



ALCALDÍA DE
Nariño
Departamento de Antioquia



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PARTICIPATIVO DEL MUNICIPIO DE NARIÑO

Erika Cardona Pérez
Alcaldesa Municipal

Natalia Quintero Agudelo
Directora Local de Salud

Realizado por:
Equipo de salud pública municipal

Nariño, Antioquia, Colombia
2025

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	9
METODOLOGÍA.....	10
AGRADECIMIENTOS.....	11
SIGLAS.....	12
CAPITULO I. CONFIGURACION DEL TERRITORIO	14
1.1 Contexto territorial.....	14
1.1.1 Localización.....	14
1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio.....	15
1.1.3 Accesibilidad Geográfica	19
1.2 Contexto poblacional y demográfico	21
1.2.1 Estructura demográfica	24
1.2.2 Dinámica demográfica	28
1.2.3 Movilidad forzada.....	30
1.2.4 Población LGBTIQ+	31
1.2.5 Dinámica Migratoria.....	32
1.2.6 Población Campesina.....	32
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.....	34
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud	36
1.4.1 Políticas Públicas Municipales.....	36
1.4.2 Agenda Antioquia 2040	38
1.5 Resultados de la Cartografía Social.....	40
1.6 Conclusiones contexto territorial.....	42
CAPITULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL.....	43
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	43
2.2 Condiciones de vida en el territorio.....	45
2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio	49
2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad.....	50
2.5 Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social	51

2.6 Conclusiones del capítulo	53
CAPITULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO	54
3.1 Análisis de la Mortalidad	54
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas	54
3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo	60
3.1.3 Mortalidad Materno - Infantil y en la Niñez.....	70
3.1.4 Mortalidad por salud mental.....	81
3.1.5 Conclusiones de mortalidad.....	83
3.2 Análisis de la Morbilidad.....	84
3.2.1 Principales causas de morbilidad.....	84
3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo	86
3.2.3 Morbilidad específica salud mental	88
3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo.....	90
3.2.5 Morbilidad de eventos precursores.....	91
3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	91
3.2.7 Morbilidad en población migrante	94
3.2.8 Conclusiones de Morbilidad.....	95
3.3 Análisis de cartografía social en la priorización de los efectos de salud... 96	
CAPITULO IV Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio	98
CAPITULO V. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio	99
CAPITULO VI Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS	100

LISTA DE TABLA

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DEL MUNICIPIO DE NARIÑO POR EXTENSIÓN TERRITORIAL Y ÁREA DE RESIDENCIA	14
TABLA 2. TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE Y DISTANCIA EN KILÓMETROS DEL MUNICIPIO DE NARIÑO Y A LA CIUDAD DE MEDELLÍN.	19
TABLA 3. TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE Y DISTANCIA EN KILÓMETROS MUNICIPIO DE NARIÑO.....	20
TABLA 4. POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA MUNICIPIO DE NARIÑO, 2025.....	22
TABLA 5. NÚMERO DE VIVIENDAS, HOGARES Y PERSONAS MUNICIPIO DE NARIÑO, 2025	23
TABLA 6. POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2025	23
TABLA 7. OTROS INDICADORES DE ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA EN EL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2020, 2025, 2030	26
TABLA 8. POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPO DE EDAD 2025	27
TABLA 9. OTROS INDICADORES DE LA DINÁMICA DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2014 - 2024.....	29
TABLA 10. POBLACIÓN MOVILIDAD FORZADA, NARIÑO – ANTIOQUIA, 2024	30
TABLA 11. SERVICIOS HABILITADOS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE NARIÑO 2024.....	34
TABLA 12. OTROS INDICADORES DE SISTEMA SANITARIO EN EL MUNICIPIO DE NARIÑO 2024	35
TABLA 13. AFILIACIÓN AL SGSSS, NARIÑO, SEPTIEMBRE 2024.....	36
TABLA 14. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD SEGÚN CONDICIONES DE VIDA EN EL MUNICIPIO DE NARIÑO-ANTIOQUIA	45
TABLA 15. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL MUNICIPIO DE NARIÑO. 2007-2024	46
TABLA 16. COBERTURA DE EDUCACIÓN MUNICIPIO DE NARIÑO 2005-2022	47
TABLA 17. NBI NARIÑO 2022.....	48
TABLA 18. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - FACTORES PSICOLÓGICOS Y CULTURALES DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y DEL MUNICIPIO DE NARIÑO	49
TABLA 19. DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTERACIONES PERMANENTES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2025	51
TABLA 20. TASA ESPECIFICA 16 GRANDES GRUPOS TOTAL EN MENORES DE 1 AÑO, MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	70
TABLA 21. TASA ESPECIFICA 16 GRANDES GRUPOS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	71
TABLA 22. TASA ESPECIFICA 16 GRANDES GRUPOS EN NIÑAS MENORES DE 1 AÑO, MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	71
TABLA 23. NÚMERO DE MUERTES EN LA INFANCIA Y LA NIÑEZ TOTAL, ENTRE 1 Y 4 AÑOS, MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	72

TABLA 24. NÚMERO DE MUERTES EN LA INFANCIA Y LA NIÑEZ TOTAL, MENORES DE 5 AÑOS, MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	73
TABLA 25. NÚMERO DE MUERTES EN LA INFANCIA Y LA NIÑEZ EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	73
TABLA 26. NÚMERO DE MUERTES EN LA INFANCIA Y LA NIÑEZ EN NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	73
TABLA 27. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y NIÑEZ 2015 – 2024, MUNICIPIO DE NARIÑO	74
TABLA 28. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ETNIA 2009 – 2024, MUNICIPIO DE NARIÑO	79
TABLA 29. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ÁREA DE RESIDENCIA 2009 – 2024, MUNICIPIO DE NARIÑO	80
TABLA 30. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR CICLO VITAL, MUNICIPIO DE NARIÑO 2015 – 2024	84
TABLA 31. MORBILIDAD ESPECÍFICA POR SUBGRUPOS DE CAUSA, MUNICIPIO DE NARIÑO 2015 – 2024	86
TABLA 32. MORBILIDAD ESPECÍFICA SALUD MENTAL TOTAL GENERAL, NARIÑO ANTIOQUIA 2015 – 2024	89
TABLA 33. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LOS EVENTOS DE ALTO COSTO DEL MUNICIPIO DE NARIÑO VS DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, 2017-202	90
TABLA 34. MORBILIDAD POR EVENTOS PRECURSORES - NARIÑO 2017-2024	91
TABLA 35. EVENTOS NOTIFICADOS AL SIVIGILA, NARIÑO 2023.	92
TABLA 36. ATENCIONES EN SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE, NARIÑO 2025.	94
TABLA 37. NÚCLEO DE INEQUIDADES CON PROBLEMÁTICAS PRIORIZADAS	99

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2020, 2025, 2030	24
FIGURA 2. TENDENCIA GRUPO DE EDAD DEL MUNICIPIO DE NARIÑO ANTIOQUIA, 2025 ..	27
FIGURA 3. COMPARACIÓN ENTRE LAS TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2014-2024	28
FIGURA 4. POBLACIÓN MIGRATORIA CON ATENCIONES EN SALUD, MUNICIPIO DE NARIÑO ANTIOQUIA, 2025	32
FIGURA 5. ¿CÓMO NOS RECONOCEMOS HOY? MUNICIPIO DE NARIÑO, AGENDA 2040.....	38
FIGURA 6. ¿CÓMO QUEREMOS SER RECONOCIDOS? MUNICIPIO DE NARIÑO, AGENDA 2040	39
FIGURA 7. ¿CÓMO NOS SENTIMOS? MUNICIPIO DE NARIÑO, AGENDA 2040	39
FIGURA 8. ACCIONES ESTRATÉGICAS, MUNICIPIO DE NARIÑO, AGENDA 2040	40
FIGURA 9. CARTOGRAFÍA SOCIAL POR MADRES LÍDERES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO 2025	41
FIGURA 10. PIRÁMIDE POBLACIONAL, POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, NARIÑO ANTIOQUIA 2025	50
FIGURA 11. CARTOGRAFÍA SOCIAL POR GRUPO DE DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE NARIÑO 2025	52
FIGURA 12. CARTOGRAFÍA SOCIAL POR CUIDADORES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO 2025..	53
FIGURA 13. TASA AJUSTAS DE MORTALIDAD MUNICIPIO DE NARIÑO ANTIOQUIA, 2015 – 2024	54
FIGURA 14. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO ANTIOQUIA, 2015 – 2024	55
FIGURA 15. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD, MUJERES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO ANTIOQUIA, 2015 – 2024	56
FIGURA 16. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015-2024.....	57
FIGURA 17. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO ANTIOQUIA, 2015 – 2024....	57
FIGURA 18. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN LAS MUJERES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO ANTIOQUIA, 2015 – 2024	58
FIGURA 19. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 GENERAL DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	59
FIGURA 20. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN LOS HOMBRES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO ANTIOQUIA, 2015 – 2024	59
FIGURA 21. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN LAS MUJERES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	60
FIGURA 22. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	61

FIGURA 23. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	61
FIGURA 24. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA, NEOPLASIAS EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	62
FIGURA 25. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA, NEOPLASIAS EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	63
FIGURA 26. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA, ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN HOMBRES MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	64
FIGURA 27. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA, ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	65
FIGURA 28. NÚMERO DE CASOS POR CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN HOMBRES MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	66
FIGURA 29. NÚMERO DE CASOS POR CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN MUJERES MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	66
FIGURA 30. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA, CAUSAS EXTERNAS EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	67
FIGURA 31. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA, CAUSAS EXTERNAS EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	68
FIGURA 32. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA, DEMÁS ENFERMEDADES EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO, 2015 – 2024	69
FIGURA 33. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA, DEMÁS ENFERMEDADES EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO ANTIOQUIA, 2015 – 2024	70
FIGURA 34. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA 2014 - 2024	75
FIGURA 35. RAZÓN DE MORTALIDAD NEONATAL 2014 - 2024	76
FIGURA 36. RAZÓN DE MORTALIDAD INFANTIL 2014 - 2024	76
FIGURA 37. RAZÓN DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS 2014 - 2024	77
FIGURA 38. RAZÓN DE MORTALIDAD POR IRA 2014 - 2024	78
FIGURA 39. RAZÓN DE MORTALIDAD POR EDA 2014 - 2024	78
FIGURA 40. RAZÓN DE MORTALIDAD POR DNA 2014 - 2024	79
FIGURA 41. MORTALIDAD DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO, NARIÑO 2015 - 2024	81
FIGURA 42. MORTALIDAD POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SPA, NARIÑO 2015 - 2024	82
FIGURA 43. MORTALIDAD POR EPILEPSIA, NARIÑO 2015 - 2024	82
FIGURA 44. AFILIACIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE, NARIÑO ANTIOQUIA 2024	94

LISTA DE MAPAS

MAPA 1. DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA Y LIMITES, MUNICIPIO DE NARIÑO	14
MAPA 2. DIVISIÓN POLÍTICA DE LOS CORREGIMIENTOS, MUNICIPIO DE NARIÑO.....	14
MAPA 3. RELIEVE, HIDROGRAFÍA MUNICIPIO DE NARIÑO.....	17
MAPA 4. ZONAS DE RIESGO DEL MUNICIPIO NARIÑO.....	18
MAPA 5. VÍAS DE COMUNICACIÓN TERRESTRES DEL MUNICIPIO DE NARIÑO	21
MAPA 6. DENSIDAD POBLACIONAL POR KILÓMETRO CUADRADO DEL MUNICIPIO DE NARIÑO	21
MAPA 7. MAPA DE LA ZONA URBANA EN EL MUNICIPIO DE NARIÑO	22

PRESENTACIÓN

El **Análisis de Situación de Salud (ASIS)** es una herramienta clave para comprender y responder a las necesidades sanitarias de una población. En el año 2025, este ejercicio se desarrolla en un contexto global marcado por desafíos emergentes, con el propósito de ofrecer una visión integral, participativa y territorial de la salud. A través de un enfoque colaborativo, el ASIS permite identificar prioridades, evaluar recursos disponibles y proponer estrategias efectivas orientadas a mejorar el bienestar colectivo.

Los ASIS son procesos analítico-sintéticos que posibilitan **caracterizar, medir y explicar** el contexto salud-enfermedad de una población. Incluyen la descripción de daños y problemas de salud, así como de sus determinantes, sean estos de competencia del sector salud o de otros sectores. Además, facilitan la identificación de necesidades y prioridades sanitarias, así como el diseño de intervenciones, programas y proyectos en el marco de la evaluación de su impacto en salud.

Los resultados y conclusiones de estos análisis ofrecen una **visión integral de la situación sanitaria del territorio**, constituyéndose en insumos esenciales para la toma de decisiones, la formulación de políticas y la gestión eficiente de recursos. De este modo, el ASIS se convierte en un instrumento estratégico para la comunidad científica, técnica y los tomadores de decisiones, al orientar la planeación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos desde la gestión territorial en salud.

En concordancia, el **Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031** establece una hoja de ruta para avanzar en el mejoramiento de la salud de la población en un contexto atravesado por inequidades y retos emergentes. Bajo este marco, el análisis de situación de salud adquiere especial relevancia como herramienta que permite reconocer las necesidades específicas de las comunidades y diseñar intervenciones efectivas, promoviendo un enfoque integral que prioriza la prevención, la promoción de la salud y el acceso equitativo a servicios de calidad.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del **documento ASIS del municipio de Nariño**, se adoptó la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), complementada con fuentes de información oficiales y propias, que permiten establecer un diagnóstico integral de la situación de salud en el marco de la participación social. El documento se estructuró en seis capítulos, siguiendo la organización sugerida por el MSPS.

En cuanto a las **fuentes de información**, se utilizaron las estimaciones y proyecciones poblacionales derivadas del Censo Nacional de 2018, actualizadas con la serie poblacional 2023 (postpandemia), así como los indicadores demográficos para el análisis del contexto poblacional. Para el estudio de la **mortalidad en el departamento de Antioquia**, se empleó la información del periodo 2014-2023, proveniente de las estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Respecto a la **morbilidad**, se analizaron los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del periodo 2011-2023, dispuestos en el visor suministrado por el Ministerio. Asimismo, se incorporaron los datos de **eventos de alto costo y eventos precursores**, actualizados a 2023, y los **Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)**, reportados entre 2007 y 2023, a partir de los indicadores calculados y entregados por el MSPS al ente territorial.

La presentación de la situación de salud e indicadores se realizó mediante un análisis descriptivo de persona, lugar y tiempo, utilizando como herramienta de apoyo hojas de cálculo en Excel.

En el **componente participativo**, se desarrollaron escenarios orientados a consolidar e integrar información cuantitativa y cualitativa, con el propósito de explicar los principales problemas y necesidades en salud del territorio. Para ello, se aplicó la técnica de investigación acción-participativa bajo la metodología de **cartografía social**, lo que permitió construir un panorama desde la realidad de las comunidades y priorizar los efectos en salud identificados en el proceso.

AGRADECIMIENTOS

Extendemos nuestro agradecimiento a las instituciones que hicieron posible este trabajo: el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, el DANE, el DPS, el DNP, el E.S.E. Hospital San Joaquín, la Secretaría municipal de planeación y OO.PP de Nariño. Su compromiso con la salud pública ha sido un pilar fundamental para la elaboración de este documento.

SIGLAS

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: Infecación 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
RLCPD: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional
PIB: Producto Interno Bruto
SSPD: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
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

CAPITULO I. CONFIGURACION DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización

Nariño es un municipio del Departamento de Antioquía, que se encuentra ubicado en la Vertiente Oriental de la Cordillera Central, a los 5°36'30" de Latitud Norte y a 75°10'35" de Longitud Oeste (en la Región suroeste del Departamento de Antioquia).

Tiene una extensión de 317 Km², de los cuales 0.84 Km² corresponden a la zona urbana y 316.16 Km a la Zona Rural. La cabecera Municipal está ubicada a los 1.650 m.s.n.m y tiene una temperatura promedio de 20°C.

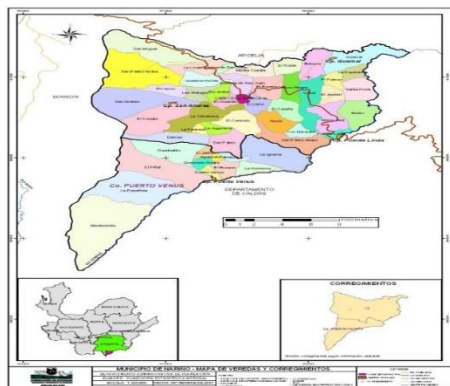
Tabla 1. Distribución del municipio de Nariño por extensión territorial y área de residencia

Municipio	Extension Urbana		Esxtension rural		Extension Total	
	Extension	Porcentaje	Extension	Porcentaje	Extension	Porcentaje
Nariño	0,84 km ²	0,26%	316,16 km ²	99,74%	317 km ²	100%

Fuente: Secretaria de Planeación y Obras Públicas del municipio de Nariño.

Limita al norte con los municipios de Sonsón y Argelia; al este y al sur con el departamento de Caldas y al oeste con el municipio de Sonsón.

Mapa 1. División política administrativa y limites, municipio de Nariño



Fuente: Secretaría de Planeación y Obras Públicas

La división política administrativa del municipio está conformada por: 2 corregimientos, Puerto Venus y San Andrés; 2 centros poblados, El Guamal y Puente Linda y 48 veredas, entre ellas San Pedro Arriba, San Miguel, La Linda, Quebra Honda, San Pedro Abajo, El Carmelo, La Balvanera, Puente Linda y Morro Azul.

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

Altitud y Relieve

La mayor parte del territorio presenta suelos escarpados. La parte más alta se localiza a los 3.350 m.s.n.m en el alto del Cóndor (Páramo de Sonsón) y la más baja a los 1.450 m.s.n.m. en la intersección de los Ríos Samaná Sur y Negrito. El municipio de Nariño cuenta con cuatro zonas de vida a saber:

Bosque húmedo tropical (bh – T)

Se encuentra entre los 0–1000 m.s.n.m, con una temperatura promedio anual superior a los 24° C y una precipitación entre los 2000–4000 mm/año. Presenta una topografía variada con pendientes que van desde 12% hasta el 75%. La producción agrícola se centra principalmente en el café con y sin sombrero, caña panelera, plátano, maíz, yuca y frutales; la gran mayoría de las áreas pertenecientes a terrazas aluviales del río Samaná Sur se encuentran con pastos no mejorados enmalezados y no mejorados limpios puesto que la actividad ganadera que otras épocas llegó a ser importante en este momento no lo es.

Bosque muy húmedo premontano (bmh –PM)

En general esta formación tiene como límites climáticos una temperatura entre 18° C y 24° C, un promedio anual de lluvias entre 2000 y 4000 mm y ocupa una franja altitudinal entre 1000 y 2000 m.s.n.m. En esta zona se encuentra ubicada la parte central del municipio llamada zona cafetera.

La gran mayoría del área de esta zona ha perdido su cobertura natural de bosques para dar paso a los cultivos de café con y sin sombrero, caña panelera, plátano, maíz, yuca, cacao y frutales, así mismo se presentan pastos no mejorados limpios y/o enmalezados para una actividad ganadera incipiente y de bajos rendimientos.

Bosque muy húmedo montano bajo (bmh – MB)

Se encuentra entre los 2000 y 3000 m.s.n.m, con temperaturas entre 12° C y 18° C y precipitaciones anuales de 2000 a 4000 mm/año. Se caracteriza por frecuente neblina y fuertes lluvias. Esta zona es de topografía abrupta y gran parte del área se encuentra con bosque natural intervenido y en diferentes estados de sucesión natural. Esta zona de vida desempeña un importante papel en el régimen hídrico de los ríos y quebradas, de ahí la importancia de conservar los bosques, debido a que las altas pendientes y fuerte precipitación hacen que los suelos sean frágiles y propensos a la erosión. Las especies maderables más comunes son el chaquiro, nogal, aliso y el roble. Los cultivos más comunes son: café, pastos y algunos de pancoger. (son productos producidos en las fincas con el fin de ser utilizados por la misma familia)

Bosque Pluvial Montano (bp – M)

Está localizada entre los 3000 y 4000 m.s.n.m, con temperaturas entre los 6° C y 12° C y precipitaciones anuales superiores a los 2000 mm. Esta zona de vida se caracteriza por presentar suelos escarpados, con pendientes en su mayoría superiores al 75% y se ubica básicamente en el páramo de Sonsón.

Como accidentes geográficos se destacan La Cuchilla del Guanábano (2.600 mts), Cuchilla de San Gregorio (2.200 mts), Cerro de Balsora y Alto del León (1.500 mts). Además, cuenta con los Termales y la Cascada del Espíritu Santo.

Hidrografía

El municipio cuenta con un importante número de fuentes de agua, por lo que a futuro se planifican proyectos hidroeléctricos. Sin embargo, la poca conciencia ambiental de sus habitantes ha generado procesos acelerados de contaminación y desprotección de sus márgenes hídricos producto de la extracción de madera para leña, carbón y varas tutoras (zona del páramo); expansión de la frontera agrícola y/o potrerización de áreas para la ganadería extensiva que se presenta.

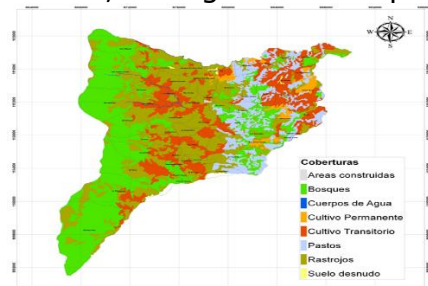
Se pueden diferenciar dos cuencas hidrográficas en el municipio las cuales le sirven de límite municipal: las del río Samaná Sur y el río Negrito.

La Cuenca Hidrográfica del río Negrito, se encuentra localizada al norte de la cabecera municipal, sirviendo de límite con los municipios de Sonsón y Argelia. Los afluentes más importantes son: quebrada Campo Alegre, quebrada Las Agüitas, quebrada El Silencio, quebrada Honda, quebrada La Linda, quebrada San

Gregorio, quebrada San Gregoriete, quebrada San Miguel, quebrada Fría y quebrada Chaquiros. Es importante resaltar la existencia de más de 47 fuentes de agua de primer orden que se encuentran en esta cuenca hidrográfica.

La Cuenca Hidrográfica de río Samaná Sur, se localiza en el sur y el oriente del municipio, sirviendo de límite con el Departamento de Caldas, tiene una extensión de 272.57 Km² y un perímetro de 99.500 m que representa el 87% del área total del municipio en ella habitan 7.863 personas que representan el 50% de la población municipal. Las afluentes más importantes son: quebrada Caballo Palo, quebrada Calzoncillo, quebrada El Encanto, quebrada Lejías, quebrada El Volcán, quebrada Nutría, quebrada La Española, quebrada La Iguana, quebrada El Cedral, quebrada Talego, quebrada Cristal, quebrada El Bosque, quebrada Monte Negro, quebrada Chupadero, quebrada La Hermosa, quebrada San Agustín, quebrada La Mina, quebrada Santa Isabel, quebrada El Pital, quebrada Santa Rosa, quebrada Santa Eulasia, quebrada Santa Rita se encuentran aproximadamente 112 cuerpos de agua de orden 1.

Mapa 3. Relieve, hidrografía Municipio de Nariño



Fuente Plan Municipal de Riesgo de desastres

Zonas de riesgo

Las principales amenazas y riesgos del Municipio están representadas por el movimiento en masa de tierra. De las 48 veredas existentes en el Municipio, 37 presentan algún grado de amenaza y riesgo. La evaluación permite priorizar las veredas que se encuentran en riesgo alto, medio y bajo. Equivale al 77.88% del área rural del Municipio.

Las veredas que se encuentran expuestas a un alto índice de amenazas y riesgos son: Vereda San Miguel con 1478.13 ha, Vereda San Andrés con 1507.81ha, Vereda La Balvanera con 854.69ha y Vereda La Argentina con 226.56ha, para un total de 4067.19 ha. El corregimiento de puerto Venus presenta amenaza por inundación, en un 100%. En el área poblada.

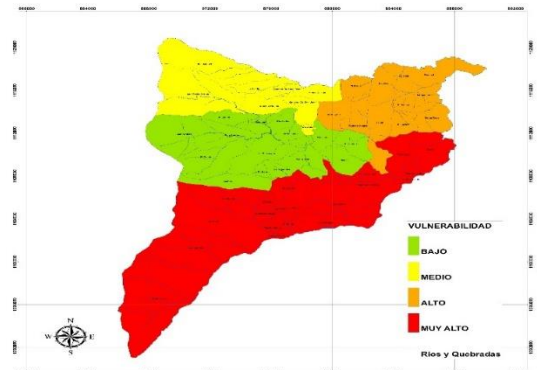
Las veredas que presentan un índice medio de amenazas y riesgos son: Quiebra Honda 471.88ha, Quiebra de San Juan 356.25ha, Media Cuesta 426.56 ha, El Limón 317.19 ha, El Cóndor 1165.63 ha, El Llano 279.69 ha, Morro Azul (morro Pelón 754.69 ha, El Piñal 1725.00 ha, Guadualito 937.50ha, Quebrada Negra 168.75 ha, Centro Poblado de Puerto Venus 160.93 ha, El Bosque 321.88ha y Balsora con 610.94 ha, para un total de 7696.89.

Las veredas que presentan un índice bajo de amenazas y riesgos son: La Linda 540.63 ha, Quiebra de San José 120.3 ha, Guamito 131.25 ha, Río Arriba 245.31 ha, Las Mangas 304.69 ha, Damas 621.88 ha, San Pablo 595.31 ha, San Pedro Abajo 804.69 ha, San Pedro Arriba 1607.81 ha, Uvital 787.50 ha, Morro Azul 754.69 ha, Campo Alegre 396.88 ha, El Recreo 557.81 ha, La Hermosa 335.94 ha, La Iguana 1237.50 ha, Puente Linda 137.50, El Palmar 259.38 ha, El Roble 367.19 Santa Rosa 628.13 ha, para un total de 10433.9ha.

Temperatura y humedad

La cabecera municipal tiene una temperatura promedio anual de 20° C, los valores de precipitación máxima se presentan en los meses de mayo y octubre, los valores medios de precipitación disminuyen en el periodo comprendido de diciembre a marzo y de junio a agosto. En la mañana en el municipio de Nariño se presenta una humedad de 78.1% y en las horas de la tarde incrementa a 78.3%.

Mapa 4. Zonas de Riesgo del Municipio Nariño



Fuente. Plan Municipal de Riesgo de desastres

1.1.3 Accesibilidad Geográfica

Traslado por vías aéreas

Se cuenta con El Cable Aéreo, este cubre la ruta de la cabecera municipal a las veredas de Guamito y Las Mangas y otras cinco veredas las cuales no tienen acceso carretable; no contar con este medio implica que la población tarde entre 3 a 5 horas en llegar a la cabecera municipal, dificultando el acceso y la comunicación de los pobladores de las veredas cercanas al igual a quienes viven en la zona urbana, a visitantes, funcionarios y turistas.

Traslado por vías terrestres

El municipio de Nariño está comunicado por carretera destapada con los municipios de Sonsón, Argelia y La Dorada, este último perteneciente al Departamento de Caldas. Cuenta con vías terciarias que conducen a la gran mayoría de las veredas del municipio y el corregimiento de Puerto Venus. Al interior de las veredas se cuenta con caminos de herradura.

Los servicios de transporte de carga y pasajeros los prestan dos empresas y camiones particulares. De igual manera existe el servicio de Mototaxi.

La situación en que se encuentran las vías de comunicación en el municipio dificulta el acceso a los servicios de salud a la mayoría de la población ya que el 79.76% de la población se encuentra dispersa en el área rural.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros del Municipio de Nariño y a la Ciudad de Medellín.

Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio de Nariño a Medellín, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
Medellín	300	150	Terrestre
Argelia	60	35	Terrestre
Sonsón	80	37	Terrestre

Fuente: Secretaria de Planeación y Obras Públicas

El tiempo de traslado y la distancia de las veredas del municipio hasta la cabecera municipal se presenta a continuación:

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros municipio de Nariño

Veredas	Tiempo de llegada desde la cabecera a las veredas	Distancia en Kilómetros desde la cabecera a las veredas	Tipo de transporte desde la cabecera a las veredas
San miguel	1 hora	11 KM	Vía para Habilitado para vehículo
La Linda	40 minutos	8 KM	Vía para Habilitado para vehículo
Quebra de San José	45 minutos	10 KM	Vía para Habilitado para vehículo
San Pedro Arriba	1 hora	14 KM	Vía para Habilitado para vehículo
Quebra Honda	40 minutos	8 KM	Vía para Habilitado para vehículo
Quebra de San Juan	15 minutos	4 KM	Vía para Habilitado para vehículo
El Roble	40 minutos	10 KM	Vía para Habilitado para vehículo
Media Cuesta	2 hora y 10 minutos	10 KM	
Balsora	1 hora	12 KM	Vía para Habilitado para vehículo
Guamal	1 hora 30 minutos	17 KM	Vía para Habilitado para vehículo
San Andrés	2 horas y 30 minutos a pie	14 KM	-Telefónico -Camino de Herradura
El Limón	2 horas y 30 minutos a pie	10 KM	-Telefónico -Camino de Herradura
El Cóndor	2 horas y 30 minutos a pie	12 KM	-Telefónico -Camino de Herradura
Las Mangas	1 hora y 30 minutos a pie	8 KM	-Telefónico -Camino de Herradura
Río Arriba	1 hora a pie	5 KM	-Camino de Herradura -Telefónico
Guamito	1 hora a pie	5 KM	-Camino de Herradura
Santa Rosa	2 horas	22 KM	Vía para Habilitado para vehículo
El Palmar	1 hora y 30 minutos	17 KM	Vía para Habilitado para vehículo
El Jazmín	1 Hora y 20 Minuto	16 KM	Vía para Habilitado para vehículo
Uvital	1 hora	12 KM	Vía para Habilitado para vehículo
Campo Alegre	40 minutos	8 KM	Vía para Habilitado para vehículo
El Recreo	15 minutos	5 Km	Vía para Habilitado para vehículo
Morro Azul	1 Horas 15 minutos	15 KM	Vía para Habilitado para vehículo
Berlin	1 hora y 30 minutos	20 KM	
La Balvanera	1 hora a pie	7 KM	Camino de Herradura
Las Argentinas	2 Horas	14 KM	Vía para Habilitado para vehículo
El Carmelo	1 hora	10 KM	Vía para Habilitado para vehículo
El Llano	30 Minutos	5 KM	Vía para Habilitado para vehículo
El Caraño	1 hora y 30 minutos a pie	10 KM	Camino de Herradura,
Nechí	1 Hora a pie	8 KM	Camino de Herradura, Vía para Habilitado para vehículo
San Pablo	3 horas a pie	17 KM	Camino de Herradura Vía para Habilitado para vehículo
La Pedrera	2 hora y 30 minutos	18 KM	Camino de Herradura Vía para Habilitado para vehículo
Puente Linda	2 Horas	22 KM	Vía para Habilitado para vehículo
San Pedro Abajo	2 horas y 30 minutos	18 KM	Camino de Herradura
Corregimiento de Puerto Venus.			
A la distancia desde las veredas al corregimiento debe sumarse a la distancia hasta la cabecera del Municipio			
La Española	1 hora y 30 minutos	12 KM	Camino de Herradura
Montecristo	2 horas	15 KM	Camino de Herradura
La Iguana	20 Minutos	9 Kilómetros	Vía para Habilitado para vehículo
La Hermosa	15 Minutos	8 KM	Vía para Habilitado para vehículo
El Bosque	5 minutos	5 KM	Vía para Habilitado para vehículo
Aguacatal	1 hora y 30 minutos a pie	12 KM	Camino de Herradura
Venecia	1 hora a pie	8 KM	Camino de Herradura
El Piñal	1 hora y 30 minutos a pie	11 KM	Camino de Herradura
El Zafiro	1 hora a pie	8 KM	Camino de Herradura
Quebrada Negra	15 minutos	4 KM	Vía para Habilitado para vehículo
Guadalito	1 hora y Media a pie	12 KM	Camino de Herradura

Fuente: Secretaria de Planeación y Obras Públicas

Nariño, se comunica con Medellín por la carretera Sonsón- La Unión – La Ceja, a una distancia de 150 km.

Mapa 5. Vías de comunicación terrestres del municipio de Nariño



Fuente: Secretaría de Planeación y Obras Públicas

1.2 Contexto poblacional y demográfico

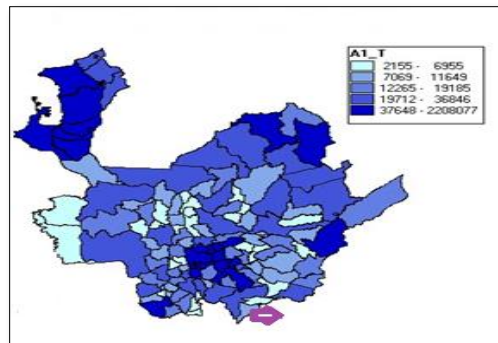
Población total

El Municipio de Nariño cuenta con 10.889 Habitantes a 2025. La población tiene un ligero predominio del sexo masculino (5.552), que representan el 50.9% de la población; el sexo femenino (5.337) equivale a un 49.1%.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

La densidad poblacional en Nariño es de 34.4 hab/Km², distribuidos en la Cabecera: 4.016 correspondientes al 36.9%, y en la Zona Rural: 6.873 que corresponde a 63.1%.

Mapa 6. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado del municipio de Nariño



Fuente. DANE. Censo ampliado.

Población por área de residencia urbano/rural

Tabla 4. Población por área de residencia municipio de Nariño, 2025

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
Nº	%	Nº	%		
4.016	36,9	6.873	63,1	10.889	36,9

Fuente: DANE

Como se observa en la tabla anterior, la mayor proporción de la población se encuentra ubicada en el área rural (63.1%) y una menor proporción en el área urbana (36.9%).

Mapa 7. Mapa de la zona urbana en el municipio de Nariño



Fuente: Secretaría de Planeación y Obras Públicas

Grado de urbanización

El municipio de Nariño presenta un bajo grado de urbanización (36,9%), lo que implica que la dinámica social, económica y de acceso a servicios está fuertemente marcada por las condiciones propias del territorio rural. En consecuencia, aspectos como el acceso a los servicios de salud, la movilidad, la conectividad vial y digital, así como la oferta educativa y laboral, pueden presentar barreras y desigualdades territoriales que deben ser consideradas al momento de planificar la respuesta en salud y las acciones intersectoriales que permitan garantizar la llegada oportuna y continua de servicios a la población dispersa.

Número de viviendas y hogares

Tabla 5. Número de Viviendas, hogares y personas municipio de Nariño, 2025

	Viviendas	Hogares	Población
Cabecera	1612	1626	4016
Centros Poblados y Rural Disperso	2172	2192	6873
Total	3784	3818	10889

Fuente: DANE - Censo 2018

En el municipio de Nariño se registran 3.784 viviendas y 3.818 hogares, evidenciándose una distribución acorde con la configuración territorial mayoritariamente rural. En la cabecera municipal se concentran 1.612 viviendas y 1.626 hogares, mientras que en los centros poblados y el área rural dispersa se identifican 2.172 viviendas y 2.192 hogares, lo que representa una mayor proporción de asentamientos habitacionales en zonas rurales. Esta distribución confirma una estructura residencial predominantemente rural, donde la vivienda suele estar asociada a actividades agropecuarias y a dinámicas familiares de arraigo territorial. La cercanía entre el número de viviendas y hogares sugiere un bajo nivel de cohabitación o hacinamiento.

Población por pertenencia étnica

En relación con el autorreconocimiento étnico, el municipio de Nariño presenta una población mayoritariamente identificada como no perteneciente a grupos étnicos, representando el 99,6% del total de habitantes (10.847 personas). Solo se reportan 38 personas afrodescendientes (0,3%), 3 personas indígenas y 1 persona perteneciente al pueblo Rrom, lo que refleja una baja presencia de diversidad étnica en el territorio. Esta composición demográfica indica que las prácticas culturales, tradiciones y dinámicas sociales predominantes están asociadas principalmente a una identidad mestiza campesina, frecuentemente ligada a actividades agrícolas y entornos rurales.

Tabla 6. Población por pertenencia étnica del Municipio de Nariño, 2025

Autoreconocimiento étnico	Casos	%
Indígena	3	0,0%
Gitano(a) o Rrom	1	0,0%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0,0%
Palenquero(a) de San Basilio	0	0,0%
Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	38	0,3%
Ningún grupo étnico-racial	10.847	99,6%
Total	10.889	100%

Fuente. DANE



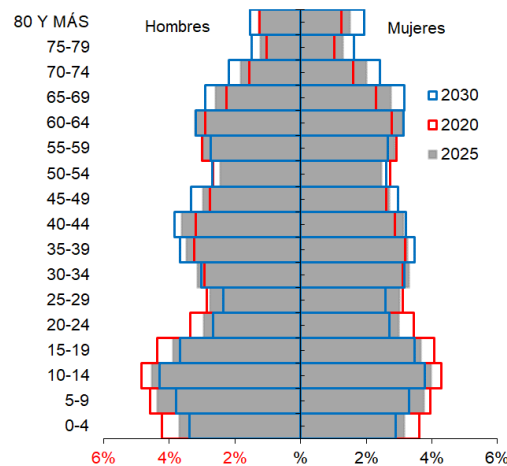
Sin embargo, aunque las minorías étnicas representan una proporción mínima, es fundamental asegurar el reconocimiento, respeto y garantía de sus derechos colectivos, así como la inclusión en procesos participativos y de planeación en salud, en coherencia con el enfoque diferencial y los principios del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) y el PDSP 2022-2031.

1.2.1 Estructura demográfica

Pirámide poblacional

La pirámide poblacional del municipio de Nariño refleja un perfil demográfico en transición hacia el envejecimiento, evidenciado en la reducción progresiva de la población en los grupos de 0 a 4 años y un mayor peso relativo en los grupos de edad adulta (40 años en adelante). La base de la pirámide, aunque aún amplia en la población escolar y adolescente (5 a 19 años), muestra una disminución importante en la población infantil más reciente, lo que indica tasas de natalidad descendentes y posibles transformaciones en los patrones reproductivos de las familias, como la postergación de la maternidad, reducción del tamaño del hogar y migración de mujeres en edad fértil hacia otros municipios o áreas urbanas en busca de estudio o empleo.

Figura 1. Pirámide poblacional del municipio de Nariño, 2020, 2025, 2030



Fuente: DANE

Se observa también un ensanchamiento en la población adulta y adulta mayor, lo que señala un aumento paulatino en la expectativa de vida y una consolidación de procesos de envejecimiento demográfico, tendencia que se proyecta a profundizarse hacia el 2030. Este comportamiento se articula con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como una mayor demanda de

servicios de salud orientados a la prevención de la dependencia funcional, rehabilitación, cuidados paliativos y acompañamiento a cuidadores familiares.

La comparación entre las proyecciones de 2020, 2025 y 2030 permite identificar que el municipio se desplazará hacia una estructura menos piramidal y más cilíndrica, característica de territorios en los que disminuye el relevo generacional y aumenta la proporción de personas mayores. Este fenómeno genera implicaciones estratégicas para la planificación en salud, la cual deberá fortalecer programas orientados al envejecimiento saludable, la actividad física, el control de factores de riesgo cardiovascular y metabólico, así como acciones integradas desde los sectores social, comunitario y educativo para favorecer la participación, autonomía y redes de apoyo para la población mayor.

Finalmente, la reducción de la base poblacional puede generar a mediano plazo presiones en el sostenimiento de servicios educativos, disminución del ingreso de población económicamente activa y cambios en la dinámica productiva local, especialmente en áreas rurales donde la mano de obra juvenil resulta clave para la continuidad de las actividades agropecuarias tradicionales. En este sentido, el análisis de la pirámide poblacional refuerza la necesidad de implementar políticas y estrategias intersectoriales que promuevan la permanencia de los jóvenes en el territorio, la generación de oportunidades laborales y educativas, y la adaptación del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) para responder a una población con necesidades de salud diversificadas y crecientes en todas las etapas del curso de vida.

Otros indicadores demográficos

Los indicadores demográficos del municipio de Nariño muestran una tendencia sostenida hacia el envejecimiento poblacional entre los años 2020 y 2030. La población total presenta un incremento moderado, pasando de 10.464 habitantes en 2020 a 11.199 proyectados para 2030; sin embargo, este crecimiento no corresponde al aumento de la población infantil y joven, sino al incremento de la población mayor de 60 años. El índice de infancia desciende de 25,5% en 2020 a 21,5% en 2030 y el índice de juventud de 21,2% a 17,3%, lo cual confirma una disminución en la fecundidad y un menor reemplazo generacional. En contraste, el índice de vejez aumenta de 12,3% a 17,3% en el mismo periodo, mientras que el índice de envejecimiento muestra un ascenso significativo de 48,2 a 80,5 adultos mayores por cada 100 personas menores de 15 años, indicando que el municipio avanza hacia una estructura poblacional donde los adultos mayores representan una proporción cada vez mayor.

Tabla 7. Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Nariño, 2020, 2025, 2030

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Poblacion total	10.464	10.889	11.199
Poblacion Masculina	5.342	5.552	5.692
Poblacion femenina	5.122	5.337	5.507
Relación hombres:mujer	104,3	104,0	103,4
Razón niños:mujer	34,9	31,1	29,1
Índice de infancia	25,5	23,5	21,5
Índice de juventud	21,2	19,3	17,5
Índice de vejez	12,3	14,5	17,3
Índice de envejecimiento	48,2	61,7	80,5
Índice demografico de dependencia	60,8	61,3	63,3
Índice de dependencia infantil	41,1	37,9	35,1
Índice de dependencia mayores	19,8	23,4	28,2
Índice de Friz	142,1	121,3	107,3

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

El índice demográfico de dependencia también aumenta (de 60,8% a 63,5%), lo que implica que un número creciente de personas en edad productiva deberá sostener a una población dependiente mayor, especialmente adultos mayores, pues el índice de dependencia infantil disminuye (41,1% a 35,1%) y el índice de dependencia de mayores se incrementa de forma marcada (19,8% a 28,2%). Este comportamiento evidencia que las necesidades en salud se desplazarán progresivamente hacia la atención de enfermedades crónicas, discapacidad, cuidado de largo plazo y servicios de apoyo para cuidadores, demandando ajustes en la red de servicios, fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) y políticas intersectoriales para el envejecimiento saludable. Finalmente, la reducción del Índice de Friz (de 142,1 a 107,3) confirma la pérdida de dinamismo demográfico, lo que puede repercutir en el mercado laboral, el sistema educativo y la sostenibilidad social del municipio a mediano plazo.

Población por sexo y grupo de edad

La distribución de la población por grupos de edad y sexo en el municipio de Nariño muestra una estructura demográfica que confirma la transición hacia el envejecimiento, con una concentración importante de habitantes en los grupos de 25 a 44 años (2.800 personas), seguido de los grupos de 60 a 79 años (1.965 personas) y 45 a 59 años (1.791 personas). Esto indica que la mayor parte de la población se encuentra en edades productivas y avanzadas del ciclo vital, lo cual representa una fuerza laboral significativa, pero también anticipa un incremento en la demanda de servicios de salud relacionados con el control de enfermedades crónicas, rehabilitación y cuidados a largo plazo.

Tabla 8. Población por sexo y grupo de edad 2025

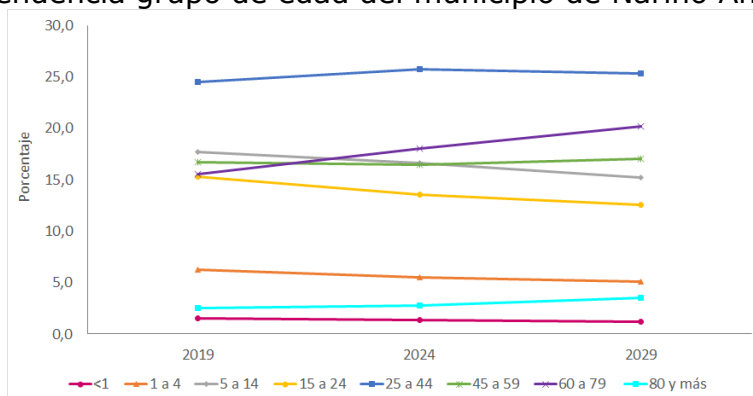
Grupo Edad	Hombres	Mujeres	Total
<1	79	68	147
1 a 4	324	277	601
5 a 14	970	841	1.811
15 a 24	744	727	1.471
25 a 44	1.416	1.384	2.800
45 a 59	914	877	1.791
60 a 79	966	999	1.965
80 y más	139	164	303
TOTAL	5.552	5.337	10.889

Fuente. Departamento Nacional de Estadística – DANE

Los grupos de población infantil y juvenil (<1 año, 1 a 4 años, 5 a 14 años y 15 a 24 años) muestran un peso menor en comparación con la población adulta, lo que concuerda con la disminución sostenida de la natalidad identificada en el municipio. En particular, el grupo de menores de 1 año representa solo 147 personas, reflejando un descenso en los nacimientos que impactará a futuro la renovación generacional y la estructura escolar.

En la comparación por sexo, se observa una distribución relativamente equilibrada, aunque con ligera mayor presencia femenina en los grupos de 60 años y más, especialmente en el de 80 años y más, donde las mujeres (164) superan a los hombres (139). Este comportamiento es coherente con la mayor esperanza de vida femenina y refuerza la necesidad de incorporar enfoque de género en las estrategias de envejecimiento saludable y cuidado.

Figura 2. Tendencia grupo de edad del municipio de Nariño Antioquia, 2025



Fuente: DANE

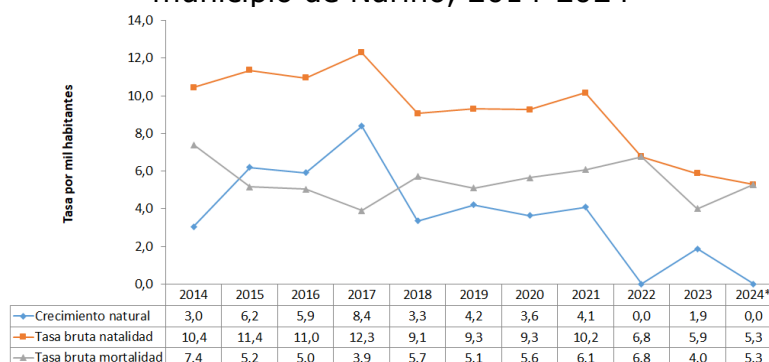
En cuanto a la tendencia por grupos de edad, esta muestra que el municipio de Nariño se encuentra en un claro proceso de envejecimiento poblacional. Se evidencia una disminución progresiva de los grupos infantiles y juveniles, lo que confirma la reducción de la natalidad y del recambio generacional. En contraste,

los grupos de adultos y adultos mayores muestran una tendencia creciente, lo cual se alinea con el incremento de la esperanza de vida y la transición demográfica en curso. Además, la proporción de personas de 80 años y más, aunque aún pequeña, presenta una tendencia al alza, lo que proyecta demandas futuras relacionadas con cuidado prolongado, atención domiciliaria y prevención de dependencia funcional.

1.2.2 Dinámica demográfica

La dinámica demográfica del municipio de Nariño durante el periodo 2014–2024 evidencia un proceso de transición hacia el envejecimiento poblacional, marcado por la disminución de la natalidad y el aumento gradual de la mortalidad. La tasa bruta de natalidad, que en 2014 se ubicaba en 10,4 nacimientos por cada mil habitantes, muestra una tendencia descendente sostenida hasta llegar a 5,3 en 2024, lo que confirma una reducción de los nacimientos y sugiere cambios socioculturales como la postergación de la maternidad, disminución del tamaño de los hogares y migración de población joven en edad reproductiva. Por su parte, la tasa bruta de mortalidad se incrementa de manera gradual, pasando de 7,4 a 8,0 por cada mil habitantes, lo cual está asociado al aumento de la población adulta mayor, reflejado previamente en la pirámide y los índices de envejecimiento.

Figura 3. Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del municipio de Nariño, 2014-2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Como consecuencia, el crecimiento natural de la población se reduce significativamente, pasando de 3,0 en 2014 a 0,0 en 2024, indicando que el número de nacimientos prácticamente deja de compensar el número de defunciones, situación característica de municipios en acelerada transición demográfica. Esta dinámica implica retos para el territorio en términos de sostenibilidad social, envejecimiento saludable, provisión de cuidados de largo

plazo y ajustes en la oferta de servicios de salud, consolidando la necesidad de fortalecer el Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque de curso de vida y territorialidad.

Otros indicadores de la dinámica de la población

Las tasas específicas de fecundidad en adolescentes en el municipio de Nariño muestran un comportamiento fluctuante durante el periodo 2014–2024, con una tendencia general hacia la disminución en los últimos años, aunque con picos importantes que evidencian vulnerabilidades persistentes. En el grupo de 10 a 14 años, la fecundidad se ha mantenido en valores muy bajos (entre 0,0 y 2,5 nacimientos por cada mil niñas), lo cual es positivo; sin embargo, la presencia de casos en este grupo continúa siendo un indicador de vulneración de derechos sexuales y reproductivos, posibles situaciones de abuso, coerción o falta de acompañamiento familiar y escolar.

Tabla 9. Otros indicadores de la dinámica de la población del municipio de Nariño, 2014 - 2024

Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	2,5	0,0	0,0	1,3	1,3	2,3	2,3	0,0	0,0	2,3	2,3	
De 15 a 19	49,8	52,8	40,2	49,1	34,1	51,4	71,9	67,1	36,2	27,0	12,4	
De 10 a 19	25,7	26,4	20,2	25,4	17,8	26,5	36,4	32,9	17,6	14,3	7,2	

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, la tasa evidencia variaciones significativas, pasando de valores elevados como 71,9 en 2020 y 67,1 en 2021, hacia una disminución notable en 2023 (27,0) y 2024 (12,4). Este descenso reciente podría estar relacionado con mayor acceso a métodos anticonceptivos, programas de educación sexual, intervención institucional en salud escolar y presencia de equipos de APS en el territorio; sin embargo, las fluctuaciones previas indican la necesidad de mantener acciones sostenidas, especialmente en el contexto rural, donde persisten barreras de acceso a información y servicios oportunos.

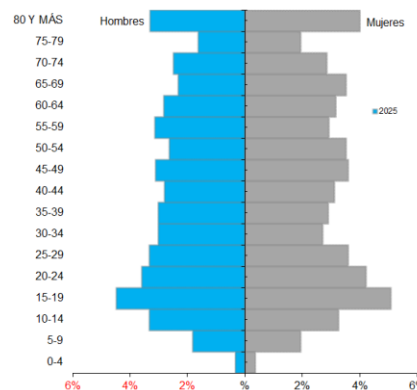
Al analizar el indicador integrado de fecundidad de 10 a 19 años, se observa una reducción de 25,7 en 2014 a 7,2 en 2024, lo cual refleja una transición hacia una maternidad más tardía y una disminución en el embarazo adolescente. No obstante, esta disminución debe interpretarse reconociendo factores estructurales como la migración de mujeres jóvenes, la reducción general de la población adolescente y posibles limitaciones en el registro de nacimientos en zonas rurales dispersas.

Este comportamiento refuerza la importancia de fortalecer estrategias de educación sexual integral, acceso oportuno y confidencial a servicios de planificación familiar, consejería en proyecto de vida, acompañamiento psicosocial y articulación intersectorial con familia, escuela, sector comunitario y protección social, con enfoque en derechos sexuales y reproductivos, género y curso de vida.

1.2.3 Movilidad forzada

La pirámide poblacional de la población víctima de movilidad forzada en el municipio de Nariño evidencia que este fenómeno ha afectado principalmente a niños, adolescentes y jóvenes, especialmente en los grupos de 10 a 29 años, quienes representan una proporción importante dentro de la estructura. Esto indica que los procesos de desplazamiento se dan mayoritariamente en núcleos familiares jóvenes, en etapas clave de desarrollo educativo, social y de construcción de proyecto de vida. La presencia de población menor de 10 años confirma que la movilidad forzada suele ocurrir en unidad familiar, lo cual implica rupturas significativas en redes de apoyo, cambios abruptos en el entorno y posibles efectos en la seguridad emocional y el desarrollo temprano.

Tabla 10. Población movilidad forzada, Nariño – Antioquia, 2024



Fuente: Registro Único de Víctimas

Por su parte, la participación de adultos entre 25 y 44 años refleja la afectación de la población en edad productiva, lo que puede generar impactos en la estabilidad económica y social del hogar. Aunque la proporción de adultos mayores es menor, su presencia dentro de este grupo revela situaciones de desarraigo y pérdida de arraigo territorial propias del desplazamiento. En conjunto, esta estructura demográfica resalta la necesidad de fortalecer estrategias intersectoriales y comunitarias orientadas a la restitución de

derechos, acompañamiento psicosocial, acceso a educación, oportunidades laborales y reconstrucción del tejido social, articuladas al Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque diferencial, de curso de vida y de apoyo a víctimas.

1.2.4 Población LGBTIQ+

La población LGBTIQ+ en el municipio de Nariño actualmente presenta una situación de baja visibilidad pública, lo cual puede relacionarse con características socioculturales marcadas por la tradición y el conservadurismo de la población en general, dificultando la expresión abierta de identidades y orientaciones diversas.

En términos de salud, la población diversa ha manifestado cierto temor a acudir a los servicios de atención municipales por riesgo de juicio por parte del talento humano, lo que puede aumentar las barreras de acceso, y generando aumento en la automedicación y prácticas informales relacionadas con terapias de hormonas o procedimientos estéticos sin acompañamiento médico seguro. Así mismo, se reconocen a nivel municipal, algunas limitaciones en el acompañamiento psicosocial, lo que incrementa posibles vulnerabilidades en salud mental, particularmente relacionadas con el aislamiento, la ansiedad, la depresión y la ideación suicida. Es necesario contar con profesionales capacitados en enfoque de género y diversidad, y la generación de espacios seguros dentro de los servicios de salud, que ayuden a disminuir estas brechas.

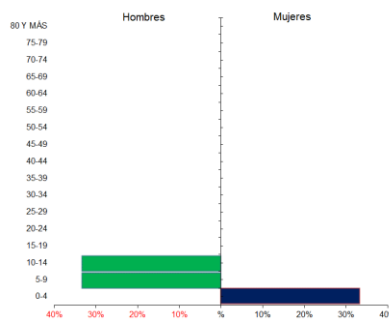
Desde los determinantes sociales, la comunidad manifiesta enfrentarse a barreras para la empleabilidad formal debido al estigma laboral, lo que se traduce en una inestabilidad económica, dificultades para garantizar la seguridad alimentaria y menor capacidad para sostener procesos de cuidado en salud (hormonización, atención psicológica y seguimiento médico). Estas dinámicas afectan principalmente a la población adolescente y joven, población más expuesta a presiones familiares y sociales en torno a la construcción de identidad de género y orientación sexual.

A nivel municipal, se reconoce la presencia de actores institucionales relevantes (Dirección Local de Salud, Hospital San Joaquín, Enlace de Género y Alcaldía), pero se identifica la necesidad de fortalecer la articulación intersectorial y diseñar rutas de atención con enfoque diferencial, acompañadas de procesos de capacitación permanente y estrategias de sensibilización comunitaria.

1.2.5 Dinámica Migratoria

La población migratoria atendida en salud en el municipio de Nariño se caracteriza principalmente por estar conformada por familias jóvenes con niños y niñas menores de 10 años, lo cual se evidencia en la alta proporción de atenciones en los grupos de 0 a 4 y 5 a 9 años. Esto indica que el proceso migratorio hacia el municipio ocurre de manera familiar y no individual, y que gran parte de las necesidades en salud están relacionadas con el seguimiento en crecimiento y desarrollo, el esquema de vacunación, la nutrición y la prevención de enfermedades transmisibles. La baja presencia de adolescentes, adultos y adultos mayores en los registros de atención puede estar vinculada a barreras de acceso, desconocimiento de rutas de aseguramiento o temor a acudir a instituciones debido a situaciones previas de vulnerabilidad y desplazamiento.

Figura 4. Población migratoria con atenciones en salud, municipio de Nariño Antioquia, 2025



Fuente: MSPS

Dadas estas características, se hace necesario fortalecer el Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque comunitario, garantizando estrategias que faciliten la afiliación al sistema de salud, la orientación sobre derechos y servicios, y el acompañamiento familiar en procesos de adaptación e integración social. Resulta clave asegurar intervenciones en salud materno-infantil, vigilancia nutricional, fortalecimiento de la vacunación y educación en autocuidado, articuladas con los sectores educativo y social para prevenir situaciones de riesgo y promover el bienestar de la población migrante en el territorio.

1.2.6 Población Campesina

La población campesina en el municipio de Nariño constituye un grupo social fundamental para la identidad, la economía y la configuración territorial del

municipio. Su forma de vida se encuentra estrechamente ligada a la relación directa con la tierra, el trabajo agrícola y las prácticas comunitarias de apoyo mutuo.

En Nariño, la actividad agropecuaria es el eje central de la economía local y representa el principal sustento de la población rural. El municipio se caracteriza por una amplia diversidad de cultivos, entre los que sobresalen el café, la caña de azúcar, el cacao, el plátano y diversos frutales, además de la producción de cultivos de pancoger destinados al abastecimiento alimentario familiar y comunitario. La ganadería de pequeña escala y la piscicultura complementan esta dinámica productiva, contribuyendo tanto a la seguridad alimentaria como a la generación de ingresos. El cultivo del café destaca por su relevancia económica y cultural, pues forma parte de la tradición agrícola del municipio y de la identidad campesina local, articulándose con redes de comercialización regionales y, en algunos casos, con circuitos de exportación.

El trabajo campesino en el municipio se desarrolla principalmente a través de formas de organización familiar y comunitaria, donde el vínculo con el territorio trasciende el ámbito productivo y constituye un referente de memoria, pertenencia y tejido social. Sin embargo, esta población enfrenta desafíos persistentes relacionados con el acceso limitado a mercados justos, fluctuaciones en los precios de los productos agrícolas, dificultades para el transporte y comercialización en las veredas, y brechas en formalización laboral y seguridad social, lo cual puede generar vulnerabilidad económica y barreras en el acceso oportuno a los servicios de salud.

No obstante, la presencia de prácticas agrícolas diversificadas y el conocimiento comunitario en el manejo de la tierra permiten identificar potencialidades en materia de economías campesinas sostenibles, turismo rural, producción agroecológica y transformación de alimentos, áreas en las que el municipio podría fortalecer su desarrollo territorial con enfoque de soberanía alimentaria y economía solidaria.

La población campesina de Nariño es una población estratégica para el desarrollo local, portadora de saberes tradicionales y prácticas productivas que sustentan gran parte de la economía del municipio. Reconocer sus condiciones, necesidades y aportes dentro del ASIS permite orientar acciones de salud con enfoque territorial, intercultural y de derechos, articulando el Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) con estrategias de participación comunitaria, apoyo a la producción local y fortalecimiento del bienestar rural.

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

Servicios habilitados por la IPS

Tabla 11. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud en el municipio de Nariño 2024

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citológicas cervicovaginales	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	1	1	1	1	1	1	1	1	1
INTERIOR	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediatría	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediatría	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la audición	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el desarrollo	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en urgencias	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	2	2	2	2	2	2	2	2	2
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	2	2	2	2	2	2	2	2	2
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Fuente: DANE- SISPRO- MSPS

La oferta de servicios habilitados en el municipio de Nariño refleja un primer nivel de atención consolidado, con continuidad en servicios esenciales como medicina general, enfermería, laboratorio clínico, odontología, vacunación, planificación familiar y actividades de promoción y prevención, lo cual es coherente con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) y las características rurales del territorio. Esta estabilidad ha permitido mantener la atención materno-infantil, la vigilancia de riesgos y el seguimiento a enfermedades prevalentes sin interrupciones, garantizando acceso básico para la población residente tanto en la cabecera como en las veredas.

Durante el último año, se evidencian avances importantes en el fortalecimiento de servicios orientados a la salud mental y el acompañamiento psicosocial, con la habilitación sostenida de psicología y la incorporación reciente de psiquiatría, lo que amplía la capacidad resolutoria en un contexto local donde se han identificado problemáticas de ansiedad, depresión y riesgos asociados. Asimismo, se mantiene la prestación de servicios diagnósticos clave como rayos X y laboratorio, y se consolida la disponibilidad del transporte asistencial básico, favoreciendo la atención oportuna y las remisiones seguras. Estos avances fortalecen la red de servicios y representan un paso significativo en la respuesta integral y continuada a las necesidades en salud de la población.

Otros indicadores del sistema sanitario

Los indicadores intermedios del sistema sanitario muestran un desempeño favorable en la atención materno-infantil y las acciones de vacunación, lo cual evidencia la solidez del modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en el municipio. Se observan coberturas altas en la vacunación con pentavalente, triple viral, DPT y otras vacunas esenciales, manteniéndose en valores cercanos o superiores al 90%, lo que indica continuidad en la protección contra enfermedades inmunoprevenibles, incluso en años posteriores a la pandemia. Así mismo, se registran resultados positivos en la atención prenatal, con el 100% de las gestantes recibiendo cuatro o más controles, y en la atención del parto, con más del 98% de los nacimientos asistidos por personal calificado y en instituciones de salud. Esto demuestra un acceso efectivo y estable a los servicios materno-perinatales y un adecuado acompañamiento durante el curso de vida temprano.

Tabla 12. Otros indicadores de sistema sanitario en el municipio de Nariño 2024

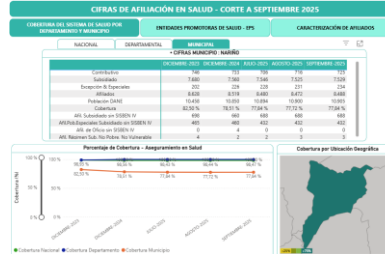
Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Nariño	Comportamiento															
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE) 2019	7,3	1,5																
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE) 2019	2,6	3,7																
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) 2024	103,4	79,0																
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS) 2024	88,6	93,2																
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	89,0	93,2																
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (Información departamento-Preliminar) 2024	88,8	93,2																
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	91,7	84,1																
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE) 2024	92,9	100,0																
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE) 2024	99,4	98,2																
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE) 2024	99,4	98,2																

Fuente: DANE- SISPRO- MSPS

Sin embargo, se identifican retos importantes en el acceso al aseguramiento y la garantía del derecho a la salud. El 79% de cobertura de afiliación al SGSSS indica que aún existe una proporción significativa de la población con dificultades para mantenerse o vincularse al sistema de salud, situación que puede estar asociada a condiciones de ruralidad, informalidad laboral, migración y barreras administrativas. Así mismo, aunque el municipio presenta solo un 1,5% de hogares con dificultades para acceder a servicios durante la primera infancia, este porcentaje se debe interpretar considerando la dispersión rural y la dependencia de la movilidad para el acceso a servicios básicos.

CARACTERIZACIÓN EAPB

Tabla 13. Afiliación al SGSSS, Nariño, septiembre 2025



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Las cifras de afiliación en salud del municipio de Nariño muestran una cobertura sostenida y estable, pasando de 82,50% en diciembre de 2023 a 77,84% en septiembre de 2025. El régimen Subsidiado concentra la mayor parte de la población afiliada (alrededor de 7.500 afiliados en 2025), lo que evidencia condiciones socioeconómicas que limitan la vinculación laboral formal y la capacidad contributiva; mientras que el régimen Contributivo presenta cifras estables alrededor de los 700 afiliados. Se observa también un grupo reducido de población afiliada por excepción o regímenes especiales, y una proporción pequeña pero constante de personas subsidiadas sin clasificación Sisbén, lo que sugiere desafíos en actualización de información y focalización. En conjunto, el comportamiento refleja que, aunque Nariño mantiene altos niveles de aseguramiento, persisten retos en la permanencia y clasificación adecuada de los usuarios, especialmente en zonas rurales y población con movilidad laboral o documental, requiriéndose continuar con estrategias de barrido, acompañamiento comunitario y fortalecimiento institucional para garantizar el acceso efectivo y la continuidad en el sistema de salud.

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

1.4.1 Políticas Públicas Municipales

La construcción de políticas públicas en el municipio de Nariño ha sido progresiva y refleja la intención de garantizar derechos a lo largo del ciclo de vida y de responder a los desafíos derivados de su identidad rural y campesina.

El proceso inicia con el **Acuerdo N°020 de 2004**, mediante el cual se adopta la Política Municipal de Infancia y Familia, orientada a la protección integral de los derechos de niños, niñas y sus familias. Su enfoque principal es la promoción de entornos protectores, el fortalecimiento educativo y la prevención de

vulneraciones. Sin embargo, su vigencia requiere actualización frente a los nuevos retos del desarrollo humano, el envejecimiento demográfico de los hogares y las nuevas formas de organización familiar.

Le sigue el **Acuerdo N°016 de 2005**, que adopta la Política Pública de Juventud, la cual busca promover la participación, el desarrollo integral y la construcción de proyectos de vida de adolescentes y jóvenes. Posteriormente, el Acuerdo N°021 de 2006 profundiza este enfoque mediante la Política Pública Zonal de Juventud, reconociendo diferencias territoriales y las necesidades específicas de jóvenes rurales. No obstante, el análisis territorial evidencia que hoy los jóvenes enfrentan dificultades de acceso a educación superior, empleo y participación, lo que señala la necesidad de revitalizar y financiar los espacios locales de juventud.

Ese mismo año, mediante el Acuerdo **N°003 de 2006**, se institucionaliza la Política de Equidad y Participación de la Mujer, orientada a promover la igualdad de oportunidades, prevenir la violencia basada en género y fortalecer la participación política y social femenina. Posteriormente, esta línea se refuerza con el Acuerdo N°003 de 2014, que adopta la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres, ampliando el enfoque hacia el empoderamiento económico y la autonomía. Sin embargo, pese al marco normativo sólido, en la práctica persisten barreras culturales, inequidad económica y baja denuncia de violencias, lo que exige fortalecer rutas de atención y programas de empoderamiento.

En 2011, se desarrollan dos políticas clave: el **Acuerdo N°010 de 2011**, que adopta la Política Pública de Atención Integral a Víctimas del Conflicto Armado, orientada a la reparación, reconciliación y reconstrucción del tejido social; y el **Acuerdo N°015 de 2011**, que establece la Política de Atención Integral del Adulto Mayor, financiada mediante estampilla municipal. Estas políticas son fundamentales en un municipio que presenta envejecimiento poblacional y presencia de hogares afectados por la violencia armada, requiriendo fortalecimiento en salud mental, acompañamiento comunitario y cuidados prolongados.

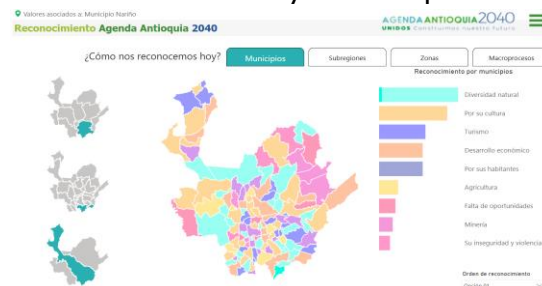
Posteriormente, el **Acuerdo N°004 de 2015** adopta la Política Pública del Parque Educativo, reconociendo la educación como base del desarrollo territorial, la innovación y la identidad cultural. Su objetivo es generar espacios de conocimiento, arte y tecnología que fortalezcan capacidades locales, especialmente en población escolar rural.

En 2021, el municipio avanza de manera significativa con el **Acuerdo N°006 de 2021**, que adopta la Política Pública de Salud Mental y Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (2021–2031). Este acuerdo resulta estratégico dado que las problemáticas comunitarias muestran aumento de ansiedad, depresión, violencia intrafamiliar y consumo de sustancias, especialmente en jóvenes. Su implementación efectiva requiere equipos APS con enfoque psicosocial, acompañamiento familiar e intervenciones comunitarias. Finalmente, en 2023 se actualizan dos políticas clave para la garantía de derechos básicos: el **Acuerdo N°009 de 2023**, que actualiza la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, reconociendo el papel central de las familias campesinas en la producción y abastecimiento alimentario; y el **Acuerdo N°002 de 2023**, que adopta la Política Pública de Vivienda, orientada a garantizar acceso a soluciones habitacionales dignas y promover desarrollo territorial sostenible, especialmente relevante en un municipio donde el 63% de la población reside en zona rural.

1.4.2 Agenda Antioquia 2040

La Agenda Antioquia 2040 permite comprender cómo el municipio de Nariño se reconoce actualmente y cómo proyecta su desarrollo hacia el futuro. En el presente, la comunidad se identifica principalmente con su vocación agrícola y campesina, su relación estrecha con la naturaleza y la fuerza de sus tradiciones culturales. La agricultura es percibida como la base de la economía y de la vida social, así como un elemento que define la identidad colectiva del territorio. Del mismo modo, se reconoce un fuerte sentido comunitario, donde la cooperación y los vínculos entre familias y vecinos constituyen un soporte fundamental para la organización local. Esto confirma la importancia del territorio rural, la producción campesina y la conservación ambiental como pilares de la realidad actual del municipio.

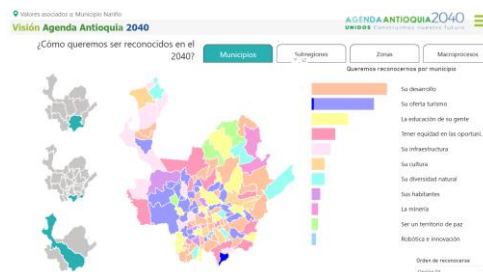
Figura 5. ¿Cómo nos reconocemos hoy? Municipio de Nariño, Agenda 2040



Fuente: Agenda 2040

Sin embargo, cuando la comunidad proyecta su visión hacia el año 2040, expresa el deseo de consolidar un municipio que avance hacia el desarrollo económico sostenible sin perder su esencia campesina. Se manifiesta interés por fortalecer el turismo rural y cultural como alternativa económica que permita diversificar ingresos y visibilizar las riquezas naturales y patrimoniales del territorio. Asimismo, la población desea ser reconocida por la calidad de su educación y la equidad en las oportunidades, especialmente para jóvenes y mujeres, entendiendo que la educación es un motor clave para el desarrollo y la permanencia de la población en el territorio. También se destaca la aspiración de consolidarse como territorio de paz, donde la convivencia, la seguridad y el respeto mutuo se mantengan como principios fundamentales.

Figura 6. ¿Cómo queremos ser reconocidos? Municipio de Nariño, Agenda 2040



Fuente: Agenda 2040

Desde una perspectiva emocional, la comunidad de Nariño expresa principalmente optimismo, confianza y sentido de compromiso con su desarrollo. La palabra "compromiso" sobresale como expresión de identidad colectiva, lo que indica que la población se percibe como actor activo en la construcción del futuro y no simplemente como receptora de decisiones institucionales. Este sentido de pertenencia y responsabilidad social constituye una fortaleza importante para la gestión pública, especialmente en la implementación de programas de salud, educación y desarrollo rural.

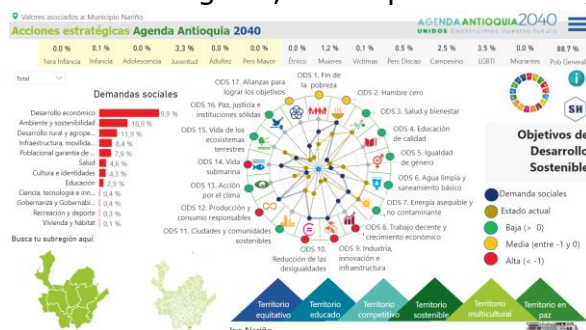
Figura 7. ¿Cómo nos sentimos? Municipio de Nariño, Agenda 2040



Fuente: Agenda 2040

En cuanto a prioridades de inversión, si la comunidad pudiera decidir la destinación de los recursos públicos, orientaría el gasto hacia cultura y recreación, agricultura y desarrollo rural, educación y formación, y protección social, vivienda y salud. Esto refleja una visión integral del bienestar, donde la salud no se concibe únicamente como atención de la enfermedad, sino como resultado de condiciones sociales, educativas, económicas y culturales favorables. La demanda social más recurrente está asociada al desarrollo económico con justicia social, la protección ambiental, la movilidad y conectividad, y la garantía del derecho a la alimentación, aspectos que coinciden con los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con salud y bienestar, trabajo digno, educación de calidad, reducción de desigualdades y sostenibilidad ambiental.

Figura 8. Acciones estratégicas, Municipio de Nariño, Agenda 2040



Fuente: Agenda 2040

La Agenda Antioquia 2040 muestra que Nariño posee una identidad territorial sólida, orgullo comunitario y capacidad de organización, y que aspira a un futuro donde la educación, el desarrollo rural sostenible, la equidad y la convivencia sean el eje de su transformación. Para la salud pública, esto implica reconocer que el bienestar de la población depende no solo de la prestación de servicios, sino de la articulación entre seguridad alimentaria, salud mental, oportunidades para jóvenes, fortalecimiento de la economía campesina y promoción de estilos de vida comunitarios y saludables. Integrar esta visión en el ASIS permite orientar la planeación local hacia acciones coherentes con las aspiraciones del territorio y con el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud con enfoque territorial y de derechos.

1.5 Resultados de la Cartografía Social

La cartografía social desarrollada con los distintos grupos poblacionales del municipio permitió reconocer cómo las comunidades perciben su territorio, sus condiciones de vida y los factores que influyen en su salud y bienestar. En general, el municipio se reconoce a sí mismo como un territorio rural con fuerte identidad campesina, en el que la tierra, la agricultura y la vida comunitaria desempeñan un papel central. Sin embargo, las comunidades también señalan que las dificultades para acceder a servicios básicos, el desempleo, el consumo de sustancias psicoactivas, la estigmatización de poblaciones diversas y la limitada oferta de servicios de salud especializada afectan significativamente la calidad de vida.

En el grupo de la población LGBTIQ+, se identificó que la discriminación y el temor al rechazo limitan la participación en espacios comunitarios y dificultan el acceso oportuno a los servicios de salud. La ausencia de acompañamiento psicosocial especializado y la falta de formación del personal de salud en enfoque diferencial contribuyen a que esta población experimente ansiedad, depresión e incluso ideación suicida, además de barreras para la construcción de proyectos de vida seguros y estables.

Figura 9. Cartografía social por madres líderes del municipio de Nariño 2025



Fuente: Elaboración propia

Las madres líderes y las gestantes destacaron problemáticas relacionadas con el acceso a servicios de salud materno-infantil, así como factores ambientales que afectan directamente la salud, especialmente la calidad del agua y el saneamiento básico. La inseguridad económica y la dificultad para generar ingresos estables fueron señaladas como causas frecuentes de estrés familiar y de limitaciones en el acceso a alimentación adecuada y medicamentos, lo que impacta de manera particular a los hogares con niños pequeños.

En las zonas rurales como la vereda Morro Azul, la comunidad enfatizó la presencia de enfermedades asociadas al entorno, como la leishmaniasis, vinculada a condiciones ambientales y laborales propias del trabajo agrícola. Los participantes expresaron preocupación por la poca disponibilidad de transporte asistencial oportuno, las demoras para acceder a consulta médica y el desconocimiento de estrategias de prevención.

Por su parte, la población víctima del conflicto armado resaltó el impacto persistente del desplazamiento, la pérdida de redes de apoyo, el duelo no resuelto y el deterioro del tejido comunitario. De manera reiterada se señaló el incremento del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente entre adolescentes y jóvenes, asociado a la falta de oportunidades educativas y laborales, lo cual afecta la convivencia y la percepción de seguridad. Estos factores se ven agravados por la insuficiente disponibilidad de servicios de salud mental y acompañamiento psicosocial continuo.

La lectura colectiva del territorio muestra que los problemas de salud en Nariño están fuertemente influenciados por determinantes sociales estructurales, entre ellos la desigualdad económica, las limitaciones en el acceso a servicios de salud, la precariedad rural en infraestructura, la fragilidad del sistema de apoyo familiar y comunitario, y la persistencia de estigmas y barreras culturales. Al mismo tiempo, el territorio cuenta con importantes fortalezas comunitarias, como el sentido de pertenencia, la solidaridad entre familias, la identidad campesina y la disposición de las organizaciones comunitarias para participar en procesos de transformación social.

Este reconocimiento territorial orienta la planeación en salud hacia la necesidad de fortalecer estrategias de Atención Primaria en Salud con enfoque territorial, ampliar la promoción y prevención extramural, garantizar atención integral en salud mental, generar oportunidades para la juventud, consolidar entornos protectores libres de discriminación y promover condiciones que favorezcan la seguridad alimentaria y económica, elementos fundamentales para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población.

1.6 Conclusiones contexto territorial

El municipio de Nariño, ubicado en el Oriente Antioqueño, se caracteriza por ser un territorio de predominante ruralidad, en el que la identidad campesina, la producción agrícola y la relación estrecha con la naturaleza configuran la vida social, económica y cultural de la población. La distribución poblacional, con un

63% de habitantes en el área rural, confirma un asentamiento disperso que condiciona el acceso a servicios de salud, educación, transporte y abastecimiento, y que exige la consolidación de estrategias de atención con enfoque territorial. La dinámica demográfica muestra una tendencia progresiva hacia el envejecimiento, con disminución relativa de la población infantil y juvenil, lo que plantea retos en términos de cuidado, sostenibilidad productiva y redes de apoyo familiar y comunitario.

La diversidad cultural del territorio se expresa en el reconocimiento de formas de vida campesinas y en la valorización del trabajo agrícola como eje de sustento y construcción de identidad colectiva. Sin embargo, persisten condiciones estructurales que afectan el bienestar de la población, tales como limitaciones en la infraestructura vial y de saneamiento básico, dificultades para el acceso oportuno a servicios de salud especializados, presencia de enfermedades relacionadas con el entorno rural y brechas en aseguramiento y acceso efectivo al sistema de salud. Asimismo, la cartografía social evidencia percepciones de vulnerabilidad diferenciadas en grupos como mujeres, jóvenes, población LGBTIQ+, víctimas del conflicto y adultos mayores, resaltando la necesidad de fortalecer la garantía de derechos y el tejido social.

A nivel de visión prospectiva, la Agenda Antioquia 2040 refleja que el municipio se reconoce actualmente por su riqueza natural y cultural, pero aspira a consolidarse como un territorio con desarrollo económico sostenible, mayor acceso a la educación, oportunidades equitativas y convivencia basada en la paz y el respeto por la diversidad. Este horizonte, junto con el marco de políticas públicas existentes, constituye una base sólida para orientar procesos de planificación en salud, desarrollo rural y bienestar comunitario. En síntesis, la configuración territorial de Nariño demuestra un municipio con fortalezas sociales y culturales significativas, pero con desafíos que requieren una acción intersectorial, comunitaria y sostenida, que articule salud, desarrollo económico, educación, infraestructura y participación ciudadana para garantizar mejores condiciones de vida y salud para toda su población.

CAPITULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

El municipio de Nariño presenta una economía con fuerte vocación rural, en la que la agricultura familiar y campesina constituye el principal eje productivo y la base del sustento de la mayoría de los hogares. La producción agrícola es

diversa e incluye café, caña panelera, cacao, plátano, frutales y cultivos de pancoger, que garantizan tanto el consumo doméstico como la venta a pequeña escala en mercados locales y regionales. La caña panelera ocupa un papel especial en la economía del municipio, respaldada por la existencia de una Asociación de Paneleros y una cooperativa, que permiten la comercialización organizada de la panela, generando ingresos estables para las familias productoras y fomentando la permanencia de saberes tradicionales en torno a la molienda y la transformación artesanal del producto.

Además de la agricultura, se desarrollan actividades complementarias como la ganadería a pequeña escala, la piscicultura en estanques artesanales y, en menor proporción, la explotación maderera y el cultivo de hortalizas. Sin embargo, la mayoría de estas actividades se realizan bajo condiciones de trabajo rural informal, sin vinculación laboral estable ni acceso pleno a protección social, lo que expone a la población campesina a riesgos económicos, fluctuaciones del mercado y vulnerabilidad frente a enfermedades y envejecimiento laboral. La dependencia del trabajo físico intenso en el campo puede estar relacionada con dolores osteomusculares, afecciones de piel, exposición a vectores y limitaciones funcionales en edades avanzadas, problemática que se agrava con el proceso de envejecimiento demográfico evidenciado en el municipio.

El comercio local cumple un rol clave en la economía cotidiana, representado por tiendas, panaderías, ferreterías, carnicerías y pequeños establecimientos, que dinamizan el intercambio de bienes y servicios. El mercado dominical, realizado cada semana en el parqueadero del municipio, es un espacio central para la compra y venta de productos agrícolas y artesanales, fortaleciendo las relaciones campo-ciudad y contribuyendo a la circulación económica interna. En los últimos años, el turismo rural y ecológico ha venido adquiriendo mayor importancia, impulsado por el atractivo paisajístico del territorio y su identidad como "Balcón Verde de Antioquia". Este creciente interés turístico representa una oportunidad para diversificar la economía, siempre y cuando se gestione de forma sostenible y articulada con la comunidad campesina.

En términos institucionales, Nariño cuenta con la presencia de entidades públicas y organizaciones comunitarias que estructuran su vida administrativa y social, entre ellas la Alcaldía Municipal, el Hospital San Joaquín, la Casa de la Cultura, la Parroquia Nuestra Señora de las Mercedes, estaciones de fuerza pública, entidades financieras y medios locales como la emisora comunitaria. Estas instituciones no solo prestan servicios básicos, sino que también configuran espacios de encuentro y cohesión social, fundamentales para la participación ciudadana y la gestión comunitaria.

2.2 Condiciones de vida en el territorio

Tabla 14. Determinantes intermedios de la salud según condiciones de vida en el Municipio de Nariño-Antioquia

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad 2023 (Índice de cobertura de energía eléctrica ICEE Unidad de Planeación Minero Energética -	78,6	100,0
Cobertura de acueducto (DNP - TerriData) 2022	58,2	0,0
Cobertura de alcantarillado (DNP - TerriData) 2022	58,2	0,0

Fuente: DANE- SISPRO- MSPS

El acceso a servicios públicos domiciliarios en el municipio de Nariño evidencia desigualdades territoriales significativas entre la cabecera municipal y las zonas rurales. Si bien la cobertura del servicio de energía eléctrica alcanza el 100% en el área rural, lo cual representa una fortaleza para el bienestar cotidiano y el desarrollo productivo de las familias campesinas, en la cabecera municipal se registra una cobertura del 78,6%, lo que indica la necesidad de fortalecer procesos de expansión y estabilización del servicio en el casco urbano. A pesar de lo anterior, la disponibilidad de electricidad no se traduce necesariamente en condiciones equitativas de infraestructura, pues las viviendas rurales continúan enfrentando dificultades relacionadas con el mantenimiento de redes, capacidad de carga, fluctuaciones y acceso a instalaciones seguras.

Por su parte, los servicios de acueducto y alcantarillado presentan rezagos importantes, particularmente en las áreas rurales, donde la cobertura es de 0%, lo que significa que las familias dependen de fuentes alternas de agua como quebradas, nacederos, tanques comunitarios o sistemas artesanales, los cuales no siempre cuentan con tratamiento adecuado, incrementando la exposición a enfermedades gastrointestinales, dermatológicas y parasitarias. En la cabecera municipal, aunque la cobertura de acueducto y alcantarillado alcanza solo el 58,2%, su presencia constituye una ventaja comparativa frente al resto del territorio, aunque también señala la existencia de sectores urbanos sin conexión a redes formales, donde persisten prácticas de disposición inadecuada de aguas residuales.

Estas condiciones reflejan que la ruralidad dispersa del municipio influye directamente en la oferta y sostenibilidad de infraestructura de servicios públicos, demandando inversiones de largo plazo, estrategias de gestión comunitaria del agua, fortalecimiento de acueductos veredales y la articulación

intersectorial para la construcción de soluciones apropiadas al territorio. Al mismo tiempo, la ausencia de alcantarillado rural obliga a la implementación de sistemas de saneamiento básico alternativo, acompañados de procesos de educación ambiental y vigilancia comunitaria, para reducir riesgos sanitarios y proteger las fuentes hídricas.

Disponibilidad de alimentos

El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en el municipio de Nariño para el año 2024 se ubica en 14,0%, un valor superior al promedio departamental (11,3%), lo cual evidencia una situación que requiere atención desde la perspectiva de la seguridad alimentaria y nutricional y el cuidado prenatal. El bajo peso al nacer no es solo una condición clínica individual, sino también una expresión de las condiciones sociales y económicas que rodean el embarazo, entre las cuales se encuentran la disponibilidad y acceso a alimentos nutritivos, el estado de salud materna, el acompañamiento durante la gestación y la presencia de factores de estrés o sobrecarga laboral en las gestantes.

Tabla 15. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del municipio de Nariño. 2007-2024

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Nariño	Comportamiento																	
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEV-DANE) 2024*	11,3	14,0	-	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘

Fuente: DANE- SISPRO- MSPS

En Nariño, donde la economía se sustenta principalmente en actividades agrícolas y en el trabajo rural de carácter familiar, muchas mujeres continúan desempeñando labores de alta exigencia física durante el embarazo, lo cual puede contribuir a un gasto energético elevado que no siempre se compensa con una alimentación adecuada. Sumado a ello, se han identificado dificultades de acceso oportuno y continuo a los servicios de control prenatal, particularmente en zonas rurales dispersas, donde las distancias, el transporte y la disponibilidad de citas pueden representar barreras para las gestantes. Estas condiciones favorecen la aparición de situaciones como anemia, desnutrición materna y seguimiento insuficiente del embarazo, factores estrechamente relacionados con el bajo peso al nacer.

La cartografía social de grupos como madres gestantes y líderes comunitarias ha puesto de manifiesto que, si bien existe conciencia sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo, persisten limitaciones económicas y dificultades para acceder a alimentos frescos y variados de manera constante,

especialmente en los hogares con menores ingresos. De este modo, el indicador refleja no solo una situación de salud perinatal, sino también el impacto de la economía campesina de subsistencia, la desigualdad en el acceso a servicios y las condiciones estructurales del territorio.

En este contexto, el bajo peso al nacer en el municipio debe comprenderse como una señal de alerta que convoca a reforzar la captación temprana de gestantes, fortalecer la educación alimentaria y nutricional, promover el acompañamiento cercano desde los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud y articular programas de seguridad alimentaria que faciliten el acceso a alimentos nutritivos para las familias gestantes. Mejorar este indicador implica actuar no solo sobre el embarazo como evento clínico, sino sobre las condiciones de vida que lo rodean.

Cobertura en Educación

La cobertura educativa en el municipio de Nariño presenta brechas importantes frente al promedio departamental, evidenciando limitaciones tanto en el acceso como en la permanencia escolar. El porcentaje de hogares con analfabetismo (13,2%) es significativamente mayor que el de Antioquia (4,5%), lo que indica que una parte de la población adulta no finalizó procesos de alfabetización, en muchos casos debido a la priorización histórica del trabajo agrícola sobre la educación formal. Las tasas de cobertura en educación primaria (79,5%) y secundaria (75,1%) muestran que aunque gran parte de los niños y adolescentes ingresan al sistema educativo, existen dificultades para garantizar la continuidad en los ciclos superiores.

Tabla 16. Cobertura de educación municipio de Nariño 2005-2022

Indicadores	Antioquia	Nariño	Comportamiento																	
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE) 2018	4,5	13,2																		
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN) 2022	103,3	79,5																		
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN) 2022	115,4	75,1																		
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN) 2022	94,2	54,7																		

Fuente: DANE- SISPRO- MSPS

Estas dificultades se profundizan en la educación media, donde la cobertura desciende al 54,7%, lo que limita las oportunidades de los jóvenes para acceder a educación técnica o superior y a empleos formales. Factores como la ruralidad dispersa, la necesidad de contribuir al trabajo familiar, las restricciones económicas y la migración hacia otros territorios en búsqueda de oportunidades

inciden directamente en esta disminución. La situación educativa, por tanto, no solo tiene implicaciones en el desarrollo social y económico, sino también en el bienestar y la salud, ya que la educación es un determinante clave para el acceso a información, la toma de decisiones y la construcción de proyectos de vida dentro del territorio.

Pobreza NBI - IPM

El análisis de la pobreza medida por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en el municipio de Nariño evidencia la persistencia de condiciones estructurales que afectan la calidad de vida de una parte de la población. A junio de 2022, el 15,64% de las personas del municipio se encontraba en situación de NBI, lo que refleja limitaciones en el acceso a bienes esenciales para el bienestar, tales como vivienda digna, servicios públicos adecuados, escolarización y autonomía económica. Esta condición se relaciona históricamente con los impactos que ha dejado el conflicto armado en el territorio, la ruralidad dispersa, las bajas oportunidades de empleo formal y las restricciones para acceder de manera continua al sistema educativo, especialmente en zonas alejadas de la cabecera municipal.

Tabla 17. NBI Nariño 2022

Nombre Municipio	NBI						
	Prop de Personas en NBI (%)	Prop de Personas en miseria	Componente vivienda	Componente Servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia	Componente dependencia económica
NARIÑO	15.64	1.85	0.48	0.20	4.00	2.10	10.91

Fuente: DANE- SISPRO- MSPS

El componente que más contribuye a la NBI en Nariño es la dependencia económica, que afecta al 10,91% de la población, evidenciando hogares en los que la generación de ingresos recae en una sola persona o, en algunos casos, no existe ningún ingreso estable. Esta situación incrementa la vulnerabilidad social y dificulta el acceso a alimentos, salud, educación y vivienda adecuada. Le siguen el hacinamiento con un 4,0%, que indica viviendas ocupadas por más personas de las que permiten condiciones saludables, y la inasistencia escolar con un 2,10%, lo cual se relaciona con la necesidad de muchos jóvenes y adolescentes de incorporarse tempranamente a labores agrícolas o de cuidado doméstico. Por último, el 1,85% de las personas vive en condiciones de miseria, caracterizadas por deficiencias simultáneas en infraestructura de vivienda y acceso a servicios básicos como agua y saneamiento.

Estos indicadores muestran que la pobreza en Nariño tiene un carácter principalmente rural y estructural, asociada a la economía campesina de

subsistencia, la informalidad laboral, el rezago educativo y la insuficiencia de infraestructura de servicios públicos en la mayor parte del territorio. La superación de estas brechas requiere estrategias integrales que articulen desarrollo rural sostenible, fortalecimiento de capacidades socioeconómicas familiares, mejoramiento de vivienda, acceso a educación continua y acciones comunitarias que favorezcan la autonomía y el bienestar colectivo.

2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

Tabla 18. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del departamento de Antioquia y del municipio de Nariño

Determinantes intermedios de la salud	Nariño
Tasa de violencia intrafamiliar. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2024	240,5
Tasa de Violencia contra la mujer. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2024	452,6

Fuente: DANE- SISPRO- MSPS

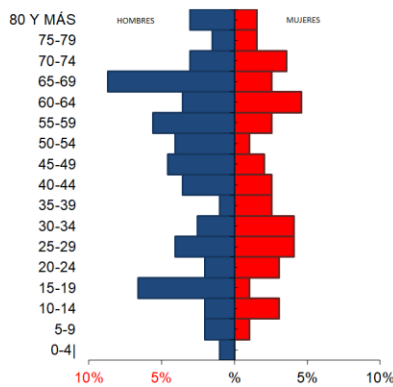
En el municipio de Nariño, los factores psicológicos y culturales representan un determinante relevante en la salud pública, evidenciado en las altas tasas de violencia intrafamiliar (240,5) y violencia contra la mujer (452,6) reportadas para el año 2024. Estos valores reflejan dinámicas familiares y sociales donde persisten modelos de relación basados en desigualdad de género, dependencia económica, poca gestión emocional y normalización de prácticas violentas, especialmente en contextos rurales y de limitada oferta de apoyo psicosocial. La situación se agrava ante barreras culturales para la denuncia, el temor a la estigmatización y la insuficiente consolidación de redes comunitarias de cuidado y protección.

Frente a ello, el municipio ha avanzado en estrategias orientadas desde el Plan Territorial de Salud, el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) y la Política Pública de Equidad de Género, mediante acciones educativas, acompañamiento familiar, promoción de entornos protectores y articulación intersectorial. Sin embargo, los datos sugieren la necesidad de fortalecer el acceso a servicios de salud mental comunitaria, ampliar las escuelas de crianza y prevención de violencias, consolidar las mesas locales de prevención y fortalecer la capacidad de respuesta comunitaria y de instituciones educativas para disminuir la incidencia de estas violencias y sus efectos en la salud física, emocional y social de la población.

2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad

La caracterización de la población en condición de discapacidad en el municipio de Nariño evidencia una distribución marcada por diferencias etarias y por sexo, con una mayor concentración en los grupos de edad adultos y adultos mayores, lo que refleja el peso de enfermedades crónicas, procesos degenerativos y secuelas de condiciones de salud acumuladas a lo largo de la vida. La pirámide poblacional muestra que la discapacidad se incrementa especialmente a partir de los 50 años y se acentúa en edades avanzadas, lo cual se relaciona con el envejecimiento progresivo de la población y con la ruralidad del municipio, donde las condiciones laborales, principalmente de tipo agrícola y de esfuerzo físico continuo, están asociadas a lesiones osteomusculares y dolor crónico.

Figura 10. Pirámide poblacional, población con discapacidad, Nariño Antioquia 2025



Fuente: Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad

En cuanto a los tipos de discapacidad, predomina la discapacidad física, representando la mayor proporción tanto en hombres (91,4%) como en mujeres (95,0%), seguida de la discapacidad múltiple, que afecta al 69,0% de los hombres y al 73,8% de las mujeres. Esto indica la coexistencia de limitaciones en el movimiento, la visión, la audición y funciones mentales, lo que supone mayores necesidades de cuidado y acompañamiento familiar. Asimismo, se observa una proporción importante de discapacidad psicosocial o mental (51,7% en hombres y 58,8% en mujeres), aspecto relacionado con trastornos depresivos, ansiedad, estrés crónico y efectos del conflicto armado y rupturas comunitarias, como fue identificado en la cartografía social. En menor medida se presentan discapacidades de tipo visual, auditiva, intelectual y sordoceguera.

Tabla 19. Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de Nariño, 2025

Categoría Discapacidad	Hombres	Proporción Hombres**	Mujeres	Proporción Mujeres**
Física	106	91,4	76	95,0
Visual	24	20,7	15	18,8
Auditiva	10	8,6	10	12,5
Intelectual	44	37,9	34	42,5
Psicosocial (Mental)	60	51,7	47	58,8
Sordoceguera	1	0,9	1	1,3
Múltiple	80	69,0	59	73,8
Total	116		80	

Fuente: SISPRO

Los hallazgos cualitativos de la cartografía social refuerzan la existencia de barreras en el acceso a servicios de salud, especialmente en rehabilitación, transporte asistencial y continuidad en tratamientos especializados. Las personas con discapacidad y sus cuidadores reportan sobrecarga física y emocional, dificultades económicas para la adquisición de ayudas técnicas y dependencia de redes familiares, que en muchos casos son limitadas o insuficientes. Se evidencia, además, un impacto significativo del trabajo informal rural, la pobreza por dependencia económica y la desigualdad en oportunidades educativas como determinantes que contribuyen y perpetúan las condiciones de discapacidad en el territorio.

2.5 Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social

La lectura social del territorio, construida a partir de las mesas y ejercicios de cartografía social, evidencia que las condiciones de vida en el municipio de Nariño están profundamente influenciadas por su ruralidad, la economía agrícola familiar y los efectos históricos del conflicto armado, que han dejado huellas en el tejido comunitario, la salud mental colectiva y la estructura productiva local. La comunidad reconoce como principal fortaleza la identidad campesina, la solidaridad entre vecinos y la preservación de prácticas culturales y religiosas que funcionan como soporte emocional y moral. Sin embargo, también se identifican desigualdades y vulnerabilidades que afectan la calidad de vida, especialmente relacionadas con el acceso a servicios de salud, oportunidades educativas, empleo digno y condiciones adecuadas de vivienda y movilidad.

Desde el punto de vista económico, las familias dependen en gran medida de la agricultura de subsistencia, la producción panelera, la cría de animales y, en algunos casos, el comercio informal. Este perfil productivo genera ingresos inestables, dependencia económica entre los miembros del hogar y dificultades para la diversificación laboral. Sectores como los adultos mayores, cuidadores y

personas con discapacidad presentan barreras adicionales para la participación económica, aumentando su dependencia de redes familiares o apoyos institucionales limitados. Los comerciantes locales, por su parte, señalan la necesidad de fortalecer circuitos de comercialización, infraestructura vial y apoyo a iniciativas de emprendimiento para dinamizar la economía local.

Figura 11. Cartografía social por grupo de discapacidad del municipio de Nariño 2025

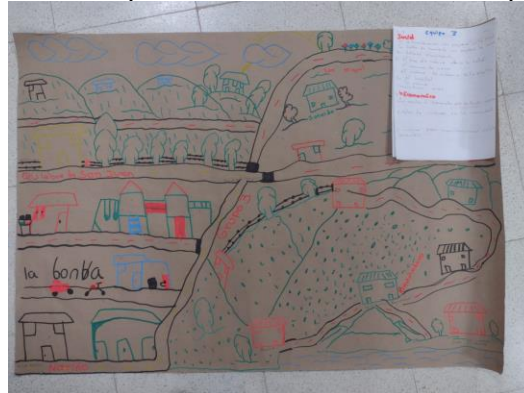


Fuente: Elaboración propia

En el ámbito social, las comunidades expresan sentimientos de desconfianza institucional en algunos procesos, principalmente por la percepción de poca continuidad en programas y baja presencia extramural en veredas alejadas. No obstante, existe un reconocimiento positivo hacia los espacios de participación ciudadana como Juntas de Acción Comunal, COPACO, CMSSS y veedurías en salud, los cuales se perciben como escenarios claves para gestionar necesidades colectivas, aunque se requiere mayor formación y acompañamiento para potenciar su incidencia real en la toma de decisiones.

Asimismo, grupos específicos como personas con discapacidad, cuidadores, gestantes y población víctima del conflicto armado reportan situaciones de sobrecarga emocional, afectaciones en salud mental, estrés por cuidado continuo, duelos acumulados, desplazamientos, pérdida de identidad territorial y rupturas comunitarias. La población LGBTIQ+ identifica estigmas sociales y restricciones en la garantía plena de derechos, lo que limita su participación y bienestar psicosocial. Estos hallazgos reflejan la necesidad de profundizar acciones de salud mental comunitaria, apoyo psicosocial, acompañamiento familiar y estrategias de convivencia y no discriminación.

Figura 12. Cartografía social por cuidadores del municipio de Nariño 2025



Fuente: Elaboración propia

2.6 Conclusiones del capítulo

El análisis de los determinantes sociales de la salud en el municipio de Nariño evidencia que las condiciones de vida de la población están fuertemente influenciadas por la ruralidad, la estructura económica basada en la agricultura de subsistencia y las brechas de acceso a servicios básicos y oportunidades educativas y laborales. Si bien se reconoce una identidad comunitaria sólida y una tradición campesina que fortalecen la cohesión social, también persisten desigualdades territoriales entre la cabecera municipal y el área rural dispersa, que se expresan en limitaciones en la cobertura de acueducto y alcantarillado, dificultades en la movilidad y menor acceso a servicios especializados de salud.

Las condiciones económicas se caracterizan por la dependencia de actividades agropecuarias familiares, ingresos inestables e informalidad laboral, lo que se refleja en indicadores como el 15,64% de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas y una alta dependencia económica intrafamiliar. Estas condiciones limitan el bienestar y la autonomía de los hogares, especialmente en aquellos con adultos mayores, personas con discapacidad, cuidadores y mujeres cabeza de familia. Del mismo modo, la persistencia de rezagos educativos se evidencia en las coberturas menores respecto al departamento en secundaria y media, lo que impacta la inserción laboral y la continuidad de proyectos de vida, especialmente en jóvenes.

Los hallazgos de la cartografía social complementan este panorama, mostrando cómo factores como el conflicto armado, el estrés cotidiano por la subsistencia, el trabajo físico exigente y la carga de cuidado han dejado huellas emocionales y sociales en las comunidades. Se identifican experiencias de sobrecarga física y mental en cuidadores, sentimientos de duelo y desarraigo en víctimas del

conflicto, y situaciones de estigmatización hacia poblaciones como LGBTIQ+ y personas con discapacidad. A pesar de ello, la comunidad reconoce la importancia de la participación ciudadana en salud, mediante JAC, COPACO, CMSSS y veedurías, aunque aún se requiere fortalecer capacidades organizativas, autonomía y articulación institucional.

Finalmente, las condiciones sociales y económicas de Nariño muestran un territorio con fortalezas culturales y comunitarias, pero con desafíos estructurales que requieren intervenciones intersectoriales sostenidas. Mejorar el acceso a servicios básicos, promover oportunidades educativas y laborales para jóvenes, fortalecer los sistemas de cuidado y salud mental comunitaria, acompañar procesos de inclusión y equidad, y garantizar la presencia territorial de los servicios públicos son acciones clave para avanzar hacia un municipio con mayores niveles de bienestar, justicia social y salud colectiva.

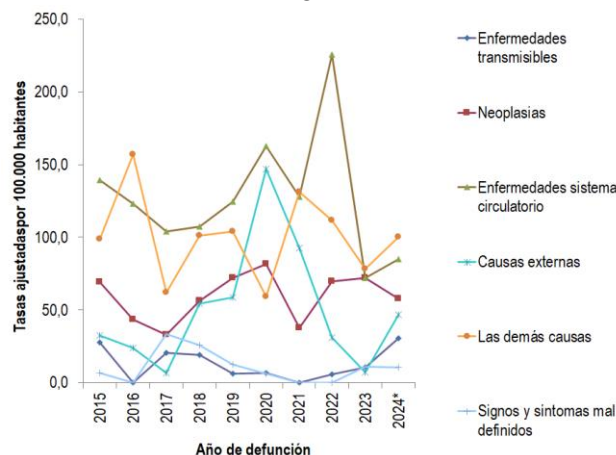
CAPITULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

3.1 Análisis de la Mortalidad

3.1.1 Mortalidad general por grandes causas

Tasas Ajustadas Total

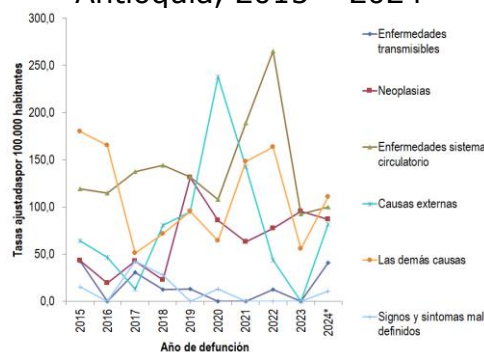
Figura 13. Tasa ajustada de mortalidad municipio de Nariño Antioquia, 2015 – 2024



Fuente: MSPS

El análisis de las tasas de mortalidad ajustadas por sexo en el municipio de Nariño muestra patrones diferenciados entre hombres y mujeres, lo que permite comprender cómo los determinantes sociales, económicos y culturales inciden de manera distinta en el proceso salud-enfermedad. La tasa de mortalidad ajustada refleja el riesgo de muerte dentro de la población considerando su estructura por edad, y es un indicador clave para identificar las principales causas de fallecimiento y orientar intervenciones de salud pública. En Nariño, la mortalidad en los hombres se encuentra marcada principalmente por las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y las causas externas, mientras que en las mujeres la mortalidad es más alta por enfermedades crónicas como el cáncer y los trastornos cardiovasculares, con menor impacto de causas violentas o traumáticas.

Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada en hombres del municipio de Nariño Antioquia, 2015 – 2024

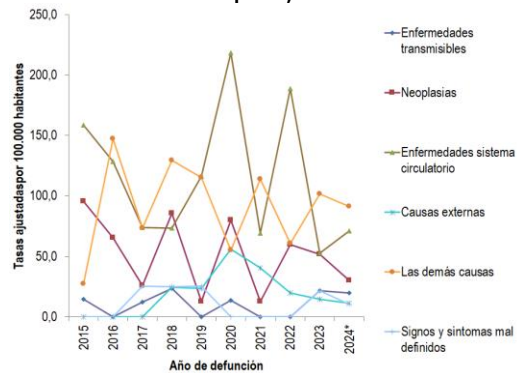


Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En los hombres, las enfermedades del sistema circulatorio han presentado picos importantes en distintos momentos, lo que sugiere una continuidad de factores de riesgo asociados al estilo de vida, la carga laboral física y el acceso discontinuo a controles preventivos. A esto se suma la proporción significativa de muertes por causas externas, como accidentes y violencias, reflejando prácticas culturales relacionadas con la masculinidad, el consumo de alcohol y la resolución de conflictos en contextos donde la ruralidad y la historia de conflicto armado han dejado huellas sociales persistentes. En las mujeres, por su parte, la mortalidad está más vinculada a enfermedades crónicas como cáncer de mama y de cuello uterino, y al incremento de patologías cardiovasculares relacionadas con el envejecimiento, la doble carga de trabajo doméstico y

productivo, y la postergación del autocuidado debido a responsabilidades de cuidado hacia otros.

Figura 15. Tasa de mortalidad ajustada por edad, mujeres del municipio de Nariño Antioquia, 2015 – 2024



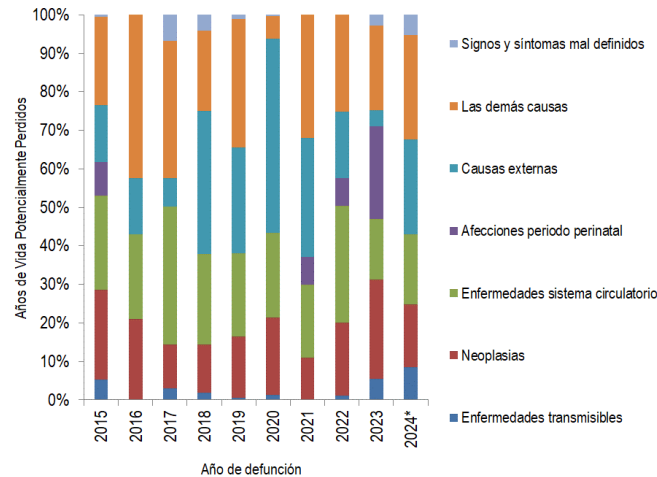
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Estas diferencias están estrechamente relacionadas con las condiciones de vida del territorio. La mayoría de la población vive en áreas rurales, donde el trabajo agrícola implica esfuerzo físico constante, exposición a cambios climáticos y poco acceso a asesoría nutricional y cuidado preventivo. Las barreras para la continuidad del tratamiento, la distancia a servicios especializados y la prioridad que adquiere la sobrevivencia económica frente al cuidado en salud son factores que retrasan el diagnóstico y el manejo adecuado de enfermedades crónicas en toda la población. Además, la cartografía social evidencia la persistencia de estrés psicosocial, duelos no resueltos, consumo de alcohol y prácticas de automedicación, que aumentan el riesgo en ambos sexos, aunque se expresan de manera diferente.

En coherencia con los lineamientos del Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027 y el Plan de Acción 2025, el municipio cuenta con oportunidades para impactar positivamente estas tendencias a través del fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y la Ruta Integral de Cuidado para enfermedades crónicas; la ampliación de la detección temprana de cáncer en mujeres; el desarrollo de acciones colectivas para la promoción de estilos de vida saludables; y la articulación comunitaria para la prevención de violencias y accidentes. La política pública de salud mental, prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas también se presenta como un eje clave para disminuir factores de riesgo asociados a muertes evitables. Para avanzar en la reducción de la mortalidad por causas crónicas y externas es necesario fortalecer el seguimiento domiciliario, mejorar la continuidad del tratamiento, ampliar los espacios comunitarios de acompañamiento emocional y garantizar el acceso oportuno a

diagnósticos y servicios especializados sin barreras administrativas o geográficas.

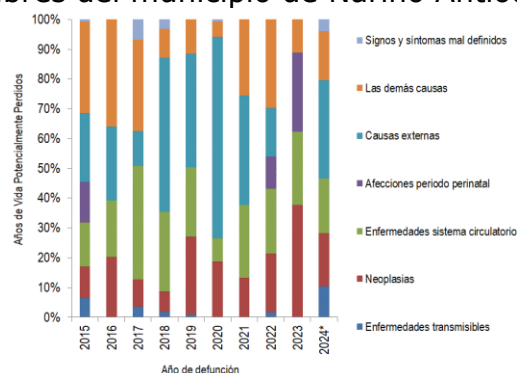
Figura 16. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 municipio de Nariño, 2015-2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

El conteo de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) permite identificar cuántos años de vida se pierden a causa de muertes prematuras, es decir, fallecimientos que ocurren antes de la edad esperada. Este indicador es especialmente relevante en salud pública porque revela el impacto real que ciertas enfermedades y situaciones tienen sobre la población en términos de productividad, bienestar familiar y cohesión social. A diferencia de la simple mortalidad, los AVPP ponen en evidencia qué causas afectan más a las personas jóvenes y en edad activa, y por lo tanto generan mayor afectación tanto en el hogar como en la estructura económica del territorio.

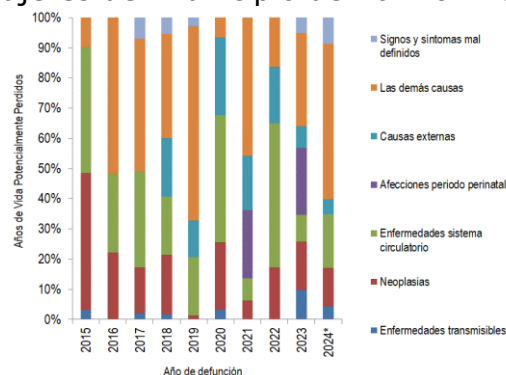
Figura 17. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio de Nariño Antioquia, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En el municipio de Nariño, el conteo de AVPP muestra diferencias marcadas entre hombres y mujeres. En los hombres, los eventos que más generan pérdida de años de vida son las causas externas (accidentes, violencias y suicidios) y las enfermedades cardiovasculares, lo que indica muertes tempranas y prevenibles en edades productivas. Esto se relaciona con condiciones propias de la ruralidad, como el trabajo físico exigente, el consumo de alcohol como mecanismo de socialización, la resolución violenta de conflictos y la exposición a riesgos por movilidad o labores agrícolas. En las mujeres, los AVPP se asocian principalmente a neoplasias y enfermedades crónicas, lo que señala dificultades para el acceso oportuno a diagnóstico, tamizajes y seguimiento en salud, así como la carga de cuidado familiar que suele retrasar la atención de sus propias necesidades.

Figura 18. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio de Nariño Antioquia, 2015 – 2024

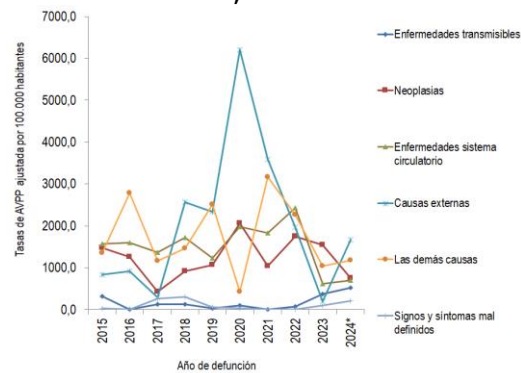


Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Para reducir los AVPP, el municipio cuenta con estrategias contempladas en el Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027, como el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud extramural, el seguimiento activo a pacientes crónicos y el impulso de entornos protectores y redes comunitarias de cuidado. El Plan de Acción 2025 prioriza acciones de promoción de estilos de vida saludables, intervención en salud mental y prevención del consumo de alcohol en hombres jóvenes, así como el fortalecimiento de los programas de tamizaje de cáncer de mama y cuello uterino. Estas acciones se complementan con la Política Pública de Salud Mental y la Política de Equidad de Género, buscando disminuir la mortalidad evitable y la carga social que produce la pérdida de años de vida en el territorio.

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

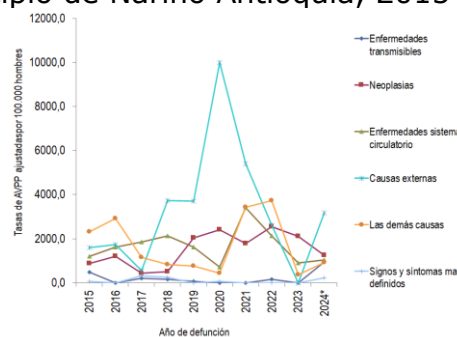
Figura 19. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Nariño, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

La Tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) ajustada por edad permite comparar la mortalidad prematura en el tiempo, corrigiendo diferencias en la estructura poblacional. Este indicador se utiliza para identificar tendencias y cambios en la carga de muertes evitables, y para establecer prioridades de intervención. Su importancia radica en que evidencia el impacto de los factores sociales, económicos y ambientales en la supervivencia de la población, especialmente en municipios de ruralidad dispersa donde el acceso a servicios de salud puede ser desigual.

Figura 20. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en los hombres del municipio de Nariño Antioquia, 2015 – 2024

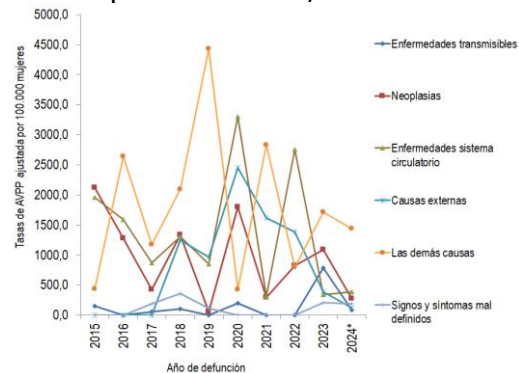


Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En Nariño, la tasa ajustada de AVPP es consistentemente mayor en los hombres, especialmente en relación con causas externas y enfermedades del sistema circulatorio, lo que indica que las muertes masculinas suelen ser más tempranas y abruptas. Esto se relaciona con conductas de riesgo, estrés acumulado por las

responsabilidades económicas del hogar, normalización del consumo de alcohol, exposición laboral y huellas emocionales del conflicto armado. En las mujeres, aunque la tasa ajustada es menor, se observan incrementos asociados a neoplasias y enfermedades crónicas, lo cual refleja diagnósticos tardíos, barreras de acceso a servicios especializados y la sobrecarga del rol de cuidado que limita el autocuidado y la asistencia regular a controles médicos.

Figura 21. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio de Nariño, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En respuesta a este comportamiento, el municipio orienta acciones desde el Modelo de Atención Preventivo y Predictivo, fortaleciendo el seguimiento continuo a personas con hipertensión, diabetes y riesgo cardiovascular a través de equipos básicos de salud. El Plan de Desarrollo 2024–2027 incluye la ampliación de la oferta de tamizajes para cáncer en mujeres y campañas educativas para promover el cuidado de la salud en hombres, mientras que el Plan de Acción 2025 prioriza la promoción de salud mental comunitaria, prevención de violencias y acciones para reducir el consumo de alcohol. Estas estrategias buscan disminuir la mortalidad prematura, mejorar la calidad de vida y reducir el impacto social y familiar derivado de la pérdida temprana de años de vida.

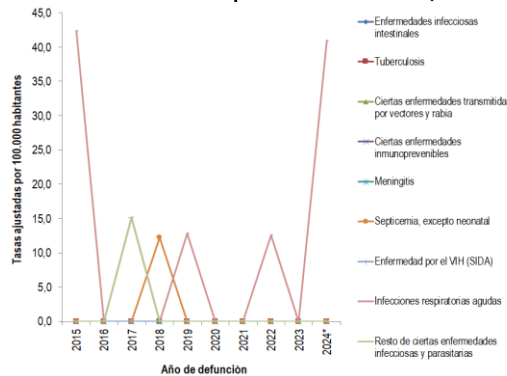
3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

Enfermedades transmisibles

La mortalidad por enfermedades transmisibles hace referencia a los fallecimientos ocasionados por infecciones como las respiratorias agudas, la septicemia, la tuberculosis, las enfermedades inmunoprevenibles y otras infecciones de naturaleza bacteriana o viral. En el municipio de Nariño, el comportamiento histórico evidencia baja carga de mortalidad por la mayoría de

estas enfermedades, lo que sugiere efectos positivos de la vacunación, la atención primaria y la vigilancia en salud pública. Sin embargo, la mortalidad por infecciones respiratorias agudas continúa siendo el componente más relevante dentro de este grupo.

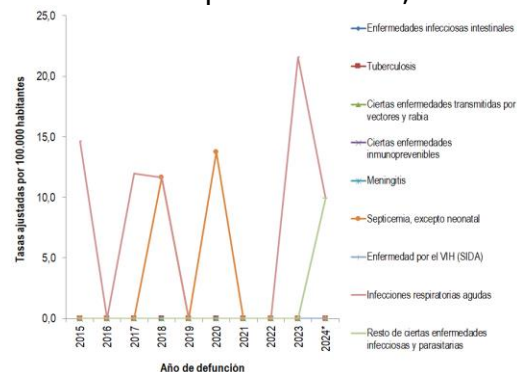
Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades transmisibles en hombres del municipio de Nariño, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En 2024, se observa una diferencia significativa por sexo. En hombres, las enfermedades respiratorias agudas mostraron un aumento marcado, convirtiéndose en la principal causa dentro de este grupo de mortalidad transmisible. Esta situación puede estar relacionada con la exposición ocupacional al clima, el uso de combustibles de leña para cocinar, viviendas con ventilación insuficiente y el subregistro de síntomas respiratorios en etapas tempranas. En contraste, en mujeres la mortalidad en 2024 fue menor, mostrando una reducción respecto al año anterior, lo que puede estar asociado con una mayor adherencia al uso de servicios de salud y mejores prácticas de autocuidado.

Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada enfermedades transmisibles en mujeres del municipio de Nariño, 2015 – 2024



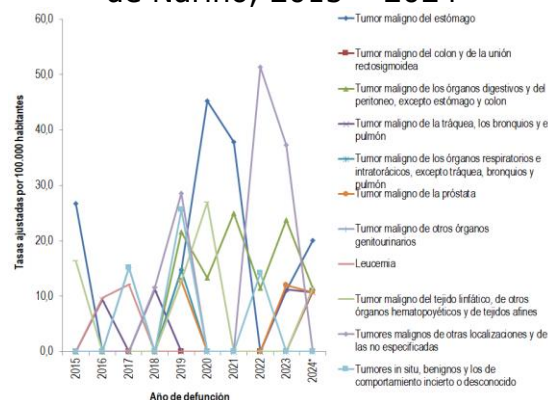
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Para mitigar el incremento observado en hombres durante 2024, el municipio puede fortalecer acciones ya contempladas en el Plan Territorial de Desarrollo y el Plan de Acción Municipal, priorizando: i) refuerzo de estrategias de APS rural con seguimiento preventivo a adultos mayores y trabajadores agrícolas; ii) promoción de viviendas y cocinas saludables para disminuir la exposición a humo intradomiciliario; iii) educación comunitaria sobre signos de alarma respiratoria y consulta oportuna; iv) continuidad y ampliación de campañas de vacunación contra influenza y neumococo; y v) articulación intersectorial para mejorar condiciones de habitabilidad y acceso al transporte en zonas veredales. Estas acciones permitirán reducir el riesgo de complicaciones respiratorias y contribuirán a mantener controlada la mortalidad por enfermedades transmisibles en el municipio.

Neoplasias

La mortalidad por neoplasias agrupa los fallecimientos causados por tumores malignos que afectan diferentes órganos y sistemas, constituyéndose en un problema de salud pública dada su relación con factores como la edad, estilos de vida, exposición ocupacional a sustancias químicas, antecedentes familiares y acceso oportuno a los servicios de prevención y diagnóstico. Este indicador permite observar la carga del cáncer en el territorio y la capacidad del sistema de salud para detectarlo y tratarlo de manera temprana.

Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada, neoplasias en hombres del municipio de Nariño, 2015 – 2024

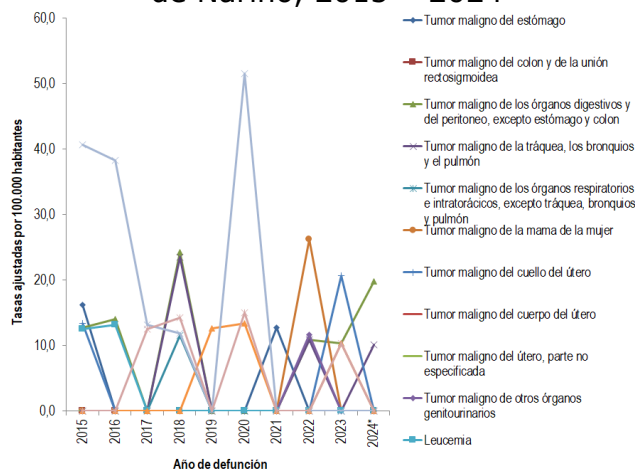


Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En los hombres, durante el año 2024 se observa mayor frecuencia de mortalidad asociada a tumor maligno del estómago (20,0) y tumores de órganos digestivos y del peritoneo (11,5), además de muertes por tumor de próstata (10,7) y por tumores del tejido linfático y hematopoyético (11,5). Este comportamiento

puede relacionarse con factores de riesgo presentes en entornos rurales como los hábitos alimentarios, la exposición a agroquímicos y la baja demanda de servicios preventivos por parte de la población masculina, lo cual puede retrasar los procesos de diagnóstico temprano y la continuidad del tratamiento. Por su parte, en mujeres se destaca en 2024 la mortalidad por tumores de órganos digestivos y peritoneo (19,9), tumores de otras localizaciones no especificadas (10,1) y tumores del tejido linfático y hematopoyético (10,3), lo que puede asociarse a barreras en acceso a tamizajes especializados, roles de cuidado que postergan la atención en salud y limitaciones para la realización de estudios diagnósticos oportunos.

Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada, neoplasias en mujeres del municipio de Nariño, 2015 – 2024



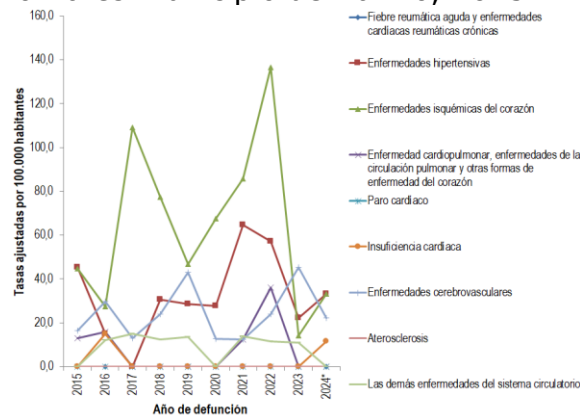
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Desde el enfoque territorial, el municipio debe fortalecer las acciones de prevención y detección temprana del cáncer, especialmente los programas de tamización para cáncer gástrico, cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, asegurando la articulación efectiva de los niveles de referencia y contrarreferencia. El Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027 y el Plan de Acción en Salud 2025 pueden potenciar estrategias como jornadas comunitarias de educación en factores de riesgo, promoción del autocuidado, ampliación de cobertura en exámenes de tamizaje y acompañamiento continuo a pacientes diagnosticados. De igual manera, se recomienda fortalecer el trabajo intersectorial con instituciones educativas, sectores productivos y organizaciones comunitarias para disminuir los factores de riesgo y garantizar atención integral y oportuna a la población afectada.

Enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades del sistema circulatorio comprenden las afecciones del corazón y de los vasos sanguíneos, incluyendo hipertensión arterial, enfermedad isquémica del corazón, insuficiencia cardíaca y enfermedades cerebrovasculares. Estas patologías se asocian a estilos de vida poco saludables (dieta alta en sodio y grasas, sedentarismo y consumo de tabaco y alcohol), sumadas a condiciones propias del territorio como limitaciones en acceso a servicios médicos especializados, baja adherencia a controles y predominio de una población con ocupaciones de alta demanda física. Su comportamiento permite conocer el riesgo cardiovascular de la población y la capacidad del sistema de salud para prevenir, detectar y tratar estas condiciones.

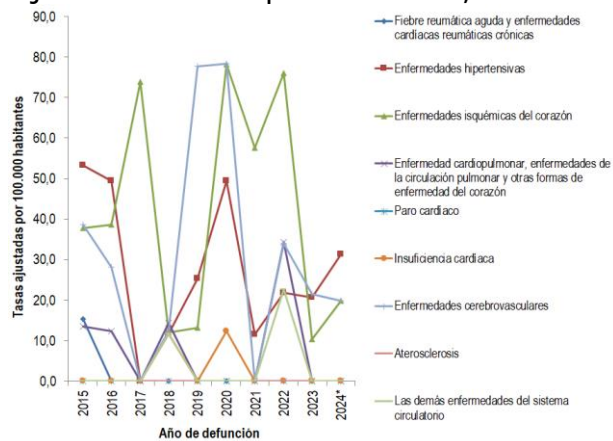
Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada, enfermedades del sistema circulatorio en hombres municipio de Nariño, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En hombres, durante el año 2024, se observa que la mortalidad cardiovascular estuvo principalmente asociada a enfermedades hipertensivas (33,1) y enfermedades isquémicas del corazón (33,1), además de muertes por enfermedades cerebrovasculares (22,2) e insuficiencia cardíaca (11,5). Estos valores reflejan la persistencia de factores de riesgo como la hipertensión no controlada, alimentación basada en alimentos con alto contenido de sal y grasas, así como la baja frecuencia de controles médicos preventivos. Por su parte, en mujeres para el mismo año, se evidencia un comportamiento similar, destacándose la mortalidad por enfermedades hipertensivas (31,2), enfermedad isquémica del corazón (19,9) y enfermedades cerebrovasculares (19,9). Esto sugiere que el riesgo cardiovascular en mujeres del municipio es también significativo, y puede estar influenciado por la menor priorización del autocuidado debido a roles de cuidado y carga doméstica.

Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada, enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio de Nariño, 2015 – 2024



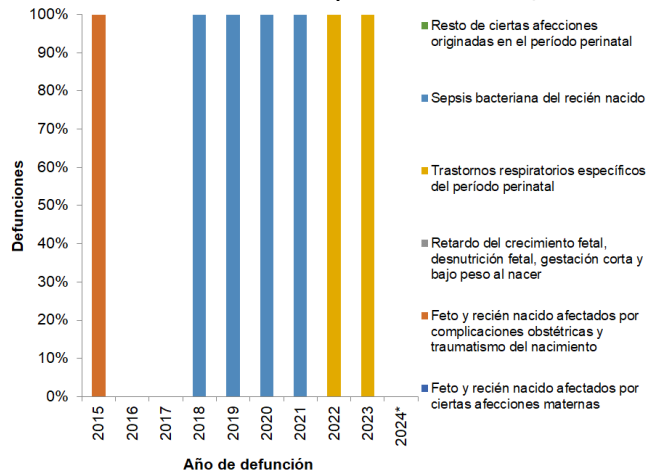
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Desde la perspectiva de gestión territorial y de salud pública, este comportamiento demanda fortalecer la implementación de estrategias de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente aquellas contempladas en el Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027, el Plan de Acción en Salud 2025 y la Política Pública de Salud Mental y Prevención de Consumo (2021–2031), considerando la relación entre estrés y riesgo cardiovascular. Se recomienda intensificar acciones como tamización regular de presión arterial, educación nutricional con enfoque comunitario, promoción de actividad física en espacios rurales y urbanos, fortalecimiento de rutas de atención para pacientes hipertensos y entrenamiento continuo del personal en manejo y seguimiento de enfermedades crónicas. Asimismo, se sugiere trabajar con líderes comunitarios y organizaciones locales para fomentar hábitos de vida saludables y mejorar la adherencia al tratamiento.

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Las afecciones originadas en el período perinatal corresponden a condiciones que afectan al feto o recién nacido durante la gestación, el parto o las primeras semanas de vida. Estas pueden relacionarse con complicaciones obstétricas, bajo peso al nacer, sepsis, trauma durante el nacimiento y dificultades respiratorias, reflejando directamente la calidad de los controles prenatales, el acceso oportuno a servicios de salud materno-infantil y las condiciones de bienestar de la gestante. El monitoreo de este indicador resulta clave para evaluar la efectividad de los programas del Plan de Acción en Salud Pública, especialmente la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal en el municipio.

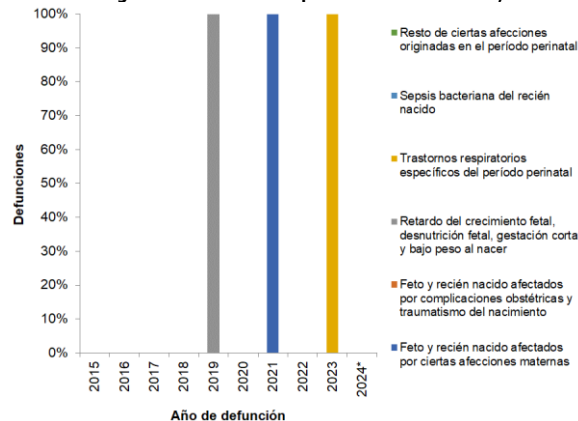
Figura 28. Número de casos por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres municipio de Nariño, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En hombres, los registros muestran mortalidad perinatal asociada principalmente a sepsis bacteriana del recién nacido, con presencia durante varios años y observándose un caso en el 2024. Este comportamiento sugiere posibles brechas en prácticas de control prenatal, identificación temprana de infección materna, condiciones del parto, o cadena de cuidado neonatal. Asimismo, se registraron episodios aislados de complicaciones del nacimiento y trastornos respiratorios específicos del período perinatal en años previos, sin repetirse durante el último año. Estos datos refuerzan la importancia de fortalecer la vigilancia del embarazo de alto riesgo, el acompañamiento por equipos extramurales y la implementación continua de Buenas Prácticas de Atención en el Recién Nacido.

Figura 29. Número de casos por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres municipio de Nariño, 2015 – 2024



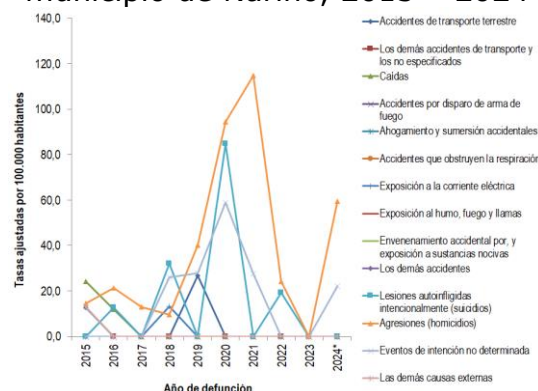
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En mujeres, se observan eventos de mortalidad relacionados con feto y recién nacido afectado por afecciones maternas, con un caso en 2021, y otro por trastorno respiratorio del período perinatal registrado en 2023, sin repetirse en el 2024, lo que indica una mejoría reciente en la prevención de complicaciones obstétricas y atención al parto. Sin embargo, el antecedente evidencia la necesidad de mantener y reforzar la detección temprana de factores de riesgo como hipertensión gestacional, control nutricional, infecciones maternas y seguimiento de embarazos adolescentes. La integración de programas comunitarios de apoyo a gestantes, la articulación intersectorial con comisarías de familia, educación y desarrollo social, y la participación activa en la Red Materno Perinatal del departamento, son estrategias que pueden consolidar la reducción sostenible de la mortalidad perinatal en el municipio.

Causas externas

Las causas externas de mortalidad comprenden muertes relacionadas con eventos no derivados directamente de enfermedades, sino de situaciones como accidentes, caídas, agresiones, suicidios o eventos no intencionales. Su comportamiento en salud pública es un indicador importante del entorno social, de las condiciones de seguridad, de salud mental y de factores comunitarios como consumo de alcohol, conflictos familiares, violencia y riesgos laborales. Estas causas suelen ser prevenibles, por lo que reflejan situaciones estructurales del territorio y la efectividad de las acciones comunitarias e intersectoriales orientadas a la protección y convivencia ciudadana.

Figura 30. Tasa de mortalidad ajustada, causas externas en hombres del municipio de Nariño, 2015 – 2024

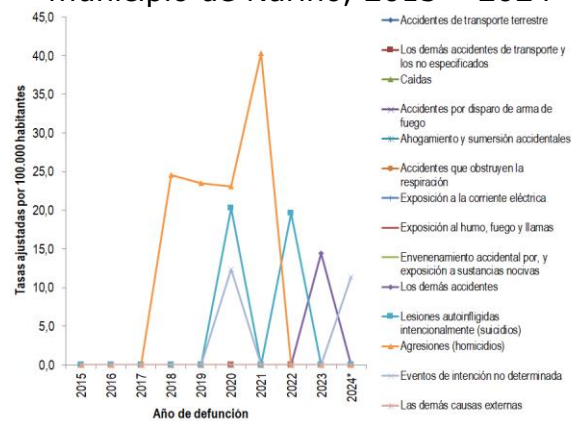


Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En hombres, para el año 2024, se observa que la mortalidad por causas externas continúa representando un riesgo significativo, destacándose especialmente las

agresiones (homicidios) con 59,5, seguidas por los eventos de intención no determinada con 22,2. Este comportamiento sugiere la persistencia de problemáticas asociadas a conflictos interpersonales, posibles dinámicas de violencia rural, consumo de sustancias psicoactivas y dificultades en la resolución pacífica de conflictos. Asimismo, aunque en años previos se observaron registros relacionados con suicidios, en 2024 no se reporta esta causa, lo que puede indicar efectos positivos derivados de los esfuerzos en salud mental —aunque también podría relacionarse con subregistro, por lo que requiere vigilancia continua.

Figura 31. Tasa de mortalidad ajustada, causas externas en mujeres del municipio de Nariño, 2015 – 2024



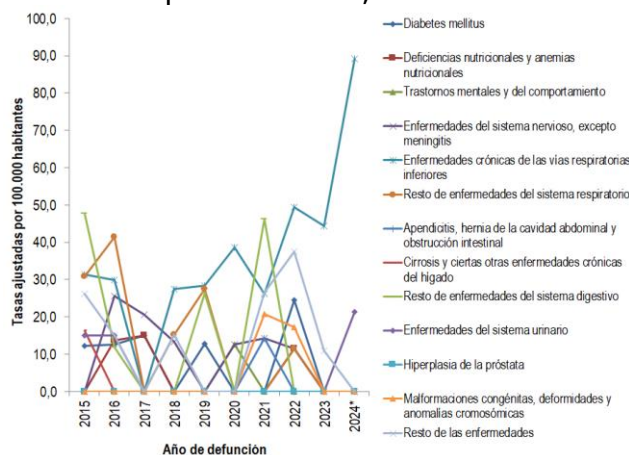
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En mujeres, el patrón es distinto y más focalizado. Para 2024, la mortalidad está principalmente relacionada con agresiones (homicidios) con una tasa de 9,0, así como con eventos de intención no determinada (11,3). Aunque las cifras son menores respecto a los hombres, la presencia constante de muertes violentas en mujeres indica condiciones de violencia basada en género o violencia intrafamiliar que requieren atención integral. Este comportamiento se vincula con lo señalado en los ejercicios de cartografía social y mesas comunitarias, donde se identificaron situaciones de riesgo para mujeres en espacios domésticos y comunitarios. Frente a esto, el territorio puede fortalecer estrategias del Plan de Desarrollo Territorial 2024–2027, la Política Pública de Equidad de Género, y las acciones de la Estrategia de Salud Mental y Convivencia, orientadas a prevención de violencias, fortalecimiento de redes de apoyo y promoción de rutas de atención accesibles y seguras.

Todas las demás enfermedades

El grupo de “las demás causas” incluye un conjunto de enfermedades no clasificadas en categorías principales como transmisibles, cáncer o causas externas, pero que igualmente representan una carga significativa para la salud pública. Estas causas abarcan afecciones crónicas no transmisibles, alteraciones metabólicas, trastornos del sistema digestivo y urinario, enfermedades respiratorias crónicas, entre otras. La evaluación de este grupo permite observar el envejecimiento poblacional, estilos de vida, patrones de acceso a servicios de salud, y factores socioambientales que inciden en la permanencia de condiciones de salud de larga duración en la población.

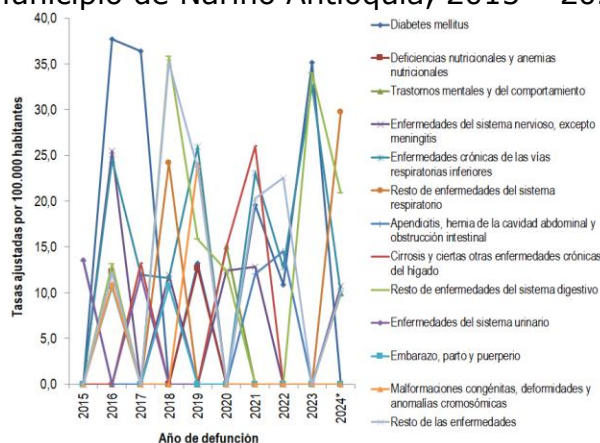
Figura 32. Tasa de mortalidad ajustada, demás enfermedades en hombres del municipio de Nariño, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En hombres, durante el año 2024, se destaca especialmente la mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, que alcanza 89,3, constituyéndose como la principal causa dentro de este grupo. Este comportamiento sugiere la presencia de factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, exposición prolongada a humo de leña (frecuente en zonas rurales), contaminación intradomiciliaria y posibles barreras al control oportuno de enfermedades como EPOC o asma. Asimismo, se observan muertes relacionadas con enfermedades del sistema urinario (21,4) y con el resto de las enfermedades del sistema respiratorio, lo que refuerza la necesidad de fortalecer los programas de cuidado de enfermedades crónicas, diagnóstico temprano y promoción de entornos saludables, articulados con las líneas del Plan de Acción 2025 y el enfoque preventivo del Modelo de APS en el municipio.

Figura 33. Tasa de mortalidad ajustada, demás enfermedades en mujeres del municipio de Nariño Antioquia, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En mujeres, el patrón del año 2024 se concentra en las enfermedades del sistema urinario (29,7) y en el resto de enfermedades del sistema digestivo (20,9) y respiratorio, con registros importantes también en enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (9,9). Estos datos sugieren condiciones asociadas a infecciones urinarias recurrentes, alteraciones renales no tratadas oportunamente, y riesgos nutricionales o metabólicos en contextos rurales con menor acceso a servicios continuos. La presencia de mortalidad en trastornos mentales y del comportamiento (9,9) para este año indica la necesidad de reforzar estrategias de salud mental comunitaria y apoyo psicosocial. En este sentido, resulta clave fortalecer la implementación de la Política Pública de Salud Mental 2021–2031, los grupos de cuidado comunitario y el seguimiento territorial por parte de los equipos extramurales.

3.1.3 Mortalidad Materno - Infantil y en la Niñez

Tabla 20. Tasa específica 16 grandes grupos total en menores de 1 año, municipio 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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	7,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del oído y de la apofisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,35	13,89	31,75	0,00	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,75	0,00	9,35	0,00	0,00	0,00	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Tabla 21. Tasa específica 16 grandes grupos en niños menores de 1 año, municipio de Nariño, 2015 – 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	19,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	16,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,54	37,04	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,23	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Tabla 22. Tasa específica 16 grandes grupos en niñas menores de 1 año, municipio de Nariño, 2015 – 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,18	0,00	27,78	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	22,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

La mortalidad infantil refleja de manera directa las condiciones de salud materno-infantil, el acceso y la calidad de los servicios de atención prenatal, parto y cuidado neonatal, así como determinantes sociales como la nutrición materna, vivienda y acceso a agua segura. En el municipio de Nariño, la principal causa de muerte en menores de un año continúa siendo las afecciones originadas en el período perinatal, lo que evidencia que el mayor riesgo para la vida de las y los recién nacidos está asociado a complicaciones en el embarazo, parto o primeras semanas de vida. Otras causas, como enfermedades congénitas o infecciones, tienen una presencia significativamente menor o ausente en los últimos años, lo que indica que los esfuerzos de vacunación y control de patologías transmisibles han sido efectivos.

En hombres, la mortalidad infantil presentó concentraciones en años recientes relacionadas con afecciones perinatales, siendo especialmente visibles en 2022 y 2023, lo que evidencia un incremento en el riesgo durante estos años. Sin embargo, para 2024 no se registran casos, lo que sugiere una mejora en la identificación y manejo temprano de riesgos durante el embarazo y el nacimiento. Este descenso puede estar asociado al fortalecimiento de las Rutas Integrales de Atención Materno-Perinatal, acciones extramurales del equipo de salud y aumento en los controles prenatales. Aun así, el comportamiento

histórico indica la necesidad de mantener vigilancia estricta en embarazos de alto riesgo, mejorar el transporte asistencial para gestantes rurales y garantizar atención inmediata neonatal en casos críticos.

En mujeres, la mortalidad infantil también estuvo asociada principalmente a causas perinatales, con registros destacados en 2020 y 2022, así como 2023. Durante 2024 no se presentan casos, lo cual es coherente con la reducción también observada en el sexo masculino. Este resultado reciente sugiere avances en el seguimiento prenatal, detección de riesgos y acompañamiento a madres gestantes, especialmente en zonas rurales. Sin embargo, la tendencia histórica evidencia vulnerabilidad en determinados años, por lo que se recomienda fortalecer estrategias orientadas a: aumentar la adherencia a controles prenatales, garantizar la realización de tamizajes maternos y neonatales, fortalecer programas de lactancia materna, y garantizar transporte asistencial oportuno para partos de urgencia. El sostenimiento de la reducción dependerá de la continuidad de estas acciones integradas dentro del Plan de Acción en Salud y la Política Pública de Infancia y Familia.

Tabla 23. Número de muertes en la infancia y la niñez total, entre 1 y 4 años, municipio 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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En el municipio, la mortalidad en el grupo de 1 a 4 años muestra un comportamiento estable y favorable, ya que no se registraron fallecimientos en ninguno de los años entre 2015 y 2024, tanto en niños como en niñas. Esto refleja condiciones de atención y protección adecuadas durante la primera infancia.

En hombres, la ausencia de muertes indica buen acceso a los servicios de salud, adecuada cobertura de vacunación y detección oportuna de enfermedades comunes en esta etapa de desarrollo. Del mismo modo, en mujeres se mantiene el mismo patrón, lo que sugiere que las intervenciones preventivas y el acompañamiento familiar tienen un efecto equitativo entre ambos sexos.

Esta tendencia evidencia un logro sostenido en salud pública, relacionado con programas de crecimiento y desarrollo, promoción de lactancia materna, control nutricional y atención oportuna en salud. Sin embargo, es fundamental mantener y reforzar estas acciones para evitar retrocesos, especialmente en vigilancia nutricional, prevención de accidentes y aseguramiento de la continuidad del esquema de vacunación.

Tabla 24. Número de muertes en la infancia y la niñez total, menores de 5 años, municipio 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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	53,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	54,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,90	12,10	250,24	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	124,69	0,00	124,90	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Tabla 25. Número de muertes en la infancia y la niñez en niños menores de 5 años, municipio de Nariño, 2015 – 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	15,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	105,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	234,74	239,23	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	234,74	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Tabla 26. Número de muertes en la infancia y la niñez en niñas menores de 5 años, municipio de Nariño, 2015 – 2024

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	276,68	0,00	276,58	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	276,68	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Para la mortalidad general de menores de 5 años se observa que, para el año En el grupo de niños menores de 5 años, la mortalidad muestra un comportamiento bajo y esporádico, con presencia de casos dispersos en años específicos. No se observan defunciones en 2024, lo que indica una disminución

reciente y potencialmente sostenida de la mortalidad en este grupo etario. Entre los hombres, los registros evidencian que las principales causas de muerte estuvieron relacionadas con afecciones originadas en el periodo perinatal y algunas malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, especialmente visibles en 2021, 2022 y 2023. Este tipo de causas sugiere que los riesgos se concentran alrededor del nacimiento y las primeras semanas de vida, más que en enfermedades adquiridas posteriormente.

En las niñas, la situación es similar: tampoco se registran defunciones en 2024, y en 2023 las muertes estuvieron igualmente asociadas a ciertas afecciones del periodo perinatal y malformaciones congénitas, destacando que dichas causas aparecen en años puntuales, pero no se mantienen de manera continua. Esto refleja que las muertes se originan en circunstancias generalmente prevenibles mediante fortalecimiento del control prenatal, seguimiento de embarazos de riesgo y atención adecuada al recién nacido, más que por enfermedades infecciosas o traumáticas durante los primeros años de vida.

Al analizar el total de casos, se observa que la tendencia en los últimos años (2021-2023) muestra ocasionalidad, más no un patrón creciente, y la ausencia de muertes en 2024 representa un resultado positivo que podría estar relacionado con mejoras en la atención materno-perinatal, estrategias de control del embarazo y fortalecimiento del seguimiento de recién nacidos vulnerables. Sin embargo, debido a la naturaleza de las causas (principalmente perinatales y congénitas), se recomienda mantener vigilancia y acciones preventivas orientadas a la identificación temprana de riesgos gestacionales, acceso a ecografías de tamizaje, educación prenatal y fortalecimiento de redes asistenciales para el manejo oportuno de complicaciones neonatales.

Semaforización de las tasas de mortalidad por algunas causas

Tabla 27. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez 2015 – 2024, municipio de Nariño

Causa de muerte	Antioquia	Nariño	Comportamiento											
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Razón de mortalidad materna	30,7	0,0	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad neonatal	5,4	0,0	2	2	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2
Tasa de mortalidad infantil	8,4	0,0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Tasa de mortalidad en la niñez	11,5	0,0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	7,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,8	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	3,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

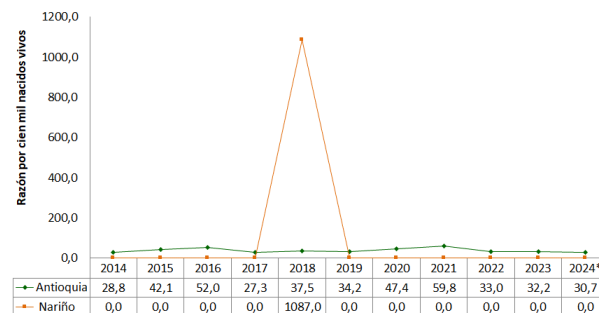
La semaforización muestra que en Nariño no se registran muertes por mortalidad materna, neonatal, infantil, en la niñez, ni por causas evitables como IRA, EDA o desnutrición en menores de cinco años durante el periodo 2015–2024,

manteniéndose los indicadores en 0,0. Este comportamiento es favorable frente a los promedios departamentales (por ejemplo, la razón de mortalidad materna en Antioquia es de 30,7 por 100.000 NV), lo que sugiere que las acciones de atención prenatal, control del recién nacido, vacunación, promoción de la lactancia, vigilancia del crecimiento y desarrollo y respuesta oportuna en el primer nivel han contribuido a prevenir desenlaces fatales en grupos de alto riesgo.

Sin embargo, debido a que se trata de eventos de baja frecuencia y poblaciones pequeñas, estos resultados deben interpretarse con cautela, pues cualquier caso nuevo podría modificar la tendencia. Además, la ausencia de muertes no excluye la necesidad de mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica, las visitas domiciliarias, las estrategias de seguridad alimentaria y el seguimiento continuo a gestantes, recién nacidos y niños menores de cinco años, especialmente en zonas dispersas y rurales. Sustentar estos logros requiere sostenibilidad de los programas y continuidad en los equipos básicos de atención territorial.

Mortalidad materno – infantil

Figura 34. Razón de mortalidad materna 2014 - 2024

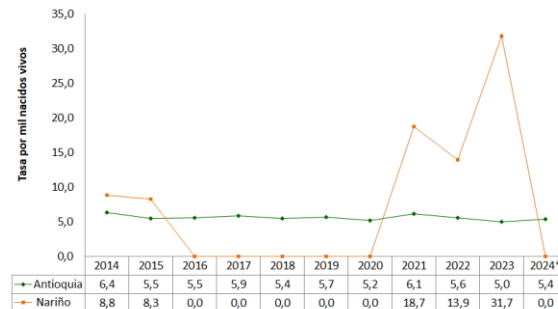


Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

La razón de mortalidad materna entre 2014 y 2024 evidencia en Antioquia un comportamiento variable, con valores entre 28,8 y 59,8 por 100.000 nacidos vivos, lo que refleja fluctuaciones en el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención materna en el departamento; mientras que en el municipio de Nariño (Antioquia) se observa una razón constante de 0,0 durante todo el periodo, lo que indica ausencia de muertes maternas notificadas. No obstante, se identifica un valor atípico en 2018 (1087,0), probablemente explicado por el bajo número de nacidos vivos en el municipio, lo cual amplifica el indicador ante un solo evento y debe interpretarse con cautela. La estabilidad en cero en los demás años puede asociarse al fortalecimiento del control prenatal, el seguimiento de

gestantes con factores de riesgo, el funcionamiento de las rutas materno-perinatales, y la articulación entre APS, EPS e IPS, lo que ha permitido reducir el riesgo de desenlaces adversos; sin embargo, se debe mantener la vigilancia constante, ya que un solo caso podría cambiar significativamente la tendencia en un municipio de baja población.

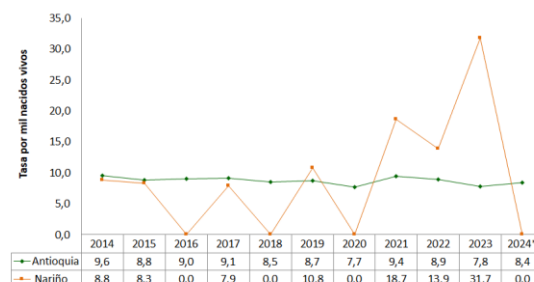
Figura 35. Razón de mortalidad neonatal 2014 - 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

La mortalidad neonatal en Antioquia se ha mantenido relativamente estable entre 2014 y 2024, con tasas cercanas a 5–6 muertes por 1.000 nacidos vivos, lo que indica un control sostenido, aunque persisten causas prevenibles relacionadas con la atención prenatal y neonatal. En Nariño la tendencia muestra mayor variabilidad: entre 2014 y 2017 se observan tasas entre 8,8 y 3,0; luego no se registran muertes entre 2018 y 2020, pero en 2021 y 2022 las cifras aumentan notablemente, alcanzando un pico en 2023, lo que sugiere fallas en la identificación y atención de embarazos y recién nacidos en riesgo. Para 2024, la tasa vuelve a 0,0, lo que puede deberse a bajo número de eventos o a posibles variaciones por tamaño poblacional. Este comportamiento resalta la necesidad de reforzar el control prenatal, la vigilancia del riesgo materno-fetal y la calidad de la atención neonatal.

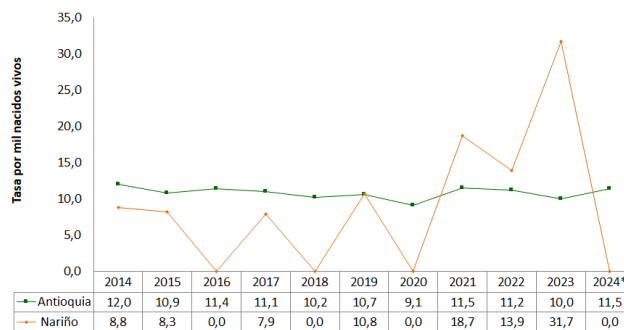
Figura 36. Razón de mortalidad infantil 2014 - 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

La mortalidad infantil en Antioquia se ha mantenido relativamente estable entre 2014 y 2024, con variaciones leves entre 7,7 y 9,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Por el contrario, en Nariño el comportamiento es más fluctuante: tras varios años con valores bajos o nulos, se presentan incrementos marcados en 2021 y un pico en 2023, lo que evidencia vulnerabilidad en la atención materno-perinatal y cuidado neonatal. En 2024, el municipio registra nuevamente 0,0, lo cual puede explicarse por el bajo número de nacimientos y eventos. Este comportamiento resalta la necesidad de reforzar la ruta de atención materno-infantil, el seguimiento del recién nacido con riesgo y el acompañamiento familiar en el cuidado temprano.

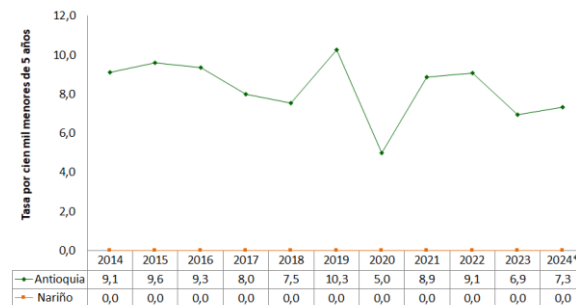
Figura 37. Razón de mortalidad en menores de 5 años 2014 - 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

La mortalidad en menores de 5 años en Antioquia muestra un comportamiento estable entre 2014 y 2024, con valores que oscilan entre 9,1 y 12,0 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo que refleja un sistema de atención infantil con relativa continuidad, aunque aún con retos en prevención de muertes evitables. En Nariño, las variaciones son más marcadas: tras años con cifras bajas (incluso 0,0 en algunos periodos), se observan incrementos significativos en 2021 y 2023, lo que evidencia vulnerabilidad en el seguimiento del niño enfermo, control de infecciones respiratorias, condiciones de gestación y acceso a servicios oportunos. En 2024, la tasa vuelve a 0,0, lo cual puede explicarse por el bajo número de nacimientos y eventos, por lo que no necesariamente indica una mejora sostenida. Este comportamiento resalta la necesidad de fortalecer la atención integral a la primera infancia, el seguimiento de niños con riesgo, el trabajo territorial con familias y la detección temprana de signos de alarma

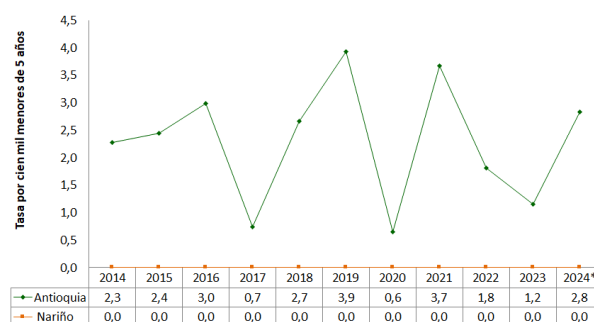
Figura 38. Razón de mortalidad por IRA 2014 - 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

La mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años en Antioquia muestra variaciones a lo largo del periodo, con años de incremento y otros de disminución, lo que evidencia la influencia de factores como circulación de virus respiratorios, condiciones climáticas y acceso oportuno a servicios de salud; sin embargo, se aprecia en los años recientes una tendencia hacia el control del indicador, favorecida por acciones como el fortalecimiento del primer nivel de atención, la vacunación y las estrategias de educación a cuidadores. En Nariño, la ausencia de registros de mortalidad por IRA no implica ausencia de riesgo, sino que resalta la importancia de mantener la vigilancia activa, garantizar rutas de atención oportunas y continuar promoviendo prácticas de cuidado respiratorio en el hogar, dado que en territorios con menor población un solo evento puede modificar significativamente el indicador

Figura 39. Razón de mortalidad por EDA 2014 - 2024

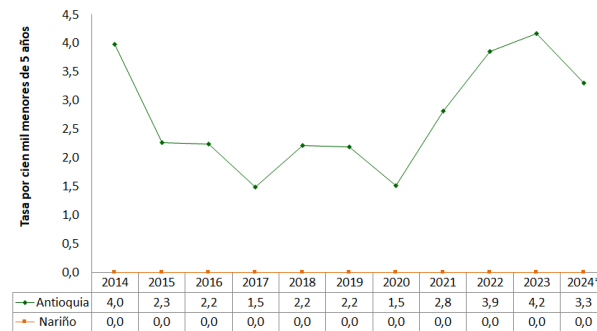


Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

La mortalidad por EDA en menores de 5 años en Antioquia muestra variaciones a lo largo del tiempo, relacionadas con factores ambientales y el acceso oportuno a atención, mientras que en Nariño no se registran muertes por esta causa durante el periodo, lo que indica una situación favorable, aunque susceptible a

cambios por el tamaño poblacional. Mantener acciones de prevención, educación en el manejo de la diarrea y disponibilidad de sales de rehidratación oral es clave para sostener este comportamiento

Figura 40. Razón de mortalidad por DNA 2014 - 2024

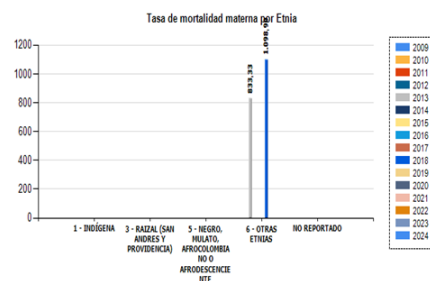


Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

La mortalidad por desnutrición aguda (DNA) en menores de 5 años en Antioquia evidencia un comportamiento fluctuante a lo largo del periodo 2014-2024, con momentos de disminución y otros de repunte asociados a condiciones socioeconómicas, acceso a alimentos y efectividad de las acciones de vigilancia nutricional. Aunque no se observan defunciones en Nariño, esta ausencia debe interpretarse con cautela debido al tamaño poblacional y la posibilidad de subregistro. El análisis refuerza la importancia de fortalecer estrategias de seguridad alimentaria y nutricional, seguimiento de crecimiento y desarrollo, identificación temprana de riesgo nutricional y articulación intersectorial para mejorar condiciones de vida y prevenir que episodios de desnutrición deriven en desenlaces fatales

Mortalidad materna por etnia y área de residencia

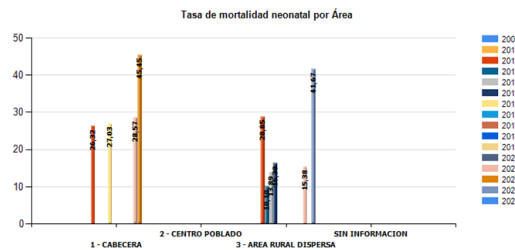
Tabla 28. Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia 2009 – 2024, municipio de Nariño



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En el análisis de la mortalidad materna y neonatal según etnia en el municipio, se observa que durante los años evaluados no se registraron defunciones en los grupos indígenas, raizales ni en población negra, afrocolombiana o afrodescendiente. Los eventos reportados corresponden exclusivamente a la categoría de "Otras etnias", y se presentan de manera esporádica, con variaciones interanuales que reflejan la sensibilidad del indicador frente a números pequeños, más que un patrón epidemiológico sostenido. Esto sugiere que, si bien no se identifican brechas étnicas en la ocurrencia de estos eventos, es fundamental mantener la vigilancia activa y la calidad del registro, realizar auditorías de la atención materno-perinatal en los casos ocurridos y fortalecer las acciones universales de la Ruta Materno Infantil, garantizando acceso oportuno, seguimiento integral del embarazo y atención segura del recién nacido, con enfoque de riesgo y protección de la vida.

Tabla 29. Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia 2009 – 2024, municipio de Nariño

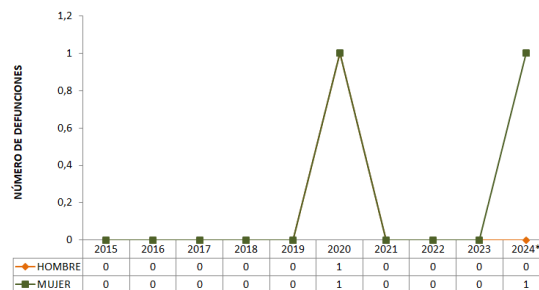


Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

La información muestra que la mortalidad neonatal ha sido un evento de baja frecuencia, pero con picos puntuales que reflejan situaciones específicas en el territorio. En el área cabecera se observan incrementos en años como 2011, 2015 y especialmente 2022, donde se presenta el valor más alto registrado del periodo, lo que sugiere eventos aislados posiblemente asociados a condiciones clínicas materno-perinatales o a la oportunidad y calidad de la atención en el parto y el recién nacido. Por su parte, el área rural dispersa también presenta algunos aumentos, destacándose años como 2011 y 2023, lo que puede relacionarse con barreras de acceso geográfico, demoras en la consulta y limitaciones en la capacidad resolutoria de los servicios cercanos. Sin embargo, en ambos contextos se identifica ausencia de muertes neonatales en 2024, lo cual puede indicar un comportamiento fluctuante propio de eventos poco frecuentes, pero también resalta la importancia de mantener acciones de vigilancia, referencia oportuna y fortalecimiento del control prenatal y atención del recién nacido, especialmente en zonas rurales dispersas donde persisten inequidades en el acceso.

3.1.4 Mortalidad por salud mental

Figura 41. Mortalidad de trastornos de salud mental y del comportamiento, Nariño 2015 - 2024



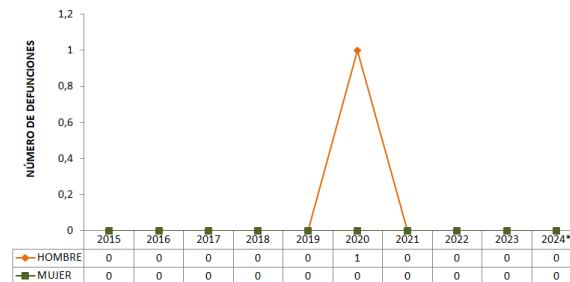
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Entre 2015 y 2024, la mortalidad por trastornos de salud mental y del comportamiento en el departamento de Nariño se presenta como un evento de baja ocurrencia, con años sin defunciones reportadas y solo aparición de casos aislados. Los años previos a 2020 no registran muertes por esta causa, lo que evidencia un comportamiento esporádico y no sostenido en el tiempo. No obstante, la aparición de casos en años recientes sugiere la necesidad de mantener sistemas de vigilancia y respuesta en salud mental activos en el territorio.

En el análisis por sexo, la mortalidad se presenta en ambos géneros, aunque de manera limitada. En 2020, se presenta un caso en hombres y un caso en mujeres, lo cual podría asociarse a afectaciones similares derivadas de factores psicosociales, económicos o comunitarios, considerando además el contexto de pandemia. Posteriormente, en 2024 se reporta un caso adicional en mujeres, lo cual indica continuidad de vulnerabilidades en salud mental en este grupo. No se evidencian casos en hombres después de 2020.

La presencia de casos en los últimos años, aunque aislada, señala la importancia de fortalecer las acciones de prevención e intervención en salud mental, especialmente en identificación temprana de síntomas, reducción del estigma, oferta de atención psicológica y psiquiátrica accesible, y fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo. Además, se requiere continuar el trabajo intersectorial para abordar factores de riesgo como violencia, consumo de sustancias y precariedad socioeconómica, con enfoque territorial y diferencial.

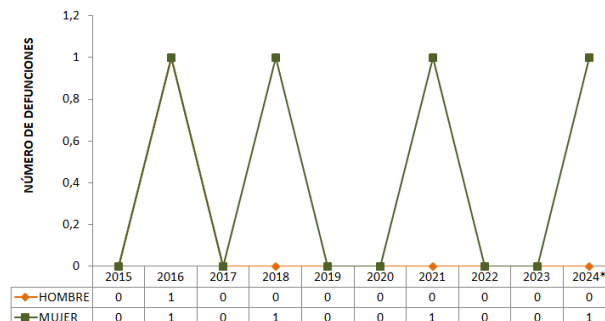
Figura 42. Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de SPA, Nariño 2015 - 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Durante el periodo 2015-2024, la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas en Nariño se caracteriza por una ocurrencia esporádica y de baja frecuencia, registrándose únicamente un caso en hombres en el año 2020, mientras que en los demás años y en mujeres no se reportaron defunciones. Este comportamiento, aunque de baja magnitud, evidencia la presencia del problema y coincide con la tendencia nacional donde los hombres presentan mayor vulnerabilidad frente al consumo problemático de SPA. La ausencia de casos en otros años no implica ausencia de riesgo, por lo que se requiere mantener acciones de prevención, detección temprana y atención integral en salud mental, con enfoque diferencial y comunitario, para evitar progresiones hacia casos graves o letales.

Figura 43. Mortalidad por Epilepsia, Nariño 2015 - 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

La mortalidad por epilepsia en Nariño entre 2015 y 2024 se caracteriza por ser de baja frecuencia, pero con presencia intermitente de casos que evidencian la persistencia del riesgo. Según los registros, se presentó un fallecimiento en hombres en 2016, mientras que en mujeres ocurrieron defunciones en 2016, 2018, 2021 y 2024, sin reportes en los demás años del periodo analizado. Este comportamiento muestra que, aunque los eventos son poco comunes, tienden a

reaparecer de manera aislada, lo que indica la necesidad de mantener acciones de vigilancia clínica y comunitaria. El patrón sugiere posibles barreras en adherencia al tratamiento, acceso a neurología, disponibilidad de medicamentos antiepilépticos y manejo oportuno de crisis convulsivas, especialmente en hogares con limitaciones en cuidado y acompañamiento. Por tanto, se recomienda fortalecer el seguimiento continuo de pacientes diagnosticados, garantizar la estabilidad en el suministro de medicamentos, capacitar a cuidadores y redes comunitarias en primeros auxilios para convulsiones, y realizar auditorías clínicas de mortalidad para identificar oportunidades de mejora en la atención y prevención.

3.1.5 Conclusiones de mortalidad

La mortalidad en el municipio de Nariño se caracteriza por ser un evento de baja frecuencia, lo cual está relacionado con el tamaño poblacional y la distribución territorial; sin embargo, los casos que sí ocurren revelan situaciones puntuales de vulnerabilidad que requieren atención sostenida desde la salud pública. En la línea materno-perinatal, la ausencia de muertes en la mayoría de los años contrasta con la presencia de eventos aislados en ciertos periodos, lo que indica la importancia de fortalecer la captación temprana de gestantes, el seguimiento del riesgo obstétrico y la atención oportuna y segura durante el parto y el puerperio, garantizando la activación eficaz de las rutas de referencia y contrarreferencia.

En relación con la mortalidad infantil y en menores de cinco años, se observan fluctuaciones en algunos años que reflejan la sensibilidad del indicador frente a condiciones de cuidado familiar, alimentación, condiciones de vida y acceso a los servicios de salud. La ausencia de muertes por causas prevenibles como IRA y EDA durante varios años es un resultado positivo que evidencia buen desempeño de los programas de promoción, vacunación y atención básica, aunque mantener este logro exige continuidad en la vigilancia comunitaria, educación en signos de alarma y fortalecimiento del acceso oportuno a los servicios de salud, especialmente en áreas rurales dispersas.

Por otra parte, la mortalidad asociada a trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia se presenta de manera esporádica pero persistente, con mayor afectación en mujeres en el caso de epilepsia y con un evento aislado en hombres por consumo de SPA. Estos registros muestran la necesidad de reforzar la atención integral en salud mental, mejorar la adherencia terapéutica, asegurar la disponibilidad continua de medicamentos y fortalecer las redes de apoyo familiar y comunitario. A su vez, se requiere avanzar en intervenciones de prevención del consumo problemático de SPA y en la detección temprana de crisis de salud mental.

Finalmente, no se identifican brechas étnicas en la mortalidad, dado que no se registran muertes en población indígena, afrodescendiente o raizal; los eventos corresponden exclusivamente a la categoría "otras etnias", lo cual refleja la composición demográfica del municipio más que un patrón diferencial de riesgo. En síntesis, aunque la mortalidad en Nariño es baja en términos absolutos, cada evento representa una oportunidad para fortalecer la continuidad del cuidado, la atención primaria en salud y la articulación intersectorial, buscando prevenir desenlaces evitables y garantizar la protección de la vida en todas las etapas del curso vital.

3.2 Análisis de la Morbilidad

3.2.1 Principales causas de morbilidad

Tabla 30. Principales causas de morbilidad por ciclo vital, municipio de Nariño 2015 – 2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26.99	29.80	43.93	31.85	27.10	14.35	19.38	13.41	26.09	31.28	8.19
	Condiciones perinatales	0.14	17.22	3.55	1.32	4.39	14.77	21.25	26.42	6.52	11.01	4.49
	Enfermedades no transmisibles	43.77	33.11	38.62	50.00	45.42	42.62	28.13	45.93	43.56	38.19	-5.37
	Lesiones	5.46	3.31	4.18	6.00	7.10	13.08	12.50	2.03	7.73	5.33	-2.40
	Condiciones mal clasificadas	8.74	16.56	7.72	8.52	16.00	15.19	18.75	12.20	15.70	11.19	-4.51
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17.54	11.46	28.55	18.25	14.79	19.85	5.19	6.93	3.68	6.99	3.31
	Condiciones maternas	0.18	0.00	0.00	0.00	0.00	3.68	0.00	0.00	0.61	0.00	-0.61
	Enfermedades no transmisibles	62.31	74.46	65.81	65.86	66.51	42.65	75.32	53.17	77.71	72.24	-5.47
	Lesiones	11.75	10.42	7.24	10.86	14.35	19.85	6.49	15.84	5.11	10.36	5.25
	Condiciones mal clasificadas	8.42	3.65	9.19	15.23	14.35	13.97	12.99	23.76	12.88	10.36	-1.52
Adolescencia (12 - 17 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12.75	9.63	18.20	11.13	8.05	7.73	3.04	1.19	6.02	6.12	0.10
	Condiciones maternas	8.19	9.94	4.62	5.42	5.50	9.37	9.39	4.75	7.20	2.81	-4.38
	Enfermedades no transmisibles	49.96	55.28	54.17	53.16	55.96	48.71	76.24	68.41	56.38	50.40	-15.79
	Lesiones	12.94	15.53	12.53	17.65	14.58	18.74	6.08	13.78	11.45	17.27	5.82
	Condiciones mal clasificadas	17.06	9.63	10.28	12.04	14.92	15.46	5.25	11.88	17.03	23.29	6.41
Juventud (18 - 28 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.65	14.24	12.27	7.70	7.92	6.32	4.64	10.16	5.42	5.72	0.30
	Condiciones maternas	17.00	18.64	9.37	12.53	16.46	21.05	16.25	20.12	16.15	12.03	-4.12
	Enfermedades no transmisibles	48.70	50.37	58.86	55.89	52.84	44.96	62.92	41.06	52.71	53.45	0.74
	Lesiones	8.54	7.46	9.48	8.99	8.69	15.61	7.30	14.63	8.50	10.95	2.45
	Condiciones mal clasificadas	16.11	9.49	10.03	14.79	14.00	12.46	9.29	14.02	17.22	17.85	0.63
Adultez (29 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8.20	7.41	8.96	7.05	7.37	5.24	4.41	5.70	5.68	4.66	-1.02
	Condiciones maternas	2.20	5.95	0.98	1.70	2.27	2.35	3.49	4.52	1.48	3.08	1.60
	Enfermedades no transmisibles	72.61	67.33	76.97	75.21	71.36	72.31	71.26	72.16	73.74	70.60	-3.14
	Lesiones	6.22	9.92	5.60	8.48	8.45	8.07	10.93	9.69	6.73	8.51	1.82
	Condiciones mal clasificadas	10.76	9.39	7.49	9.96	10.55	12.04	9.92	7.99	12.37	13.16	0.79
Viejez (60 años y más)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4.62	5.15	7.32	5.91	4.18	5.41	0.63	2.41	2.16	3.96	1.79
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.06	0.00	0.00	0.27	0.00	-0.27
	Enfermedades no transmisibles	81.53	80.92	84.72	82.73	81.57	82.95	82.97	82.71	81.88	80.72	-1.16
	Lesiones	3.92	7.06	2.89	4.33	6.27	4.08	8.45	5.66	6.35	5.08	-1.27
	Condiciones mal clasificadas	7.53	6.97	5.27	7.03	7.96	8.11	8.36	5.66	9.83	10.24	0.41

Fuente: SISPRO

En el ciclo de primera infancia (0 a 5 años), en ambos sexos se observa que las principales causas de morbilidad continúan concentrándose en las enfermedades no transmisibles y en las condiciones transmisibles y nutricionales. Para 2024, en niños se evidencia un incremento notable en las enfermedades no transmisibles y en las lesiones, lo que sugiere la persistencia de factores asociados a entornos inseguros, accidentes domésticos y condiciones de riesgo en el cuidado. En niñas, aunque las enfermedades no transmisibles también predominan, se mantiene una menor participación relativa de lesiones, lo que

refleja diferencias en los patrones de exposición y comportamientos de riesgo desde edades tempranas.

En la infancia y adolescencia (6 a 18 años), las enfermedades no transmisibles siguen siendo la principal causa de atención en ambos sexos, con valores elevados en 2024 especialmente en adolescentes hombres, lo que podría relacionarse con sedentarismo, alimentación poco saludable o problemas metabólicos emergentes. Las lesiones también muestran presencia importante, con mayor impacto en hombres, lo cual es consistente con una mayor participación en actividades físicas de riesgo y movilidad independiente. En mujeres adolescentes, se destaca el aumento de morbilidad asociada a condiciones maternas, que aunque es menor en número, refleja embarazos en edades tempranas y la necesidad de fortalecer estrategias de educación sexual y prevención de gestaciones no deseadas.

En la juventud y adultez (14 a 59 años), la morbilidad se concentra principalmente en enfermedades no transmisibles en ambos sexos, destacándose para 2024 su alta proporción en hombres jóvenes, así como en mujeres adultas, lo cual podría relacionarse con hábitos alimentarios, estrés laboral y condiciones laborales. Las lesiones también se mantienen relevantes, principalmente en hombres, y reflejan un patrón persistente de exposición a riesgos viales, laborales o comunitarios. En mujeres adultas se observa un aumento en condiciones maternas en años previos, aunque en 2024 no muestran incrementos significativos, posiblemente debido a mejoras en el control prenatal y acceso a servicios.

En la persona mayor (60 años y más), tanto hombres como mujeres presentan una elevada carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, siendo más marcada en mujeres para 2024. Este comportamiento es consistente con el envejecimiento poblacional y la acumulación de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Las condiciones transmisibles y nutricionales tienen una menor representación, pero siguen siendo relevantes en población mayor por vulnerabilidad inmunológica. Las lesiones permanecen como un riesgo importante, especialmente asociado a caídas, lo que subraya la necesidad de fortalecer programas de prevención en el hogar y en el entorno comunitario para favorecer el envejecimiento saludable.

3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales

Tabla 31. Morbilidad específica por subgrupos de causa, municipio de Nariño
2015 – 2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-E99, 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-E99, G00, G03-G04, N70-N73)	46.79	58.49	38.11	41.98	40.70	39.55	57.36	56.22	53.50	36.46	-17.04
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	43.83	32.83	56.69	50.36	47.61	49.52	39.53	32.19	39.28	50.00	10.72
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	9.38	8.68	5.19	7.65	11.69	10.93	3.10	11.59	7.22	13.54	6.32
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	88.59	84.71	90.12	97.98	95.59	85.00	81.37	74.31	90.04	74.67	-15.37
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	11.41	15.29	9.88	2.02	4.41	15.00	18.63	25.69	9.96	25.33	15.37
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D54 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G08, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K32, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	3.39	8.16	1.32	3.24	2.38	2.06	10.36	8.20	3.96	5.36	1.39
	Otras neoplasias (D00-D48)	1.37	1.89	0.79	0.86	1.36	2.64	2.04	2.29	1.33	1.79	0.46
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.69	2.93	4.95	3.10	2.55	3.75	3.26	3.26	3.64	2.56	-1.08
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	7.18	4.13	4.02	4.34	3.80	5.26	4.61	3.51	3.64	4.07	0.42
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G08)	8.49	7.81	6.73	7.72	7.95	9.53	8.98	10.01	11.20	11.65	0.45
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8.87	15.12	8.01	9.11	9.16	5.53	7.87	6.02	6.70	5.51	-1.18
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	18.48	14.17	26.71	21.02	20.19	20.87	15.95	29.77	25.71	16.95	-8.76
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7.74	6.46	9.01	6.68	7.46	8.02	3.84	5.91	3.39	4.10	0.71
	Enfermedades digestivas (K20-K32)	6.92	7.56	5.37	6.86	5.55	6.70	13.87	5.49	6.10	7.02	0.92
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10.82	9.35	10.08	12.33	13.14	12.54	10.44	8.03	8.13	11.82	3.70
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7.50	3.88	6.54	5.64	6.02	5.50	2.08	3.12	3.86	5.00	1.14
	Enfermedades músculo-esqueléticas (M00-M99)	12.73	12.73	13.31	13.07	13.04	12.02	10.93	9.92	10.86	10.09	-0.77
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.39	1.64	0.44	0.93	0.56	0.98	1.51	1.48	0.74	1.20	0.46
	Condiciones orales (K00-K14)	3.43	4.18	2.73	5.10	6.83	4.61	4.24	2.98	10.73	12.88	2.15
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-Y89, Y40-Y86, Y88, Y89)	3.09	1.50	4.45	3.11	2.10	3.24	4.93	1.91	4.38	5.34	0.97
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y670, Y871)	0.99	2.26	0.40	0.93	0.16	0.00	0.00	0.00	1.35	8.36	7.01
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.00	0.00	0.00	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95.92	96.24	95.14	95.83	97.75	96.76	95.07	98.09	94.28	86.30	-7.97
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: SISPRO

Condiciones transmisibles y nutricionales

En 2024, las condiciones transmisibles y nutricionales continúan representando un componente importante de la morbilidad en Nariño, especialmente en los grupos de primera infancia, infancia y adolescencia. Se observa predominio de las infecciones respiratorias agudas y de las enfermedades infecciosas intestinales, particularmente en la población menor de 11 años, lo cual refleja la persistencia de factores determinantes como condiciones de vivienda, saneamiento básico y prácticas de cuidado en el hogar. Desde el Plan Territorial de Salud, se ha fortalecido la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) mediante visitas domiciliarias, intervenciones colectivas en entornos comunitarios y jornadas de vacunación, sin embargo, las variaciones estacionales y la dependencia climática continúan influyendo en su comportamiento. Para 2025, el reto principal está en mantener coberturas

efectivas en vacunación, fortalecer la vigilancia comunitaria y ampliar acciones de educación en prevención de infecciones.

Condiciones maternas y perinatales

Las condiciones maternas y perinatales mantienen una tendencia baja en la carga global de morbilidad en 2024, reflejando avances en las rutas materno-perinatales, control prenatal oportuno y articulación entre servicios de baja y mediana complejidad. No obstante, persisten riesgos asociados a barreras en el acceso rural disperso, adherencia a controles prenatales y determinantes sociales como el soporte familiar y la planificación reproductiva. El Plan de Acción Municipal ha priorizado el seguimiento georreferenciado de gestantes, la activación del Equipo Básico de Salud Rural y campañas para detección temprana de embarazos no planeados, lo cual se ha traducido en mejor control clínico, aunque aún se requiere fortalecer el componente educativo culturalmente pertinente.

Enfermedades no transmisibles (ENT)

En 2024, las enfermedades no transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad en población adulta y persona mayor, especialmente las relacionadas con hipertensión, diabetes y enfermedades osteomusculares. Su comportamiento evidencia la transición epidemiológica vinculada a estilos de vida, alimentación y envejecimiento, reflejando la necesidad de consolidar estrategias sostenidas de prevención. El municipio ha avanzado en la implementación de los programas de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Crónicas con tamizajes, educación en actividad física y articulación con recreación comunitaria; sin embargo, el reto se centra en mejorar adherencia a tratamientos, autocuidado y seguimiento post-consulta, considerando la cronicidad como un proceso continuo y no episódico. Se requiere mantener la Estrategia de Entornos Saludables para promover estilos de vida activos desde la infancia.

Lesiones

Las lesiones continúan concentrándose en población adolescente y adulta joven, especialmente asociadas a accidentes y violencia interpersonal, con mayor impacto en hombres. Este patrón está fuertemente asociado a determinantes sociales como consumo de alcohol, dinámicas de convivencia y movilidad vial. Actualmente, el municipio ha fortalecido las acciones de prevención de violencias basadas en la comunidad, campañas de seguridad vial y articulación con

instituciones educativas y comisarías de familia; sin embargo, persisten casos que requieren enfoque intersectorial más robusto. Se recomienda mantener la estrategia de Red de Cuidado Comunitario y ampliar los espacios de participación social para promoción de resolución pacífica de conflictos.

Signos y síntomas mal definidos

Aunque su proporción es menor, los signos y síntomas mal definidos evidencian aspectos asociados a subregistro, deficiente oportunidad en la toma de decisiones clínicas y barreras de acceso al diagnóstico, especialmente en población rural dispersa. Esta categoría señala oportunidades para fortalecer la vigilancia epidemiológica municipal, mejorar la calidad del registro clínico en las IPS y reforzar la estrategia de atención extramural, asegurando que los casos sean clasificados de manera adecuada. A futuro se debe continuar avanzando en el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica, teleorientación y la capacitación continua del talento humano en salud, en coherencia con el Modelo de APS.

3.2.3 Morbilidad específica salud mental

En el municipio de Nariño, la morbilidad por trastornos de salud mental muestra un comportamiento diferenciado por sexo y ciclo vital. En los hombres, se observa que los trastornos mentales y del comportamiento aumentan su frecuencia especialmente desde la adolescencia y se consolidan en la juventud y adultez, permaneciendo elevados en 2024 en estos grupos. Las condiciones asociadas al consumo de sustancias psicoactivas se reportan de manera particular en adolescentes y jóvenes hombres, lo que señala un riesgo diferencial ligado a contextos sociales, presiones grupales y disponibilidad de sustancias. Asimismo, la epilepsia mantiene registros constantes en todas las etapas, con mayor concentración en juventud y vejez, mientras que la depresión y ansiedad presentan registros bajos pero persistentes, mostrando subregistro probable asociado al bajo acceso a servicios de salud mental y estigmatización de la consulta.

En las mujeres, el comportamiento presenta una tendencia diferente: los trastornos mentales y del comportamiento se reportan principalmente en la vejez y adultez, manteniéndose elevados en 2024. Esto se relaciona con cargas de cuidado, desgaste emocional y condiciones socioeconómicas vinculadas a roles tradicionales. En contraste con los hombres, la morbilidad asociada al consumo de sustancias psicoactivas es mínima en mujeres, lo que sugiere patrones culturales protectores, pero también la posibilidad de subdiagnóstico

por barreras para reconocer y consultar. La depresión y ansiedad muestran una mayor presencia relativa en mujeres adultas y mayores, lo que coincide con estudios que señalan mayor prevalencia de alteraciones emocionales en mujeres en contextos de vulnerabilidad psicosocial.

Tabla 32. Morbilidad específica salud mental total general, Nariño Antioquia 2015 – 2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,73	50,00	63,33	52,38	43,33	94,12	37,50	50,00	8,33	20,83	12,50
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	9,09	50,00	16,67	36,10	53,33	5,88	62,50	50,00	50,00	75,17	-18,83
	Depresión	18,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Ansiedad	0,00	0,00	0,00	9,52	3,33	0,00	0,00	0,00	1,67	0,00	-1,67
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	67,44	88,89	36,36	44,12	79,31	33,33	91,67	92,86	42,28	68,92	26,64
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	20,93	11,11	54,05	42,06	17,24	33,33	0,00	7,14	53,92	13,51	-39,51
	Depresión	4,65	0,00	0,00	2,94	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Ansiedad	6,98	0,00	0,00	9,09	5,88	3,45	0,00	8,33	0,00	4,70	17,57
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	58,46	94,44	60,00	78,43	69,89	91,67	60,00	73,61	60,00	60,29	0,29
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	2,50	11,76	4,30	0,00	0,00	0,00	2,22	4,41	2,19
	Epilepsia	24,62	0,00	20,00	7,84	5,38	2,78	20,00	1,39	6,67	4,41	-2,25
	Depresión	3,08	5,56	10,00	1,96	3,23	0,00	0,00	16,67	6,67	2,94	-3,73
	Ansiedad	13,85	0,00	7,50	0,00	17,20	5,56	20,00	8,33	24,44	27,94	3,50
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	54,55	84,21	47,27	73,55	60,34	71,05	46,15	65,96	49,68	60,37	10,69
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	1,82	3,31	2,11	2,63	0,00	2,13	27,60	12,20	-15,40
	Epilepsia	25,45	10,53	48,09	15,70	9,70	21,05	15,38	14,89	4,55	9,76	-5,21
	Depresión	5,45	0,00	0,00	1,65	21,10	0,00	26,92	10,64	9,42	5,49	-3,93
	Ansiedad	14,55	5,26	1,82	5,79	6,75	5,26	11,54	6,38	8,77	12,20	3,43
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	55,03	79,66	49,82	60,25	56,70	49,60	53,74	51,49	54,31	61,95	6,64
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,59	0,00	0,36	10,86	1,14	0,80	2,72	4,48	3,02	2,80	-0,22
	Epilepsia	31,22	6,78	38,99	12,91	18,52	26,40	4,08	12,69	22,41	17,65	-4,77
	Depresión	4,23	5,08	1,44	7,58	18,23	5,60	14,97	4,48	5,60	2,52	-3,08
	Ansiedad	7,94	8,47	9,39	8,40	5,41	17,60	24,49	26,87	14,66	15,97	1,31
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	64,76	79,07	55,55	59,41	69,42	60,27	39,33	67,06	83,05	75,90	-7,15
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,95	0,00	1,61	0,00	2,48	0,00	0,00	4,71	1,27	0,00	-1,27
	Epilepsia	15,24	11,63	21,77	38,84	13,22	9,59	29,21	5,88	4,66	11,45	6,79
	Depresión	3,81	0,00	6,45	4,13	2,48	12,33	7,87	5,88	3,39	0,00	-3,89
	Ansiedad	15,24	9,30	14,52	6,61	12,40	17,81	23,60	16,47	7,63	12,65	5,02

Fuente: SISPRO

En términos del último año (2024), se destaca que la juventud masculina continúa siendo el grupo con mayor carga relacionada con trastornos conductuales y consumo de sustancias, mientras que en las mujeres mayores de 60 años se observa un incremento de trastornos depresivos y ansiosos, lo que podría estar asociado a aislamiento, enfermedades crónicas concomitantes y pérdida de redes de apoyo. Este comportamiento evidencia la necesidad de acciones diferenciales por edad y género, priorizando prevención temprana en jóvenes y fortalecimiento del apoyo psicosocial comunitario para mujeres mayores.

Frente a la respuesta institucional, tanto el Plan Territorial de Salud 2024–2027 como el Plan de Acción Municipal 2025 incluyen estrategias que pueden impactar

positivamente estos resultados, como: fortalecimiento de los Equipos Básicos de Salud para detección comunitaria temprana, la ejecución de rutas de atención integral de salud mental, el avance en escuelas y familias protectoras, y la articulación intersectorial con educación, cultura y deporte para la prevención del consumo de SPA. Sin embargo, los datos muestran la necesidad de ampliar el acceso efectivo a servicios de psicología y psiquiatría, disminuir el estigma y consolidar espacios seguros de participación para jóvenes y mujeres mayores.

3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

En el municipio de Nariño, los eventos de alto costo presentan un comportamiento caracterizado por una baja incidencia y prevalencia en comparación con el promedio departamental, situación influenciada tanto por las condiciones demográficas del territorio como por posibles barreras en la detección oportuna. Para 2024, se evidencia la presencia de enfermedad renal crónica en fase cinco, con una prevalencia significativa frente a la población municipal, lo que implica la necesidad de seguimiento continuo, fortalecimiento del control de enfermedades crónicas de base (hipertensión y diabetes) y articulación con servicios de nefrología para garantizar continuidad en terapias de reemplazo renal cuando se requiera.

Tabla 33. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo del municipio de Nariño VS departamento de Antioquia, 2017-2022

Evento	Antioquia	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 por 100.000 habitantes (año 2024)	88,2	46,4	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 habitantes (año 2024)	10,9	0,0	🟢	-	-	🟢	🟢	🟢	🟢	-
Tasa de incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	39,0	0,0	🟢	-	🟢	🟢	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) (año 2023)	1,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años) (años 2023)	4,4	0,0	🟢	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE, SISPRO; MSPS

Por otro lado, no se reportan casos incidentes de enfermedad renal terminal, VIH ni leucemias pediátricas en los años analizados, lo cual puede interpretarse como una baja carga real de enfermedad, pero también puede estar relacionado con subregistro, diagnóstico tardío o dificultades en el acceso a servicios especializados, especialmente en zonas rurales. Este panorama refuerza la importancia de continuar estrategias del Plan Territorial de Salud y el Plan de Acción Municipal, orientadas al tamizaje temprano de enfermedades crónicas,

fortalecimiento de rutas integrales de atención, educación en autocuidado y coordinación intermunicipal para garantizar el acceso efectivo a servicios de mediana y alta complejidad.

3.2.5 Morbilidad de eventos precursores

En el municipio de Nariño, los eventos precursores asociados a enfermedades crónicas evidencian una carga moderada, con una prevalencia reportada en 2024 de diabetes mellitus inferior al promedio departamental y una prevalencia de hipertensión arterial también menor respecto a Antioquia; sin embargo, estas cifras deben interpretarse con cautela, dado que no necesariamente reflejan una menor ocurrencia real, sino que pueden estar relacionadas con sub-registro, limitada búsqueda activa y baja oportunidad en tamizajes en la población, especialmente en áreas rurales. Aunque el comportamiento entre 2017 y 2024 es estable, la presencia sostenida de hipertensión como condición predominante refuerza la necesidad de fortalecer estrategias comunitarias de prevención y control de factores de riesgo, tales como educación alimentaria, promoción de actividad física y mejoramiento del acceso a controles periódicos.

Tabla 34. Morbilidad por eventos precursores - Nariño 2017-2024

Evento	Antioquia	Nariño	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de diabetes mellitus (año 2024)	4,5	2,0	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Prevalencia de hipertensión arterial (año 2024)	14,7	7,6	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘

Fuente: DANE, SISPRO; MSPS

En concordancia con el Plan Territorial de Salud y el Plan de Acción Municipal, se requiere mantener y ampliar la implementación de la Ruta Integral de Atención para Enfermedades Crónicas, con énfasis en detección temprana desde atención primaria, seguimiento longitudinal y articulación efectiva con la red asistencial para garantizar continuidad terapéutica y disminuir la progresión hacia complicaciones de alto costo como enfermedad renal crónica, eventos cardiovasculares y cerebrovasculares.

3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

A nivel municipal y por medio de la base de datos de los eventos de interés en Salud Pública notificados a, se concluye lo siguiente:

Tabla 35. Eventos notificados al SIVIGILA, Nariño 2023.

Evento	Antioquia	Nariño	Comportamiento						
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
100 - ACCIDENTE OFIDICO	744	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
110 - BAJO PESO AL NACER	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	2168	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	2516	3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
210 - DENGUE	5241	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
217 - CHIKUNGUNYA	5	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
220 - DENGUE GRAVE	81	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
228 - EXPOSICIÓN A FLÚOR	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
298 - EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACIÓN	38	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE FIEBRE	19051	35	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
320 - FIEBRE TIFOIDES Y PARATIFOIDES	8	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
330 - HEPATITIS A (BROTE)	684	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
340 - HEPATITIS B	275	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
341 - HEPATITIS C	247	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
343 - HIPOTIROIDISMO CONGENITO	86	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
345 - ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	728	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
348 - INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG) INUSITADA	6818	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
356 - INTENTO DE SUICIDIO	6288	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	819	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	4384	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
390 - INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	12	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
400 - INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	92	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	801	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
414 - INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1188	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1031	13	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
430 - LEISHMANIASIS MUCOSA	14	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
450 - LEPTA	6	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	199	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
453 - LEPTOSPIROSIS	40	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
458 - LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA UNIFORME	55	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
458 - LESIONES POR POLVORA	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
459 - CÁNCER INFANTIL	153	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
460 - MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	145	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
470 - MALARIA FALCIPARUM	1743	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
490 - MALARIA VIVAX	14867	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
495 - MALARIA COMPLICADA	299	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
530 - MENINGITIS TUBERCULOSA	72	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	3780	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
550 - MORTALIDAD MATERNA	37	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	800	3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
660 - MORTALIDAD POR IRA	21	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
620 - PARTO DIFÍCIL	744	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
710 - ANOMALÍAS CONGENITAS	1440	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
719 - SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS ASOCIADO A SARS-COV2	4	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	156	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	1237	3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
800 - TOSFERINA	6	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	625	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	3312	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
825 - TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	145	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
831 - VARICELA INDIVIDUAL	2895	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	2976	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
875 - VCM, VIF, VSK	24602	30	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
895 - ZIKA	5	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente: SISPRO-MSPS-SIVIGILA

Durante el año 2024, la notificación de eventos de interés en salud pública en el municipio de Nariño muestra un perfil epidemiológico característico de territorios rurales, donde predominan los eventos transmitidos por vectores, las exposiciones ambientales asociadas a actividades agropecuarias y los eventos relacionados con la salud mental. Aunque la mayoría de los eventos presentan baja frecuencia, su persistencia confirma la necesidad de mantener acciones de vigilancia en salud pública articuladas al modelo de Atención Primaria en Salud.

En relación con dengue y dengue grave, la notificación confirma circulación viral activa en la cabecera municipal y en zonas aledañas, sin presencia de brotes explosivos ni letalidad. Este comportamiento se relaciona con factores ambientales y estructurales como el almacenamiento de agua por intermitencia en el suministro, la presencia de recipientes domésticos que actúan como criaderos y el aumento de lluvias estacionales. Desde la gestión territorial, se reconoce la continuidad de la Estrategia ERI-Dengue, las acciones de control focal y la vigilancia entomológica como intervenciones centrales, las cuales se

encuentran contempladas en el Plan Territorial de Salud 2024–2027 y operativizadas en el Plan de Acción anual, a través de jornadas comunitarias de eliminación de criaderos y acciones de comunicación de riesgo.

La leishmaniasis cutánea mantiene un comportamiento endémico en veredas con presencia de bosque y actividad agrícola, especialmente en población expuesta por labores en campo. Los factores territoriales que inciden incluyen la cercanía de viviendas a zonas de monte, la presencia de materia orgánica en peridomicilio y el uso intermitente de barreras de protección personal. Frente a ello, se ha fortalecido la pesquisa activa, el acceso al diagnóstico oportuno y la entrega supervisada de tratamiento; sin embargo, se requiere avanzar en intervenciones de adecuación del entorno, educación rural continua y articulación con asociaciones campesinas, conforme a las líneas rurales del modelo de APS municipal.

Los accidentes ofídicos e intoxicaciones por plaguicidas evidencian la estrecha relación entre el perfil epidemiológico y el contexto productivo del municipio. Las prácticas agrícolas tradicionales, la manipulación de agroquímicos sin elementos de protección y el almacenamiento inadecuado en las viviendas continúan siendo determinantes. Entre las acciones en curso se destacan la disponibilidad de suero antiofídico en la red asistencial, los convenios con el ICA para el manejo de envases posconsumo, las capacitaciones en Buenas Prácticas Agrícolas (BPA) y la articulación intersectorial con la Secretaría de Agricultura, acciones que están alineadas con las metas de salud ambiental del Plan Territorial de Salud.

Finalmente, el intento de suicidio persiste como un evento de relevancia en población adolescente y joven, enmarcado en dinámicas familiares, escolares y comunitarias. El municipio ha avanzado en la implementación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia, fortaleciendo el tamizaje comunitario, la educación en habilidades para la vida y la activación de la ruta de atención desde APS, Comisaría de Familia y centros educativos. No obstante, se requiere consolidar la atención continua post-evento, la oferta extramural y espacios comunitarios protectores para el fortalecimiento del tejido social.

El perfil de ENOS en Nariño refleja condiciones asociadas a su vocación rural, dinámica ambiental y determinantes psicosociales, lo que exige sostener un modelo de vigilancia activo y una gestión intersectorial permanente. La articulación entre el Plan Territorial de Salud, el Plan de Desarrollo Municipal y las políticas públicas vigentes orienta las acciones hacia la prevención primaria, el control oportuno de riesgos ambientales y el fortalecimiento de la salud mental comunitaria.

3.2.7 Morbilidad en población migrante

Las atenciones en salud registradas para la población migrante en el municipio de Nariño evidencian un volumen muy bajo, lo cual se asocia directamente con la poca presencia de población migrante en el territorio. En los registros se observa que la mayor proporción de atenciones corresponde a consulta externa y procedimientos, lo que indica que los casos presentados han sido, en su mayoría, situaciones puntuales que no han requerido procesos de mayor complejidad como hospitalización o atención prolongada. Esto sugiere que, aunque existe capacidad de respuesta institucional, la demanda por parte de población migrante es limitada.

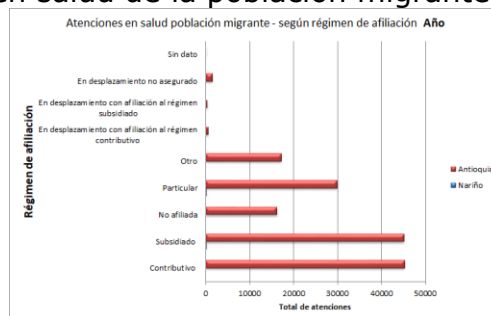
Tabla 36. Atenciones en salud de la población migrante, Nariño 2025.

Entidad territorial	Tipo de atención	Nariño		Antioquia		Concentración Entidad territorial
		Año	Distribución	Año	Distribución	Año
Entidad territorial	Consulta Externa	1	25%	105.359	36%	0.0%
	Hospitalización		0%	9.601	3%	0.0%
	Medicamentos		0%	49.017	17%	0.0%
	Procedimientos	3	75%	108.447	37%	0.0%
	Nacimientos		0%	1.927	1%	0.0%
	Urgencias		0%	15.586	5%	0.0%
	Total	4	100%	289.937	100%	0.0%

Fuente: MSPS

Entre las posibles causas se encuentran las características sociodemográficas del municipio, el cual no se configura como un corredor de tránsito ni como zona de asentamiento para población migrante, lo que disminuye la probabilidad de recepción de flujos migratorios sostenidos. Además, la oferta laboral y las dinámicas productivas locales no favorecen la atracción de población migrante para establecer residencia, y quienes transitan por el territorio suelen hacerlo de manera temporal, lo que reduce la necesidad de afiliación y continuidad en el sistema de salud. Asimismo, la baja demanda puede también estar relacionada con subregistro o desconocimiento de la población migrante respecto a las rutas de acceso a los servicios.

Figura 44. Afiliación en salud de la población migrante, Nariño Antioquia 2024



Fuente: MSPS

Frente a este escenario, las estrategias municipales contempladas en el Plan de Desarrollo Territorial, el Plan Territorial de Salud y el Plan de Acción mantienen un enfoque preventivo y de garantía de derechos, aun cuando la población migrante sea reducida. Estas incluyen la promoción activa de afiliación al SGSSS para población en tránsito, acciones de orientación desde la Atención Primaria en Salud con enfoque comunitario, articulación con Personería y EPS para resolver barreras administrativas y la sensibilización del personal de salud frente a la atención con enfoque diferencial y sin discriminación. Si bien la demanda es baja, sostener estas acciones permite garantizar la respuesta oportuna frente a posibles cambios en la dinámica migratoria y asegurar que, incluso poblaciones pequeñas, tengan garantizado su derecho fundamental a la salud.

3.2.8 Conclusiones de Morbilidad

La morbilidad en el municipio de Nariño durante los últimos años se caracteriza por una predominancia sostenida de las enfermedades no transmisibles, especialmente las de tipo metabólico, circulatorio y osteomuscular, afectando principalmente a la población adulta y adulta mayor. Estas causas reflejan cambios en los estilos de vida, hábitos alimentarios, sedentarismo y envejecimiento poblacional, elementos que coinciden con las tendencias departamentales y nacionales. Por tanto, representan un reto importante para la gestión del riesgo y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS).

En los grupos de edad más temprana, especialmente infancia y adolescencia, se evidencia una mayor participación de condiciones respiratorias, enfermedades infecciosas y, en menor medida, lesiones, lo que sugiere la necesidad de seguir fortaleciendo acciones de promoción de entornos saludables, prevención de enfermedades transmisibles y vigilancia en salud pública. Si bien la magnitud de estas condiciones no supera a las enfermedades crónicas, su comportamiento intermitente exige mantener vigilancia activa y continuidad en programas como PAI, vigilancia de IRAG/ETI y salud escolar.

En relación con la morbilidad por salud mental, los trastornos mentales y comportamentales muestran presencia en casi todos los ciclos vitales, con mayor expresión en jóvenes y adultos, lo cual se asocia a factores como estrés social, consumo problemático de sustancias psicoactivas y limitaciones en redes de apoyo emocional. Esto plantea la necesidad de fortalecer estrategias comunitarias de salud mental, detección temprana, consejería y fortalecimiento de rutas integrales de atención psicosocial, articuladas con el Plan Territorial de Salud Mental y la Política de Salud Mental nacional.

Finalmente, la baja presencia de morbilidad asociada a población migrante y algunos eventos transmisibles se explica por las características territoriales del municipio, su localización y dinámica poblacional estable. No obstante, garantizar la continuidad de acciones de APS, el trabajo intersectorial y la adaptación de los servicios a las necesidades reales del territorio sigue siendo fundamental para sostener las mejoras alcanzadas y anticipar posibles cambios en el perfil epidemiológico.

3.3 Análisis de cartografía social en la priorización de los efectos de salud

La cartografía social realizada en el municipio de Nariño permitió reconocer, desde la voz directa de la comunidad, cómo las condiciones sociales, económicas, territoriales y relacionales influyen en la salud y el bienestar. La participación de adultos mayores, madres gestantes y madres líderes, cuidadores, población LGBTIQ+, población víctima del conflicto armado, comerciantes, juntas de acción comunal (JAC), veeduría en salud, COPACOS y CMSSS, personas con discapacidad y comunidades rurales como Morro Azul, evidenció que la salud se vive y se interpreta de manera diferenciada según la experiencia cotidiana, las redes de apoyo disponibles y la relación con los servicios institucionales.

En el caso de las personas adultas mayores, surgió como efecto central el aumento de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, artrosis), acompañado de sentimientos de soledad, dependencia funcional y disminución en la participación comunitaria, especialmente en veredas dispersas donde las distancias y la disponibilidad de transporte dificultan la asistencia a controles y programas de actividad física. Las madres gestantes y madres líderes manifestaron necesidades relacionadas con el acompañamiento emocional durante el embarazo, el acceso oportuno al control prenatal, el parto seguro y el fortalecimiento de redes comunitarias de cuidado y apoyo, resaltando la importancia de entornos protectores para la primera infancia.

La población LGBTIQ+ compartió experiencias de discriminación, invisibilización y miedo al señalamiento, lo que impacta la búsqueda de servicios de salud y su bienestar emocional. Se enfatizó la necesidad de espacios seguros y de atención con enfoque diferencial. Los jóvenes y cuidadores señalaron la presencia de consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad y dificultades para la gestión emocional, asociadas a la falta de oportunidades laborales, vías limitadas de expresión y actividades recreativas reducidas. Estos hallazgos coinciden con lo expresado por docentes y líderes barriales, quienes relacionan el consumo y la

violencia intrafamiliar con situaciones de desocupación, estrés económico y ruptura del tejido familiar.

La población víctima del conflicto armado y comunidades rurales como Morro Azul visibilizaron persistencia de afectaciones emocionales y memorias traumáticas, junto con la necesidad de reparación simbólica y fortalecimiento de las redes sociales como soporte. De otro lado, las personas con discapacidad y sus cuidadores identificaron como efectos relevantes el agotamiento físico y emocional, la falta de servicios rehabilitadores cercanos y trámites administrativos prolongados, lo que incrementa la carga doméstica y reduce el bienestar familiar. Finalmente, las veedurías en salud, COPACOS y CMSSS señalaron barreras de acceso relacionadas con la oportunidad en la atención, la continuidad en tratamientos y el transporte sanitario, especialmente para la población rural.

De manera transversal, todos los grupos coincidieron en cuatro efectos prioritarios para la salud del territorio:

- ✓ Afectaciones en salud mental (depresión, ansiedad, estrés, consumo de SPA).
- ✓ Carga creciente de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estilos de vida y envejecimiento.
- ✓ Barreras de acceso geográfico y administrativo a los servicios, acentuadas en la zona rural.
- ✓ Debilitamiento de las redes de apoyo y del tejido social, con disminución de espacios colectivos de participación y acompañamiento.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en el territorio, promoviendo acciones extramurales continuas, espacios comunitarios de encuentro, estrategias pedagógicas para la promoción de la salud mental, acompañamiento familiar, actividades físicas y recreativas, y articulación intersectorial con educación, cultura, agricultura, deporte y protección social. La cartografía social constituye así una herramienta clave para reconocer no solo los problemas, sino también las capacidades del territorio, las voces de la comunidad y las acciones que pueden impulsar la transformación colectiva hacia mejores condiciones de vida y salud en Nariño.

CAPITULO IV Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio

El análisis de la matriz de núcleos de inequidad socio-sanitaria permite reconocer cómo las problemáticas identificadas en el municipio de Nariño son abordadas de manera conjunta por actores institucionales, comunitarios y sociales, aunque persisten retos importantes en articulación, cobertura y sostenibilidad. Las respuestas frente a las violencias intrafamiliares y basadas en género, el consumo de sustancias psicoactivas, el impacto de enfermedades crónicas, la inseguridad alimentaria, la salud mental y las brechas de acceso a servicios evidencian la necesidad de intervenciones intersectoriales que superen la atención individualizada y se orienten hacia la transformación de los determinantes sociales de la salud.

Desde el sector público, las respuestas institucionales se concentran en la Dirección Local de Salud, el Hospital San Joaquín, las Secretarías de Gobierno, Planeación, Educación y Desarrollo Territorial, que actúan mediante estrategias de promoción y prevención en el marco de la Atención Primaria en Salud, fortalecimiento de rutas de atención, jornadas comunitarias, actividades educativas y proyectos orientados al desarrollo rural y comunitario. Estas acciones buscan ampliar la cobertura, mejorar la accesibilidad y garantizar seguimiento, especialmente en temas como continuidad del cuidado materno y neonatal, control de enfermedades crónicas y acompañamiento psicosocial. No obstante, la capacidad operativa y los recursos disponibles siguen siendo limitados frente a las necesidades de las zonas rurales dispersas, donde los tiempos de desplazamiento, el acceso a transporte y la disponibilidad de equipos básicos dificultan la respuesta oportuna y continua.

En el ámbito comunitario, las Juntas de Acción Comunal, asociaciones campesinas, colectivos juveniles, comités de mujeres, grupos religiosos y organizaciones culturales desempeñan un papel fundamental en la sensibilización, la convocatoria y la participación social. Sus acciones favorecen la generación de espacios protectores, redes de apoyo, actividades educativas y acompañamiento emocional, que complementan las intervenciones institucionales. Sin embargo, estas organizaciones requieren fortalecimiento para garantizar su permanencia, autonomía operativa y capacidad de incidir en decisiones públicas. La participación comunitaria aún presenta limitaciones relacionadas con falta de formación para liderazgo, desigualdades de información y baja apropiación en procesos de control social.

Por otra parte, el análisis de la matriz evidencia la existencia de posibles tensiones o conflictos durante la ejecución de las intervenciones. Estos se presentan principalmente cuando las acciones institucionales implican cambios de prácticas culturales, hábitos familiares o dinámicas comunitarias, como sucede en temas de crianza, manejo de residuos, consumo de alcohol, relaciones de género o uso de servicios sanitarios. En estos casos, los actores involucrados pueden actuar como beneficiarios, oponentes o facilitadores. Mecanismos como las Mesas Municipales de Política Social, Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, Comité Municipal de Gestión del Riesgo y Comités de Convivencia Escolar cumplen un rol clave para mediar desacuerdos, promover acuerdos y fortalecer la corresponsabilidad social.

En síntesis, en Nariño se identifican capacidades instaladas y actores con potencial para responder a las inequidades en salud, pero el impacto de las intervenciones requiere profundizar la articulación intersectorial, fortalecer la participación comunitaria en la toma de decisiones, garantizar continuidad de los programas y mejorar la presencia territorial en zonas rurales. Avanzar en este propósito implica consolidar estrategias basadas en Atención Primaria en Salud con enfoque territorial, diferencial y de derechos, que integren los esfuerzos de las instituciones públicas, las organizaciones sociales y las comunidades en la construcción de entornos saludables y protectores.

CAPITULO V. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio

Tabla 37. Núcleo de inequidades con problemáticas priorizadas

Criterios Problemas	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	Viabilidad del problema o necesidad en salud	Puntaje total priorización
La violencia intrafamiliar persiste como una problemática que afecta la salud física y emocional de las familias, evidenciando dificultades en la gestión pacífica de conflictos y en el acceso a protección.	3 (Alto)	5 (Muy alto)	4 (Muy Alto)	3 (Alto)	2 (Muy Alto)	17
Las violencias basadas en género presentan una prevalencia significativa en el municipio, reflejando desigualdades estructurales y barreras sociales para la denuncia y el acompañamiento integral.	3 (Alto)	5 (Muy alto)	4 (Muy Alto)	3 (Alto)	2 (Muy Alto)	17
Las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión y la diabetes muestran una prevalencia creciente, asociada a estilos de vida no saludables y dificultades de seguimiento clínico continuo.	4 (Muy Alto) (Muy Alto)	4 (Alto)	4 (Muy Alto)	2 (Medio)	1 (Medio)	15
La continuidad en el cuidado materno y neonatal presenta dificultades, reflejadas en eventos adversos y necesidades de fortalecimiento en captación temprana y seguimiento del recién nacido.	3 (Alto)	4 (Alto)	3 (Alto)	3 (Alto)	2 (Muy Alto)	15
La población enfrenta demoras y barreras para acceder a servicios médicos de mayor complejidad, debido a la centralización regional de la oferta.	3 (Alto)	4 (Alto)	3 (Alto)	2 (Medio)	1 (Medio)	13
La población rural dispersa tiene menor acceso a servicios y actividades de salud, lo que retrasa la atención y limita la participación en promoción y prevención.	3 (Alto)	4 (Alto)	3 (Alto)	2 (Medio)	1 (Medio)	13
Se observa un incremento de síntomas emocionales como ansiedad y depresión en diferentes grupos poblacionales, afectando el bienestar y la calidad de vida.	3 (Alto)	4 (Alto)	3 (Alto)	2 (Medio)	1 (Medio)	13
El consumo problemático de alcohol y SPA en adolescentes y jóvenes se ha consolidado como un riesgo social y sanitario creciente.	3 (Alto)	4 (Alto)	3 (Alto)	2 (Medio)	1 (Medio)	13
Las desigualdades socioeconómicas, especialmente en población rural, profundizan la vulnerabilidad frente a enfermedades y limitan la capacidad de los hogares para satisfacer necesidades básicas.	3 (Alto)	4 (Alto)	3 (Alto)	2 (Medio)	1 (Medio)	13
El municipio no cuenta con oferta estable y continua de servicios de salud mental, lo que dificulta el acceso oportuno a atención psicosocial.	2 (Medio)	4 (Alto)	3 (Alto)	2 (Medio)	1 (Medio)	12
Persisten riesgos ambientales y sanitarios relacionados con la calidad del agua y la presencia de vectores, aumentando la vulnerabilidad a enfermedades prevenibles.	2 (Medio)	3 (Medio)	3 (Alto)	3 (Alto)	1 (Medio)	12
La atención diferencial para poblaciones específicas (discapacidad, cuidadores, etc.) es limitada.	2 (Medio)	4 (Alto)	3 (Alto)	2 (Medio)	1 (Medio)	12
Hogares rurales presentan dificultades para garantizar alimentos variados y nutritivos.	2 (Medio)	3 (Medio)	2 (Medio)	3 (Alto)	1 (Medio)	11
El entorno escolar requiere fortalecimiento en promoción del bienestar.	2 (Medio)	3 (Medio)	2 (Medio)	3 (Alto)	1 (Medio)	11
La oferta de actividades recreativas, culturales y deportivas es insuficiente.	2 (Medio)	3 (Medio)	2 (Medio)	3 (Alto)	1 (Medio)	11
La comunidad no incide de manera activa en las decisiones en salud, lo que limita la participación en la construcción de entornos saludables.	2 (Medio)	3 (Medio)	2 (Medio)	2 (Medio)	1 (Medio)	10

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO VI Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS

El análisis integral de la situación de salud del municipio de Nariño permitió identificar núcleos de inequidad socio-sanitaria vinculados tanto a los determinantes sociales como a la organización de la respuesta institucional y comunitaria. En concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (PDSP) y con el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo basado en Atención Primaria en Salud (APS), las propuestas de respuesta planteadas buscan avanzar hacia territorios saludables, resilientes, equitativos y con capacidad de autogestión comunitaria. Dichas propuestas priorizan la promoción de la salud, la prevención del daño y la atención integral con enfoque diferencial, de curso de vida, territorial y comunitario. Su orientación estratégica permite fortalecer la identificación temprana de riesgos, mejorar el acceso y continuidad del cuidado, y consolidar espacios protectores que incidan en bienestar y calidad de vida.

Las recomendaciones se estructuran de manera intersectorial, integrando actores gubernamentales, comunitarios, sociales y privados, y responden de manera directa a los siete ejes estratégicos del PDSP 2022-2031. Así, para problemáticas relacionadas con violencias intrafamiliares y de género, salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y cargas emocionales, se propone fortalecer la acción colectiva comunitaria, consolidar rutas de atención integral, ampliar espacios de educación emocional y corresponsabilidad, así como articular redes de cuidado y acompañamiento familiar. En el ámbito de las enfermedades crónicas, salud materna y acceso al sistema de salud, las soluciones se orientan hacia la gestión del riesgo en salud, la vigilancia comunitaria, la activación de equipos básicos extramurales y la disminución de barreras geográficas y administrativas, especialmente en zonas rurales dispersas.

De igual manera, en relación con las condiciones socioeconómicas, ambientales y alimentarias, se sugiere avanzar en el desarrollo territorial sostenible, la seguridad alimentaria, la gestión integral de residuos y la protección de fuentes hídricas, reconociendo que la salud depende también de la interacción equilibrada entre comunidad y entorno. El enfoque preventivo y predictivo implica fortalecer el rol de las comunidades como agentes activos, mediante la promoción de capacidades organizativas, el reconocimiento de sus saberes y la participación efectiva en la toma de decisiones. La APS se consolida como un modelo donde las familias y los territorios son protagonistas y no solo receptores de servicios.