laboral está dominado por la informalidad, que representa el 70,84 % de la población ocupada, mientras que solo el 29,16 % corresponde al empleo formal. Entre los trabajadores formales, el 61,99 % no cuenta con afiliación a ARL, lo que evidencia brechas en protección social y exposición a riesgos laborales. La caracterización de trabajadores informales confirma la prevalencia de actividades de baja remuneración y limitada estabilidad.
- Las condiciones de vida presentan desigualdades marcadas. El NBI del departamento es de 21,59 %, con una brecha significativa entre zonas urbanas y rurales. En el rural disperso, la NBI es 64 % más alta que en cabecera, y la miseria es 2,78 veces mayor. Las carencias más frecuentes son falta de servicios públicos, hacinamiento y dependencia económica, reflejando limitaciones persistentes en infraestructura básica, habitabilidad e ingresos.
- En educación, el departamento se mantiene por debajo de los niveles de cobertura nacional y presenta estancamientos recientes en acceso y permanencia, especialmente en áreas rurales. El analfabetismo supera el promedio del país, lo que indica la necesidad de fortalecer procesos de alfabetización y estrategias de continuidad educativa.
- En determinantes intermedios, se observan avances, pero persisten brechas. La cobertura de energía eléctrica supera el 92 %, mientras que el acceso a acueducto y alcantarillado sigue siendo limitado en el ámbito rural: solo el 50,43 % cuenta con acueducto y el 23,53 % con alcantarillado. Aunque Nariño presenta menores porcentajes de hogares sin agua mejorada frente al promedio nacional, la calidad del agua sigue siendo un reto según los resultados del IRCA.
- En conjunto, Nariño presenta avances puntuales, pero mantiene brechas estructurales asociadas a pobreza, ruralidad, infraestructura limitada, informalidad laboral y desigualdad en el acceso a servicios. Estos determinantes continúan



influyendo en el perfil epidemiológico del territorio y requieren intervenciones integrales, sostenidas y focalizadas para mejorar la salud y las condiciones de vida de la población.



CAPÍTULO III.

DESENLANCES MORBIDOS Y MORTALES





CAPITULO III Análisis de morbilidad y Mortalidad

3.1 Análisis de la morbilidad

Para el análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria (ENOS), también conocidos como Eventos de Interés en Salud Pública (EISP), se utilizaron como fuentes de información los Registros de la base de datos SISPRO, la cual usa la base de datos de alto costo y del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – SIVIGILA. Para estimar las medidas de frecuencia (prevalencia o proporciones, incidencia, letalidad) y medidas de razón de prevalencia y de incidencias y la razón de letalidad junto con los intervalos de confianza al 95%, se empleó el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.

3.1.1. Principales causas de morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permitió el análisis de las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluyó todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas y las condiciones mal clasificadas.

Clasificaciones de causas morbilidad

Tabla 13. Clasificación de morbilidad por ciclos vitales departamento de Nariño 2024

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



Curso de Vida	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
	Condiciones mal clasificadas	13,71	15,37	13,40	14,84	14,94	15,53	15,56	15,97	14,49	14,38	-0,11
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,23	15,43	13,62	11,24	10,90	9,75	7,76	9,97	9,43	8,65	-0,78
	Condiciones maternas	7,44	7,24	8,03	9,39	9,47	11,38	10,76	9,89	8,87	7,31	-1,55
	Enfermedades no transmisibles	56,29	53,72	56,26	55,47	55,09	52,36	55,31	54,04	56,01	58,76	2,75
	Lesiones	8,41	9,72	9,13	9,50	9,29	10,06	9,65	10,09	10,71	10,72	0,01
	Condiciones mal clasificadas	12,62	13,89	12,96	14,39	15,25	16,45	16,51	16,01	14,98	14,56	-0,42
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,91	11,58	10,35	9,12	8,66	7,99	6,29	7,33	7,04	6,53	-0,51
	Condiciones maternas	1,61	1,45	1,69	2,06	2,04	2,45	2,48	2,31	2,00	1,85	-0,15
	Enfermedades no transmisibles	70,71	69,18	72,16	71,18	70,28	69,78	70,91	71,65	72,88	73,83	0,95
	Lesiones	6,10	6,92	6,43	6,66	6,87	7,36	7,24	7,06	7,22	7,19	-0,03
	Condiciones mal clasificadas	9,66	10,86	9,37	10,97	12,15	12,42	13,08	11,66	10,87	10,60	-0,27
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,93	6,24	5,47	4,61	4,40	3,22	2,67	3,34	3,58	3,32	-0,26
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03	0,01	0,00	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	80,63	80,63	82,89	82,68	82,79	85,07	84,13	84,36	86,05	85,89	-0,17
	Lesiones	4,46	4,88	4,56	4,54	4,25	4,20	4,49	4,06	3,57	4,18	0,60
	Condiciones mal clasificadas	7,98	8,25	7,08	8,18	8,56	7,50	8,71	8,20	6,78	6,61	-0,17

Fuente: RIPS - Cubo Morbilidad ASIS

Morbilidad por transmisibles y nutricionales.

Al observar el comportamiento histórico (2015-2024) se evidencia que existe una relación inversamente proporcional entre la edad y la carga de morbilidad por causas transmisibles.

El grupo más vulnerable es la primera infancia de (0 a 5 años), en 2015 representaban el 48,36% y aunque se observa una disminución en 2024 a 29,76%, este descenso no ha sido constante, en 2020 y 2021, coincidiendo con la pandemia por COVID-19 y las medidas de aislamiento, la morbilidad por estas causas disminuyó a 21,14%. Esto podría atribuirse a la disminución de la exposición a otros patógenos y al subregistro por temor a asistir a los prestadores de salud, sin embargo, en 2022, tras el levantamiento de medidas hubo un incremento en la incidencia atendida, logrando en 2024 retomar la tendencia descendente con una variación de -2,96 puntos porcentuales.

En la infancia (6-11 años), se observa el descenso más marcado del último periodo, pasando de un 19,86% en 2023 a un 16,08% en 2024. Esta reducción de 3,78 puntos sugiere un impacto positivo de las acciones en salud pública dirigidas a la población escolar para disminuir las enfermedades transmisibles y nutricionales.



En la adolescencia (12-18 años) y la juventud (14-26 años), la morbilidad por estas causas ya se sitúa por debajo del 10% (9,13% y 8,65% respectivamente), manteniendo una tendencia decreciente constante.

En la adultez (27-59 años) y las personas mayores, las cifras son del 6,53% y 3,32%. En estos ciclos de vida, las enfermedades infecciosas y nutricionales han sido desplazadas casi en su totalidad por las enfermedades crónicas no transmisibles.

Morbilidad perinatales y maternas

Este grupo de causas refleja el estado de la salud sexual y reproductiva, así como la calidad de la atención prenatal y neonatal en el departamento.

En las condiciones perinatales (exclusivas de la primera infancia), se observa un incremento sostenido a lo largo del tiempo, pasando de 1,57% en 2015 a 4,48% en 2024. Aunque hubo una leve reducción de -0,15 puntos porcentuales respecto a 2023, la duplicación del porcentaje en la última década sugiere la necesidad de fortalecer los controles prenatales y la atención del recién nacido en la red hospitalaria.

En cuanto a las condiciones maternas (que se presentan desde la infancia hasta las personas mayores de 60 años). En la adolescencia (12-18 años) representan el 2,22% de la morbilidad en 2024; es relevante destacar la tendencia a la baja observada desde 2021 cuanto el indicador era de 4,54%, con una reducción de 0,72 puntos porcentuales en el último año. La juventud (14 a 26 años), es el grupo con mayor carga por causas maternas, situándose en 7,31% para 2024; a pesar de ser la cifra más alta, muestra una reducción de 1,55 puntos porcentuales respecto a 2023, la mayor caída en esta categoría. En la adultez (27-59 años) la cifra se mantiene baja y estable en 1,85%, con una ligera tendencia al descenso.

En los grupos de infancia y personas mayores, la presencia de estas patologías es mínima, con porcentajes de 0,04% y 0,00% respectivamente en 2024, lo cual resulta coherente con las características biológicas propias de estas etapas de la vida.

Morbilidad por Enfermedades no transmisibles (ENT)

Estas enfermedades constituyen la principal carga de morbilidad atendida en el departamento de Nariño.

En la primera infancia (0 a 5 años) las enfermedades no transmisibles representan el 44,58% de la atención en 2024, evidenciando un incremento importante desde 2015 donde las enfermedades no transmisibles eran del 33,21%. En los grupos de infancia (6-11 años) y adolescencia (12-18 años), las ENT también evidencian una



carga importante con cifras de 61,84% y 65,68% respectivamente. El incremento de 5,06 puntos porcentuales en la infancia durante el último año (pasando de 56,79% en 2023 a 61,84% en 2024), sugiere una transición en los motivos de consulta hacia trastornos del desarrollo, salud mental o condiciones metabólicas tempranas.

En la adultez (27 a 59 años) se evidencia un incremento en la carga de enfermedad desde 2015 donde la morbilidad por ENT representaba el 70,71%, hasta alcanzar el 73,83% en 2024, lo que indica que la población en edad productiva está transitando hacia perfiles de cronicidad de forma más temprana. Esta situación supone un reto importante para la sostenibilidad financiera del sistema de salud departamental.

En las personas mayores de 60 años, estas patologías tienen la mayor prevalencia, representando el 85,89% de la morbilidad en 2024. Este valor se ha mantenido durante la última década por encima del 80%, lo que sugiere que la demanda de servicios de salud en este grupo está casi exclusivamente dirigida a la gestión de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, metabólicas y neoplásicas.

Morbilidad por Lesiones

La morbilidad derivada de lesiones presenta un comportamiento heterogéneo a lo largo del curso de vida, siendo más frecuente en las etapas de mayor actividad física, social y productiva.

En la primera infancia (0-5 años) y la infancia (6-11 años), la morbilidad derivada de lesiones se ha mantenido relativamente estable ubicándose en 5,15% y 7,39% respectivamente para el año 2024. Es relevante señalar que, en el grupo de infancia, se registró una ligera disminución de 0,34 puntos porcentuales respecto al año anterior, lo que podría indicar una mejora en los entornos de supervisión.

En la adolescencia (12-18 años) y la juventud (14-26 años), la proporción de morbilidad por lesiones alcanza sus valores más altos con 8,60% y 10,72% en 2024. Es importante destacar que la juventud es el único grupo que supera el 10%, consolidándose como la etapa de mayor riesgo.

En la adultez (27-59 años), la proporción de morbilidad por lesiones tienen a mantenerse constante situándose en 7,19% para 2024. En las personas mayores de 60 años se observa un incremento de 0,60 puntos porcentuales en el último año, llegando al 4,18%, aunque es el porcentaje más bajo entre todos los grupos de edad, este aumento sugiere una mayor incidencia de eventos como caídas, que en este grupo etario tienen un alto impacto en la funcionalidad y calidad de vida.



Morbilidad por Condiciones mal clasificadas

Las Condiciones mal clasificadas agrupan aquellos diagnósticos que, por falta de especificidad en la historia clínica o por ser síntomas y signos no definidos, no pueden ser asignados a una categoría específica del CIE-10. En el departamento de Nariño, esta categoría destaca por su elevada proporción dentro de la morbilidad.

En la primera infancia (0-5 años), las condiciones mal clasificadas representan el 16,04% en 2024, mostrando un crecimiento progresivo desde el 12,71% registrado en 2015. El hecho de que cerca del 16% de la morbilidad en niños pequeños no tenga una causa clara representa un desafío para la vigilancia epidemiológica.

En la infancia, adolescencia y juventud, los valores de morbilidad por condiciones mal clasificadas se mantienen relativamente constantes, oscilado entre el 14,38% y 14,65%. Aunque se observa una ligera mejoría en el último año con reducciones que van desde los 0,11 puntos porcentuales hasta los 0,86 puntos porcentuales, sigue siendo relevante que aproximadamente una de cada siete consultas en jóvenes se registre bajo códigos inespecíficos. Esto resalta la importancia de fortalecer los procesos de auditoría de historias clínicas y capacitación en codificación diagnóstica.

En la adultez (10,60%) y la persona mayor (6,61%), la proporción de causas mal clasificadas es menor. Especialmente en los mayores de 60 años, la precisión diagnóstica parece ser mayor, posiblemente debido a que las patologías crónicas que predominan en este grupo están mejor definidas y documentadas en el sistema.

Tabla 14. Clasificaciones de subcausas morbilidad departamento de Nariño 2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	47,94	46,60	41,77	40,47	40,90	47,25	52,52	39,47	39,73	40,30	0,56
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	45,98	47,62	52,46	53,75	53,16	46,60	38,89	53,15	52,23	49,62	-2,61
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	6,08	5,78	5,77	5,78	5,94	6,15	8,59	7,38	8,03	10,08	2,05



Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	86,43	89,17	89,90	86,65	83,86	82,71	84,22	88,43	85,34	86,23	0,89
	Condiciones derivadas durante el período perinatal (P00-P96)	13,57	10,83	10,10	13,35	16,14	17,29	15,78	11,57	14,66	13,77	-0,89
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,31	1,39	1,58	1,88	2,02	2,19	2,29	2,84	3,16	2,59	-0,57
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,17	1,14	1,28	1,32	1,32	1,15	1,40	1,90	1,86	1,71	-0,15
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,89	2,18	2,54	2,58	2,45	3,69	2,89	3,26	2,95	3,22	0,28
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,87	4,59	4,96	4,98	5,10	4,99	5,57	6,10	5,88	6,85	0,97
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9,59	10,53	12,38	13,41	15,94	16,75	17,98	13,36	17,74	15,21	-2,53
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,90	7,72	7,74	7,35	6,92	5,53	6,58	8,00	7,02	7,32	0,30
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	14,11	14,59	14,34	15,45	17,31	25,97	20,58	16,45	16,89	16,81	-0,08
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,90	4,12	3,75	3,48	3,74	3,26	3,01	3,15	2,98	2,86	-0,13
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,47	9,98	9,01	8,17	8,47	7,68	7,84	7,57	7,65	7,57	-0,08
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	12,34	12,36	11,40	10,33	9,99	8,70	9,47	9,75	8,93	9,26	0,33
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,60	5,57	4,60	4,11	4,24	3,67	3,57	3,46	3,57	3,49	-0,08
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,34	13,03	13,57	13,13	12,59	10,79	11,86	15,12	13,45	13,42	-0,03
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,50	1,62	1,73	1,57	1,53	1,17	1,61	1,26	1,16	1,05	-0,11
	Condiciones orales (K00-K14)	14,00	11,17	11,13	12,24	8,38	4,46	5,35	7,79	6,76	8,64	1,88
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-Y89, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,05	6,63	5,85	6,96	6,83	13,84	10,85	8,00	8,09	10,86	2,77
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1,42	1,75	1,75	1,71	2,11	2,19	2,18	1,90	1,66	1,49	-0,18
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,10	0,08	0,08	0,10	0,13	0,19	0,14	0,11	0,13	0,11	-0,01
	Traumatismos, envenenamientos u otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,44	91,54	92,32	91,23	90,93	83,78	86,82	90,00	90,12	87,54	-2,58
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fuente: RIPS - Cubo Morbilidad ASIS



Condiciones transmisibles y nutricionales

Las enfermedades infecciosas y parasitarias presentan un pequeño aumento, alcanzando el 40,30% en 2024. Este porcentaje refleja que la carga de morbilidad por estas causas se mantiene significativa y relativamente estable en el perfil epidemiológico del departamento.

Las infecciones respiratorias siguen siendo la principal subcausa del grupo, representando el 49,62% en 2024. A pesar de ser la cifra más alta, registra una disminución de 2,61 puntos porcentuales respecto a 2023, lo que indica una tendencia hacia la estabilización tras los picos registrados en la etapa posterior a la pandemia.

Las deficiencias nutricionales sobresalen por su magnitud, alcanzando un 10,08% en 2024. Este subgrupo ha mostrado un crecimiento constante desde 2015, cuando era de 6,08% y en el último año registró el mayor aumento dentro de su categoría, con un incremento de 2,05 puntos porcentuales. Este comportamiento refleja un retroceso en los indicadores de seguridad alimentaria que requiere intervención inmediata.

Condiciones maternas y perinatales

Las condiciones maternas constituyen la principal categoría dentro de este grupo, representando el 86,23% de la morbilidad en 2024. Este subgrupo mostró un incremento de 0,89 puntos porcentuales respecto al año anterior. Por su parte, las condiciones perinatales experimentaron una disminución interanual de 0,89 puntos porcentuales, alcanzando el 13,77% de la morbilidad registrada en 2024.

Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades cardiovasculares se mantienen como una de las principales causas de morbilidad representando el 16,81% en 2024. Aunque la variación respecto al año anterior fue mínima (0,08 puntos porcentuales), este porcentaje resalta la importancia de considerar estas patologías en la planeación de programas de riesgo cardiovascular.

Las condiciones neuropsiquiátricas si bien experimentaron una disminución de 2,53 puntos porcentuales en el último año, siguen representando el 15,21% de la morbilidad de este grupo. Este porcentaje es considerablemente superior al registrado en 2015 (9,59%), lo que evidencia una demanda creciente y persistente en salud mental.

Las enfermedades musculoesqueléticas con un 13,42%, se consolidan como un motivo de consulta frecuente, vinculado posiblemente a la naturaleza de las actividades económicas y laborales de la región y con el envejecimiento



poblacional, lo que deriva en una alta frecuencia de consultas por osteoartritis, lumbalgias y otros trastornos degenerativos.

El cáncer y las neoplasias malignas muestran una reducción de 0,57 puntos porcentuales, situándose en 2,59%.

Las enfermedades genitourinarias mantienen una frecuencia constante a lo largo del tiempo, con un incremento de 0,33 puntos porcentuales respecto al año anterior.

Las enfermedades digestivas registraron un 7,57% en 2024, manteniendo una tendencia a la baja desde 2015 (9,47%) y una ligera reducción de 0,08 puntos porcentuales en el último periodo.

Las enfermedades de los órganos de los sentidos representan un 7,32% en 2024, con un leve incremento de 0,30 puntos porcentuales.

La diabetes mellitus representa el 3,22% de la morbilidad por enfermedades transmisibles, con un aumento de 0,28 puntos porcentuales respecto al año anterior. Por su parte los desórdenes endocrinos alcanzan un 6,85%, registrando un incremento de 0,97 puntos porcentuales.

El subgrupo de condiciones orales evidencia un aumento en la demanda de servicios, pasando de un 6,76% en 2023 a un 8,64% en 2024, lo que representa un aumento de 1,88 puntos porcentuales.

Lesiones

Los traumatismos y envenenamientos continúan siendo la principal causa de atenciones por causas externas en el departamento, representando el 87,54% del total de casos en 2024. Aunque este porcentaje evidencia una reducción de 2,58 puntos porcentuales respecto al año anterior, sigue siendo la categoría predominante dentro de este grupo. La tendencia sugiere la necesidad de mantener y reforzar acciones intersectoriales orientadas a la reducción de riesgos asociados a accidentes y exposición a agentes tóxicos.

Las lesiones no intencionales registraron el incremento más alto de este grupo con 2,77 puntos porcentuales, alcanzando el 10,86%. Este aumento sugiere una mayor incidencia de accidentes de tránsito o caídas accidentales en el departamento.

Las lesiones intencionales mantienen una tendencia descendente, situándose en 1,49% en 2024, lo que representa una reducción de 0,18 puntos porcentuales respecto al año anterior.



3.1.2. Morbilidad específica salud mental

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: Trastornos mentales y del comportamiento, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, epilepsia, ansiedad y depresión.

Principales causas de morbilidad por salud mental

La carga de morbilidad por eventos de salud mental en el departamento de Nariño muestra un crecimiento sostenido en la última década, con diferencias significativas según la etapa de vida y un impacto diferenciado tras la emergencia sanitaria por COVID-19.

Tabla 15. Clasificación de morbilidad por salud mental según ciclo de vida departamento de Nariño 2015-2024

Ciclo vital	Total										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5años)	13,33	12,54	11,39	11,03	9,97	6,03	7,46	8,61	6,82	6,52	-0,30
Infancia (6 - 11 años)	25,67	28,63	25,34	24,04	21,35	13,76	12,55	12,87	12,93	14,66	1,73
Adolescencia (12 -17 años)	18,33	18,14	20,93	22,64	22,01	18,49	18,76	18,27	18,17	16,56	-1,61
Juventud (18 - 28 años)	10,36	9,03	10,01	11,15	12,65	17,82	18,96	16,22	17,57	14,99	-2,58
Adultez (29 - 59 años)	22,30	20,00	20,99	20,07	21,86	29,13	28,86	29,61	29,58	30,01	0,43
Vejez (60 años y más)	10,01	11,66	11,34	11,06	12,15	14,78	13,40	14,42	14,94	17,27	2,33

Fuente: RIPS - Cubo Morbilidad ASIS

En la primera infancia de 0 a 5 años, la proporción de estos trastornos se mantiene como la más baja del curso de vida, situándose en 6,52% para 2024, con una ligera reducción interanual de 0,30 puntos porcentuales. En contraste, durante la infancia de 6 a 11 años, se observa un aumento significativo, alcanzando el 14,66% de la morbilidad atendida en 2024. Este incremento de 1,73 puntos porcentuales respecto a 2023 sugiere una mayor identificación y registro de trastornos del desarrollo y del comportamiento en el entorno escolar.

En la adolescencia de 12 a 17 años, la carga de los trastornos mentales y del comportamiento alcanza el 16,56% en 2024. Aunque este grupo ha mostrado una disminución constante en los últimos tres años desde el valor más alto registrado en 2021 (18,76%), sigue siendo una de las etapas con mayor proporción de morbilidad, lo que refleja la vulnerabilidad propia de este periodo frente a trastornos emocionales y de adaptación.



En la juventud de 18 a 28 años, se observa la disminución más significativa del último año, con una reducción de 2,58 puntos porcentuales, situándose en 14,99% para 2024. Es relevante destacar que este grupo alcanzó su valor más alto en 2021 (18,96%), estabilizándose gradualmente en la post-pandemia.

En la adultez de 29 a 59 años, la proporción de consultas por salud mental alcanza el 30,01% en 2024, consolidando a este grupo como el que concentra la mayor demanda de servicios por trastornos mentales en el departamento de Nariño. Desde 2015 (22,30%), se observa un crecimiento sostenido, lo que refleja el impacto directo de estos trastornos en la funcionalidad y productividad de la población adulta.

En la vejez (60 años y más), se registra un incremento de 2,33 puntos porcentuales en el último año, alcanzando el 17,27% en 2024. Este es el incremento más alto de todos los cursos de vida para este periodo, lo que indica una creciente demanda de atención relacionada posiblemente con trastornos cognitivos y del estado de ánimo vinculados al envejecimiento.

Tabla 16. Clasificación de morbilidad por salud mental departamento de Nariño 2024

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Total										Δ pp 2024- 2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,31	0,27	0,60	0,66	5,30	1,38	1,02	15,29	0,24	0,05	-0,19
	Epilepsia	84,87	88,13	87,13	87,92	76,17	84,56	85,96	64,74	81,96	88,11	6,15
	Depresión	1,81	0,91	1,20	0,82	6,22	1,60	2,26	0,87	1,13	0,62	-0,51
	Ansiedad	13,01	10,68	11,08	10,59	12,31	12,46	10,77	19,10	16,67	11,22	-5,45
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,86	2,45	2,75	0,81	2,31	1,02	0,10	1,50	2,71	0,26	-2,45
	Epilepsia	60,78	59,45	60,69	58,55	49,93	52,95	40,19	45,79	34,94	50,10	15,16
	Depresión	13,00	13,05	12,64	17,44	15,77	9,22	21,62	8,28	20,38	18,05	-2,33
	Ansiedad	25,37	25,05	23,93	23,20	31,98	36,82	38,09	44,44	41,97	31,60	-10,37
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	24,52	34,80	44,06	47,25	35,78	36,87	25,61	17,35	22,97	16,70	-6,27
	Epilepsia	27,32	22,55	18,08	13,21	13,97	11,81	12,50	11,98	8,29	12,22	3,93
	Depresión	28,31	22,21	19,68	22,42	26,69	23,86	30,92	33,63	33,37	35,77	2,39
	Ansiedad	19,85	20,44	18,17	17,13	23,57	27,46	30,97	37,04	35,37	35,31	-0,06
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	11,87	17,45	25,83	29,66	31,20	32,76	33,77	29,38	27,19	21,09	-6,10
	Epilepsia	34,57	32,88	29,87	26,26	22,99	18,48	18,98	16,79	14,45	15,02	0,57
	Depresión	21,83	18,32	15,85	15,94	21,11	18,43	19,21	18,92	22,46	22,49	0,03
	Ansiedad	31,73	31,35	28,45	28,15	24,71	30,33	28,04	34,90	35,90	41,39	5,50
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,43	6,57	9,77	10,36	14,78	13,27	16,57	13,56	17,04	11,97	-5,07
	Epilepsia	38,30	41,53	35,55	31,75	28,09	26,19	25,14	23,85	20,80	17,41	-3,38
	Depresión	24,99	22,03	21,04	25,58	24,80	21,71	18,52	17,29	17,44	19,37	1,93
	Ansiedad	31,29	29,87	33,64	32,31	32,34	38,83	39,78	45,30	44,72	51,24	6,52



Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Total										Δ pp 2024- 2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,92	2,61	3,01	4,45	5,68	6,62	4,28	5,57	4,97	3,27	-1,70
	Epilepsia	31,19	30,28	31,40	25,05	25,77	20,48	21,58	25,80	34,64	34,51	-0,13
	Depresión	29,19	29,66	26,78	31,19	27,20	19,17	20,52	19,12	16,09	17,23	1,13
	Ansiedad	37,70	37,45	38,81	39,30	41,36	53,72	53,61	49,52	44,30	45,00	0,70

Fuente: RIPS - Cubo Morbilidad ASIS

En la primera infancia de 0 a 5 años, la epilepsia predomina en el perfil de morbilidad, representando el 88,11% de los casos y manteniéndose estable tras una leve disminución de 0,67 puntos porcentuales respecto a 2023. La ansiedad constituye el 11,22% de las consultas; aunque este valor disminuyó 5,45 puntos porcentuales en el último año, sigue siendo relevante para este grupo etario, lo que podría indicar una detección temprana de trastornos emocionales. Por otro lado, los trastornos por consumo de sustancias y la depresión son prácticamente inexistentes en este rango de edad (0,05% y 0,62% respectivamente).

Durante la infancia, de 0 a 11 años, la epilepsia registró un aumento considerable en el último año, pasando de 34,94% a 50,10% lo que representa un incremento de 15,16 puntos porcentuales. En contraste, la ansiedad, que fue la principal causa en 2023 (41,97%) disminuyó a 31,60% en 2024 con una reducción de 10,37 puntos porcentuales. La depresión por su parte se mantiene relativamente estable en 18,05%.

En la adolescencia, de 12 a 17 años, la depresión es la principal causa de consulta con un 35,77%, registrando un incremento de 2,39 puntos porcentuales. Este evento ha mostrado un crecimiento sostenido desde 2015 (28,31%). La ansiedad ocupa el segundo lugar con un 31,23%. Es relevante destacar que el consumo de sustancias presentó la mayor disminución en este grupo, reduciéndose en 6,27 puntos porcentuales hasta situarse en un 16,7%.

En la juventud de 18 a 28 años la ansiedad alcanza un 41,39%, con un incremento de 5,50 puntos porcentuales en el último año. En cuanto al consumo de sustancias, a pesar de haber disminuido 6,10 puntos porcentuales respecto a 2023, este grupo sigue registrando la mayor carga por consumo de todo el departamento con un 21,09%. La depresión por su parte permanece alrededor del 23%, mostrando poca variación en el periodo analizado.

En la adultez (29 a 59 años), la ansiedad destaca como el principal motivo de consulta, alcanzando el 51,24%, lo que la convierte en la única condición que representa más de la mitad de la carga de morbilidad en este grupo etario. Este indicador, además, registró el mayor aumento en la tabla, con un incremento de 6,52 puntos porcentuales. Por otro lado, tanto la epilepsia como el consumo de sustancias presentan descensos significativos (3,38 y 5,07 puntos porcentuales,



respectivamente), lo que sugiere que la demanda de atención en adultos se ha orientado casi por completo hacia problemas de salud mental, especialmente ansiedad y depresión.

En las personas adultas mayores (60 años o más), la ansiedad y la epilepsia representan la mayor parte de la carga de morbilidad. La ansiedad se posiciona como la principal causa de consulta en salud mental, alcanzando un 45,00% en 2024 y mostrando un leve aumento de 0,70 puntos porcentuales respecto al año anterior. La epilepsia, por su parte, mantiene una tendencia prácticamente constante, con una ligera disminución de 0,13 puntos porcentuales. La depresión representa el 17,23% de los casos, con un incremento de 1,13 puntos porcentuales en comparación con 2023. Finalmente, el consumo de sustancias es la causa menos frecuente en este grupo, situándose en 3,27% y registrando una reducción de 1,70 puntos porcentuales.

3.1.3. Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

Eventos precursores

El monitoreo de los eventos precursores es fundamental para la gestión del riesgo cardiovascular y la sostenibilidad del sistema de salud departamental.

Tabla 17. Morbilidad de eventos precursores.

Evento	Colombia	Nariño	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de diabetes mellitus	4,09	2,15	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	11,16	5,75	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗

Fuente: CAC-ERC

La prevalencia de Diabetes Mellitus en Nariño para el cierre de 2024 se sitúa en 2,15%, una cifra significativamente inferior al promedio nacional de 4,09%. Esta diferencia relativa de 0,52 sugiere que el departamento reporta casi la mitad de la carga esperada según el comportamiento del país. La serie histórica muestra una tendencia al incremento progresivo y sostenido desde 2016, cuando la prevalencia era de 1,0%, duplicándose hasta alcanzar el 2,1% en 2024.

El aumento observado en los últimos años (especialmente entre 2021 y 2024) no debe interpretarse necesariamente como un deterioro de la salud poblacional, sino



como una mejora en la capacidad de detección y notificación del evento en la red prestadora. No obstante, la distancia con el promedio nacional advierte sobre un posible subregistro o la necesidad de fortalecer las jornadas de tamizaje en zonas dispersas.

La Hipertensión Arterial registra una prevalencia de 5,75% frente a un 11,16% a nivel nacional. Al igual que en la morbilidad por diabetes, la diferencia relativa (0,51) indica una brecha de captación importante respecto al estándar colombiano. El evento presenta un crecimiento constante en la última década, pasando de una prevalencia de 3,5% en 2016 a un 5,8% en 2024. A diferencia de la diabetes, la HTA ha mostrado una trayectoria ascendente más estable en sus variaciones anuales.

El incremento interanual sostenido refleja una mayor adherencia a las guías de práctica clínica para la identificación de pacientes crónicos. Sin embargo, el hecho de que el indicador departamental sea casi 5 puntos porcentuales inferior al nacional plantea el desafío de identificar si existen factores protectores regionales (como estilos de vida o alimentación) o si persiste una barrera de acceso al diagnóstico oportuno en los niveles primarios de atención.



Enfermedades de alto costo

La ERC es un evento de alto costo y una de las principales complicaciones de los eventos precursores (Diabetes e Hipertensión). Su análisis permite evaluar la efectividad de la gestión del riesgo nefrológico en el departamento.

En 2024, la prevalencia de personas con necesidad de terapia de sustitución renal en Nariño se situó en 51,39%. Aunque este valor es significativamente inferior a la referencia nacional del 81,99%, la serie histórica muestra un crecimiento constante desde el 39,0% registrado en 2016.

La tasa de incidencia de casos nuevos en estadio 5 por cada 100.000 afiliados fue de 6,86 en 2024. Esta cifra se encuentra por debajo de la tasa nacional de 7,67, pero refleja un repunte tras la tendencia decreciente observada entre 2018 y 2022.

Tabla 18. Semaforización y tendencia de la enfermedad renal crónica 2016-2024

Evento	Colombia	Nariño	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.	81,99	51,39	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	7,67	6,86	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗

Fuente: CAC-ERC

La distribución de la población según el avance de la enfermedad muestra una concentración significativa en las etapas preventivas, pero también existen segmentos poblacionales importantes que se encuentran en fases avanzadas de la enfermedad.

Estadio 0 (Riesgo): Representa la base de la pirámide con 123.693 personas. Este grupo es el objetivo primordial para las intervenciones de estilos de vida saludable.

Estadios Iniciales (1 y 2): Suman 6.712 personas (1.706 en Estadio 1 y 5.006 en Estadio 2). En estas fases, el manejo farmacológico y el control estricto de la presión arterial son determinantes para evitar la progresión.

Estadio Intermedio (3): Este es el grupo con mayor volumen de pacientes ya diagnosticados con daño renal establecido, alcanzando las 11.543 personas. Representa el "punto de quiebre" donde se requiere una gestión clínica intensiva.



Estadios Avanzados (4 y 5): Se registran 1.680 personas en Estadio 4 y 876 personas en Estadio 5. Estos pacientes representan la mayor carga de morbilidad y costos para el sistema debido a la necesidad inminente o actual de diálisis o trasplante.

3.1.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

El sistema de vigilancia epidemiológica, se fundamenta en la notificación obligatoria semanal o inmediata de los eventos considerados como de vigilancia especial, (ENOS) para dicha vigilancia el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Instituto Nacional de Salud implemento el aplicativo SIVIGILA, el mismo que tiene difusión nacional y actualizaciones permanentes. La Vigilancia en el departamento de Nariño se hace en los 64 municipios desde las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) las que reciben información de 158 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de forma semanal y continua.

Tabla 19. Eventos de notificación obligatoria

EVENTOS	2025
IRA EN MENORES DE 5 AÑOS * 100 < 5 AÑOS (10)	14,778
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) * 100 < 5 Años	5,082
MALARIA TOTAL DEPARTAMENTO - IPA * 1.000 HB	942
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA * 100,000 HB	620
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO * 100.000 HAB	305
DENGUE TOTAL * 100.000 HB	110
INTENTO DE SUICIDIO * 100.000 HAB	102
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA * 1.000 NACIDOS VIVOS	125

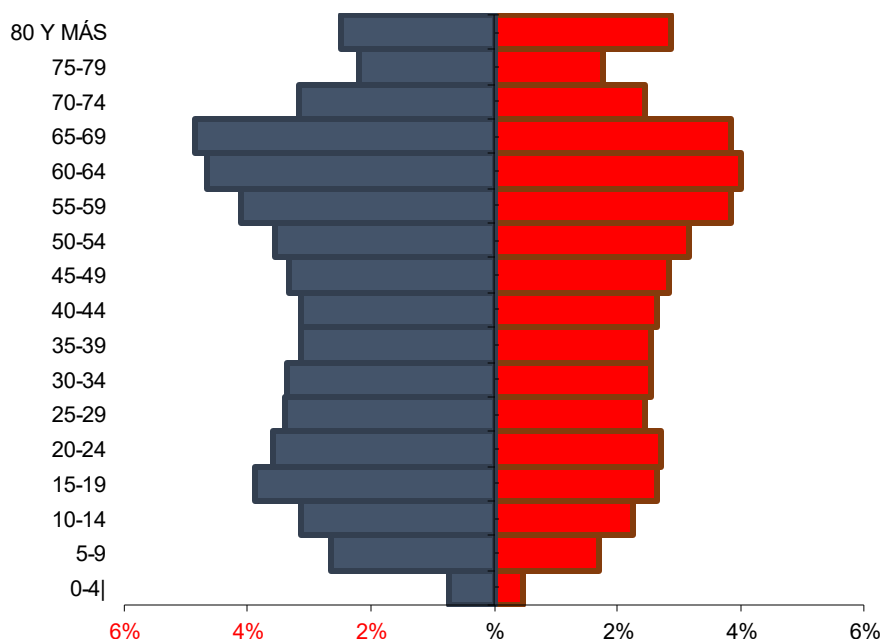
Fuente: SIVIGILA – ENOS – IDS

La tabla de vigilancia epidemiológica del Departamento de Nariño para 2025 muestra que las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años registran el mayor número de casos (14.778), seguidas por la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) con 5.082 casos, lo que evidencia una alta carga de enfermedad transmisible en la primera infancia y posibles condiciones asociadas a factores ambientales y de saneamiento. Entre las enfermedades transmitidas por vectores, la malaria presenta 942 casos, superando ampliamente al dengue con 110 casos, lo que sugiere mayor impacto en zonas con presencia del vector. Se reportan además 620 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, lo que indica la necesidad de fortalecer acciones de prevención y control, mientras que las violencias de género (305 casos) y los intentos de suicidio (102 casos) reflejan una problemática social y de salud mental relevante. Finalmente, la morbilidad materna extrema registra 125 casos, evento



de alta gravedad que requiere seguimiento continuo3.1.6. Análisis de la población con discapacidad

Figura 13. Pirámide de la población en condición de discapacidad



Fuente Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

La pirámide de discapacidad del departamento de Nariño muestra que la mayor concentración de personas con discapacidad se encuentra en los grupos de edad adulta y adulta mayor, especialmente entre los 50 y 69 años, manteniéndose alta en los rangos de 70 años y más, lo que evidencia una fuerte relación entre envejecimiento y discapacidad; en edades tempranas (0–14 años) la proporción es considerablemente menor, indicando que predominan las condiciones adquiridas a lo largo del ciclo de vida más que las congénitas, y en cuanto al sexo, aunque en edades jóvenes la distribución es relativamente equilibrada, en los grupos de mayor edad se observa una mayor presencia de mujeres, lo que puede explicarse por su mayor esperanza de vida.



Tabla 20. Tipos de discapacidad departamento de Nariño 2025

Categoría Discapacidad	Hombres	Proporción Hombres**	Mujeres	Proporción Mujeres**
Física	3,848	29.64	4,546	28.23
Visual	1,065	8.20	1,518	9.43
Auditiva	893	6.88	1,054	6.55
Intelectual	2,594	19.98	3,285	20.40
Psicosocial (Mental)	1,934	14.90	2,398	14.89
Sordoceguera	17	0.13	21	0.13
Múltiple	2,632	20.27	3,279	20.37
Total	12,983		16,101	

Fuente Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

La tabla muestra que la discapacidad física es la más frecuente en ambos sexos, con 3.848 hombres (29,64%) y 4.546 mujeres (28,23%), seguida de la discapacidad múltiple (20,27% en hombres y 20,37% en mujeres) y la intelectual (19,98% y 20,40%, respectivamente), lo que indica una distribución bastante similar entre géneros en estas categorías; en contraste, la discapacidad visual y la psicosocial (mental) presentan mayor proporción en mujeres (9,43% y 14,89%) que en hombres (8,20% y 14,90% aproximadamente), mientras que la auditiva es ligeramente más alta en hombres (6,88% frente a 6,55%); la sordoceguera es la menos frecuente en ambos casos (0,13%); en términos absolutos, el total de mujeres registradas (16.101) supera al de hombres (12.983), y dado que una persona puede presentar más de una discapacidad, las proporciones no suman 100%, lo que sugiere coexistencia de múltiples condiciones en una parte de la población analizada.



Conclusiones

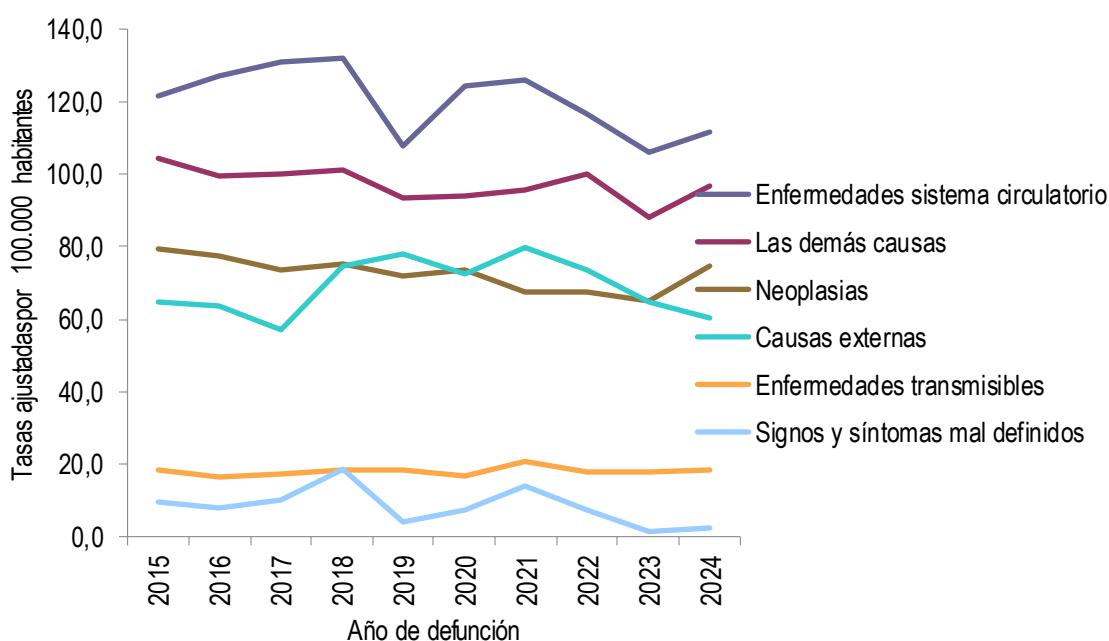
- Las enfermedades no transmisibles (ENT) se consideran la principal carga de enfermedad, representando el 85,89% de la morbilidad en adultos mayores y superando el 60% desde la etapa escolar (6-11 años).
- Se observa una disminución sostenida en la incidencia de enfermedades infecciosas; no obstante, en la primera infancia (0 a 5 años) estas patologías continúan teniendo un peso significativo, ya que representan el 29,76% de la demanda de atención en salud.
- El departamento experimenta una transición hacia trastornos del afecto y la ansiedad. La ansiedad se posiciona como el evento predominante en adultos (51,24%) y personas mayores (45,00%), mientras que la depresión alcanza su pico de prevalencia en la adolescencia con un 35,77%.
- Se identifica un aumento atípico y significativo en la atención por epilepsia en el ciclo de infancia (6-11 años), con un incremento de 15,16 puntos porcentuales, llegando a representar el 50,10% de la morbilidad específica de este grupo.
- Dentro de los subgrupos de causas transmisibles, las deficiencias nutricionales muestran un incremento de 2,05 puntos porcentuales (alcanzando el 10,08%), señalando un deterioro en la seguridad alimentaria departamental que impacta directamente en el desarrollo infantil.
- El nivel de condiciones mal clasificadas en menores de 5 años (16,04%) representa un sesgo de información persistente que limita la precisión en la identificación de la causa básica de consulta, requiriendo planes de mejora en la codificación diagnóstica (CIE-10).



3.2 Análisis de la mortalidad

Para el análisis de mortalidad se tomó como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis se desagregó por el periodo comprendido de 2015 hasta el 2024, último año disponible de cifras oficiales de defunciones. El análisis de mortalidad general por grandes causas se realizó por la estimación y ajuste de tasa por edad según el método directo

Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada por edad x 100.000 habitantes departamento de Nariño, 2015 – 2024



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO

Durante el periodo de análisis comprendido entre 2015 y 2024, las enfermedades del sistema circulatorio se han mantenido como la principal causa de mortalidad en el departamento de Nariño. En 2015, la tasa de mortalidad ajustada por edad fue de 121,60 por cada 100.000 habitantes, alcanzando su valor máximo en 2018 con 131,98. Posteriormente, se registró un descenso atípico en 2019; sin embargo, durante los años correspondientes a la emergencia sanitaria por COVID-19, la tasa volvió a incrementarse, situándose en 125,76 en 2021.

Es relevante señalar que, tras una reducción significativa en 2023, cuando la tasa descendió a 106,01, al cierre de 2024 se observa un nuevo aumento, alcanzando 111,52 por cada 100.000 habitantes. Este comportamiento evidencia una



reactivación de los riesgos cardiovasculares en la población, lo que subraya la necesidad de priorizar la prevención y el control de estas patologías en las agendas de salud pública departamental.

Entre 2018 y 2023, el departamento de Nariño logró una reducción sostenida en la mortalidad por neoplasias, alcanzando su punto más bajo en 2023 con 65 muertes por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, en 2024 se observa un cambio de tendencia, la tasa aumentó a 74,69, lo que representa un incremento significativo y una alerta para el sistema de salud. Este repunte podría estar relacionado con diagnósticos oncológicos tardíos, posiblemente derivados de retrasos en la detección durante años previos.

En contraste, la mortalidad por causas externas (accidentes, homicidios y suicidios) presenta una tendencia descendente sostenida. Tras alcanzar un máximo de 79,76 muertes por cada 100.000 habitantes en 2021, la tasa ha disminuido de manera continua, cerrando 2024 en 60,55, el valor más bajo registrado durante el periodo analizado.

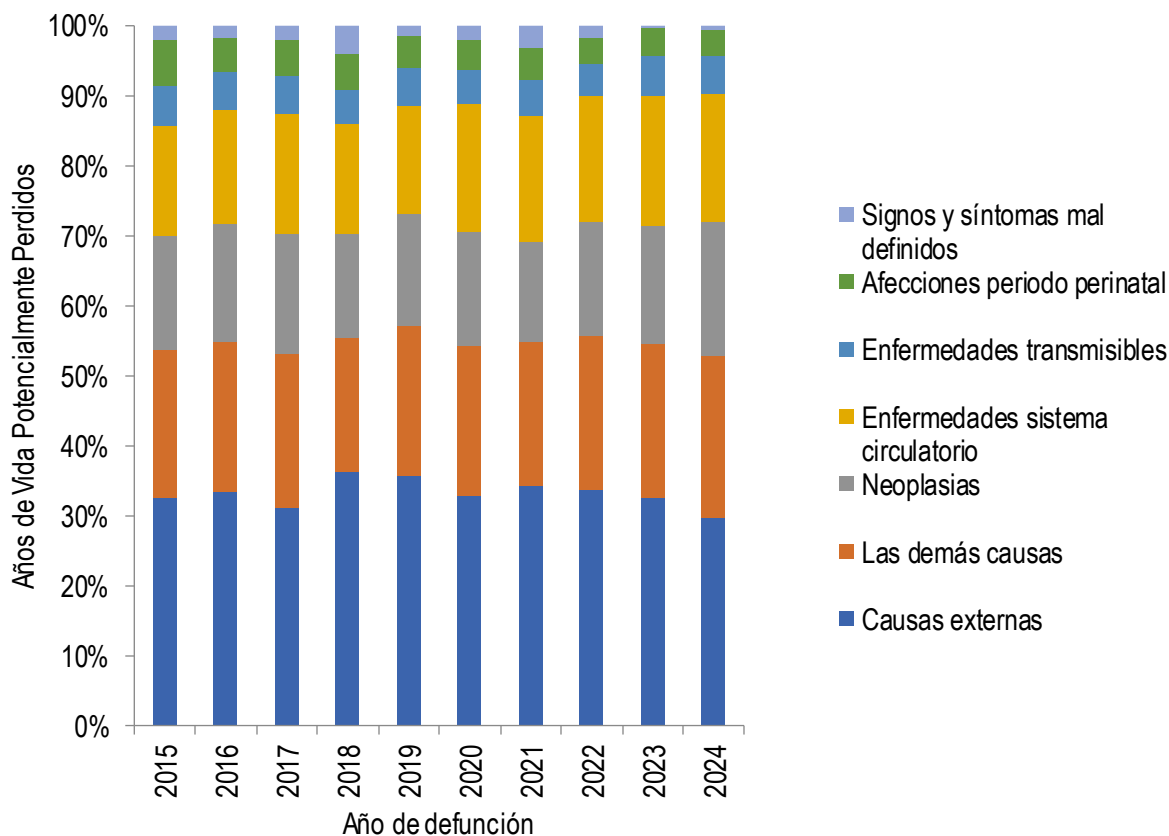
En el departamento de Nariño, la mortalidad por enfermedades transmisibles ha mostrado una estabilidad relativa durante el periodo analizado, con tasas que no superan los 21 casos por cada 100.000 habitantes. Este comportamiento sugiere un control sostenido de estas patologías, a pesar de los retos geográficos y sociales que enfrenta la región.

Un aspecto relevante en materia de vigilancia epidemiológica es la reducción significativa en la categoría de signos y síntomas mal definidos como causa de defunción. Mientras que en 2018 este indicador alcanzaba un valor de 18,59, para el año 2024 se redujo a 2,47. Esta disminución constituye un indicador directo de la mejora en la calidad de los registros y en la capacidad diagnóstica del personal de salud para certificar con mayor precisión las causas básicas de defunción.

3.2.1. Años de Vida Potencialmente Perdidos

El análisis de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) permite dimensionar el impacto de la mortalidad desde una perspectiva de prematuridad, priorizando aquellas causas que afectan a los grupos poblacionales más jóvenes del departamento. A diferencia de la tasa de mortalidad general, este indicador revela que la mayor pérdida de capital humano y esperanza de vida en Nariño no deriva de los procesos naturales de envejecimiento, sino de eventos evitables y patologías de aparición temprana que truncan el ciclo vital antes de alcanzar la expectativa de vida departamental.

Figura 15. Años de vida potencialmente perdidos por grandes causas total



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO

Durante el periodo 2015-2024, las causas externas se han consolidado como el principal factor determinante en la modificación de la estructura demográfica del departamento de Nariño. En 2015, estas causas representaron una pérdida de 47.084 años de vida potencialmente perdidos (AVPP), alcanzando su máximo en 2018 con 57.946 AVPP. Aunque en los últimos tres años se observa una tendencia a la reducción, cerrando 2024 con 43.103 años perdidos, las causas externas continúan encabezando la carga de mortalidad prematura en la región.

Este comportamiento resalta la persistencia de factores de riesgo asociados a la violencia, los accidentes de tránsito y otras causas no naturales, que afectan de manera desproporcionada a la población joven. La magnitud de esta problemática subraya la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control, así como de priorizar intervenciones intersectoriales orientadas a reducir la exposición a estos riesgos en los grupos poblacionales más vulnerables.



Un hallazgo de alta relevancia epidemiológica es la evolución de las neoplasias en relación con la mortalidad prematura en el departamento. En 2015, los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por cáncer se situaban en 23.862, para el cierre de 2024, esta cifra aumentó a 27.621 años perdidos. Este incremento absoluto posiciona a las neoplasias por encima de las enfermedades del sistema circulatorio, que en 2024 registraron 26.630 AVPP. Este fenómeno indica que, si bien las enfermedades circulatorias continúan siendo responsables de un mayor número de muertes en términos absolutos, el cáncer está generando defunciones a edades más tempranas en el departamento de Nariño. Esta situación resalta la necesidad de revisar y fortalecer los programas de detección oportuna y el acceso a tratamiento oncológico, con el objetivo de reducir la carga de mortalidad prematura asociada a las neoplasias.

Las afecciones del periodo perinatal han logrado una reducción sostenida, pasando de 9.770 AVPP en 2015 a 5.527 en 2024, lo que sugiere una mejora en la resolutivez de los servicios de atención neonatal.

Un aspecto fundamental para la vigilancia epidemiológica es la notable reducción en la categoría de signos y síntomas mal definidos como causa de defunción. En 2018, este indicador alcanzó un valor de 18.59; para el año 2024, se ha logrado disminuirlo a 2.47. Esta reducción significativa es un indicador directo de la mejora en la calidad de los registros y en la capacidad diagnóstica del personal de salud para certificar con mayor precisión las causas básicas de defunción.

3.2.2. Mortalidad específica por subgrupo

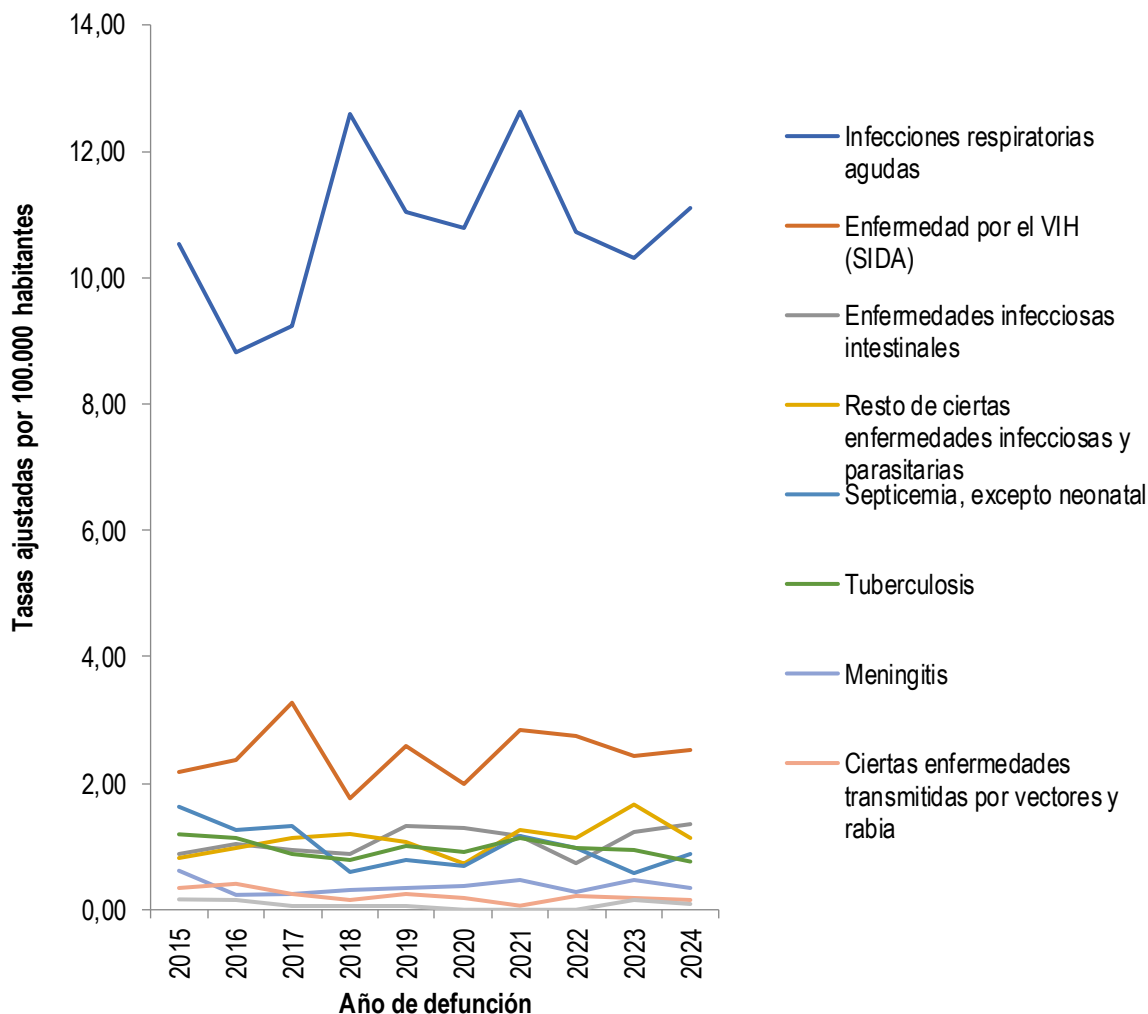
Se realizó un análisis más detallado para identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grupos de mortalidad de las enfermedades transmisibles; neoplasias (tumores); enfermedades del sistema circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas; todas las demás causas y síntomas, signos y afecciones mal definidas. Se analizó la magnitud y tendencia de las tasas ajustadas por edad para las enfermedades transmisibles y se identificó las que mayor peso tienen dentro del grupo.

Mortalidad por Enfermedades transmisibles

Dentro del grupo de enfermedades transmisibles, el comportamiento de la mortalidad en Nariño está determinado principalmente por las patologías respiratorias, las cuales mantienen una magnitud significativamente superior al resto de los subgrupos analizados.



Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades transmisibles por 100.000 habitantes, Lista 6/67 OMS-OPS del departamento de Nariño, 2015 a 2024



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO

Durante el periodo analizado, las Infecciones Respiratorias Agudas han representado la mayor carga de mortalidad dentro del grupo de enfermedades transmisibles en el departamento de Nariño. La tasa ajustada por edad mostró una tendencia fluctuante, con incrementos significativos en 2018 (12,58 muertes por cada 100.000 habitantes) y 2021 (12,63 muertes por cada 100.000 habitantes). En 2023 se evidencia un ligero descenso en la tasa de mortalidad (10,32 muertes por cada 100.000 habitantes), sin embargo, en 2024 se evidencia un incremento, situando la tasa en 11,11 muertes por cada 100.000 habitantes. Este comportamiento consolida a las infecciones respiratorias agudas como el evento transmisible de mayor impacto en la salud pública departamental.



La enfermedad por VIH/SIDA es la segunda causa de muerte por eventos transmisibles en el departamento de Nariño. Se observa una tendencia general al aumento; mientras que en 2015 la tasa se ubicaba en 2,17 muertes por cada 100.000 habitantes, en 2024 se registra una tasa de 2,54 muertes por cada 100.000 habitantes. Es importante destacar que el punto máximo de mortalidad por esta causa se presentó en 2017 con una tasa de 3,28 muertes por cada 100.000 habitantes, seguido de un comportamiento relativamente estable con variaciones menores en los últimos tres años.

La mortalidad de las enfermedades infecciosas intestinales presenta una tendencia creciente en los últimos tres años, pasando de 0,74 muertes por cada 100.000 habitantes en 2022 a 1,35 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024, lo que sugiere desafíos persistentes en saneamiento básico y seguridad alimentaria.

La mortalidad por Tuberculosis ha logrado una reducción progresiva y sostenida a lo largo del periodo, descendiendo de una tasa de 1,19 muertes por cada 100.000 habitantes en 2015 a su punto más bajo de 0,76 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024.

La mortalidad por sepsis evidencia una reducción importante respecto a los niveles de 2021 (1,18 muertes por cada 100.000 habitantes), estabilizándose en 0,87 muertes por cada 100.000 habitantes para el cierre de 2024.

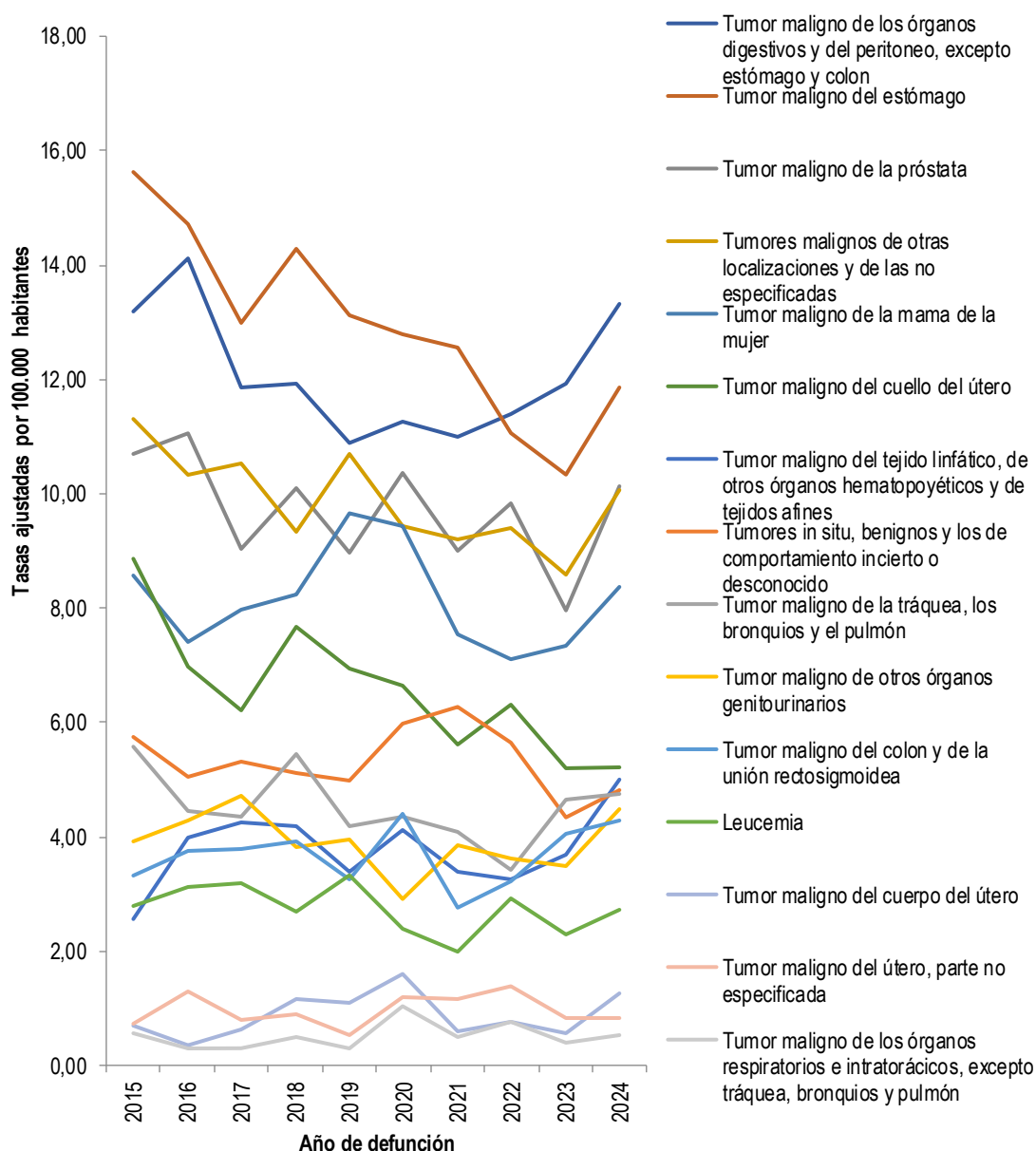
Las enfermedades inmunoprevenibles y transmitidas por vectores mantienen las tasas de mortalidad más bajas del departamento, en 2024 se sitúan en 0,10 y 0,16 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente, reflejando la efectividad de los programas de vacunación y control de vectores en la región.

Mortalidad por Neoplasias

El análisis detallado de las neoplasias según los subgrupos de la lista 6/67 de la OPS revela que la carga oncológica en el departamento de Nariño está fuertemente concentrada en el tracto digestivo, aunque se identifican patrones relevantes en otros sistemas que explican el incremento general observado en la tasa ajustada al cierre de 2024.



Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada para las neoplasias por 100.000 habitantes, Lista 6/67 OMSOPS del departamento de Nariño, 2015 a 2024



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO

Las neoplasias del sistema digestivo representan la principal causa de muerte por cáncer en el departamento de Nariño.

El tumor maligno de estómago históricamente ha sido la principal causa de muerte por cáncer en el departamento de Nariño. Tras una tendencia hacia el descenso



desde 2015 (15,63 muertes por cada 100.000 habitantes) hasta su punto más bajo en 2023 (10,33 muertes por cada 100.000 habitantes), en 2024 se evidencia un incremento hasta alcanzar una tasa de 11,86 muertes por cada 100.000 habitantes.

Los tumores de los órganos digestivos y peritoneo (exceptuando estómago y colon) se consolidaron en 2024 como la causa de mortalidad con mayor tasa ajustada, alcanzando 13,31 muertes por cada 100.000 habitantes, evidenciando un incremento significativo respecto a 2023 (11,91 muertes por cada 100.000 habitantes), retomando valores similares a los registrados al inicio del decenio.

Los tumores malignos de colon y de la unión rectosigmoidea muestran una tendencia ascendente pasando de 3,33 muertes por cada 100.000 habitantes en 2015 a 4,29 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024, lo que sugiere una transición en los factores de riesgo dietéticos y de estilo de vida en la población.

El tumor maligno de la mama de la mujer registró un aumento en el último año, pasando de 7,33 muertes por cada 100.000 mujeres en 2023 a 8,38 muertes por cada 100.000 mujeres en 2024, alcanzando niveles no vistos desde 2019. En cuanto al tumor maligno del cuello del útero se evidencia una tasa de 5,23 muertes por cada 100.000 mujeres en 2024, aunque es una tasa inferior a la de mama, su persistencia es un indicador de la necesidad de fortalecer los programas de tamizaje citológico y vacunación contra VPH en el departamento.

El tumor maligno de próstata se consolida como una de las principales causas de mortalidad específica en la población masculina del departamento. En 2024, la tasa ajustada alcanzó 10,12 muertes por cada 100.000 hombres, lo que representa un incremento significativo respecto a 2023, año en el que se registró una tasa de 7,96 por cada 100.000 hombres. Este aumento revierte la tendencia descendente observada en los años previos y sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de tamizaje, diagnóstico temprano y acceso a tratamiento oportuno para esta patología oncológica.

La mortalidad por tumores del tejido linfático y órganos hematopoyéticos muestra un crecimiento relevante en 2024, con un incremento de 5,00 muertes por cada 100.000 habitantes frente a la tasa registrada en 2023 de 3,70 muertes por cada 100.000 habitantes. La mortalidad por leucemia también evidencia un incremento con una mortalidad de 2,73 casos por cada 100.000 habitantes.

Los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón registran una tasa de mortalidad de 4,76 por cada 100.000 habitantes en 2024. Este indicador ha mostrado una estabilidad relativa, con ligeras variaciones al alza durante los últimos tres años, lo que sugiere la necesidad de mantener la vigilancia epidemiológica y fortalecer las estrategias de prevención y control en este grupo de patologías.

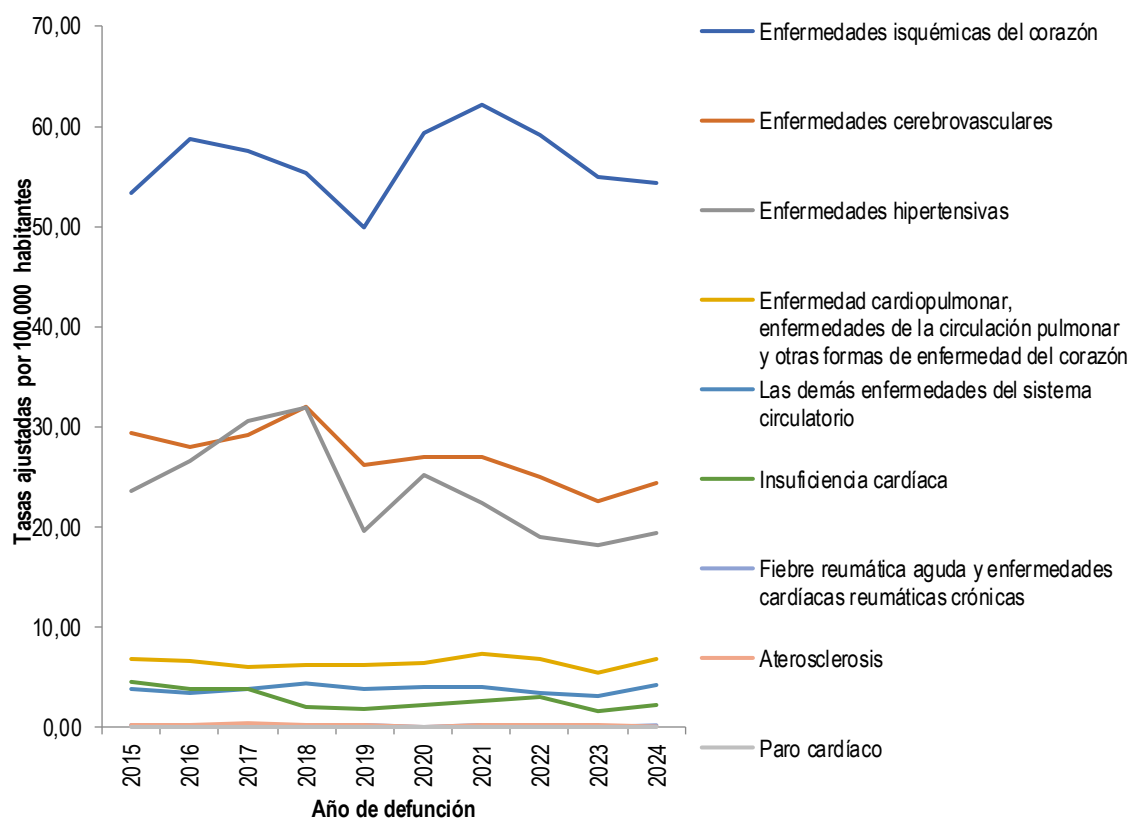


Los tumores de localización no especificada u otras localizaciones mantienen una tasa elevada de 10,05 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024, lo que representa un incremento respecto a la tasa registrada en 2023 (8,58 por cada 100.000 habitantes). Este valor persistentemente alto suele estar asociado a limitaciones en la precisión diagnóstica histopatológica primaria, lo que subraya la necesidad de fortalecer los procesos de diagnóstico y clasificación oncológica en el departamento de Nariño.

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la principal causa de defunción en el departamento, representando la mayor carga de mortalidad por tasas ajustadas durante todo el periodo de estudio. El análisis detallado de este grupo revela que la mortalidad cardiovascular en Nariño está determinada principalmente por la patología isquémica y los eventos cerebrovasculares, con variaciones relevantes en los últimos años.

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades del sistema circulatorio por 100.000 habitantes, Lista 6/67 OMS-OPS del departamento de Nariño, 2015 a 2024.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO



Las enfermedades isquémicas del corazón continúan representando la principal causa de mortalidad dentro del grupo de patologías circulatorias en el departamento de Nariño. Tras alcanzar un máximo histórico en 2021, con una tasa de 62,13 muertes por cada 100.000 habitantes, se observa una tendencia hacia la estabilización en los años posteriores. Al cierre de 2024, la tasa se ubicó en 54,40 por cada 100.000 habitantes, lo que constituye una leve disminución respecto a 2023 (54,96 por cada 100.000 habitantes). No obstante, las enfermedades isquémicas del corazón siguen siendo responsables de aproximadamente el 50% de la mortalidad total atribuible al sistema circulatorio en la región.

Las enfermedades cerebrovasculares representan la segunda causa de mortalidad dentro del grupo de patologías circulatorias en el departamento. Este subgrupo ha mostrado fluctuaciones recientes, registrando su valor más bajo en 2023 con una tasa de 22,54 muertes por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, en 2024 se observa un incremento significativo, alcanzando una tasa de 24,32 muertes por cada 100.000 habitantes.

Las enfermedades hipertensivas constituyen un componente fundamental de la mortalidad cardiovascular en Nariño, no solo por su impacto directo en la letalidad, sino también por su papel como factor determinante en la génesis de eventos isquémicos y cerebrovasculares. Tras un periodo inicial de incremento que alcanzó su máximo en 2018, con una tasa ajustada de 31,89 muertes por cada 100.000 habitantes, se observa una tendencia descendente sostenida. Esta reducción fue especialmente marcada en 2019, cuando la tasa disminuyó a 19,52 muertes por cada 100.000 habitantes, y continuó de manera gradual hasta registrar en 2023 el valor más bajo del decenio, con 18,15 muertes por cada 100.000 habitantes, sin embargo, en 2024 se evidencia un incremento de la tasa de mortalidad a 19,40 muertes por cada 100.000 habitantes.

Las enfermedades cardiovasculares y otras formas de enfermedad del corazón registraron un incremento de la tasa de mortalidad en el último año pasando de 5,42 por cada 100.000 habitantes en 2023 a 6,85 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024, alcanzando niveles similares a los del periodo 2021-2022.

La insuficiencia cardíaca tras un periodo de tasas mínimas entre 2018 y 2020, este indicador ha mostrado un crecimiento progresivo en el último cuatrienio, cerrando 2024 con una tasa de 2,16 muertes por cada 100.000 habitantes.

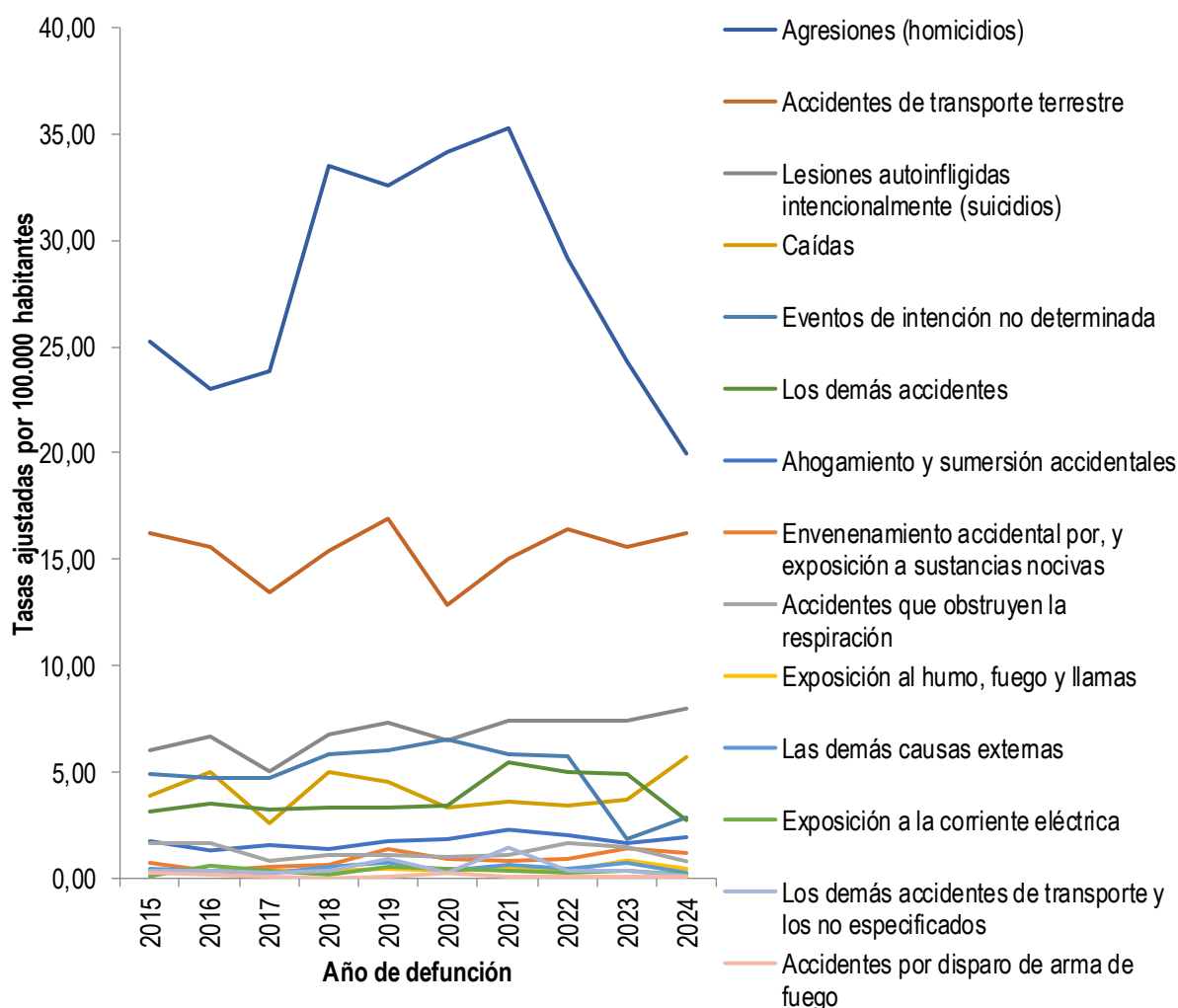
Las demás enfermedades del sistema circulatorio presentan un repunte notable en 2024, alcanzando una tasa de 4,17 muertes por cada 100.000 habitantes, el valor más alto registrado desde 2018.



Mortalidad por Causas externas

Como se ha descrito previamente, las causas externas representan el grupo con mayor impacto en la pérdida de años potenciales de vida en el departamento de Nariño, debido a su incidencia directa sobre la población joven. Al realizar la desagregación técnica de este grupo, se observan dinámicas opuestas entre la violencia interpersonal y los eventos accidentales al cierre de 2024.

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por causas externas por 100.000 habitantes, Lista 6/67 OMS-OPS del departamento de Nariño, 2015 a 2024



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO

Las agresiones constituyen el subgrupo de mayor impacto dentro de la mortalidad por causas externas en el departamento de Nariño, aunque se observa una tendencia descendente en los últimos tres años, tras alcanzar un máximo relevante en 2021 con una tasa ajustada de 35,27 muertes por cada 100.000



habitantes, la mortalidad por homicidios ha disminuido progresivamente hasta situarse en 19,97 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024. Esta reducción de más de 15 puntos en tres años representa el avance más significativo en materia de seguridad humana y salud pública para el departamento durante el periodo analizado.

A diferencia de la tendencia descendente observada en la mortalidad por homicidios, la mortalidad asociada a accidentes de transporte terrestre muestra una persistencia relevante y un incremento moderado al cierre del periodo analizado. En 2024, la tasa se ubicó en 16,28 muertes por cada 100.000 habitantes, superando el registro de 2023 (15,56 muertes por cada 100.000 habitantes) y retornando a valores similares a los de 2022 (16,43 muertes por cada 100.000 habitantes). Esta subcausa se mantiene como la segunda principal causa de mortalidad externa, lo que evidencia desafíos estructurales en materia de seguridad vial y la persistencia de comportamientos de riesgo en las vías del departamento.

Las lesiones autoinfligidas presentan una tendencia ascendente sostenida desde 2017. En 2024, la tasa alcanzó su valor máximo en la última década, situándose en 7,98 muertes por cada 100.000 habitantes. Este incremento continuo, iniciado en 2020 cuando la tasa era de 6,48 muertes por cada 100.000 habitantes, evidencia una problemática creciente en salud mental que demanda intervenciones urgentes y focalizadas desde el ámbito de la salud pública.

La mortalidad por caídas también registró un incremento atípico en el último año, pasando de una tasa de 3,73 muertes por cada 100.000 habitantes en 2023 a 5,70 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024, la cifra más alta reportada en la serie histórica.

Los eventos de intención no determinada registraron un incremento a 2,89 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024, tras haber logrado su nivel más bajo en 2023 donde se registró una tasa de 1,85 muertes por este evento por cada 100.000 habitantes.

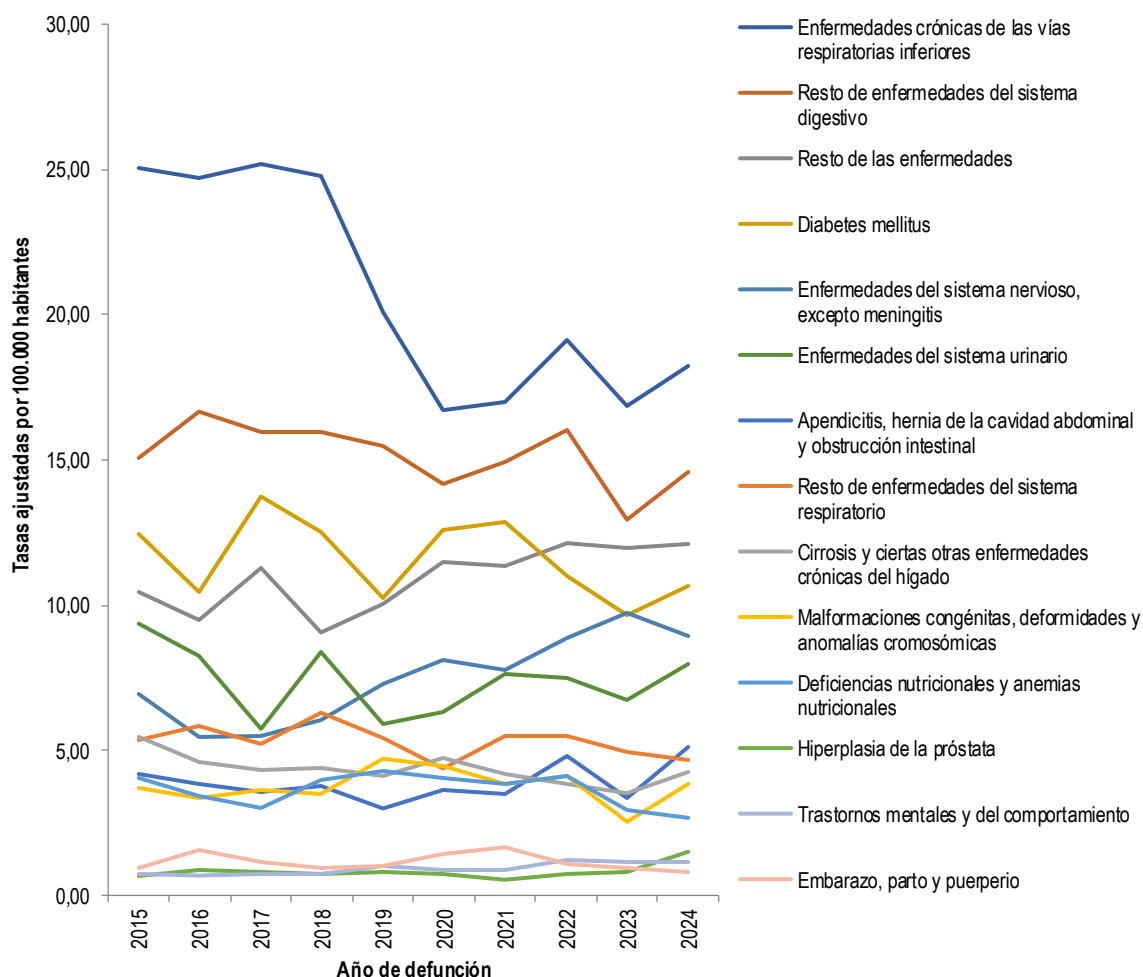
La tasa de mortalidad por ahogamiento y sumersión accidentales se incrementó a 1,94 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024, mostrando una fluctuación moderada respecto a los años previos.

La mortalidad por accidentes que obstruyen la respiración presentó una disminución importante, reduciendo su tasa a 0,80 muertes por cada 100.000 habitantes, la cifra más baja del periodo analizado.



Mortalidad demás causas

Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por demás causas por 100.000 habitantes, Lista 6/67 OMS-OPS del departamento de Nariño, 2015 a 2024



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO

La mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores persiste como la principal causa de defunción dentro del subgrupo de "otras enfermedades". Si bien se evidenció una reducción significativa en las tasas de mortalidad durante el periodo 2015-2018, con promedios cercanos a 25,0 muertes por cada 100.000 habitantes, para el cierre de 2024 se observa un incremento, alcanzando una tasa de 18,24 muertes por cada 100.000 habitantes, en comparación con las 16,85 muertes por cada 100.000 habitantes reportadas en 2023. Este comportamiento epidemiológico indica la persistencia de factores de riesgo ambientales, especialmente la exposición crónica al humo de leña en zonas



rurales del departamento, lo que subraya la necesidad de fortalecer las intervenciones en salud pública orientadas a la mitigación de estos determinantes ambientales.

La mortalidad atribuible a diabetes mellitus exhibe una tendencia oscilante, manteniéndose en niveles de relevancia epidemiológica. Tras registrar una reducción en 2023, con una tasa de 9,65 defunciones por cada 100.000 habitantes, en 2024 se observa un incremento a 10,63 muertes por cada 100.000 habitantes. Este comportamiento posiciona a la diabetes mellitus como un evento centinela para la vigilancia de los determinantes asociados a estilos de vida y patrones alimentarios en la región, subrayando la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

En paralelo, las enfermedades del sistema digestivo muestran un aumento significativo en la tasa de mortalidad, alcanzando 14,55 muertes por cada 100.000 habitantes al cierre de 2024. Este dato revierte la tendencia descendente observada el año anterior, lo que sugiere la presencia de factores de riesgo persistentes y la importancia de reforzar las intervenciones en salud pública orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de estas patologías.

Durante el periodo 2015-2024, la mortalidad atribuible a enfermedades del sistema nervioso, excluyendo meningitis, ha evidenciado una tendencia ascendente sostenida. La tasa de mortalidad ajustada se incrementó de 6,90 defunciones por cada 100.000 habitantes en 2015, alcanzando un máximo de 9,73 por cada 100.000 habitantes en 2023. Para el año 2024, se observa una leve reducción, situándose en 8,96 muertes por cada 100.000 habitantes.

En relación con la mortalidad por enfermedades del sistema urinario, se observa en 2024 una tasa de 7,98 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que representa un incremento respecto a los dos años previos (7,51 y 6,71 muertes por cada 100.000 habitantes en 2023 y 2022, respectivamente). Este aumento progresivo sugiere una tendencia ascendente en la carga de mortalidad asociada a patologías del sistema urinario, lo cual puede estar vinculado tanto a factores demográficos como a posibles deficiencias en la detección temprana, el acceso a servicios especializados y la gestión integral de enfermedades crónicas renales y urológicas.

En 2024, la mortalidad atribuida a apendicitis, hernia y obstrucción intestinal registró un incremento significativo, alcanzando una tasa de 5,11 defunciones por cada 100.000 habitantes, la mayor tasa de todo el periodo analizado (2015-2024). Dado que estas patologías constituyen emergencias quirúrgicas que requieren intervención oportuna, este aumento podría estar asociado a limitaciones en el acceso y la oportunidad de la atención quirúrgica, lo que sugiere la existencia de barreras estructurales en la red de servicios de salud para la resolución adecuada de casos agudos.



La mortalidad atribuible a deficiencias nutricionales y anemias registró en 2024 su nivel más bajo de la última década, con una tasa de 2,67 defunciones por cada 100.000 habitantes. En contraste, la mortalidad por malformaciones congénitas, que había experimentado una reducción significativa en 2023, mostró un incremento en 2024, alcanzando una tasa de 3,84 muertes por cada 100.000 habitantes.

La mortalidad asociada a hiperplasia prostática presentó un incremento notable, duplicando su tasa anual al pasar de 0,79 muertes por cada 100.000 habitantes en 2023 a 1,50 muertes por cada 100.000 habitantes en 2024.

3.2.3. Mortalidad materna infantil y en la niñez

Mortalidad en menores de un año

La principal causa de muertes en menores de un año son las afecciones originadas en el periodo neonatal. En 2024, la tasa se situó en 5,97 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa un incremento respecto a 2023 donde se evidencio una mortalidad de 5,39 casos por cada 1.000 nacidos vivos y el valor más alto registrado en los últimos siete años.

La mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas constituyen la segunda causa de mortalidad infantil en el departamento de Nariño. Al cierre de 2024, la tasa ascendió significativamente a 3,25 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, superando el promedio histórico de la década.

La mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio ha mostrado una reducción notable a largo plazo, pasando de una tasa de 1,00 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2015 a 0,18 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2024.

La mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas registró una tasa de 0,26 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2024, reduciéndose a la mitad frente al pico observado en 2023 de 0,56 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

La mortalidad atribuible a causas externas y a signos y síntomas mal definidos alcanzó valores mínimos en 2024, con tasas de 0,09 y 0,00 respectivamente. Este resultado constituye un indicador favorable tanto de la calidad del entorno de atención como de la precisión diagnóstica en la certificación de las defunciones infantiles.



Tabla 21. Causas de mortalidad específica en menores de un año. Departamento de Nariño 2015 – 2024.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,17	0,34	0,16	0,17	0,30	0,19	0,06	0,21	0,08	0,18
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,05	0,11	0,06	0,06	0,06	0,07	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,06	0,11	0,05	0,17	0,12	0,12	0,00	0,07	0,08	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,22	0,22	0,33	0,22	0,43	0,37	0,19	0,14	0,56	0,26
Enfermedades del sistema nervioso	0,22	0,11	0,00	0,28	0,06	0,19	0,06	0,07	0,32	0,26
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,17	0,06	0,05	0,11	0,12	0,06	0,06	0,07	0,08	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	1,00	0,39	0,82	0,73	0,73	0,50	0,25	0,43	0,71	0,18
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,17	0,16	0,11	0,12	0,25	0,19	0,07	0,00	0,26
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,54	4,89	4,83	5,77	5,54	5,34	5,58	4,97	5,39	5,97
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,11	2,98	2,25	2,58	2,80	2,73	2,54	2,84	2,22	3,25
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,11	0,06	0,11	0,00	0,30	0,06	0,25	0,36	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,06	0,06	0,05	0,06	0,06	0,00	0,06	0,00	0,00	0,09
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,28	0,39	0,33	0,34	0,18	0,25	0,06	0,21	0,24	0,09

Fuente: RIPS - Cubo Mortalidad ASIS

Mortalidad en menores de uno a cuatro años

Las causas externas representan, de manera histórica y sostenida, la principal causa de mortalidad en este grupo etario en el departamento de Nariño. En 2024, la tasa de mortalidad por causas externas se ubicó en 8,77 por cada 1.000 nacidos vivos, consolidándose como el evento de mayor impacto en la mortalidad infantil, a pesar de evidenciar una tendencia descendente respecto al pico registrado en 2022, cuando se reportaron 16,95 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, esto sugiere que el entorno de los niños en etapa de exploración motriz sigue presentando riesgos que requieren estrategias de prevención primaria y vigilancia parental.

La mortalidad por malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas representa la segunda carga de mortalidad para este grupo en 2024. Se observa un incremento en la tasa, la cual ascendió a 6,82 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el último año analizado, superando el dato de 2023 el cual presentó una mortalidad de 4,09 casos por cada 1.000 nacidos vivos y acercándose a los niveles máximos registrados en 2022 con 9,97 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

La mortalidad por enfermedades del sistema nervioso tras registrar un pico en 2023 con una tasa de 11,25 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, el año 2024 muestra una reducción significativa situándose en 5,84 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. No obstante, se mantiene como una de las causas prevalentes de mortalidad en la niñez temprana.



La mortalidad por las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas presentaron un incremento en 2024, alcanzando una tasa de 3,90 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, casi duplicando el valor reportado el año anterior de 2,05 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Este incremento es un indicador centinela sobre el estado nutricional y metabólico de la infancia en el departamento.

La mortalidad por las enfermedades del sistema respiratorio presenta una tendencia al descenso disminuyendo la tasa desde 4,09 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2023 a 2,92 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2024. Esto sugiere una mejor respuesta en el manejo ambulatorio de la infección respiratoria aguda en este grupo.

La mortalidad por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias registraron una tasa de 1,95 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2024, logrando una reducción de más del 50% frente al registro de 2023 donde se presentaron 4,09 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

La mortalidad atribuible a neoplasias en el grupo etario de uno a cuatro años presentó un incremento en 2024, registrando una tasa de 1,95 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, en comparación con la tasa de 1,02 muertes por cada 1.000 nacidos vivos observada en 2023.

Tabla 22. Causas de mortalidad específica en menores de uno a cuatro años.
Departamento de Nariño 2015 – 2025.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,53	0,76	0,00	0,75	0,99	1,00	0,00	0,00	4,09	1,95
Tumores (neoplasias)	4,58	0,76	0,00	0,00	4,94	2,99	4,04	4,98	1,02	1,95
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,76	0,76	0,00	1,98	1,00	1,01	1,99	3,07	2,92
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,29	3,04	3,03	0,75	10,87	1,99	1,01	1,00	2,05	3,90
Enfermedades del sistema nervioso	6,10	2,28	1,51	0,75	4,94	1,99	6,06	4,98	11,25	5,84
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,76	0,76	2,27	0,75	0,99	1,99	0,00	1,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	6,87	6,84	4,54	6,78	5,93	1,00	3,03	5,98	4,09	2,92
Enfermedades del sistema digestivo	0,76	0,00	0,76	0,00	0,00	1,99	1,01	0,00	0,00	0,97
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	1,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,76	1,52	0,76	0,00	0,00	0,00	1,01	0,00	1,02	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,29	3,04	3,78	6,03	7,91	6,97	6,06	9,97	4,09	6,82
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,53	1,52	1,51	4,52	2,96	3,98	3,03	2,99	1,02	0,97
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,01	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	15,26	17,48	11,35	11,30	10,87	16,93	14,13	16,95	10,23	8,77

Fuente: RIPS - Cubo Mortalidad ASIS



Mortalidad materno infantil

Tabla 23. Indicadores de mortalidad materno – infantil. Departamento de Nariño 2015 – 2024.

Causa de muerte	Colombia	Nariño	Comportamiento									
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de mortalidad materna	44,72	96,67	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad neonatal	6,47	6,15	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	10,37	9,58	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,11	13,01	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,49	5,07	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,37	1,69	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,16	3,38	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘

Fuente: RIPS - Cubo Indicadores ASIS

El departamento de Nariño presenta una razón de mortalidad materna de 96,67 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, valor que supera ampliamente el promedio nacional, el cual se sitúa en 44,72 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. En los últimos años (2020-2022 y 2024), se ha observado una persistencia en el incremento de este indicador, lo que evidencia deficiencias estructurales en los sistemas de vigilancia del riesgo obstétrico y en la oportunidad de la atención de emergencias obstétricas. Esta situación refleja la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta institucional y la articulación de los servicios de salud para garantizar una atención materna oportuna y segura.

A diferencia de la mortalidad materna, los indicadores de mortalidad en la infancia presentan cifras más cercanas al promedio nacional, aunque con desafíos específicos en el periodo neonatal.

La tasa de mortalidad neonatal en el departamento de Nariño es de 6,15 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos, valor que se encuentra levemente por debajo del promedio nacional, que es de 6,47 muertes por cada 1,000 nacidos vivos. La mortalidad infantil departamental alcanza los 9,58 fallecimientos por cada 1,000 nacidos vivos, cifra inferior al indicador nacional de 10,37 por cada 1,000 nacidos vivos. Por su parte, la mortalidad en menores de cinco años se sitúa en 13,01 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos, resultado muy similar al promedio nacional de 13,11 por cada 1,000 nacidos vivos.

La mortalidad atribuible a causas prevenibles en el departamento de Nariño evidencia un desempeño favorable en el control de patologías asociadas a determinantes sociales y condiciones de saneamiento básico, en comparación con el promedio nacional. La tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) se sitúa en 5,07 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, valor



considerablemente inferior al promedio nacional de 8,49. En el caso de la enfermedad diarreica aguda (EDA), la tasa departamental es de 1,69 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, frente a 4,37 a nivel nacional, manteniendo una tendencia decreciente sostenida. Asimismo, la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años alcanza 3,38 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa casi la mitad del indicador nacional (6,16 muertes por cada 1.000 nacidos vivos).



Conclusiones

- Las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como la principal causa de muerte en el departamento, registrando una tasa ajustada de 111,52 por 100.000 habitantes en 2024, evidenciando una reactivación del riesgo cardiovascular tras el descenso observado en 2023.
- Se evidencia un incremento en la mortalidad por cáncer, cuya tasa ascendió a 74,69 en 2024. Por primera vez en el decenio, las neoplasias superaron a las enfermedades circulatorias en carga de prematuridad, acumulando 27.621 años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Las neoplasias ocupan un lugar relevante en la mortalidad, con tasas más elevadas en tumores malignos de órganos digestivos (11,31 por 100.000), estómago (10,33 por 100.000) y próstata (7,36 por 100.000), evidenciando la necesidad de fortalecer los programas de detección temprana y acceso al tratamiento especializado. En cuanto a las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas lideran con una tasa de 10,71 por 100.000 habitantes en 2023, mientras que el VIH/SIDA y las enfermedades infecciosas intestinales presentan tendencias variables, aunque relativamente más controladas.
- A pesar de que la tasa de agresiones (homicidios) alcanzó en 2024 su nivel más bajo en la última década (19,97), las causas externas continúan siendo el principal factor que afecta el capital humano en Nariño, ya que representan la pérdida de 43,103 años de vida potencialmente perdidos al cierre de ese año.
- Se identifica una tendencia ascendente en las tasas de suicidio, alcanzando un máximo histórico de 7,98, así como un incremento en los accidentes de transporte terrestre (16,28) y caídas (5,70) en el último año.
- El departamento de Nariño enfrenta una situación crítica en salud pública, con una razón de mortalidad materna de 96,67 por cada 100,000 nacidos vivos. Este indicador es más del doble del promedio nacional (44,72) y muestra una tendencia desfavorable al cierre de 2024.
- El departamento de Nariño muestra un desempeño superior al promedio nacional en la reducción de muertes en menores de cinco años por causas ligadas a determinantes sociales, como la desnutrición (3,38), la enfermedad diarreica aguda (1,69) y la infección respiratoria aguda (5,07).



- La reducción drástica de las muertes clasificadas como "Signos y síntomas mal definidos", que bajaron de 18,59 en 2018 a 2,47 en 2024, refleja una mejora sustancial en la certificación médica y la vigilancia epidemiológica institucional.



3.3 Caracterización por EAPB

Teniendo en cuenta que la gran mayoría de la población del departamento de Nariño se encuentra afiliada al régimen subsidiado de salud, se requiere conocer las características sociodemográficas, así como los factores relacionados con la morbilidad y mortalidad con el fin de efectuar un diagnóstico lo más completo posible de la situación en salud del departamento de Nariño. En este orden de ideas, se presenta a continuación la caracterización efectuada por las EAPB presentes en el departamento de Nariño, plasmados en los informes remitidos al MSPS e IDSN.

EMSSANAR EPS SAS

Actualmente Emssanar EPS SAS, es la EPS del Régimen subsidiando más grande del suroccidente colombiano con 1.785.494 afiliados según reporte BDUA a febrero del 2024, con cobertura en 102 Municipios, siendo la primera EPS en cobertura municipal en Nariño (56), Putumayo (13), Valle (23) y la quinta en Cauca (10).

Del total de la población EMSSANAR en el Departamento de Nariño el 28% lo tiene el municipio de Pasto con un total de los 180.068 afiliados, seguido de la zona costa con el 21% en 6 municipios con 134.909 afiliados.

La zona con mayor número de municipios donde opera EMSSANAR es la zona centro con 22 municipios, y contiene el 20.92% de la población afiliada de la EPS en el Departamento de Nariño.

Principales causas de morbilidad Afiliados EMSSANAR EPS

Entre las principales causas de morbimortalidad, están las enfermedades cardiovasculares y metabólicas como la hipertensión, la diabetes mellitus y la enfermedad renal, las neoplasias principalmente cáncer en estómago, mama, cérvix, próstata y pulmón, las atenciones y complicaciones materno perinatales y las causas externas; al comparar las cifras empresariales con las territoriales se prioriza las enfermedades del Sistema circulatorio y las neoplasias, puesto que EMSSANAR EPS SAS tiene una carga de mortalidad superior a la del ente territorial, lo cual también es evidente al analizar los años de vida potencialmente perdidos, los cuales se muestran en la siguiente tabla:



ASMET SALUD

El departamento de Nariño cuenta con una población total de 1.101.146 Afiliados cifra inferior a las registradas anteriormente, donde Asmet salud a corte de junio del 2023 posee una población de 158.006 afiliados, la cual corresponde al 14,3% de la población del departamento mostrando un crecimiento significativo al 9,2% evidenciado anteriormente. De los 64 municipios que conforman el departamento de Nariño, Asmet Salud EPS hace presencia en 25 municipios, su mayor concentración de afiliados se encuentra en la costa pacífica nariñense.

Los tres municipios con mayor número de afiliados y su porcentaje de afiliación en el departamento son: El Charco con 21.190 afiliados, correspondiente al 92.1% en la participación de afiliación, seguido de Tumaco con 22.197 afiliados, correspondiente al 8,4 % y Olaya Herrera con 16.678 afiliados, correspondiente al 63.9%. Los municipios con menor número de población afiliada son pasto con un afiliado y el municipio de Cumbal con 9 afiliados correspondiente al 0,0% y 0,02% respectivamente de la participación de afiliados, el fenómeno ocurrido en el municipio de Cumbal se debe a que su población en gran porcentaje es indígena y realizaron traslado a la EPS indígena.

NUEVA EPS

Para diciembre de 2023, NUEVA EPS tenía un total de 201.739 afiliados en el departamento de Nariño, de los cuales, 103.185 pertenecen al régimen contributivo y 98.554 al régimen subsidiado, equivalentes al 11,91% del total de los habitantes del departamento.

En el departamento de Nariño la clasificación por tipos de territorio es: • Los municipios del departamento que están clasificados como de Alta Ruralidad, es donde se ubica el mayor número de afiliados, Los municipios con mayor participación en el departamento son Pasto (21 %), La Unión (20%) e Ipiales (12%).

El territorio denominado como anden del pacifico lo conforman 7 municipios, siendo el principal Tumaco (36%). A continuación, se detallan los municipios que hacen parte de cada uno de estos tres tipos de territorio según la clasificación del mapa sanitario del MIAS, su tasa y participación en el departamento.

EPS SANITAS

De acuerdo con las bases de datos de EPS Sanitas, por fuente BDUA para el año 2023 a 31 de diciembre, el departamento de Nariño tuvo un total de 203.815 afiliados activos, en protección laboral y suspendidos en los regímenes contributivo y subsidiado, más del 53% pertenecientes al régimen contributivo. Las tres IPS



primarias donde se concentran los afiliados son Medfam SAS, ESE Pasto Salud y Hospital Lorencita Villegas de Santos.



CAPITULO IV.

ANALISIS INTEGRADO CUANTI Y CUALITATIVO DE SALUD DE NARIÑO



CAPÍTULO IV. Análisis Integrado de la Salud del departamento de Nariño

4.1 Introducción a la lectura de problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud del territorio

Para avanzar en el desarrollo del Análisis de situación en Salud del Departamento, y de acuerdo con la guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del análisis de situación de salud (ASIS) en el territorio, el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) convocó a los representantes del sector institucional y comunitario de cada uno de los municipios que conforman el departamento de Nariño, y se llevó a cabo el encuentro denominado “Construcción del ASÍS departamental, pasos III-IV-V-VI”, el cual tomó como punto de partida el trabajo de análisis cuantitativo realizado desde las fuentes oficiales, así como la priorización en salud desarrollada por las EAPB. Este trabajo se desarrolló el día 21 de octubre de 2025, en las instalaciones del Hospital Departamental de Salud de Nariño, con el objetivo de facilitar un espacio participativo donde los agentes comunitarios e institucionales pudiesen identificar y priorizar las problemáticas y necesidades en salud de sus comunidades y territorios.

En un primer espacio se ejecutó una plenaria, en la cual se dio el saludo, se indicó el objetivo del encuentro y la metodología a utilizar, presentando los resultados de la priorización departamental surgida del análisis cuantitativo, así como el comportamiento de indicadores trazadores en el territorio surgidos del Análisis de Necesidades en Salud. Para lograr fomentar una participación de los asistentes, los representantes institucionales y comunitarios fueron ubicados en grupos de trabajo por nodos, de acuerdo con la zona geográfica que representaban, esto es: nodo norte, nodo sur, nodo centro 1, nodo centro 2, nodo centro occidente y nodo occidente; utilizando una metodología dinámica y participativa se desarrolló el encuentro de acuerdo con los pasos III-IV-V-VI de la construcción del ASÍS.

4.2 Lectura inicial, contexto de problemas en salud departamental y definición de problemáticas

Problema 1: Barreras en la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Complemento: Problema asociado a la falta de comprensión de la particularidad de las poblaciones, asociadas a la perspectiva de los determinantes sociales en salud, y la persistencia de una cultura patriarcal dominante. Situaciones que repercuten en aspectos como: el aumento de emergencias obstétricas, el escaso uso de métodos de planificación familiar, el desconocimiento de los derechos



sexuales y reproductivos (especialmente entre la población adolescente), el escaso reconocimiento de las violencias basadas en género, las barreras para el acceso a las pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH y el desconocimiento de la normatividad vigente por parte del personal de salud.

Problema 2: Las desigualdades en el acceso a la atención en salud, la discriminación, la falta de recursos estatales y la garantía de servicios sociales; contribuyen al aumento de las vulnerabilidades de grupos de especial protección.

Complemento: Problema que afecta significativamente a las poblaciones de especial protección entre las que se identifican discapacidad, étnica, víctimas de conflicto armado, personas adulto mayor, niños y niñas, habitantes de calle, migrante, entre otros.

Problema 3: La debilidad en los procesos de vigilancia basada en comunidad tiene un impacto considerable, particularmente en la población no organizada, que vive en zonas rurales y en quienes representan los liderazgos comunitarios.

Complemento: Problema soportado en la falta de vigilancia efectiva que limita la capacidad de identificar y abordar adecuadamente los problemas de salud pública en dichas áreas.

Problema 4: Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socio ambientales y sanitarios en todos los cursos de vida.

Complemento: Problema asociado a la contaminación del agua, uso de pesticidas, falta de vacunación y tenencia inadecuada de animales.

Problema 5: Alta carga de morbilidad de enfermedades transmisibles. Complemento: Problema asociado a la Tuberculosis, enfermedad de Hansen, EDA, IRA y Dengue.

Problema 6: La inequidad y las condiciones laborales inseguras representan desafíos para los trabajadores informales. Complemento: Problema asociado con la carencia de protección social y derechos laborales, que los enfrentan a un alto riesgo de explotación, accidentes laborales y enfermedades ocupacionales por uso de pesticidas. Afectando su salud, y con ello las posibilidades trascender la pobreza y mejorar su calidad de vida.

Problema 7: Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento.

Complemento: Problema asociado a la insuficiente cobertura de los programas de tamizaje (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.)

Problema 8: Aumento de la malnutrición en el departamento de Nariño.

Complemento: Problema asociado a los grupos poblacionales de primera infancia, infancia, adolescencia y población adulta; con especial repercusión en niños



menores de cinco años con diagnósticos de desnutrición aguda, en muchos casos por uso de agroquímicos en los cultivos.

Problema 9: El mal uso y desabastecimiento de medicamentos genera carga significativa de morbilidad.

Complemento: Problema asociado a una baja implementación del programa de farmacovigilancia, no solo afecta la salud individual de quienes los consumen incorrectamente, sino que también genera un impacto a nivel colectivo en términos de enfermedad y muerte.

Problema 10: Aumento en los casos de lesiones autoinfligidas y de todo tipo de violencias, relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

Complemento: Problema asociado a una serie de factores interrelacionados, entre los cuales se encuentran; afectaciones de salud mental, factores sociales y económicas (pobreza, desempleo, falta de garantía de derechos fundamentales), entornos culturales violentos, acceso a armas, drogas y desarraigo del territorio.

Problema 11: Debilidad en la gestión del riesgo comunitario ante la ocurrencia de eventos de emergencias y desastres.

Complemento: Problema asociado a la falta de recursos, educación, fragmentación institucional, desigualdades sociales, cambio climático y cultura de complacencia, entre otros.

Problema 12: Debilidad en la gobernanza en salud.

Complemento: Problema asociado a la fragmentación del sistema de salud y sus actores, así como de las inequidades territoriales en la respuesta institucional. Débil participación de la comunidad en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, recursos insuficientes para la prestación de servicios, limitada capacidad de inspección, vigilancia, control, y falta de sistemas de información.

Problema 13: Desigualdades en la garantía del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas.

Complemento: Problema asociado a la prestación de servicios, influyendo en la baja cobertura de aseguramiento, debilidad en la prestación de servicios en salud especializados y subespecialidades, baja capacidad instalada en las IPS pública, falta de infraestructura, falta de vías de acceso, altos niveles de corrupción, falta de acceso a servicios de internet.



4.3 Descripción de problemas relacionados con Determinantes de la Salud.

Como parte inicial del Paso 3, en el contexto de problemas en salud departamental, se socializaron las 13 prioridades anteriormente mencionadas, y establecidas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño como desafíos a ser abordados por el departamento durante el periodo administrativo 2024-2027. Posterior a la escucha y análisis de los trece problemas priorizados a nivel departamental, se indaga a las y los participantes de cada nodo, si existe la necesidad de ampliar dicho listado de problemas. Donde cada delegación participante reconoció cómo las prioridades departamentales tienen presencia en sus municipios según las fuentes de información oficial trabajadas, distribuyéndose según ocurrencia en municipio, información que será detallada de acuerdo con la subdivisión geográfica desarrollada en el taller.



4.4 Resultados del trabajo desarrollado por nodos

4.4.1 Nodo norte

El Nodo Norte está compuesto por diez (10) municipios, así: Arboleda, Belén, Cartago, Colón Genova, La Cruz, La Unión, San Bernardo, San Lorenzo, San Pablo y Taminango

4.4.1.1. Priorización de problemáticas/resultados matrices de Hanlon-OPS. Una vez identificados los problemas de salud a partir de los determinantes sociales, se procedió con el ejercicio de priorización. Para ello, se utilizó la matriz HANLON-OPS, una herramienta que evalúa la magnitud, relevancia, urgencia y capacidad de respuesta local de cada problema. Este método asigna puntajes a cada criterio y calcula un puntaje total para cada problema, lo que facilita su ordenamiento según su importancia relativa. De esta manera, se puede dirigir de manera más efectiva los recursos y esfuerzos hacia las áreas de mayor necesidad, maximizando así el impacto de las intervenciones en salud pública.

Tabla 24. Resultados matrices de Hanlon-nodo norte.

#	Magnitud	Severidad	Eficacia de la solución	Factibilidad	Matriz Halon
7	8.5	7.9	7.2	7.6	132.24
8	7.0	6.1	6.3	7.4	90.03
16	7.0	6.3	5.9	6.5	74.99
1	8.2	5.0	5.8	6.9	73.30
13	6.9	5.1	6.0	6.2	63.21
4	7.0	4.9	5.7	6.3	59.62
9	5.6	3.8	6.3	6.6	55.25
17	4.8	4.5	6.2	5.8	49.46
18	5.5	5.7	5.1	5.0	42.78
2	5.4	4.9	4.8	5.3	39.31
12	5.6	4.7	4.4	4.8	31.29
3	4.8	3.3	4.5	5.2	26.74
11	4.6	3.5	4.7	4.8	26.13
5	4.8	4.7	4.2	4.4	26.07
14	5.8	3.8	3.9	4.5	23.65
15	3.8	3.1	4.7	4.9	22.75
10	3.8	3.0	3.8	4.5	16.45
6	2.2	1.7	2.8	2.8	4.42

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025.

Durante el ejercicio colectivo de priorización, cada municipio pudo aportar su perspectiva única sobre cómo enfrenta cada problema y cuáles son sus capacidades de respuesta. Esto condujo a una evaluación más completa y representativa de la situación de salud en el Nodo Norte, considerando las diversas realidades locales y las necesidades específicas de cada comunidad.



Según los resultados obtenidos de la calificación HANLON OPS, de las problemáticas establecidas, se priorizaron las siguientes 5 para el nodo norte:

Problemática 7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento, e insuficiente cobertura de los programas de tamizaje (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.), representado el 132.24%.

Problemática 8. Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales y sanitarios de la salud derivados de situaciones relacionadas con: la contaminación del agua, el aire, los alimentos, el uso inadecuado e indiscriminado de plaguicidas y pesticidas, falta de vacunación antirrábica de caninos y felinos, tenencia inadecuada e irresponsable de animales y presencia de otras zoonosis, adicionalmente, ausencia de procesos de promoción para la movilidad segura y los desafíos asociados a las emergencias de origen natural y antrópico y los efectos adversos a la salud desencadenados por el cambio climático; en todos los cursos de vida en el departamento, representando el 90.03%.

Problemática 16. Insuficiente talento humano en salud y difíciles condiciones laborales (informalidad, contratación por OPS, alternativas de formación continua, permanencia, estímulos e incentivos a los trabajadores de la salud) que no garantizan unas condiciones dignas, representando el 74.99%.

Problemática 1. Aumento en los casos de: lesiones autoinfligidas, consumo, intoxicaciones con sustancias psicoactivas y de todo tipo de violencias, asociados a una serie de factores interrelacionados: problemáticas de salud mental, factores sociales y económicas (pobreza, desempleo, falta de acceso a derechos fundamentales), entornos culturales situados desde la violencia, acceso a armas, representando el 73.30%.

Problemática 13. Persistencia de carga de morbilidad asociado a enfermedades transmisibles como Enfermedad de Hansen, Enfermedad diarreica Aguda, Infecciones Respiratorias Agudas, Dengue, etc. en el Departamento de Nariño, representando el 63.21%.

El ejercicio de priorización mediante la metodología HANLON-OPS permitió identificar que en el Nodo Norte del departamento de Departamento de Nariño las principales problemáticas de salud responden a una combinación compleja de factores epidemiológicos, sociales, ambientales y estructurales. En primer lugar, sobresale la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la baja cobertura de programas de tamizaje, lo que evidencia debilidades en la prevención y detección temprana; a ello se suma una elevada carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales como contaminación, uso inadecuado de plaguicidas, zoonosis y efectos del cambio climático, reflejando brechas en salud pública, gestión del riesgo y promoción de entornos saludables. Paralelamente, la insuficiencia y precarización del talento humano en salud limita



la capacidad de respuesta del sistema, afectando la calidad y continuidad de la atención. De igual forma, el aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y diferentes formas de violencia pone en evidencia la profunda relación entre salud mental, condiciones socioeconómicas y dinámicas culturales, mientras que la persistencia de enfermedades transmisibles confirma la necesidad de fortalecer acciones de vigilancia, prevención y control. En conjunto, estas problemáticas revelan un escenario que exige intervenciones integrales, intersectoriales y sostenibles que aborden tanto los determinantes estructurales como las necesidades específicas de cada comunidad del Nodo Norte.

A continuación, se presenta el análisis de cada problemática en el contexto específico del departamento de Nariño, teniendo en cuenta sus particularidades territoriales, sociales, culturales y geográficas:

1. Problemática 7: Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles

La elevada priorización de esta problemática refleja el impacto creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer y obesidad, que constituyen una de las principales causas de morbilidad en el territorio. La insuficiente cobertura de programas de tamizaje limita la detección temprana y el control oportuno, favoreciendo la aparición de complicaciones, discapacidad y aumento del gasto en salud. Esta situación está estrechamente relacionada con estilos de vida no saludables, barreras de acceso a servicios preventivos, baja adherencia a programas de promoción y prevención, y debilidades en el seguimiento continuo de los pacientes. Su alto puntaje evidencia la necesidad de fortalecer la atención primaria, mejorar las estrategias comunitarias de educación en salud y ampliar la cobertura de detección precoz.

2. Problemática 8: Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales

Esta problemática evidencia la influencia directa de los determinantes sociales y ambientales en la salud de la población. Factores como la contaminación del agua, aire y alimentos, el uso indiscriminado de plaguicidas, la presencia de zoonosis, la baja cobertura de vacunación antirrábica en animales y la inadecuada tenencia de mascotas incrementan el riesgo de enfermedades y eventos adversos. Además, la falta de promoción de movilidad segura y la vulnerabilidad frente a emergencias naturales y antrópicas, sumadas a los efectos del cambio climático, agravan la situación en todos los cursos de vida. El análisis demuestra la necesidad de intervenciones intersectoriales que articulen salud, ambiente, educación, planeación territorial y gestión del riesgo, promoviendo entornos saludables y resilientes.

3. Problemática 16: Insuficiente talento humano en salud y condiciones laborales



La escasez de personal de salud y las condiciones laborales inestables —como contratación por prestación de servicios, informalidad y limitadas oportunidades de formación continua— afectan la calidad, oportunidad y continuidad en la prestación de los servicios. Esta situación genera sobrecarga laboral, rotación frecuente del personal y desmotivación, impactando directamente en la atención a los usuarios. Asimismo, dificulta la implementación sostenida de programas de promoción, prevención y control de enfermedades. El análisis sugiere la urgencia de fortalecer la planificación del talento humano, garantizar condiciones laborales dignas y promover incentivos que favorezcan la permanencia del personal en el territorio.

4. Problemática 1: Aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y violencias

El incremento de eventos asociados a salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y diversas formas de violencia refleja una problemática multifactorial vinculada a determinantes sociales como pobreza, desempleo, exclusión social y acceso limitado a oportunidades. También influyen factores culturales, familiares y comunitarios, así como la disponibilidad de armas y la normalización de entornos violentos. La insuficiente oferta de servicios de salud mental y la débil articulación intersectorial agravan el problema. Este escenario requiere estrategias integrales que incluyan promoción de la salud mental, fortalecimiento de redes de apoyo comunitario, prevención del consumo, atención psicosocial oportuna y acciones de política pública que aborden las causas estructurales.

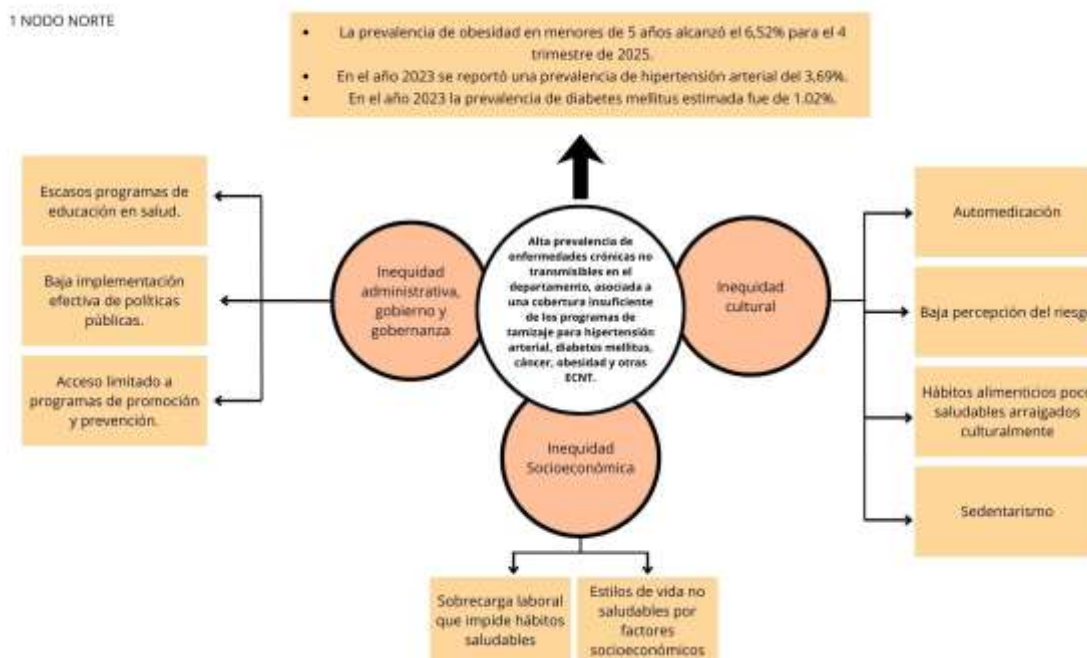
5. Problemática 13: Persistencia de enfermedades transmisibles

A pesar de los avances en salud pública, persiste una carga significativa de enfermedades transmisibles como la enfermedad de Hansen, enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias agudas y dengue, entre otras. Estas condiciones están asociadas a determinantes como deficiencias en saneamiento básico, acceso limitado a agua potable, condiciones de hacinamiento, baja percepción del riesgo y debilidades en las acciones de prevención y control vectorial. La persistencia de estas enfermedades indica la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, las campañas de promoción y prevención, la cobertura de vacunación y las intervenciones comunitarias que mejoren las condiciones sanitarias y reduzcan la exposición a factores de riesgo.

4.4.1.2. Construcción de núcleos de inequidad sociosanitaria a nivel territorial. A partir del trabajo desarrollado con los delegados de los municipios participantes del nodo norte, se permitió identificar las principales causas de los problemas priorizados desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud. Estas causas fueron analizadas y relacionadas con los núcleos de inequidad trabajados durante el ejercicio, lo que posibilitó la construcción de un núcleo de inequidad específico para cada problema priorizado, lo que proporcionó una comprensión

más amplia de las problemáticas y permitió reconocer las causas - raíz desde los determinantes sociales de la salud.

Figura 21. Núcleo de inequidades asociado a P7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

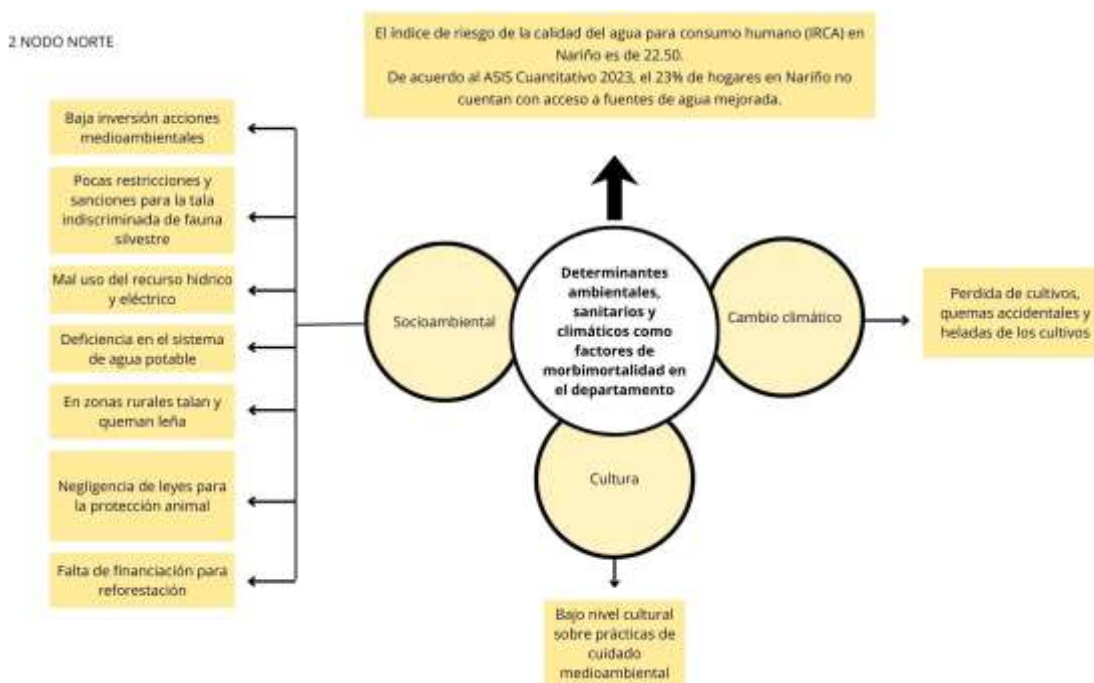


Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño (2025).

El análisis del Nodo Norte del departamento de Nariño, ajustado a la gráfica presentada, muestra que la prevalencia de obesidad en menores de 5 años (6.52% en 2025), hipertensión arterial (3.69% en 2023) y diabetes mellitus (1.02% en 2023) está directamente relacionada con inequidades sociosanitarias que operan en varios niveles. En el plano socioeconómico, las precarias condiciones económicas de las familias impiden cubrir el costo de la canasta familiar, lo que repercute en una alimentación deficiente y en estilos de vida poco saludables, agravados por dinámicas de mercado y, en algunos municipios, por economías ilícitas que encarecen los productos básicos, además de los efectos del conflicto armado como el desplazamiento forzado y los confinamientos. Desde la inequidad cultural, la práctica de hábitos malsanos como la automedicación, el sedentarismo y la baja percepción del riesgo se ha incorporado profundamente en la cotidianidad, reforzando patrones de enfermedad. A nivel administrativo y de gobernanza, la baja respuesta institucional y la limitada cobertura de programas de tamizaje y prevención profundizan la problemática, impidiendo que las comunidades accedan a estrategias efectivas de promoción de la salud. En

conjunto, estas inequidades —administrativas, culturales y socioeconómicas— generan un escenario territorial donde las enfermedades crónicas no transmisibles se consolidan como un problema estructural de salud pública, con mayor impacto en poblaciones

Figura 22. Núcleo de inequidades asociado P8. Morbimortalidad asociada a factores socioambientales.



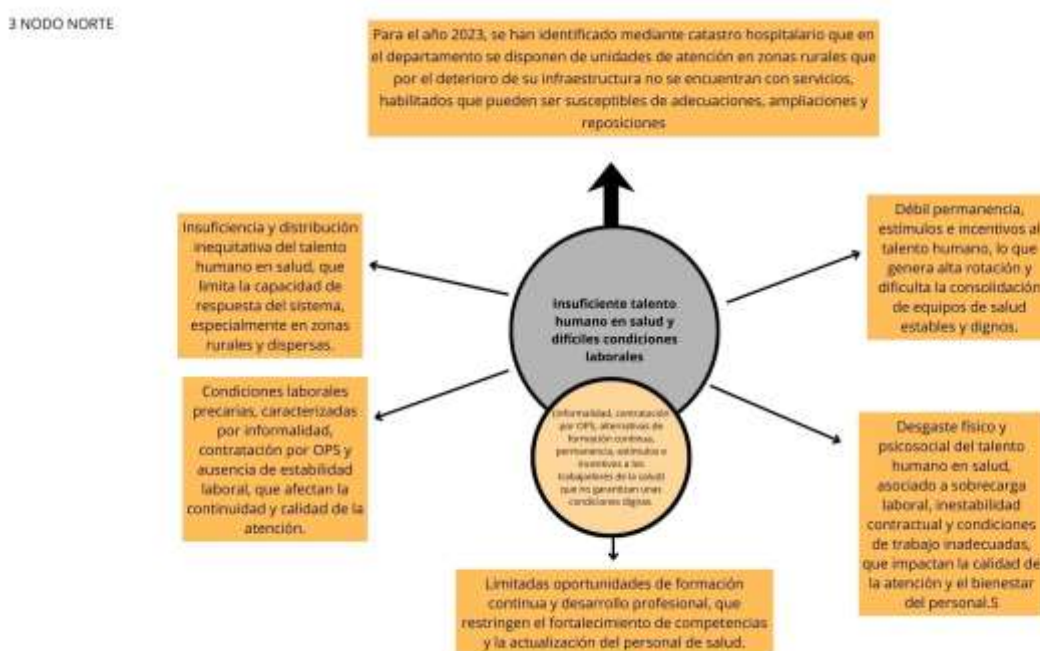
Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025.

La problemática en relación con la morbimortalidad asociada a factores climáticos ha sido asociada a la presencia de determinantes tanto socioambientales, culturales y medioambientales.

El análisis técnico de la gráfica evidencia que los determinantes ambientales y sanitarios en Nariño están directamente relacionados con la morbilidad, reflejados en indicadores críticos como el IRCA de 22.50 y el 23% de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada. Estos datos muestran una deficiencia estructural en el sistema de agua potable y un riesgo significativo para la salud pública, especialmente en zonas rurales donde el mal uso de recursos hídricos y eléctricos, la tala y quema de leña, y la falta de inversión en acciones medioambientales agravan la vulnerabilidad sanitaria. La ausencia de financiamiento para reforestación y la negligencia en la aplicación de leyes de protección animal refuerzan un escenario de deterioro socioambiental que impacta directamente en la calidad de vida.

Por otro lado, el cambio climático y los factores culturales actúan como amplificadores de riesgo. La pérdida de cultivos por heladas y quemas accidentales genera inseguridad alimentaria y presión económica sobre las comunidades, mientras que el bajo nivel cultural en prácticas de cuidado medioambiental limita la capacidad de respuesta social frente a estos problemas. En conjunto, los indicadores reflejan un sistema con debilidades estructurales y culturales que, al interactuar con el contexto climático, configuran un círculo de riesgo que incrementa la morbilidad en la región. Esto sugiere la necesidad de políticas integrales que combinen inversión en infraestructura, educación ambiental y estrategias de adaptación climática.

Figura 23. Núcleo de inequidades asociados P16. Insuficiente talento humano en salud y difíciles condiciones laborales



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025.

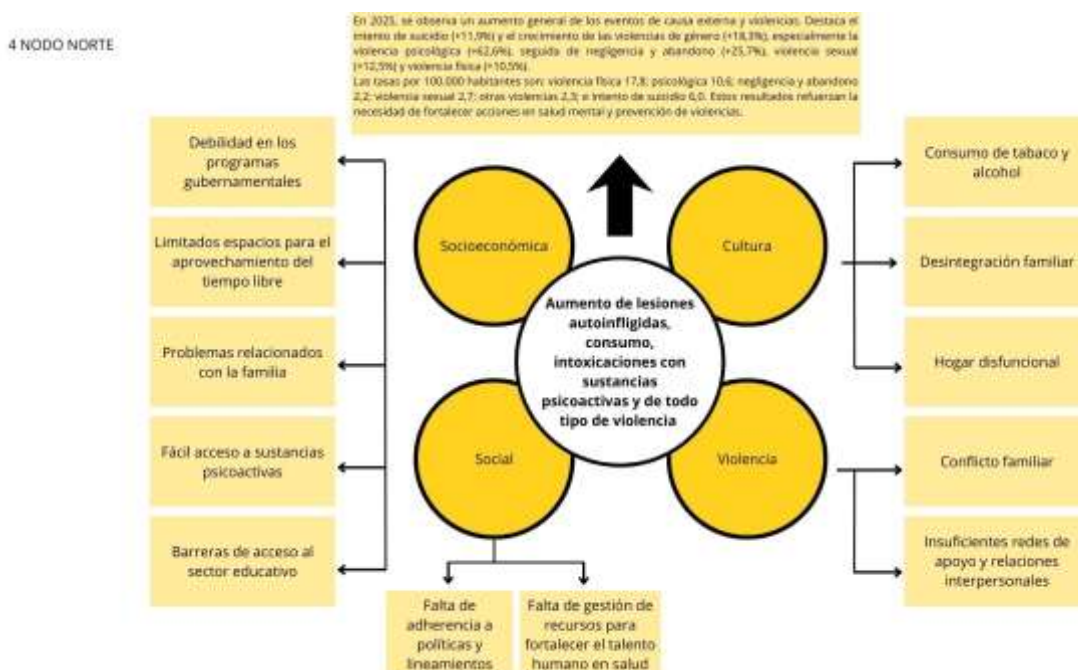
El análisis de los indicadores del Nodo Norte en Nariño evidencia una insuficiencia estructural y funcional del talento humano en salud en hospitales de nivel II. La falta de infraestructura habilitada y la distribución inequitativa del personal en áreas críticas como urgencias, hospitalización, cirugía y obstetricia generan una baja capacidad de respuesta y limitan la cobertura de servicios esenciales

A esto se suma la precariedad laboral derivada de la tercerización y contratación OPS, la alta rotación del personal y la ausencia de incentivos, lo que debilita la

retención y continuidad asistencial. Además, las restricciones financieras limitan la formación continua y especializada, mientras que la sobrecarga laboral y las deficientes condiciones de trabajo provocan desgaste físico y psicosocial, afectando directamente la productividad y la calidad de la atención.

En conjunto, estos factores configuran una crisis multifactorial que requiere intervenciones integrales: inversión en infraestructura, políticas de contratación digna, programas de capacitación y estrategias de bienestar laboral que fortalezcan la permanencia y desempeño del talento humano en salud en el Nodo Norte.

Figura 24. Núcleo de inequidades asociado P1. Aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y todo tipo de violencia.



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025.

El análisis de los indicadores del Nodo Norte muestra un incremento preocupante de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y diversas formas de violencia en 2025. Los datos reflejan que el suicidio representa el 17.9% de los eventos de causa externa, seguido por violencia grupal y homicidios (13.9%), negligencia y abandono (7.2%), violencia sexual (2.1%) y consumo de psicoactivos ilícitos (1.8%). Estos porcentajes evidencian un patrón multifactorial donde las condiciones socioeconómicas, culturales y sociales se convierten en determinantes directos de la salud mental y la seguridad comunitaria.

Entre los factores más relevantes se destacan la debilidad de programas gubernamentales, el fácil acceso a sustancias psicoactivas, la desintegración familiar y la ausencia de redes de apoyo. Asimismo, la falta de adherencia a



políticas y lineamientos, junto con la escasa gestión de recursos para fortalecer el talento humano en salud, agravan la problemática. Estos elementos configuran un escenario de vulnerabilidad que potencia el riesgo de violencia intrafamiliar, consumo problemático y deterioro del bienestar psicosocial.

En conclusión, el Nodo Norte enfrenta una crisis social y de salud pública que exige acciones integrales: fortalecimiento de programas de prevención, inversión en salud mental, regulación efectiva del acceso a sustancias y creación de espacios de apoyo comunitario. Solo mediante la articulación de políticas intersectoriales y el refuerzo del talento humano en salud será posible mitigar el impacto de estas problemáticas en la población.

4.4.2 Nodo sur

El Nodo Sur está compuesto por trece (13) municipios así: Guachucal, Córdoba, Gualmatán, Pupiales, Ipiales, Cumbal, Iles, Aldana, Cuaspud, Potosí, Puerres, Contadero y el municipio de Funes, con quienes se revisó los eventos de salud pública departamentales identificados en análisis previos por parte del IDSN que se describen a continuación.

4.4.2.1. Priorización de problemáticas/resultados matrices de Hanlon-OPS.

Los eventos de salud pública identificados por los municipios fueron sometidos a proceso de priorización por parte de los integrantes del nodo mediante la aplicación de matriz de priorización Hanlon. Posterior a la aplicación se identifican para el nodo sur cinco problemas centrales para trabajar establecidos así:

Tabla 25. Resultados matrices de Hanlon-nodo sur.

#	Magnitud	Severidad	Eficacia de la solución	Factibilidad	Matriz Halon
7	8.0	7.4	5.6	6.5	83.17
8	6.9	6.2	5.9	7.1	81.40
1	7.7	6.4	5.5	6.4	72.05
4	6.9	6.0	5.8	6.2	68.16
13	5.8	5.7	5.5	6.1	57.87
12	6.5	5.9	4.9	6.3	56.31
9	4.8	4.4	6.1	6.5	54.05
16	7.2	6.8	4.3	5.3	47.23
15	3.5	4.2	5.8	6.4	43.66
18	6.6	5.6	4.5	5.1	40.75
17	5.6	4.7	5.3	5.1	39.75
10	5.3	5.1	4.5	5.6	39.58
11	5.7	5.3	4.1	5.1	33.54
14	5.0	4.7	4.5	5.2	33.15
5	5.0	5.1	4.2	5.0	31.40
6	4.9	4.3	4.5	4.5	27.71
2	5.3	4.8	3.9	3.9	23.06
3	4.8	3.7	4.0	4.7	22.88

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño (2025).



En consecuencia, con la aplicación de la matriz Hanlon se identifican como priorizados:

Problema 7: Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento, e insuficiente cobertura de los programas de tamizaje (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.). representado en 83.17

Problema 8: Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales y sanitarios de la salud derivados de situaciones relacionadas con: la contaminación del agua, el aire, los alimentos, el uso inadecuado e indiscriminado de plaguicidas y pesticidas, falta de vacunación antirrábica de caninos y felinos, tenencia inadecuada e irresponsable de animales y presencia de otras zoonosis, adicionalmente, ausencia de procesos de promoción para la movilidad segura y los desafíos asociados a las emergencias de origen natural y antrópico y los efectos adversos a la salud desencadenados por el cambio climático; en todos los cursos de vida en el departamento. Representado en 81.40

Problema 1: Aumento en los casos de: lesiones autoinfligidas, consumo, intoxicaciones con sustancias psicoactivas y de todo tipo de violencias, asociados a una serie de factores interrelacionados: problemáticas de salud mental, factores sociales y económicas (pobreza, desempleo, falta de acceso a derechos fundamentales), entornos culturales situados desde la violencia, acceso a armas. Representado 72.05

Problema 4: La deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva está asociada a la débil comprensión del problema desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud, y la persistencia de una cultura patriarcal dominante. Hecho que repercute en diversos aspectos como: la elevada tasa de mortalidad materna, el aumento de emergencias obstétricas, el escaso uso de métodos de planificación familiar, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos especialmente entre la población adolescente, la falta de reconocimiento de las violencias basadas en género, barreras para el acceso a las pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH y el desconocimiento de la normatividad vigente por parte del personal de salud, entre otros. Representado en 68.16

Problema 13: Persistencia de carga de morbilidad asociado a enfermedades transmisibles como Enfermedad de Hansen, Enfermedad diarreica Aguda, Infecciones Respiratorias Agudas, Dengue, etc. en el Departamento de Nariño representado en 57.87

El análisis de priorización de las problemáticas, a partir de la aplicación de la matriz de Hanlon, evidencia que las mayores necesidades en salud del territorio se concentran en condiciones de alta magnitud, gravedad y factibilidad de intervención, destacándose en primer lugar la elevada prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la insuficiente cobertura de programas de tamizaje, seguida de la alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales y sanitarios, los cuales reflejan impactos acumulativos de la



contaminación, las zoonosis, la movilidad insegura y el cambio climático en todos los cursos de vida. En un tercer nivel de prioridad se ubican las problemáticas relacionadas con la salud mental, las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas, estrechamente vinculadas a factores sociales, económicos y culturales estructurales, lo que complejiza su abordaje. Posteriormente, se identifica la deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, influenciada por determinantes sociales y de género, con consecuencias directas en la salud materna, adolescente y en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Finalmente, aunque con menor puntaje relativo, persiste una carga significativa de enfermedades transmisibles prevenibles, lo que pone de manifiesto brechas en prevención, vigilancia y control, y refuerza la necesidad de intervenciones integrales y articuladas que respondan de manera diferenciada a la prioridad y complejidad de cada problemática.

A continuación, se presenta el análisis de cada problemática en el contexto específico del departamento de Nariño, teniendo en cuenta sus particularidades territoriales, sociales, culturales y geográficas:

Problema 7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y baja cobertura de tamizaje en el departamento de Nariño (83,17):

En Nariño, las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen una de las principales causas de morbilidad, con un impacto significativo en la población adulta y adulta mayor. Esta situación se ve agravada por las brechas de acceso a los servicios de salud, especialmente en zonas rurales dispersas, rurales de difícil acceso y territorios con presencia de comunidades étnicas. La limitada cobertura de programas de tamizaje para hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer y obesidad dificulta la detección temprana y el manejo oportuno, favoreciendo la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones prevenibles. Factores como la pobreza, la inseguridad alimentaria, los estilos de vida no saludables y las debilidades en la atención primaria en salud contribuyen a la persistencia y aumento de esta problemática en el departamento.

Problema 8. Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales y sanitarios en Nariño (81,40):

El departamento de Nariño presenta una alta vulnerabilidad frente a determinantes socioambientales debido a su diversidad geográfica, actividades agrícolas intensivas y condiciones climáticas variables. La contaminación del agua, el aire y los alimentos, así como el uso inadecuado de plaguicidas y pesticidas en zonas rurales, generan riesgos importantes para la salud de la población. Asimismo, la insuficiente vacunación antirrábica de caninos y felinos, la tenencia irresponsable de animales y la presencia de zoonosis representan un problema persistente, especialmente en áreas rurales y periurbanas. A esto se suman las deficiencias en la promoción de la movilidad segura, la ocurrencia de emergencias de origen natural y antrópico, y los efectos del cambio climático, que incrementan la



exposición a eventos adversos y profundizan las inequidades en salud a lo largo de todos los cursos de vida en el departamento.

Problema 1. Aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y violencias en Nariño (72,05):

En Nariño, el incremento de las lesiones autoinfligidas, el consumo e intoxicación por sustancias psicoactivas y las diferentes formas de violencia refleja una problemática compleja asociada a determinantes sociales estructurales como la pobreza, el desempleo, el conflicto social, la exclusión y las limitadas oportunidades educativas y laborales. Las dificultades en el acceso a servicios integrales de salud mental, sumadas a entornos culturales donde la violencia se ha normalizado y al acceso a armas, intensifican el impacto de esta problemática. Las consecuencias se manifiestan en afectaciones individuales, familiares y comunitarias, evidenciando la necesidad de fortalecer la atención en salud mental, la prevención del consumo y las estrategias intersectoriales de convivencia y protección social en el territorio.

Problema 4. Deficiencias en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva en Nariño (68,16):

En el departamento de Nariño, las deficiencias en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva están estrechamente relacionadas con barreras geográficas, socioculturales y de género. La persistencia de una cultura patriarcal y la limitada comprensión de los determinantes sociales de la salud influyen en la elevada mortalidad materna, el aumento de emergencias obstétricas y el bajo uso de métodos de planificación familiar. Estas dificultades afectan de manera particular a mujeres, adolescentes y poblaciones rurales y étnicas, quienes enfrentan mayores barreras para el acceso a información, servicios de calidad y pruebas de tamizaje para ITS/VIH. Asimismo, el desconocimiento de la normatividad vigente por parte de algunos prestadores de servicios de salud limita el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en el departamento.

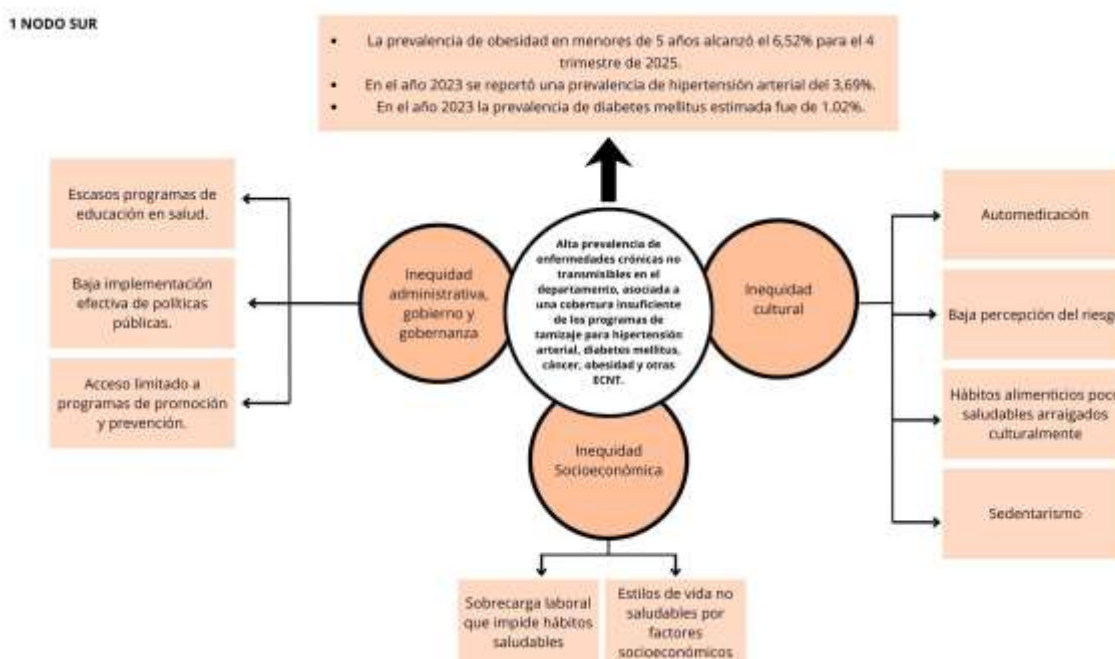
Problema 13. Persistencia de enfermedades transmisibles en el departamento de Nariño (57,87):

La persistencia de enfermedades transmisibles como la enfermedad de Hansen, la enfermedad diarreica aguda, las infecciones respiratorias agudas y el dengue continúa siendo un reto relevante para la salud pública en Nariño. Esta situación está asociada a deficiencias en el saneamiento básico, condiciones ambientales favorables para la transmisión, limitaciones en la vigilancia epidemiológica y barreras en el acceso oportuno a los servicios de salud, especialmente en zonas rurales y de frontera. La recurrencia de brotes y casos prevenibles evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, control vectorial, educación comunitaria y respuesta integral, con un enfoque territorial y diferencial que permita reducir las brechas en salud existentes en el departamento.

4.4.2.2. Construcción de núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel territorial

Con el fin de tener una perspectiva más específica de las problemáticas priorizadas, el ejercicio se complementa con la identificación y análisis de causas, su interrelación y los desenlaces de salud – enfermedad en el territorio con lo cual se logró construir los siguientes núcleos de inequidad.

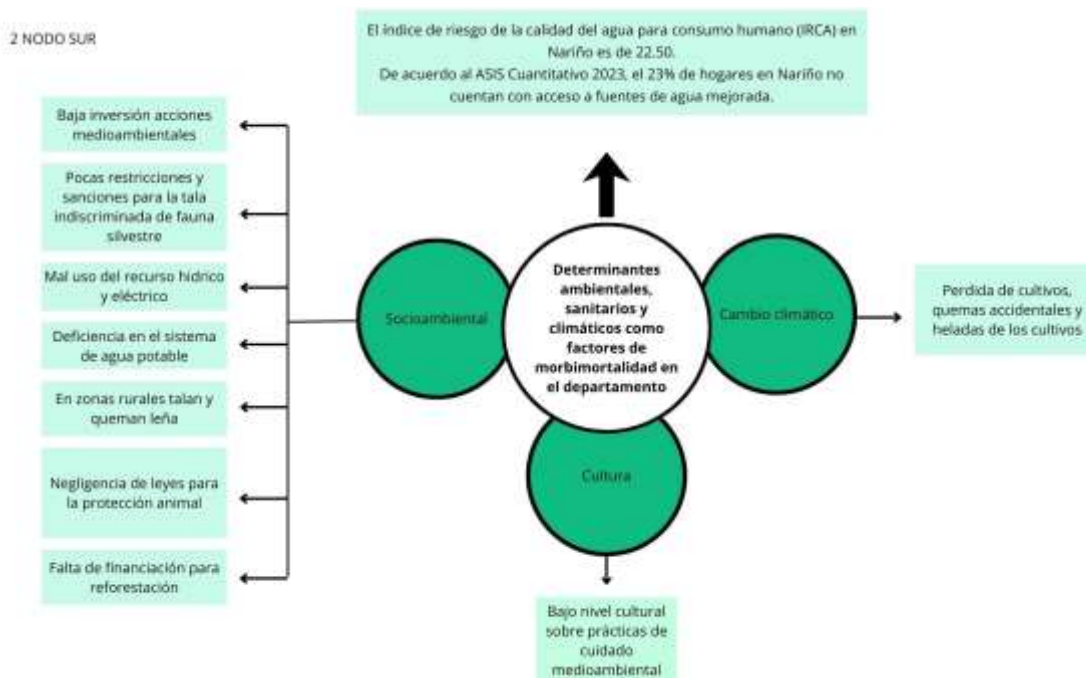
Figura 25. Núcleo de inequidad asociado a P7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento, e insuficiente cobertura de los programas de tamizaje (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.).



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño (2025).

En el Nodo Sur, para el año 2025, la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles se configura como un núcleo de inequidad asociado principalmente a las precarias condiciones socioeconómicas de las familias, las cuales limitan el acceso a una canasta familiar suficiente y a una alimentación de calidad. Esta situación favorece la adopción de hábitos y estilos de vida malsanos, profundamente arraigados en la cultura local, y se ve agravada por la insuficiente respuesta institucional frente a los determinantes sociales de la salud. La inequidad se expresa además en las dinámicas de mercado que encarecen los alimentos, especialmente en municipios afectados por economías ilícitas, así como por el impacto del conflicto armado, el desplazamiento forzado y los confinamientos. Estas condiciones se profundizan por brechas culturales, sociales y de gobernanza que restringen el acceso al conocimiento, la participación comunitaria y la distribución equitativa de oportunidades, perpetuando las desigualdades en salud en el territorio.

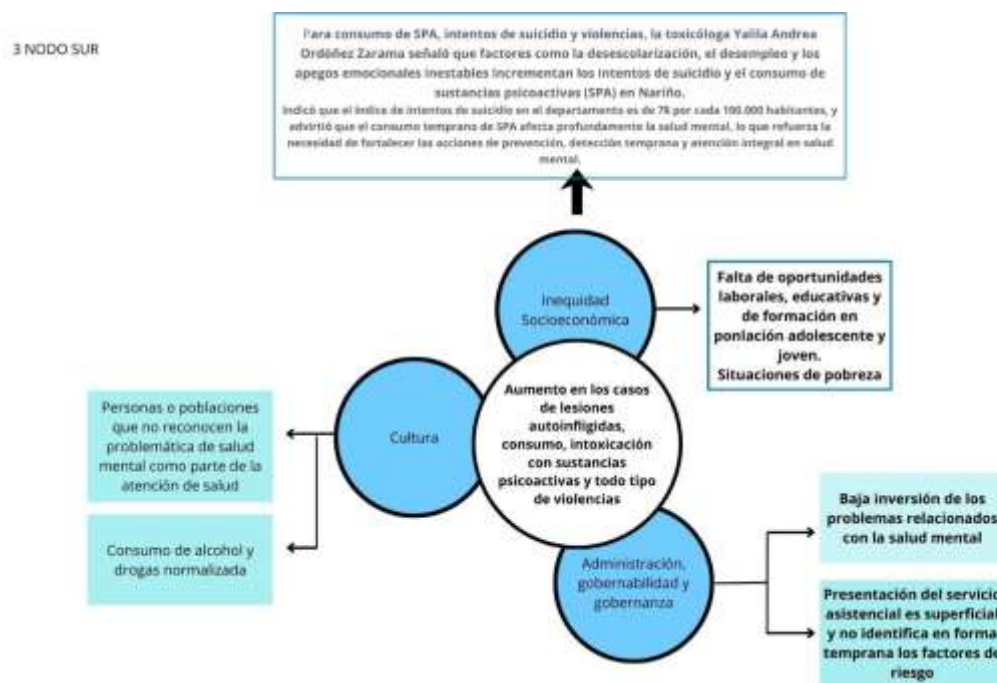
Figura 26. Núcleo de inequidad asociado a P8. Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales y sanitarios en todos los cursos de vida.



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño (2025).

En el Nodo Sur, la alta carga de morbilidad asociada a los determinantes socioambientales y sanitarios se configura como un núcleo de inequidad que afecta a la población en todos los cursos de vida. Esta situación está relacionada con la contaminación del agua, el aire y los alimentos, el uso inadecuado de plaguicidas y pesticidas y las debilidades en los sistemas de control ambiental, especialmente en contextos rurales. De manera particular, los resultados del IRCA evidencian deficiencias persistentes en la calidad del agua para consumo humano, con niveles de riesgo que incrementan la ocurrencia de enfermedades diarreicas, parasitarias y otras afecciones prevenibles. A ello se suma la baja cobertura de vacunación antirrábica, la tenencia irresponsable de animales y la presencia de zoonosis, así como la ausencia de procesos sostenidos de promoción de la movilidad segura. Finalmente, las emergencias de origen natural y antrópico, junto con los efectos adversos del cambio climático, profundizan estas inequidades, las cuales se ven reforzadas por limitaciones institucionales, débil articulación intersectorial y escasa participación comunitaria, perpetuando condiciones adversas para la salud en el territorio.

Figura 27. Núcleo de inequidad asociado a P1. Aumento en los casos de: lesiones autoinfligidas, consumo, intoxicaciones con sustancias psicoactivas



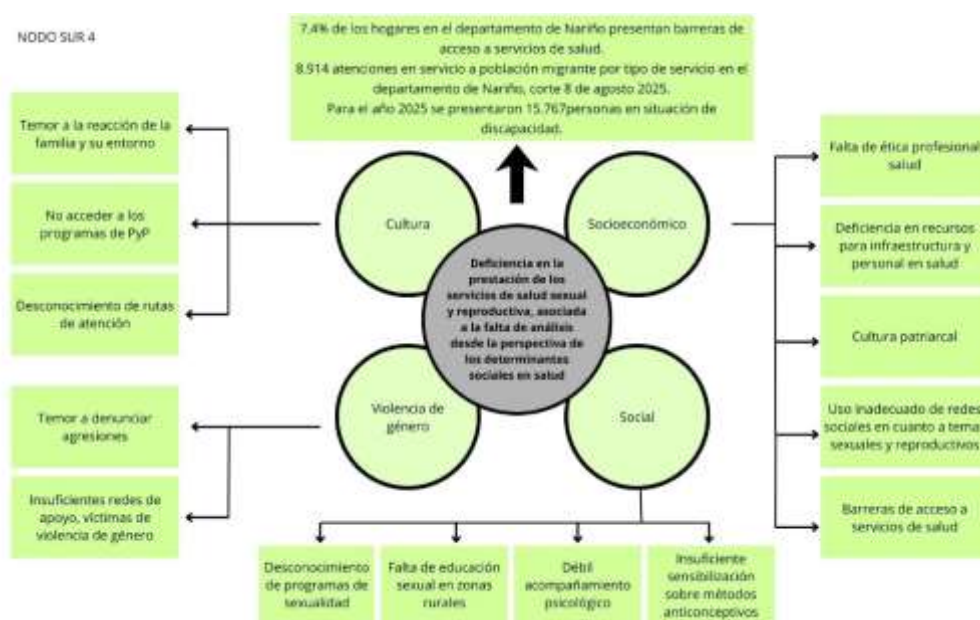
Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño (2025).

Las principales causas de esta problemática se relacionan con la debilidad en la conformación de redes de apoyo, especialmente de tipo familiar y comunitario, que permitan acompañar de manera efectiva los procesos sociales y emocionales de las poblaciones afectadas. Ante la ausencia de estos soportes, el consumo de sustancias psicoactivas emerge como una alternativa de afrontamiento frente a situaciones de vulnerabilidad, malestar psicosocial y falta de oportunidades. Esta condición se ve reforzada por las limitaciones en el acceso a una educación de calidad, la cual no logra consolidar procesos formativos integrales ni generar transformaciones culturales sostenidas que fortalezcan proyectos de vida saludables, particularmente en la población infantil, adolescente y joven, quienes resultan ser los más expuestos al consumo de sustancias y a las diferentes formas de violencia.

El aumento de las lesiones autoinfligidas, el consumo de sustancias psicoactivas y las violencias en los municipios del nodo se inscribe en un contexto complejo de inequidades interrelacionadas, profundamente influenciado por la presencia histórica del conflicto armado. Este fenómeno ha contribuido a la consolidación de desigualdades sociales, a la normalización de la violencia y a la incidencia de economías ilícitas que condicionan la calidad de vida, el tejido social y las formas de resolución de conflictos en los territorios.

En este escenario, la inequidad social y cultural se ve agravada por dinámicas asociadas al narcotráfico, que inciden de manera negativa en la construcción de los proyectos de vida de las poblaciones más vulnerables, especialmente niños, adolescentes y jóvenes, quienes crecen en entornos marcados por la violencia y la exclusión. Adicionalmente, los territorios enfrentan procesos de estigmatización que limitan el respaldo institucional y la implementación de políticas sociales integrales. Estas condiciones se profundizan por debilidades en la gobernanza local, derivadas de la presencia de actores no legitimados que afectan la autonomía comunitaria y restringen el ejercicio pleno del poder político y democrático, perpetuando así la problemática en el territorio.

Figura 28. Núcleo de inequidad asociado a P4. La deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño (2025).

Desde el trabajo con los delegados del Nodo Sur se identificó la participación de diversos actores frente a la problemática de la salud sexual y reproductiva, destacándose el compromiso institucional por fortalecer la implementación de políticas con enfoque de derechos, la capacitación del talento humano y la oferta de servicios integrales y amigables. La comunidad manifiesta interés en visibilizar sus necesidades y acceder a espacios de orientación y acompañamiento, especialmente mujeres, adolescentes y jóvenes, mientras que actores cooperantes como instituciones educativas, prestadores de salud y entidades gubernamentales buscan articular acciones de educación integral y acceso equitativo a los servicios. Asimismo, la comunidad LGBTIQ+ promueve la inclusión, el respeto por la diversidad y la garantía de sus derechos, y como estrategias de gestión se priorizan jornadas de educación sexual, formación a docentes y personal de salud,



espacios de diálogo comunitario y el fortalecimiento de redes de apoyo en el territorio.

El análisis del Nodo Sur, conformado por trece municipios, permitió identificar mediante la matriz de priorización Hanlon-OPS las principales problemáticas de salud pública del territorio, evidenciando que las necesidades en salud están fuertemente determinadas por inequidades sociales, económicas, ambientales y territoriales. Se priorizan las enfermedades crónicas no transmisibles, la alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales, los problemas de salud mental, violencias y consumo de sustancias psicoactivas, las deficiencias en salud sexual y reproductiva y la persistencia de enfermedades transmisibles prevenibles.

Estas problemáticas reflejan debilidades en la atención primaria en salud, en la prevención y en la respuesta institucional, especialmente en contextos rurales, étnicos y de difícil acceso, y están influenciadas por condiciones de pobreza, conflicto armado, barreras culturales y limitaciones en la gobernanza. La construcción de núcleos de inequidad permitió visibilizar las causas estructurales que perpetúan estas brechas, reafirmando la necesidad de fortalecer acciones integrales, intersectoriales y territorializadas, alineadas con el PDSP 2022–2031 y el modelo de atención preventiva-predictiva, con énfasis en la participación comunitaria y el reconocimiento de los saberes propios.

Para abordar las problemáticas del Nodo Sur en el marco del PDSP 2022–2031 y del modelo de salud preventivo-predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud, se propone fortalecer la APS mediante la ampliación de la cobertura y el acceso a servicios en zonas rurales a través de equipos multidisciplinarios y redes integradas de atención; impulsar acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva con enfoque diferencial, de género y de derechos que contribuyan a reducir estigmas, violencias basadas en género y prácticas patriarcales; mitigar los riesgos socioambientales mediante el mejoramiento de acueductos, el manejo adecuado de residuos y la caracterización de actividades informales con impacto ambiental; reducir las desigualdades en el ámbito rural fortaleciendo la atención de enfermedades prevalentes en comunidades indígenas y campesinas y eliminando barreras geográficas, culturales y administrativas de acceso; implementar estrategias integrales de salud mental orientadas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la atención a víctimas de violencia y la promoción del bienestar psicosocial; promover la participación activa de pueblos indígenas y comunidades campesinas en la gestión de la salud, respetando sus saberes propios y fortaleciendo la gobernanza local; y consolidar la gestión territorial mediante la capacitación comunitaria en gestión del riesgo y la corresponsabilidad institucional, orientadas a un desarrollo sostenible y equitativo.



4.4.3 Nodo centro

El Nodo Sur está compuesto por veinte (20) municipios así: Albán, Ancuyá, Buesaco, Chachagüí, Consaca, Cumbitara, El Peñol, El Rosario, El Tablón de Gómez, El Tambo, Funes, La Florida, Leiva, Linares, Nariño, Pasto, Policarpa, Sandoná, Tangua y Yacuanquer.

4.4.3.1. Problemáticas/ resultados matrices de Hanlon-OPS.

Mediante metodología Hanlon, se priorizó aquellas problemáticas sobre las que se orientará la planeación de estrategias y acciones que aporten a la garantía del derecho a la salud en un periodo de cuatro años.

Tabla 26. Resultados matrices de Hanlon-nodo centro.

#	Magnitud	Severidad	Eficacia de la solución	Factibilidad	Matriz Halon
7	8.5	7.8	6.2	7.1	105.30
13	6.8	6.4	5.8	6.7	75.61
4	7.1	6.9	5.3	6.5	71.90
1	7.9	6.9	5.4	6.1	71.65
8	7.4	6.5	5.1	6.6	68.84
9	5.4	5.3	5.7	6.6	60.72
5	6.5	5.7	5.1	6.4	57.42
10	5.8	5.2	5.2	6.1	51.73
17	5.4	4.4	5.6	6.4	50.56
11	5.8	5.2	5.1	6.1	50.12
18	6.2	5.4	4.6	5.2	40.21
14	6.3	5.4	4.2	5.5	39.82
15	4.1	4.6	5.1	5.8	38.90
12	5.3	4.5	4.8	5.7	38.45
2	5.4	4.8	4.8	5.4	38.41
3	5.3	4.9	4.6	5.4	37.58
16	5.4	4.7	4.2	5.3	32.87
6	3.9	4.0	4.1	4.8	23.40

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025.

En consecuencia, para el nodo centro se prioriza las siguientes problemáticas:

Problemática 7: Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento, e insuficiente cobertura de los programas de tamizaje (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.). representado en 105.30

Problemática 13: Persistencia de carga de morbilidad asociado a enfermedades transmisibles como Enfermedad de Hansen, Enfermedad diarreica



Aguda, Infecciones Respiratorias Agudas, Dengue, etc. en el Departamento de Nariño representado en 75.61

Problemática 4: La deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva está asociada a la débil comprensión del problema desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud, y la persistencia de una cultura patriarcal dominante. Hecho que repercute en diversos aspectos como: la elevada tasa de mortalidad materna, el aumento de emergencias obstétricas, el escaso uso de métodos de planificación familiar, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos especialmente entre la población adolescente, la falta de reconocimiento de las violencias basadas en género, barreras para el acceso a las pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH y el desconocimiento de la normatividad vigente por parte del personal de salud, entre otros.

Problemática 1 Aumento en los casos de: lesiones autoinfligidas, consumo, intoxicaciones con sustancias psicoactivas y de todo tipo de violencias, asociados a una serie de factores interrelacionados: problemáticas de salud mental, factores sociales y económicas (pobreza, desempleo, falta de acceso a derechos fundamentales), entornos culturales situados desde la violencia, acceso a armas.

En consecuencia, para el nodo centro se priorizan problemáticas de alta relevancia en salud pública que evidencian una carga significativa de enfermedad y múltiples brechas estructurales. En primer lugar, se destaca la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la insuficiente cobertura de los programas de tamizaje para hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer y obesidad, situación representada en un valor de 105,30, lo cual refleja debilidades en la prevención, el diagnóstico oportuno y el control de estas patologías. De igual manera, persiste una importante carga de morbilidad asociada a enfermedades transmisibles como la Enfermedad de Hansen, la Enfermedad Diarreica Aguda, las Infecciones Respiratorias Agudas y el Dengue, entre otras, con una representación de 75,61, evidenciando retos en vigilancia epidemiológica, condiciones ambientales y acceso oportuno a los servicios de salud. A esto se suma la deficiente prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, estrechamente relacionada con una débil comprensión de los determinantes sociales de la salud y la persistencia de una cultura patriarcal, lo que se traduce en elevada mortalidad materna, incremento de emergencias obstétricas, bajo uso de métodos de planificación familiar, desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos —especialmente en población adolescente—, escaso reconocimiento de las violencias basadas en género, barreras de acceso a pruebas de tamizaje para ITS/VIH y limitaciones en el conocimiento normativo por parte del personal de salud. Finalmente, se identifica un aumento preocupante de los casos de lesiones autoinfligidas, consumo e intoxicaciones por sustancias psicoactivas y diversas formas de violencia, fenómenos asociados a problemáticas de salud mental y a factores sociales, económicos y culturales como la pobreza, el desempleo, la falta de acceso a derechos fundamentales, entornos normalizados



por la violencia y el acceso a armas, configurando un escenario complejo que requiere intervenciones integrales e intersectoriales.

Problemática 7. La alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento, junto con la insuficiente cobertura de los programas de tamizaje para hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer y obesidad, evidencia debilidades estructurales en las acciones de promoción, prevención y detección temprana. Esta situación favorece el diagnóstico tardío, el aumento de complicaciones, la sobrecarga del sistema de salud y mayores costos en la atención, además de impactar negativamente la calidad de vida de la población. El valor representado de 105,30 refleja la magnitud del problema y la necesidad de fortalecer estrategias integrales de atención primaria en salud, seguimiento continuo y educación comunitaria.

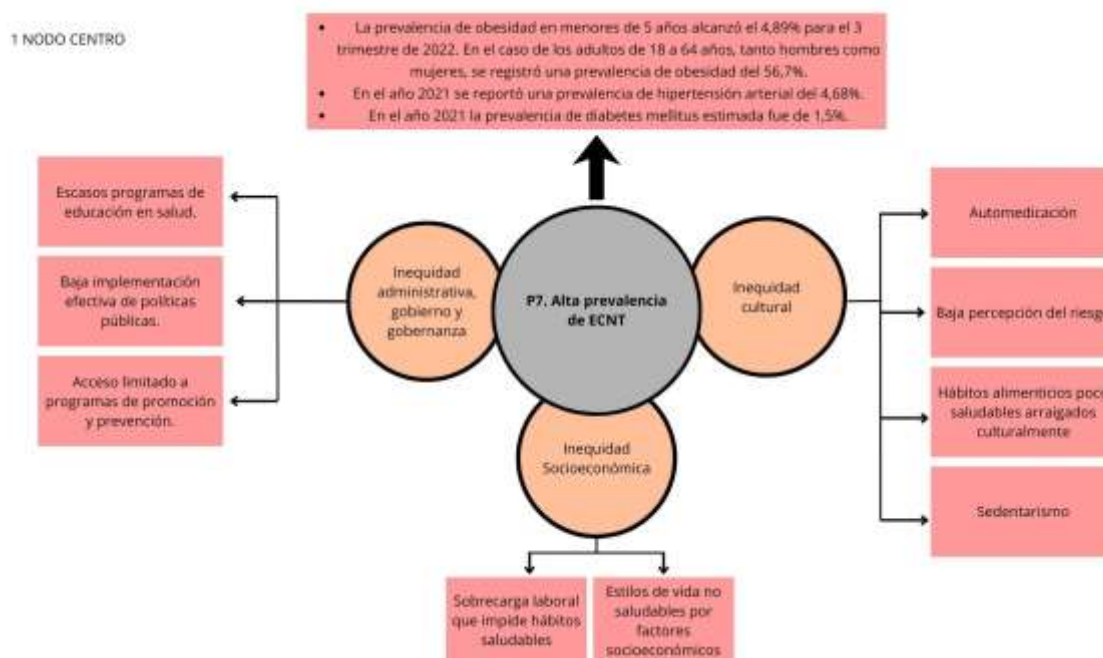
Problemática 13. La persistencia de la carga de morbilidad asociada a enfermedades transmisibles como la Enfermedad de Hansen, la Enfermedad Diarreica Aguda, las Infecciones Respiratorias Agudas y el Dengue, representada en un valor de 75,61, pone de manifiesto limitaciones en la vigilancia epidemiológica, en el control de factores ambientales y en el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud. Estas enfermedades están estrechamente relacionadas con condiciones socioeconómicas desfavorables, deficiencias en saneamiento básico, hábitos de higiene, condiciones climáticas y barreras geográficas, lo que exige intervenciones intersectoriales sostenidas.

Problemática 4. La deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva se encuentra asociada a una comprensión limitada del problema desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud y a la persistencia de una cultura patriarcal dominante. Esta situación incide directamente en la elevada tasa de mortalidad materna, el incremento de emergencias obstétricas, el bajo uso de métodos de planificación familiar y el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en población adolescente. Asimismo, se evidencian barreras para el acceso a pruebas de tamizaje de ITS/VIH, el subregistro y la normalización de las violencias basadas en género, así como debilidades en el conocimiento y aplicación de la normatividad vigente por parte del talento humano en salud.

Problemática 1. El aumento de los casos de lesiones autoinfligidas, consumo e intoxicaciones por sustancias psicoactivas y diversas formas de violencia constituye una problemática compleja y multifactorial. Esta situación está asociada a afectaciones en la salud mental, así como a factores sociales, económicos y culturales como la pobreza, el desempleo, la exclusión social, la falta de acceso a derechos fundamentales, la normalización de la violencia y la disponibilidad de armas. Estas condiciones incrementan el riesgo de eventos traumáticos, deterioran la cohesión social y demandan respuestas integrales que articulen acciones de salud mental, protección social, educación y seguridad.

4.4.2.2. Construcción de núcleos de inequidad sociosanitaria a nivel territorial

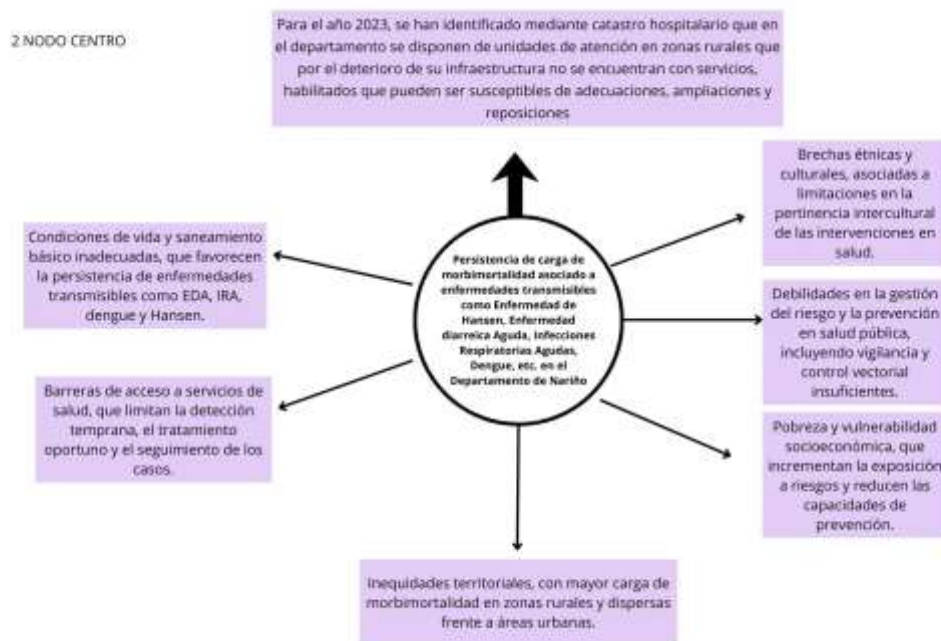
Figura 29. Núcleo de inequidades asociado a P7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño (2025).

Desde el Nodo Centro, la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la insuficiente cobertura de los programas de tamizaje para hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer y obesidad evidencian brechas significativas en la capacidad resolutoria del sistema de salud y en la implementación efectiva de acciones de promoción y prevención. A pesar de concentrar una mayor oferta de servicios, persisten dificultades relacionadas con la fragmentación de la atención, la limitada continuidad del cuidado, barreras administrativas y una respuesta insuficiente frente al crecimiento de la demanda, lo que favorece el diagnóstico tardío y el aumento de complicaciones. Esta situación genera una sobrecarga de los servicios, incrementa los costos en la atención y deteriora la calidad de vida de la población del nodo. El valor de 105,30 refleja la magnitud del problema y resalta la necesidad de fortalecer la atención primaria en salud, optimizar los programas de tamizaje, mejorar el seguimiento de los casos y consolidar estrategias de educación comunitaria que permitan un abordaje integral y oportuno de las enfermedades crónicas en el territorio.

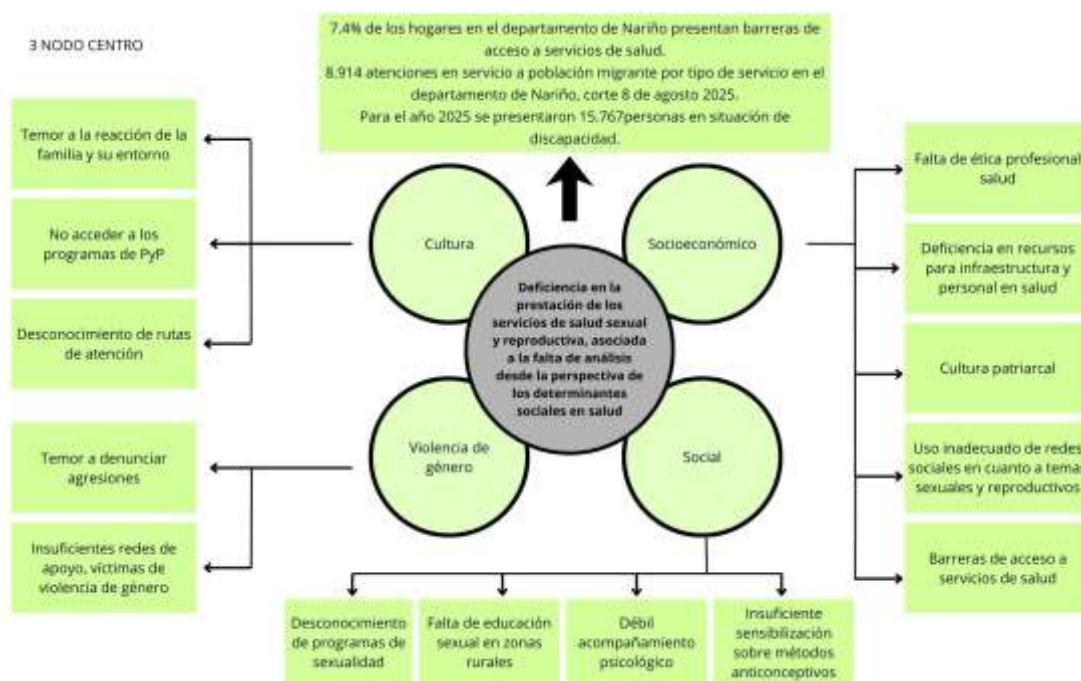
Figura 30. Núcleo de inequidades asociado a la problemática 13: Persistencia de carga de morbilidad asociado a enfermedades transmisibles como Enfermedad de Hansen, Enfermedad diarreica Aguda, Infecciones Respiratorias Agudas, Dengue, etc. en el Departamento de Nariño



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño (2025).

Desde el Nodo Centro, la persistencia de la carga de morbilidad asociada a enfermedades transmisibles como la Enfermedad de Hansen, la Enfermedad Diarreica Aguda, las Infecciones Respiratorias Agudas y el Dengue, representada en un valor de 75,61, evidencia debilidades en la prevención, el control y la vigilancia epidemiológica en el territorio. A pesar de contar con una mayor concentración de servicios de salud, persisten barreras en el acceso oportuno, la detección temprana y la continuidad de las acciones de control, así como limitaciones en las condiciones de saneamiento básico, el manejo ambiental y la educación en salud. Estas situaciones favorecen la transmisión sostenida de dichas enfermedades, incrementan el riesgo de brotes y generan una presión constante sobre los servicios de salud, afectando de manera significativa a poblaciones con mayores condiciones de vulnerabilidad. El comportamiento de esta problemática resalta la necesidad de fortalecer estrategias integrales de atención primaria, vigilancia epidemiológica activa, articulación intersectorial y participación comunitaria para reducir la carga de enfermedad transmisible en el Nodo Centro.

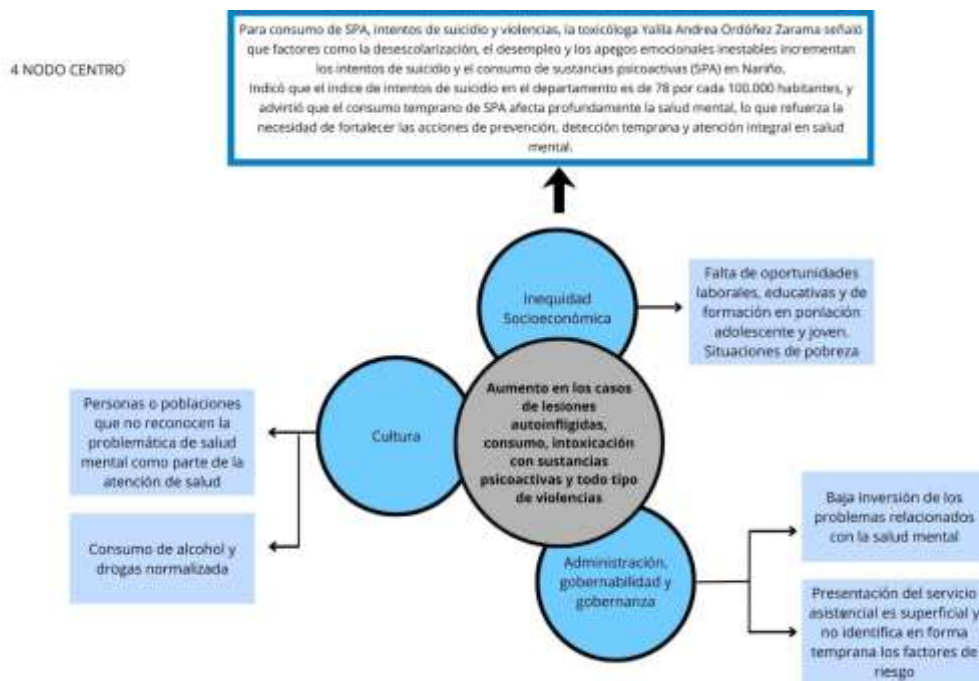
Figura 31. Núcleo de inequidades asociado a la problemática 4: Salud sexual y reproductiva deficiente



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño (2025).

La deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva constituye una problemática estructural que se encuentra estrechamente vinculada a una comprensión limitada del problema desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud y a la persistencia de una cultura patriarcal dominante. Esta situación genera desigualdades en el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención, lo que se refleja en una elevada tasa de mortalidad materna, el incremento de las emergencias obstétricas y el bajo uso de métodos de planificación familiar. Asimismo, se evidencia un marcado desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, particularmente en la población adolescente, lo que incrementa los riesgos de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y vulneración de derechos. A ello se suman la falta de reconocimiento y atención oportuna de las violencias basadas en género, las barreras para el acceso a pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH y las debilidades en el conocimiento y aplicación de la normatividad vigente por parte del personal de salud. En conjunto, estos factores limitan la respuesta integral del sistema de salud y demandan el fortalecimiento de enfoques diferenciales, de género e intersectoriales que permitan garantizar una atención sexual y reproductiva integral, oportuna y con enfoque de derechos.

Figura 32. Núcleo de inequidades asociado P1. Aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y todo tipo de violencia



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño (2025).

Los núcleos de inequidad asociados al aumento de los casos de lesiones autoinfligidas, consumo e intoxicaciones por sustancias psicoactivas y las diversas formas de violencia se manifiestan en profundas brechas sociales, económicas, territoriales y culturales que afectan de manera desproporcionada a poblaciones en condición de vulnerabilidad. La pobreza, el desempleo, la informalidad laboral y la exclusión social limitan el acceso a oportunidades educativas, culturales y laborales, incrementando el riesgo de afectaciones en la salud mental y de conductas de riesgo.

De igual manera, la desigualdad en el acceso a servicios de salud mental oportunos y de calidad, la débil presencia institucional en zonas rurales o periféricas y la insuficiencia de redes de apoyo comunitarias profundizan estas inequidades. A esto se suma la normalización de la violencia como forma de resolución de conflictos, las desigualdades de género, la exposición temprana a entornos violentos y la disponibilidad de armas, que incrementan la probabilidad de eventos traumáticos y violencias recurrentes. Estos núcleos de inequidad evidencian la necesidad de intervenciones integrales e intersectoriales que prioricen la reducción de las brechas sociales, el fortalecimiento de la salud mental comunitaria, la protección social y la construcción de entornos seguros, con un enfoque diferencial y de derechos.



En los municipios de Albán, Ancuyá, Buesaco, Chachaguí, Consacá, Cumbitara, El Peñol, El Rosario, El Tablón de Gómez, El Tambo, Funes, La Florida, Leiva, Linares, Nariño, Pasto, Policarpa, Sandoná, Tangua y Yacuanquer, el análisis del Nodo Centro mediante la metodología Hanlon permitió priorizar problemáticas de alta relevancia en salud pública que evidencian profundas inequidades sociosanitarias. Se destacan la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la insuficiente cobertura de programas de tamizaje para hipertensión, diabetes, cáncer y obesidad, lo que refleja debilidades en la prevención, el diagnóstico oportuno y la continuidad del cuidado; la persistente carga de morbilidad por enfermedades transmisibles como la Enfermedad de Hansen, las infecciones respiratorias y diarreicas agudas y el dengue, asociada a limitaciones en vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y acceso oportuno a los servicios; la deficiente prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, vinculada a determinantes sociales, desigualdades de género y una cultura patriarcal que impacta en la mortalidad materna, el bajo uso de métodos anticonceptivos, el desconocimiento de derechos y las violencias basadas en género; y el aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y diferentes formas de violencia, estrechamente relacionadas con problemáticas de salud mental, pobreza, desempleo, exclusión social y normalización de la violencia. En conjunto, estas problemáticas configuran núcleos de inequidad que demandan respuestas integrales, intersectoriales y sostenidas, centradas en el fortalecimiento de la atención primaria en salud, la reducción de brechas sociales y territoriales y la garantía efectiva del derecho a la salud en el territorio.



4.4.5 El Nodo Centro Occidente

El nodo centro occidente está conformado por doce (12) municipios, a saber: Guaitarilla, La Ilanada, Santacruz, Providencia, Imués, Ospina, Samaniego, Sapuyes, Túquerres, Los Andes, Mallama y Ricaurte.

4.4.5.1. Priorización de problemáticas/ resultados matriz de Hanlon-OPS.

Mediante metodología Hanlon, se priorizó aquellas problemáticas sobre las que se orientará la planeación de estrategias y acciones que aporten a la garantía del derecho a la salud en un periodo de cuatro años.

Tabla 27. Resultados matrices de Hanlon-nodo centro occidente.

#	Magnitud	Severidad	Eficacia de la solución	Factibilidad	Matriz Halon
17	5.0	4.2	7.7	8.4	86.89
7	8.3	8.1	5.4	6.3	82.62
11	7.4	5.7	5.8	6.7	74.16
13	7.4	5.9	5.6	6.4	69.27
18	6.7	6.3	5.6	6.4	68.90
1	9.0	7.1	5.2	5.5	66.20
9	5.4	4.5	6.4	7.1	64.53
4	7.5	6.2	5.1	6.2	62.21
2	6.1	3.9	6.2	7.1	61.02
8	8.3	7.3	4.7	5.7	60.82
16	6.3	5.8	4.8	6.5	55.93
14	6.8	5.8	5.2	5.8	55.89
5	5.5	4.8	5.4	6.8	55.40
3	6.7	4.7	5.2	6.4	53.88
10	5.8	3.8	5.6	6.8	50.84
15	4.6	3.5	6.1	7.0	49.28
12	7.6	6.0	4.5	5.3	46.22
6	3.6	2.7	4.9	5.8	26.01

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025

De este modo, en el nodo centro occidente se priorizaron las siguientes problemáticas:

Problemática 17: Debilidad en la implementación del modelo de Atención Primaria en salud dificultando la atención integral en salud, en particular en zonas rurales y rurales dispersas. Esto con un puntaje Hanlon de 86.89.

Problemática 7: Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento, e insuficiente cobertura de los programas de tamizaje (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.). Esto con un puntaje Hanlon de 82.62.

Problemática 11: Debilidad en la gestión del riesgo comunitario ante la ocurrencia de eventos de emergencias y desastres, asociados a: falta de recursos, educación y concientización limitadas, fragmentación institucional,



desigualdades sociales y cambio climático que genera olas de calor, inundaciones y sequías, causando lesiones, enfermedades y muertes, desplazamientos de población y daños a la infraestructura sanitaria. Esto con un puntaje Hanlon de 74.16.

Problemática 13: Persistencia de carga de morbilidad asociado a enfermedades transmisibles como Enfermedad de Hansen, Enfermedad diarreica Aguda, Infecciones Respiratorias Agudas, Dengue, etc. en el Departamento de Nariño. Esto con un puntaje Hanlon de 69.27.

Problemática 1: Dificultades para garantizar la sostenibilidad y mejoramiento de la red pública hospitalaria debido a los retos presentados en financiamiento, acceso desigual a los servicios de salud, escasez de personal cualificado e infraestructura obsoleta. Esto con un puntaje Hanlon de 68.90.

El análisis técnico de las problemáticas identificadas en el nodo muestra un sistema de salud con limitaciones estructurales y operativas que afectan su capacidad de respuesta. La insuficiente implementación del modelo de Atención Primaria en Salud en zonas rurales y dispersas constituye el eje crítico, al restringir la cobertura integral y la continuidad del cuidado. Esta debilidad se interrelaciona con la elevada carga de enfermedades crónicas y la baja cobertura de tamizajes, lo que evidencia fallas en prevención y detección temprana. A nivel de gestión del riesgo, la vulnerabilidad frente a emergencias y desastres refleja insuficiencia institucional y comunitaria, agravada por factores ambientales y sociales. La persistencia de enfermedades transmisibles confirma brechas en vigilancia epidemiológica y control, mientras que la fragilidad de la red hospitalaria pública, marcada por problemas de financiamiento, infraestructura y talento humano, compromete la sostenibilidad del sistema. En conjunto, se configura un escenario de fragmentación y baja resiliencia que exige fortalecer la APS, ampliar la prevención, consolidar la gestión del riesgo y garantizar la sostenibilidad hospitalaria como ejes estratégicos de intervención.

A continuación, se presenta el análisis de cada problemática en el contexto específico del departamento de Nariño, teniendo en cuenta sus particularidades territoriales, sociales, culturales y geográficas:

1. Problemática 17 – Atención Primaria en Salud:

La insuficiente implementación del modelo de APS en zonas rurales y dispersas limita la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, generando barreras de acceso, discontinuidad en el cuidado y baja cobertura de intervenciones preventivas. Esto compromete la integralidad del sistema y perpetúa inequidades territoriales.



2.Problemática 7 – Enfermedades Crónicas No Transmisibles:

La alta prevalencia de patologías como hipertensión, diabetes, cáncer y obesidad, junto con la baja cobertura de programas de tamizaje, refleja deficiencias en prevención y detección temprana. Esto incrementa la carga asistencial y la necesidad de servicios especializados, presionando un sistema con limitada capacidad de respuesta.

3.Problemática 11 – Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres:

La debilidad en la gestión comunitaria frente a emergencias y desastres se evidencia en la falta de recursos, educación y articulación institucional, agravada por el cambio climático. Esto aumenta la vulnerabilidad poblacional y compromete la resiliencia sanitaria ante eventos de alta magnitud.

4.Problemática 13 – Enfermedades Transmisibles:

La persistencia de enfermedades como Hansen, dengue, IRA y EDA indica brechas en vigilancia epidemiológica, control vectorial y acceso a intervenciones básicas. La falta de continuidad en programas de prevención y control mantiene una carga significativa de morbilidad evitable.

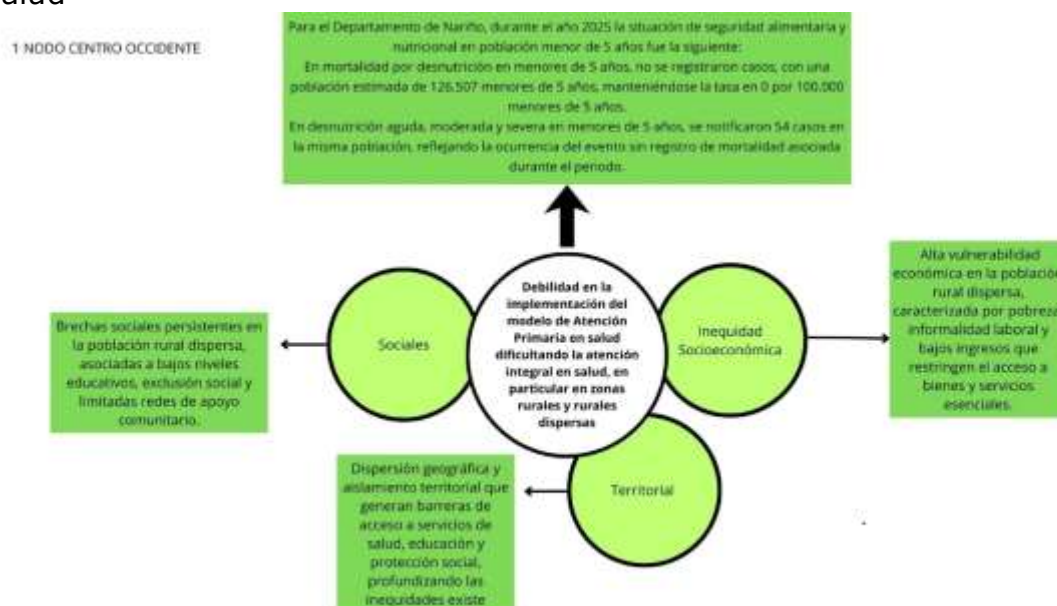
5. Problemática 1 – Red Pública Hospitalaria:

Las dificultades en sostenibilidad de la red hospitalaria pública, derivadas de problemas de financiamiento, infraestructura obsoleta y escasez de talento humano, limitan la capacidad de respuesta y la calidad de la atención. Esto debilita la estructura del sistema y compromete su resiliencia frente a la demanda creciente.

4.4.5.2. Construcción de núcleos de inequidad sociosanitaria a nivel territorial.

Con el fin de tener una perspectiva más específica de las problemáticas priorizadas, el ejercicio se complementa con la identificación y análisis de causas, su interrelación y los desenlaces de salud – enfermedad en el territorio con lo cual se logró construir los siguientes núcleos de inequidad.

Figura 33. Núcleos de inequidad asociados a P17. Debilidad en la implementación del modelo de Atención Primaria en salud dificultando la atención integral en salud



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025.

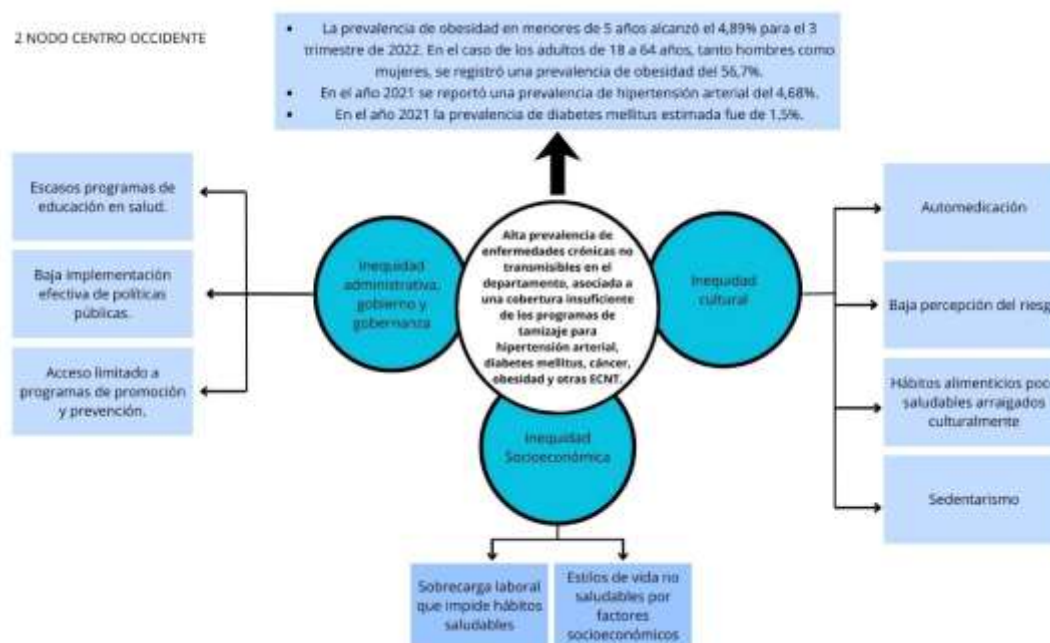
El análisis del nodo Centro Occidente evidencia una problemática estructural en la implementación del modelo de Atención Primaria en Salud (APS), particularmente en zonas rurales y dispersas del departamento de Nariño. Aunque los indicadores de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años se mantienen en cero, la notificación de 54 casos de desnutrición aguda, moderada y severa en esta población refleja una vulnerabilidad persistente que no logra ser mitigada por los servicios de salud disponibles. Esto sugiere que la cobertura y la capacidad resolutoria del modelo APS son insuficientes para garantizar atención integral y oportuna en territorios con alta dispersión geográfica.

Los determinantes sociales y territoriales descritos en las brechas educativas, la exclusión social y la limitada organización comunitaria debilitan la capacidad de respuesta local; mientras que el aislamiento territorial incrementa las barreras de acceso a salud, educación y protección social. A ello se suma la inequidad socioeconómica caracterizada por pobreza, informalidad laboral y bajos ingresos, que restringen el acceso a bienes y servicios esenciales. En conjunto, estos factores configuran un escenario de alta vulnerabilidad que exige fortalecer la estrategia de APS con enfoques diferenciales, priorizando la articulación intersectorial y el despliegue de soluciones adaptadas a la ruralidad dispersa.

En síntesis, los indicadores muestran que, aunque la mortalidad infantil por desnutrición está controlada, la persistencia de casos de desnutrición y las condiciones sociales, territoriales y económicas adversas revelan una debilidad crítica en la capacidad del sistema de salud para garantizar equidad y resiliencia en el nodo Centro Occidente.

Figura 34. Núcleos de inequidad asociados a P7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025



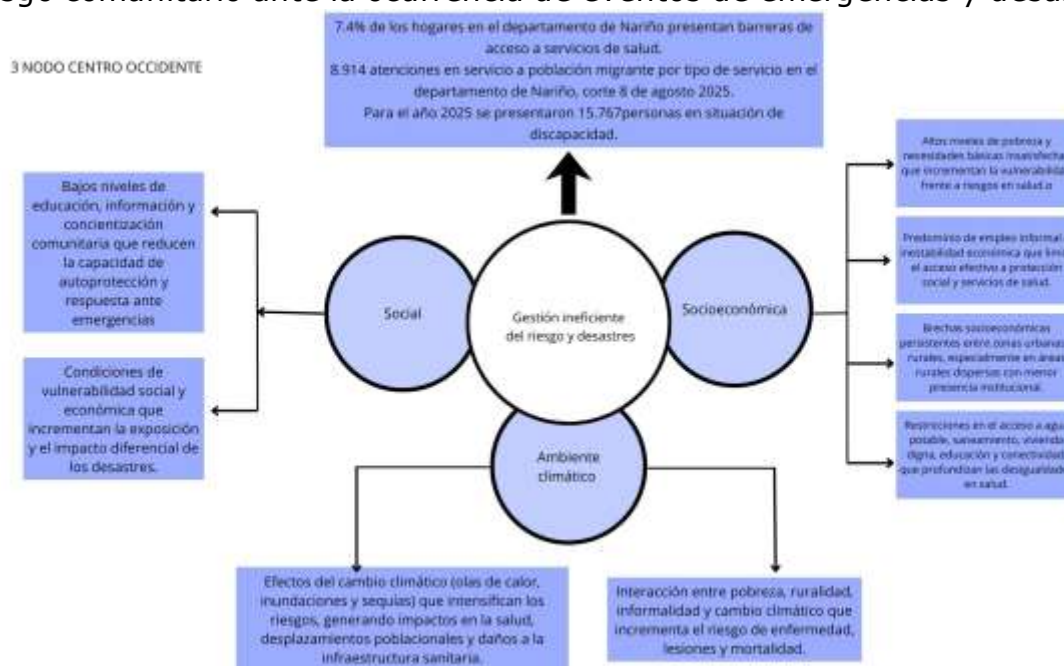
Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025.

En el Nodo Centro Occidente muestran una alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con prevalencias significativas de obesidad en adultos (56.7%), obesidad infantil (4.98%), hipertensión (4.68%) y diabetes (1.5%). Estos datos reflejan cómo los determinantes sociales de la salud — administrativos, culturales y socioeconómicos— se entrelazan para perpetuar la inequidad: la débil implementación de políticas públicas y programas de tamizaje limita la detección temprana; los hábitos alimenticios poco saludables y el sedentarismo, arraigados culturalmente, incrementan el riesgo; y las condiciones laborales y económicas restringen la posibilidad de adoptar estilos de vida saludables.

En síntesis, la prevalencia de ECNT en esta región no solo evidencia un problema sanitario, sino también un fenómeno estructural de inequidad que compromete

la sostenibilidad del sistema de salud y profundiza las brechas sociales. La respuesta requiere intervenciones integrales que fortalezcan la gobernanza en salud, transformen prácticas culturales y reduzcan las barreras socioeconómicas para garantizar un acceso equitativo a la prevención y promoción.

Figura 35. Núcleos de inequidad asociados a P11. Debilidad en la gestión del riesgo comunitario ante la ocurrencia de eventos de emergencias y desastres



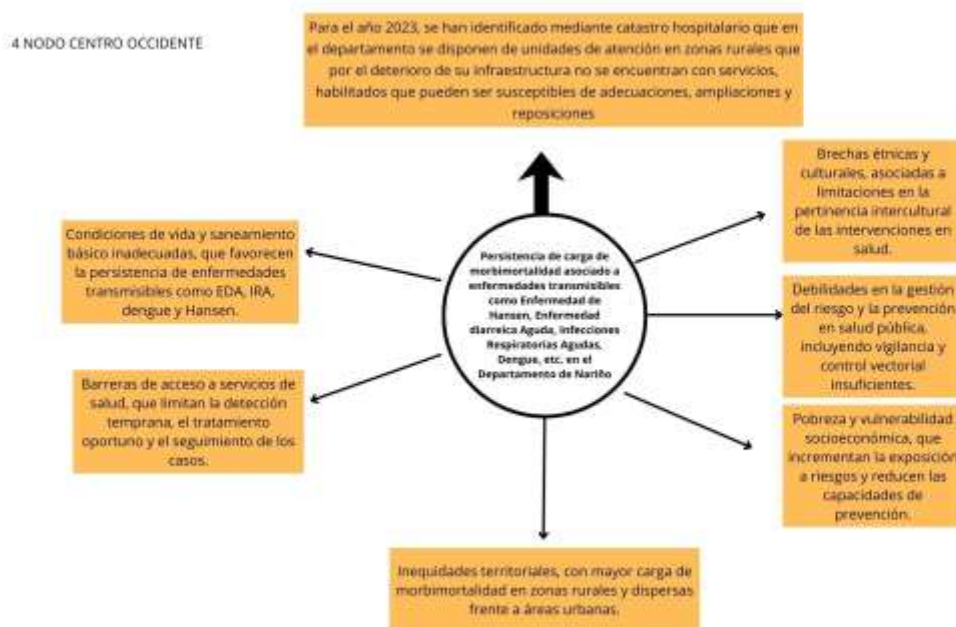
Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025.

Los indicadores del Nodo Centro Occidente evidencian una gestión ineficiente del riesgo y desastres, estrechamente ligada a determinantes sociales. El 7.4% de los hogares enfrenta barreras de acceso a servicios de salud, mientras que la atención a población migrante y la presencia de personas con discapacidad reflejan una alta demanda sobre un sistema con limitada capacidad de respuesta. Factores como bajos niveles de educación comunitaria, escasa información y vulnerabilidad social reducen la capacidad de autoprotección y aumentan el impacto diferencial de emergencias.

En el plano socioeconómico, la pobreza, el empleo informal y las brechas urbano-rurales profundizan la exposición al riesgo, limitando el acceso a protección social, agua potable, saneamiento y vivienda segura. A esto se suma el ambiente climático, donde los efectos del cambio climático (olas de calor, inundaciones, sequías) intensifican los riesgos y generan desplazamientos poblacionales y daños a la infraestructura sanitaria. En conjunto, los indicadores muestran que la interacción entre inequidades sociales, económicas y ambientales incrementa

la vulnerabilidad y exige respuestas integrales que fortalezcan la resiliencia comunitaria y la equidad en salud.

Figura 36. Núcleos de inequidad asociados a P11. Persistencia de carga de morbilidad asociado a enfermedades transmisibles



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025

El análisis del Nodo Centro Occidente evidencia que la persistencia de enfermedades transmisibles en Nariño está estrechamente vinculada a determinantes sociales de la salud. Entre los más relevantes se encuentran las condiciones de vida y saneamiento básico inadecuadas, que facilitan la transmisión de EDA, IRA y enfermedades vectoriales; así como la pobreza y vulnerabilidad socioeconómica, que incrementan la exposición a riesgos y reducen la capacidad de prevención comunitaria. Estos factores estructurales generan un entorno propicio para la continuidad de la carga de morbilidad.

Asimismo, se identifican inequidades territoriales y barreras de acceso a los servicios de salud, que limitan la detección temprana y el tratamiento oportuno, especialmente en zonas rurales y dispersas. La falta de infraestructura habilitada en áreas rurales refuerza estas inequidades, perpetuando mayores tasas de morbilidad en comparación con las áreas urbanas. A ello se suman las brechas étnicas y culturales, que dificultan la pertinencia intercultural de las intervenciones y reducen su efectividad en comunidades diversas.



4.4.6 Nodo occidente

El nodo occidente, está conformado por diez (10) municipios, así: Tumaco, Barbacoas, Francisco Pizarro, Magüi Payán, Roberto Payán, La Tola, El Charco, Olaya Herrera, Mosquera y Santa Bárbara de Iscuandé.

4.4.6.1. Priorización de problemáticas/resultados matrices de Hanlon-OPS.

De las problemáticas en cuestión, mediante metodología Hanlon se priorizaron aquellas sobre las que se orientará la planeación de estrategias y acciones que aporten a la garantía del derecho a la salud en un periodo de cuatro años por cada nodo nivel departamental.

Tabla 28. Resultados matrices de Hanlon-nodo occidente.

#	Magnitud	Severidad	Eficacia de la solución	Factibilidad	Matriz Halon
4	8.4	8.1	6.5	6.9	111.00
2	8.1	6.8	7.3	7.0	110.61
1	8.5	7.7	6.1	7.3	106.31
3	7.8	7.5	6.7	6.1	93.87
7	7.3	7.3	6.3	6.5	89.58
13	8.5	7.6	6.4	5.9	89.56
9	8.4	7.6	6.0	6.1	86.38
6	7.2	6.8	5.9	6.4	78.28
12	6.6	6.3	6.1	6.4	74.35
11	6.9	6.8	6.0	6.0	73.96
18	7.0	6.6	6.0	6.0	72.98
15	6.7	6.2	6.0	6.4	72.89
14	6.4	6.2	6.1	6.3	71.55
17	7.6	7.1	5.7	5.5	69.30
5	6.4	5.8	6.2	6.1	67.78
8	9.1	8.5	5.1	5.1	67.39
16	7.3	7.2	5.5	5.3	63.26
10	6.0	6.1	5.8	5.8	61.55

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025

Posterior a la aplicación del filtro se identifica para el nodo occidente 4 problemas centrales para trabajar, así:

Problemática 4: Barreras en la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva. Con una valoración de 111.00

Problemática 2: Desigualdades en la garantía del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas, principalmente en cuanto a prestación de servicios, influyendo en la baja cobertura de aseguramiento, debilidad en la prestación de servicios en salud y sub especializados, baja capacidad instalada en las IPS



pública, falta de infraestructura, falta de vías de acceso, altos niveles de corrupción, falta de acceso a servicios de internet 110.61

Problemática 1: Aumento en los casos de: lesiones autoinfligidas, consumo, intoxicaciones con sustancias psicoactivas y de todo tipo de violencias, asociados a una serie de factores interrelacionados: problemáticas de salud mental, factores sociales y económicas (pobreza, desempleo, falta de acceso a derechos fundamentales), entornos culturales situados desde la violencia, acceso a armas. 106.31

Problemática 3: Las desigualdades en el acceso a la atención en salud, la discriminación y la falta de acceso a recursos y servicios sociales contribuyen al aumento de las vulnerabilidades de grupos de especial protección: población con discapacidad, étnica, víctima de conflicto armado, personas adulto mayor, niños, habitantes de calle, migrante, entre otros 93.87

En el nodo occidente El conjunto de problemáticas priorizadas evidencia un escenario complejo de inequidades estructurales que afectan de manera significativa la garantía del derecho a la salud y el bienestar integral de la población. La problemática relacionada con las barreras en la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva, con la mayor valoración (111,00), refleja limitaciones persistentes en el acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios, así como debilidades en el enfoque de derechos, de género y de determinantes sociales, lo que impacta de forma directa en la salud materna, la salud sexual de adolescentes y jóvenes y la prevención de violencias basadas en género.

De igual manera, las desigualdades en la garantía del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas, con una valoración de 110,61, ponen en evidencia profundas brechas territoriales asociadas a la baja cobertura de aseguramiento, la limitada oferta de servicios de salud generales y subespecialidades, la insuficiente capacidad instalada de las IPS públicas, el déficit de infraestructura, la precariedad de las vías de acceso y la falta de conectividad digital, problemáticas que se agravan por factores como la corrupción y la débil presencia institucional. Estas condiciones restringen el acceso oportuno a la atención en salud y perpetúan ciclos de exclusión social.

Asimismo, el aumento de los casos de lesiones autoinfligidas, consumo e intoxicaciones por sustancias psicoactivas y diversas formas de violencia, con una valoración de 106,31, refleja una problemática multifactorial estrechamente relacionada con afectaciones en la salud mental, la pobreza, el desempleo, la falta de acceso a derechos fundamentales y la normalización de la violencia en determinados contextos sociales y culturales. Esta situación no solo incrementa el riesgo de eventos traumáticos y mortalidad evitable, sino que también impacta negativamente la cohesión social y la demanda de servicios de salud y protección social.



Finalmente, las desigualdades en el acceso a la atención en salud, la discriminación y la falta de acceso a recursos y servicios sociales que afectan a grupos de especial protección, con una valoración de 93,87, profundizan las condiciones de vulnerabilidad de poblaciones como personas con discapacidad, grupos étnicos, víctimas del conflicto armado, personas adultas mayores, niños, habitantes de calle y población migrante. Estas inequidades limitan el ejercicio pleno de derechos y evidencian la necesidad de enfoques diferenciales, inclusivos e intersectoriales.

En conjunto, estas problemáticas revelan la urgencia de fortalecer políticas públicas integrales orientadas a la reducción de inequidades sociales y territoriales, el mejoramiento del acceso y la calidad de los servicios de salud, y la articulación efectiva entre sectores, con un enfoque de derechos, equidad y justicia social.

A continuación, se presenta el análisis de cada problemática en el contexto específico del departamento de Nariño, teniendo en cuenta sus particularidades territoriales, sociales, culturales y geográficas:

Problemática 4: Barreras en la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva (111,00).

Esta problemática evidencia limitaciones estructurales en el acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, asociadas a una débil incorporación del enfoque de derechos, género y determinantes sociales de la salud. Las barreras existentes impactan negativamente en la salud materna, la prevención de embarazos no deseados, el acceso a métodos de planificación familiar y la atención integral de adolescentes y jóvenes, así como en la identificación y atención de violencias basadas en género. La alta valoración refleja la urgencia de fortalecer acciones integrales que garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Problemática 2: Desigualdades en la garantía del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas (110,61).

Las brechas territoriales en las zonas rurales y rurales dispersas se manifiestan en la baja cobertura de aseguramiento, la limitada prestación de servicios de salud generales y subespecializados, la insuficiente capacidad instalada de las IPS públicas y el déficit de infraestructura física y tecnológica. Estas condiciones se ven agravadas por la precariedad de las vías de acceso, la falta de conectividad a internet y prácticas de corrupción, lo que restringe el acceso oportuno y continuo a la atención en salud y profundiza las inequidades entre la población urbana y rural.

A continuación, se presenta el análisis de cada problemática en el contexto específico del departamento de Nariño, teniendo en cuenta sus particularidades territoriales, sociales, culturales y geográficas:



Problemática 1: Aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y violencias (106,31).

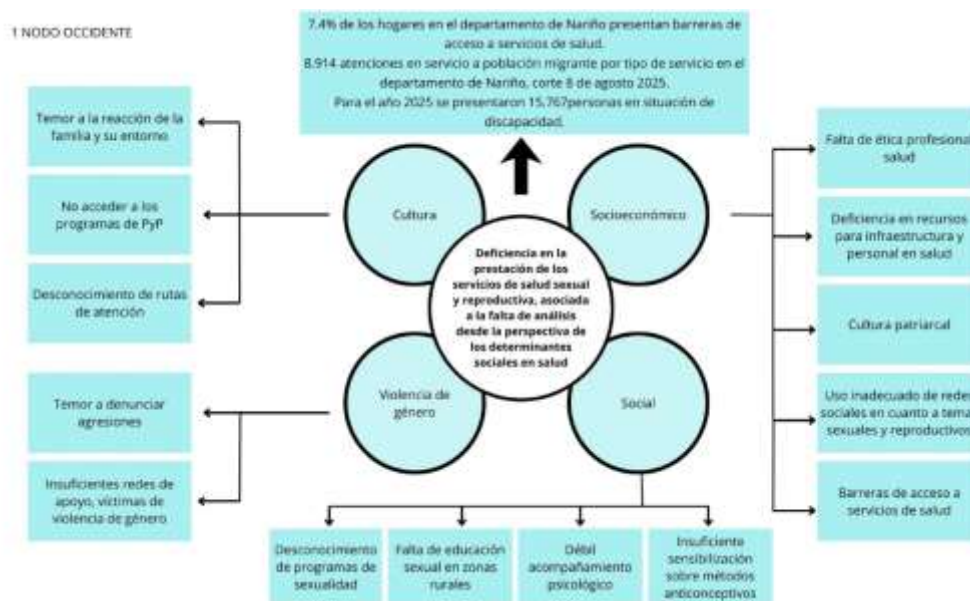
Esta problemática de carácter multifactorial está estrechamente relacionada con afectaciones en la salud mental y con factores sociales, económicos y culturales como la pobreza, el desempleo, la exclusión social, la falta de acceso a derechos fundamentales y la normalización de la violencia. El incremento de estos eventos genera un alto impacto en la morbilidad, la mortalidad evitable y la cohesión social, además de una creciente demanda de servicios de salud, protección social y seguridad, lo que exige respuestas integrales e intersectoriales.

Problemática 3: Desigualdades y discriminación que afectan a grupos de especial protección (93,87).

Las desigualdades en el acceso a la atención en salud, sumadas a prácticas de discriminación y a la limitada disponibilidad de recursos y servicios sociales, incrementan la vulnerabilidad de grupos de especial protección como personas con discapacidad, poblaciones étnicas, víctimas del conflicto armado, personas adultas mayores, niños, habitantes de calle y población migrante. Estas condiciones limitan el ejercicio efectivo de derechos, generan barreras adicionales en el acceso a servicios y evidencian la necesidad de implementar enfoques diferenciales, inclusivos y de justicia social para garantizar una atención equitativa.

4.4.6.2. Construcción de núcleos de inequidad sociosanitaria a nivel territorial. Con el fin de tener una perspectiva más específica de las problemáticas priorizadas, el ejercicio se complementa con la identificación y análisis de causas, su interrelación y los desenlaces de salud – enfermedad en el territorio con lo cual se logró construir los siguientes núcleos de inequidad.

Figura 37. Núcleos de inequidad asociados a p4. Barreras en la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva.



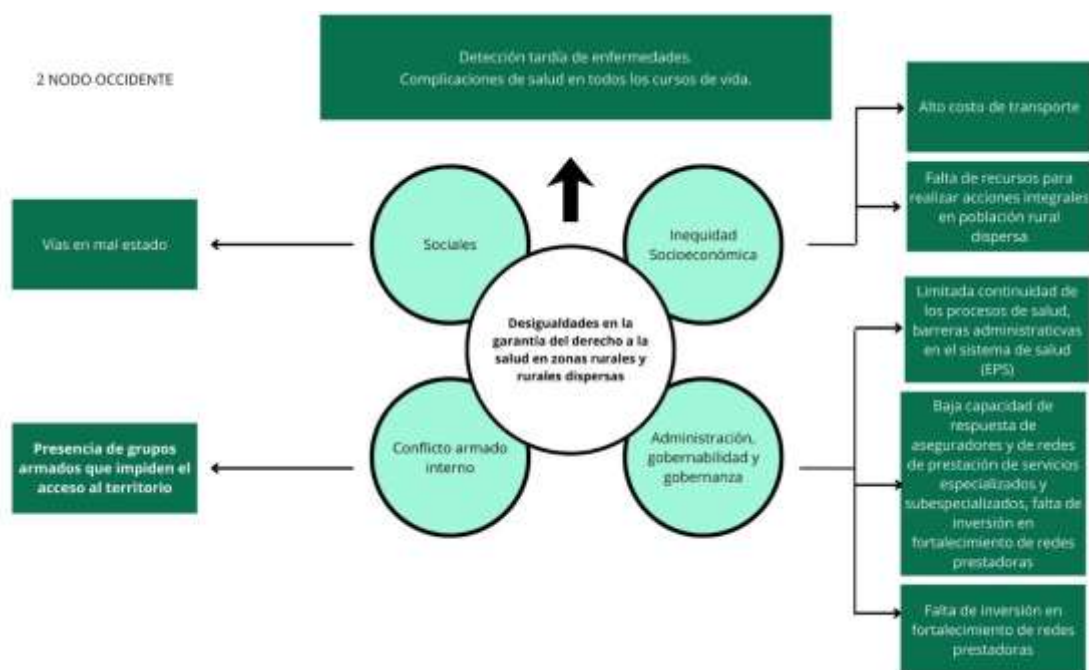
Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025

Desde el núcleo de inequidad, la deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva se explica por desigualdades estructurales relacionadas con una comprensión limitada de los determinantes sociales de la salud y la persistencia de una cultura patriarcal dominante que reproduce relaciones de poder desiguales. Estas inequidades se traducen en barreras de acceso, uso y calidad de los servicios, afectando de manera diferenciada a mujeres, adolescentes, población rural y otros grupos en situación de vulnerabilidad.

Como resultado, se presentan tasas elevadas de mortalidad materna, aumento de emergencias obstétricas y bajo uso de métodos de planificación familiar, especialmente en contextos donde existen limitaciones educativas, económicas y territoriales. El desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, particularmente entre adolescentes, así como la falta de reconocimiento y atención de las violencias basadas en género, profundizan la vulneración de derechos. Adicionalmente, las barreras para el acceso a pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH y las debilidades en el conocimiento y aplicación de la normatividad vigente por parte del personal de salud evidencian inequidades institucionales que limitan una respuesta integral. Este núcleo de inequidad resalta la necesidad de fortalecer enfoques de derechos, género y equidad, mediante acciones

intersectoriales que transformen prácticas culturales, mejoren la calidad de la atención y garanticen el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva.

Figura 38. Núcleos de inequidad asociados a p2. Desigualdad en el acceso a la salud rural



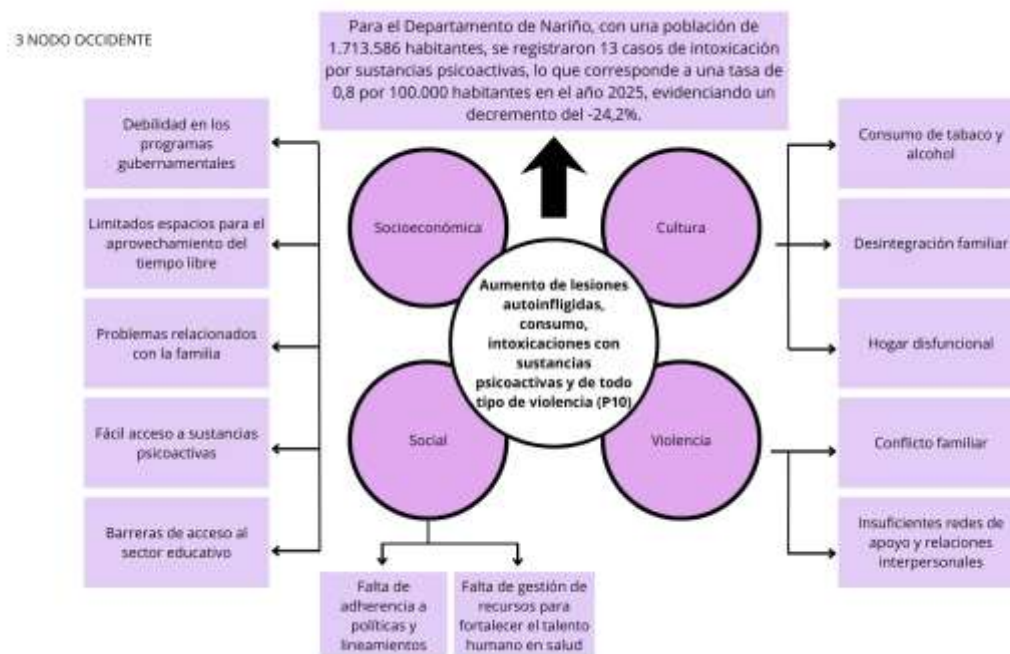
Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025

Desde el núcleo de inequidad, las desigualdades en la garantía del derecho a la salud en las zonas rurales y rurales dispersas evidencian profundas brechas territoriales que afectan de manera desproporcionada a estas poblaciones. La baja cobertura de aseguramiento, la limitada oferta de servicios de salud generales y subespecialidades, la insuficiente capacidad instalada de las IPS públicas y el déficit de infraestructura física y tecnológica reflejan una distribución inequitativa de los recursos del sistema de salud.

Estas desigualdades se agravan por la precariedad de las vías de acceso, las barreras geográficas, la falta de conectividad a internet y prácticas de corrupción, lo que limita la implementación de estrategias como la telemedicina, el seguimiento continuo de los pacientes y la articulación efectiva de los servicios. Como resultado, se restringe el acceso oportuno, continuo y de calidad a la atención en salud, se incrementan los riesgos de morbilidad evitable y se profundizan las inequidades entre la población urbana y rural. Este núcleo de inequidad resalta la necesidad de fortalecer la presencia institucional, mejorar la

infraestructura y la conectividad, y priorizar políticas públicas orientadas a la equidad territorial y la garantía efectiva del derecho a la salud.

Figura 39. Núcleos de inequidad asociados a P1: Aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y violencias.



Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025

el aumento de las lesiones autoinfligidas, el consumo de sustancias psicoactivas y las diversas formas de violencia refleja desigualdades estructurales que inciden directamente en la salud mental y el bienestar social. Esta problemática afecta con mayor intensidad a poblaciones expuestas a condiciones de pobreza, desempleo, exclusión social y limitada garantía de derechos fundamentales, donde las oportunidades de desarrollo personal y comunitario son restringidas.

Asimismo, la normalización de la violencia en determinados contextos sociales y culturales, la debilidad de las redes de apoyo familiar y comunitario y la inequidad en el acceso a servicios oportunos y continuos de salud mental profundizan estas brechas. Estas condiciones incrementan la morbilidad, la mortalidad evitable y el deterioro de la cohesión social, además de generar una mayor demanda de servicios de salud, protección social y seguridad. Este núcleo de inequidad evidencia la necesidad de fortalecer respuestas integrales e intersectoriales orientadas a la prevención, la promoción de la salud mental, la reducción de las desigualdades sociales y la construcción de entornos protectores y seguros.

4.5 Síntesis de resultados por nodos

El análisis conjunto de los nodos Norte, Sur, Occidente, Centro Occidente y Centro del departamento de Nariño, a partir de la aplicación de la metodología Hanlon-OPS, evidencia un escenario departamental caracterizado por profundas inequidades sociales, territoriales, económicas y culturales que afectan de manera estructural la garantía del derecho a la salud. Si bien cada nodo presenta particularidades asociadas a su contexto geográfico, étnico y socioeconómico, se identifican problemáticas comunes que reflejan condiciones persistentes de vulnerabilidad y una alta interrelación entre los determinantes sociales de la salud.

De manera transversal en los cinco nodos se identifica la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, junto con una insuficiente cobertura de los programas de tamizaje para hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer y obesidad. Esta situación pone en evidencia debilidades en las acciones de promoción, prevención y detección temprana, así como fragmentación de la atención, barreras administrativas y limitada continuidad del cuidado. En los nodos Centro y Centro Occidente, estas falencias persisten a pesar de una mayor concentración de servicios, mientras que en los nodos Norte, Sur y Occidente se intensifican por la dispersión territorial, la baja capacidad instalada y las dificultades de acceso, lo que incrementa el riesgo de complicaciones, discapacidad y mortalidad evitable.

Asimismo, persiste una importante carga de morbimortalidad asociada a enfermedades transmisibles como la Enfermedad de Hansen, las Enfermedades Diarreicas Agudas, las Infecciones Respiratorias Agudas, el Dengue y otras enfermedades vectoriales. Esta problemática se encuentra estrechamente relacionada con condiciones socioeconómicas desfavorables, deficiencias en saneamiento básico, acceso limitado a agua potable, factores ambientales y climáticos, debilidades en la vigilancia epidemiológica y barreras geográficas para el acceso oportuno a los servicios de salud. En los nodos Occidente y Sur, estas condiciones se ven agravadas por factores ambientales y de ruralidad dispersa, mientras que en los nodos Centro y Centro Occidente persisten brechas asociadas a la gestión, sostenibilidad y continuidad de las acciones de control.

La deficiente garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva constituye otra problemática estructural común, con mayor impacto en los nodos Occidente y Sur. Esta situación está asociada a una comprensión limitada de los determinantes sociales de la salud y a la persistencia de una cultura patriarcal dominante, lo que se traduce en barreras de acceso, uso y calidad de los servicios. Sus efectos se reflejan en elevadas tasas de mortalidad materna, incremento de emergencias obstétricas, bajo uso de métodos de planificación familiar, desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos —especialmente en adolescentes—, barreras para el acceso a pruebas de tamizaje de ITS/VIH y una respuesta insuficiente frente a las violencias basadas en género.



De igual manera, el aumento de los casos de lesiones autoinfligidas, consumo e intoxicaciones por sustancias psicoactivas y diversas formas de violencia se configura como una problemática prioritaria en todos los nodos. Este fenómeno multifactorial está estrechamente vinculado a afectaciones en la salud mental y a factores sociales, económicos y culturales como la pobreza, el desempleo, la exclusión social, la falta de acceso a derechos fundamentales, la normalización de la violencia y la disponibilidad de armas. Estas condiciones incrementan la morbilidad, la mortalidad evitable, el deterioro de la cohesión social y la demanda de servicios de salud, protección social y seguridad, superando la capacidad de respuesta del sistema.

Adicionalmente, en los nodos Norte, Sur y Occidente se evidencian profundas desigualdades en la garantía del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas, caracterizadas por baja cobertura de aseguramiento, limitada oferta de servicios generales y subespecializados, déficit de infraestructura física y tecnológica, precariedad de las vías de acceso y limitada conectividad digital. Estas brechas se ven agravadas por debilidades en la gobernanza, prácticas de corrupción y baja presencia institucional, lo que restringe el acceso oportuno y continuo a la atención en salud y profundiza las inequidades territoriales.

Finalmente, en todos los nodos se identifican condiciones de alta vulnerabilidad en grupos de especial protección como población étnica, personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, personas adultas mayores, niños, habitantes de calle y población migrante. Las desigualdades en el acceso a servicios de salud y sociales, sumadas a prácticas de discriminación y a la limitada pertinencia intercultural de las intervenciones, profundizan la exclusión social y limitan el ejercicio efectivo de derechos.

En conjunto, la construcción de los núcleos de inequidad sociosanitaria a nivel departamental permite evidenciar que las problemáticas priorizadas no corresponden a eventos aislados, sino a la interacción sistemática de determinantes sociales, territoriales, económicos, culturales y ambientales. Este escenario exige el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud como eje estructurante del sistema, la reducción de las brechas territoriales, la articulación intersectorial efectiva y la implementación de políticas públicas integrales con enfoque de derechos, equidad, interculturalidad y justicia social, orientadas a mejorar las condiciones de vida y salud de la población del departamento de Nariño.

4.6 Priorización de problemáticas en el orden departamental. Matriz Hanlon

Para la priorización de problemas a nivel departamental se retomó el trabajo desarrollado por cada mesa según nodo en lo correspondiente a las matrices de HANLON-OPS. Los puntajes obtenidos en cada uno de los criterios consolidados permiten su ordenamiento según importancia de acción, permitiendo así dirigir de manera más efectiva acciones, recursos y esfuerzos hacia aquellas problemáticas que, según los representantes de la comunidad y delegados de las



Administraciones Locales participantes requieren mayor intervención. A fin de maximizar el impacto de las intervenciones en salud pública relacionadas por las instituciones y comunidad.

Conclusiones

- El análisis participativo permitió identificar trece problemáticas clave que afectan la salud en Nariño, destacando barreras en el acceso a la salud sexual y reproductiva, desigualdades en atención médica, alta carga de enfermedades transmisibles y crónicas, malnutrición, y violencia relacionada con el consumo de sustancias. Estas problemáticas están asociadas a determinantes sociales, ambientales y laborales, como la contaminación, el uso de agroquímicos, y las inequidades en zonas rurales.
- El análisis de los problemas relacionados con los Determinantes Sociales de la Salud y el trabajo desarrollado por nodos en el departamento de Nariño evidencia una amplia variedad de desafíos interrelacionados, que afectan la calidad de vida de sus habitantes. Las prioridades identificadas reflejan problemáticas comunes como desigualdades en el acceso a servicios de salud, alta prevalencia de enfermedades crónicas, violencia, consumo de sustancias psicoactivas, y deficiencias en infraestructura y gobernanza.
- Cada nodo territorial, a través de un enfoque metodológico participativo y basado en evidencias, destacó tanto problemáticas específicas de su región como estrategias para enfrentarlas. Entre las propuestas sobresalen el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, la promoción de enfoques interculturales e intersectoriales, y la reducción de inequidades mediante intervenciones focalizadas en las zonas rurales y poblaciones vulnerables.
- Estas acciones son fundamentales para implementar un modelo de salud preventivo y predictivo que responda a las necesidades locales y aborde las causas estructurales de las inequidades en salud.
- El análisis departamental identificó 18 problemáticas prioritarias en salud pública, de las cuales las cinco principales incluyen:
- El aumento de lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas, intoxicaciones y violencias, vinculadas a la salud mental y determinantes sociales como pobreza y exclusión.
- Las desigualdades en la garantía del derecho a la salud en zonas rurales, relacionadas con baja cobertura de aseguramiento, infraestructura deficiente y corrupción.



- El incremento en las vulnerabilidades de grupos de especial protección, como personas con discapacidad, adultos mayores y víctimas del conflicto armado.
- Deficiencias en los servicios de salud sexual y reproductiva, relacionadas con el desconocimiento de derechos, un enfoque patriarcal persistente y barreras de acceso.
- La baja movilidad segura terrestre y fluvial, que limita el acceso a servicios esenciales en salud.
- Estas problemáticas fueron priorizadas mediante la Matriz Hanlon, consolidando la percepción comunitaria y las valoraciones de los representantes municipales. Aunque ciertos problemas, como la movilidad, no alcanzaron las primeras posiciones en el nivel departamental, su relevancia en nodos específicos evidencia la necesidad de planes adaptados a cada territorio.



CAPITULO V.

LECTURA DEPARTAMENTAL DE PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES INTEGRANDO LA INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DESDE EL EQUIPO DEPARTAMENTAL DE PLAN TERRITORIAL DE SALUD

CAPÍTULO V. Lectura departamental de priorización de necesidades integrando la información cuantitativa y cualitativa desde el equipo departamental de plan territorial de salud

Tabla 29. Tabla de Listado de problemáticas a intervenir desde el departamento de Nariño. ASIS 2025

No	Descripción de la problemática y/o núcleo de inequidad agrupado desde la lectura de priorización Hanlon.
1	Aumento en los casos de: lesiones autoinfligidas, consumo, intoxicaciones con sustancias psicoactivas y de todo tipo de violencias, asociados a una serie de factores interrelacionados: problemáticas de salud mental, factores sociales y económicas (pobreza, desempleo, falta de acceso a derechos fundamentales), entornos culturales situados desde la violencia, acceso a armas.
2	Desigualdades en la garantía del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas, principalmente en cuanto a prestación de servicios, influyendo en la baja cobertura de aseguramiento, debilidad en la prestación de servicios en salud y sub especializados, baja capacidad instalada en las IPS pública, falta de infraestructura, falta de vías de acceso, altos niveles de corrupción, falta de acceso a servicios de internet
3	Las desigualdades en el acceso a la atención en salud, la discriminación y la falta de acceso a recursos y servicios sociales contribuyen al aumento de las vulnerabilidades de grupos de especial protección: población con discapacidad, étnica, víctima de conflicto armado, personas adulto mayor, niños, habitantes de calle, migrante, entre otros
4	La deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva está asociada a la débil comprensión del problema desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud, y la persistencia de una cultura patriarcal dominante. Hecho que repercute en diversos aspectos como: la elevada tasa de mortalidad materna, el aumento de emergencias obstétricas, el escaso uso de métodos de planificación familiar, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos especialmente entre la población adolescente, la falta de reconocimiento de las violencias basadas en género, barreras para el acceso a las pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH y el desconocimiento de la normatividad vigente por parte del personal de salud, entre otros.
5	Debilidad en la gobernanza en salud, evidenciado en: la fragmentación del sistema de salud y sus actores, débil participación de la comunidad en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, recursos insuficientes para la prestación de servicios, y limitada capacidad de inspección, vigilancia y control, y falta de sistemas de información.
6	El bajo reconocimiento y articulación del enfoque intercultural del sistema de salud, ha llevado a un aumento en la estigmatización de los usos y costumbres de los pueblos étnicos y la comprensión de su sistema de valores.
7	Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento, e insuficiente cobertura de los programas de tamizaje (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.).



8	Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales y sanitarios de la salud derivados de situaciones relacionadas con: la contaminación del agua, el aire, los alimentos, el uso inadecuado e indiscriminado de plaguicidas y pesticidas, falta de vacunación antirrábica de caninos y felinos, tenencia inadecuada e irresponsable de animales y presencia de otras zoonosis, adicionalmente, ausencia de procesos de promoción para la movilidad segura y los desafíos asociados a las emergencias de origen natural y antrópico y los efectos adversos a la salud desencadenados por el cambio climático; en todos los cursos de vida en el departamento.
9	Aumento de la malnutrición en el departamento de Nariño que afecta en los grupos poblacionales de primera infancia, infancia, adolescencia y población adulta, con especial repercusión en niños menores de 5 años con diagnósticos de desnutrición aguda, en muchos casos por uso de agroquímicos en los cultivos.
10	La debilidad en los procesos de vigilancia basada en comunidad tiene un impacto considerable, particularmente en la población no organizada en zonas rurales y en los liderazgos comunitarios.
11	Debilidad en la gestión del riesgo comunitario ante la ocurrencia de eventos de emergencias y desastres, asociados a: falta de recursos, educación y concientización limitadas, fragmentación institucional, desigualdades sociales y cambio climático que genera olas de calor, inundaciones y sequías, causando lesiones, enfermedades y muertes, desplazamientos de población y daños a la infraestructura sanitaria.
12	La inequidad y las condiciones laborales inseguras representan desafíos para los trabajadores informales, quienes a menudo carecen de protección social y derechos laborales, y se enfrentan a un mayor riesgo de explotación, accidentes laborales, enfermedades ocupacionales por uso de pesticidas.
13	Persistencia de carga de morbilidad asociado a enfermedades transmisibles como Enfermedad de Hansen, Enfermedad diarreica Aguda, Infecciones Respiratorias Agudas, Dengue, etc. en el Departamento de Nariño
14	El mal uso y desabastecimiento de medicamentos conlleva una carga significativa de morbilidad, sumado a una baja implementación del programa de farmacovigilancia.
15	Las lesiones por pólvora representan un desafío significativo en términos de salud pública y seguridad, y presentan consecuencias que van más allá de las lesiones físicas.
16	Insuficiente talento humano en salud y difíciles condiciones laborales (informalidad, contratación por OPS, alternativas de formación continua, permanencia, estímulos e incentivos a los trabajadores de la salud) que no garantizan unas condiciones dignas.
17	Debilidad en la implementación del modelo de Atención Primaria en salud dificultando la atención integral en salud, en particular en zonas rurales y rurales dispersas
18	Dificultades para garantizar la sostenibilidad y mejoramiento de la red pública hospitalaria debido a los retos presentados en financiamiento, acceso desigual a los servicios de salud, escasez de personal cualificado e infraestructura obsoleta.

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO VI.

PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO- PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



CAPÍTULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO-PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Respecto al análisis de los problemas identificados y priorizados por parte de los 62 municipios participantes del proceso de construcción participativa de ASIS comunitario, se posibilita alternativas de respuesta en correspondencia con los Ejes Estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en conexión a su vez con las estrategias que integran cada eje y retomando como elemento fundamental y orientador, el porcentaje de frecuencia que indica la prioridad de un determinado eje y sus cinco principales estrategias para ofrecer respuesta a las problemáticas identificadas.

Tabla 30. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de gobernanza y gobernabilidad en salud pública.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Gobernanza y gobernabilidad de la salud pública	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.
	Desarrollo de capacidades institucionales y sectoriales para el ejercicio de la participación social y comunitaria en salud como derecho en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, incluido el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio y los saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas acordes con el marco normativo.
	Diseño e implementación de estrategias para la transversalización de los enfoques diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria y psicosocial para pueblos y comunidades.
	Generación y adecuación de estrategias que promuevan capacidades institucionales para la garantía del derecho a la salud de la población de la
	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025

El eje de Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública se destaca como central para establecer estrategias y soluciones en salud, enfatizando la toma de



decisiones administrativa y gubernamental, junto con la participación de la ciudadanía. Se subraya la necesidad de promover espacios de participación comunitaria que reconozcan las necesidades locales y garanticen respuestas institucionales efectivas.

La priorización de este eje también revela debilidades en la intersectorialidad, resaltando la importancia de la coordinación entre sectores para garantizar el derecho a la salud, la distribución adecuada de recursos y la implementación de políticas resolutivas.

Las estrategias clave identificadas incluyen:

1. Mejorar la planificación y gestión de la salud, considerando factores de riesgo y las necesidades específicas de poblaciones y territorios.
2. Promover la participación social como herramienta para decisiones inclusivas y fortalecer la Atención Primaria en Salud.
3. Garantizar servicios de salud con enfoque diferencial, respetando género, edad y diversidad.
4. Asegurar acceso equitativo a servicios de salud para poblaciones históricamente vulneradas.
5. Fortalecer la vigilancia en salud pública mediante personal capacitado, infraestructura y equipamiento adecuados para responder a los desafíos en salud.

Tabla 31. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de determinantes sociales en salud.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Determinantes Sociales de la Salud	Gestionar los mecanismos técnicos, administrativos y políticos para mejorar de las condiciones de trabajo u ocupación que deterioran la salud, en el marco de la política de trabajo decente y para la generación de ingresos a las comunidades con atención particular en las mujeres rurales y de pueblos y comunidades étnicas, población LGTBIQ+, personas con discapacidad y personas de 60 y más años, independiente de la nacionalidad.
	Fortalecimiento de acciones dirigidas a la prevención y atención de problemas y trastornos mentales de la población en todos los entornos y momentos del curso de vida (familia, escuela, trabajo y otros escenarios de protección social)
	Gestionar los mecanismos administrativos, financieros y de pertinencia sociocultural, para disminuir las barreras de acceso en salud respecto a la atención a los niños, niñas y adolescentes, en particular en escenarios de vulnerabilidad socioeconómica para la permanencia escolar que incluya los pueblos y comunidades de acuerdo con sus planes de vida o el que haga sus veces.
	Gestión de la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, a partir de acuerdos en espacios intersectoriales.
	Generación de procesos de formación intersectorial y territorial en DDHH con énfasis en el respeto a la Misión Médica.

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025

La priorización de los determinantes sociales en salud resalta la necesidad de una comprensión integral del proceso salud-enfermedad-atención, abarcando dimensiones proximales, intermedias y estructurales que influyen en cómo vivimos, enfermamos y morimos. Estos determinantes están vinculados tanto al acceso a servicios de salud, educación y empleo, como a redes de apoyo social y las respuestas individuales frente a problemas de salud, evidenciando su impacto en la configuración del sistema de salud y en la perpetuación de desigualdades.

Con base en las estrategias priorizadas, se identifican tres líneas de acción fundamentales:

1. Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, eliminando barreras económicas y geográficas y fortaleciendo la atención primaria.
2. Fomentar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades dirigidas a poblaciones vulnerables.
3. Crear y fortalecer redes de apoyo social, familiar y comunitario, incluyendo servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

Estas acciones buscan abordar de manera integral las complejidades territoriales y reducir las desigualdades en salud en el departamento.



Tabla 32. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de Atención Primaria en Salud.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Atención Primaria en Salud	Implementación de mecanismos para la coordinación y gestión de la operación de las redes integrales e integradas territoriales de salud en el marco de un modelo preventivo, predictivo y resolutivo basado en la APS.
	Establecimiento de acuerdos sectoriales, intersectoriales y comunitarios para la concurrencia de recursos orientados a garantizar el acceso de la población, la longitudinalidad, la integralidad y continuidad de la atención en salud.
	Conformación y operación de equipos básicos de salud o equipos de salud territoriales.
	Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.
	Conformación y puesta en funcionamiento de los centros de atención primaria en salud -CAPS.

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025.

Las estrategias para fortalecer el eje de Atención Primaria en Salud destacan la necesidad de abordar brechas históricas en la fragmentación de los servicios, la desarticulación intersectorial y la baja participación comunitaria. Se propone un modelo de atención centrado en la prevención, predicción y resolución de problemas, con un enfoque territorial y comunitario que reconozca los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

Las orientaciones estratégicas buscan prevenir enfermedades, promover la salud integral y reducir desigualdades, promoviendo la equidad en el acceso a servicios. Entre las principales acciones destacan:

1. Alinear las acciones de los equipos de salud con políticas y planes estratégicos, considerando las condiciones locales.
2. Fomentar la participación social y restaurar la confianza entre comunidades e instituciones.
3. Garantizar acceso continuo a los servicios mediante modalidades como unidades móviles, telemedicina y atención domiciliaria.

Tabla 33. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de cambio climático, emergencias, desastres y pandemias.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Participación en las instancias de orientación y coordinación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, e incorporar las acciones del sector salud en los instrumentos de planificación, tales como, Planes de Gestión del Riesgo y Estrategias de Respuesta a Emergencias
	Formulación de políticas que permitan la planeación de la gestión integral del riesgo de desastres en salud y el fortalecimiento de la capacidad sectorial y comunitaria para responder a eventos de crisis, emergencias y desastres de importancia nacional e internacional.
	Socialización e Implementación del Plan de gestión integral de riesgos de emergencia y desastres en salud (PGIRED) en las Entidades Territoriales
	Fortalecimiento en todos los niveles las capacidades técnicas operativas de alerta y respuesta
	Fortalecimiento de la capacidad sectorial, transectorial y comunitaria para detectar y responder a eventos inusuales en salud pública que afecten la salud de la población

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025.

La gestión integral en emergencias y desastres busca proteger a las personas y comunidades de los riesgos que afectan la salud pública, enfrentando los efectos del cambio climático y reduciendo emisiones de gases de efecto invernadero. En el contexto del Plan Decenal de Salud Pública, se enfatiza la preparación para pandemias futuras y la respuesta eficaz ante emergencias.

El eje de cambio climático, emergencias, desastres y pandemias tiene como objetivo reducir impactos en la salud humana y ambiental mediante la gestión del riesgo, promoviendo la seguridad sanitaria, el bienestar, y la participación de sectores comunitarios, especialmente grupos étnicos y poblaciones vulnerables.

Las estrategias priorizadas incluyen:

1. Fortalecer la acción interinstitucional en salud, seguridad y justicia social, con especial atención en zonas rurales y afectadas por el conflicto armado.
2. Reducir la vulnerabilidad de la infraestructura hospitalaria frente a múltiples amenazas.
3. Promover la participación social y comunitaria para la toma de decisiones en salud.
4. Fortalecer la respuesta a emergencias mediante estrategias como COE Salud, ERI, y EMT.
5. Garantizar la regulación y coordinación de servicios de urgencias a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.
6. Establecer sistemas de alerta temprana en salud pública.
7. Monitorear capacidades territoriales para preparación y respuesta a emergencias.



Tabla 34. Estrategias priorizadas a nivel departamental eje de conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria	Fortalecer el papel de la Comisión Intersectorial para el Desarrollo y Producción de Tecnologías Estratégicas en Salud (CIDPTES) como ente de gobernanza que guíe las acciones que lleven a Colombia a convertirse en un centro de desarrollo y producción de TES, a través de la articulación de las propuestas que, desde los diferentes sectores (gobierno, industria, academia y sociedad), puedan aportar para este fin
	Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para la generación de conocimiento con enfoques diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicas
	Construcción de forma colectiva e intercultural los saberes que aporten a la producción y análisis de la información en salud pública
	Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para un adecuado proceso de producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública
	Desarrollo e implementación de otras estrategias para la generación de conocimiento acerca de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, evaluaciones de riesgo ambientales de la salud, entre otras

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025

El conocimiento en salud pública forma parte de la gestión del conocimiento, como un proceso dinámico y adaptado a los diversos contextos comunitarios e institucionales. Este incluye el estudio de enfermedades, mortalidad, políticas de salud y programas de intervención, enmarcado en el concepto de soberanía sanitaria. La soberanía sanitaria defiende el derecho y la capacidad de comunidades y países para definir sus políticas y acciones en salud, promoviendo la autonomía, la participación comunitaria y la equidad en salud.

En este marco, se destacan acciones prioritarias para avanzar en este eje:

1. Desarrollar políticas de salud basadas en evidencia científica y adaptadas a las necesidades locales.
2. Fomentar la participación comunitaria en la toma de decisiones sobre salud, involucrándola en la planificación, ejecución y evaluación de programas.
3. Reducir desigualdades en salud, atendiendo los determinantes sociales y garantizando acceso equitativo a servicios de calidad.
4. Fortalecer la formación de profesionales de la salud y mejorar la infraestructura y tecnología sanitaria para ofrecer servicios adecuados.

Tabla 35. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Desarrollo de acciones que promuevan la transversalización de los enfoques para la implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en salud.
	Identificación, reconocimiento, fortalecimiento, promoción y garantía de la participación como derecho e incidencia de personas y colectivos en los procesos de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud
	Identificación, disminución y superación de barreras de acceso a la atención integral en salud de personas y colectivos
	Caracterización de actores comunitarios, estructuras organizativas, y recursos humanos propios entre otros, para la organización y adecuación de los protocolos propios interculturales en el marco de la atención integral
	Establecimiento de mecanismos institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios que garanticen la participación de las diferentes formas y expresiones organizativas de los pueblos y comunidades

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025

La salud en pueblos étnicos, comunidades campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones vulnerables aborda sus necesidades específicas en salud física, mental, emocional y social. Estas poblaciones enfrentan desafíos en el acceso a servicios de salud, prevención y tratamiento de enfermedades, debido a factores como discriminación, marginalización, pobreza y barreras culturales y de género.

Se priorizan acciones clave:

1. Valorar los conocimientos y prácticas culturales, abordando desigualdades y discriminaciones basadas en identidad étnica, de género o sexualidad.
2. Promover la equidad de género y el empoderamiento de mujeres y niñas, garantizando acceso a educación, participación en esferas políticas y económicas, y prevención de violencia de género.

Tabla 36. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de personal de salud.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Personal de salud	Concertación de los mínimos de formación del THS y las prácticas pedagógicas a nivel técnico, tecnológico, universitario, posgradual y formación de formadores con relación a: territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva.
	Caracterización del talento humano en salud pública
	Fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales para la gestión territorial de la salud pública, en el marco de la Estrategia Nacional de Formación Territorial, Intercultural de Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Salud Colectiva.
	Definición de estrategias territoriales e intersectoriales para la mejora de la disponibilidad y distribución del THS con énfasis en los que realizan acciones y gestión de la salud pública.
	Gestión de la apertura territorial de las Instituciones de Educación del THS con los actores de la región para ser parte de la transformación requerida a escala mayor: con prácticas académicas y participación de las comunidades

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2025

La priorización del personal de salud en el Plan Decenal de Salud Pública adopta un enfoque integral que garantiza una atención adaptada a las realidades educativas, sociales y culturales de las comunidades. Este enfoque reconoce el papel fundamental del Talento Humano en Salud (THS) en la provisión de servicios integrales, la promoción de la salud y la equidad en el acceso, con especial atención a poblaciones vulnerables y comunidades étnicas.

Se destacan tres acciones clave:

1. Aplicar un enfoque diferencial para abordar disparidades en la distribución de recursos humanos y garantizar una cobertura equitativa en todas las regiones.
2. Fomentar la colaboración entre academia y comunidades locales, promoviendo innovación y adaptación a las necesidades locales en la gestión de salud.
3. Desarrollar equipos de atención móvil en zonas rurales aisladas, asegurando su protección y la continuidad del acceso a servicios esenciales.



6.1 Recomendaciones frente al ejercicio de análisis de problemas, priorización y comportamiento de indicadores en salud del Departamento de Nariño

Una vez recopilada la información de los actores clave a nivel territorial, además de la situación de indicadores en salud, desde el análisis del equipo territorial del nivel departamental surgen las siguientes recomendaciones para el abordaje de los problemas que darán sustento a la formulación del plan territorial de salud, así:

Tabla 37. Recomendaciones frente a los problemas establecidos en el análisis cualitativo/cuantitativo. Departamento de Nariño. 2025

Problemáticas	Recomendaciones
1. Aumento en los casos de: lesiones autoinfligidas, consumo, intoxicaciones con sustancias psicoactivas y de todo tipo de violencias, asociados a una serie de factores interrelacionados: problemáticas de salud mental, factores sociales y económicas (pobreza, desempleo, falta de acceso a derechos fundamentales), entornos culturales situados desde la violencia, acceso a armas y	1. Es necesario fortalecer los escenarios de articulación inter y trans sectorial a través de los comités y salas situacionales direccionando planes de acción con el seguimiento a indicadores trazadores en salud mental. 2. Se identificó la necesidad de mejorar los procesos de asistencias técnicas a entes territoriales que permitan la incorporación de la Política de Salud Mental. 3. Incrementar los espacios de atención Psicosocial para la población del departamento de Nariño a través de una plataforma integral de atención en salud mental. 4. Mantener las acciones de inspección de vigilancia en salud pública en la implementación de las políticas de salud mental y sustancia psicoactivas, así como el seguimiento de indicadores de salud mental. 5. Aumentar las acciones para la implementación de rutas de atención en salud, aplicación de tamizajes de salud mental, estrategias para la prevención, atención integral de la salud mental como son los dispositivos comunitarios en salud y el desarrollo de tecnologías contempladas en el Plan de intervenciones colectivas.
2. Desigualdades en la garantía del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas, principalmente en cuanto a prestación de servicios, influyendo en la baja cobertura de aseguramiento, debilidad en la prestación de servicios en salud y sub especializados, baja capacidad instalada en las IPS pública, falta de infraestructura, falta de vías de acceso, altos niveles de corrupción, falta de acceso a servicios de internet	1. Invertir en el mejoramiento de la infraestructura de centros de salud en áreas rurales, incluyendo la construcción y modernización de instalaciones, la adquisición de equipos médicos y la mejora del acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad e internet en estas instituciones. 2. Desarrollar programas de incentivos para atraer y retener personal de salud en zonas rurales y rurales dispersas, que incluya beneficios financieros y oportunidades de formación continua para el talento humano en salud que trabaje en estas áreas. 3. Establecer unidades móviles de salud para brindar servicios médicos y de enfermería a las comunidades rurales dispersas, que facilite la atención en salud en áreas de difícil acceso y mejorando así la cobertura de servicios de salud 4. Crear programas de atención domiciliaria para poblaciones vulnerables, como adultos mayores, personas con discapacidad y víctimas del conflicto armado que permita mejorar la calidad de vida de estas poblaciones especiales de protección. 5. Desarrollar estrategias para la descentralización de los procesos administrativos relacionados con la atención en salud, como la asignación

	de citas, referencias y contrarreferencias, autorizaciones y suministro de medicamentos. 6. Trabajar con otras entidades gubernamentales para mejorar las vías de acceso a las zonas rurales y rurales dispersas. Para facilitar el transporte de pacientes y personal médico, así como el suministro de medicamentos y otros recursos necesarios para la atención en salud. 7. Desarrollar mecanismos efectivos de supervisión y vigilancia para monitorear la prestación de servicios de salud en zonas rurales, que permita identificar y abordar problemas relacionados con corrupción, falta de recursos y deficiencias en la atención al usuario. 8. Establecer mecanismos de trabajo comunitarios para recoger las inquietudes y necesidades de las comunidades rurales y rurales dispersas, para el diseño de estrategias de salud más efectivas y centradas en las necesidades reales de estas poblaciones 9. Fomentar diálogos transparentes entre autoridad departamental y municipal que permitan establecer un diagnóstico claro de los puestos de salud rural en el marco del Modelo de Salud Preventivo-Predictivo-Resolutivo para establecer necesidades de infraestructura, dotación y talento humano que permita la puesta en marcha (o reapertura) de CAPS rurales para descongestionar los servicios de salud urbanos. 10. Descentralizar la atención en salud, en particular en los municipios más pequeños, pues progresivamente han cerrado servicios de salud rurales que durante años permitieron brindar acciones de promoción y mantenimiento de la salud en las veredas. 11. Fortalecer las acciones de participación ciudadana en los servicios de salud. Fomentar el seguimiento a las peticiones, quejas y reclamos que los usuarios hacen y retroalimentar las mejoras que se hacen en respuesta a estas quejas. 12. Fortalecer estrategias que permitan a las comunidades el agendamiento de servicios sin necesidad de filas desde la madrugada.
3. Las desigualdades en el acceso a la atención en salud, la discriminación y la falta de acceso a recursos y servicios sociales contribuyen al aumento de las vulnerabilidades de grupos de especial protección: población con discapacidad, étnica, víctima de conflicto armado, personas adulto mayor, niños, habitantes de calle, migrante, entre otros	1. Se requiere promover la equidad en el acceso a la atención en salud, implementando Iniciativas administrativas y comunitarias que garanticen un acceso y trato equitativo a los servicios de salud, especialmente para aquellos grupos poblacionales identificados en condición de especial protección por su condición histórica y sostenida de vulnerabilidad. Entre las iniciativas requeridas se identifica la atención no discriminante y equitativa y la eliminación de barreras geográficas y actitudinales que se establecen como barreras para la atención en sectores y poblaciones marginadas. 2. Se identifica la necesidad de generar procesos con el personal de salud para capacitarle en torno a la atención a poblaciones de especial protección, retomando elementos fundamentales como sus habilidades interculturales y reconocimiento de necesidades específicas de las personas con discapacidad, comunidades étnicas, víctimas del conflicto armado, adultos mayores, niños, habitantes de calle y migrantes. 3. Se requiere acordar espacios de diálogo y coordinación intersectorial y comunitaria, que permitan animar la colaboración entre diferentes actores, incluyendo entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, comunidades locales y grupos de especial protección, para desarrollar estrategias integrales de abordaje de las desigualdades en salud. Aportando desde la constitución de espacios y acciones en torno a la garantía del derecho a la salud en su calidad de interdependencia con todos los derechos, orientadas a reducir las inequidades manifiestas en la atención a las poblaciones en referencia.



	4. Es fundamental reconocer y abordar como situaciones históricas ligadas a los Determinantes Sociales de la Salud contribuyen a la comprensión de las desigualdades en el acceso a la atención en salud, como la pobreza, la violencia, la discriminación y la falta de acceso a servicios básicos, que deben ser reconocidos y comprendidos desde cada grupo poblacional situado en un territorio específico con una historia particular. Reconocer las situaciones y características de las poblaciones vulnerables, implica la promoción de procesos y acciones que impulsen la equidad de género, la prevención de la violencia y el fortalecimiento de las organizaciones sociales y comunitarias en comunidades marginadas en torno a la garantía de sus derechos en respuesta a sus necesidades sociales en salud específicas. Conocer la efectividad de las acciones y medidas en torno al abordaje a poblaciones vulnerables requiere establecer acciones de monitoreo y evaluación de intervenciones implementadas en torno a la reducción de las desigualdades en salud, acciones que permitirá ajustar acciones y estrategias según sea necesario, a fin; de garantizar que las iniciativas implementadas sean efectivas y estén orientados a generar aporte a la garantía del derecho a la salud. Justicia y equidad para las poblaciones en condiciones históricas de opresión.
4. La deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva está asociada a la débil comprensión del problema desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud, y la persistencia de una cultura patriarcal dominante. Hecho que repercute en diversos aspectos como: la elevada tasa de mortalidad materna, el aumento de emergencias obstétricas, el escaso uso de métodos de planificación familiar, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos especialmente entre la población adolescente, la falta de reconocimiento de las violencias basadas en género, barreras para el acceso a las pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH y el desconocimiento de la normatividad vigente por parte del personal de salud, entre otros.	1. Se requiere una adecuada promoción y constitución de la educación sexual integral, implementando procesos y acciones de educación en sexualidad en las personas, comunidades e instituciones para promover el conocimiento acerca de los derechos sexuales y reproductivos, el cuidado de sí, la prevención de infecciones de transmisión sexual, consentimiento y prevención de la violencia de género. Las acciones y procesos pedagógicos deben orientarse desde el reconocimiento de las desigualdades que permea las estructuras de poder y la identificación de cómo el sistema patriarcal por herencia histórica ha legitimado formas de opresión social que han contribuido a la marginalización y exclusión de grupos poblacionales. Reconociendo que todo proceso en torno a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos se liga a proceso de agencia y empoderamiento individual y colectivo. 2. Se requiere fortalecer la atención integral en salud sexual y reproductiva, afianzando con apoyo interdisciplinario los procesos de capacitación del personal de salud, que les permita fortalecer sus conocimientos desde perspectivas que coligan las afectaciones con elementos como la inequidad socioeconómica, la discriminación y la violencia de género. Se reconoce como aspecto fundamental que el personal de salud esté sensibilizado y capacitado para brindar una atención respetuosa, libre de discriminación y basada en derechos. 3. Se reconoce fundamental y prioritario, la Inclusión y respeto a la diversidad sexual y de género, garantizar la inclusión y el respeto a los derechos de la comunidad LGBTIQ+ en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, reconociendo su autonomía en la toma de decisiones sobre su cuerpo como primer escenario de derechos y agencia política, y su derecho a recibir atención de calidad sin discriminación ni estigmatización. Prioridad, que implica la capacitación del personal de salud en enfoques de género y diversidad sexual, que les permita reconocer los conocimientos, experiencias y necesidades específicas, para ofrecer garantías en diversidad de ámbitos a los cuales se integra la adaptación de los servicios para atender las necesidades específicas de esta población. 4. Se reconoce como fundamental reducir las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando que todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica o condición



	socioeconómica, puedan acceder a servicios como la provisión de métodos anticonceptivo-gratuitos y de calidad, pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH; de manera equitativa. 5. Se requiere la promoción de una cultura de igualdad y respeto, partiendo de iniciativas, acciones, procesos y/o campañas educomunicativas que impulsen la constitución de una cultura de igualdad, respeto y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, así como la prevención de la violencia de género y la discriminación. Toda iniciativa pedagógica o comunicativa debe ser eminentemente inclusiva, participativa y congruente con el reconocimiento de las necesidades específicas y condiciones de inequidad estructurales que rodean a estas poblaciones, reconociendo arraigo, comprensión cultural y legitimación de su lenguaje propio. 6. Es fundamental establecer procesos de monitoreo y evaluación, que permitan avizorar el impacto de los programas y procesos implementados en el marco de todas las políticas que legitiman la garantía de derechos sexuales y reproductivos, así como en la reducción de las desigualdades y la discriminación. Iniciativas que permitirán garantizar que las intervenciones sean culturalmente apropiadas, efectivas y sostenibles a largo plazo
5. Debilidad en la gobernanza en salud, evidenciado en: la fragmentación del sistema de salud y sus actores, débil participación de la comunidad en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, recursos insuficientes para la prestación de servicios, y limitada capacidad de inspección, vigilancia y control, y falta de sistemas de información.	1. Desarrollar mecanismos de coordinación entre los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud, asegurando el liderazgo del ente territorial que facilite la cohesión. Esto implica conformar un comité para la gobernanza en salud departamental que incluyan representantes de entidades de salud, gobiernos locales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Administradora de Riesgos Laborales (ARL), organizaciones de cooperación internacional, organizaciones comunitarias y otros actores clave para fomentar la cooperación y la toma de decisiones conjunta. 2. Promover y fortalecer espacios donde las comunidades puedan participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con la salud pública. Esto podría incluir comités de salud comunitarios, foros de participación ciudadana y programas de educación y sensibilización para aumentar la participación en actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. 3. Asegurar un mayor financiamiento por parte del Ente Territorial que permita un mayor fortalecimiento de la capacidad de inspección, vigilancia y control. Esto incluye la contratación de personal calificado, la adquisición de equipos necesarios y el acompañamiento continuo a los municipios. 4. Desarrollar e implementar sistemas de información en salud que permitan el seguimiento y análisis de datos relacionados con la prestación de servicios, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Sistemas que deben ser accesibles para los actores clave del sistema de salud y servir como herramientas para la toma de decisiones basadas en evidencia. 5. Proporcionar espacios que permita la capacitación y formación continua para el personal de salud, especialmente en áreas relacionadas con la inspección, vigilancia y control, así como en promoción de la salud y prevención de enfermedades. Esto ayudará a garantizar que el personal esté equipado con las habilidades necesarias para abordar la fragmentación del sistema de salud. 6. Fortalecer los mecanismos de articulación intersectorial, para abordar los determinantes sociales que inciden negativamente en la salud



	de las poblaciones. Siendo la articulación intersectorial clave para romper la fragmentación y desarrollar estrategias integradas que aborden la salud desde múltiples perspectivas.
6. El bajo reconocimiento y articulación del enfoque intercultural del sistema de salud, ha llevado a un aumento en la estigmatización de los usos y costumbres de los pueblos étnicos y la comprensión de su sistema de valores.	1. Desarrollar programas de sensibilización y capacitación al personal sanitario sobre la diversidad cultural y la importancia de respetar y valorar las prácticas y creencias de los diferentes grupos étnicos. Esto ayudará a reducir la estigmatización y a fomentar una mayor comprensión y aceptación de las diferencias culturales. 2. Promover políticas y prácticas que incorporen de manera activa y consciente el enfoque intercultural en el sistema de salud. Esto incluye la adaptación de los servicios de salud para que sean culturalmente sensibles y respetuosos de las tradiciones y creencias de los grupos étnicos, así como la inclusión de personal sanitario perteneciente a estas comunidades. 3. Fortalecer la participación comunitaria a través del involucramiento de los liderazgos de comunidades étnicas en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas de salud que les afecten directamente. Esto garantizará que las intervenciones sean culturalmente apropiadas y tengan en cuenta las necesidades y preferencias de las comunidades. 4. Generar espacios de encuentro y diálogo intercultural entre los diferentes grupos étnicos y los actores institucionales del sistema de salud. Esto permitirá construir relaciones de confianza facilitando la colaboración en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud que afectan a estas comunidades. 5. Realizar investigaciones que aborden las necesidades de salud específicas de los diferentes grupos étnicos y que recolecten datos desagregados por etnicidad. Esto ayudará a identificar las disparidades en salud y a diseñar intervenciones más efectivas y equitativas.
7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento, e insuficiente cobertura de los programas de tamizaje (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.).	1. Desarrollar estrategias para ampliar y mejorar la cobertura y el acceso a programas de tamizaje para enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer y obesidad, que incluya el desarrollo de acciones de sensibilización comunitaria con el objetivo de incrementar la participación en este tipo de programas. 2. Liderar los espacios de reflexión frente a las nuevas normas que protegen a los consumidores de alimentos no saludables, como, por ejemplo, avanzar en los procesos de educación sobre etiquetado nutricional y su significado, tiendas escolares saludables y fomento de las prácticas alimentarias que disminuyen los riesgos asociados a estas enfermedades (exposición a sal, sal de nitro, azúcares ocultos en los alimentos, tiempo excesivo en pantallas) 3. Incrementar los kilómetros de ciclorutas – ciclovías para crear ambientes favorables con las personas y familias que quieren usar la bicicleta como medio de transporte sostenible. No hay infraestructura que favorezca esta práctica a nivel poblacional limitando el impacto que esta práctica tendría a nivel de salud individual, pero también ambiental. 4. Desarrollar campañas informativas y educativas dirigidas a la comunidad, que permitan reconocer la importancia de incorporar hábitos y estilos de vida saludable que orienten hacia promoción de espacios saludables, la prevención y el tamizaje que permita la intervención oportuna a de estas enfermedades, así como mejorar la detección oportuna. 5. Fomentar el trabajo sinérgico entre sectores, incluyendo el sector educativo, las organizaciones comunitarias y las instituciones de salud,



	para la creación de un enfoque integral hacia la promoción, prevención y control de enfermedades no transmisibles. A partir del desarrollo de actividades conjuntas, proyectos y la creación de escenarios para la toma de decisiones compartidas. 6. Implementar Políticas Públicas para la promoción de Estilos de Vida Saludables, como por ejemplo fomento de la actividad física, la alimentación equilibrada y la reducción en el consumo de tabaco y alcohol en entornos específicos de tal manera que la continuidad en procesos permita a los entes municipales y departamental medir el impacto de los recursos invertidos y los compromisos asumidos por los actores involucrados, incluyendo la comunidad.
8. Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales y sanitarios de la salud derivados de situaciones relacionadas con: la contaminación del agua, el aire, los alimentos, el uso inadecuado e indiscriminado de plaguicidas y pesticidas, falta de vacunación antirrábica de caninos y felinos, tenencia inadecuada e irresponsable de animales y presencia de otras zoonosis, adicionalmente, ausencia de procesos de promoción para la movilidad segura y los desafíos asociados a las emergencias de origen natural y antrópico y los efectos adversos a la salud desencadenados por el cambio climático; en todos los cursos de vida en el departamento.	1. Fortalecer los procesos de articulación intersectorial para incidir sobre los determinantes socioambientales de la salud, elaborando acciones desde lo singular, particular y general para garantizar el saneamiento básico y calidad de agua, así como su cuidado y preservación para reducir la morbilidad en poblaciones vulnerables. 2. Implementar la estrategia de entornos saludables a través de la estrategia CERS, a partir del reconocimiento de las necesidades sociales de salud del territorio y las poblaciones, el cual integre acciones que permitan la intervención integral sobre los riesgos ambientales que afectan la disponibilidad de recursos importantes para la salud, como es el agua, el aire, los alimentos, el saneamiento básico y el ambiente. 3. Consolidar un plan operativo para el desarrollo de Estrategia de Gestión Integral para la vigilancia y control de zoonosis, para lograr condiciones de eliminación de la rabia transmitida por perros y desarrollar acciones de control relacionadas con la rabia humana asociada a los linajes del ciclo silvestre y de otras zoonosis.
9. Aumento de la malnutrición en el departamento de Nariño que afecta en los grupos poblacionales de primera infancia, infancia, adolescencia y población adulta, con especial repercusión en niños menores de 5 años con diagnósticos de desnutrición aguda, en muchos casos por uso de agroquímicos en los cultivos.	1. Es fundamental mantener articuladas las acciones transectoriales orientadas a prevenir, intervenir, tratar los casos de desnutrición aguda en el departamento, al ser un departamento productor de alimentos, se identifican oportunidades de mejora en este sentido con una perspectiva integral de garantía del Derecho Humano a la Alimentación DHANA, más allá de las expectativas de una u otra dependencia misional de la Gobernación. 2. Es necesario ampliar la cobertura y articulación de las acciones de la oficina de Soberanía y Seguridad Alimentaria teniendo en cuenta las debilidades que tienen los municipios en incorporar el Derecho Humano a la Alimentación en la planificación y acción territorial en aspectos clave de gestión como recursos, proyectos y aspectos clave de formación. 3. Es importante tener en cuenta, que las actualizaciones nacionales respecto del abordaje de las problemáticas en aspecto de seguridad alimentaria y nutricional avancen a instancias de coordinación a través de Comisiones Departamentales de DHANA 4. Las dinámicas asociadas al conflicto armado y la presencia de cultivos ilícitos están condicionando la producción y disponibilidad de alimentos en el territorio, en particular, en los nodos occidente, centro occidente y norte, municipios que concentran la mayoría de los casos de malnutrición. 5. Es importante ampliar la lucha contra la malnutrición debido a que Nariño presenta doble carga de morbilidad por causas asociadas a la alimentación/nutrición



	6. El papel de la mujer, de las asociaciones campesinas, de las comunidades indígenas respecto de las decisiones que afectan el DHANA debe garantizarse, incorporarse y tenerse en cuenta al momento de rendir cuentas en el orden departamental ¿Cuántas apuestas de estos actores clave en el derecho a la alimentación se han incorporado?, ¿Qué se está haciendo para atender estas necesidades?
10. La debilidad en los procesos de vigilancia basada en comunidad tiene un impacto considerable, particularmente en la población no organizada en zonas rurales y en los liderazgos comunitarios.	1. Proporcionar capacitaciones regulares y sesiones de sensibilización sobre la importancia de la vigilancia comunitaria en la detección temprana de problemas y la promoción de la salud. Esto puede incluir talleres, charlas comunitarias y material educativo fácil de entender, teniendo en cuenta además la necesaria adaptación cultural y lingüística de acuerdo con el público objetivo. 2. Desarrollar capacitaciones técnicas en métodos de vigilancia, reporte de datos y uso de tecnologías simples (como teléfonos móviles) para recopilar y compartir información relevante. Esto empodera a los líderes comunitarios para desempeñar un papel más activo en la vigilancia de la salud pública. 3. Facilitar la colaboración entre diferentes grupos comunitarios, organizaciones no gubernamentales (ONG), autoridades locales y servicios de salud. Esto puede promover un enfoque integral para abordar las necesidades de vigilancia y garantizar que los recursos y conocimientos se compartan eficazmente. 4. Identificar y trabajar con líderes comunitarios respetados y personas influyentes en áreas rurales para que actúen como defensores de la vigilancia basada en la comunidad. Su participación puede aumentar la confianza en el proceso y motivar la participación de más miembros de la comunidad. 5. Reconocer el papel de la vigilancia comunitaria en los sistemas de salud más amplios, mediante la integración de datos de vigilancia comunitaria en sistemas de información de salud a nivel local y nacional, así como el apoyo financiero para iniciativas de vigilancia comunitaria. 6. Establecer mecanismos para monitorear la efectividad de los programas de vigilancia comunitaria, esto para ajustar las intervenciones según sea necesario.
11. Debilidad en la gestión del riesgo comunitario ante la ocurrencia de eventos de emergencias y desastres, asociados a: falta de recursos, educación y concientización limitadas, fragmentación institucional, desigualdades sociales y cambio climático que genera olas de calor, inundaciones y sequías, causando lesiones, enfermedades y muertes, desplazamientos de población y daños a la infraestructura sanitaria.	1. Fortalecer desarrollo de capacidades para la gestión del riesgo de salud pública con enfoque de emergencias y desastres dirigido a autoridades locales y comunidad del departamento. 2. Desarrollar y/o actualizar planes de gestión del riesgo con participación comunitaria que además de la identificación de amenazas asentadas a una realidad sentida, confluyan las acciones para su gestión desde la comunidad y las instituciones para responder de manera efectiva a eventos de crisis, emergencias y desastres en el territorio.
12. La inequidad y las condiciones laborales inseguras representan desafíos para los trabajadores informales, quienes a menudo carecen de protección social y derechos laborales, y se enfrentan a un mayor riesgo de explotación, accidentes laborales, enfermedades ocupacionales por uso de pesticidas.	1. Implementar los lineamientos técnicos y administrativos en aplicación de la política pública en seguridad y salud en el trabajo con énfasis en el sector de la economía informal en el departamento de Nariño. 2. Fomentar estrategias de formalización laboral en las instituciones y organizaciones, así como fortalecer estrategias de incorporación de nuevos talentos en empresas y entidades del estado.



	3. Articular las acciones de caracterización la situación de salud del trabajo informal en zona urbana, periurbana, rural y rural dispersa con los planes de respuesta intersectoriales que permita incrementar los niveles de calidad y buen vivir de acuerdo con el reconocimiento la dinámica socioeconómica de los territorios y su cultura e incorporar los en los planes de cuidado que desarrollan los equipos de Básicos en Salud. 4. Destinar recursos municipales y departamentales para apoyar las acciones de seguridad y salud en el trabajo a los trabajadores informales de tal manera que se generen entornos laborales seguros partiendo de una adecuada caracterización, un plan de intervención acorde a sus necesidades y una arquitectura institucional que garantice sus condiciones y atenciones requeridas.
13. El mal uso y desabastecimiento de medicamentos conlleva una carga significativa de morbilidad, sumado a una baja implementación del programa de farmacovigilancia.	1. El uso de medicamentos representa una de las actividades más frecuentes en el sector salud como la principal herramienta con efectos preventivos o terapéuticos en la salud de la población. Es por esto que el uso seguro y adecuado de medicamentos requiere del fortalecimiento de la autoridad sanitaria, que a su vez permita fortalecer a los establecimientos farmacéuticos como droguerías, farmacias – droguerías, depósitos, servicios farmacéuticos de baja, mediana y alta complejidad mediante herramientas que busquen el cumplimiento normativo de la política farmacéutica nacional que establece los lineamientos necesarios para ejecutar una ruta de los medicamentos desde su selección y adquisición, pasando por el almacenamiento, dispensación y distribución, hasta la administración y vigilancia post-administración de manera segura, mitigando el riesgo de ocasionar efectos adversos no deseados que tengan repercusiones en la morbilidad y que se logre el objetivo terapéutico, obteniendo como consecuencia disminuir tiempos de atención, evitar complicaciones y generando un impacto positivo en los costos directos e indirectos del sistema de salud y en el desabastecimiento de medicamentos por su uso innecesario y/o indiscriminado. 2. Es importante promover estrategias comunitarias que empoderen a la población en temas como el uso seguro de medicamentos, la NO automedicación, adherencia farmacología, entre otros, mediante acciones de generen conocimiento útil a las personas para que obtengan herramientas que garanticen el cumplimiento de los objetivos planteados al momento de formular un tratamiento farmacológico, evitar pérdidas por inadecuada manipulación y disminuir el riesgo de complicaciones por prácticas inseguras como la automedicación, uso indiscriminado de antibióticos, inadecuada disposición de residuos medicamentosos que no solo impactan en la morbilidad, sino también en la salud ambiental. 3. Se requiere una interacción permanente entre la autoridad sanitaria, los actores del sistema de salud y la comunidad en general mediante un sistema de monitoreo de abastecimiento de medicamentos críticos y de alta demanda con el objetivo de prever y evitar el desabastecimiento de productos y la búsqueda de alternativas terapéuticas coste-efectivas de manera temprana evitando la aparición de problemas de necesidad. 4. El programa de farmacovigilancia es la mejor herramienta para la búsqueda, análisis, monitorización y en especial para la toma de decisiones frente a los eventos adversos relacionados con medicamentos, es por esta razón que la implementación del programa en toda la red de prestadores de salud es una necesidad prioritaria. Mediante el fortalecimiento y la solidez del programa de Farmacovigilancia es posible determinar riesgos y tomar acciones individuales y colectivas y la implementación de barreras de seguridad que eviten la aparición de



	eventos adversos en el uso de medicamentos que afecten la morbi-mortalidad de la población del departamento de Nariño.
14. Las lesiones por pólvora representan un desafío significativo en términos de salud pública y seguridad, y presentan consecuencias que van más allá de las lesiones físicas.	1. Implementar una estrategia de Información, educación y comunicación para la prevención del uso de la pólvora pirotécnica, de manera oportuna y unificada en los 64 municipios. 2. Establecer acciones intersectoriales para el control de la distribución de insumos, fabricación, almacenamiento, transporte, la distribución y venta de pólvora pirotécnica 3. Vincular a la académica en el estudio de los comportamientos y la determinación sociales implícita en estas lesiones. Es necesario ampliar la lectura de la problemática de lesiones por pólvora a una acción punitiva, para explorar nuevas estrategias que partan del reconocimiento de los riesgos, la exposición de las poblaciones más afectadas y los diálogos con los involucrados en la cadena de producción de estos elementos pirotécnicos.
15. Insuficiente talento humano en salud y difíciles condiciones laborales (informalidad, contratación por OPS, alternativas de formación continua, permanencia, estímulos e incentivos a los trabajadores de la salud) que no garantizan unas condiciones dignas.	1. Se requiere promover procesos de vinculación laboral que impulsen la continuidad de los trabajadores de la salud que desarrollan procesos transversales que articulan acciones instituciones y comunitarias, desde la gestión y garantía de programas de fortalecimiento de capacidades profesionales, creación de plantas temporales y reconocimiento salarial de la formación especializada. Entre las iniciativas requeridas se busca ampliar la certificación de escenarios de práctica de profesionales de medicina, enfermería y otros en territorios rurales y suburbanos ya que son limitados. 2. Se identifica la necesidad de generar procesos de formación continua articulada entre las entidades territoriales municipales y departamentales con las universidades de la región que implique procesos gratuitos y de fácil acceso en lo presencial y virtual que certifique su participación. Entre las iniciativas requeridas se busca que la formación se amplíe a profesionales de ciencias sociales, administrativas y económicas que desarrollan procesos en los territorios a favor de la salud. 3. Es fundamental reconocer y enfrentar las situaciones históricas ligadas a condiciones indignas que no garantizan las situaciones laborales y afectan el cuidado integral de los profesionales del sector salud. Entre las iniciativas requeridas se encuentran el mejoramiento de los espacios de trabajo, la designación de estímulos económicos, y el incremento anual consecuente con el incremento del costo de vida. 4. Es esencial destacar la contribución de los profesionales de la salud formados en el departamento de Nariño en estrategias de educación, comunicación en salud entre otras estrategias clave para el trabajo desde la comunidad, en particular los tecnólogos en promoción de la salud. Su labor es fundamental en la Atención Primaria en Salud (APS) y en la implementación de Planes de Intervención Colectiva (PIC) que integran a la comunidad y los servicios de salud. Estos profesionales merecen un reconocimiento legítimo a través de su inclusión en el Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS), así como su participación directa en las políticas públicas a nivel nacional y departamental.
16. Debilidad en la implementación del modelo de Atención Primaria en salud dificultando la atención integral en salud, en particular en zonas rurales y rurales dispersas	1. Es imperativo trazar cuidadosamente las estrategias de intervención comunitaria en zonas rurales y zonas rurales dispersas, tomando como base la caracterización detallada y las necesidades sociales específicas identificadas en los procesos previos de Atención Primaria en Salud (APS), Plan de Intervención Colectiva (PIC), formulación de ASIS Cualitativo y diagnósticos territoriales.

	2. Articular los procesos de intervención de los Equipos Básicos de Salud (EBS) establecidos por el Ministerio de Salud. Que permita abordar las necesidades básicas en salud que han sido expresadas por las comunidades, diseñando mecanismos para su abordaje desde los determinantes sociales de la salud. 3. Esto implica considerar el curso de vida y los enfoques étnicos de las comunidades involucradas. Además, se requiere la colaboración y coordinación con otras instituciones, organizaciones sociales y políticas públicas, fortaleces los procesos de inspección y vigilancia para garantizar una acción integral y efectiva. 4. La comprensión del concepto de salud debe ser ampliada, y las acciones deben trascender los límites de los servicios de salud convencionales. Esto significa abordar no solo las necesidades individuales de salud, sino también las colectivas y ambientales en un enfoque integral e integrador. Esta sinergia fortalecerá la institucionalidad y contribuirá significativamente a reducir las brechas de acceso a servicios y al derecho fundamental a la salud en las comunidades rurales históricamente marginadas.
17. Dificultades para garantizar la sostenibilidad y mejoramiento de la red pública hospitalaria debido a los retos presentados en financiamiento, acceso desigual a los servicios de salud, escasez de personal cualificado e infraestructura obsoleta.	1. Invertir en el mejoramiento de la infraestructura de centros de salud en áreas rurales, incluyendo la construcción y modernización de instalaciones, la adquisición de equipos médicos y la mejora del acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad e internet en estas instituciones. 2. Mejorar la articulación entre las redes integradas e integrales de las EAPB para no fraccionar los servicios y forzar a los usuarios a realizar reprocesos que permiten su atención (autorizaciones, asignación de citas, laboratorios clínicos, médico especialista) en respuesta al Modelo preventivo-predictivo y resolutivo en Salud. 3. Establecer unidades móviles de salud para brindar servicios médicos y de enfermería a las comunidades rurales dispersas, que facilite la atención en salud en áreas de difícil acceso y mejorando así la cobertura de servicios de salud 4. Comprometer los recursos asignados para la puesta en marcha de los equipos básicos en salud para avanzar en la atención primaria en los municipios con enfoque de determinantes de la salud. 5. Fortalecer las alianzas entre las entidades de salud (IPS-Hospitales) con la academia para mejorar la formación del talento humano en salud y la incorporación de procesos de innovación social en salud e investigación en respuesta a las problemáticas y necesidades de la ciudadanía.

Fuente: Elaboración propia



Conclusiones

Enfoque territorial y diferencial

Las estrategias priorizadas en el marco del PDSP 2022-2031 resaltan la importancia de responder a las particularidades territoriales de Nariño. Esto implica la implementación de un enfoque diferencial que atienda las necesidades específicas de las poblaciones rurales, étnicas, vulnerables y dispersas, garantizando su acceso equitativo a los servicios de salud.

Modelo preventivo-predictivo

El modelo de salud basado en la Atención Primaria en Salud (APS) busca fortalecer la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de intervenciones comunitarias e intersectoriales. Esto fomenta una atención más oportuna, centrada en la detección temprana y el tratamiento preventivo, reduciendo los costos asociados a la atención curativa.

Fortalecimiento del talento humano

Es fundamental priorizar la formación, distribución equitativa y protección del personal de salud, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso. Estas medidas garantizan la sostenibilidad y eficacia en la prestación de servicios de salud en todo el territorio.

Participación comunitaria

La participación de las comunidades en la planificación, implementación y evaluación de políticas y programas de salud fortalece la apropiación de estas estrategias y promueve soluciones más efectivas e inclusivas.

Articulación interinstitucional

La colaboración entre sectores gubernamentales, instituciones de salud y organizaciones comunitarias permite maximizar los recursos y esfuerzos, logrando una respuesta integral y coordinada frente a los desafíos del sistema de salud.

Mitigación de desigualdades

Las estrategias incluyen acciones para reducir las brechas en salud mediante el fortalecimiento de la infraestructura, la telesalud y la promoción de servicios culturalmente pertinentes para poblaciones étnicas y campesinas.

Respuesta a emergencias y desastres

La planificación territorial incorpora estrategias para fortalecer la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias, desastres naturales y pandemias,



integrando sistemas de alerta temprana y mecanismos de respuesta adaptados a los desafíos locales.