

Análisis de Situación de Salud Participativo
Municipio de Pasto
2025

Secretaría de Salud de Pasto

Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Seguridad Social
Subsecretaría de Planeación y Calidad
Grupo ASIS

San Juan de Pasto, Noviembre 30 de 2025

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	7
METODOLOGÍA	8
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES	10
SIGLAS.....	11
1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	13
1.1 Contexto territorial.....	13
1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica.....	13
1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio.	15
1.2 Contexto poblacional y demográfico.....	17
1.2.1 Estructura Demográfica	18
1.2.2 Dinámica demográfica	22
1.2.3 Población con movilidad forzada y víctima de conflicto armado	25
1.2.4 Población LGBTQ+ - OSIGD	27
1.2.5 Población Migrante.....	28
1.2.6 Población Campesina	30
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.	31
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud.	35
Conclusiones	36
2. CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL	37
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio	37
2.2 Condiciones de vida del territorio.....	41
2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio	48
3. CAPÍTULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES.	51
3.1 Análisis de la morbilidad	51
3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad	52
3.1.2 Principales causas de morbilidad en salud mental.....	57
3.1.3 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores	61
3.1.4 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	63

3.1.5 Análisis de la población con discapacidad.....	65
Conclusiones de morbilidad.....	67
3.2 Análisis de Mortalidad	68
3.2.1 Mortalidad general.....	68
3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo	71
3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	80
Conclusiones de Mortalidad	90
3.3 Caracterización de las EAPB.....	90
3.4 Reconocimientos de los problemas en salud del territorio.....	94
3.4.1. Identificación de los problemas por la comunidad.....	94
3.4.2 Cartografía para identificación de los problemas por la comunidad	95
3.4.3 Priorización de los problemas en el territorio	100
3.4.4 Análisis de los determinantes sociales.....	101
4. CAPITULO IV. ANALISIS DE RESPUESTAS DE DIFERENTES ACTORES ANTE PROBLEMATICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD	103
4.1 Inclusión de actores en los problemas identificados (territorial e institucional) en contra o a favor del problema.....	103
4.2 Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades.	104
5. CAPITULO V. CONSTRUCCIÓN NÚCLEOS DE INEQUIDAD SOCIO SANITARIA A NIVEL TERRITORIAL.....	106
5.1 Elaboración y análisis de los núcleos de inequidad	106
5.2 Causas, indicadores, relación con determinantes y análisis en conjunto.....	111
6. CAPITULO VI. PROPUESTA DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022 – 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO – PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	113
6.1 Estrategias y respuestas en el marco del PDSP y modelo de salud preventivo – predictivo.....	113
6.2 Descripción de los aspectos destacados por cada eje	124
CONCLUSIONES	128
BIBLIOGRAFIA.....	130

Lista de tablas

Tabla 1. Distancias en Kilómetros a otros Municipios del Departamento.....	15
Tabla 2. Población total Municipio de Pasto, 2017-2025.....	17
Tabla 3. Población por pertenencia étnica y área de residencia, Pasto (Régimen subsidiado), 2024.	17
Tabla 4. Proporción de la Población por Ciclo Vital, Municipio de Pasto 2025.....	20
Tabla 5. Comportamiento Poblacional por Grupo de edades, Municipio de Pasto 2025.	20
Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica, Pasto, 2020, 2025 y 2030.	22
Tabla 7. Víctimas por tipo de hecho victimizantes, Pasto, 2025.	25
Tabla 8. Población Víctimas de desplazamiento por edad quinquenal y sexo, Pasto, 2025.	26
Tabla 9. Algunos Eventos de notificación a Sivigila en la Población LGBTQ+ en el Municipio de Pasto, en el periodo de Enero a Septiembre 2025.	27
Tabla 10. Atenciones en salud de población extranjera según régimen de afiliación comparativo Pasto-Nariño Año 2024.	30
Tabla 11. Meta y resultados del aseguramiento en el Municipio de Pasto 2020-2024.	33
Tabla 12. Población trabajadora formal e informal Nariño-Pasto 2024.	40
Tabla 13. Condiciones de trabajo, Municipio de Pasto 2024.	40
Tabla 14. Número de accidentes, enfermedades y muertes de tipo laboral en trabajadores de la economía formal, Pasto 2020-2024.	41
Tabla 15. Número (En Miles) y porcentaje de habitantes según condición de ocupación e informalidad, Pasto 2021–2024.	41
Tabla 16. Tasa de cobertura bruta de educación, Pasto, 2017 – 2024.....	42
Tabla 17. Condiciones de vida del Municipio de Pasto 2017-2024.....	43
Tabla 18. Frecuencia recién nacidos con bajo peso según edad gestacional, Pasto 2020- 2024.	43
Tabla 19. Frecuencia de recién nacidos con bajo peso pretérmino y a término según edad de la madre, Pasto 2022 -2024.	44
Tabla 20. Frecuencia de recién nacidos con bajo peso nacidos por cesárea o parto espontáneo, Pasto 2022 – 2024.	44
Tabla 21. Número de recién nacidos con bajo peso nacidos por cesárea según edad gestacional, Pasto 2022 - 2024.	45
Tabla 22. Caracterización sociodemográfica de pacientes de odontología de consulta por primera vez, Pasto 2021-2024.	48
Tabla 23. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales, Pasto 2017 - 2023.	49
Tabla 24. Morbilidad atendida por ciclo vital total, Municipio de Pasto, 2017–2024.	54
Tabla 25. Morbilidad atendida por subgrupo de causa total, Pasto 2017–2024.	56
Tabla 26. Morbilidad en Trastornos mentales y del comportamiento según Curso de Vida-total, Pasto, 2017 – 2024.	58
Tabla 27. Grandes causas de morbilidad específica en salud mental según Curso de Vida-total, Pasto, 2017 – 2024.	59
Tabla 28. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos, Pasto, 2017-2024.....	62
Tabla 29. Semaforización y tendencia de los eventos precursores Pasto, 2024.....	63

Tabla 30. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria, Pasto, 2017-2024.....	64
Tabla 31. Distribución según las categorías de Discapacidad, Pasto, 2025.	66
Tabla 32. Tabla de mortalidad general por 100.000 habitantes, ajustada por edad, Pasto, 2017–2024.....	68
Tabla 33. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general, Pasto, 2017–2024.....	69
Tabla 34. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general, Pasto, 2017 – 2024.	70
Tabla 35. Tasa de mortalidad por 100.000 Habitantes ajustada por edad para las enfermedades transmisibles, Pasto, 2017–2024.....	72
Tabla 36. Tasa de mortalidad por 100.000 Habs. ajustada por edad para las neoplasias de Pasto, 2017 - 2024.	73
Tabla 37. Tasa de mortalidad por 100.000 Habitantes ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio, Pasto, 2017–2024.....	74
Tabla 38. Tasa de mortalidad por causas externas por 100.000 habitantes, ajustada por edad, Pasto, 2017-2024.	75
Tabla 39. Tasa de mortalidad por 100.000 Habitantes ajustada por edad para las demás causas, Pasto, 2017–2024.	76
Tabla 40. Número de defunciones por trastornos mentales y del comportamiento por sexo, Pasto 2017 – 2024.	77
Tabla 41. Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas por sexo, Pasto 2017 – 2024.	78
Tabla 42. Número de defunciones por epilepsia por sexo. Pasto 2017 – 2024.....	78
Tabla 43. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, Pasto, 2017 - 2024.....	80
Tabla 44. Tasas específicas de mortalidad en menores de un año por 1.000 nacidos vivos-NV, total según la lista 6-67, Pasto, 2017– 2024.....	80
Tabla 45. Tasas específicas de mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años por 100.000 niños de 1 a 4 años, total según la lista 6-67, Pasto, 2017 – 2024.....	81
Tabla 46. Tasas específicas de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años, total según la lista 6-67, Pasto, 2017 – 2024.	82
Tabla 47. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Pasto, 2017- 2024.	88
Tabla 48. Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 NV por etnia, municipio de Pasto 2017– 2024.....	89
Tabla 49. Razón de mortalidad materna a 42 días por 1.000 NV, por área de residencia, Pasto 2017–2024..	89
Tabla 50. Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 NV por área de residencia, Pasto 2017 – 2024.	89
Tabla 51. Priorización de indicadores por EAPB, Municipio de Pasto 2024.....	91
Tabla 54. Propuestas de Respuesta y Recomendaciones en el Territorio en el Marco del PDSP 2022-2031 y el Modelo de Salud Preventivo-Predictivo Fundamentado en la Atención Primaria en Salud	114

Lista de figuras

Figura 1. Pirámide poblacional del Municipio de Pasto post COVID 2025.	19
Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, Municipio de Pasto 2020, 2025 y 2030.	21
Figura 3. Comparación Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad, Municipio de Pasto 2014 a 2024.	23
Figura 4. Pirámide poblacional migratoria por sexo en el Municipio de Pasto 2024.	29
Figura 5. Coeficiente de Gini para ingresos Nariño-Pasto 2017 – 2024.	38
Figura 6. Tasa de Desocupación, Municipio de Pasto 2017 - 2024.	39
Figura 7. Prevalencia de Tabaquismo por cuatrienio, San Juan de Pasto 2004 a 2022.	46
Figura 8. Pirámide poblacional de personas con diagnóstico de cáncer, Pasto 2019-2024.	47
Figura 9. Tasa Incidencia de Violencia de Género por 100.000 Habitantes, Pasto 2020-2024.	49
Figura 10. Casos y Tasa de Incidencia de Violencia Sexual por 100.000 Habitantes, Pasto 2020-2024.	49
Figura 11. Pirámide de la población en condición de discapacidad, Pasto, 2025.	65
Figura 12. Número de muertes por trastornos mentales y del comportamiento, Comparativo Nariño y Pasto 2017 – 2024.	77
Figura 13. Número de muertes por consumo de sustancias psicoactivas, Comparativo Nariño y Pasto 2017 – 2024.	78
Figura 14. Número de muertes por epilepsia comparativo Nariño y Pasto 2017 – 2024.	79
Figura 15. Razón de mortalidad materna por 100.000 NV, Municipio de Pasto 2017 – 2024.	84
Figura 16. Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 NV, Municipio de Pasto, 2017- 2024.	84
Figura 17. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 NV, Municipio de Pasto, 2017- 2024.	85
Figura 18. Tasa de mortalidad en la niñez por 1.000 NV, Municipio de Pasto, 2017- 2024.	85
Figura 19. Tasa de mortalidad por EDA por 100.000 menores de 5 años, Pasto, 2017 – 2024.	86
Figura 20. Tasa de mortalidad por IRA por 100.000 menores de 5 años, Pasto, 2017-2024.	86
Figura 21. Tasa de mortalidad por desnutrición por 100.000 menores 5 años, Pasto, 2017-2024.	87
Figura 22. Ejercicio participativo con representantes de la comunidad y de la institucionalidad.	96
Figura 23. Registro fotográfico del ejercicio de cartografía social.	97
Figura 25. Mesa de trabajo con líderes corregimientos Genoy, Mocondino y Jamondino.	99
Figura 26. Núcleo de aumento de la malnutrición en el municipio de Pasto.	106
Figura 27. Núcleo de aumento de lesiones autoinfligidas, violencia, consumo de SPA.	107
Figura 28. Núcleo de persistencia de eventos de muerte materna.	108
Figura 29. Núcleo de deficiencia en prestación de servicio de salud, oportunidad en citas y medicamentos y trato deshumanizado.	109
Figura 30. Núcleo de debilidad en la gestión del riesgo.	110

Lista de mapas

Mapa 1. División político-administrativa del Municipio de Pasto 2025.	13
Mapa 2. Ubicación de pueblos y comunidades étnicas, Municipio de Pasto.	16
Mapa 3. Distribución de IPS en el Municipio de Pasto.	34
Mapa 4. Concentración población con discapacidad según régimen de afiliación	66
Mapa 5. Mapas de cartografía social 2024 - 2025.	98

INTRODUCCIÓN

El ASIS es la primera de las once funciones esenciales de salud pública enmarcadas en la iniciativa "La salud pública en las Américas" (Organización Panamericana de la Salud), que dentro de las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública de mejorar las condiciones de las poblaciones, define "el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población".

El Análisis de la salud esencialmente, debe indagar la influencia de los determinantes sociales que generan brechas de desigualdad en toda la población, excediéndose del abordaje tradicionalista de la fracción de población que demanda servicios del sistema de salud. Su importancia radica en generar información que el componente técnico y político requiere para los procesos de conducción, gerencia, y toma de decisiones en salud de los territorios.

La Secretaría de Salud del Municipio de Pasto, ha construido el presente documento siguiendo las directrices para construir el ASIS del Ministerio de Salud y Protección Social en su documento "GUIA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA PARA LA CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) EN EL TERRITORIO" de enero 2024; que tiene como objetivo "Definir los elementos conceptuales y metodológicos para la construcción de Análisis de Situación en Salud (ASIS) con participación activa de los diferentes actores presentes en el territorio, que permita la identificación, caracterización y comprensión de las problemáticas y necesidades, acorde al contexto sociocultural y realidades del territorio".

Su metodología comprende tres componentes a desarrollar que son: primero el alistamiento, segundo el análisis y comprensión y tercero la socialización y posicionamiento que se alinean con los objetivos estratégicos del Plan de desarrollo nacional 2022 – 2031 y comprende seis capítulos: Capítulo I. Configuración del territorio, Capítulo II. Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y los enfoques diferenciales y territoriales, Capítulo 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, Capítulo IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio, Capítulo V Construcción de núcleos de inequidad sociosanitaria a nivel territorial y Capítulo VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio y su contraste con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.

METODOLOGÍA

Para esta versión del documento se establecen tres momentos y pasos para la construcción del ASIS, dentro del alistamiento que es el primer paso, se identifican fuentes de información e insumos, actores y territorios para el análisis, se definen escenarios, tiempos, espacios y convocatorias para el análisis.

Dentro del análisis y la comprensión que corresponde al segundo paso, se analizan datos cuantitativos y gráficos, se desarrollan escenarios participativos para consolidar e integrar información cualitativa y cuantitativa que explique los problemas y las necesidades de salud, se los prioriza con participación de actores sociales y finalmente se emiten conclusiones y soporte documental del proceso (Hanlon).

Para el tercer paso que corresponde a socialización y posicionamiento, se determinan y construyen medios y alternativas para socializar el ASIS, se realiza dicha socialización con diferentes actores y sectores del territorio y se entrega y publica el documento para conocimiento general y para toma de decisiones en salud en el territorio.

Para el análisis de tasas, el documento consultó los censos de 1985, 1993, 2005 y 2018, proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) actualizados posts Covid-19 y los indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico. Para el análisis de la morbilidad se utilizó información de 2017 a 2024 y para la mortalidad información de 2017 al 2024, de acuerdo con las bases de datos de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) consolidadas por el Departamento administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Así mismo se consultó los Registros individuales de Prestación de Servicios (RIPS) que recogen información de la morbilidad atendida por tipo de atención: consultas, urgencias, hospitalización y procedimientos de salud y arrojan datos por personas atendidas y por atenciones prestadas. El uso de estos registros generó una aproximación a la morbilidad atendida en el Municipio de Pasto y fue obtenida mediante los cubos del SISPRO del Ministerio de Salud y la Protección Social.

Finalmente se toman otras fuentes de información que constituyeron herramientas importantes para el ASIS, como el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública (SIVIGILA), el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), informes, encuestas y estudios poblacionales, entre otras. Teniendo la información consolidada a partir de cada una de las fuentes de información mencionada, se utilizaron diferentes métodos que cumplieron diversos objetivos puntuales.

El método de estimación y ajuste directo de tasas se usó con el fin de reconocer las principales causas de mortalidad y su tendencia a través del periodo 2017 a 2024, después de esto se realizó el análisis de carga de la mortalidad con los años de vida potencialmente perdidos que permitió dimensionar el impacto de la mortalidad temprana.

Presentación de la información analizada

Los datos cualitativos se presentan en tablas de frecuencias, gráficos de barras y gráficos de sectores o pastel. Los datos cuantitativos se pueden representar a través de tabla de distribución de frecuencias, histogramas, polígono de frecuencia, gráficas de barra de error, gráficas de líneas, diagrama de caja (box-plot), diagramas de puntos, gráficos de tallos y de hojas y gráfico de dispersión, entre otros.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

La Secretaría de Salud agradece a todas las personas, comunidades, instituciones, y sectores que participaron en la elaboración y construcción del Análisis de Situación de Salud-ASIS participativo del Municipio de Pasto en el periodo 2024 y 2025.

Instituciones:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- DANE
- IDSN
- Entidades y Actores comunitarios

Dimensiones Prioritarias:

- Vigilancia en Salud Pública
- Salud Ambiental - Zoonosis
- Convivencia Social y Salud Mental
- Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos
- Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles
- Salud Pública en Emergencias y Desastres
- Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles
- Salud y Ámbito Laboral

Dimensiones Transversales:

- Dimensión Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables
- Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud

Personas:

- Dr. Nicolás Toro, Alcalde de Pasto
- Dra. Daniana Maritza de la Cruz, Secretaria de Salud Municipal
- Dra. Mariluz Moncayo, Subsecretaria de Seguridad Social
- Dr. Mario Delgado, Subsecretario de Planeación y Calidad
- Dr. Jesús Ariel Delgado, Subsecretario de Salud Pública
- Dr. Álvaro Giovanni Jurado Gámez, Epidemiólogo contratista Secretaría de Salud
- Edwin Alexander Lizarazo Herrera, Estadístico Contratista Secretaría de Salud
- Andrea Cerón Burgos, Profesional Especializado Área Salud – Epidemióloga Vigilancia en Salud Pública

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC: Cuenta de Alto Costo
CDGRD: Consejo departamental para La Gestión del Riesgo de Desastres (Antiguo CREPAD)
CMPGRD: Consejo Municipal para la Gestión del Riesgo de desastres. (Antiguo CLOPAD)
CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
CORPONARIÑO: Corporación Autónoma Regional de Nariño
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dpto: Departamento
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ESI: Enfermedad Similar a 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
IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%
INGEOMINAS: Instituto Colombiano de Geología y Minería
INVIAS: Instituto Nacional de Vías.
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
LI: Límite inferior
LS: Límite superior
MAVDT: Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
MEF: Mujeres en edad fértil
Mpio: Municipio
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
No: Número
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
PDPAD: Plan Departamental para la Prevención y Atención de Desastres
PMGRD: Plan Municipal para la gestión del Riesgo de desastres.
POT: Plan de Ordenamiento Territorial
PIB: Producto Interno Bruto
PSD: Población en Situación de Desplazamiento Forzado
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

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

SEM: Secretaría de Educación Municipal

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

UDENAR: Universidad de Nariño

UNGRD: Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano.

ZAVA: Zona de Amenaza Volcánica Alta (Volcán Galeras Pasto)

PEA: Población en edad de trabajar

DS: Personas desocupadas

OC: Personas ocupadas

1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

El primer capítulo caracteriza el territorio del Municipio de Pasto en los contextos territorial y demográfico en los ámbitos departamental y municipal.

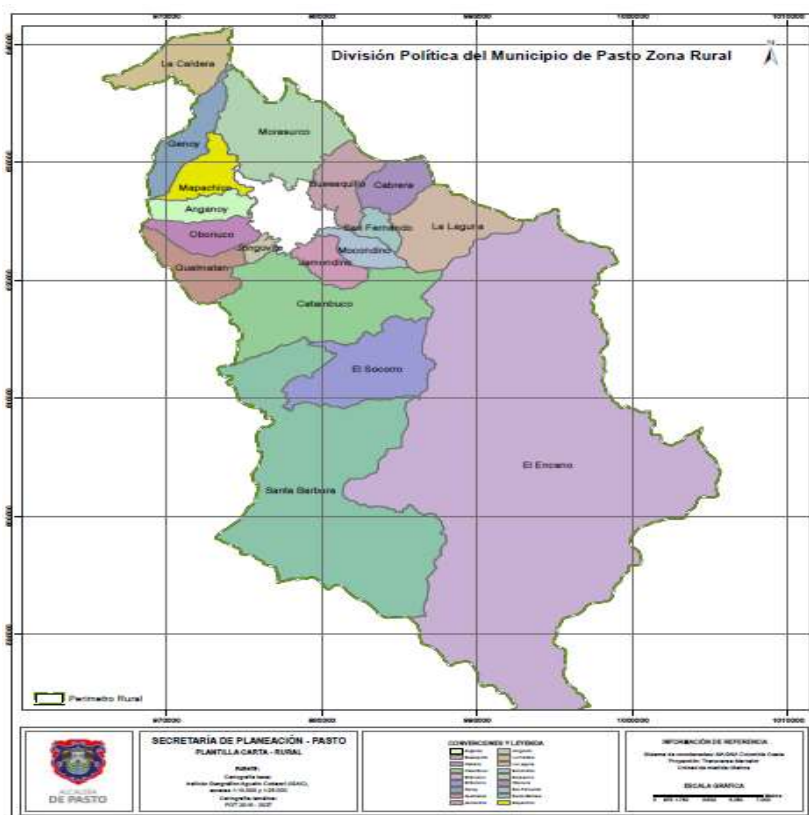
1.1 Contexto territorial

En este contexto se abordan aspectos claves para describir la relación del territorio y la salud de las personas.

1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica

El municipio de Pasto está situado en el Sur occidente de Colombia, ubicado en un valle interandino a 2.559 msnm y al pie del volcán Galeras, en medio de la Cordillera de los Andes, en el Nudo de los Pastos, limita por el norte con los municipios de Florida, Chachagüí y Buesaco; por el sur con los Municipios de Tangua, Funes, Putumayo; al oriente con el Departamento del Putumayo y al occidente con los municipios de Tangua y Consacá.

Mapa 1. División político-administrativa del Municipio de Pasto 2025.



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública-Sistema de Información Geográfico Participativo en Salud Pública.

En cuanto a la división política del municipio, Pasto cuenta con 12 comunas, que concentran el 77,9% de la población, y 18 corregimientos, donde reside el 22,1% de los habitantes. Entre los corregimientos más cercanos a la ciudad se encuentran Buesaquillo y Cabrera, ambos a 4 km, y Catambuco, a 5 km. Para 2024 se reconoce administrativamente al corregimiento de Anganoy que también es cercano a la ciudad y se consideraba barrio anteriormente.

Los corregimientos más distantes incluyen El Encano, a 27 km, y La Caldera, a 30 km. Algunos corregimientos, como Genoy, Gualmatán y Mapachico, están ubicados cerca del volcán Galeras, por lo que son influenciados por su actividad. Las altitudes varían entre 1,900 m.s.n.m. en La Caldera y 2,820 m.s.n.m. en Cabrera y El Encano, con temperaturas que oscilan entre 7°C y 30°C, según la ubicación y altitud.

Características físicas del territorio

Pasto, ubicada en el nudo de los pastos, se caracteriza por alta nubosidad y variaciones de precipitación, con un clima conectado con la Región Amazónica. La temperatura promedio es de 14°C, con una visibilidad de 10 km y una humedad del 60-88%. Cuenta con pisos térmicos variados y una notable biodiversidad, destacándose importantes accidentes geográficos como el volcán Galeras y varios cerros. Pasto está influenciado por las vertientes hídricas de la región Pacífica y Amazónica, con tres cuencas principales que proveen una importante reserva hídrica. La laguna de La Cocha, un humedal RAMSAR, alberga la isla de La Corota, un santuario de flora y fauna.

En cuanto a Zonas de riesgo, Pasto cuenta con amenazas de tipo natural como los deslizamientos por construcciones en zonas críticas y fallas en la planeación territorial; la actividad sísmica, la erupción volcánica por su cercanía con el Volcán Galeras y su topografía, la expansión urbana desordenada aumenta esta vulnerabilidad., la zona de amenaza volcánica alta (ZAVA) del Galeras, por ejemplo, afecta a 3,294 personas y 1,225 viviendas en el municipio, especialmente en corregimientos como Genoy, Mapachico y Obonuco.

Otra amenaza son las inundaciones en invierno por fuentes hídricas, las áreas más amenazadas incluyen al río pasto, la cuenca de Mijitayo o debido a problemas de alcantarillado en barrios aledaños a dichas fuentes hídricas como Centenario, los Aquines, Morasurco, barrio Popular, Pucalpa, Los Pinos, La Carolina, Mijitayo y San Felipe, debido a crecidas repentinas.

Otra amenaza es la explotación minera y se clasifica como de prioridad II, pues la extracción subterránea de materiales arenosos o piedra se ha extendido al interior del casco urbano. Se identifican además diversas amenazas antrópicas, tanto intencionales como no intencionales, como incendios de cobertura vegetal, afluencia masiva de personas, accidentes de tránsito y áreas influenciadas por líneas de conducción eléctrica.

En cuanto a amenazas de alta peligrosidad, existen 47 estaciones de servicio de gasolina en el municipio, muchas de las cuales están en el casco urbano. Además, la red de distribución de gas propano, el inadecuado almacenamiento y distribución de oxígeno, la actividad de polvoreras y las

plantas de generación de energía ubicadas en los ríos Pasto, Ingenio y Bobo, con capacidades de 3,8 mW, 1,5 mW y 0,2 mW, respectivamente.

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

Accesibilidad geográfica

El acceso aéreo a Pasto se realiza a través del Aeropuerto Antonio Nariño, ubicado en Chachagüí, a 29 km de la ciudad. Por vía terrestre, está conectada al norte con Popayán y al sur con Ipiales y Ecuador por la carretera Panamericana, siendo 865 km la distancia a Bogotá, con un viaje promedio de 22 horas. Hacia el occidente se conecta con Tumaco por una carretera de 284 km y al oriente con Mocoa a 145 km. El terminal terrestre de Pasto atiende un promedio de dos millones de pasajeros al año. En la siguiente tabla se describen las distancias en Kilómetros a otros Municipios del Departamento desde pasto:

Tabla 1. Distancias en Kilómetros a otros Municipios del Departamento.

Municipio	Distancia (Km)	Tipo de Transporte	Tiempo Estimado de Traslado	Estado de la Carretera
Ancuya	71	Terrestre –Bus	3 horas	Mixta
Consacá	50	Terrestre –Bus	1 hora 10 min.	Mixta
Linares	94	Terrestre – Bus	4 horas	Destapada
Samaniego	117	Terrestre -Bus	2 horas 30 min	Pavimentada
Sandoná	46	Terrestre-Bus	1 hora	Mixta
Yacuanquer	25	Terrestre –Bus	40 minutos	Pavimentada
Ipiales	82	Terrestre –Bus	1 hora 30 min	Pavimentada
Cumbal	120	Terrestre –Bus	2 horas 30 min	Mixta
Guachucal	99	Terrestre –Bus	2 horas	Mixta
Pupiales	91	Terrestre –Bus	2 horas	Mixta
Túquerres	72	Terrestre –Bus	1 hora 30 min	Pavimentada
Guaitarilla	64	Terrestre –Bus	1 hora 10 min	Mixta
Sapuyes	80	Terrestre –Bus	2 horas	Mixta
La Unión	92	Terrestre –Bus	2 horas 30 min	Mixta
La Cruz	103	Terrestre –Bus	3 horas	Mixta
San Pablo	123	Terrestre –Bus	3 horas	Mixta
Belén	92	Terrestre –Bus	2 horas	Mixta
Berruecos	78	Terrestre –Bus	2 horas 30 min	Mixta
Tumaco	300	Terrestre –Bus	5 horas	Pavimentada
Barbacoas	236	Terrestre –Bus	10 horas	Trocha
Mosquera	513	Fluvial desde Tumaco	18 horas	No Hay
Ricaurte	142	Terrestre -Bus	2 horas 30 min	Pavimentada
El Charco	465	Fluvial desde Tumaco	14 horas	No hay
Roberto Payán	270	Terrestre -Bus	15 horas	Trocha
El Tablón	62	Terrestre -Bus	1 hora	Pavimentada

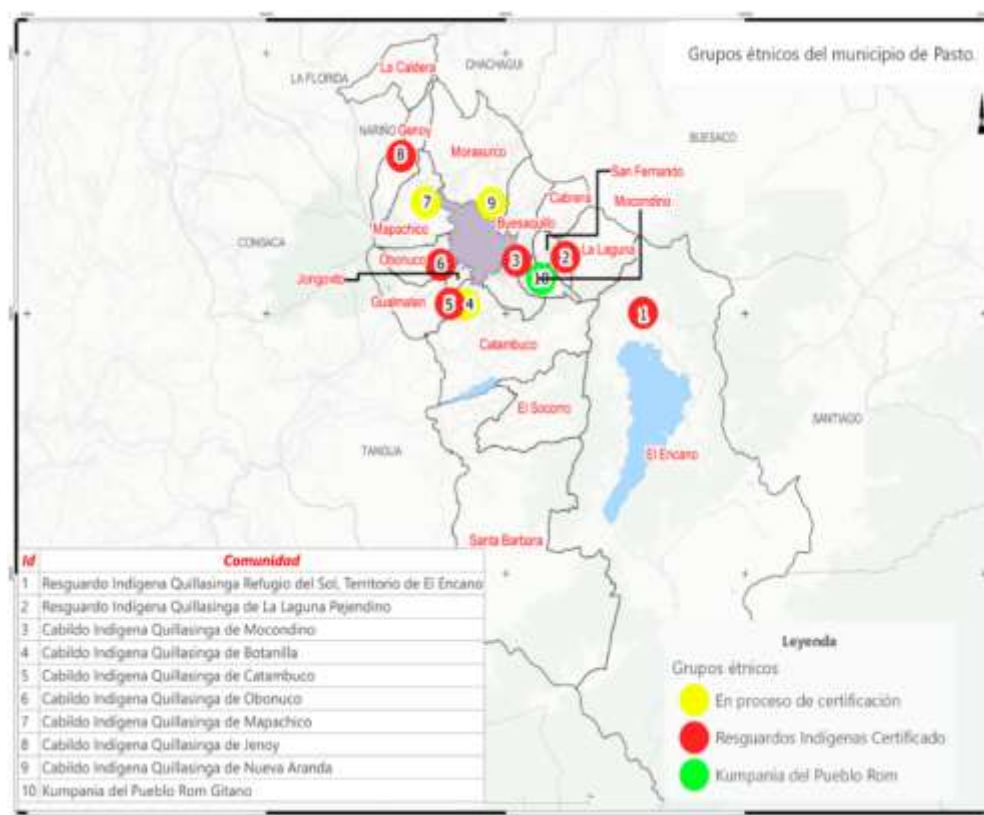
Fuente: Página Web Alcaldías Municipios

En cuanto a las vías de comunicación de Pasto con los diferentes pueblos y comunidades étnicas, en los diferentes corregimientos donde permanecen los diferentes cabildos del pueblo Quillasinga podemos mencionar que se cuenta con dos tipos de vías de comunicación. En el corregimiento de Obonuco se encuentra el cabildo Quillasinga, y su prioridad es mejorar la vía del sector Divino Niño.

En Mocondino, donde está el cabildo indígena y la comunidad Rom, se requiere un viaducto debido a vías inadecuadas. Catambuco, con cabildos Quillasingas, busca mejoras en acueducto y vías en varias veredas. La Laguna, hogar del resguardo indígena Laguna-Pejendino, enfrenta problemas de movilidad por el mal estado de las carreteras. Genoy, con un cabildo Quillasinga, necesita mejorar rutas para transportar productos.

El Encano, con el resguardo indígena Refugio del Sol, requiere mejoras en caminos ecológicos y puentes. Mapachico, cercano al volcán Galeras, demanda una ruta de acceso pavimentada. La Comuna 10, con el cabildo Quillasinga Nueva Aranda, prioriza pavimentación de calles en mal estado para mejorar el acceso urbano. En botanilla el resguardo Quillasinga y cabildo en contexto de ciudad Pastumánda Kabildú Inga y Pueblo de los Pastos.

Mapa 2. Ubicación de pueblos y comunidades étnicas, Municipio de Pasto.



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública-Sistema de Información Geográfico Participativo en Salud Pública.

1.2 Contexto poblacional y demográfico.

El Municipio de Pasto, para el 2025 presenta una población total de 415.937 habitantes, según proyecciones DANE en base al censo Nacional de Población y Vivienda realizado el año 2018 y actualizado post Covid-19. El crecimiento poblacional del municipio tiende a ser constante; de 2017 a 2024 la población total del municipio se ha incrementado 6,45% con respecto al año 2017, además se observa que en promedio la población está aumentando en 3.151 habitantes por año. Según la proyección DANE de la población 2025 la densidad poblacional corresponde a 352 habitantes por Km² aproximadamente.

Tabla 2. Población total Municipio de Pasto, 2017-2025.

Año	Población
2017	390.727
2018	392.930
2019	392.748
2020	402.073
2021	405.730
2022	408.358
2023	410.835
2024	413.484
2025	415.937

Fuente: DANE, Estimaciones de población municipal 2017-2024 / Proyecciones y retroproyecciones de población calculadas con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda. CNPV - 2018. Actualización Post Covid-19.

El porcentaje de la población por área de residencia expresa el peso relativo de la población urbana o rural con respecto a la población total. De acuerdo con las estimaciones DANE post COVID para 2025, la población urbana es un 77,9% (323.853 habitantes) y la rural un 22,1% (92.084 habitantes) de la población total con un grado de urbanización del 77,9%.

Tabla 3. Población por pertenencia étnica y área de residencia, Pasto (Régimen subsidiado), 2024.

Población étnica	Población urbana		Población rural		Población total	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Indígena	6.496	5.912	5.281	4.364	11.777	10.276
Rom (gitana)	23	21	2	2	25	23
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	30	20	3	7	33	27
Palenquero de San Basilio	3	9	1		4	9
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	1.640	1.499	314	299	1.954	1.798

Fuente: FTP MINSALUD – ADRES, Red Nacional de Información – RNI, Listado Censal Subsecretaría de Seguridad Social SMS Pasto 10/2025.

En cuanto a la distribución de hogares y viviendas de acuerdo con el censo DANE 2018, se reportan 105.477 viviendas en la cabecera municipal, con 91.603 hogares y 274.200 personas; para centros

poblados y rural disperso de 25.312 viviendas, con 22.129 hogares y 78.126 personas; para un total municipal de 130.789 viviendas, con 113.732 hogares y 352.326 personas.

En cuanto a la distribución de hogares y viviendas de acuerdo con el censo DANE 2018, se reportan 105.477 viviendas en la cabecera municipal, con 91.603 hogares y 274.200 personas; para centros poblados y rural disperso de 25.312 viviendas, con 22.129 hogares y 78.126 personas; para un total municipal de 130.789 viviendas, con 113.732 hogares y 352.326 personas. En cuanto a la distribución de Población con pertenecía a pueblos y comunidades étnicas, de acuerdo con el censo de las etnias reconocidas en Colombia, la mayor cantidad corresponden a indígenas y afrocolombianos.

En la tabla anterior, se puede observar que en el Municipio de Pasto, la población étnica con mayor influencia es la indígena, teniendo en cuenta que según la base de datos del Listado Censal Municipio de Pasto en 2025, en total se tienen 22.053 indígenas de los cuales 9.645 (43,7%) habitan en la zona rural del Municipio y 12.408 (56,3%) habitan en la zona urbana. En segundo lugar la población étnica Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente con un total de 3.752, con el mayor porcentaje (83,7%) asentada en la zona urbana, seguido de la población Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia con un total de 60 donde el 55,0% pertenecen al género femenino y residen en mayor medida en el área urbana del municipio. Por último, se presenta un porcentaje menor de personas pertenecientes a los grupos étnicos Rom (gitana) y Palenquero de San Basilio donde su residencia está situada en la zona urbana del Municipio de Pasto.

Factores que afectan las condiciones de vida de la población étnica.

En mesas de trabajo con territorios se identifica que las comunidades étnicas de Catambuco, Gualmatán, Mocondino, El Encano, Genoy y la Comuna 10 enfrentan diversas problemáticas sociales y ambientales, a pesar de compartir una conexión cultural y territorial; por ejemplo el desalojo y pérdida de territorio debido a la urbanización y la llegada de fábricas, lo que pone en riesgo su cultura y tradiciones; incremento de inseguridad y consumo de sustancias psicoactivas, atención médica insuficiente, problemas ambientales como la escasez de agua, el mal manejo de residuos y la contaminación industrial impactan tanto la salud como el entorno.

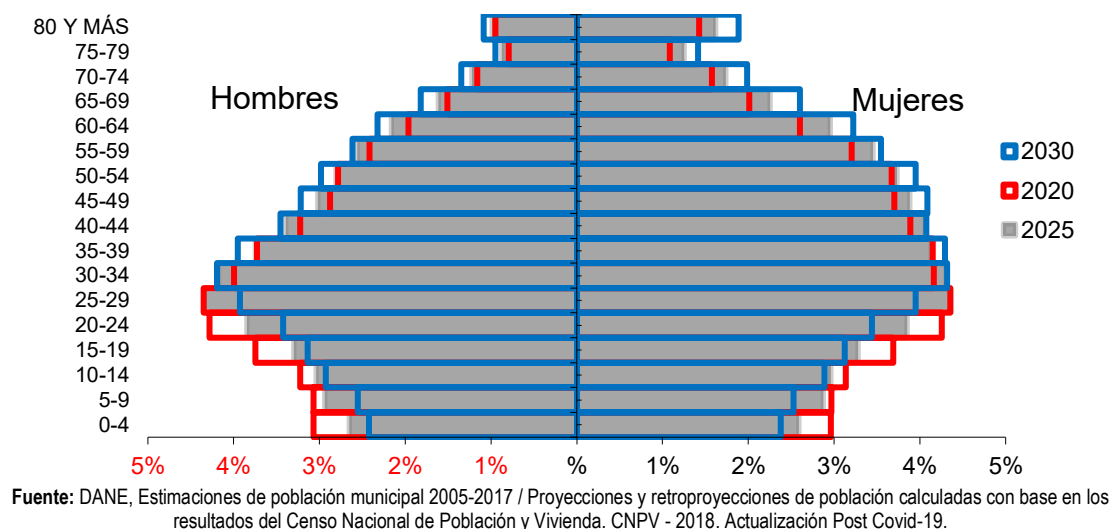
Dentro de los aspectos favorables se encuentra que las comunidades preservan sus prácticas culturales, rituales y celebraciones, fortaleciendo su identidad; valoran profundamente su conexión con la naturaleza, especialmente en sitios sagrados como el Río Bobo, que son importantes para su cultura y además, promueven iniciativas de sostenibilidad, como el cultivo de alimentos orgánicos, para mejorar la salud y fomentar la autosuficiencia alimentaria o las empresa cooperativa.

1.2.1 Estructura Demográfica

En el Municipio de Pasto y de acuerdo con proyecciones poblacionales DANE, hay una disminución de la natalidad en la pirámide, pasando del 6,0% de la población total en 2020 al 5,2% en 2025, y se espera que llegue al 4,8% para 2030. La población se concentra principalmente en los grupos de edad de 25 a 29 años y de 30 a 34 años en 2025. Esto indica una pirámide poblacional regresiva,

caracterizada por una disminución de la natalidad, un aumento de la esperanza de vida y una población más envejecida; los menores de 15 años representan solo el 17,1%, mientras que el 71,4% está en edad productiva y el 11,6% son adultos mayores en 2025.

Figura 1. Pirámide poblacional del Municipio de Pasto post COVID 2025.



Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, el porcentaje de hombres en Pasto era del 47,15% en 2020, disminuyendo al 46,69% en 2025, con una proyección de 46,32% para 2030. En el grupo de edad de 80 años y más, las mujeres superan a los hombres, reflejando una mayor esperanza de vida.

Población por grupo de edad y cambios en la proporción por grupo etario

De acuerdo con estimación DANE para 2025, se observó una disminución en la población de los grupos de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, mientras que los grupos de adultez y adulto mayor aumentan. A partir de los 26 años, hay un leve incremento en la población tanto masculina como femenina. Este cambio es relevante no solo para la situación laboral, sino también para la administración de la atención primaria en salud, enfatizando la importancia de la atención preconcepcional y el derecho de las mujeres a su salud sexual y reproductiva.

En cuanto al comportamiento por grupos de edades, la población menor de un año según DANE ha mostrado una disminución constante desde 1985 (7.457) hasta 2025 (4.280), atribuida a la baja natalidad y al número de hijos por mujer en el municipio. El grupo de menores de 15 años también ha decrecido, pasando de 100.556 en 1985 a 70.929 proyectados para 2025. En contraste, la población en edad productiva (15 a 59 años) ha aumentado de 170.544 en 1985 a 275.634 para 2025, indicando una creciente presión en el mercado laboral que exige más oportunidades de empleo.

Tabla 4. Proporción de la Población por Ciclo Vital, Municipio de Pasto 2025.

Ciclo vital	Número absoluto	Frecuencia Relativa (%)
Primera infancia (0-5 años)	26.528	6,4
Infancia (6 a 11 años)	29.294	7,0
Adolescencia (12 a 18 años)	36.704	8,8
Juventud (14 a 26 años)	78.739	18,9
Adultez (27 a 59 años)	201.993	48,6
Persona mayor (60 y más años)	69.374	16,7

Fuente: DANE - Proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Actualización Post Covid-19.

Además, la población de 60 años o más ha crecido de 24.472 en 1985 a una proyección de 69.374 en 2025, representando más del 16,7% de la población total; como se aprecia en la siguiente tabla. Este cambio demográfico resalta la necesidad de políticas públicas que aborden las necesidades de los adultos mayores en la comunidad.

Según el DANE, en 1985 y 1993, la población de mayores de 80 años representaba la menor proporción, mientras que en 2020, 2025 y 2030, este grupo se ve superado por los menores de un año. Los grupos más numerosos en 1985 y 1993 eran los de 5-14 años y 25-44 años, pero para 2020, 2025 y 2030, los grupos predominantes son los de 25-44 años y 45-59 años. A lo largo de los años, la proporción del grupo de 25 a 44 años ha aumentado notablemente, pasando del 25,8% al 32,5%.

Tabla 5. Comportamiento Poblacional por Grupo de edades, Municipio de Pasto 2025.

Grupos de edad	2025
< 1 año	4.280
1 - 4 años	17.513
5 -14 años	49.136
15 - 24 años	59.409
25 – 44 años	135.279
45 – 59 años	80.946
60 – 79 años	58.539
> 80 años	10.835
Total	415.937

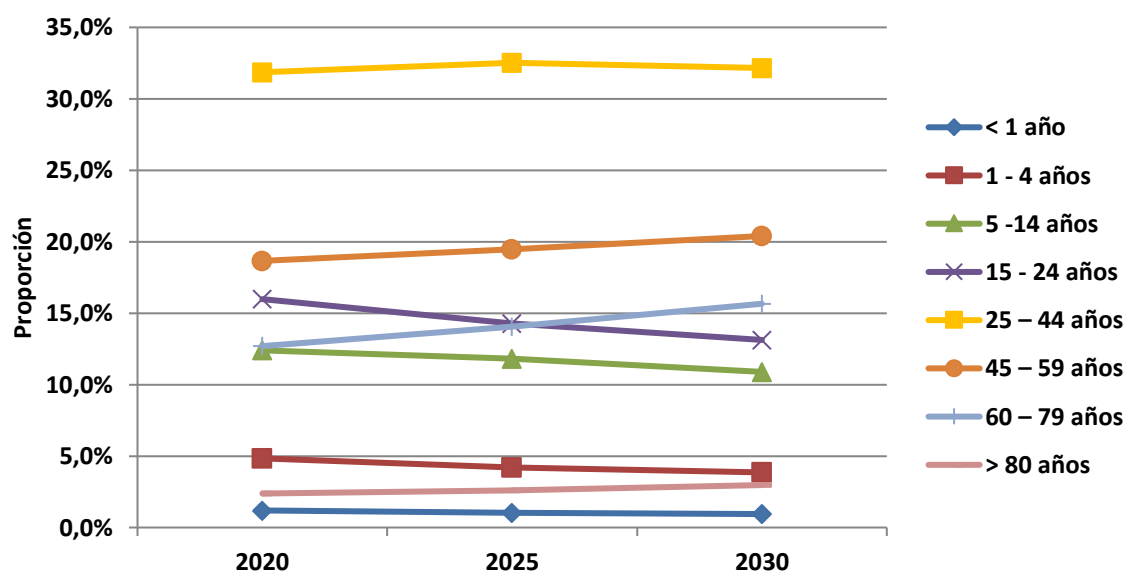
Fuente: DANE - Proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Actualización Post Covid-19.

La información de la población de acuerdo con el censo de las etnias reconocidas en Colombia, indígena, afrocolombiana, negra, palanquera, raizal, Rom o gitana se obtuvo de la base de datos del listado Censal del Municipio de Pasto. Por lo anterior, se presenta en la siguiente tabla la población por pertenencia étnica y área de residencia con respecto a la población anteriormente determinada.

De acuerdo a la **pertenencia étnica** por área de residencia, se puede observar que en el Municipio de Pasto, la población étnica con mayor influencia es la indígena, teniendo en cuenta que según base de datos del Listado Censal Municipio de Pasto en 2025, en total se tienen 22.053 indígenas de los cuales 9.645 (43,73%) habitan en la zona rural del Municipio y 12.408 (56,26%) habitan en la zona

urbana, en segundo lugar la población étnica Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente con un total de 3.752, con el mayor porcentaje (83,66%) asentada en la zona urbana, seguido de la población Raizal y Rom (Gitana) con un total de 60 y 48 para cada etnia respectivamente, donde mayormente pertenecen al género femenino y residen en el área urbana del municipio.

Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, Municipio de Pasto 2020, 2025 y 2030.



Fuente: DANE - Proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Actualización Post Covid-19.

Por último, se presenta un porcentaje mínimo de personas perteneciente al grupo étnico Palenquero de San Basilio donde la mayoría del total de la población son hombres y su residencia está situada en la zona urbana del Municipio de Pasto.

Factores que afectan las condiciones de vida de la población indígena

El municipio cuenta con presencia del Pueblo Quillasinga en dos resguardos: Refugio del Sol del corregimiento del Encano – Laguna Pejendino del corregimiento de la Laguna. Cuatro cabildos certificados por el Ministerio del Interior: Genoy, Mapachico, Catambuco y Mocondino. Tres cabildos en proceso de certificación: Mapachico, Nueva Aranda y Botanilla. Además de ello se cuenta con población indígena de otros pueblos del departamento de Nariño como AWA e INGA, asentadas por situaciones de conflicto armado en el municipio, al igual que algunas personas del pueblo Quillasinga.

Aunque difieren en costumbres y culturas, todas estas personas se enfrentan a las mismas realidades, de igual dureza: desalojos de sus tierras ancestrales, negación de oportunidades para expresar sus culturas, agresiones físicas y trato como ciudadanos y ciudadanas de segunda, entre otras.

Indicadores demográficos

Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica, Pasto, 2020, 2025 y 2030.

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Población total	402.073	415.937	425.766
Población Masculina	189.579	194.197	197.223
Población femenina	212.494	221.740	228.543
Relación hombres: mujer	89	88	86
Razón niños: mujer	21	19	18
Índice de infancia	18	17	16
Índice de juventud	25	23	21
Índice de vejez	11	12	13
Índice de envejecimiento	57	68	83
Índice demográfico de dependencia	40,72	40,09	40,39
Índice de dependencia infantil	25,93	23,89	22,03
Índice de dependencia mayores	14,79	16,20	18,37
Índice de Friz	87,00	76,94	69,51

Fuente: DANE - Proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Actualización Post Covid-19.

En cuanto al análisis de algunos indicadores demográficos en el municipio, para 2019 por cada 89 hombres aproximadamente había 100 mujeres, mientras que para el año 2025 por cada 88 hombres, había 100 mujeres; por cada 21 niños y niñas (0-4 años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49 años), mientras que para el año 2025 por cada 19 niños y niñas (0-4 años), había 100 mujeres en edad fértil. De 100 personas, 18 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 17 personas.

De 100 personas, 25 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 23 personas. De 100 personas, 11 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 12 personas. Y por cada 100 personas menores de 15 años, había 57 de 65 años o más, mientras que para el año 2025 por cada 100 menores de 15 años, había 68 personas de 65 o más años.

El Índice de Friz representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Este índice de 2020 a 2025 se acerca a 60 lo que se considera una transición hacia una población envejecida.

1.2.2 Dinámica demográfica

La Tasa de Crecimiento Natural: Entendiendo que es la diferencia entre la tasas de nacimientos y la tasa de defunciones de un territorio y que sus valores se interpretan como bajo < de 0,5%, medio entre 0,5 y 1,5% y alto > de 1,5%; para el periodo 2014-2024 Pasto ha crecido a una velocidad media de aproximadamente 0,43% (en todos los periodos fue menor que 1), ya que los nacimientos y las defunciones aumentan a una razón similar; igual forma sucede en el Departamento de Nariño, donde

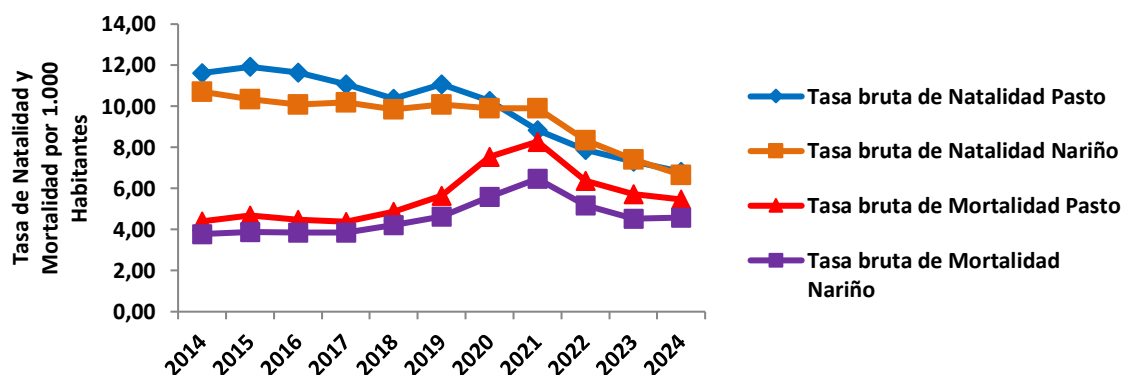
la media en el mismo periodo fue de 0,48%. (Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025).

Tasa Bruta de Natalidad Pasto: Durante el periodo de 2014 a 2024 la tasa bruta de Natalidad del Municipio de Pasto presenta una tendencia a la disminución pasando de 11,63 en 2014 a 6,81 nacimientos por cada 1.000 habitantes del Municipio de Pasto en 2024.

Tasa Bruta de Mortalidad: Esta tasa en el Municipio de Pasto paso de 4,40 defunciones por cada 1.000 habitantes en 2014, entre los años 2015 y 2018 la tasa se mantuvo constante con un promedio alrededor de 4,6 defunciones por 1.000 habitantes, pero en 2019, 2020 y 2021 aumento con respecto al año inmediatamente anterior; para posteriormente en los años de 2022, 2023 y 2024 disminuir hasta situarse en 5,46 defunciones por cada 1.000 habitantes.

También se puede evidenciar que durante este periodo de estudio esta tasa siempre estuvo por encima de la registrada por el Departamento de Nariño por efecto COVID.

Figura 3. Comparación Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad, Municipio de Pasto 2014 a 2024.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

Otros indicadores de la dinámica de la población

La Tasa General de Fecundidad

De acuerdo con el SISPRO 2025, este indicador es de 24,3 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (15 a 49 años) en el año 2024 para Pasto, que es menor comparado con el departamento que para ese mismo año fue de 24,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil.

La Tasa Global de Fecundidad –TGF

Las mujeres pastusas tendrían una media aproximadamente de un hijo durante sus años reproductivos (TGF: 0,82) y la misma situación se presenta para el departamento de Nariño (0,83).

Tasa de Reproducción

Es el número promedio de hijas que una mujer o grupo de mujeres tendría durante su vida si se ajustara a las tasas de fecundidad por edad específica para años particulares durante su período reproductivo. En 2024 la tasa bruta de reproducción en Pasto fue de 0,44, lo que significa que una mujer, o un grupo de mujeres, tuvieron en promedio una hija a lo largo de su vida. En Nariño, esta tasa también fue de 0,43 para el mismo año.

Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años

Entre 2014 y 2024, las tasas de fecundidad en jóvenes de 10 a 14 años en el Municipio de Pasto disminuyeron significativamente, de 1,97 a 0,73 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres. Se observó que desde 2018, la tasa fluctuó presentándose una disminución significativa en los años de 2021 y 2022, hasta finalizar en 0,73 en 2024, siempre por debajo de la tasa del Departamento de Nariño.

Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años

Para 2024 el análisis de la tasa de nacidos vivos en el Municipio de Pasto muestra una tendencia a la disminución, pasando de 51,58 por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años a 14,54, manteniéndose por debajo de la tasa del Departamento en todo el periodo observado. Similar a Pasto, la tasa en el Departamento de Nariño disminuyó significativamente en 2024 en comparación con el año 2022 y 2023. De acuerdo con información SISPRO 2025, si comparamos las tasas específicas de la fecundidad en niñas de 10 a 14 años y de 15 a 19 años en el Municipio de Pasto para los años 2022, 2023 y 2024; en 2024, la tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años disminuyó a 0,73 nacimientos por cada 1.000, comparado con 0,89 en 2022 y 1,13 en 2023, lo que representa 3 embarazos menos en este grupo. Asimismo, en mujeres de 15 a 19 años, la tasa también bajó a 14,54 nacimientos por cada 1.000, frente a 21,04 en 2022 y 17,52 en 2023.

Población Víctima según Etnias

De las víctimas del conflicto reportadas en el municipio de Pasto por etnias en el año 2025 en el marco del conflicto se encuentra con mayor número de casos la población indígena con 2.323 casos de los cuales el 43,73% (1.016) fueron presentados en hombres y el 56,26% (1.307) en mujeres, con respecto al grupo de edad el de 30 a 34 años fue el que presentó el mayor número de casos con 350; la población de negros, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente presentan 1.767 casos de los cuales 876 (49,57%) son de hombres, 890 casos en mujeres (50,37%) y 1 no definido, el grupo de edad con mayor número de casos fue el de 30 a 34 años.

Los casos de víctimas en la población ROM (Gitano) fueron en total 66 casos distribuidos 28 en hombres y 38 en mujeres y el grupo de edad que presentó la mayor cantidad de casos fue de 35 a 39 años con 13 casos. Por otra parte, en la población Raizal fueron en total 49 casos distribuidos 25 en hombres y 24 en mujeres y el grupo de edad que presentó la mayor cantidad de casos fue de 40 a 44 años con 6 casos respectivamente; mientras que en la población Palenquera de San Basilio fueron en

total 6 casos (5 casos femenino y 1 masculino) de los grupos de edades de 30 a 34 años (un caso), de 40 a 44 años (2 casos), de 45 a 49 años (2 casos) y de 70 a 74 años (un caso).

1.2.3 Población con movilidad forzada y víctima de conflicto armado

Según la Red nacional de información y la Unidad para las víctimas, para el Municipio de Pasto se registra 43.697 personas sujetas de atención; pero registran como activos al Sistema General de Seguridad Social en Salud 53.739 personas (44.331 desplazados y 9.408 víctimas, según los archivos maestros de afiliados del Ministerio de Salud y Protección Social, incluyendo 44,331 desplazados y 9.408 víctimas.

Las comunas 4, 5 y 10 concentran la mayoría de la población víctima del conflicto armado, destacándose proyectos de vivienda social como Torres de San Luis, San Sebastián y Nueva Sindagua en las comunas 10 y 11, donde hay alta prevalencia de violencia y problemas de convivencia y en corregimientos como Catambuco y Santa Bárbara, con una población predominantemente entre 18 y 59 años.

Tabla 7. Víctimas por tipo de hecho victimizantes, Pasto, 2025.

Hechos Victimizantes Desagregado					
Hechos Victimizantes	Femenino	Masculino	No Definido	No reportado	Total
Abandono o despojo forzado de tierras	507	438	0	0	945
Acto terrorista / atentados / combates / enfrentamientos / hostigamientos	828	888	0	1	1.717
Amenaza	2.597	2.608	13	2	5.220
Confinamiento	289	329	0	0	618
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	575	62	1	0	638
Desaparición forzada	537	413	0	1	951
Desplazamiento forzado	27.644	25.241	162	18	53.065
Homicidio	2.609	2.176	3	1	4.789
Lesiones personales físicas	72	168	0	0	240
Lesiones personales psicológicas	117	154	0	0	271
Minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado	15	96	0	0	111
Perdida de bienes muebles o inmuebles	1.209	1.105	0	0	2.314
Secuestro	129	351	0	0	480
Sin información	107	76	0	0	183
Tortura	58	64	0	0	122
Vinculación de niños niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	17	31	0	0	48

Fuente: Cubo Registro Único Víctimas 2025. Fecha de consulta 8 agosto de 2025.

En términos de género, el 56% de las víctimas son hombres (21,577) y el 44% son mujeres (16,984). Las edades con más víctimas son de 15 a 24 años. En cuanto a la orientación sexual, se registraron 113 homosexuales, 40 bisexuales y 2 asexuales, con 65 víctimas sin orientación definida. Solo el

20.9% de la población víctima se identifica como parte de un grupo étnico, siendo el 71.8% indígenas y el 28% afrodescendientes.

En cuanto a la distribución de población víctima según Discapacidad del Municipio de Pasto, la mayoría de las víctimas presentan discapacidad física (1,917), seguida de visual (536), mental/psicológica (359), intelectual/cognitiva (170), y sordo/ceguera (39), con 201 víctimas sin información. El 75.2% (10,975) de los hogares con víctimas están en el área urbana, mientras que el 24.8% (3,614) se encuentran en el área rural.

Para el año 2025, de acuerdo con tipo de hechos victimizantes se encuentra el desplazamiento forzado con 53.065 víctimas, seguido de las Amenazas con 5.220 víctimas, 4.789 víctimas de homicidios, Amenaza con 2.390 víctimas, Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles con 2.314 víctimas y Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos con 1.717 víctimas. En ambos sexos el hecho victimizante más frecuente es el Desplazamiento forzado, seguido del Homicidio en mujeres y de la Amenaza en los hombres.

Población desplazada

Tabla 8. Población Víctimas de desplazamiento por edad quinquenal y sexo, Pasto, 2025.

Grupos de Edad	No. Hombres desplazados	No. Mujeres desplazadas	No. No Definidos	No. No Reportados	TOTAL
De 0 a 4 años	334	300	0	0	634
De 5 a 9 años	1.325	1.167	0	0	2.492
De 10 a 14 años	1.814	1.749	100	7	3.670
De 15 a 19 años	2.423	2.254	2	0	4.679
De 20 a 24 años	2.371	2.421	2	7	4.801
De 25 a 29 años	2.925	3.018	0	1	5.944
De 30 a 34 años	2.773	2.875	0	3	5.651
De 35 a 39 años	2.141	2.496	0	0	4.637
De 40 a 44 años	1.857	2.289	0	0	4.146
De 45 a 49 años	1.636	2.126	0	0	3.762
De 50 a 54 años	1.321	1.765	0	0	3.086
De 55 a 59 años	1.118	1.509	0	0	2.627
De 60 a 64 años	941	1.143	0	0	2.084
De 65 a 69 años	656	841	0	0	1.497
De 70 a 74 años	515	566	0	0	1.081
De 75 a 79 años	385	368	0	0	753
De 80 años o más	690	749	0	0	1.439
No Definido	15	8	2	0	25
No Reportado	1	0	56	0	57
Total	25.241	27.644	162	18	53.065

Fuente: Cubo Registro Único Víctimas 2025.

De acuerdo con la información suministrada por el Cubo de Registro Único de Víctimas 2025, la mayor parte de la población desplazada en Pasto corresponde a personas entre 25 y 29 años (5.944) como

se muestra la tabla. En 2025, el municipio de Pasto registró un total de 53,065 víctimas de desplazamiento forzado, de las cuales el 52,09% (27.644) eran mujeres y el 47,56% (25.241) hombres.

Un 0,30% (162 personas) tenían género no definido, y un 0,03% (18 personas) no estaban reportadas. El grupo más afectado por el desplazamiento forzado es el de adultos jóvenes, especialmente aquellos entre 25 y 29 años.

Se observa una disminución en el número de desplazados conforme aumenta la edad, particularmente después de los 30 años, en ambos sexos.

1.2.4 Población LGBTQ+ - OSIGD

Aunque no hay una caracterización detallada de la población diversa, se estima que entre el 10% y 16% de la población general pertenece a este grupo. Para aproximar esta caracterización, se realizó la Encuesta para la construcción del Política Pública para la Diversidad Sexual y de Géneros 2019-2031 (establecida mediante el Acuerdo 055 de 2019) con 193 participantes, cuya edad promedio es de 26 años; de los encuestados, el 50,77% fue registrado como hombre y el 50,77% como mujer al nacer.

Tabla 9. Algunos Eventos de notificación a Sivigila en la Población LGBTQ+ en el Municipio de Pasto, en el periodo de Enero a Septiembre 2025.

Eventos de Notificación	Población LGBTQ+			
	Gay/Lesbiana	Bisexual	Otra	Total
Intento de Suicidio	7	2	0	9
Morbilidad Materna Extrema	0	0	0	0
Varicela Individual	1	0	0	1
Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia	0	1	1	2
Vigilancia en Salud Pública de la Violencia de Genero	43	10	1	54
Hepatitis B - C	3	2	0	5
VIH	47	18	3	68
Tuberculosis	0	0	0	0

Fuente: Secretaria Municipal de Salud de Pasto, SIVIGILA 2025.

En cuanto a orientaciones sexuales, el 32,12% se identificó como gay, el 22,80% como lesbiana, el 22,28% como bisexual, el 18,13% como heterosexual y el 1,04% como pansexual. En términos de identidades de género, el 55,96% no reconoce ninguna identidad, el 23,83% se identifica como cisgénero y el 7,7% como transgénero. Las identidades restantes tienen una representación menor en la muestra. El 89,64% de las personas encuestadas han contado a alguien sobre su Orientación Sexual o su Identidad de Género, y el 10,36% no lo ha hecho.

En cuanto a las principales variables socioeconómicas de la Encuesta 2018 el 94,82% pertenece al área urbana, mientras que el 5,18% están ubicados en el área rural. Por otra parte, en la caracterización del Estado civil el 77,72% se encontraban solteros, el 15,03% en unión libre, el 3,63% en una relación, el 2,07% en casado, el 1,04% separado y el 0,52% divorciado.

Las personas participantes afirman que han sido víctimas de discriminación en el ámbito educativo debido a su OSIGD y el 69,43% mencionan que la educación sexual que recibieron durante su escolarización no tuvo en cuenta las OSIGD. La caracterización étnica de la población diversa nos muestra que el 54,4% son mestizos, seguido de 23,83% Blanco, 14,51 que no reconocen que pertenecen a alguna etnia, 4,15% Indígena y 2,50% se auto reconocen como Afrodescendientes.

Con respecto al componente de educación, el 44,26% de esta población aproximadamente son tecnólogos o profesionales como su último año de formación educativa, mientras que el 33,16% terminaron la secundaria, el 15,03% tienen un postgrado y el 2,59% cuentan con solo la primaria.

El 20,38% de la muestra afirma que ha sido víctima de discriminación en el contexto laboral debido a su OSIG y el 3,1% ha sido despedido por esta causa. En la muestra encuestada el 39,55% está afiliado al régimen subsidiado de salud, el 42,37% al régimen contributivo, el 2,26% al régimen especial, el 6,21% a USPEC, el 9,04% no sabe y el 0,56% no está afiliado a ningún régimen. Además, el 15,54% reporta haber sufrido discriminación en el sector salud debido a su orientación sexual e identidad de género.

Desde la Secretaría de las Mujeres y Orientaciones Sexuales e Identidades de Género Diversas se han generado espacios participativos que abordan discriminación y violencia. La Política Pública en Salud Colectiva (PPSC), aprobada en 2019, busca garantizar el derecho a la salud mediante la colaboración social e institucional. Con 10 Líneas de Acción, destaca la de "Género y diversidad", que enfrenta inequidades en salud para mujeres y población LGBTI, promoviendo un sistema de salud universal e inclusivo.

Por otra parte, la Secretaría de Salud realiza el monitoreo periódico de sus eventos de notificación garantizando la desagregación de la información de acuerdo con los grupos de poblaciones vulnerables existentes en el municipio con el fin de garantizar la identificación de estos grupos poblacionales y sus principales problemáticas en salud para la toma de decisiones.

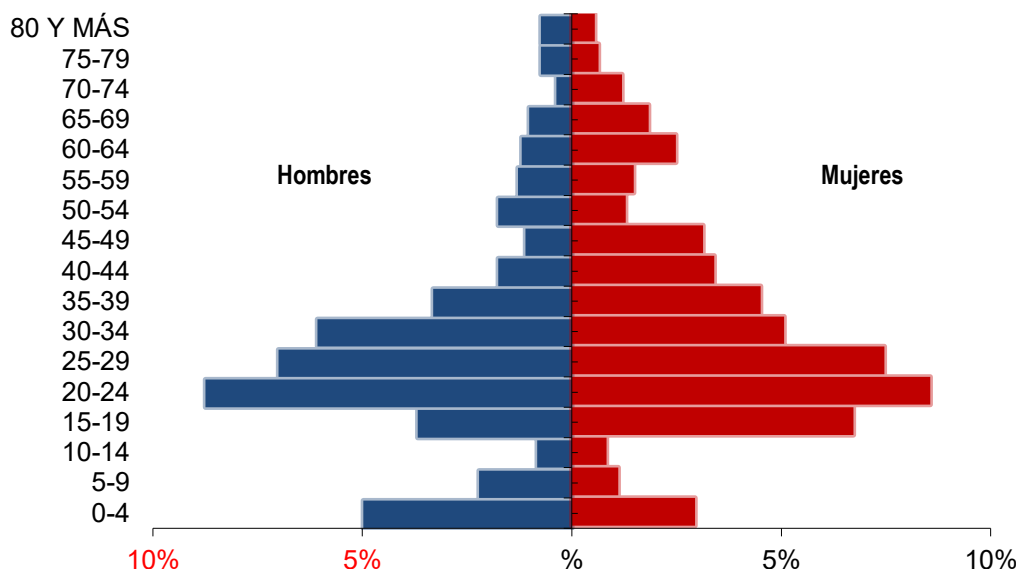
1.2.5 Población Migrante

El municipio de Pasto en 2024 registró un total de 1.086 migrantes, cifra inferior a la del departamento de Nariño (3.859), con predominio de población femenina (578), con una relación hombre: mujer de 88 y una relación niños: mujer de 20.

La pirámide de la población migrante en Pasto presenta una estructura desequilibrada, con una base amplia en el grupo de 0-4 años en el sexo masculino y una reducción en grupos de mayor edad, a excepción de los de 20 a 34 años, donde hay un aumento en el número de hombres y mujeres.

Esto indica una población joven-adulta con un potencial de crecimiento que requiere atención, especialmente para niños y adolescentes en edad escolar, lo que implica la necesidad de más cupos educativos.

Figura 4. Pirámide poblacional migratoria por sexo en el Municipio de Pasto 2024.



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

Además, se deben considerar estrategias para el grupo en edad productiva y los adultos mayores para generar empleo y garantizar atención en salud. El grupo de 0-4 años muestra un predominio de hombres y es el más vulnerable a enfermedades transmisibles, como diarrea e infecciones respiratorias, enfermedades prevenibles por vacunación.

Con respecto a los cursos de vida tanto la población migrante masculina como femenina está representada en su mayoría por los cursos de Juventud y Adulthood, además en tercer lugar primera infancia para el sexo masculino y la vejez para las mujeres,

La atención en salud de la población migrante en el municipio de Pasto en el año 2024 está representada mayoritariamente por la consulta externa con un porcentaje de 35,1% (788), seguido de los procedimientos con un porcentaje del 34,0% (763) y los medicamentos con un 23,2% (521), mientras que los servicios de urgencias, hospitalización y nacimientos presentan un porcentaje de 4,9% (109), 2,8% (63) y 0% respectivamente.

Por otra parte, las atenciones en salud de la población migrante según el país de procedencia muestran que en el 2024 en el municipio de Pasto fueron atendidos pacientes de Venezuela (370), Ecuador (267) y Perú (15) primordialmente, aunque existen 315 casos sin identificar su procedencia.

De acuerdo con el reporte de información de la Circular 029 de 2017 MSPS. * ND-RUAF datos para el año 2024 sujetos a ajuste, consultado en Bodega de datos del SISPRO el 08 de Agosto de 2025 el mayor número de atenciones en salud de la población migrante se atienden en el municipio de Pasto, estas están caracterizadas principalmente por el acceso a los servicios de consulta externa (35,1%),

seguido de los procedimientos (34,0%), y medicamentos (23,2%); urgencias (4,9%) y hospitalización (2,8%) con menor frecuencia.

En total el 25,2% (2.245) de las 8.914 atenciones en salud a la población migrante en el departamento de Nariño durante el 2024 fueron atendidas en el municipio de Pasto.

Por otra parte, las atenciones en salud de la población migrante según el país de procedencia muestran que en el 2024 en el municipio de Pasto fueron atendidos pacientes de Venezuela (370), Ecuador (267) y Perú (15) primordialmente, aunque existen 315 casos sin identificar su procedencia.

Tabla 10. Atenciones en salud de población extranjera según régimen de afiliación comparativo Pasto-Nariño Año 2024.

Régimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud	%	Total de migrantes con atenciones en salud	%	Concentración
	Pasto		Nariño		
1 - Contributivo	114	10,4	144	3,7	79,2%
2 - Subsidiado	186	17,0	321	8,3	57,9%
3 - Vinculado	466	42,6	590	15,2	79,0%
4 - Particular	307	28,1	1.747	45,0	17,6%
5 - Otro	21	1,9	1.064	27,4	2,0%
8 - Desplazado no asegurado o vinculado	0	0	20	0,5	0,0%
Total de migrantes atendidos	1.094	100	3.886	100	28,2%

Fuente: Reporte información Circular 029 de 2017 MSPS. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 08/08/2025.

En cuanto a régimen de afiliación corresponden a población vinculado y particular en su mayoría, ya que realizaban tránsito por el territorio sin intención de establecer su residencia. Con respecto a la población migrante según régimen no asegurada y particular atendido en el departamento de Nariño, el municipio de Pasto se encargó de atender la mayoría de esta población.

1.2.6 Población Campesina

En el municipio de Pasto, se busca reconocer los derechos del campesinado, incluyendo el acceso a la tierra, semillas, conocimientos tradicionales y medios de producción agrícola. Además, se promueve su derecho a la información, tecnología, libertad para fijar precios, protección de valores locales y preservación del medio ambiente. Todo esto se enmarca en un enfoque de derechos humanos, basado en la soberanía alimentaria, reconociendo al campesinado como actor clave para garantizar el derecho humano a la alimentación.

De acuerdo con la caracterización sociodemográfica del campesinado colombiano 2020 DANE la población de 15 años o más que se identifica subjetivamente como campesina son en Colombia 10.208.534 (4.981.765 mujeres y 5.226.769 hombres); en Nariño 786.069 (383.602 mujeres y 402.467 hombres) y en Pasto 75.102 (36.650 mujeres y 98452 hombres).

Alrededor de 75,102 campesinos en Pasto, viven en condiciones precarias, con acceso limitado a servicios estatales y bajos ingresos, ya que el 96.6% percibe salarios iguales o menores al mínimo.

Aunque la mayoría tiene áreas de cultivo reducidas, reconociendo su papel clave en la producción de alimentos y la economía local.

Finalmente, para articular desde la secretaría de salud el actuar interinstitucional e intersectorial, se garantizan espacios participativos con toda la población desde los lineamientos de la Política Pública en Salud Colectiva- PPSC y a través de comités como el Comité municipal intersectorial de Salud Mental, Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Comité intersectorial de la salud materno perinatal y prevención de embarazos en adolescentes, Comité de Primera Infancia e Infancia, Comité de Discapacidad e Inclusión social, Subcomité de primera infancia e infancia, juventud y familia, Comité municipal de atención a población habitante de calle y en calle del municipio de Pasto, Comité municipal de envejecimiento y vejez, el comité de vigilancia epidemiológica comunitario y el Comité municipal de salud y seguridad en el trabajo, entre otros, con el fin de garantizar el derecho participativo a la salud.

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.

Herramientas para implementar la normatividad dirigida a favorecer la salud de los pobladores

La Secretaría de Salud como ente rector de la Salud en el municipio y en el ejercicio de las competencias otorgadas entre otras normas por la ley 715 de 2001, se le asigna desde el artículo 44 las competencias de:

- Dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción,
- Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción y en el artículo 49
- Financiar la atención en el primer nivel de complejidad municipios y corregimientos de los respectivos departamentos; ha venido cumpliendo y favoreciendo la implementación de la normatividad dirigida a favorecer la salud de la comunidad.

Para ello cuenta con una estructura orgánica y un manual de funciones que constituyen el principal elemento para ejercer la rectoría y lograr el cumplimiento normativo para el ejercicio del derecho a la salud en el municipio.

De ello dan cuenta las respectivas evaluaciones realizadas por el ente rector Departamental quien desde su competencia de monitoreo de las capacidades de los municipios a través de los años, ha venido aprobando con un nivel de cumplimiento de las capacidades al municipio Pasto en materia de salud.

Las herramientas evaluadas hacen referencia a la gestión del aseguramiento, de la salud pública, financiera que como tal han sido evaluadas y aprobadas satisfactoriamente como se menciona a través de los diferentes períodos.

Acuerdos dirigidos a transformar realidades sociales

Inicialmente es importante mencionar que en el municipio a través del tiempo se ha contado con gobernantes y equipos de trabajo que han generado credibilidad en el municipio, por otro lado y producto de los procesos construidos y sostenidos, se ha generado la estrategia denominada “Ciudad Bienestar” posicionando al Plan de Salud Pública en un plan exitoso y otorgándole reconocimientos a nivel local, regional y nacional desde la mirada de la salud colectiva y la determinación social, como una afirmación de la salud en todos los derechos.

Producto de este avance en el municipio, a partir del año 2012, se formuló, aprobó e implementó una política pública denominada “La salud en todos los derechos” mediante acuerdo 035 de agosto de 2019. Producto de sus desarrollos e implementación se presentó como experiencia ante la OPS en el año 2023, siendo escogida como una de las mejores experiencias de gobernanza en salud y como ciudad saludable entre más mil propuestas a nivel de Latinoamérica y como parte de las dos escogidas en Colombia, de un total de seis finalistas.

Esta política es de carácter articulador y contempla siete líneas estratégicas como son:

- Gestión Social del conocimiento, investigación e innovación social en salud.
- Participación política y comunitaria.
- Ambiental.
- Pedagogía, comunicación y movilización social.
- Reivindicación de los procesos ancestrales y tradicionales emancipadores.
- Emprendimiento.
- Prestación de Servicios de Salud.
- Género y diversidad.

Además, ha permitido el trabajo articulado con diferentes sectores sociales y de actores del sistema de salud, a partir de una estrategia de las mesas por el derecho a la salud, logrando la integración de 37 instituciones en la respuesta a las necesidades sentidas de 16 territorios. De igual forma, ha permitido el monitoreo de 103 indicadores incluidos dentro de la política, armonizando sus contenidos con la estrategia “CERS” Comunidades, Entornos y Ruralidades Saludables para el municipio.

Recursos y mecanismos para favorecer la participación social en salud en el territorio

Se dispone de un proceso aprobado de observatorio de participación social y acto administrativo mediante el cual se adopta la política de participación social en salud (PPSS) en el municipio de pasto,

según lo establecido en la resolución No. 2063 del 9 de junio de 2017 del ministerio de salud y protección social y en el Decreto 0383 de 16 de septiembre de 2022 del despacho del Alcalde de Pasto. Además cuenta con once comités, entre otros actores de participación social, reconocidos desde la administración municipal.

Lazos de confianza con pueblos y comunidades para dinamizar la participación social en salud

Se tienen procesos en el municipio desde el nivel central de la administración en lo que atañe al trabajo en función de presupuesto participativo, que ha dado interesantes resultados para garantizar la satisfacción de las necesidades de la comunidad, con ello importante retomar lo mencionado anteriormente el disponer de la política pública de salud colectiva y su línea de acción participación política y comunitaria, la línea de Reivindicación de los procesos ancestrales y tradicionales emancipadores así como la de Género y diversidad ha favorecido los acercamientos, el levantamiento de procesos para generar credibilidad y sostenibilidad frente a los intereses de las comunidades, evidenciado a partir de la respuesta a las convocatorias y el involucramiento de las comunidades en los diferentes procesos de salud.

Tipo de institucionalidad en el territorio

El municipio cuenta con una distribución en el nivel primario: Red Pública integrada por 21 IPS de Pasto Salud ESE y 9 IPS de la red privada. En la red complementaria que sin estar a cargo del Municipio hace parte de los actores el sistema y favorece la red integral de atención: Hospital Universitario Departamental de Nariño, Fundación Hospital San Pedro, Hospital infantil Los Ángeles, Clínicas como Nuestra Señora de Fátima, Hispanoamérica, Corposalud, Unidad Cardioquirúrgica de Nariño y Clínica Pabón, Traumédica, Valle de Atriz, entre otras.

Distribución de las EAPB

Se cuenta con la presencia de 5 EAPB: Emssanar, Famisanar, Mallamas, Nueva EPS, Sanitas, saliendo de funcionamiento en el último cuatrienio Comfamiliar, Coomeva y Medimas. Además cuenta con instituciones del régimen especial como son Sanidad de la Policía, Sanidad militar, Ecopetrol, Fondo de Universidad de Nariño y Fondo del Magisterio.

Tabla 11. Meta y resultados del aseguramiento en el Municipio de Pasto 2020-2024.

VIGENCIA	2020	2021	2022	2023	2024
META	90,5%	91,0%	91,5%	92,0%	94,0%
RESULTADO	92,0%	91,9%	93,7%	93,93%	94,18%

Fuente: Secretaría de Salud de Pasto-Subsecretaría de Salud Social.

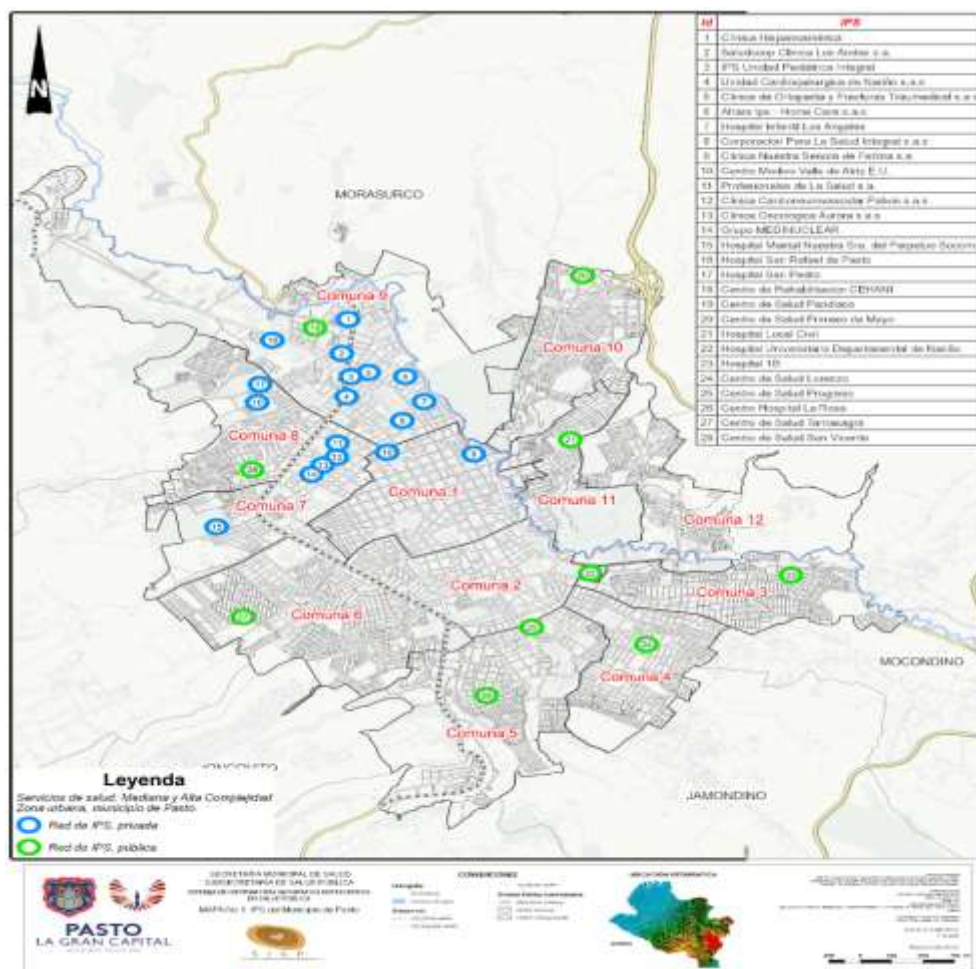
Distribución de IPS en el territorio

Se detalla la distribución de IPS de acuerdo con su ubicación y naturaleza en el siguiente mapa, donde se puede observar que la red de IPS privadas concentra su ubicación en las comunas 7, 8 y 9 principalmente del municipio de Pasto; mientras que la red de IPS públicas se encuentra distribuidas por todo el territorio pastuso abarcando todas las comunas del municipio.

Barreras más comunes de acceso a los servicios de salud

Se siguen presentando barreras de tipo administrativo por contratación de servicios entre asegurador y prestador, en los últimos tiempos la no entrega oportuna de medicamentos e insumos.

Mapa 3. Distribución de IPS en el Municipio de Pasto.



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública-Sistema de Información Geográfico Participativo en Salud Pública.

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud.

En garantía de la gobernanza en salud, el Municipio de Pasto cuenta con una Política Pública en Salud Colectiva - PPSC Denominada “La salud en todos los derechos” aprobada bajo acuerdo 035 del 14 de agosto de 2019 otorgado por el Concejo Municipal de Pasto para la implementación en las zona urbano y rural, 2019 a 2032.

Su objetivo es “Lograr la satisfacción y garantía del derecho a la salud en interdependencia con otros derechos humanos y los de la naturaleza, entorno al mejoramiento de los modos de vida saludables individuales y colectivos; a través de la implementación de acciones de articulación de actores sociales e institucionales, desde la sustentabilidad, soberanía, solidaridad y la bioseguridad”.

En los últimos cuatro años ha obtenido importantes resultados de articulación y trabajo conjunto con otros sectores, estandarizando 103 indicadores para su implementación y generado estrategias como “las mesas de colectivas de salud en todos los derechos” con participación desde los diferentes sectores del orden social, respondiendo frente a 16 mesas llevadas a cabo en los últimos 4 años.

El sector salud como garante de la visión integral en salud, viene liderando procesos participativos en diferentes escenarios de articulación institucional e intersectorial, a través de once (11) comités sociales municipales, que garantizan el derecho a la salud y otros derechos, desde la construcción participativa de los planes de acción. Los comités son:

- Comité municipal intersectorial de Salud Mental.
- Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- Comité intersectorial de la salud materno perinatal y prevención de embarazos en adolescentes.
- Comité de Primera Infancia e Infancia.
- Comité de Discapacidad e Inclusión social.
- Subcomité de primera infancia e infancia, juventud y familia.
- Comité municipal de atención a población habitante de calle y en calle del municipio de Pasto.
- Comité municipal de envejecimiento y vejez.
- Comité municipal de salud y seguridad en el trabajo.
- Comité de participación social COPACO.
- Comité de vigilancia epidemiológica COVE institucional, municipal y comunitario COVECOM.

Por otra parte, la implementación de la Política nacional de participación social ha favorecido la creación del observatorio de participación social, el mismo que involucra a la organización social e institucional para la garantía del derecho a la salud y favoreciendo el quehacer del Consejo territorial

del salud, el comité de participación comunitaria municipal, las asociaciones y ligas de usuarios entre otros.

Conclusiones

El análisis demográfico y territorial del municipio de Pasto evidencia una tendencia sostenida hacia la urbanización, con más de tres cuartas partes de la población concentrada en las comunas, mientras que la ruralidad mantiene un peso menor pero estratégico por su cercanía a zonas de influencia volcánica y su aporte agrícola. La población total continúa en crecimiento, aunque con un ritmo moderado, lo que se refleja en un aumento de la densidad poblacional y en la necesidad de fortalecer la planificación urbana y social.

La estructura por edades confirma una pirámide regresiva, marcada por la disminución de la natalidad y el incremento de la población adulta y mayor, lo que plantea retos en el mercado laboral y en la atención en salud, especialmente para los adultos mayores. La composición por género muestra una mayor presencia femenina, con implicaciones directas en políticas de salud sexual y reproductiva.

En cuanto a la diversidad étnica, se observa un incremento notable en la población indígena y afrodescendiente registrada en el régimen subsidiado, lo que refleja avances en el reconocimiento y visibilización de comunidades históricamente subregistradas en el territorio. Además de los migrantes que fueron atendidos en el municipio procedentes de Venezuela, Ecuador y Perú primordialmente. Este cambio fortalece la perspectiva intercultural en la gestión de la salud pública.

Los indicadores de fecundidad y mortalidad confirman una transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional, con tasas de natalidad en descenso y una esperanza de vida en aumento. Este panorama exige políticas públicas integrales que respondan tanto a la atención de la infancia y juventud en descenso, como a las crecientes demandas de la población adulta mayor y de los grupos étnicos y migrantes que enriquecen la composición social del municipio.

Persisten obstáculos de carácter administrativo relacionados con la contratación de servicios entre aseguradores y prestadores; además, actualmente se ha evidenciado la falta de entrega oportuna de medicamentos e insumos. Por lo que la puesta en marcha de la Política Nacional de Participación Social ha impulsado la conformación del Observatorio de Participación Social, el cual integra tanto a organizaciones sociales como institucionales, con el propósito de asegurar el derecho a la salud.

Por otra parte, fortalece las acciones del Consejo Territorial de Salud, del comité municipal de participación comunitaria, de las asociaciones, ligas de usuarios y otras instancias relacionadas para la garantía del derecho a la salud.

2. CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL

El desarrollo económico y las condiciones de vida en el municipio de Pasto se basan en aprovechar los recursos disponibles. El objetivo es mejorar la calidad de vida y aumentar las oportunidades para la población, todo ello con un enfoque en la sostenibilidad ambiental.

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

La economía de Pasto se centra en el sector terciario, destacándose el comercio y los servicios. El 56% de los establecimientos se dedica al comercio, el 28,9% a servicios, el 11,1% a la industria y el 4,1% a otras actividades. En la zona urbana predominan el comercio y los servicios y manufactura artesanal; mientras que en la zona rural predominan la agricultura, la ganadería y en menor escala, la minería. Se identifican las principales actividades económicas que impactan la producción y el empleo también en los siete corregimientos. El diagnóstico incluye la vocación de la tierra, los actores y asociaciones productivas, el sector comercial y el potencial turístico.

Dimensión Económica Buesaquillo: El corregimiento es uno de los principales productores de cebolla junca en Nariño, con alrededor de 240 hectáreas cultivadas que generan empleo para unos 2.800 jornaleros, el 66% de ellos hombres debido a la demanda física del trabajo. Además, hay cultivos de flores en invernadero, ganadería, y pequeños cultivos de subsistencia. Nuevos cultivos de legumbres y frutales han abierto oportunidades de producción y comercialización. El 34% de la población son mujeres que participan en todas las etapas agrícolas. La mayoría de los agricultores tienen más de 35 años, mientras que los jóvenes de 19 a 35 años enfrentan opciones entre continuar estudios o buscar ingresos. La comercialización de la cebolla junca se realiza directamente con mayoristas en plazas de mercado y en regiones como Cali, así como en la plaza de El Potrerillo, donde se vende al consumidor final.

Dimensión Económica Catambuco: La economía de la zona se basa en la pequeña producción agrícola, con cultivos de papa, maíz, cebolla, hortalizas y plantas aromáticas, además de la cría de ganado bovino, porcino y caprino, así como especies menores como aves, conejos y cuyes. En Catambuco existen 18 asociaciones agropecuarias, destacándose la Agrícola Artesanal y Turística ACAT, Piscícola Construyendo un Nuevo Futuro, y Mujeres Emprendedoras Rurales Asoempreder.

Dimensión Económica el Encano: La economía del corregimiento del Encano se basa en un modelo asociativo que potencia sus actividades agrícolas, pecuarias, artesanales y turísticas, produciendo y comercializando productos de calidad, rentables y ambientalmente sostenibles. La comercialización es organizada y colectiva, a través de la creación de Pymes, promoviendo el emprendimiento, la innovación y el fortalecimiento de técnicas agroindustriales.

Dimensión Económica Genoy: Las tierras fértiles de la región permiten el cultivo de productos como papa, cebolla, hortalizas, arveja, frijol, maíz y fique en huertas familiares. En El Edén, con clima templado, se siembran yuca, guineo, naranja, piña, guaba y caña de azúcar. En Aguapamba y Charguayaco se elaboran canastos y cestos que se venden en mercados locales. Genoy Centro cuenta con 10 restaurantes que ofrecen platos típicos como cuy, conejo, frito pastuso, choclo con

queso, sancocho de gallina, dulces, helados de paila y productos derivados del maíz como mote, envueltos y arepas.

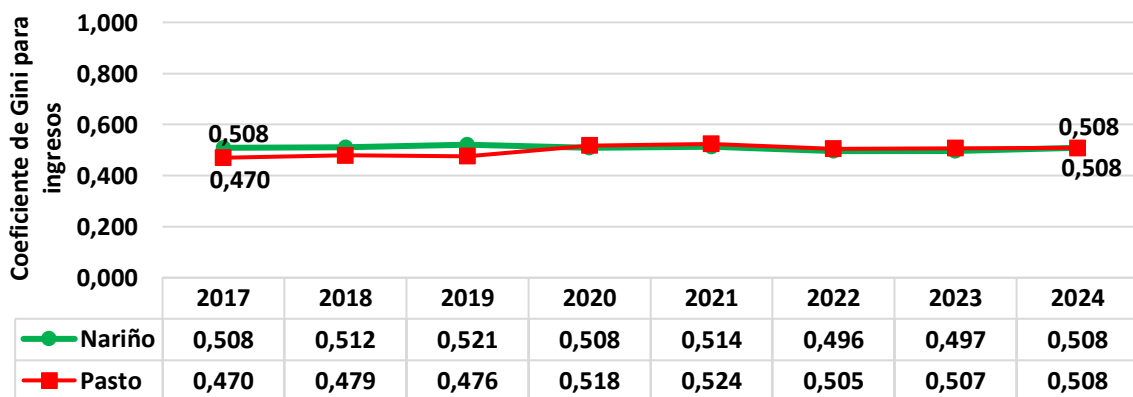
Dimensión Económica Gualmatán: Se basa en la agricultura y ganadería, cultivo de repollo, brócoli, lechuga, acelga, remolacha y cilantro, que abastecen los mercados de Pasto. Algunos habitantes se dedican a la artesanía, destacando talleres de carpintería para la fabricación de muebles y construcción.

Dimensión Económica Jamondino: La economía se sostiene en la producción agropecuaria, incluyendo hortalizas, papa y frutas, cría de porcinos, especies menores como cuyes, conejos y pollos. La producción agrícola y pecuaria principalmente la utilizan al autoconsumo, y los excedentes se comercializan.

Dimensión Económica Mocondino: Comercializan productos agro-sostenibles, como papa, maíz, verduras, hortalizas, trigo, cebada, flores, aromáticas y lácteos. Un centro de acopio permite la venta de productos tanto a los habitantes locales como a la población urbana, generando ganancias que se destinan a un banco comunal de ahorro y crédito campesino con tasas de interés bajas. Los habitantes se han organizado en empresas asociativas de trabajo, como paperos y lecheros, para establecer convenios de capacitación. La economía de Mocondino se fundamenta en la agricultura y ganadería, caracterizándose por pequeños y medianos productores que generan bienes y servicios sin agregar valor, vendiendo sus productos directamente en mercados locales.

Coeficiente de Gini para ingresos

Figura 5. Coeficiente de Gini para ingresos Nariño-Pasto 2017 – 2024.



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares 2017-2024.

El análisis del Coeficiente de Gini evidencia que la desigualdad en los ingresos de Pasto se ha mantenido prácticamente constante entre 2017 y 2024, con variaciones mínimas dentro del rango de 0,47 a 0,50. Durante la mayor parte de este periodo, el municipio registra valores ligeramente superiores a los del departamento de Nariño, lo que refleja una distribución del ingreso más desigual en el ámbito local. A partir de 2021 se observa una convergencia entre ambas mediciones,

estabilizándose en torno a 0,49–0,50, señal de que los avances en equidad económica se han estancado. Para 2023 y 2024, el indicador en Pasto se mantiene prácticamente inalterado alrededor de 0,50, lo que confirma la ausencia de mejoras significativas en la redistribución del ingreso en el último año analizado.

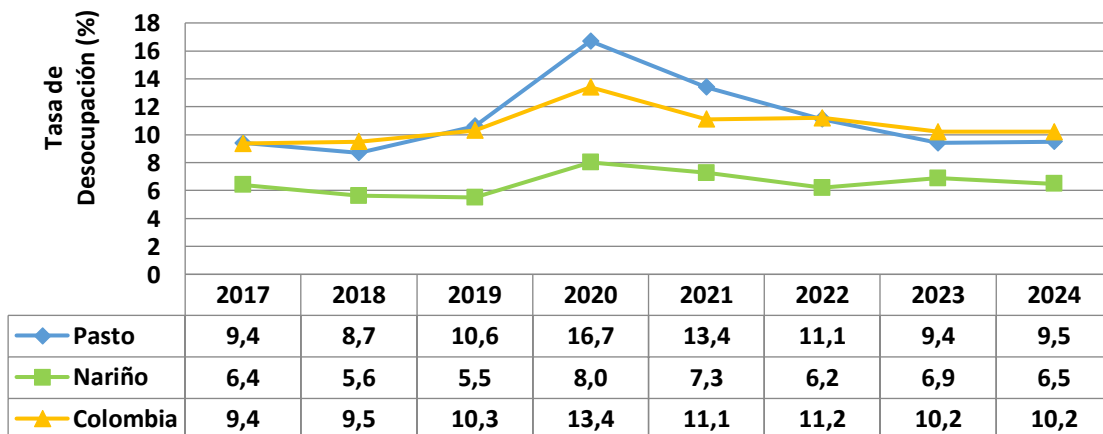
Desde la perspectiva del ASIS, este nivel de desigualdad económica se traduce en barreras para acceder de manera oportuna a los servicios de salud, una mayor vulnerabilidad frente a enfermedades crónicas asociadas a condiciones de vida desfavorables, y un incremento de afectaciones en la salud mental derivadas de las presiones económicas. Asimismo, persisten brechas significativas entre las zonas urbanas y rurales, que acentúan las diferencias en bienestar y oportunidades para la población.

Ocupación y desocupación laboral

En los últimos tres años, el municipio de Pasto ha mostrado una disminución en su tasa, con una tendencia fluctuante durante todo el período, superando también la tasa a nivel nacional.

En los últimos tres años, Pasto ha presentado una reducción gradual en su tasa de desempleo; sin embargo, esta mejora no ha sido suficiente para cerrar la brecha frente al promedio nacional, pues el municipio continúa registrando niveles de desocupación superiores durante la mayor parte del periodo. El comportamiento irregular del mercado laboral evidencia su vulnerabilidad ante cambios económicos regionales y del país.

Figura 6. Tasa de Desocupación, Municipio de Pasto 2017 - 2024.



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). Actualizado el 14 de abril de 2025.

Esta situación incrementa la fragilidad económica de los hogares, dificulta la adopción de hábitos alimentarios saludables, favorece tensiones familiares relacionadas con la presión financiera y restringe la posibilidad de cubrir necesidades en salud. En conjunto, la estabilidad del Gini alrededor de 0,49 y las dificultades persistentes del mercado laboral reafirman que los determinantes económicos continúan condicionando de manera significativa el estado de salud de la población.

Condiciones de trabajo

A partir de la alimentación anual de la línea de base poblacional, a 2024 según DANE, los datos muestran que tanto en el departamento de Nariño, como en el municipio de Pasto, existe una alta participación de la población económicamente activa, pero el mercado laboral está marcado por una fuerte informalidad que supera el 70%, lo que limita el acceso a seguridad social y estabilidad laboral.

Tabla 12. Población trabajadora formal e informal Nariño-Pasto 2024.

Condición	Zona	Número	%
Población Económicamente Activa	Nariño	1.132.118	66,21
	Pasto	273.767	66,21
Población Ocupada	Nariño	687.648	60,74
	Pasto	164.608	60,13
Población Trabajadora Informal	Nariño	487.097	70,84
	Pasto	118.524	72,00
Población Trabajadora Formal	Nariño	200.551	29,16
	Pasto	46.084	28,00

Fuente: IDSN – Dimensión Salud y Ámbito Laboral: Sistema de Información Salud y Ámbito Laboral 2024 – Sistema General de Seguridad Social en Salud 2024- DANE: Principales Indicadores del mercado laboral – Fasecolda – Cubos BDUA Ministerio de Salud.

Aunque la mayoría de la población ocupada trabaja, menos de un tercio lo hace en condiciones formales, evidenciando un reto estructural en la generación de empleo digno. Pasto refleja la misma tendencia departamental, con una ligera desventaja en ocupación y formalidad, lo que sugiere que la capital enfrenta mayores dificultades para ofrecer oportunidades laborales de calidad.

En materia de accidentes laborales, los últimos años el municipio de Pasto reportó una tasa inferior a la del departamento de Nariño. Los accidentes son más frecuentes en el sector informal, específicamente en las actividades de construcción, servicios sociales y de salud.

Tabla 13. Condiciones de trabajo, Municipio de Pasto 2024.

Determinantes intermedios de la salud	Sector Formal		Sector Informal	
	Nariño	Pasto	Nariño	Pasto
Incidencia de accidentalidad en el trabajo	3,35	3,88	0,48	0,13
Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo	43,1	43,0	68,08	38,46

Fuente: Sistema de Información Salud y Ámbito Laboral - RLDatos – Fasecolda 2024. <https://www.fasecolda.com/ramos/riesgos-laborales/ri-datos-dashboard/>

En cuanto al sector formal, en 2024, Pasto presentó una tasa de enfermedades laborales inferior a la del departamento de Nariño y en el sector informal, los casos de enfermedades laborales fueron reportados en menor medida en comparación con el departamento.

Es importante señalar que diversos factores generan subregistros que afectan la clasificación de las enfermedades laborales y que el porcentaje de informalidad no ha tenido variabilidad significativa, al igual que en el resto del país.

Tabla 14. Número de accidentes, enfermedades y muertes de tipo laboral en trabajadores de la economía formal, Pasto 2020-2024.

Indicadores	2020	2021	2022	2023	2024
Incidencia de accidentalidad en el trabajo por cada 100 trabajadores	5,07	5,09	4,54	4,25	3,88
Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo por cada 100.000 trabajadores	719,8	625,8	861,6	90,8	43,0
Tasa de Muerte por Accidente de Trabajo por cada 100.000 trabajadores	4,78	5,73	4,30	2,11	2,05
Tasa de Muerte por Enfermedad Laboral por cada 100.000 trabajadores	2,39	2,29	0,0	0,0	0,0
Tasa de Muertes calificadas por cada 100.000 trabajadores	7,17	8,02	4,30	2,11	2,05

Fuente: Sistema de Información Salud y Ámbito Laboral - RLDatos – Fasecolda 2024.

Los accidentes laborales en trabajadores formales han mostrado una tendencia a la disminución. En cuanto a las enfermedades laborales ha sido fluctuante en los últimos años de acuerdo con información de Fasecolda.

Tabla 15. Número (En Miles) y porcentaje de habitantes según condición de ocupación e informalidad, Pasto 2021–2024.

Condición	Zona	Año (cifras en miles)			
		2021	2022	2023	2024
Ocupados	Colombia	21.282	22.520	23.044	23.540
	Pasto	140	150	157	158
Informales	Colombia	12.508	12.972	12.793	13.123
	Pasto	78	84	86	86
% Informalidad	Colombia	58,8%	57,6%	55,5%	55,7%
	Pasto	55,7%	56,0%	54,3%	53,8%

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE – Mercado laboral.

2.2 Condiciones de vida del territorio

Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

El análisis identificó como determinantes estructurales el índice de pobreza multidimensional, los ingresos, las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y la relación entre estos factores, así como sus efectos en la salud de la población del departamento y el municipio.

En 2018, el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional en Pasto fue del 16,3%, con un 12,4% en las cabeceras y un 30,1% en los centros poblados y áreas rurales dispersas y no existen datos más recientes al respecto. Esto significa que la pobreza multidimensional en estas últimas zonas fue 2,43 veces mayor que en las cabeceras.

Proporción de población en Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI

De acuerdo con el censo nacional de población y vivienda del DANE 2018, el porcentaje de población con NBI en Pasto es del 8,11%, en contraste con el 21,59% del departamento, evidencia una brecha de inequidad que se ha ido reduciendo en el municipio.

Coberturas de educación

De acuerdo con el Ministerio de educación nacional, las tasas de cobertura bruta en educación primaria no muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el municipio de Pasto y el departamento, y han presentado una tendencia creciente en los últimos dos años. En contraste, las tasas de cobertura bruta en educación secundaria y media son significativamente más altas en Pasto que en el departamento, aunque estas tasas disminuyeron respectivamente en 2024 en comparación con 2023. Además, el porcentaje de hogares con analfabetismo en Pasto fue del 7,10%, notablemente inferior al 16,30% del departamento de Nariño.

Tabla 16. Tasa de cobertura bruta de educación, Pasto, 2017 – 2024.

Eventos de Notificación Obligatoria	Nariño	Pasto	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2018)	16,3	7,10		↘						
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	90,2	104,3	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	91,3	111,3	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	79,8	110,8	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘

Fuente: Ministerio de Educación Nacional 2024.

Condiciones de los servicios públicos

En 2023 los determinantes intermediarios de la salud en el municipio de Pasto reflejan una mejor calidad de vida en comparación con el resto del departamento de Nariño. La cobertura de acueducto en Pasto es del 93,85%, superior al 61,87% del departamento, aunque la diferencia no es significativa. Sin embargo, la cobertura de alcantarillado en Pasto es del 93,23%, considerablemente más alta que el 39,57% en Nariño. Además, Pasto cuenta con una cobertura de servicio de electricidad del 100%, frente al 92,81% de Nariño.

De acuerdo con el repositorio nacional digital SISPRO del ministerio de salud para 2024, el índice de riesgo de calidad de agua en Pasto es de 5,43 en la zona urbana, en comparación con el 28,70 de Nariño, esta diferencia es significativa, lo que sitúa al municipio en un nivel de riesgo bajo en cuanto a la calidad del agua para consumo humano. Además, el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada es notablemente menor en Pasto, con solo un 1,50%, frente al 22,30% del

departamento. Asimismo, el porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas es del 2,80% en el municipio.

Tabla 17. Condiciones de vida del Municipio de Pasto 2017-2024.

Determinantes intermediarios de la salud	Nariño 2024	Pasto							
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cobertura de servicios de electricidad	92,81	99,32	99,77	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cobertura de acueducto	61,87	56,31	68,80	57,33	69,33	90,23	92,24	93,85	96,28
Cobertura de alcantarillado	39,57	54,98	67,31	55,34	65,96	89,63	91,67	93,23	95,67
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	28,70	37,00	36,00	38,70	0,0	0,60	0,20	0,30	5,43

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2024 – Oficina Salud ambiental SSM.

Disponibilidad de Alimentos – Bajo peso al nacer

Desde 2020, el porcentaje de bajo peso al nacer ha ido en aumento, alcanzando un 13% en 2022 y manteniéndose en esa cifra durante 2023 y aumentando nuevamente en 2024. En 2020, 11 de cada 100 niños nacieron con bajo peso, cifra que aumentó a 14 en 2024.

En cuanto a los recién nacidos a término (más de 37 semanas de gestación), aproximadamente 5 de cada 100 presentan bajo peso, con una oscilación de entre 3 y 5 en los últimos cinco años.

Los recién nacidos pretérmino, con menos de 37 semanas, tienen un riesgo mayor, con una incidencia de bajo peso que ha variado entre 7 y 9% en el mismo período. Además, el bajo peso al nacer es más frecuente en la zona urbana que en la rural (en 2024 urbano 77,8% y rural 22,2%).

En los últimos cinco años, la frecuencia de recién nacidos en la zona urbana ha sido cuatro veces mayor que en la zona rural (en 2024 fue de 80,1% y rural 19,9%).

Tabla 18. Frecuencia recién nacidos con bajo peso según edad gestacional, Pasto 2020- 2024.

Porcentaje de Nacidos Vivos con Bajo Peso en el Municipio de Pasto							
Año	BPN Terminó	%BPN Terminó	BPN Pretérmino	%BPN Pretérmino	Total, BPN	% BPN	Nacidos Vivos
2020	160	4,08%	300	7,65%	460	11,73%	3.923
2021	159	4,60%	269	7,79%	428	12,39%	3.454
2022	145	4,92%	248	8,42%	393	13,34%	2.946
2023	126	4,85%	220	8,47%	346	13,32%	2.598
2024	127	5,09%	224	8,97%	351	14,06%	2.496

Fuente: Secretaría Municipal de Pasto, Cohorte de nacido vivo-RUAF-ND, Consolidado BDUA. 2024.

De acuerdo con el régimen de afiliación a salud, en el año 2024 el bajo peso en recién nacidos es más común en el régimen subsidiado (55,3%), menos frecuente en contributivo (43,0%) y es muy poco frecuente en el régimen de excepción (1,7%).

Tabla 19. Frecuencia de recién nacidos con bajo peso pretérmino y a término según edad de la madre, Pasto 2022 -2024.

Edad Madre	RECIEN NACIDOS PRETERMINO						RECIEN NACIDOS A TERMINO					
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
12 a 14 Años	0	0	3	0,0%	0,0%	1,3%	0	1	0	0,0%	0,8%	0%
15 a 19 Años	28	20	21	11,3%	9,1%	9,4%	20	15	13	13,8%	11,9%	10,2%
20 a 24 Años	49	33	46	19,8%	15,0%	20,5%	36	34	32	24,8%	27,0%	25,2%
25 a 29 Años	51	63	59	20,6%	28,6%	26,3%	42	33	25	29,0%	26,2%	19,7%
30 a 34 Años	63	53	49	25,4%	24,1%	21,9%	19	23	34	13,1%	18,3%	26,8%
35 a 39 Años	50	37	38	20,2%	16,8%	17,0%	23	18	17	15,9%	14,3%	13,4%
40 años o más	7	14	8	2,8%	6,4%	3,6%	5	2	6	3,4%	1,6%	4,7%
Total	248	220	224	100%	100%	100%	145	126	127	100%	100%	100%

Fuente: Secretaría Municipal de Pasto, Cohorte de nacido vivo-RUAF-ND, Consolidado BDUA. 2024.

De acuerdo con las edades maternas, la frecuencia de nacidos vivos con bajo peso pre termino para 2024 es más alta entre las madres de 25 a 34 años, destacándose especialmente el grupo de 25 a 29 años.

Tabla 20. Frecuencia de recién nacidos con bajo peso nacidos por cesárea o parto espontáneo, Pasto 2022 – 2024.

Tipo	Año	BPN Termino	BPN Pretérmino	Total BPN	BPN Termino	BPN Pretérmino
Cesárea	2022	115	210	325	35,4%	64,6%
	2023	92	192	284	32,4%	67,6%
	2024	108	187	295	36,6%	63,4%
Parto espontáneo	2022	30	38	68	44,1%	55,9%
	2023	34	28	62	54,8%	45,2%
	2024	19	37	56	33,9%	66,1%

Fuente: Secretaría Municipal de Pasto, Cohorte de nacido vivo-RUAF-ND, Consolidado BDUA. 2024.

Los recién nacidos con bajo peso a término son más comunes en gestantes de 20 a 29 años, en las gestantes jóvenes y de edad avanzada muestran una menor frecuencia.

De acuerdo con el mecanismo del parto, los nacidos vivos con bajo peso al nacer atendidos por cesárea superan entre 2 y 3 veces a aquellos nacidos por parto espontáneo, este patrón se mantiene en los últimos tres años.

En cuanto a las semanas de gestación, el grupo de gestantes con mayor frecuencia de niños con bajo peso al nacer se encuentra entre las 34 y 37 semanas de gestación.

Este indicador se ve afectado por los nacimientos pretérminos, que a menudo ocurren sin justificación médica, lo que incrementa las cesáreas antes o durante la semana 37, impidiendo que el feto alcance su peso ideal.

Tabla 21. Número de recién nacidos con bajo peso nacidos por cesárea según edad gestacional, Pasto 2022 -2024.

Edad Gestacional	2022	2023	2024
SG 24	0	0	4
SG 25	2	0	2
SG 26	1	2	2
SG 27	1	5	2
SG 28	4	5	3
SG 29	5	5	7
SG 30	11	6	11
SG 31	12	6	6
SG 32	7	11	19
SG 33	22	19	33
SG 34	42	35	38
SG 35	45	46	46
SG 36	58	52	51
SG 37	75	70	89
SG 38	32	13	29
SG 39	4	7	7
SG 40	4	2	2
Total	325	284	351

Fuente: Secretaria Municipal de Pasto, Cohorte de nacido vivo-RUAF-ND, Consolidado BDUA, 2024.

Estilos de vida saludable y Enfermedades Crónicas

De acuerdo con la Encuesta de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas que se realiza cada cuatrienio y ha reportado datos de los años 2004, 2011, 2016 y 2022 para el hábito de fumar, se puede observar que la prevalencia de tabaquismo presento un comportamiento decente pasando de 12,5 en 2004 a 8,1 en 2022.

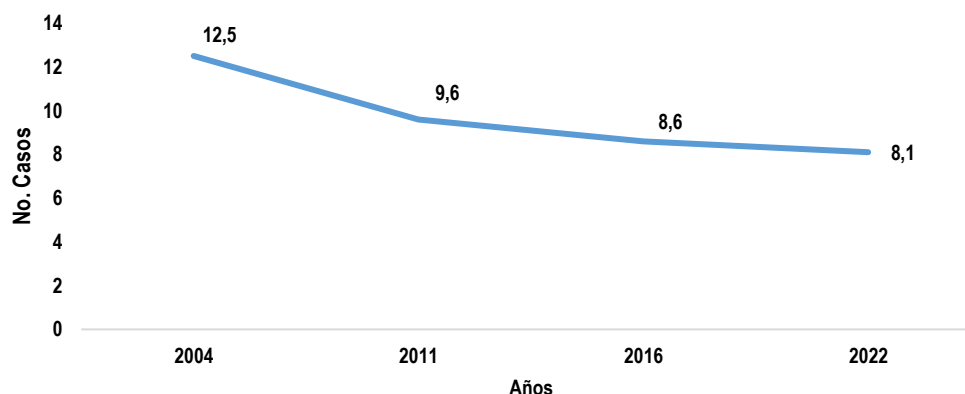
La edad de inicio de consumo de cigarrillo en 2004 era de 18,2 años, aumentando ligeramente a 18,6 años en 2022.

La prevalencia de consumo de tabaco ha sido consistentemente mayor en hombres que en mujeres en todos los periodos analizados. En cuanto a la adición de sal a los alimentos en la mesa, esta práctica disminuyó de 49,9% en 2004 a 6,8% en 2022.

El consumo diario de frutas y verduras aumentó de 31,5% en 2004 a 72,2% en 2022 para frutas y el de verduras de 45,7% a 72,2% en el mismo periodo. La adición de sal siempre a los alimentos servidos a la mesa bajo de 49,9% en 2004 a 6,8% en 2022.

Al comparar los años 2004, 2011 y 2016, se observó un aumento en el porcentaje de personas que caminaban para trasladarse o practicaban deporte al menos 3 días a la semana durante 10, 20 o 30 minutos.

Figura 7. Prevalencia de Tabaquismo por cuatrienio, San Juan de Pasto 2004 a 2022.



Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas, San Juan de Pasto 2004, 2011, 2016 y 2022. Dimensión de Crónicas - Secretaría de Salud.

Sin embargo, para 2022 este porcentaje disminuyó significativamente, pasando de 77,1% en 2004 a 65,6% en 2022, y para la categoría de 10 y 30 minutos, de 53,2% en 2004 a 42,3% en 2022, mostrando una tendencia decreciente.

Cáncer

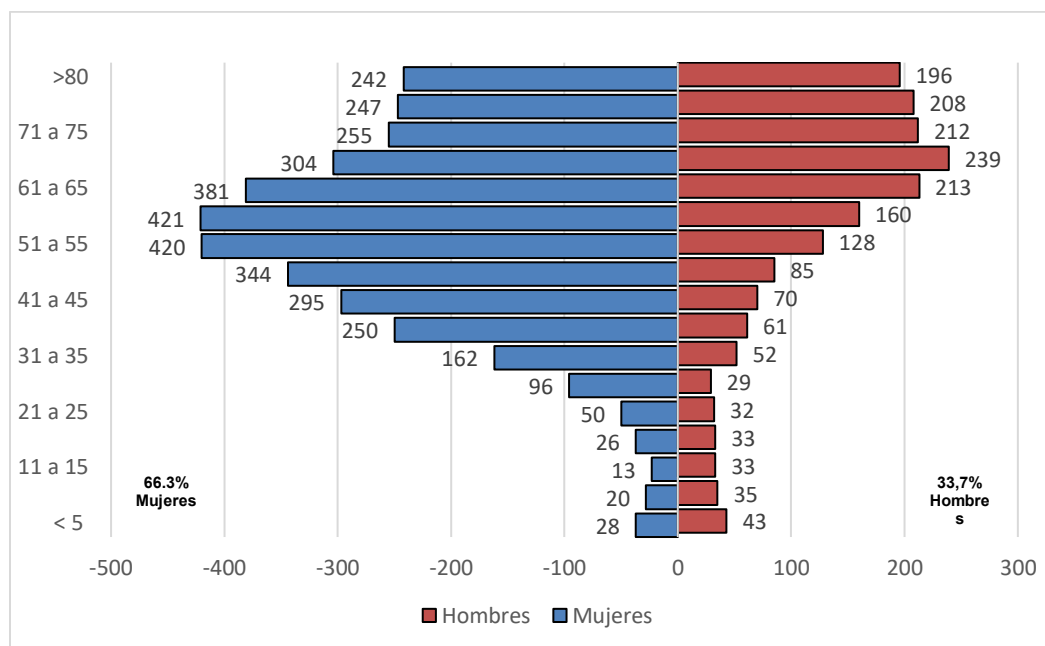
Con corte a 2024 la cuenta de alto costo reporta 7.250 pacientes, en donde predominó el sexo femenino (65,3 %) sobre el masculino (34,7 %). Los grupos etarios la mayor incidencia se encuentra en etapas mayores como 61+ años con un 63,6% y de 51 a 60 años con 16,8%, seguido de 41 a 50(11,2) y 31 a 40 (6,0%), lo que evidencia un considerable aumento etapas tempranas. En cuanto al régimen de afiliación, el 57,9% pertenecía al contributivo y el 42,1 % al subsidiado.

Entre 2019 y 2022, la cuenta de alto costo en Pasto reportó que los tipos de cáncer más comunes fueron los tumores malignos de piel (18,6%), mama (17,4%), cuello uterino (7,7%), próstata (6,9%) y tiroides (6%), representando más del 50% de los casos. Otros tipos de cáncer frecuentes incluyen estomago (4,9%), colon 82,8%), ovario (2,1%), linfoma no folicular (2%), tumor maligno del encéfalo (2%), leucemia mieloide (1,7%) y otros (27,8%) en donde se encuentran el de pulmón, recto y testículo.

Para 2024, con una población de 5.423 pacientes, la subclasificación CIE-10 reveló que el 100 % de los 1 200 casos de tumores malignos de mama se concentró en esa localización, constituyendo la neoplasia más común. Entre los órganos digestivos, predominó el cáncer gástrico (39,3 %), seguido por colon (36,2 %). En piel, el melanoma maligno representó 88,2 %.

El cáncer de próstata lideró en genitales masculinos (84,2 %) en genitales femeninos, el de cuello uterino (53,5 %). El cáncer de tiroides explicó 96,1 % de las glándulas endocrinas, mientras que el linfoma no Hodgkin difuso constituyó 30,5 % de linfomas y leucemias.

Figura 8. Pirámide poblacional de personas con diagnóstico de cáncer, Pasto 2019-2024.



Fuente: Cuenta de Alto Costo CANCER- EPS Municipio de Pasto - 2024.

En cuanto a sectorización de casos, la comuna 6 y el corregimiento de Catambuco es donde más casos se reportan (7,5% y 1,7% respectivamente) respecto de otras áreas geográficas.

La mortalidad total ascendió a 1 482 fallecimientos (20,4 %), con 5 768 pacientes vivos (79,6 %) al cierre del periodo y es más alta en mujeres (53,8%) que en hombres (46,2%) que va en aumento comparado con años anteriores (17%). Los tumores digestivos registraron la mayor letalidad con 470 decesos (6,5 %), seguidos por mama y genitales masculinos con 157 muertes cada uno (2,2 %), y linfáticos con 129 (1,8 %). No se reportaron muertes por tumores benignos.

Salud oral

Entre 2021 y 2024, la proporción de pacientes atendidos en odontología continuó mostrando un predominio del sexo femenino, con un porcentaje entre el 56% y el 61%, mientras que la participación masculina se mantuvo entre el 39% y el 43%. Aunque en 2023 se evidenció una ligera disminución en la participación femenina, en 2024 se observó un aumento hasta el 59%.

Frente a la edad, el curso de vida de adultez (29 a 59 años) se mantuvo como el principal usuario de los servicios odontológicos durante todo el periodo, con una participación estable alrededor del 30%. Frente al lugar de residencia, se observó una mayor asistencia al servicio por parte de personas que residen en zonas urbanas, con un porcentaje entre el 73% y 77%, mientras que la participación rural mostró una leve tendencia a la disminución, pasando del 27% en 2021 al 23% en 2024.

Frente a los diagnósticos principales por consulta, las patologías más frecuentes fueron la gingivitis crónica y la caries de la dentina, aunque en 2024 se observó un aumento notable en los registros de examen odontológico (59%). A diferencia de los diagnósticos asociados a urgencias (pulpitis, abscesos y traumatismos dentales) que mostraron una reducción marcada, confirmando la disminución en las atenciones por urgencia en el año 2024.

Tabla 22. Caracterización sociodemográfica de pacientes de odontología de consulta por primera vez, Pasto 2021-2024.

Variables		2021	2022	2023	2024
Genero	Femenino	60%	61%	56%	59%
	Masculino	40%	39%	43%	41%
Edad	0 - 5 años	18%	18%	17%	13%
	6 - 11 años	18%	18%	17%	17%
	12 - 17 años	13%	12%	13%	15%
	18 - 28 años	17%	18%	20%	15%
	29 - 59 años	29%	30%	31%	31%
	60 años o más	5%	4%	2%	9%
Lugar de residencia	Rural	27%	27%	24%	23%
	Urbano	73%	73%	76%	77%
Tipo de atención	Consulta	75%	74%	77%	99%
	Urgencia	25%	26%	23%	1%
Diagnóstico principal por Consulta	Gingivitis crónica	52%	49%	46%	23%
	Caries de la dentina	28%	37%	47%	17%
	Examen odontológico	14%	9%	15%	59%
	Perdida de diente debido a accidente, extracción o enfermedad periodontal local	2%	1%	1%	1%
	Dientes moteados	1%	1%	1%	0%
	Caries dentaria detenida	1%	1%	1%	0%
Diagnóstico principal por Urgencia	Pulpitis	41%	44%	43%	0%
	Absceso periapical sin fistula	23%	24%	22%	0%
	Periodontitis apical aguda originada en la pulpa	11%	8%	9%	0%
	Fractura de los dientes	7%	7%	3%	0%
	Absceso periapical con fistula	7%	6%	6%	0%

Fuente: RIPS y Plataforma SYS Bucal: 2021-2022. 2023* Primer semestre-2021 y 2022: Información solamente de la ESE PASTO SALUD 2024: Información de diferentes EAPB

2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

Factores psicológicos y culturales

A continuación, se comparan los factores conductuales, psicológicos y culturales entre el Municipio de Pasto y el departamento de Nariño, basándose en mediciones del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCRNV) y el Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense (SICLICO).

Los resultados revelan que los indicadores en el municipio son estadísticamente superiores a los del departamento, con tendencias al aumento.

Tabla 23. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales, Pasto 2017 - 2023.

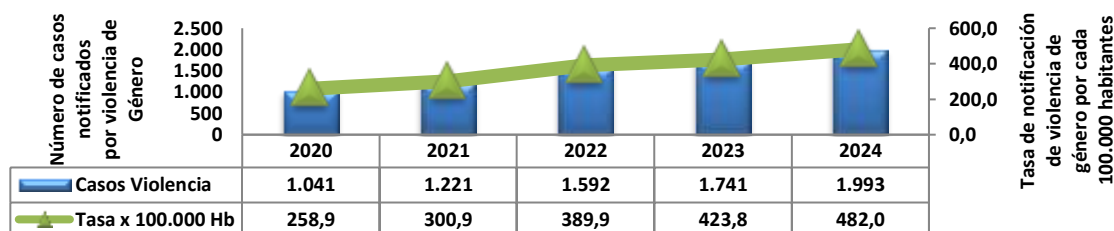
Determinantes intermedios de la salud	Nariño	Pasto	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar	22,83	52,09	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer	27,09	61,83	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF 2023.

Violencia de Genero

La tasa de violencias de género en Pasto muestra un aumento entre los años 2018 y 2019, posteriormente disminuye en 2020 y a partir de 2021 inicia una tendencia creciente hasta 2023 y aunque aún no se tiene el resultado depurado de RUAF para año completo 2024, los casos de violencia de acuerdo con notificaciones en SIVIGILA 4.0 para el municipio pasaron de 1.741 casos en 2023 a 1.993 casos en 2024.

Figura 9. Tasa Incidencia de Violencia de Género por 100.000 Habitantes, Pasto 2020-2024.

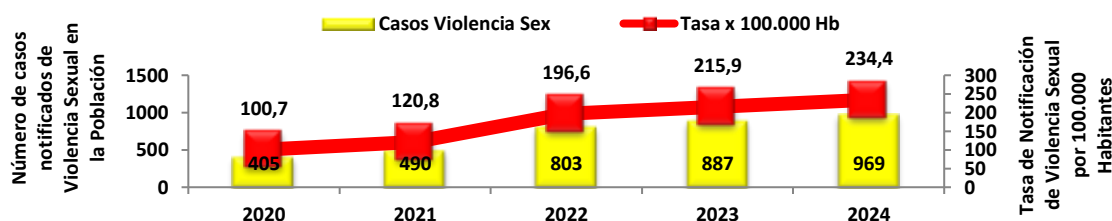


Fuente: Secretaria de Salud-SIVIGILA, ACTUALIZACIÓN POST COVID-19. Proyecciones DANE, la población aquí proyectada tiene como base las estimaciones a la población censada por el DANE en 2018.

Violencia Sexual

Es el principal tipo de violencia reportado y para 2024 el municipio de Pasto registró una tasa de 234,4 casos de violencia sexual por cada 100.000 habitantes, en contraste con los años 2020 o 2021 que fueron atípicos por COVID 19, sin embargo, la tendencia a partir de 2022 ha ido en aumento como lo muestra la siguiente figura:

Figura 10. Casos y Tasa de Incidencia de Violencia Sexual por 100.000 Habitantes, Pasto 2020-2024.



Fuente: Secretaria de Salud-SIVIGILA, ACTUALIZACIÓN POST COVID-19 y Proyecciones DANE, base población censada 2018.

Conclusiones

El análisis de los procesos económicos y las condiciones de vida en Pasto muestra que, aunque el desempleo ha disminuido en los últimos años y la estructura productiva ofrece oportunidades en comercio y servicios, persisten limitaciones estructurales que afectan el bienestar de la población. La desigualdad en los ingresos se mantiene estable, con un Gini cercano a 0,49, lo que refleja inequidades persistentes que condicionan el acceso a servicios esenciales y profundizan las brechas urbano–rurales.

La informalidad laboral continúa siendo un desafío central, expone a una parte importante de la población a ingresos inestables y baja protección social, aumentando la vulnerabilidad económica de los hogares. Las condiciones de vivienda, educación y servicios públicos muestran avances importantes frente al contexto departamental; sin embargo, estos progresos no se traducen plenamente en mejores indicadores de salud, debido a la persistencia de determinantes estructurales como la pobreza, la desigualdad y la fragilidad del mercado laboral.

Además, la presencia creciente de violencias, problemas de salud mental y formas de malnutrición evidencia tensiones sociales que requieren respuestas intersectoriales. En conjunto, los hallazgos confirman que los determinantes económicos y sociales continúan influyendo de manera decisiva en la salud de la población, y que se necesitan estrategias articuladas para reducir brechas, fortalecer la equidad y mejorar las oportunidades de desarrollo en el territorio.

3. CAPÍTULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES.

3.1 Análisis de la morbilidad

La morbilidad atendida por ciclo vital muestra como se ha comportado este indicador en las diferentes etapas del ciclo vital de la población del municipio de Pasto; al conocer la morbilidad y teniendo en cuenta los determinantes sociales del individuo, familia y comunidad en torno a un territorio, se puede tomar decisiones asertivas y costo efectivas respecto de la gestión de todo el proceso salud – enfermedad.

En la primera infancia (0–5 años), la morbilidad atendida entre 2017 y 2024 muestra un predominio creciente de las enfermedades no transmisibles, que alcanzan su nivel más alto en 2024 y aumentan 6,41 puntos porcentuales frente a 2023, consolidándose como la principal causa de consulta. En contraste, se observa una disminución significativa de las condiciones transmisibles y nutricionales (–3,83 pp) y de las lesiones (–0,86 pp), lo que sugiere avances en prevención y control.

Las condiciones perinatales presentan un incremento leve (0,16 pp), manteniéndose como la segunda causa de morbilidad, mientras que las condiciones mal clasificadas continúan descendiendo, reflejando mejoras en la calidad del registro. En conjunto, los datos confirman un perfil epidemiológico donde las afecciones no transmisibles ganan relevancia y las causas prevenibles tienden a disminuir.

En el grupo de infancia (6–11 años), la morbilidad atendida entre 2023 y 2024 mantiene un patrón con un claro predominio de las enfermedades no transmisibles, que aumentan en 6,63 puntos porcentuales, consolidándose como la principal causa de consulta en este ciclo vital. En contraste, las condiciones transmisibles y nutricionales presentan una disminución significativa (–3,67 pp), reflejando una menor carga de enfermedades infecciosas y nutricionales en este rango de edad.

Las lesiones también disminuyen (–1,10 pp). Por su parte, las condiciones maternas, aunque representan un porcentaje mínimo, muestran un leve incremento (+0,03 pp), sin impacto epidemiológico relevante. Finalmente, las condiciones mal clasificadas descienden de manera importante (–1,89 pp), sugiriendo mejoras en la calidad del registro. En conjunto, los datos evidencian un perfil epidemiológico donde las enfermedades no transmisibles continúan ganando peso y los eventos prevenibles tienden a disminuir.

En la adolescencia (12–18 años), el perfil de morbilidad entre 2023 y 2024 muestra estabilidad en la distribución general de causas, las enfermedades no transmisibles presentan una ligera disminución de 0,99 puntos porcentuales. Las condiciones transmisibles y nutricionales también descienden levemente (–0,56 pp), lo que sugiere una menor carga de infecciones comunes y problemas nutricionales en este grupo. En contraste, las lesiones registran un aumento considerable de 1,19 puntos porcentuales, convirtiéndose en el evento con mayor crecimiento relativo.

Las condiciones maternas, aunque representan un porcentaje pequeño, muestran un incremento leve (+0,14 pp). Finalmente, las condiciones mal clasificadas presentan un aumento menor (+0,21 pp), sin

mayor implicación epidemiológica. En conjunto, los datos reflejan un perfil caracterizado por un aumento de las lesiones, que demanda fortalecer acciones de prevención y promoción dirigidas a la población adolescente.

En la juventud, la adultez y la persona mayor se observa un patrón epidemiológico marcado por el predominio de las enfermedades no transmisibles, que continúan siendo la principal causa de atención en los jóvenes y variaciones leves en adultos y disminución en personas mayores. En paralelo, las condiciones transmisibles y nutricionales muestran fluctuaciones mínimas, sin cambios relevantes en su aporte a la morbilidad.

Tanto en juventud como en adultez se evidencia una disminución de las lesiones, mientras que en la población mayor estas presentan un ligero incremento, situación esperable por el riesgo asociado a caídas y fragilidad.

Las condiciones maternas disminuyen en jóvenes y adultos y son prácticamente inexistentes en edades avanzadas, mientras que las condiciones mal clasificadas muestran variaciones pequeñas en todos los ciclos vitales. En conjunto, el comportamiento de la morbilidad refleja una transición sostenida hacia enfermedades crónicas, con reducciones en eventos prevenibles y cambios modestos en las demás causas.

En conclusión, la distribución de la morbilidad por ciclo vital para el municipio de Pasto muestra un aumento sostenido de las enfermedades no transmisibles como principal causa de atención, mientras que las condiciones transmisibles y las lesiones tienden a disminuir, con excepciones puntuales en adolescentes y personas mayores. Las variaciones en condiciones maternas y mal clasificadas son mínimas y no alteran el panorama general.

En síntesis, el municipio enfrenta una carga creciente de enfermedades crónicas que demanda fortalecer acciones de prevención y control en todas las etapas de la vida, de acuerdo con información reportada por atenciones en RIPS, como se observa en la tabla 21.

Convenciones para interpretación de diferencia porcentual Δ pp 2023 y 2024:

Disminuye significativamente entre 2023 y 20234
Se está elevando por debajo de 1 punto entre 2023 y 2024
Se encuentra elevado por encima de 1 punto entre 2023 y 2024

3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad

Principales causas de morbilidad por ciclo vital en población general

El comportamiento de la morbilidad atendida en el municipio de Pasto evidencia un perfil epidemiológico diferenciado a lo largo del ciclo vital, marcado por el predominio temprano y sostenido de las enfermedades no transmisibles, que se consolidan como la principal causa de consulta desde

la primera infancia y aumentan progresivamente hasta la adultez. Este patrón refleja una transición epidemiológica avanzada, en la cual las afecciones crónicas desplazan de manera sostenida a las condiciones transmisibles.

En la primera infancia y la infancia, aunque las condiciones transmisibles y nutricionales mantienen un peso importante, se observa una disminución progresiva, paralela al aumento de las enfermedades no transmisibles. Este comportamiento sugiere avances en prevención, control y acceso a servicios básicos, así como una mayor detección de condiciones crónicas y del desarrollo. Las condiciones perinatales permanecen como una causa relevante en los primeros años de vida, mientras que las lesiones presentan una participación baja y estable.

Durante la adolescencia, se mantiene el predominio de las enfermedades no transmisibles; sin embargo, emerge un incremento relativo de las lesiones, especialmente entre 2023 y 2024, lo que indica una mayor exposición a riesgos asociados a comportamientos, entornos y dinámicas sociales propias de esta etapa del curso de vida.

En la juventud, las enfermedades no transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad, con una disminución de las condiciones maternas, particularmente en mujeres jóvenes, lo que podría estar asociado a mejoras en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Las lesiones, aunque con una tendencia general a la reducción, siguen representando una causa relevante de atención, especialmente en hombres.

En la adultez, el perfil epidemiológico se caracteriza por un claro dominio de las enfermedades crónicas, que concentran la mayor carga de morbilidad en ambos sexos, con incrementos discretos pero constantes. Las condiciones transmisibles y las lesiones se mantienen en niveles bajos, lo que refuerza el carácter crónico-degenerativo de la demanda de servicios de salud en esta etapa.

En la persona mayor, las enfermedades no transmisibles alcanzan su mayor proporción, aunque con una leve disminución reciente, mientras que las condiciones transmisibles permanecen en niveles mínimos. Las lesiones muestran un ligero incremento, coherente con el aumento del riesgo de caídas y fragilidad, evidenciando la necesidad de intervenciones preventivas orientadas a la seguridad y el envejecimiento saludable.

Finalmente, el análisis por sexo revela diferencias relevantes en la exposición al riesgo, con mayor protagonismo de las lesiones en hombres durante la adolescencia y juventud, y una reducción de las causas maternas en mujeres jóvenes. En conjunto, estos hallazgos confirman la necesidad de fortalecer acciones de promoción y prevención diferenciadas por ciclo vital y género, con énfasis en el control de enfermedades crónicas, la prevención de lesiones y la consolidación de entornos protectores desde las primeras etapas de la vida.

Principales causas de morbilidad por ciclo vital en hombres y mujeres

A lo largo del ciclo vital, la morbilidad atendida en Pasto entre 2022 y 2024 muestra que las enfermedades no transmisibles se consolidan como la principal causa de consulta desde la primera infancia y su peso aumenta progresivamente en todos los grupos etarios, con incrementos más

marcados en niños y niñas de 0 a 11 años. En la primera infancia, las condiciones transmisibles y nutricionales, además de las lesiones disminuyen. En la adolescencia y juventud, las lesiones adquieren mayor protagonismo en hombres, evidenciando un riesgo diferencial.

Tabla 24. Morbilidad atendida por ciclo vital total, Municipio de Pasto, 2017–2024.

Ciclo vital	Gran causa morbilidad	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	43,99	34,96	34,39	22,65	23,56	35,06	29,15	25,31	-3,83
	Condiciones perinatales	1,79	2,75	4,45	7,84	6,10	2,45	3,67	3,83	0,16
	Enfermedades no transmisibles	41,91	48,06	45,14	51,62	54,32	48,05	52,74	59,14	6,41
	Lesiones	3,14	3,28	4,28	5,14	4,49	4,10	4,78	3,92	-0,86
	Condiciones mal clasificadas	9,18	10,95	11,74	12,76	11,54	10,33	9,67	7,80	-1,87
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,58	17,88	17,46	12,36	9,60	16,81	15,83	12,15	-3,67
	Condiciones maternas	0,00	0,05	0,08	0,03	0,05	0,07	0,04	0,07	0,03
	Enfermedades no transmisibles	62,14	67,84	67,68	71,87	76,40	68,03	68,00	74,64	6,63
	Lesiones	4,81	4,58	5,54	6,13	5,47	5,71	7,01	5,91	-1,10
	Condiciones mal clasificadas	8,47	9,64	9,24	9,60	8,49	9,37	9,12	7,23	-1,89
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,19	9,97	8,70	6,26	5,16	7,32	6,87	6,31	-0,56
	Condiciones maternas	1,97	1,62	1,52	1,80	1,31	0,57	0,33	0,47	0,14
	Enfermedades no transmisibles	68,78	74,32	74,83	77,40	78,65	75,66	78,58	77,59	-0,99
	Lesiones	7,02	5,86	6,34	6,26	6,50	7,62	6,98	8,17	1,19
	Condiciones mal clasificadas	8,04	8,23	8,61	8,27	8,38	8,83	7,25	7,47	0,21
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,31	9,81	9,35	7,77	6,20	8,46	6,71	6,77	0,06
	Condiciones maternas	5,80	5,78	6,09	7,14	5,66	3,89	4,39	3,52	-0,87
	Enfermedades no transmisibles	64,43	65,27	64,97	65,85	69,96	69,16	68,32	71,23	2,90
	Lesiones	9,06	9,28	9,25	9,69	9,13	9,80	12,17	10,32	-1,85
	Condiciones mal clasificadas	8,40	9,85	10,34	9,56	9,05	8,69	8,40	8,17	-0,23
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,04	7,62	7,50	6,81	5,24	5,97	4,93	5,32	0,40
	Condiciones maternas	1,26	1,28	1,35	1,66	1,43	1,35	1,23	1,16	-0,07
	Enfermedades no transmisibles	77,51	77,59	75,74	76,19	78,13	78,16	79,43	80,21	0,78
	Lesiones	5,74	5,97	6,57	7,31	6,89	6,74	7,54	6,56	-0,98
	Condiciones mal clasificadas	6,46	7,53	8,83	8,04	8,31	7,78	6,87	6,74	-0,13
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,55	3,53	3,93	3,06	2,33	2,44	2,69	2,79	0,10
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	86,34	86,40	84,96	85,60	85,22	87,60	89,33	88,64	-0,69
	Lesiones	4,05	4,16	3,93	5,13	4,66	3,82	3,18	3,62	0,44
	Condiciones mal clasificadas	5,06	5,90	7,18	6,21	7,78	6,13	4,80	4,95	0,15

Fuente: RIPS - Cubo Morbilidad ASIS-Ministerio de Salud y Protección Social 09-09-2025.

En las mujeres jóvenes (14–26 años) se destaca una disminución de la morbilidad por causas maternas. En la adultez, las enfermedades crónicas dominan el perfil epidemiológico en ambos sexos, con incrementos discretos pero consistentes, en contraste en personas mayores de 60 años, estas condiciones disminuyen; mientras que las condiciones transmisibles permanecen en niveles bajos.

Morbilidad específica por subgrupo de Causa de Morbilidad

La morbilidad atendida en Pasto entre 2017 y 2024 evidencia un perfil epidemiológico mixto, dominado por las enfermedades no transmisibles, junto con la persistencia de condiciones transmisibles y un repunte reciente de las lesiones. Se observa un aumento de las enfermedades infecciosas y parasitarias y de las deficiencias nutricionales, mientras que las infecciones respiratorias muestran una reducción tras los picos de años previos.

Las enfermedades crónicas continúan en ascenso, especialmente la diabetes, los trastornos endocrinos, las enfermedades cardiovasculares y las condiciones orales, consolidándose como los principales determinantes de la carga de morbilidad. En contraste, algunos subgrupos como las neoplasias malignas y las condiciones neuropsiquiátricas presentan descensos recientes.

Las lesiones no intencionales registran el mayor incremento reciente en ambos sexos, constituyéndose en una alerta prioritaria de salud pública, mientras que las lesiones intencionales disminuyen. Persisten diferencias por sexo, con mayor aumento de lesiones, infecciones y eventos cardiovasculares en hombres, y de deficiencias nutricionales en mujeres.

En conjunto, los hallazgos refuerzan la necesidad de acciones integrales de prevención, enfocadas en el control de enfermedades crónicas, la nutrición, la salud oral, la prevención de lesiones y la vigilancia de eventos infecciosos, con enfoque diferencial y de género.

Entre 2017 y 2024, el perfil de morbilidad atendida por subgrupo de causa total en Pasto evidencia que dentro de las condiciones transmisibles y nutricionales, las enfermedades infecciosas muestran un repunte reciente, mientras que las infecciones respiratorias, tras alcanzar niveles altos en 2022 y 2023, registran una reducción en 2024.

Las deficiencias nutricionales mantienen una tendencia sostenida al alza. En las causas maternas y perinatales predomina de forma consistente la morbilidad materna, con leves incrementos en el último año. Las enfermedades no transmisibles continúan siendo un componente clave del perfil epidemiológico, destacándose aumentos en diabetes, desórdenes endocrinos, enfermedades cardiovasculares y condiciones orales, aunque se observan descensos en neoplasias malignas, condiciones neuropsiquiátricas y patologías musculoesqueléticas.

Tabla 25. Morbilidad atendida por subgrupo de causa total, Pasto 2017–2024.

Grandes causas	Subgrupos causa morbilidad	2017	20218	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	45,02	44,53	41,26	46,10	53,05	40,72	38,91	41,07	2,16
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	45,80	46,56	49,32	43,81	34,67	49,57	49,41	45,78	-3,63
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	9,19	8,91	9,42	10,09	12,27	9,72	11,68	13,15	1,47
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	88,74	81,85	75,82	75,33	77,12	88,17	85,05	86,11	1,05
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	11,26	18,15	24,18	24,67	22,88	11,83	14,95	13,89	-1,05
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,38	1,78	1,98	2,30	2,15	2,76	3,54	2,47	-1,07
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,09	1,12	1,14	1,17	1,31	1,66	1,85	1,58	-0,27
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,41	2,54	2,20	3,46	2,58	3,60	2,91	3,63	0,72
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,10	4,99	4,91	5,20	6,02	6,33	6,15	6,97	0,82
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	15,88	18,00	20,96	21,40	21,39	14,06	18,76	14,91	-3,85
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,63	7,73	7,41	7,04	7,59	8,12	7,26	7,57	0,30
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12,32	12,71	13,67	19,58	16,01	13,76	14,07	14,83	0,76
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,81	3,47	4,00	3,75	3,38	3,10	2,99	2,55	-0,43
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,50	6,21	6,96	6,84	7,18	5,25	5,79	6,25	0,46
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9,24	7,63	8,09	7,75	8,10	7,74	7,24	7,90	0,66
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	3,73	3,35	3,65	3,31	3,34	2,85	3,32	3,17	-0,16
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	15,07	15,58	13,85	11,80	12,89	18,96	15,86	14,66	-1,20
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,81	1,50	1,52	1,24	1,40	0,98	0,90	0,72	-0,18
	Condiciones orales (K00-K14)	13,04	13,39	9,67	5,17	6,66	10,82	9,36	12,81	3,45
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,19	4,02	4,04	21,46	14,46	7,60	4,87	10,81	5,94
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1,39	1,48	2,15	1,96	2,11	1,61	1,81	1,21	-0,60
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,07	0,06	0,08	0,13	0,06	0,03	0,05	0,13	0,07
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,35	94,43	93,74	76,45	83,36	90,75	93,26	87,85	-5,42
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fuente: RIPS - Cubo Morbilidad ASIS-Ministerio de Salud y Protección Social 09-09-2025.

También sobresale el aumento en las condiciones orales (+3,45 pp) y en las infecciones y parasitarias, que ascienden +2,16 pp, junto con el incremento sostenido de las deficiencias nutricionales (+1,47 pp), las condiciones maternas (+1,05 pp). Por el contrario, los subgrupos con disminuciones más marcadas fueron los traumatismos y otras consecuencias de causas externas (-5,42 pp), las condiciones neuropsiquiátricas, con una caída significativa de -3,85 pp, seguidas por las infecciones respiratorias (-3,63 pp). También se registran descensos en las neoplasias malignas (-1,07 pp).

Morbilidad atendida por subgrupos de causas en hombres y mujeres

En los hombres, los subgrupos de causas de morbilidad con mayor frecuencia de consulta según RIPS fueron las lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89), que registraron una variación porcentual de 5,26 puntos entre 2023 y 2024.

A estas le siguieron las condiciones orales (K00-K14), con una variación de 4,14 puntos; luego se ubicaron las enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73), que alcanzaron 3,79 puntos de cambio; y, por último, las enfermedades cardiovasculares (I00-I99), indicaron una variación de 1,12 puntos.

En las mujeres, las lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) registraron la mayor variación porcentual, con 6,79 puntos; seguidas de las condiciones orales (K00-K14), que mostraron un cambio de 3,04 puntos. A continuación, se ubicaron las deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64), con una variación de 2,10 puntos, y finalmente las enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73), que presentaron un ajuste de 1,07 puntos.

En síntesis, durante el periodo analizado se evidenció que tanto en hombres como en mujeres las lesiones no intencionales fueron los eventos que mostraron las mayores variaciones porcentuales, seguidas por las condiciones orales. En los hombres destacaron también las enfermedades infecciosas y parasitarias y, en menor medida, las cardiovasculares, mientras que en las mujeres sobresalieron las deficiencias nutricionales. Estos patrones reflejaron diferencias por sexo en los cambios de la morbilidad atendida entre 2023 y 2024.

3.1.2 Principales causas de morbilidad en salud mental

La morbilidad en salud mental en Pasto muestra un cambio marcado en su distribución por curso de vida, con una concentración sostenida en la población adulta y un incremento reciente y preocupante en la infancia y primera infancia, especialmente en niños. Tras los picos de 2022-2023, la mayoría de los grupos etarios presentaron descensos en 2024, salvo los menores de 11 años, donde la tendencia se revirtió al alza.

Se evidencia una transición en las causas, con disminución de la epilepsia en edades tempranas y una expansión acelerada de los trastornos de ansiedad, que se consolidan como la principal causa de morbilidad desde la infancia hasta la vejez. La depresión mantiene un peso relevante, con aumentos

puntuales en adolescentes y hombres jóvenes, mientras que los trastornos por consumo de sustancias muestran una reducción sostenida en todos los grupos.

El análisis por sexo confirma brechas importantes, con aumentos más pronunciados de ansiedad y depresión en hombres, y comportamientos diferenciales de la epilepsia según la edad. En conjunto, los hallazgos posicionan la salud mental, particularmente la ansiedad en edades tempranas y productivas, como una prioridad crítica de intervención en salud pública.

Tabla 26. Morbilidad en Trastornos mentales y del comportamiento según Curso de Vida-total, Pasto, 2017 – 2024.

Ciclo vital	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5años)	9,10	7,23	7,39	3,89	5,50	4,43	3,15	6,44	3,29
Infancia (6 - 11 años)	22,06	19,14	17,25	9,73	9,41	7,79	7,46	14,06	6,60
Adolescencia (12 -17 años)	22,15	24,09	22,50	19,30	19,09	16,16	16,18	14,94	-1,24
Juventud (18 - 28 años)	9,96	10,75	12,63	19,14	20,30	15,73	19,57	15,97	-3,60
Adultez (29 - 59 años)	22,18	22,92	23,85	30,03	29,89	37,19	37,14	33,81	-3,33
Vejez (60 años y más)	14,55	15,87	16,39	17,91	15,82	18,69	16,50	14,78	-1,72

Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO. Fecha de consulta: 08 de Agosto de 2025.

Tras un pico en 2022-2023, este grupo y otros como la juventud y la adolescencia experimentaron un ligero descenso en 2024. Este año se destacó, sin embargo, por un incremento abrupto en los grupos de infancia (6-11 años) y primera infancia (0-5 años).

La morbilidad por trastornos mentales en Pasto, desglosado por sexo entre 2022 y 2024, evidenció una marcada divergencia en las tendencias entre hombres y mujeres, particularmente en los grupos etarios más jóvenes. Mientras que para ambos sexos se observó una tendencia decreciente en la adolescencia, juventud, adultez y vejez en 2024, la magnitud del cambio varió significativamente.

El hallazgo más destacado fue el aumento pronunciado de la morbilidad en niños, que fue considerablemente más agudo en los hombres, con un incremento de 10.32 puntos porcentuales en el grupo de 6 a 11 años, duplicando la proporción reportada en mujeres. En contraste, la proporción de casos en el grupo adulto (29-59 años) disminuyó para ambos sexos, aunque el descenso fue notablemente más pronunciado en los hombres (-6.48 pp) que en las mujeres (-0.19 pp).

Las grandes causas de morbilidad en salud mental en Pasto entre 2017 y 2024 mostraron una transición epidemiológica a lo largo del ciclo vital. En la primera infancia y la infancia, la epilepsia fue durante años la causa predominante, aunque presentó una disminución en 2024, especialmente en el grupo de 0 a 5 años.

Paralelamente, los trastornos de ansiedad aumentaron de forma marcada en estos grupos, hasta convertirse en la principal causa en la primera infancia para 2024.

Tabla 27. Grandes causas de morbilidad específica en salud mental según Curso de Vida-total, Pasto, 2017 – 2024.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,34	0,19	5,83	1,66	2,44	0,00	1,51	0,00	-1,51
	Epilepsia	85,42	90,59	78,21	89,28	87,41	66,40	83,92	60,23	-23,69
	Depresión	0,74	0,57	6,54	0,72	1,28	2,43	1,01	2,00	0,99
	Ansiedad	12,51	8,65	9,41	8,34	8,87	31,17	13,57	37,77	24,20
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,01	1,80	4,94	0,99	0,24	1,25	6,16	0,52	-5,64
	Epilepsia	53,10	52,51	46,91	53,04	41,41	52,81	32,62	52,55	19,92
	Depresión	14,09	19,26	16,40	9,01	22,32	9,69	23,17	15,91	-7,25
	Ansiedad	28,79	26,43	31,75	36,96	36,03	36,25	38,04	31,02	-7,03
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	53,86	56,16	42,24	48,78	31,81	21,61	33,37	26,12	-7,26
	Epilepsia	15,71	9,77	13,06	11,00	11,30	7,81	5,45	6,07	0,63
	Depresión	15,86	19,49	24,76	18,29	27,66	36,93	31,40	34,30	2,90
	Ansiedad	14,56	14,58	19,93	21,93	29,23	33,65	29,78	33,51	3,73
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	34,18	36,49	36,22	39,35	40,16	30,04	31,07	25,31	-5,76
	Epilepsia	21,67	18,82	17,51	12,87	13,47	11,05	7,94	7,90	-0,04
	Depresión	15,03	14,66	22,46	17,67	20,38	22,30	23,25	23,54	0,28
	Ansiedad	29,11	30,04	23,80	30,11	25,99	36,61	37,74	43,26	5,52
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	13,38	14,23	18,78	19,34	21,89	14,26	21,44	14,18	-7,26
	Epilepsia	28,36	22,27	20,70	20,34	19,87	17,61	12,47	11,58	-0,89
	Depresión	22,54	29,86	26,99	21,85	19,38	20,87	19,21	19,83	0,63
	Ansiedad	35,72	33,63	33,53	38,48	38,87	47,27	46,88	54,41	7,53
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,32	6,77	8,38	10,82	6,40	5,72	4,66	4,43	-0,23
	Epilepsia	30,72	17,90	20,45	13,86	15,17	15,44	15,49	15,02	-0,47
	Depresión	23,64	31,51	27,03	18,73	21,19	21,04	21,95	22,09	0,14
	Ansiedad	41,31	43,82	44,14	56,59	57,23	57,80	57,90	58,46	0,56

Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO. Fecha de consulta: 08 de Agosto de 2025.

En la adolescencia y la juventud, los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas continuaron siendo los de mayor proporción, aunque con una reducción entre 2023 y 2024, mientras que la depresión y la ansiedad mantuvieron una tendencia al alza. En la adultez y la vejez, los trastornos de ansiedad se consolidaron como la principal causa de morbilidad, representando más de la mitad de los casos en 2024 y mostrando un incremento sostenido a lo largo del periodo.

Salud Mental en Mujeres y Hombres

En las mujeres, la morbilidad en salud mental entre 2022 y 2024 mostró cambios importantes según el curso de vida. La epilepsia fue la condición con las variaciones más marcadas: en la infancia (6–11 años) registró su mayor aumento (+21,76 pp), mientras que en la primera infancia (0–5 años) presentó la caída más pronunciada (–14,60 pp) y en la vejez mostró un leve incremento (+2,77 pp). La ansiedad también tuvo un comportamiento destacado, con aumentos significativos en la primera infancia (+15,42 pp) y en la juventud (+9,99 pp). En la adultez, se mantuvo como el principal motivo de consulta,

con un aumento sostenido (+6,80 pp). La depresión conservó un peso importante, aunque con descensos suaves, excepto en la infancia, donde aumentó ligeramente (+1,07 pp). Por su parte, los trastornos por consumo de sustancias continuaron disminuyendo.

En los hombres, el mayor aumento se presentó en los casos de ansiedad, especialmente en la primera infancia (+27,76 pp), así como en la adultez (+5,54 pp) y la vejez (+4,54 pp). También hubo incrementos importantes en la epilepsia durante la infancia (6–11 años) (+16,51 pp), y en menor medida en la adolescencia (+1,74 pp) y la juventud (+1,45 pp). La depresión mostró incrementos en la adolescencia (+10,31 pp), en la juventud (+7,10 pp) y en la adultez (+4,59 pp). Las mayores disminuciones se observaron en los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, con caídas amplias en la infancia (–9,24 pp), la adolescencia (–13,00 pp), la juventud (–9,31 pp) y la adultez (–9,62 pp). La epilepsia también descendió de manera considerable en la primera infancia (–27,32 pp) y en la vejez (–5,93 pp).

En resumen, el análisis mostró que entre 2022 y 2024 la ansiedad fue la condición que más aumentó tanto en mujeres como en hombres, con incrementos especialmente altos en las edades más tempranas y en etapas productivas. La epilepsia presentó comportamientos opuestos según el curso de vida, con aumentos notorios en la infancia, pero fuertes disminuciones en la primera infancia de ambos sexos. La depresión mantuvo un peso importante y tuvo incrementos puntuales, sobre todo en hombres adolescentes y jóvenes, mientras que en mujeres tendió a descender ligeramente. Por su parte, los trastornos asociados al consumo de sustancias fueron la causa con mayores reducciones en ambos grupos.

Morbilidad atendida en minorías étnicas

Morbilidad negro, mulato, afrodescendiente

En total en el periodo observado de 2024 se presentaron 13.056 atenciones en la población Negra, Mulato y Afrodescendiente. Con relación a las patologías, fueron las consultas por enfermedades del sistema digestivo (980), las enfermedades del sistema circulatorio (882) y las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo las más prevalentes en la etnia afrodescendiente y dentro de las cuales las más frecuentes fueron las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, las enfermedades hipertensivas y las dermatopatías.

Morbilidad Población Indígena

La población Indígena registró para 2024 un total de 96.536 atenciones, con respecto a las causas de consulta con mayor frecuencia encontramos las atenciones por las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, donde el mayor número de consultas fue por Dorsopatías. El segundo grupo de causas con mayor prevalencia fueron las enfermedades del sistema digestivo, dentro de las cuales las más frecuentes fueron las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares.

En tercer lugar, están las enfermedades del sistema circulatorio dentro de las cuales las más frecuentes fueron las enfermedades hipertensivas. Por otra parte, en cuarto lugar aparecen las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas donde la subcausa más prevalente en este grupo fueron los trastornos de la glándula tiroidea y en el quinto lugar aparece los trastornos mentales y de comportamiento, de las cuales los más frecuentes fueron los trastornos mentales orgánicos.

Morbilidad Población ROM – Gitano

En el periodo de 2024 se registraron 574 atenciones en la población ROM por las siguientes causas: enfermedades del sistema digestivo, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y las enfermedades del sistema circulatorio. Las subcausas principales dentro de estos grupos fueron enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, Diabetes Mellitus y las enfermedades hipertensivas.

Morbilidad Población Palenquera

En el año 2024 se registraron 36 atenciones en la población Palenquera San Basilio. Con relación a las patologías, las más frecuentes fueron las consultas por enfermedades del sistema digestivo, dentro de las cuales las más frecuentes fueron las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares. El segundo grupo de causas con mayor prevalencia fueron las consultas por trastornos mentales y del comportamiento, dentro de las cuales las más frecuentes fueron la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes en esta etnia.

Morbilidad Población Raizal

En el periodo de 2024 se presentaron 284 atenciones en total en la población Raizal donde las principales causas fueron los trastornos mentales y del comportamiento, seguida de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, además de las enfermedades del sistema digestivo.

Las subcausas de consultas principales y con más prevalencia en la población Raizal fueron los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con estrés, dorsopatías y las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares.

3.1.3 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

La morbilidad por eventos de alto costo en Pasto muestra un comportamiento fluctuante pero persistentemente superior al departamental, especialmente en la enfermedad renal crónica en fase cinco, cuya prevalencia volvió a aumentar en 2024, confirmando una alta carga asistencial y financiera para el sistema de salud. El VIH mantiene una tendencia históricamente ascendente en incidencia y prevalencia, con valores consistentemente mayores a los de Nariño, lo que evidencia transmisión sostenida y necesidad de reforzar estrategias de detección y control.

En contraste, las leucemias agudas pediátricas presentan baja frecuencia y variabilidad interanual, sin cambios estructurales relevantes ni diferencias significativas frente al comportamiento departamental.

Respecto a los eventos precursores, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial muestran prevalencias más altas en el municipio que en el departamento y una tendencia general al aumento, consolidándose como factores de riesgo clave de la morbilidad cardiovascular, renal y cerebrovascular. En conjunto, estos hallazgos posicionan el control de enfermedades crónicas y de alto costo como una prioridad estratégica para la sostenibilidad del sistema de salud y la prevención de discapacidad y mortalidad prematura.

Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo

De acuerdo con la información de la semaforización y tendencia de los eventos de alto costo en Pasto entre 2017 y 2024, la enfermedad renal crónica en fase cinco mostró un comportamiento fluctuante, aunque en 2024 su prevalencia volvió a aumentar y se mantuvo por encima de la registrada en el departamento. La incidencia también presentó variaciones, con descensos repetidos en varios años y un repunte en 2023.

Tabla 28. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos, Pasto, 2017-2024.

Evento	Nariño	Pasto	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por cada 100.000 Habitantes.	51,39	95,35	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados.	6,86	11,65	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de VIH notificada.	18,17	28,48	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Prevalencia de VIH/SIDA	0,19	0,29	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	-
Prevalencia de VIH/SIDA de 15 a 49 años	0,27	0,42	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años).	0,00	0,00	↗	↘	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años).	3,98	6,45	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO-Cuenta de Alto Costo 2024.

En cuanto al VIH, la tasa de incidencia notificada tuvo un aumento sostenido durante la mayor parte del periodo, con descensos solo en 2021 y 2024, mientras que la prevalencia general mostró un crecimiento continuo hasta 2023, superando de manera constante el indicador departamental. La prevalencia en la población de 15 a 49 años siguió un patrón similar, con tendencia mayormente ascendente y valores superiores a los de Nariño.

En relación con las leucemias agudas pediátricas, la forma mieloide presentó cifras prácticamente nulas y sin diferencias frente al comportamiento departamental, mientras que la linfóide mostró variaciones interanuales y una tendencia a la baja hacia 2023, manteniéndose aun así por encima del indicador departamental sin diferencias estadísticamente significativas.

Morbilidad de eventos precursores

Semaforización y tendencia de los eventos precursores

Observamos que para el año 2024 la prevalencia de hipertensión arterial estimada para Nariño es de 5,75% y para el Municipio de Pasto de 7,78%, cuya diferencia no es significativa estadísticamente, además se puede evidenciar un comportamiento variable durante el periodo 2017 - 2024; este evento se constituye como uno de los principales factores de riesgo determinantes de la mortalidad cardiovascular.

Tabla 29. Semaforización y tendencia de los eventos precursores Pasto, 2024.

Evento	NARIÑO	PASTO	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de diabetes mellitus	2,15	3,09	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	5,75	7,78	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗

Fuente: SISPRO 2012-2015, Cuenta de Alto Costo 2016-2024.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo para el año 2024 en el territorio, la prevalencia de diabetes mellitus estimada para el Municipio de Pasto es de 3,09% y para el departamento de Nariño de 2,15%, más alta en el municipio cuya diferencia no es estadísticamente significativa con respecto al departamento y con una tendencia creciente a lo largo del periodo observado, este evento contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras.

3.1.4 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

La morbilidad reportada a SIVIGILA en Pasto se mantiene en general por debajo del comportamiento departamental; sin embargo, se identifican alertas prioritarias por el aumento sostenido en los últimos años de eventos como agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, violencias, morbilidad materna extrema, tuberculosis, intoxicaciones y algunos intentos de suicidio, pese a la reducción observada en 2024 para este último evento.

Eventos como la desnutrición en menores de 5 años, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades transmitidas por vectores (importadas) presentan menor magnitud, pero mantienen relevancia epidemiológica, especialmente por su asociación con condiciones sociales y efectos del cambio climático.

En conjunto, los eventos más frecuentes corresponden a agresiones por animales transmisores de rabia, IRA, violencias, intento de suicidio, tuberculosis y enfermedades transmitidas por vectores importadas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la prevención intersectorial y la respuesta oportuna, con énfasis en salud ambiental, salud mental, seguridad, control de zoonosis y salud materna.

Tabla 30. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria, Pasto, 2017-2024.

Evento	Nariño	Pasto	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
113 - Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años	887	84	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗
155 - Cáncer de la Mama y Cuello Uterino	412	201	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
210 - Dengue	3.354	0	-	↗	↗	↘	↗	-	↗	↘
298 - Evento Adverso Seguido a la Vacunación	0	0	↗	↘	↗	↘	↘	-	↘	↘
300 - Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia	7.644	2.619	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗
330 - Hepatitis A (Brote)	14	3	-	↗	↘	-	-	-	-	↗
340 - Hepatitis B	71	13	↗	↘	↗	↘	-	-	-	↘
341 - Hepatitis C	13	7	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	-
343 - Hipotiroidismo Congénito	6	3	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗
345 - ESI - IRAG (Vigilancia Centinela)	836	417	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘
346 - Influenza Humana por Virus Nuevo	362	117	-	-	-	-	-	-	-	↗
348 - Infección Respiratoria Aguda Grave - IRAG Inusitada	33	9	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘
356 - Intento de Suicidio	1.501	718	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘
360 - Intoxicación por Plaguicidas	392	48	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘
370 - Intoxicación por Fármacos	751	408	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘
380 - Intoxicación por Metanol	4	2	↗	↘	↗	-	↘	↗	↘	↗
390 - Intoxicación por Metales Pesados	2	1	-	↗	↘	↗	↘	-	↘	↗
400 - Intoxicación por Solventes	32	8	↗	↘	-	↘	↗	↘	↗	↘
410 - Intoxicación por Otras Sustancias Quím.	252	75	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗
412 - Intoxicación por Monóxido de Carbono y Otros Gases	18	8	↗	↘	↘	↘	↗	-	↗	↘
414 - Intoxicación por Sustancias Psicoactivas	250	97	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗
420 - Leishmaniasis Cutánea	164	1	-	-	-	↗	↘	-	-	↗
452 - Lesiones por Artefactos Explosivos	200	52	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗
456 - Leucemia Aguda Pediátrica Linfoide	14	4	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘
459 - Cáncer Infantil	32	12	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗
500 - Meningitis Meningocócica	2	2	↗	-	-	↘	-	-	↗	↗
549 - Morbilidad Materna Extrema	1.418	409	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗
550 - Mortalidad Materna	19	5	↗	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗
560 - Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía	192	37	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗
600 - Mortalidad por IRA	3	0	-	↗	↘	-	↘	↗	-	↘
620 - Parotiditis	159	86	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘
735 - Anomalías Congénitas	302	71	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘
740 - Sífilis Congénita	14	1	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘
750 - Sífilis Gestacional	219	35	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗
810 - Tuberculosis Extra Pulmonar	31	17	↗	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘
820 - Tuberculosis Pulmonar	179	40	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗
825 - Tuberculosis Farmacorresistente	6	3	↗	↗	-	↘	-	-	↗	↗
831 - Varicela Individual	809	289	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘
850 - VIH/Sida/Mortalidad Por Sida	399	141	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
875 - Violencias (VCM, VIF, VSX)	4.665	1.445	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗
880 - Viruela Símica (Monkeypox)	0	0	-	-	-	-	-	-	↗	↘

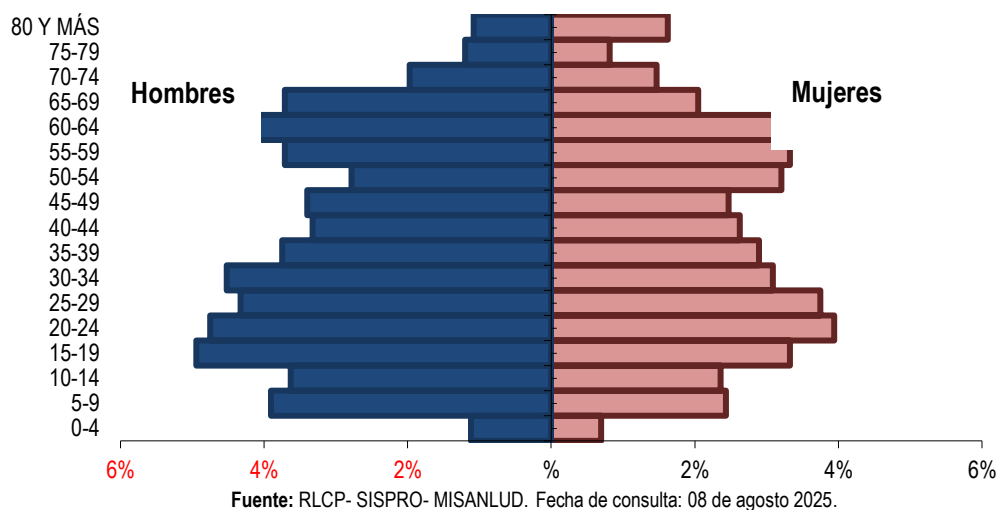
Fuente: SIVIGILA, datos disponibles en el cubo de SIVIGILA, SISPRO. Fecha de consulta: 27 de Noviembre 2025.

3.1.5 Análisis de la población con discapacidad

La población en situación de discapacidad en el municipio de Pasto se caracteriza por el predominio de la discapacidad física e intelectual, seguidas de la discapacidad múltiple, lo que evidencia una alta carga de limitaciones funcionales complejas. La discapacidad afecta en mayor proporción a los hombres, especialmente en edades jóvenes y en adultos mayores, mientras que en las mujeres se observa un aumento relevante en edades adultas y avanzadas, asociado al deterioro propio del curso de vida.

La presencia de múltiples discapacidades en una misma persona representa un reto significativo para la atención integral, la rehabilitación y la inclusión social. En conjunto, estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer estrategias de prevención de discapacidad, atención diferencial por sexo y edad, y acciones intersectoriales orientadas a la autonomía, la participación y la calidad de vida de esta población.

Figura 11. Pirámide de la población en condición de discapacidad, Pasto, 2025.



En general, la discapacidad presenta una prevalencia de afectaciones al género femenino que se encuentra en el 43,49% (1.126 personas), mientras que para el género masculino es del 56,51% (1.463 personas). Se observa en mayor medida en hombres en edades entre los 15 a 24 años de edad y en los adultos de 60 a 64 años pero en mayor proporción que en las mujeres de esa edad.

Además se observa un aumento para el sexo femenino en edades de 20 a 29 años, de 50 a 64 años y significativo en las de 80 y más años, situaciones que pueden estar relacionadas al deterioro por curso de vida; sin embargo a pesar que ciertas alteraciones que generan limitaciones y/o barreras en la participación o funcionalidad se pueden identificar desde la infancia, la prevalencia de discapacidad.

Tabla 31. Distribución según las categorías de Discapacidad, Pasto, 2025.

Categoría Discapacidad	Hombres	Proporción Hombres	Mujeres	Proporción Mujeres	Total	Proporción
Física	704	23,67	554	24,52	1.258	24,04
Visual	224	7,53	177	7,84	401	7,66
Auditiva	171	5,75	151	6,68	322	6,15
Intelectual	698	23,47	508	22,49	1.206	23,05
Psicosocial (Mental)	507	17,05	381	16,87	888	16,97
Sordoceguera	3	0,10	3	0,13	6	0,11
Múltiple	667	22,43	485	21,47	1.152	22,01
Total	2.974	100	2.259	100	5.233	100

* Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de totales no es igual al total de la población en situación de discapacidad.

Fuente: Nuevo Registro de Personas con Discapacidad. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.
Fecha de Consulta: 08/08/2025.

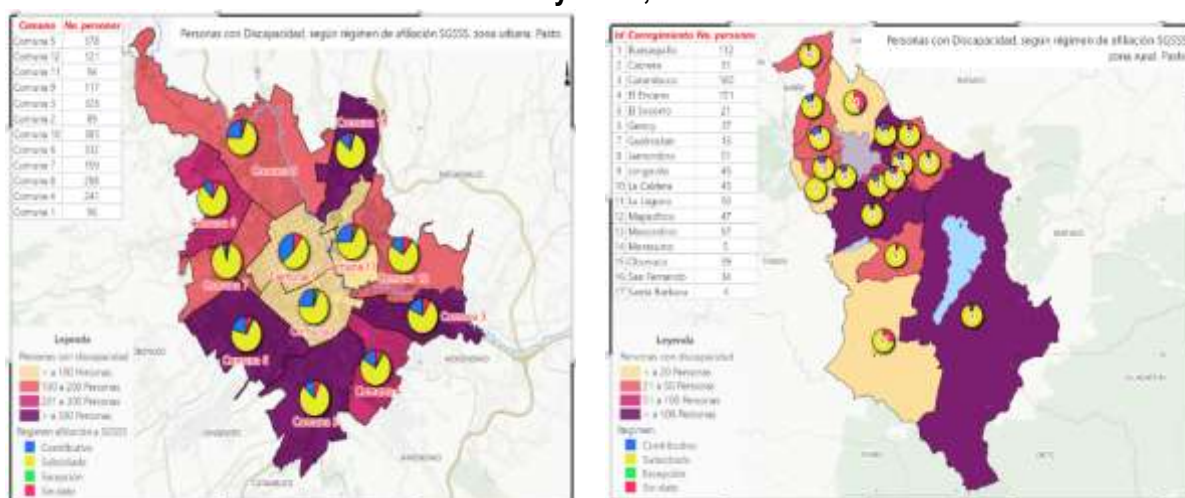
Se debe tener en cuenta que en el municipio existen personas en situación de discapacidad, con más de una discapacidad a la vez, como lo muestra la tabla.

Caracterización geográfica de Población en situación de Discapacidad

Uno de los retos establecidos en la política pública de discapacidad aprobada mediante Acuerdo 049 del 16 de diciembre de 2019 se relaciona con la cobertura en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad y la certificación de las personas con discapacidad, incluyendo las etnias presentes en el municipio, en concordancia con la normatividad (Res.583-2018).

Mapa 4. Concentración población con discapacidad según régimen de afiliación

Zona Urbana y Rural, Pasto 2022.



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública-Sistema de Información Geográfico Participativo en Salud Pública.

De acuerdo con el Sistema de Información Geográfico Participativo en Salud Pública de la secretaría de Salud Pública, los sectores donde más se concentra la población con discapacidad en el municipio son:

- **Sector urbano:** Comunas 3, 5, 6 y 10 con más de 300 personas; comunas 4 y 8 con población entre 200 y 300 personas, comunas 7, 9 y 12 con entre 100 y 200 personas y comunas 1, 2 y 11 con menos de 100 personas con discapacidad.
- **Sector rural:** Corregimientos de Buesaquillo, Catambuco y El Encano con menos de 100 personas; Jamondino y Mocondino entre 51 y 100 personas; Cabrera, San Fernando, la laguna, el Socorro, la Caldera, Genoy, Mapachico, Obonuco, Jongovito con 21 a 51 personas; Gualmatán, Morasurco y Santa barbara con menos de 20 personas.

Régimen de Afiliación en Salud

De acuerdo a la base de datos validada por la subsecretaría de seguridad social, el 99% de las personas con discapacidad cuentan con el aseguramiento en salud, una de las EAPB que presentan el mayor número de usuarios que se auto reconocen como personas con discapacidad es Emssanar EPS.

Conclusiones de morbilidad

La morbilidad por trastornos mentales se concentra de forma sostenida en adultos (29–59 años), pero en 2024 se observa un aumento abrupto en niños (0–11 años), lo que sugiere un desplazamiento temprano de la carga hacia edades más tempranas y una creciente demanda de servicios de salud.

La ansiedad se consolida como la causa predominante de morbilidad en adultos y adultos mayores, y aumenta de manera notable en niños y jóvenes, lo que indica una transición epidemiológica hacia trastornos emocionales y del estrés.

La enfermedad renal crónica en fase terminal mantiene una prevalencia elevada y superior al departamento, mientras que la diabetes y la hipertensión muestran tendencia creciente, lo que refuerza la urgencia de fortalecer la prevención y control de enfermedades crónicas y sus complicaciones.

El VIH presenta una incidencia y prevalencia crecientes, con valores consistentemente superiores a Nariño, lo que evidencia la necesidad de intensificar estrategias de prevención, diagnóstico temprano y adherencia a tratamiento.

Entre los eventos de notificación obligatoria, se destacan en aumento las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, las violencias, intoxicaciones (químicos y SPA) y morbilidad materna extrema, lo que sugiere la necesidad de acciones intersectoriales en seguridad, control zoonótico, salud ambiental y atención materna.

La discapacidad en Pasto es mayormente física e intelectual, con un predominio en hombres y un incremento en mujeres en edades adultas y mayores. La presencia de múltiples discapacidades en una misma persona resalta la necesidad de atención integral, rehabilitación y accesibilidad, con enfoque diferencial por sexo y edad.

3.2 Análisis de Mortalidad

3.2.1 Mortalidad general

La mortalidad ajustada por edad en Pasto revela un perfil estable de predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, con las enfermedades del sistema circulatorio como principal causa de muerte durante todo el periodo, sin una reducción sostenida, lo que indica un reto persistente en el control de factores de riesgo cardiovasculares. Las neoplasias mantienen una tendencia estable, con un ligero repunte en 2024, lo que refuerza la necesidad de continuidad en prevención, detección temprana y tratamiento oncológico.

Las causas externas (accidentes, violencia, etc.) aumentaron hasta 2021, pero muestran una disminución progresiva hacia 2024, alcanzando su valor más bajo en el periodo, lo que sugiere una mejora relativa en seguridad y prevención de eventos externos o un cambio en la dinámica de riesgos. Las enfermedades transmisibles presentan variaciones sin patrón claro, manteniéndose en niveles intermedios, mientras que las causas mal definidas son mínimas y fluctuantes.

Por sexo, se observa una brecha significativa: los hombres presentan mayor mortalidad por causas externas y transmisibles, mientras que las mujeres muestran tasas más bajas en estas causas, aunque con un mayor impacto de neoplasias en 2024.

Tabla 32. Tabla de mortalidad general por 100.000 habitantes, ajustada por edad, Pasto, 2017–2024.

Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enfermedades sistema circulatorio	133,7	153,3	125,4	155,4	146,3	131,9	120,7	126,0
Las demás causas	121,8	126,7	122,7	115,8	112,4	131,0	112,8	107,9
Neoplasias	101,6	104,5	106,7	101,8	102,9	96,7	99,4	103,7
Causas externas	51,2	56,9	58,8	57,7	60,1	56,9	58,7	49,6
Enfermedades transmisibles	18,3	23,5	20,6	22,2	19,0	22,0	24,1	22,4
Signos y síntomas mal definidos	3,4	4,8	2,2	1,0	3,8	5,8	1,3	2,2

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

Tasas de Mortalidad Ajustadas Hombres y Mujeres

En ambos sexos, las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo el principal problema, con una carga mayor en hombres. En conjunto, el panorama de mortalidad confirma que la principal prioridad sanitaria en Pasto sigue siendo la prevención y control de enfermedades crónicas, con atención diferencial por sexo.

En los hombres, las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvieron como la principal causa de muerte, aunque con una tendencia descendente hasta 2023 y un leve repunte en 2024. En las mujeres también predominaron estas enfermedades, pero con valores consistentemente más bajos. Las neoplasias se mantuvieron relativamente estables en ambos sexos, aunque en 2024 afectaron más a las mujeres.

Las causas externas registraron una brecha marcada: los hombres presentaron tasas muy superiores y con variaciones leves, mientras que en las mujeres los valores fueron bajos y estables. Las enfermedades transmisibles impactaron más a los hombres, con picos en 2023 y 2024, mientras que en las mujeres la tendencia fue más contenida.

Años de vida potencialmente perdidos por grandes causas en población general

Entre 2017 y 2024, los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en Pasto muestran que las neoplasias y las causas externas concentran la mayor carga de muertes prematuras, siendo las neoplasias la causa de mayor aumento sostenido a lo largo del periodo. Las causas externas, aunque disminuyeron en 2024, siguen siendo la principal fuente de pérdida de años de vida en hombres, mientras que en mujeres predominan las neoplasias.

Las enfermedades del sistema circulatorio también mantienen una carga relevante, aunque no tan alta como las dos primeras causas, y se observan diferencias claras por sexo en el patrón de AVPP, con una mayor afectación de hombres por causas externas y de mujeres por enfermedades crónicas como el cáncer.

Entre 2017 y 2024, los Años de Vida Potencialmente Perdidos en Pasto mostraron que las neoplasias (10.224) y las causas externas (8.763) concentraron la mayor carga de muertes prematuras. Las causas externas registraron valores altos y fluctuantes, con un pico en 2018 y una caída marcada en 2024, mientras que las neoplasias mantuvieron un aumento sostenido a lo largo del periodo, convirtiéndose en una de las principales pérdidas de años de vida.

Las demás causas tuvieron variaciones importantes, alcanzando su punto más alto en 2022. Las enfermedades del sistema circulatorio también aportaron una carga considerable, especialmente en 2020 y 2021, coincidiendo con un periodo de incremento general de mortalidad. Las enfermedades transmisibles y las afecciones del periodo perinatal mostraron comportamientos irregulares, aunque con menor peso relativo.

Tabla 33. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general, Pasto, 2017–2024.

Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Neoplasias	8.695	9.210	9.303	9.501	9.858	9.592	9.976	10.224
Causas externas	9.276	10.542	10.304	9.579	10.076	9.670	10.699	8.763
Las demás causas	8.933	8.613	10.217	9.822	9.940	11.050	9.888	8.576

Enfermedades sistema circulatorio	6.321	7.180	7.139	8.494	8.645	7.791	7.161	7.762
Enfermedades transmisibles	1.800	2.361	1.695	2.360	1.793	2.013	2.269	1.882
Afecciones periodo perinatal	1.537	2.274	1.866	1.452	1.944	1.224	1.621	1.629
Signos y síntomas mal definidos	361	651	397	154	328	419	165	131

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

Años de vida potencialmente perdidos por grandes causas hombres y mujeres

Entre 2020 y 2024, los Años de Vida Potencialmente Perdidos mostraron diferencias claras entre hombres y mujeres en Pasto. En los hombres, las causas externas (6.284) representaron la mayor pérdida de años de vida y mantuvieron valores muy superiores a los de las mujeres, aunque con una reducción notable en 2024. En contraste, en las mujeres las causas externas (2.479) fueron mucho menores y predominó la carga asociada a las neoplasias, que registraron un incremento sostenido y alcanzaron su punto más alto (6.437) en 2024

Las enfermedades del sistema circulatorio afectaron a ambos sexos, mientras que las demás causas tuvieron un comportamiento variable, ligeramente más alto en las mujeres. Las enfermedades transmisibles y las afecciones perinatales mostraron fluctuaciones en ambos grupos, aunque sin el peso relativo de las principales causas.

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP en población general

En 2024, la tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos en Pasto mostró que las mayores pérdidas se concentraron en las neoplasias (2.172,2) y en las causas externas (2.078,4), que continuaron siendo las principales contribuyentes a la mortalidad prematura.

Tabla 34. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general, Pasto, 2017 – 2024.

Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Neoplasias	1.866,9	1.902,6	2.048,9	2.058,5	2.121,6	2.018,9	2.025,2	2.172,2
Causas externas	1.974,5	2.218,4	2.499,7	2.334,0	2.527,5	2.280,5	2.551,7	2.078,4
Las demás causas	2.058,0	1.936,7	2.507,2	2.426,3	2.363,6	2.591,7	2.296,1	1.952,0
Enfermedades sistema circulatorio	1.385,4	1.518,5	1.479,3	1.661,7	1.673,8	1.490,6	1.306,0	1.499,1
Enfermedades transmisibles	389,8	543,3	389,0	556,4	393,7	449,1	515,2	418,7
Signos y síntomas mal definidos	86,6	148,8	118,3	46,5	91,9	81,2	49,9	25,5

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

Las enfermedades del sistema circulatorio alcanzaron 1.499,1, manteniéndose como una causa relevante pero por debajo de los picos observados en años anteriores. Las demás causas descendieron a 1.952,0, consolidando la tendencia de reducción reciente. Las enfermedades transmisibles registraron 418,7, con un comportamiento moderado, mientras que los signos y síntomas mal definidos alcanzaron su valor más bajo del periodo (25,5)-

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP en Hombres y Mujeres

En 2024, la tasa de AVPP mostró diferencias marcadas entre hombres y mujeres en Pasto. En los hombres, las causas externas siguieron siendo la principal fuente de pérdida de años de vida (3.047,0),

aunque con una reducción importante frente a años previos. Les siguieron las neoplasias (1.810,5) y las enfermedades del sistema circulatorio (1.748,9), que mantuvieron una carga considerable.

En contraste, en las mujeres el mayor aporte correspondió a las neoplasias (2.461,1), que aumentaron de forma notable ese año, mientras que las causas externas alcanzaron 1.202,7, mostrando un nivel muy inferior al observado en los hombres.

Tanto en hombres como en mujeres, las enfermedades transmisibles y los signos y síntomas mal definidos registraron valores menores, aunque persistieron como causas relevantes.

En síntesis, 2024 evidenció que la carga de AVPP continuó siendo más alta en hombres, especialmente por causas externas, mientras que en mujeres predominó la pérdida asociada a enfermedades crónicas como las neoplasias.

3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo

Al realizar el análisis de mortalidad para los 67 grupos de la lista 6/67 de la OPS reportadas en el municipio de Pasto, se identifican los subgrupos de las causas dentro los seis grandes grupos de mortalidad que son: las enfermedades transmisibles; neoplasias (tumores); enfermedades del sistema circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas y todas las demás causas.

En 2024, la mortalidad por enfermedades transmisibles en Pasto se concentró principalmente en las infecciones respiratorias agudas, que alcanzaron su tasa más alta del periodo y fueron la causa dominante en ambos sexos, con mayor impacto en hombres. Las enfermedades infecciosas intestinales mostraron un incremento relevante respecto a años anteriores, mientras que la mortalidad por VIH continuó en descenso, ubicándose en su nivel más bajo del quinquenio.

Otras causas como tuberculosis, meningitis y septicemia permanecieron en niveles bajos, sin tendencia creciente, lo que indica que el principal reto en enfermedades transmisibles sigue siendo el control de las infecciones respiratorias y el fortalecimiento de medidas preventivas y de atención oportuna

Mortalidad por Enfermedades transmisibles en población general

En 2024, la mortalidad por enfermedades transmisibles muestra un comportamiento marcado por el predominio de las infecciones respiratorias agudas, que alcanzaron la tasa más alta del periodo (15,40 por 100.000 habitantes), manteniéndose como la principal causa de muerte dentro de este grupo.

Las enfermedades infecciosas intestinales también registraron un incremento relevante frente a años anteriores, llegando a 2,04. En contraste, la mortalidad por VIH continuó descendiendo y se ubicó en 1,83, su valor más bajo del último quinquenio. Otras causas, como septicemia, meningitis y tuberculosis, se mantuvieron en niveles reducidos, todas por debajo de 1 por 100.000 habitantes.

Tabla 35. Tasa de mortalidad por 100.000 Habitantes ajustada por edad para las enfermedades transmisibles, Pasto, 2017–2024

Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Infecciones respiratorias agudas	11,67	16,85	13,45	13,48	9,81	14,32	15,33	15,40
Enfermedades infecciosas intestinales	0,45	1,08	1,72	1,70	2,18	0,49	1,62	2,04
Enfermedad por el VIH (SIDA)	2,69	2,04	2,78	3,12	2,51	3,42	2,26	1,83
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,90	2,12	0,74	1,28	1,05	1,37	2,12	1,13
Septicemia, excepto neonatal	0,64	0,00	1,07	0,60	1,91	1,22	1,00	0,72
Meningitis	0,62	0,50	0,45	1,02	0,00	0,22	0,75	0,63
Tuberculosis	1,32	0,65	0,39	1,06	1,50	0,95	1,02	0,50
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

Mortalidad por Enfermedades transmisibles en Hombres y Mujeres

En 2024, la mortalidad por enfermedades transmisibles en Pasto mostró un marcado predominio de las infecciones respiratorias agudas en ambos sexos, con tasas más altas en hombres (19,13 por 100.000) que en mujeres (12,91), manteniéndose como la principal causa de muerte en este grupo. El VIH registró valores bajos, especialmente en mujeres, donde la tasa cayó a 0,42, mientras que en hombres descendió a 3,42.

Las enfermedades infecciosas intestinales presentaron un leve incremento, con tasas similares entre hombres (1,82) y mujeres (2,17). Las demás causas —incluyendo tuberculosis, meningitis y septicemia— se mantuvieron en niveles reducidos y sin patrones de aumento.

Mortalidad por Neoplasias

La mortalidad por neoplasias en Pasto se mantuvo dominada por los tumores malignos de los órganos digestivos (excepto estómago y colon), que alcanzaron su valor más alto del periodo, mientras que los cánceres de estómago, próstata y mama mostraron repuntes después de años de descenso. Los tumores del tejido linfático y hematopoyético también aumentaron, mientras que el cáncer de cuello uterino continuó disminuyendo, aunque de forma más lenta. En hombres, los principales impactos fueron los tumores de estómago y digestivos (no estómago ni colon), con aumentos en leucemia y linfáticos, mientras que en mujeres la mayor carga se concentró en tumores digestivos y cáncer de mama, con una reducción moderada del cáncer de cuello uterino.

Mortalidad por Neoplasias en población general

La mortalidad por neoplasias en Pasto mostró un predominio continuo de los tumores malignos de los órganos digestivos —excepto estómago y colon—, que alcanzaron su valor más alto del periodo (20,20 por 100.000 habitantes). También se observó un ligero repunte en los tumores de estómago (14,28) y un incremento en los tumores de próstata (13,74) y de mama (13,33), después de varios años de descenso.

Tabla 36. Tasa de mortalidad por 100.000 Habs. ajustada por edad para las neoplasias de Pasto, 2017 - 2024.

Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,85	16,56	14,84	14,50	17,86	18,69	18,17	20,20
Tumor maligno del estómago	15,80	17,88	17,91	14,94	15,35	13,74	13,06	14,28
Tumor maligno de la próstata	11,80	9,55	14,95	14,93	15,98	13,71	10,52	13,74
Tumor maligno de la mama de la mujer	13,46	14,32	17,13	11,88	14,20	11,21	9,96	13,33
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	14,50	14,13	15,44	14,17	13,23	13,07	14,60	12,73
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	8,02	5,31	6,76	5,21	8,15	5,87	6,77	8,07
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	7,02	6,14	6,56	6,76	6,29	4,61	6,82	7,32
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	5,67	6,35	5,54	7,96	4,84	4,60	7,43	6,76
Tumor maligno del cuello del útero	7,37	10,58	10,00	9,70	8,75	7,46	5,46	5,91
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	5,57	7,36	5,51	4,41	5,36	4,84	8,48	5,59
Leucemia	5,05	4,79	4,41	2,99	2,12	4,12	2,91	4,97
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	6,15	6,97	6,30	8,35	7,39	8,26	5,39	4,68
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,77	0,76	1,85	3,12	1,04	1,03	1,15	2,96
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,79	0,00	1,00	1,15	1,81	1,70	1,38	0,94
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,46	0,41	0,21	1,71	1,10	1,14	0,77	0,55

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

Los tumores del tejido linfático y hematopoyético aumentaron a 7,32, mientras que las neoplasias de colon se mantuvieron estables (6,76). En contraste, el cáncer de cuello uterino continuó reduciéndose, aunque a un ritmo más lento (5,91).

Mortalidad por Neoplasias en hombres y Mujeres

En 2024, la mortalidad por neoplasias en Pasto mostró diferencias claras entre hombres y mujeres. En los hombres, los tumores malignos del estómago (21,40 por 100.000) y los tumores digestivos distintos a estómago y colon (19,14) continuaron siendo las principales causas de muerte por cáncer, acompañados por incrementos en leucemia (5,24) y tumores del tejido linfático y hematopoyético (9,83).

En las mujeres, la mayor carga recayó en los tumores digestivos distintos a estómago y colon, que alcanzaron su valor más alto del quinquenio (21,01), seguidos del cáncer de mama, que presentó un repunte (13,33), y del cáncer de cuello uterino, que mostró una leve disminución respecto a años previos (5,91).

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en población general

En 2024, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en Pasto se mantuvo concentrada principalmente en las enfermedades isquémicas del corazón, que registraron una tasa elevada de 65,88 por 100.000 habitantes, consolidándose como la principal causa dentro del grupo.

Las enfermedades cerebrovasculares mostraron un incremento respecto al año anterior, alcanzando 27,73, mientras que las enfermedades hipertensivas permanecieron en niveles moderados (17,02) tras el descenso observado desde 2020.

Tabla 37. Tasa de mortalidad por 100.000 Habitantes ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio, Pasto, 2017–2024.

Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enfermedades isquémicas del corazón	61,50	68,88	54,83	80,99	73,25	67,34	70,79	65,88
Enfermedades cerebrovasculares	28,70	37,12	33,40	29,77	26,68	27,43	21,68	27,73
Enfermedades hipertensivas	28,87	30,38	21,87	32,81	26,58	18,73	14,89	17,02
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	6,81	7,47	8,09	6,16	10,80	10,46	8,34	7,05
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	5,52	7,93	5,56	4,67	5,30	4,17	3,73	6,21
Insuficiencia cardíaca	2,27	1,26	0,69	1,03	2,74	3,30	1,04	1,87
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,00	0,00	0,45	0,00	0,61	0,15	0,00	0,23
Paro cardíaco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aterosclerosis	0,00	0,22	0,54	0,00	0,35	0,34	0,22	0,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

Otras causas, como las cardiopulmonares y las enfermedades de la circulación pulmonar, presentaron valores estables (7,05), y la insuficiencia cardíaca mantuvo una tasa baja (1,87).

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres

En los hombres, las enfermedades isquémicas del corazón se mantienen como la principal causa de muerte dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa elevada (83,21 por 100.000 habitantes), lo que evidencia una fuerte carga de enfermedad coronaria y un potencial aumento de factores de riesgo como hipertensión, diabetes, dislipidemia, tabaquismo y sedentarismo. A continuación, las enfermedades cerebrovasculares (29,06) y las enfermedades hipertensivas (18,54) también representan causas relevantes de mortalidad, indicando un patrón de daño vascular sistémico y un posible subcontrol de la presión arterial en la población masculina.

En las mujeres, aunque las enfermedades isquémicas del corazón también son la primera causa, su impacto es menor (54,19), lo que sugiere diferencias en exposición a factores de riesgo, protección hormonal o acceso a atención temprana.

Sin embargo, el incremento en las enfermedades cerebrovasculares (26,71) es notable, aproximándose a las cifras masculinas, lo que apunta a un aumento del riesgo vascular en mujeres, posiblemente asociado a envejecimiento, hipertensión mal controlada, obesidad o eventos obstétricos previos.

Las patologías hipertensivas en mujeres se mantienen relativamente estables (15,86), lo que puede reflejar un control parcial de la hipertensión, pero aún con un nivel de carga importante. En otras causas como enfermedades cardiopulmonares e insuficiencia cardíaca, ambos sexos presentan tasas bajas y estables, lo que sugiere que la mortalidad cardiovascular se concentra principalmente en

eventos isquémicos y cerebrovasculares, y que el manejo de estos debe priorizarse en estrategias de prevención, detección temprana y control de factores de riesgo en ambos sexos..

Mortalidad por Causas Externas

Mortalidad por Causas Externas en población general

En 2024, la mortalidad por causas externas en Pasto se caracterizó por una distribución heterogénea, con tres eventos principales: los accidentes de transporte terrestre, que disminuyeron a 12,78 por 100.000 habitantes; los suicidios, que alcanzaron 12,62 y se mantuvieron como una de las causas más altas del periodo; y las agresiones, que continuaron en descenso hasta 10,09. Las caídas mostraron un ligero aumento, mientras que otros eventos como envenenamiento accidental, ahogamiento y exposición al humo o fuego se mantuvieron con tasas bajas y estables.

En hombres predominan los homicidios y los accidentes de tránsito, aunque ambos disminuyeron en 2024, mientras que los suicidios permanecen elevados; en mujeres las tasas son menores, pero los suicidios han mostrado un incremento reciente, reflejando un riesgo creciente en este grupo.

Tabla 38. Tasa de mortalidad por causas externas por 100.000 habitantes, ajustada por edad, Pasto, 2017-2024.

Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Accidentes de transporte terrestre	17,03	14,60	13,61	10,26	15,05	14,28	16,47	12,78
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	6,74	9,20	10,63	10,00	9,99	12,66	10,49	12,62
Agresiones (homicidios)	13,30	11,93	17,46	17,22	15,91	11,67	12,67	10,09
Caídas	4,75	8,29	6,23	5,62	6,23	5,13	5,56	6,95
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	1,04	0,82	1,40	1,87	0,45	2,17	1,43	1,84
Los demás accidentes	1,93	3,60	2,03	2,52	4,80	3,88	4,36	1,31
Eventos de intención no determinada	4,44	5,50	5,31	6,13	4,10	3,41	2,43	1,20
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,72	0,21	0,36	0,88	1,42	0,43	1,51	1,15
Accidentes que obstruyen la respiración	0,85	1,70	0,21	1,42	1,60	2,89	2,39	0,87
Exposición al humo, fuego y llamas	0,00	0,22	0,00	0,67	0,00	0,00	0,25	0,42
Exposición a la corriente eléctrica	0,21	0,20	0,71	0,47	0,00	0,00	0,25	0,20
Las demás causas externas	0,23	0,43	0,63	0,67	0,54	0,38	0,59	0,20
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,00	0,21	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

En los hombres predominaron los homicidios y los accidentes de transporte terrestre, aunque ambos eventos descendieron de forma importante en 2024. Los suicidios se mantuvieron elevados y relativamente estables, mientras que las caídas aumentaron progresivamente. En las mujeres, las tasas fueron mucho menores, pero se observó un ascenso reciente en los suicidios y una estabilidad en los accidentes de tránsito y las agresiones.

Mortalidad por las demás causas en población general

En 2024, dentro del grupo de otras causas de mortalidad en Pasto, las enfermedades del sistema digestivo y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores siguen siendo las principales

causas, aunque ambas han mostrado una disminución reciente, con tasas de 18,41 y 15,85 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Las enfermedades del sistema nervioso presentaron aumentos entre 2021 y 2023 (pico de 15,00 en 2023) pero disminuyeron en 2024 a 10,37, mientras que la diabetes mantiene una tendencia fluctuante con 11,75 en 2024.

En los últimos años se observan incrementos sostenidos en enfermedades del sistema urinario, con 10,74 en 2024, y en complicaciones abdominales como apendicitis y obstrucción intestinal, que alcanzaron 5,35.

En hombres, la mortalidad se concentra principalmente en enfermedades respiratorias crónicas, digestivas y del sistema nervioso, con un aumento temporal de diabetes; en mujeres, las tasas son menores en general, con picos esporádicos en diabetes, urinarias y digestivas, y una menor carga de enfermedades respiratorias crónicas, mientras que causas específicas del embarazo y puerperio presentan pocos casos sin tendencia clara..

Tabla 39. Tasa de mortalidad por 100.000 Habitantes ajustada por edad para las demás causas, Pasto, 2017–2024.

Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Resto de enfermedades del sistema digestivo	23,39	22,98	20,96	18,85	22,24	24,54	18,16	18,41
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	28,89	28,59	21,26	21,37	16,58	24,52	18,14	15,85
Resto de las enfermedades	14,40	9,91	12,87	10,61	13,10	13,26	13,31	12,30
Diabetes mellitus	14,35	15,50	12,89	13,04	13,27	10,14	9,51	11,75
Enfermedades del sistema urinario	7,98	12,89	7,77	8,24	9,09	10,64	10,93	10,74
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	7,29	8,41	10,83	12,00	10,90	14,51	15,00	10,37
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	4,22	7,23	9,24	3,46	7,76	8,69	7,37	6,75
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	6,31	5,69	8,76	9,35	6,42	6,32	6,50	6,22
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	3,84	3,41	3,84	3,67	2,16	5,95	4,33	5,35
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,63	5,51	6,13	9,00	4,15	5,46	3,10	4,31
Hiperplasia de la próstata	1,13	0,65	0,86	1,34	0,30	1,26	0,85	1,83
Deficiencias y anemias nutricionales	2,45	3,63	4,38	2,24	3,33	3,53	3,47	1,78
Trastornos mentales y del comportamiento	1,11	1,73	1,98	1,60	0,80	1,56	1,67	1,35
Embarazo, parto y puerperio	0,81	0,58	0,95	1,05	2,26	0,68	0,44	0,92

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

Mortalidad relacionada con Salud Mental

En Pasto, la mortalidad relacionada con salud mental entre 2017 y 2024 muestra comportamientos diferenciados según el subgrupo. En trastornos mentales y del comportamiento, se registraron más defunciones en mujeres (por ejemplo, 10 en 2019 frente a 1 en hombres), con un total más alto en el sexo femenino en la mayoría de los años revisados. Al comparar con el departamento de Nariño, este presenta un mayor número de muertes desde 2017, manteniéndose constante en los últimos tres años.

En cuanto a muertes por consumo de sustancias psicoactivas, estas se registraron únicamente en hombres a partir de 2022 (1 caso en 2022 y 2 en 2023 y 2024), mientras que en mujeres no se reportaron casos; el departamento de Nariño registra 23 muertes en el mismo periodo, indicando un aumento en esta causa. Finalmente, las defunciones por epilepsia fueron más frecuentes en hombres, aunque en 2024 disminuyeron en ambos sexos (2 en mujeres y 7 en hombres), después de picos previos como 12 en mujeres en 2022 y 10 en hombres en 2020. A nivel departamental, la tendencia de epilepsia es relativamente constante con un aumento general, salvo una disminución en el último año.

Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento

De acuerdo con la información de defunciones reportadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se han registrado defunciones relacionadas por trastornos mentales y del comportamiento, presentándose más cantidad de casos en el sexo femenino en los últimos ocho años de revisión.

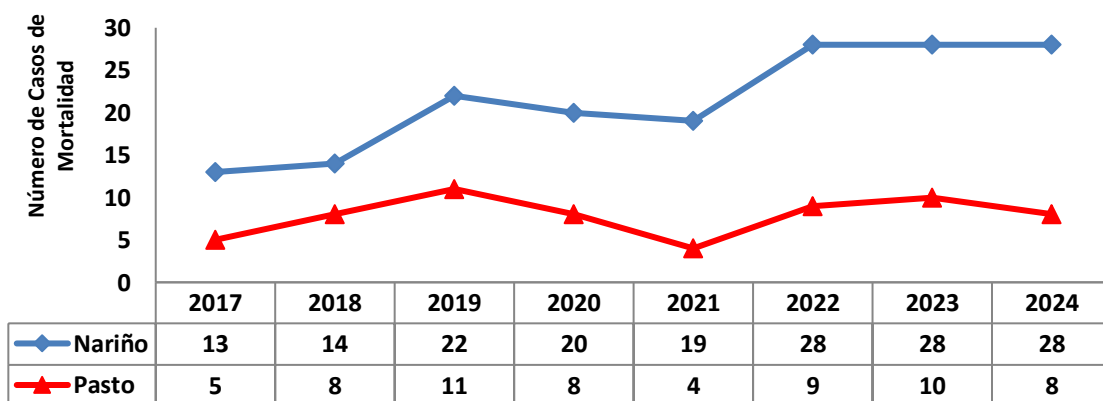
Tabla 40. Número de defunciones por trastornos mentales y del comportamiento por sexo, Pasto 2017 – 2024.

Sexo	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Femenino	2	5	10	4	3	6	5	4
Masculino	3	3	1	4	1	3	5	4

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO. Consultado 25 de Noviembre de 2025.

Al realizar un análisis comparativo del número de muertes por trastornos mentales y del comportamiento entre el municipio y el departamento se encuentra que este último presenta un mayor registro de casos a partir del año 2017, con una tendencia constante durante los últimos 3 años.

Figura 12. Número de muertes por trastornos mentales y del comportamiento, Comparativo Nariño y Pasto 2017 – 2024.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO. Consultado 25 de Noviembre de 2025.

Mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas

De acuerdo con la información proporcionada por el DANE se observó que entre 2017 y 2024 se han presentado casos de muertes en hombres secundarias al consumo de estas sustancias, a diferencia de tres anteriores donde esta causa se reportaba en ceros.

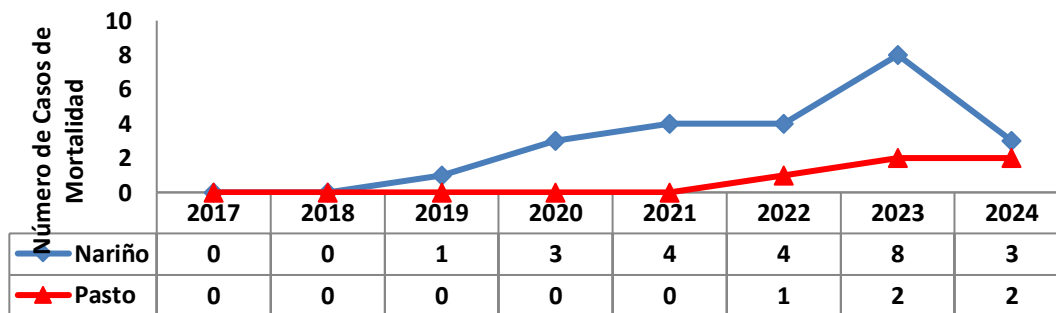
Tabla 41. Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas por sexo, Pasto 2017 – 2024.

Sexo	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Femenino	0	0	0	0	0	0	0	0
Masculino	0	0	0	0	0	1	2	2

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO. Consultado 25 de Noviembre de 2025.

Al comparar municipio con departamento, encontramos que departamento de Nariño para el mismo periodo observado, presenta 23 muertes por este evento, lo que indica que las muertes secundarias al consumo de SPA van en aumento.

Figura 13. Número de muertes por consumo de sustancias psicoactivas, Comparativo Nariño y Pasto 2017 – 2024.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO. Consultado 25 de Noviembre de 2025.

Mortalidad por epilepsia

Para el Municipio de Pasto las defunciones por epilepsia entre 2017 y 2024 ocurrieron más en hombres que en mujeres y tienden a disminuir en el último año.

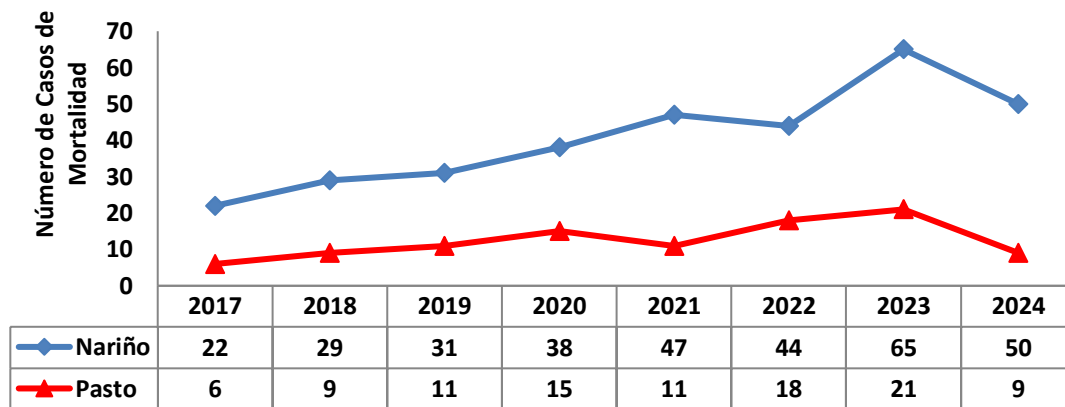
Tabla 42. Número de defunciones por epilepsia por sexo. Pasto 2017 – 2024.

Sexo	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Femenino	2	3	3	5	8	12	11	2
Masculino	4	6	8	10	3	6	10	7

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO. Consultado 25 de Noviembre de 2025.

Al realizar el análisis comparativo del número de muertes por epilepsia entre el municipio y el departamento tenemos que a nivel de departamento el comportamiento es relativamente constante, con tendencia al aumento, excepto en el último año que disminuyó.

Figura 14. Número de muertes por epilepsia comparativo Nariño y Pasto 2017 – 2024.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO. Consultado 25 de Noviembre de 2025.

Mortalidad según indicadores de Salud Pública

En el análisis de indicadores trazadores de mortalidad entre el departamento de Nariño y el municipio de Pasto, se observa que Pasto presenta una mejor situación general frente al departamento, con tasas más bajas en varios indicadores clave, aunque con comportamientos variables a lo largo del periodo 2017–2024. En Pasto, la mortalidad por accidentes de transporte terrestre (12,78 por 100.000 en 2024) es inferior a la departamental (16,28), mostrando fluctuaciones con descensos y repuntes.

La mortalidad por agresiones (homicidios) también es menor en el municipio (10,09 vs. 19,97), con una tendencia general decreciente. Sin embargo, algunas causas siguen siendo preocupantes: la mortalidad por tumor maligno de mama en Pasto (13,33) supera la de Nariño (8,38) y ha mostrado variaciones ascendentes en varios años; de igual forma, los tumores malignos de estómago y próstata presentan tasas mayores en Pasto que en el departamento. La diabetes muestra una tasa ligeramente superior en Pasto (11,75 vs. 10,63) con tendencia mixta.

Las lesiones autoinfligidas (suicidios) también son más altas en Pasto (12,62 vs. 7,98), con alzas y bajas en el periodo. En enfermedades transmisibles, Pasto registra una tasa superior (22,40 vs. 18,38) y una tendencia al aumento en los últimos años. Por último, la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento es levemente mayor en Pasto (1,35 vs. 1,18), con una tendencia creciente en los últimos dos años.

En síntesis, aunque Pasto mejora en varias causas externas, persisten retos importantes en cánceres específicos, suicidios, diabetes y enfermedades transmisibles.

Tabla 43. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, Pasto, 2017 - 2024.

Causa de muerte	Nariño	Pasto	Años							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	16,28	12,78	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	8,38	13,33	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	5,23	5,91	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	10,12	13,74	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	11,86	14,28	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	10,63	11,75	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinfligidas intencionalmente	7,98	12,62	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,18	1,35	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	19,97	10,09	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por malaria (2022)	0,12	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	18,38	22,40	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por exposición a fuerzas de la naturaleza (2022)	0,23	0,73	↗	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

En Pasto, la mortalidad infantil (menores de 1 año) entre 2017 y 2024 se concentró principalmente en afecciones originadas en el periodo perinatal, que se mantuvieron como la primera causa y alcanzaron su punto más alto en 2024 con una tasa de 7,10 por 1.000 nacidos vivos, tras picos importantes en 2021 (6,92) y 2023 (6,32).

Tabla 44. Tasas específicas de mortalidad en menores de un año por 1.000 nacidos vivos-NV, total según la lista 6-67, Pasto, 2017– 2024.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,21	0,00	0,00	0,29	0,00	0,33	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00	0,31	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,25	0,29	0,31	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,42	0,23	0,25	0,29	0,00	0,67	0,36
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,80	1,06	0,92	0,00	0,00	0,62	0,33	0,36
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,61	5,92	5,30	4,47	6,92	4,67	6,32	7,10
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,41	2,96	2,99	3,47	2,31	3,42	2,66	1,42
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,20	0,00	0,00	0,00	0,58	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
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,20	0,21	0,00	0,00	0,00	0,31	0,33	0,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

Las malformaciones congénitas fueron la segunda causa más importante, con tasas que fluctuaron entre 2,41 (2017) y 3,47 (2020), pero mostrando una tendencia general a la reducción hacia 2024 (1,42). Las enfermedades del sistema respiratorio registraron tasas bajas y variables, con un máximo en 2018 de 1,06, mientras que otras causas como enfermedades del sistema nervioso, endocrinas o infecciosas se presentaron de manera esporádica y con cifras menores (por ejemplo, enfermedades del sistema nervioso en 2023 alcanzó 0,67).

En el análisis por sexo (2020–2024), las afecciones perinatales predominaron en ambos, pero con tasas más altas en niños, especialmente en 2020, 2021 y 2023, mientras que las malformaciones congénitas también fueron la segunda causa en ambos sexos, con un descenso notable en los niños en 2024. En general, las demás causas se mantienen con baja frecuencia y sin patrones consistentes, siendo ligeramente más frecuentes en los niños que en las niñas.

Tasas específicas de mortalidad en población general de 1 a 4 años

En el periodo 2017–2024, la mortalidad en niños de 1 a 4 años en Pasto mostró un cambio importante en 2024, cuando las malformaciones congénitas se convirtieron en la principal causa de muerte con una tasa de 26,90 por 100.000, el valor más alto de toda la serie. Anteriormente, las enfermedades del sistema nervioso habían sido una causa dominante, alcanzando su pico en 2023 con 37,87, aunque en 2024 disminuyeron a 16,14.

Tabla 45. Tasas específicas de mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años por 100.000 niños de 1 a 4 años, total según la lista 6-67, Pasto, 2017 – 2024.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	5,25	0,00	0,00	5,41	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	10,40	0,00	5,33	15,78	5,41	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	10,40	0,00	5,33	0,00	5,41	5,38
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	5,20	0,00	5,33	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	4,03	4,05	10,40	10,50	16,00	15,78	37,87	16,14
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	5,20	0,00	0,00	5,26	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	4,03	4,05	5,20	0,00	0,00	5,26	0,00	5,38
Enfermedades del sistema digestivo	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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8,06	0,00	10,40	26,26	10,67	10,52	0,00	26,90
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	4,05	0,00	0,00	0,00	0,00	5,41	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	4,03	12,16	0,00	15,75	5,33	15,78	21,64	5,38

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

En ese mismo año, las enfermedades respiratorias reaparecieron como causa relevante con 5,38, y las afecciones hematológicas mantuvieron presencia con 5,38, mientras que las causas externas (que habían sido altas en años previos, como 21,64 en 2023) se redujeron notablemente a 5,38 en 2024.

En general, el patrón de mortalidad muestra una mayor concentración en malformaciones congénitas y enfermedades neurológicas, con una reducción de causas externas en el último año.

En el análisis por sexo, en los niños las malformaciones congénitas fueron la causa principal y se observó una disminución marcada de causas externas, mientras que en las niñas la mortalidad se distribuyó entre malformaciones congénitas, enfermedades del sistema nervioso, afecciones hematológicas y causas externas, todas con relevancia similar.

Tasas específicas de mortalidad general en menores de 5 años

En Pasto, la mortalidad en menores de 5 años entre 2017 y 2024 se caracterizó por el predominio sostenido de las afecciones originadas en el periodo perinatal, que en 2024 alcanzaron una tasa de 86,40 por 100.000 menores de 5 años, manteniéndose consistentemente elevada a lo largo del periodo (por ejemplo, 102,83 en 2021 y 87,52 en 2023).

Las malformaciones congénitas fueron la segunda causa más importante, con una tasa de 38,88 en 2024, tras haber registrado picos como 80,05 en 2020 y 62,44 en 2019. En ese mismo año, las enfermedades del sistema nervioso también tuvieron relevancia con 17,28, y las enfermedades respiratorias con 8,64, mientras que las causas externas se redujeron a 4,32, luego de registrar 21,88 en 2023.

Tabla 46. Tasas específicas de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años, total según la lista 6-67, Pasto, 2017 – 2024.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	3,25	0,00	4,21	4,28	0,00	8,75	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	12,49	0,00	4,28	17,09	4,38	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	8,33	4,21	4,28	0,00	4,38	4,32
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	4,16	4,21	8,57	4,27	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	3,24	9,76	12,49	12,64	17,14	12,82	39,39	17,28
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	8,33	0,00	0,00	4,27	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	16,18	19,52	20,81	0,00	0,00	12,82	8,75	8,64
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,27	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	61,50	91,11	95,74	75,83	102,83	64,08	87,52	86,40
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	45,32	45,56	62,44	80,05	42,84	55,53	35,01	38,88
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,24	3,25	0,00	0,00	8,57	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
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6,47	13,02	0,00	12,64	4,28	17,09	21,88	4,32

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Repositorio Nacional Digital SISPRO, 2025.

Al analizar por sexo, en 2024 las afecciones perinatales continuaron siendo la principal causa en ambos géneros, pero con una tasa notablemente mayor en niñas (105,87) que en niños (67,73), y los defectos congénitos también fueron más frecuentes en niñas. En los niños, las enfermedades del sistema nervioso se posicionaron como la tercera causa más importante.

En conjunto, estos hallazgos indican que los principales desafíos de mortalidad infantil en Pasto están estrechamente vinculados con la salud materna, la calidad de la atención del parto y los cuidados en los primeros días de vida.

Análisis de desigualdad en mortalidad materno - infantil y niñez

En el análisis de desigualdad en mortalidad materno-infantil y en la niñez entre Pasto y el departamento de Nariño (2017–2024), se observa que Pasto presenta un desempeño generalmente más favorable, aunque con algunas excepciones.

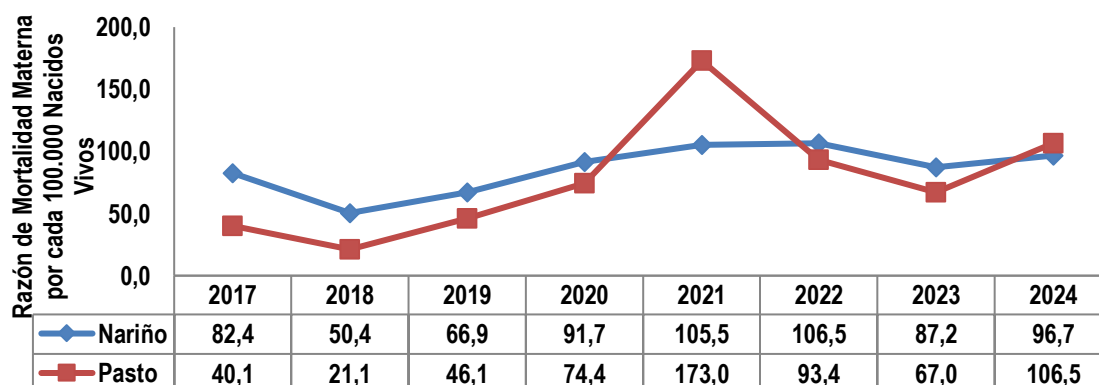
La mortalidad materna muestra alta variabilidad y, aunque no es consistente, el municipio registra razones más elevadas en 2021 y 2024 respecto al departamento, lo que indica vulnerabilidad en esos años. En mortalidad neonatal, la tasa se mantiene relativamente estable y en 2024 se evidencia una leve disminución en Pasto frente al departamento, sugiriendo mejoras en atención perinatal. En mortalidad infantil, no se observan diferencias significativas entre municipio y departamento durante el periodo, lo que indica un comportamiento similar en las condiciones que afectan al primer año de vida. Para la mortalidad en menores de cinco años, aunque las diferencias no son representativas, en 2024 Pasto presenta una reducción respecto a Nariño, lo que refleja avances en la atención y prevención en la infancia.

En cuanto a causas específicas, la mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) se ha mantenido en cero desde 2017, lo que evidencia éxito de intervenciones como unidades centinela, desparasitación y vacunación contra rotavirus, pero requiere mantenimiento de estas estrategias. La mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) muestra variabilidad y un aumento importante en 2018, seguido de descenso durante la pandemia y posterior recuperación en 2022–2023, con un nuevo incremento en 2024, lo que resalta la persistencia de factores de riesgo y la necesidad de reforzar medidas preventivas. Por último, la mortalidad por desnutrición se mantiene en su mayoría por debajo de la tasa departamental, excepto en 2021 y 2022, lo que sugiere que, aunque en general el municipio presenta mejor situación, hay episodios puntuales donde la desigualdad se invierte, requiriendo vigilancia y acciones específicas en nutrición infantil.

Mortalidad materna

Al comparar entre departamento y municipio los periodos 2017 a 2024 encontramos que el comportamiento del indicador es muy variable, sin embargo, para el municipio la razón de morbilidad materna por 100 mil NV se conserva en mayores porcentajes en los años 2021 y 2024 en relación con el departamento.

Figura 15. Razón de mortalidad materna por 100.000 NV, Municipio de Pasto 2017 – 2024.

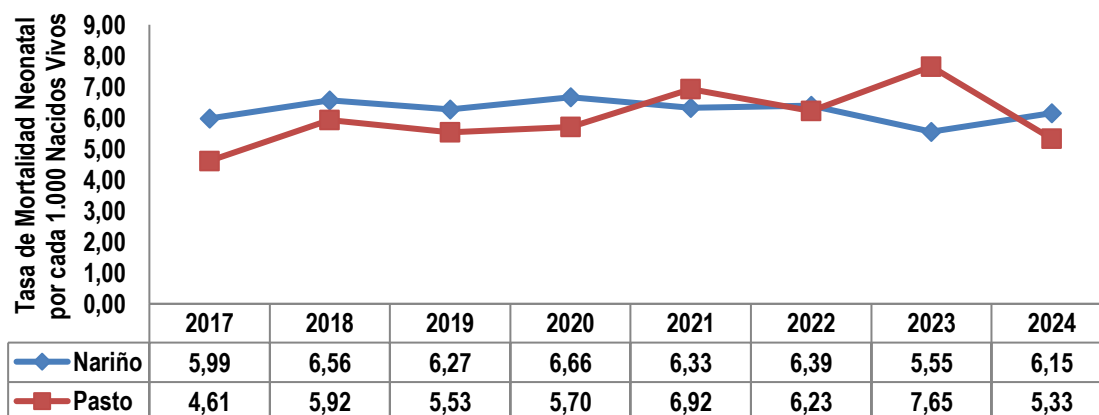


Fuente: Cubo de indicadores ASIS-SISPRO. Fecha de consulta: 08 de Agosto de 2025.

Mortalidad Neonatal

En los últimos años parece mantenerse estable, sin embargo, en 2024 se encontró una leve disminución en la tasa con respecto al departamento.

Figura 16. Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 NV, Municipio de Pasto, 2017- 2024.

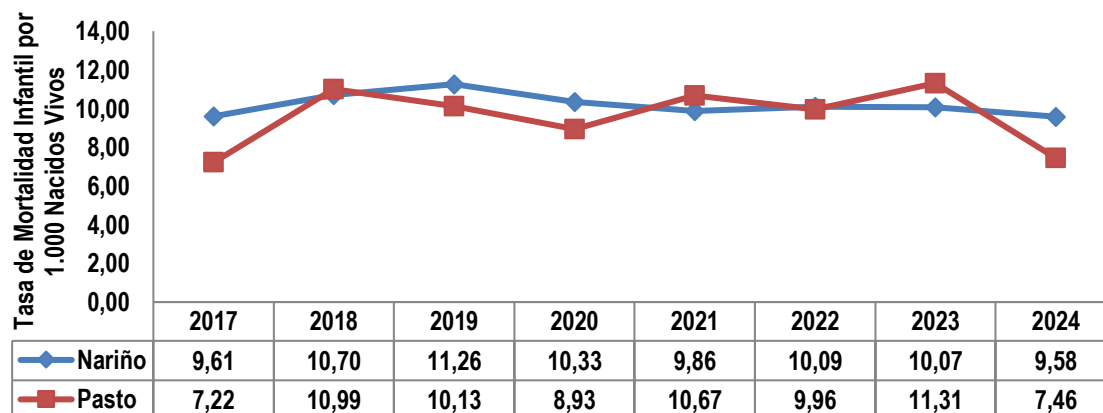


Fuente: Cubo de indicadores ASIS-SISPRO. Fecha de consulta: 08 de Agosto de 2025.

Mortalidad infantil

La magnitud de la mortalidad infantil expresa el resultado de las causas que afectan la salud del niño durante su primer año de vida, entre las cuales se encuentran la prematuridad extrema, inmadurez, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, entre otras. Para el periodo 2017 – 2024 no existe variabilidad representativa entre municipio y departamento.

Figura 17. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 NV, Municipio de Pasto, 2017- 2024.

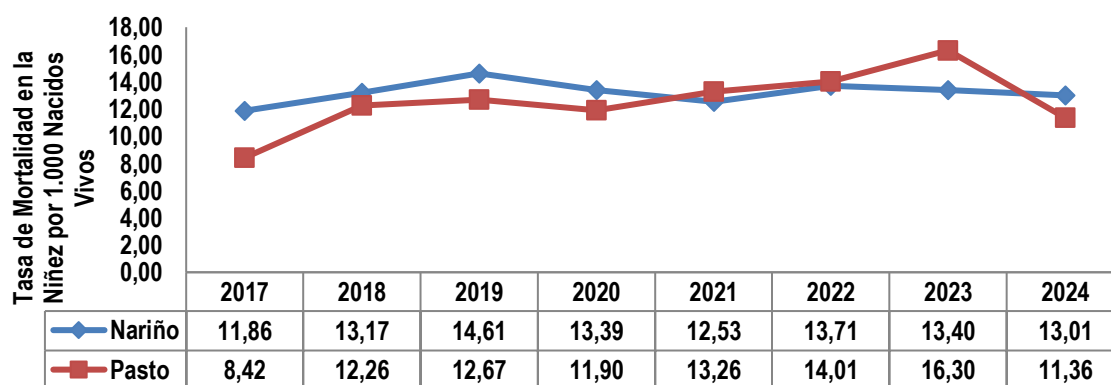


Fuente: Cubo de indicadores ASIS-SISPRO. Fecha de consulta: 08 de Agosto de 2025.

Mortalidad en la niñez

En cuanto a mortalidad en menores de cinco años, a pesar de que no existe variabilidad significativa entre municipio y departamento, para el año 2024 la tasa se disminuyó para el municipio comparada con el departamento.

Figura 18. Tasa de mortalidad en la niñez por 1.000 NV, Municipio de Pasto, 2017- 2024.

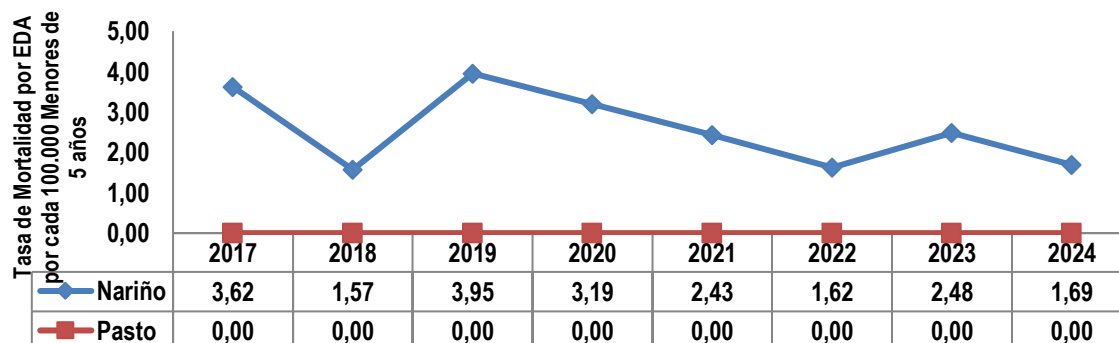


Fuente: Cubo de indicadores ASIS-SISPRO. Fecha de consulta: 08 de Agosto de 2025.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA

El indicador para el municipio se ha mantenido en cero desde 2017; la implementación y desarrollo de estrategia como Unidades Centinela, Programa Nacional de desparasitación a través de la Estrategia Geohelmintiasis, el cumplimiento a coberturas de vacunación especialmente de Rotavirus, entre otras acciones, se deben mantener y fortalecer para garantizar que el comportamiento de este indicador se mantenga.

Figura 19. Tasa de mortalidad por EDA por 100.000 menores de 5 años, Pasto, 2017 – 2024.

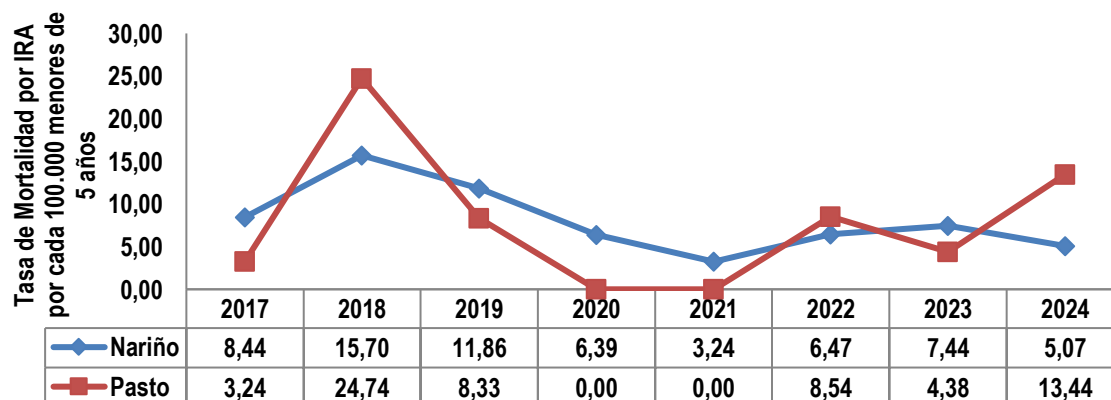


Fuente: Cubo de indicadores ASIS-SISPRO. Fecha de consulta: 08 de Agosto de 2025.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

Las infecciones respiratorias agudas, sigue siendo la principal causa individual de mortalidad infantil en el mundo según la OMS. Persisten condiciones de riesgo como desconocimiento de las medidas preventivas de IRA, la tasa para el municipio y el departamento han sido variables, sin embargo, en 2018 el municipio presentó un aumento significativo, posteriormente el reporte baja durante pandemia dado el aumento de reporte de Casos de COVID 19 y recupera su comportamiento normal en 2022 y 2023 para volver aumentar en 2024.

Figura 20. Tasa de mortalidad por IRA por 100.000 menores de 5 años, Pasto, 2017-2024.

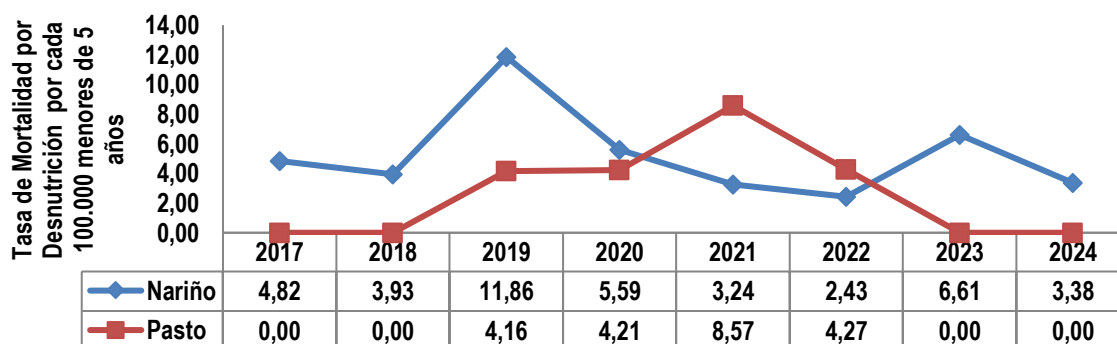


Fuente: Cubo de indicadores ASIS-SISPRO. Fecha de consulta: 08 de Agosto de 2025.

Mortalidad por desnutrición

La tasa de este indicador ha sido variable de 2017 a 2024 entre municipio y departamento, sin embargo, se mantiene por debajo de la tasa del departamento en la mayoría de los años de estudio, excepto en 2021 y 2022.

Figura 21. Tasa de mortalidad por desnutrición por 100.000 menores 5 años, Pasto, 2017-2024.



Fuente: Cubo de indicadores ASIS-SISPRO. Fecha de consulta: 08 de Agosto de 2025.

Semaforización de la mortalidad materna infantil y en la niñez

Para realizar un análisis detallado de la variabilidad entre municipio y departamento de estas causas de mortalidad en niños, se realiza una semaforización de la tendencia entre 2017 y 2024 con intervalos de confianza al 95% según el método de Rothman y Greenland. La semaforización se representa así:

- **Amarillo:** Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor del municipio y del Departamento de Nariño.
- **Rojo:** Cuando la diferencia relativa es mayor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en el municipio que en Departamento.
- **Verde:** Cuando la diferencia relativa es menor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en municipio que en Departamento.

En la semaforización de mortalidad materno-infantil y en la niñez (2017–2024) se evidencia que Pasto presenta un desempeño mixto frente a Nariño. En 2024, la razón de mortalidad materna fue significativamente más alta en el municipio (106,53 vs. 96,67), mostrando un repunte tras dos años de descenso. Asimismo, la tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años fue más del doble en Pasto (13,44 frente a 5,07), destacándose como un problema crítico. En contraste, la mortalidad neonatal (5,33) e infantil (7,46) fueron significativamente más bajas que en el departamento y continuaron en tendencia decreciente en 2024.

La mortalidad en la niñez también disminuyó ese año tras varios años de aumento, aunque con fluctuaciones intermitentes. Por otro lado, la mortalidad por EDA y desnutrición en menores de cinco años se mantuvo en cero en Pasto durante todo el periodo, reflejando un resultado favorable y sostenido. En síntesis, el municipio muestra avances importantes en mortalidad neonatal e infantil, pero persisten brechas críticas en mortalidad materna e IRA en la niñez, que requieren acciones focalizadas.

Tabla 47. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Pasto, 2017-2024.

Causa de muerte	NARIÑO	PASTO	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Razón de mortalidad materna	96,67	106,53	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad neonatal	6,15	5,33	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	9,58	7,46	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,01	11,36	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	5,07	13,44	↘	↗	↘	↘	-	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	1,69	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	3,38	0,00	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	-

Fuente: Cubo de indicadores ASIS-SISPRO. Fecha de consulta: 08 de Agosto de 2025.

Determinantes estructurales de la mortalidad materna y en la niñez

A continuación, se describe el análisis de determinantes estructurales de la mortalidad materna e infantil en Pasto (2017–2024), en él se observa que la etnia y el área de residencia inciden de manera diferencial en los indicadores. En términos étnicos, no se registraron muertes maternas en grupos indígenas, ROM, raizal o palenquero, mientras que en 2021 el grupo negro, mulato o afrodescendiente presentó una razón de mortalidad materna muy elevada (2.702,7 por 100.000 NV). En mortalidad neonatal, se evidencia una marcada desigualdad: para 2024, la tasa en indígenas fue de 83,33 por 1.000 NV, muy superior a la de afrodescendientes (22,22 por 1.000 NV), y sin registros en ROM, raizal y palenquero.

Por área de residencia, las diferencias también son significativas. En la zona urbana, la razón de mortalidad materna mostró picos en 2021 y 2024 con 181,23 y 130,43 por 100.000 NV, respectivamente, mientras que el valor más bajo se registró en 2018 (26,12). En la zona rural, aunque con menor frecuencia, se observó un pico en 2021 de 140,85 por 100.000 NV.

En mortalidad neonatal, la zona rural alcanzó su mayor tasa en 2018 con 9,99 por 1.000 NV, mientras que en 2021 fue la más baja (4,23). En la zona urbana, se presentaron picos en 2021 y 2023 (7,61), con una reducción a 4,78 en 2024.

En síntesis, la mortalidad materna y neonatal en Pasto no es homogénea: se concentra en grupos étnicos específicos y en ciertos periodos en áreas urbanas y rurales, lo que evidencia brechas estructurales que requieren estrategias diferenciadas de intervención, especialmente para poblaciones indígenas y afrodescendientes, así como para zonas con mayor vulnerabilidad en acceso y calidad de servicios.

Mortalidad materna y neonatal por etnia

Durante el período analizado de 2017 a 2024, en el Municipio de Pasto no se habían registrado mortalidades maternas de las etnias indígena, ROM, Raizal, Palenquero. Mientras que la etnia negro,

mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, solo en el 2021 registró una razón de mortalidad materna de 2.702,7 defunciones por 100.000 nacidos vivos.

Tabla 48. Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 NV por etnia, municipio de Pasto 2017– 2024.

Etnia	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Indígena	0,0	0,0	0,0	50,00	0,0	0,0	50,00	83,33
Rom (gitano)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Raizal (San Andrés y providencia)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Palenquero de San Basilio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	0,0	0,0	14,29	0,0	27,03	0,0	22,73	22,22

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 8 de agosto de 2025.

Con relación a la tasa de mortalidad neonatal por etnia, se observan diferencias por pertenencia étnica, debido a que se no se registraron defunciones en el grupo de ROM, Raizal y Palenquero para el 2024, y en el grupo de las etnias de negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente obtuvo una tasa de 22 muertes por 1.000 nacidos vivos, y en relación con indígenas el registro fue de 83 defunciones por cada mil nacidos vivos para el 2024 en el municipio de Pasto.

Mortalidad materna y neonatal por área de residencia

Tabla 49. Razón de mortalidad materna a 42 días por 1.000 NV, por área de residencia, Pasto 2017–2024.

Área	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Urbano	50,66	26,12	57,06	61,56	181,23	114,46	80,13	130,43
Rural	0,0	0,0	0,0	127,55	140,85	0,0	0,0	0,0

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 8 de agosto de 2025.

Según el área de residencia, la razón de mortalidad materna en el periodo 2017-2023 para el municipio de Pasto, se observó: en el área urbana del Municipio dos picos máximos en 2021 y 2024 con tasas de 181,23 y 130,43 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos respectivamente, mientras que para el año 2018 se registró la tasa más baja con 26,12 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos; en cuanto al lugar de residencia en la zona rural para el 2021 una tasa de 140,85 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Tabla 50. Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 NV por área de residencia, Pasto 2017 – 2024.

Área Geográfica	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Urbano	4,05	4,96	5,14	4,92	7,61	6,10	7,61	4,78
Rural	6,72	9,99	7,17	8,93	4,23	6,77	7,84	7,75

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 8 de agosto de 2025.

Teniendo en cuenta el área de residencia, la tasa de mortalidad neonatal en el periodo comprendido por los años 2017-2024 presentó su mayor tasa en el área rural para el año 2018 con 9,99 muertes neonatales por 1.000 nacidos vivos, y en el año 2021 se reportó la menor tasa de mortalidad neonatal en ésta área geográfica; para la zona urbana, se registró picos significativos para el 2021 y 2023

respecto a los otros años y muestra una tendencia variable en los últimos años, donde en el año 2022 la tasa tuvo un leve decrecimiento posicionándose en 6,10 muertes neonatales por 1.000 nacidos vivos, y en el 2023 y 2024 se ubica con una tasa de 7,61 y 4,78 muertes neonatales por 1.000 nacidos vivos respectivamente.

Conclusiones de Mortalidad

Las enfermedades crónicas no transmisibles dominan la mortalidad, con el sistema circulatorio y las neoplasias como principales causas, sin descensos sostenidos.

Las neoplasias y las causas externas concentran la mayor carga de muertes prematuras (AVPP), con cáncer en aumento y causas externas reduciéndose en 2024.

Hay brechas por sexo, los hombres tienen más muertes por causas externas y transmisibles, mientras que en mujeres predominan las neoplasias.

Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de muerte transmisible, con aumento en 2024, mientras que el VIH disminuye.

La mortalidad materno-infantil muestra avances en neonatal e infantil, pero persisten retos y desigualdades, especialmente en mortalidad materna y en IRA infantil, y con mayor impacto en etnias indígenas y afrodescendientes.

3.3 Caracterización de las EAPB

Es importante resaltar que al caracterizar las EAPB se establece el contexto territorial de los afiliados y el porcentaje de participación de cada una de las EAPB en el aseguramiento de la población total del municipio en general, con el 41,13% afiliada a Emssanar. Además al analizar los indicadores priorizados como resultado de la caracterización realizada por las EAPB durante el año 2024 a la población afiliada en el Municipio de Pasto en las diferentes entidades aseguradoras por los diferentes regímenes de salud.

Se observa que una parte de la priorización se encuentra alineada con lo encontrado y priorizado en los diferentes componentes del ASIS de Pasto año 2025, por lo cual es pertinente que el municipio coordine e integre con las EAPB, las estrategias y acciones de promoción de la salud y gestión integral del riesgo en salud e igualmente, como autoridad competente, programar la gestión de la salud pública, con acciones de coordinación, asistencia técnica, gestión programática, vigilancia y seguimiento a las EAPB, con lo cual se potencializaría su impacto en el abordaje de los riesgos de la población pastusa.

Con el objetivo de integrar como parte del ASIS, la información de la Caracterización de la Población que se realiza en las EAPB, la cual, con base en el capítulo II de la Resolución 1536 de 2015. "Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud", cuenta con una metodología estandarizada y difundida a través de la "Guía Conceptual y Metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)",

basada en la experiencia obtenida con el proceso del ASIS dado que permite describir y analizar la situación de salud de la población en términos de sus principales causas de morbilidad, mortalidad, buscando detectar poblaciones con riesgos específicos y el uso de los servicios de salud, bajo el enfoque de determinantes de la salud, lo que permita evaluar y ajustar los planes de intervención orientados a necesidades específicas de gestión del riesgo, costo/efectividad y equidad, entre otros.

Tabla 51. Priorización de indicadores por EAPB, Municipio de Pasto 2024.

Indicador	Asmet salud	Emssanar	Sanidad Militar	Famisanar	Ferrocarriles	Fidu-previsora	Mallamas	Sanitas EPS	Policía Nacional	Nueva EPS
Razón de Mortalidad Materna a 42 días	0	199,2	0	0	0	-	-	0	0	200
Tasa de mortalidad infantil - EAPB	0	-	0	0	0	-	-	0	0	0,00
Captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años	72,88	-	100	0,013	0,026	-	16,56	51,8	5,3	39,92
Captación de diabetes mellitus de personas de 18 a 69 años	0	-	87	0,378	0	-	35,25	13,7	6,5	104,14
Tasa de incidencia de VIH	0	-	3,2	16,66	0	-	-	23,87	20	-
Porcentaje de la población del departamento afiliada por EAPB	-	28,17	0,8	-	-	-	-	-	2,42	-
Proporción del uso actual de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles en mujeres de 13 a 49 años	-	31,98	8,37	0,055	-	-	-	0,07	0,21	3,13
Razón de Mortalidad Materna en mujeres indígenas afiliadas EAPB	-	0	0	0	0	-	-	0	0	0,00
Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en afiliados - rural	-	11,52	0	420,16	0	-	4	0	0	266,41
Porcentaje de partos por cesárea	-	69,91	0,555	0,773	-	-	-	24,07	55	80,4
Número de mujeres con acceso seguro a interrupción voluntaria del embarazo	-	231	6	28	0	-	-	258	0	162
Razón de Mortalidad Materna en mujeres extranjeras -migración venezolana	-	0	0	0	0	-	-	0	0	0,00
Porcentaje de la población del municipio afiliada por EAPB	-	41,13	1,3	0,021	-	-	-	-	0,82	-
Grupo de Curso de vida con mayor proporción de afiliados en el territorio	-	80.811	42,9	0,478	-	-	-	-	43,8	-
Proporción de personas afiliadas a la EAPB en la ruralidad en el territorio	-	30,62	17,5	0,048	-	-	-	-	0	-
Número de personas afiliadas a la EAPB por pertenencia étnica (pueblos étnicos en el territorio).	-	2.656	22	210	-	-	-	-	0	-
Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral	-	88,87	100	0,726	0	-	-	36,39	0	98,83
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	-	0	0	0	0	-	-	0	0	0,00
Número de personas afiliadas a la EAPB en condición de discapacidad en el territorio	-	869	17	6	-	-	105	-	49	-
Número de personas afiliadas a la EAPB víctimas del conflicto armado interno	-	27.208	1.258	1.280	-	-	-	-	236	-
Oportunidad de tratamiento en días, tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento por tumor maligno de cuello uterino en la ruralidad	-	0	-	0	0	-	-	0	0	-
Proporción de población afiliada del territorio identificada por la EAPB con factores de riesgo como tabaquismo, sedentarismo o consumo de alcohol	-	1.505	0,472	0,004	-	-	-	0,2	38,5	-
Número de personas afiliadas a la EAPB migrantes venezolanos	-	1.585	0	-	-	-	-	-	0	-

Indicador	Asmet salud	Emssanar	Sanidad Militar	Famisanar	Ferrocarriles	Fidu-previsora	Mallamas	Sanitas EPS	Policia Nacional	Nueva EPS
Proporción de niños y niñas de cinco años que cuentan con esquema completo de vacunación	-	95,44	99	0,920	0	-	-	92,88	26	-
Razón de morbilidad materna extrema	-	204,63	74,07	52,63	0	-	-	0	0	198
Proporción de niños con diagnóstico de hipotiroidismo congénito que reciben tratamiento	-	0	0	1	0	-	-	0	0	0,00
Porcentaje de casos de violencia contra la mujer	-	430,5	0,8	0,931	0	-	-	0	100	-
Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en afiliados - urbano	-	7,63	0	236,58	2941,17	-	1	5,12	299,49	385,79
Proporción de pacientes hipertensos controlados	-	71,9	0	0,641	19,23	-	66,67	70,72	78,3	-
Proporción de pacientes diabéticos controlados	-	50	0	0,240	7,14	-	45,31	47,38	0	-
Número de personas afiliadas a la EAPB en el territorio	-	169.988	5.281	9.775	-	-	-	-	10.017	-
Tasa de mortalidad por neoplasias (tumores) en personas de 30 a 70 años- EAPB	-	15,7	0	191,38	0	185,57	34,79	92,95	94,59	99,96
Proporción de personas afiliadas a la EAPB en programas de prevención del uso y consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales	-	27,61	2	0,007	-	-	2,23	0,2	0,09	-
Tasa de intento de suicidio	-	170,68	369,59	214,83	0	-	155,04	0	159,72	-
Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias	-	-	0	-	0	60,61	15,02	15,09	115,08	66,07
Repatriados Colombianos decreto 616 2022	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)-EAPB	-	-	787,40	0	0	-	-	0	0	0
Porcentaje de partos institucionales - EAPB	-	-	1	0,982	-	-	-	100	100	100
Tasa General de Fecundidad - EAPB	-	-	25,8	18,34	0	-	-	11	29	10,77
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años - EAPB	-	-	0	0	0	-	-	0,32	0	1,02
Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años - EAPB	-	-	5,26	12,43	-	-	-	4,16	0	3,36
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer - EAPB	-	-	0	14,51	0	-	-	15,33	0	15,66
Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH en menores de 2 años	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0,00
Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	-	-	-	0	-	-	-	3,52	0	7,65
Oportunidad de tratamiento en días, tiempo entre el diagnostico hasta el primer tratamiento por tumor maligno de cuello uterino	-	-	-	0	0	-	-	36,8	0	0,00
Oportunidad de tratamiento en días, tiempo entre el diagnostico hasta el primer tratamiento por tumor maligno de mama	-	-	-	0	0	-	-	48,88	0	38,59
Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años - EAPB	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0,00
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años - EAPB	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0,00
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles (Cancer, enfermedades del sistema circulatorio, Diabetes, Enfermedades del sistema respiratorio)	-	-	0	229,66	0	296,92	34,79	144,28	170,26	-
Oportunidad de tratamiento en días, tiempo entre el diagnostico hasta el primer tratamiento por tumor maligno de colon y recto	-	-	0	0	0	-	0	46,57	0	34,2

Indicador	Asmet salud	Emssanar	Sanidad Militar	Famisanar	Ferrocarriles	Fidu-previsora	Mallamas	Sanitas EPS	Policia Nacional	Nueva EPS
Porcentaje de hombres con diagnóstico de cáncer de próstata identificado en estadios tempranos	-	-	0	1	0	-	0	40	0	61,11
Oportunidad de diagnóstico en días, tiempo entre la consulta en donde se realiza remisión por sospecha clínica asociada a cáncer (tumor maligno de próstata) hasta la confirmación diagnóstica	-	-	0	0	0	-	0	39,83	0	46,5
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades del sistema circulatorio	-	-	0	38,27	0	111,3	0	44,39	75,67	1,78
Tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus	-	-	0	0	0	0	0	2,77	0	1,78
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores contributivo	-	-	-	18,87	-	-	-	-	-	-
Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias contributivo	-	-	-	119,47	-	-	-	-	-	-
Letalidad de malaria-EAPB	-	-	0	0	-	-	0	0	0	-
Letalidad de Dengue grave-EAPB	-	-	0	0	-	-	0	0	0	-
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-
Número de personas atendidas por fiebre amarilla	-	-	0	0	0	-	-	0	0	-
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas subsidiado	-	-	-	18,642	-	-	-	-	-	-
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas en hombres subsidiado	-	-	-	53,92	-	-	-	-	-	-
Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias subsidiado	-	-	-	103,39	-	-	-	-	-	-
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	-	-	0	-	0	2,06	8,58	19,62	9,07	9,88
Proporción de menores de 18 años que cumplen el estándar de 5 días para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica - LAP	-	-	0	-	0	-	-	50	0	0,00
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	-	-	0	-	0	1,52	8,58	6,57	-	12,24
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas	-	-	0	-	0	9,27	8,58	11,81	-	8,68
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas en mujeres	-	-	0	-	0	5,74	0	10,86	-	8,77
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas en hombres	-	-	0	-	0	14,75	218,84	13,85	-	8,55
Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis	-	-	0	-	0	2,06	-	0	0	1,1
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles	-	-	0	-	0	7,6	-	10,72	-	11,17

Fuente: Análisis de las condiciones de salud de la población afiliada EAPB 2025.

La tabla muestra la priorización de los indicadores por cada EAPB y es pertinente resaltar que en el artículo 16 de la Resolución 1536 de 2015, se establece la responsabilidad de las entidades territoriales de utilizar la caracterización de la población a cargo de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) bajo el principio de complementariedad y concurrencia definido en el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 como base de la planeación territorial.

Lo cual incluye el integrar al ASIS territorial, la información resultante de la caracterización de la población a cargo de las EAPB de su jurisdicción, en el marco de sus competencias, lo cual debe

conllevar a la coordinación de la participación articulada, mediante acciones contempladas en los planes de beneficios, en las estrategias y acciones de promoción de la salud y gestión integral del riesgo en salud, definidas por el territorio, así como a programar en la línea operativa de gestión de la salud pública, las acciones de coordinación, asistencia técnica, gestión programática, vigilancia y seguimiento en el ámbito de su competencia dirigida a las EAPB.

3.4 Reconocimientos de los problemas en salud del territorio

Este apartado del documento abordará el contexto de los problemas y necesidades sociales en salud a nivel municipal, así como la definición de las problemáticas identificadas durante el proceso de construcción del ASÍS, a partir de las condiciones sociales y ambientales existentes en el Municipio.

Para identificar las problemáticas en salud del municipio y proponer acciones de abordaje de dichas problemáticas, se tienen definidas diferentes metodologías participativas con comunidad como:

Comités: Se participa de escenarios como el Comité de vigilancia epidemiológica - COVE, cove comunitario - COVECOM, Comité de participación comunitario - COPACO, la mesa de salud colectiva, comité de salud mental, de convivencia ciudadana, entre otros. El objetivo es realizar análisis de las problemáticas en salud sentidas desde el territorio.

Salas situacionales – mesas territoriales: En 2024 se realiza con la participación de representantes EAPB, IPS, ONG, Academia, ICBF y agentes comunitarios, la identificación, el análisis y la priorización de las problemáticas y necesidades sociales en salud, para elaborar el diagnóstico integral y participativo de la situación de salud municipal.

Para 2025 se continúa con el mismo ejercicio participativo desde los comités municipales en donde participan representantes de diferentes sectores y en donde se realiza la validación de las problemáticas ya identificadas y la priorización y el seguimiento de las acciones en promoción de salud y prevención de la enfermedad que ya están claramente identificadas, pero con compromiso de todos los actores.

3.4.1. Identificación de los problemas por la comunidad

Posterior al ejercicio participativo, la comunidad citada a la priorización de problemas reconoce las siguientes problemáticas durante el ejercicio 2024 y son validadas para 2025:

- **Problema 1:** Persistencia de eventos de muerte materna relacionados con la baja calidad en la prestación de los servicios de salud en las emergencias obstétricas, desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los adolescentes y Jóvenes, bajo uso de preservativo y otros métodos de protección por parte las personas, débil reconocimiento de la

violencia basada en género por cultura patriarcal, machista y hegemónica del municipio al igual que acceso las pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH

- **Problema 2:** Aumento de la malnutrición en el municipio de Pasto, problema asociado con los grupos poblacionales de primera infancia, infancia, adolescencia y población adulta, con especial repercusión en niños y niñas menores de 5 años con diagnósticos de desnutrición aguda y otro tipo de patologías asociadas a la malnutrición.
- **Problema 3:** Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el municipio de Pasto, e insuficiente cobertura de los programas de promoción y gestión del riesgo individual y colectivo.
- **Problema 4:** Aumento en los casos de lesiones autoinfligidas y de todo tipo de violencias, trastornos mentales, relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Problema asociado a una serie de factores interrelacionados, entre los cuales se encuentran; problemáticas de factores sociales y económicos (pobreza, desempleo, falta de acceso a derechos fundamentales), entornos culturales, violentos y economías ilegales.
- **Problema 5:** Deficiente resolutiveidad en la atención integral en salud con enfoque diferencial, psicosocial, étnico e intercultural; de género y diversidad sexual, además de los débiles mecanismos de articulación interinstitucional, intersectorial, comunitaria y gestión del riesgo que limitan la incidencia sobre los determinantes sociales en salud en poblaciones especiales.
- **Problema 6:** Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socio ambientales y sanitarios, como consumo de agua no potable, falta de vacunación y tenencia inadecuada de animales.
- **Problema 7:** Deficiente infraestructura, subutilización de centros de salud existentes e insuficiente dotación en sectores rurales para la atención en salud
- **Problema 8:** Deficiencia en la prestación del servicio por parte del personal contratado, trato deshumanizante e impersonal por manejo y uso de dispositivos móviles en la consulta, falta de ética del personal por cuanto no hay confidencialidad, dificultad en el acceso a citas y los horarios de atención, carencia de medicamentos.

Este enfoque participativo permite que las comunidades definan, de manera conjunta y a través de mesas de trabajo, no solo la problemática y las inequidades, sino alternativas de solución para abordar las problemáticas identificadas.

3.4.2 Cartografía para identificación de los problemas por la comunidad

La Alcaldía de Pasto, a través de la Secretaría Municipal de Salud, ha venido liderando de manera sostenida procesos participativos de diagnóstico e identificación de problemáticas en salud en las diferentes comunas y corregimientos del municipio, orientados a fortalecer el análisis situacional desde un enfoque territorial y comunitario.

Estos procesos integran información cualitativa proveniente de la experiencia, percepción y conocimiento de las comunidades, lo cual complementa los datos cuantitativos de los sistemas de información en salud y permite la generación de insumos relevantes para la cartografía de problemáticas de salud pública, así como para la identificación de determinantes sociales, ambientales y culturales que inciden en la situación de salud local.

En este marco, la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) se constituye en una herramienta estratégica para el ASIS, al evidenciar la capacidad de agencia comunitaria en los territorios, no solo para la detección temprana y gestión de eventos en salud, sino también para la identificación e intervención de los determinantes sociales de la salud, desde una perspectiva participativa e intersectorial.

En coherencia con lo anterior, durante el año 2024 se desarrolló un ejercicio participativo de cartografía social, mediante el cual las comunidades identificaron y priorizaron las principales problemáticas de salud presentes en sus territorios, aportando información clave para el análisis territorial, la validación comunitaria del ASIS y la orientación de las acciones de salud pública en el municipio:

Figura 22. Ejercicio participativo con representantes de la comunidad y de la institucionalidad.



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública -"Sala Situacional para la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) municipal", pasos IV – V - VI" 2024 – 2025.

Una vez identificadas las principales problemáticas de salud por parte de la Secretaría Municipal de Salud, estas fueron socializadas con los y las participantes de los espacios participativos, presentando un panorama detallado de su distribución y georreferenciación territorial, tanto en el ámbito urbano (comunas) como rural (corregimientos). Este ejercicio permitió visibilizar cómo la magnitud e impacto de los eventos de interés en salud pública varían de acuerdo con las características territoriales, ambientales y sociales, así como con las condiciones de vida de la población que habita cada territorio.

A través de la visualización territorial de las problemáticas, los agentes comunitarios lograron comprender de manera más amplia cómo las desigualdades en las condiciones de vida, el acceso diferencial a servicios de salud, la disponibilidad de bienes y servicios básicos y determinadas prácticas culturales, influyen en el incremento y persistencia de las problemáticas de salud identificadas. La comparación entre contextos urbanos y rurales facilitó la identificación de territorios con mayor nivel de necesidad, contribuyendo a la priorización más efectiva de intervenciones en salud pública.

Esta etapa del proceso permitió resaltar la importancia de los determinantes sociales de la salud en la configuración del perfil epidemiológico municipal, evidenciando su influencia directa en la frecuencia, severidad y desenlaces de los eventos priorizados. Al proporcionar un marco metodológico claro y participativo para el análisis de estos determinantes, se fortaleció el trabajo conjunto entre los agentes comunitarios y otros actores participantes, orientado a la formulación de propuestas de solución acordes con las realidades territoriales.

La participación activa de la comunidad posibilitó la incorporación de conocimientos locales y percepciones territoriales, permitiendo identificar factores subyacentes y contextuales que no siempre son evidentes a partir de análisis exclusivamente técnicos o cuantitativos. Este enfoque enriqueció el ASIS cualitativo, al integrar dimensiones sociales, culturales y económicas que influyen en la situación de salud del municipio.

Figura 23. Registro fotográfico del ejercicio de cartografía social.



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública -"Sala Situacional para la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) municipal", pasos IV – V - VI" 2024 – 2025.

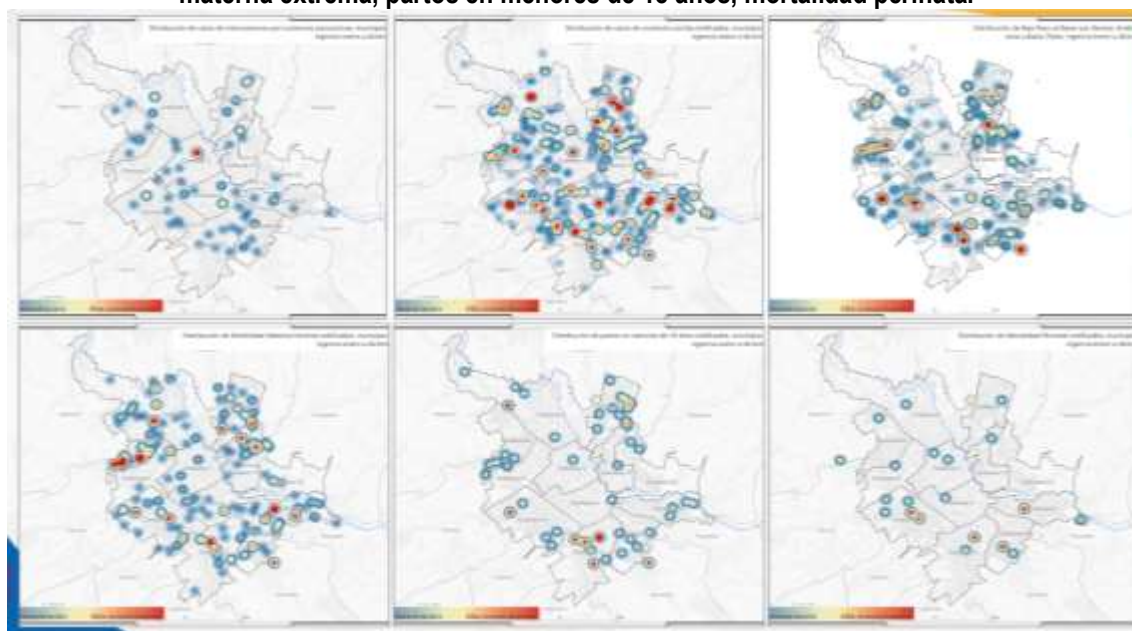
Asimismo, mediante mesas de trabajo participativas, las comunidades definieron de manera conjunta alternativas de solución para abordar las problemáticas priorizadas, considerando la articulación de diversas instituciones, sectores y actores locales que la comunidad reconoce como relevantes para la mejora de la salud y el bienestar colectivo. Este ejercicio reafirma la importancia de la gobernanza territorial y la corresponsabilidad intersectorial en la gestión de la salud pública.

En el marco de la formulación del Análisis de Situación de Salud cualitativo, la Secretaría Municipal de Salud identificó los territorios con mayor nivel de afectación frente a eventos de interés en salud pública, de acuerdo con la percepción comunitaria expresada durante los ejercicios de cartografía social. Estas áreas priorizadas no solo presentan una mayor ocurrencia de eventos adversos en salud, sino que evidencian una correlación significativa con condiciones de vulnerabilidad, analizadas desde un enfoque de pobreza multidimensional y otros determinantes sociales de la salud.

El proceso participativo evidenció que las comunidades cuentan con una comprensión profunda de las causas estructurales y contextuales de los problemas de salud, así como de su relación con las condiciones sociales y económicas en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. La incorporación de estas percepciones en el ASIS cualitativo permitirá a la Secretaría Municipal de Salud fortalecer la planificación estratégica, orientando las acciones y programas hacia las necesidades sociales en salud identificadas desde el territorio.

Mapa 5. Mapas de cartografía social 2024 - 2025.

Intoxicaciones por sustancias psicoactivas, conducta suicida, bajop peso al nacer, morbilidad materna extrema, partos en menores de 18 años, mortalidad perinatal



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública -"Sala Situacional para la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) municipal", pasos IV – V - VI" 2024 – 2025.

Finalmente, este enfoque permitió reconocer que las problemáticas de salud pública del municipio requieren un abordaje intersectorial, en el cual diferentes instituciones y actores sociales deben actuar de manera articulada, complementaria y sinérgica, con el fin de intervenir las causas estructurales de la vulnerabilidad. Este trabajo intersectorial resulta fundamental para fortalecer la capacidad de respuesta institucional y garantizar que las intervenciones y estrategias formuladas en el marco del ASIS respondan de manera efectiva a las condiciones y necesidades del territorio.

Encuesta vida campesina y salud: Finalmente y posterior a realizar la priorización de problemas en salud, en octubre 2024 se realiza visita junto con la dimensión de Asís de MINSALUD a corregimientos priorizados del municipio que correspondieron a La Caldera, Santa Barbara, Genoy, Mocondino y Jamondino, con el fin de validar, analizar y priorizar las problemáticas y necesidades sociales en esos territorios; encontrando un panorama similar al encontrado al primer trimestre 2024 con las mesas de trabajo difiriendo en el orden de priorización.

Figura 24. Mesa de trabajo con líderes corregimientos Genoy, Mocondino y Jamondino.



Como resultado de ese ejercicio se publica desde MINSALUD el documento “Vida campesina y salud” disponible en la página de MINSALUD.

Para el año 2025, el análisis de los indicadores de salud del municipio de Pasto se fundamenta en la información consolidada proveniente de las principales fuentes oficiales de vigilancia y registro, entre las que se incluyen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), el Registro de Atenciones de Urgencias (RAUF), el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) entre otros sistemas de información sectorial.

Los resultados del análisis evidencian la persistencia de las problemáticas en salud previamente identificadas durante el año 2024, lo que indica una continuidad en los patrones epidemiológicos y en los determinantes sociales y ambientales que afectan a la población del municipio. Esta información fue objeto de procesos de socialización, análisis y validación participativa, desarrollados a través de diferentes instancias y comités de la administración municipal, con participación de actores institucionales y comunitarios, tanto en territorios urbanos como rurales.

En este contexto, se realizaron encuentros de Vigilancia Epidemiológica institucional (Comités de Vigilancia Epidemiológica – COVE), con la participación de la Empresa Social del Estado (ESE) del municipio, así como espacios de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), en los cuales participaron líderes comunitarios, gestores sociales y actores territoriales que integran las Redes de Vigilancia Comunitaria (ReVCom).

Estos espacios permitieron contrastar la información cuantitativa proveniente de los sistemas de información con el conocimiento y la percepción comunitaria del territorio, fortaleciendo la calidad del análisis situacional y garantizando la validación social de los hallazgos. Como resultado de este proceso participativo, se ratifica la priorización de las problemáticas de salud definida en el año inmediatamente anterior, evidenciando coherencia entre los datos técnicos, la vigilancia epidemiológica y la lectura territorial realizada por las comunidades.

En conjunto, este proceso reafirma la importancia de la articulación entre vigilancia epidemiológica institucional y comunitaria como estrategia clave para el fortalecimiento del ASIS, la toma de decisiones informadas y la orientación de las intervenciones en salud pública en el municipio de Pasto.

3.4.3 Priorización de los problemas en el territorio

En el marco de los espacios participativos desarrollados y proyectados para el año 2025, los actores sociales, comunitarios e institucionales del municipio de Pasto reconocen de manera consensuada diversas problemáticas que afectan la salud de la población, estableciendo procesos de priorización basados en la magnitud, el impacto social y la percepción de riesgo.

De acuerdo con estos ejercicios, se priorizan en primer lugar los problemas relacionados con la salud mental, los cuales se reconocen como una de las principales preocupaciones en el municipio debido a su alto impacto social, familiar y comunitario. En particular, se destacan eventos como la conducta suicida, las violencias basadas en género y otras expresiones de violencia interpersonal, las cuales se encuentran frecuentemente asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, configurando un escenario complejo que afecta de manera transversal a diferentes grupos poblacionales y etapas del curso de vida.

Los participantes señalan que estas problemáticas generan efectos significativos sobre la convivencia social, la salud mental individual y colectiva, el bienestar emocional y la cohesión comunitaria, así como una creciente demanda sobre los servicios de salud, protección social y justicia, evidenciando la necesidad de abordajes integrales, intersectoriales y con enfoque psicosocial.

Adicionalmente, los actores reconocen la persistencia de otras problemáticas relevantes en salud pública, que si bien no son nuevas en el territorio, continúan representando retos importantes para el municipio. Entre estas se identifican la morbilidad y mortalidad materna, asociadas a barreras en el

acceso oportuno y continuo a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a determinantes sociales que inciden en el cuidado prenatal, del parto y del puerperio.

De igual manera, se evidencia un incremento progresivo y silencioso de las infecciones de transmisión sexual (ITS), relacionado con prácticas sexuales de riesgo, insuficiente educación sexual integral, barreras de acceso a métodos de protección y persistencia del estigma social, lo cual dificulta la detección temprana, el diagnóstico oportuno y la adherencia a los tratamientos.

En el componente nutricional, el ASIS identifica la malnutrición como una problemática de doble carga, que comprende tanto la desnutrición, especialmente en población infantil y en contextos de inseguridad alimentaria, como el aumento de sobrepeso, obesidad y dislipidemias en diferentes grupos etarios. Estas condiciones contribuyen de manera significativa al incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y de alto costo, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares, generando un impacto creciente sobre el sistema de salud y la calidad de vida de la población.

Finalmente, los actores participantes reconocen la persistencia de procesos de marginación, discriminación y estigmatización social, que afectan de manera particular a poblaciones con enfoques diferenciales, anteriormente denominadas poblaciones vulnerables. Estas dinámicas limitan el acceso efectivo a los servicios de salud, profundizan las inequidades y afectan negativamente los resultados en salud, especialmente en personas con trastornos mentales, población diversa, víctimas de violencia, personas en situación de pobreza y habitantes de zonas rurales dispersas.

En conjunto, esta priorización comunitaria refuerza la necesidad de fortalecer el enfoque de salud pública basado en determinantes sociales, la atención primaria en salud, la salud mental comunitaria y las estrategias de promoción, prevención y atención integral, orientadas a reducir las brechas existentes y mejorar los indicadores de salud del municipio de Pasto.

3.4.4 Análisis de los determinantes sociales

Dentro de los ejercicios participativos proyectados para el año 2025 en el municipio de Pasto, las comunidades urbanas y rurales han identificado de manera reiterada problemáticas estructurales que inciden directamente en las condiciones de salud y calidad de vida de la población.

En materia de saneamiento básico, persisten dificultades relacionadas con el acceso limitado a agua potable, deficiencias en los sistemas de alcantarillado, manejo inadecuado de residuos sólidos y disposición incorrecta de aguas residuales, especialmente en barrios periféricos y corregimientos rurales. Estas condiciones favorecen la aparición de enfermedades de origen hídrico, infecciones gastrointestinales, afecciones dermatológicas y la proliferación de vectores, constituyéndose en un importante determinante ambiental de la salud pública local.

De igual manera, en varios sectores rurales del municipio, la comunidad reconoce la tenencia inadecuada de animales domésticos y de producción, caracterizada por la ausencia de prácticas sanitarias, escaso control veterinario y convivencia cercana entre animales y personas. Esta situación incrementa el riesgo de zoonosis, enfermedades respiratorias, parasitarias y otros eventos prevenibles que afectan principalmente a niños, adultos mayores y poblaciones vulnerables.

En relación con el sistema de salud, se identifica una subutilización de los servicios médicos disponibles, atribuida a múltiples factores como el desconocimiento de la oferta institucional, barreras culturales, desconfianza en el sistema y dificultades económicas. Asimismo, la población señala demoras significativas en el acceso a consultas, exámenes diagnósticos, remisiones y tratamientos oportunos, lo que conduce al agravamiento de enfermedades prevenibles, aumento de complicaciones y mayores costos sociales y familiares en salud.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales y económicos, las comunidades continúan describiendo la pobreza, el desempleo y la informalidad laboral como factores persistentes que limitan el acceso a condiciones de vida dignas. A esto se suma la falta de acceso efectivo a derechos fundamentales, como educación, vivienda adecuada, seguridad alimentaria y servicios básicos, lo que profundiza las desigualdades territoriales en salud.

Adicionalmente, se reconocen entornos culturales marcados por dinámicas de violencia, conflictos intrafamiliares, consumo de sustancias psicoactivas y problemáticas asociadas a la presencia de economías ilegales, especialmente en zonas rurales y de transición urbano-rural. Estas dinámicas afectan la cohesión social, la salud mental, la seguridad comunitaria y limitan las oportunidades de desarrollo integral, constituyéndose en determinantes sociales críticos para la salud de la población del municipio.

En conjunto, estos elementos evidencian la necesidad de intervenciones integrales en salud pública, que articulen acciones de promoción, prevención y atención, incorporando la cartografía social y la participación comunitaria como herramientas clave para la identificación de prioridades, el diseño de estrategias territoriales y la reducción de inequidades en salud en el municipio de Pasto.

4. CAPITULO IV. ANALISIS DE RESPUESTAS DE DIFERENTES ACTORES ANTE PROBLEMATICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD

4.1 Inclusión de actores en los problemas identificados (territorial e institucional) en contra o a favor del problema

En el municipio de Pasto, los actores identificados por la población en relación con las problemáticas priorizadas se distribuyen entre territoriales (comunidad, familias, liderazgos locales, organizaciones sociales y redes comunitarias) e institucionales (Secretaría de Salud, ESE municipal, IPS, instituciones educativas, entidades de protección, y sectores de planeación y servicios públicos).

En el caso de la mortalidad materna, las ITS/VIH y la violencia basada en género, se señalan como actores clave tanto las instituciones de salud (por deficiencias en la calidad, acceso y atención en emergencias obstétricas, así como en promoción de derechos sexuales y reproductivos) como factores culturales y sociales que perpetúan la violencia y el bajo uso de métodos de protección.

Frente a la malnutrición y las enfermedades crónicas, la población ubica como actores responsables a los entornos familiares, educativos y comunitarios, así como al sistema de salud por insuficiente cobertura de programas de promoción, prevención y gestión del riesgo.

En cuanto a salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia, se identifican actores sociales asociados a la pobreza, desempleo, economías ilegales y entornos violentos, mientras que las instituciones de justicia, protección y salud son reconocidas como necesarias para la intervención pero insuficientemente articuladas.

Adicionalmente, la población destaca como actores determinantes la infraestructura y la capacidad resolutive del sistema de salud (subutilización de servicios, carencia de personal, medicamentos, insumos y horarios de atención), así como la debilidad en la atención con enfoque diferencial y la falta de mecanismos intersectoriales, lo que limita la respuesta frente a determinantes socioambientales (agua no potable, vacunación, tenencia de animales) y dificulta el acceso efectivo a la atención integral.

La vigilancia en salud pública comunitaria, en articulación con la institucionalidad local, se constituye en un mecanismo estratégico para la transformación de los determinantes sociales, ambientales y culturales que inciden en la salud de la población. A través de las redes de vigilancia comunitaria (ReVCom) y los espacios de vigilancia epidemiológica institucional (COVE) y comunitaria (COVECOM), las comunidades aportan información cualitativa y cuantitativa sobre eventos de interés en salud, riesgos emergentes y condiciones de vida que no siempre se registran en los sistemas formales, permitiendo una lectura territorial más precisa y oportuna.

Esta articulación fortalece la capacidad de respuesta del sistema de salud al facilitar la identificación temprana de situaciones de riesgo, la priorización de territorios vulnerables y la definición conjunta de acciones de promoción, prevención e intervención. Al integrar el conocimiento local con la capacidad técnica e institucional, se posibilita la implementación de estrategias intersectoriales orientadas a incidir en los determinantes de salud, como la calidad del agua, saneamiento, seguridad alimentaria, violencia y consumo de sustancias psicoactivas, promoviendo procesos de empoderamiento comunitario, corresponsabilidad social y sostenibilidad en las intervenciones de salud pública.

Es así como durante los encuentros COVECOM de 2025 la Secretaría de Salud articuló la gestión de algunos determinantes en salud de los territorios con la institucionalidad invitando a los encuentros con comunidad a diferentes secretarías como Gobierno para el tema de delincuencia y expendio de sustancias psicoactivas, gestión ambiental y salud ambiental para el tema de tenencia inadecuada de animales y empresas de servicios públicos y de recolección de residuos para gestión de saneamiento básico.

4.2 Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades.

La comunidad de Pasto, al reconocer que las problemáticas priorizadas son el resultado de una interacción entre determinantes sociales, culturales y deficiencias del sistema de salud, tiende a manifestar una respuesta de corresponsabilidad y demanda de acciones concretas, en la medida en que percibe que el proceso participativo no solo valida sus experiencias, sino que además abre espacios reales de intervención y articulación intersectorial. En este sentido, la población suele responder con mayor disposición a aportar información y participar activamente, siempre que perciba que los encuentros de ReVCom y COVE municipal o COVECOM generan resultados tangibles y no se convierten en un ejercicio meramente consultivo.

Asimismo, la participación comunitaria tiende a fortalecer el sentimiento de empoderamiento territorial o agencia, ya que la inclusión de actores institucionales (Secretarías de Gobierno, Gestión Ambiental, servicios públicos, etc.) permite visibilizar la relación directa entre determinantes como violencia, consumo de sustancias, saneamiento básico, tenencia de animales, y la salud de la población. Esto se traduce en una mayor presión social hacia las instituciones para que asuman responsabilidades y se comprometan con acciones específicas en los territorios priorizados.

No obstante, también es probable que se presenten expectativas altas y demanda de resultados inmediatos, especialmente en territorios con condiciones de vulnerabilidad histórica, donde la comunidad ha percibido falta de respuesta institucional. En estos contextos, la población puede manifestar desconfianza o escepticismo si no se evidencia continuidad en las acciones, seguimiento de acuerdos y transparencia en los compromisos institucionales. Por ello, la respuesta comunitaria suele estar condicionada por la credibilidad del proceso, la capacidad de las instituciones para

articularse y la percepción de que las acciones acordadas realmente impactan las condiciones de vida y salud en sus territorios.

Desde la estrategia de Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) se realiza un monitoreo continuo de señales, eventos y determinantes de salud identificados desde los territorios, con el propósito de fortalecer la autogestión comunitaria de las problemáticas y mejorar la capacidad de respuesta local. Este proceso contribuye a la identificación temprana de situaciones de interés en salud pública y a la consolidación de información complementaria a la vigilancia institucional, permitiendo una lectura territorial más oportuna y pertinente.

Adicionalmente, la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) se articula con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) Municipal, mediante el cual se brindan asistencias técnicas certificadas y se desarrolla formación dirigida a líderes y gestores comunitarios en la identificación, notificación y gestión de problemas de salud y determinantes asociados en sus territorios. De esta manera, la estrategia fortalece tanto la capacidad comunitaria para reconocer y priorizar riesgos, como la articulación con la institucionalidad para la implementación de acciones de promoción, prevención e intervención en salud pública.

5. CAPITULO V. CONSTRUCCIÓN NÚCLEOS DE INEQUIDAD SOCIO SANITARIA A NIVEL TERRITORIAL

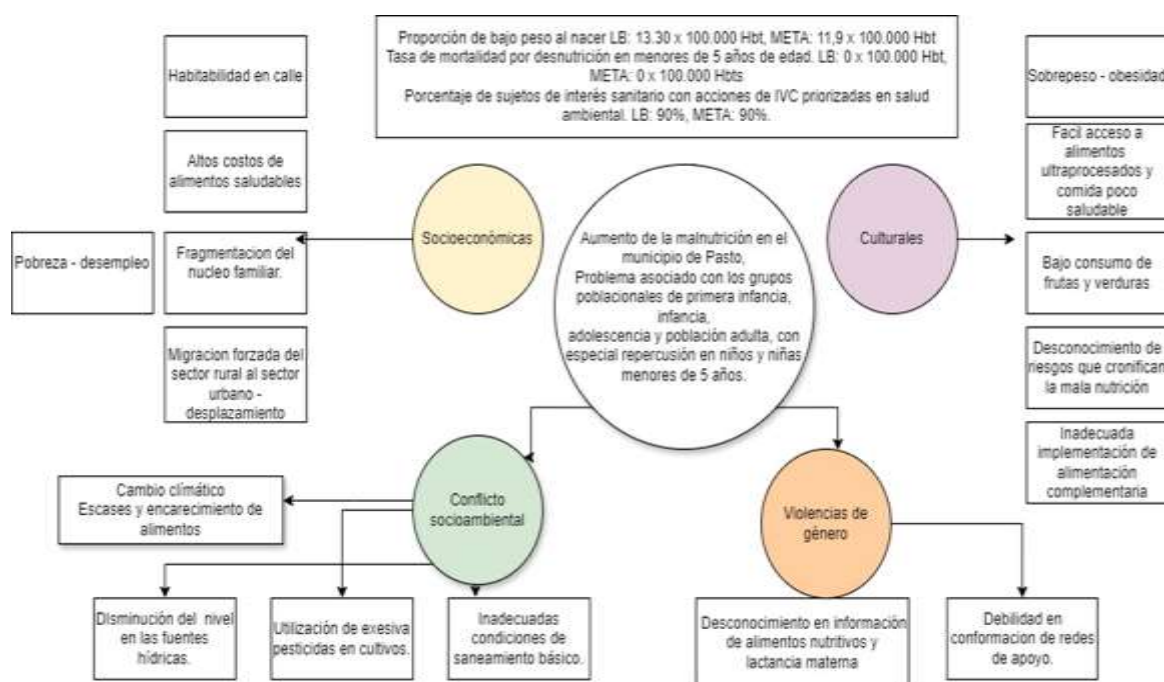
5.1 Elaboración y análisis de los núcleos de inequidad

Dentro del análisis de los problemas priorizados por los diferentes actores, se han encontrado algunos determinantes específicos que generan inequidades en salud, entre ellos están:

➤ Núcleo: Aumento de la malnutrición en el municipio de Pasto.

En Pasto se presenta un aumento de la malnutrición que afecta a la primera infancia, infancia, adolescencia y población adulta, con especial impacto en niños y niñas menores de cinco años, evidenciado también por el incremento del bajo peso al nacer (13,30 por 100.000, por encima de la meta de 11,9).

Figura 25. Núcleo de aumento de la malnutrición en el municipio de Pasto



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública - "Sala Situacional para la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) municipal, pasos IV – V - VI"

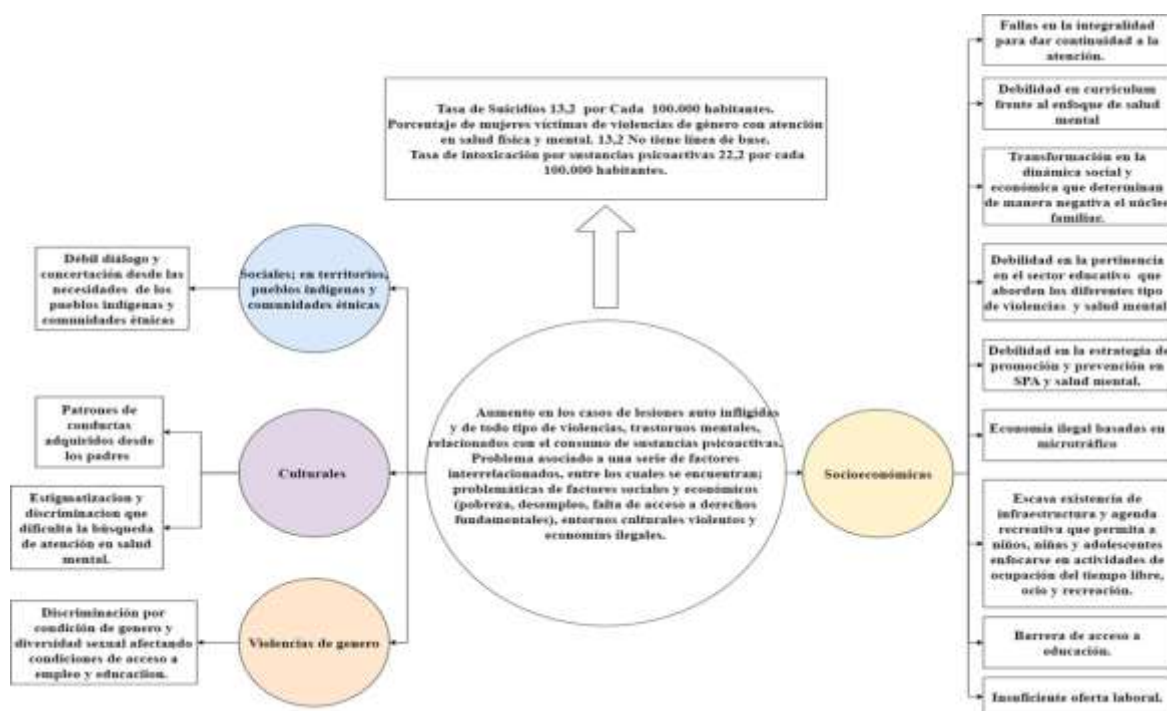
Esta situación se explica por determinantes socioeconómicos como pobreza, desempleo, altos costos de alimentos saludables, desplazamiento rural-urbano y fragmentación familiar; determinantes socioambientales como cambio climático, disminución de fuentes hídricas, uso de pesticidas y deficiencias en saneamiento básico; y determinantes culturales como el consumo de alimentos ultra

procesados, baja ingesta de frutas y verduras y deficiente alimentación complementaria en la primera infancia.

Adicionalmente, la falta de educación en nutrición, la baja promoción de lactancia materna y la insuficiencia de redes de apoyo, en contextos de violencia de género, limitan la mejora del problema. Esto evidencia la necesidad de acciones intersectoriales e integrales orientadas a seguridad alimentaria, prevención, atención nutricional y fortalecimiento de determinantes sociales.

➤ **Núcleo: Aumento de lesiones autoinfligidas, violencia, consumo de SPA.**

Figura 26. Núcleo de aumento de lesiones autoinfligidas, violencia, consumo de SPA.



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública -"Sala Situacional para la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) municipal, pasos IV – V - VI"

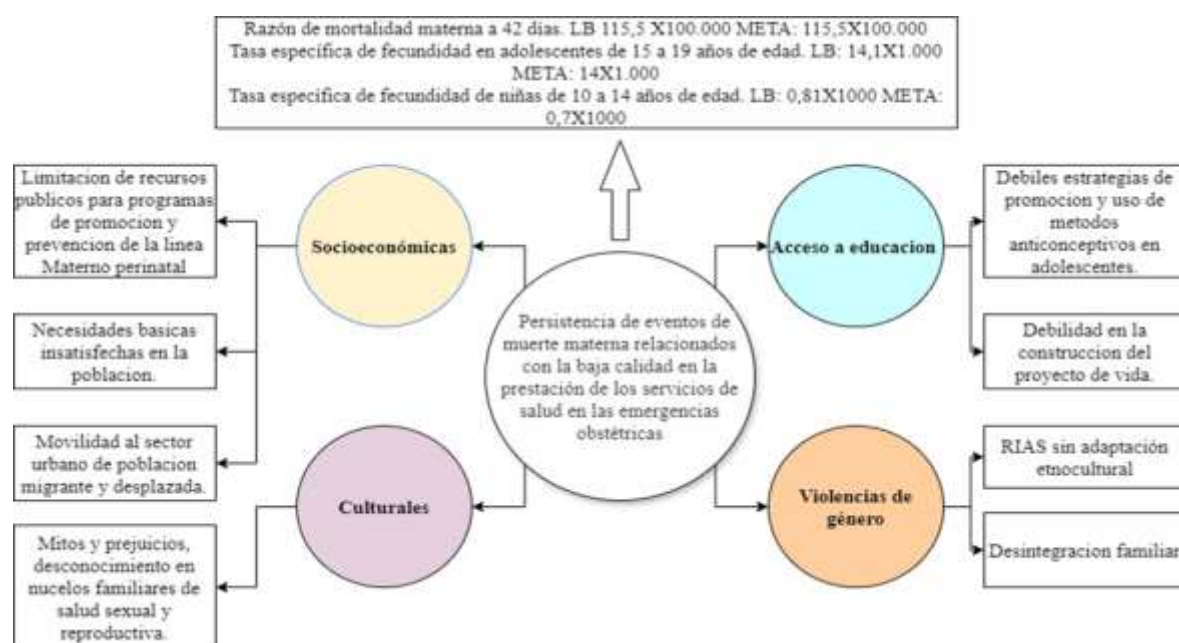
Actualmente, el municipio de Pasto presenta un aumento en la tasa de suicidios (13,2 por 100.000 habitantes), así como un incremento de lesiones autoinfligidas, violencias y trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Estos eventos se relacionan con determinantes socioeconómicos y culturales, como pobreza, desempleo, limitaciones en el acceso a derechos fundamentales, violencia en entornos culturales y la presencia de economías ilegales (narcotráfico y microtráfico). En los territorios de población indígena y comunidades étnicas, se identifican determinantes sociales específicos, incluidos los problemas de diálogo y concertación con autoridades y la discriminación, lo cual agrava las inequidades. Además, se evidencian fallas en la continuidad de la atención en salud, limitada infraestructura, insuficiente oferta de ocio y recreación,

debilidades en promoción y prevención en salud mental y SPA, y deficiencias en educación con enfoque de salud mental y violencia. La discriminación por género y diversidad sexual se reconoce como un factor que limita el acceso a empleo, educación y servicios de salud, y se refleja en el alto porcentaje de mujeres víctimas de violencia que requieren atención física y mental.

➤ **Núcleo: Persistencia de eventos de muerte materna**

En el municipio de Pasto persisten los eventos de muerte materna en 2025, asociada principalmente a la baja calidad en la atención de emergencias obstétricas y a factores relacionados con la salud sexual y reproductiva. Se identifican determinantes sociales clave como el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos entre adolescentes y jóvenes, el bajo uso de preservativos y otros métodos de protección, y el débil reconocimiento de la violencia basada en género, influenciado por una cultura patriarcal y machista. También se evidencian brechas en el acceso a pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH.

Figura 27. Núcleo de persistencia de eventos de muerte materna



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública -"Sala Situacional para la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) municipal, pasos IV – V - VI"

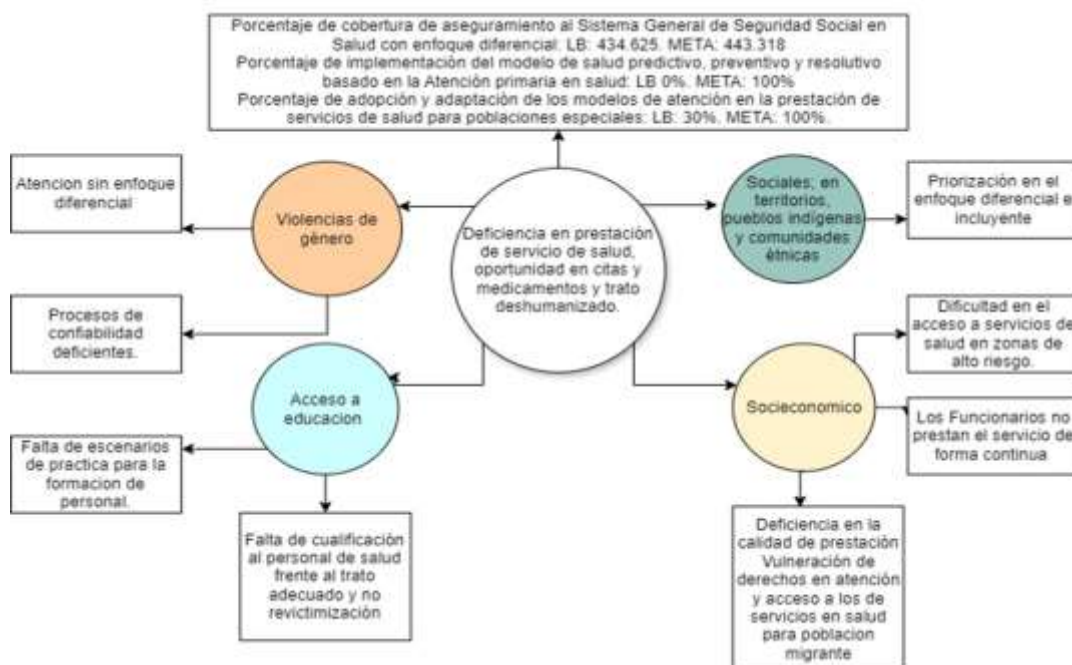
Los determinantes socioeconómicos, culturales y de acceso a educación contribuyen a esta persistencia, destacándose la insuficiencia de recursos para programas de promoción y prevención en la línea materno - perinatal, lo que se refleja en una razón de mortalidad materna a 42 días de

115,5 por cada 100.000, ubicándose en el límite de la meta nacional. Adicionalmente, se identifican inequidades de movilidad y acceso entre población migrante y desplazada hacia el sector urbano.

En el componente cultural, prevalecen mitos y prejuicios en los núcleos familiares que limitan el conocimiento en salud sexual y reproductiva, así como estrategias débiles de educación y uso de anticonceptivos en adolescentes. Finalmente, la violencia de género se reconoce como un factor determinante, en especial por la desintegración familiar y la falta de adaptación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) a las diversas etnias y culturas, lo cual agrava la mortalidad materna y limita la efectividad de la atención.

- **Núcleo: Deficiencia en prestación de servicio de salud, oportunidad en citas y medicamentos y trato deshumanizado.**

Figura 28. Núcleo de deficiencia en prestación de servicio de salud, oportunidad en citas y medicamentos y trato deshumanizado.



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública -"Sala Situacional para la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) municipal, pasos IV – V - VI"

En el municipio de Pasto se identifican determinantes sociales prioritarios que inciden en la persistencia de inequidades en salud, especialmente en territorios con presencia de pueblos indígenas y comunidades étnicas, donde se evidencia una limitada implementación del enfoque diferencial e incluyente. A nivel socioeconómico, se reconocen barreras significativas para el acceso a los servicios de salud en zonas de alto riesgo, asociadas a la falta de continuidad en la atención por limitaciones

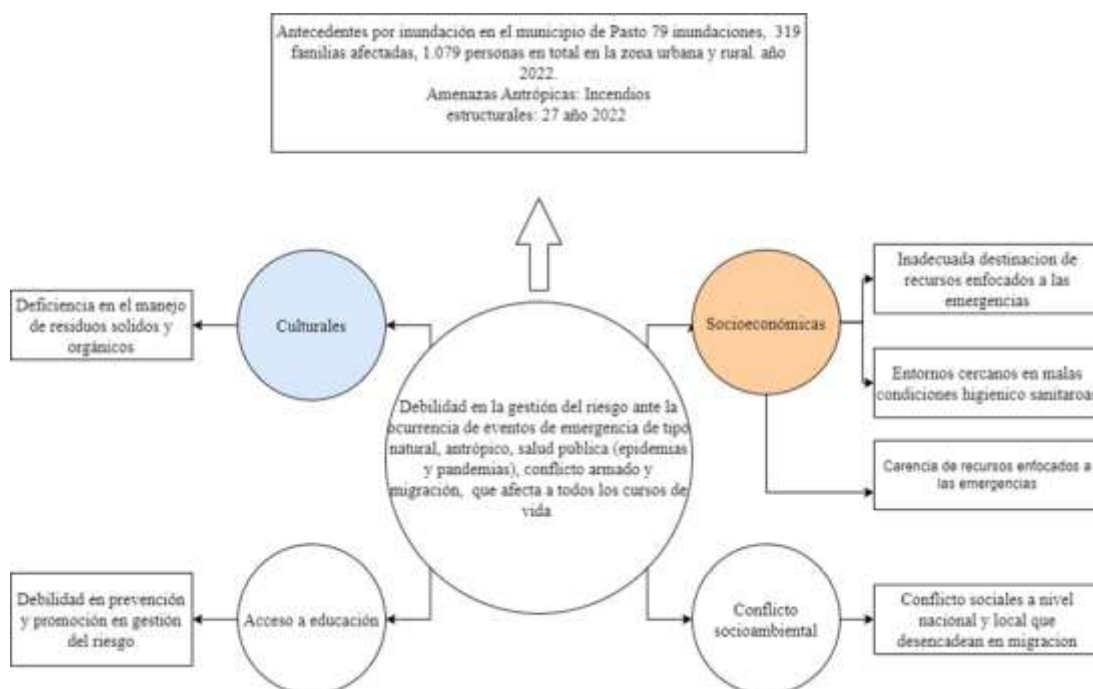
administrativas y de infraestructura, lo que genera vulneración de derechos, particularmente en población migrante.

Adicionalmente, se identifican deficiencias en la cualificación del talento humano en salud y brechas en la atención con enfoque de género y diversidad sexual (LGTBIQ+ / OSIGD), así como fallas en la credibilidad otorgada a las víctimas de violencia de género. Estas condiciones se agravan por la nula implementación del modelo de atención predictivo, preventivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud (APS) y la baja adopción y adaptación de los modelos de prestación de servicios para poblaciones especiales, lo que limita la capacidad del sistema de salud para responder de manera integral, equitativa y culturalmente pertinente.

➤ **Núcleo: Debilidad en la gestión del riesgo.**

Figura 29. Núcleo de debilidad en la gestión del riesgo

Ante la ocurrencia de eventos de emergencia de tipo natural, antrópico, salud pública (epidemias y pandemias), conflicto armado y migración, que afecta a todos los cursos de vida



Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública -"Sala Situacional para la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) municipal, pasos IV – V - VI"

En el municipio de Pasto se identifican debilidades en la gestión del riesgo frente a la ocurrencia de emergencias de origen natural, antrópico, en salud pública, conflicto armado y fenómenos migratorios. Estas situaciones se asocian a determinantes socioeconómicos, culturales, socioambientales y de acceso a la educación, que limitan la capacidad de prevención, preparación y respuesta institucional

y comunitaria. En los componentes socioeconómico y socioambiental se evidencian deficiencias en la asignación y disponibilidad de recursos para la atención de emergencias, así como un control insuficiente de entornos de riesgo relacionados con condiciones higiénico-sanitarias inadecuadas y procesos de migración asociados a conflictos sociales locales y nacionales.

Adicionalmente, se reconocen brechas en los determinantes culturales y educativos, reflejadas en prácticas inadecuadas de manejo de residuos sólidos y orgánicos, así como en la baja efectividad de las acciones de promoción y prevención del riesgo dirigidas a la población. Estas condiciones incrementan la vulnerabilidad territorial y la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la gestión integral del riesgo desde un enfoque intersectorial, preventivo y con participación comunitaria.

5.2 Causas, indicadores, relación con determinantes y análisis en conjunto

Las inequidades en salud identificadas en el municipio de Pasto tienen su origen en causas estructurales relacionadas con la pobreza, el desempleo, la informalidad laboral, la desigualdad territorial urbano-rural, la presencia de economías ilegales, la migración y el conflicto social. Estas condiciones se ven reforzadas por causas intermedias o proximales, como la baja calidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud, la insuficiente infraestructura y dotación, la débil implementación de la Atención Primaria en Salud (APS), la limitada adopción del enfoque diferencial, de género, étnico e intercultural, y la escasa articulación intersectorial para la gestión de los determinantes sociales, ambientales y culturales.

Dichas inequidades se expresan a través de múltiples indicadores por mejorar en materia de salud pública, entre los cuales se destacan el aumento de la mortalidad materna y eventos asociados a emergencias obstétricas; el incremento del bajo peso al nacer y de la malnutrición en menores de cinco años; la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles; el aumento de la tasa de suicidio, lesiones autoinfligidas, violencias y trastornos mentales asociados al consumo de SPA; la persistencia de eventos asociados a determinantes socioambientales, como consumo de agua no potable, baja cobertura de vacunación y tenencia inadecuada de animales y finalmente la subutilización de servicios de salud, barreras de acceso, desabastecimiento de medicamentos y deficiente calidad percibida en la atención.

Estos indicadores reflejan brechas significativas entre poblaciones y territorios, especialmente en comunidades indígenas, étnicas, población migrante, población LGTBIQ+ y sectores rurales.

En relación con los determinantes sociales de la salud, las problemáticas priorizadas presentan una relación directa y persistente con los determinantes sociales de la salud. El determinante socioeconómico influye en la inseguridad alimentaria, el acceso a servicios, la salud mental y la exposición a violencias.

El determinante cultural incide en prácticas de cuidado, salud sexual y reproductiva, normalización de la violencia de género y consumo de SPA. El determinante educativo se relaciona con el desconocimiento de derechos, prácticas preventivas y autocuidado.

El determinante socioambiental impacta eventos asociados a saneamiento básico, agua potable, riesgos ambientales y gestión del riesgo. Finalmente, el determinante institucional se expresa en fallas del sistema de salud para responder de manera oportuna, resolutive y con enfoque diferencial.

En conjunto, las inequidades en salud del municipio de Pasto responden a un modelo de producción social de la enfermedad, donde los eventos de interés en salud pública no se explican de forma aislada, sino como resultado de la interacción entre determinantes estructurales, intermedios y del sistema de salud.

La persistencia de estas inequidades evidencia debilidades en la capacidad institucional para incidir de manera efectiva sobre los determinantes sociales y garantizar el derecho a la salud con equidad.

No obstante, la existencia de procesos de vigilancia en salud pública comunitaria, cartografía social y espacios participativos como los COVECOM, entre otros, constituyen una oportunidad estratégica para fortalecer la planificación territorial, priorizar intervenciones intersectoriales y orientar la toma de decisiones hacia la reducción de brechas en salud, con énfasis en poblaciones históricamente excluidas.

6. CAPITULO VI. PROPUESTA DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022 – 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO – PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PROIMARIA EN SALUD

6.1 Estrategias y respuestas en el marco del PDSP y modelo de salud preventivo – predictivo.

En coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 y el modelo de atención en salud preventivo - predictivo, el municipio de Pasto orienta sus estrategias a la intervención integral de los determinantes sociales de la salud, priorizando poblaciones y territorios con mayores inequidades. Desde un enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), se fortalece la promoción de la salud y la prevención del riesgo mediante acciones anticipatorias basadas en el análisis de eventos trazadores, perfiles epidemiológicos y vigilancia comunitaria, permitiendo la identificación temprana de riesgos asociados a malnutrición, salud mental, violencias, salud materno-perinatal y enfermedades crónicas no transmisibles.

Como respuesta institucional, se promueve la articulación intersectorial para incidir sobre determinantes estructurales como pobreza, seguridad alimentaria, saneamiento básico, acceso a educación, empleo y entornos protectores, en concordancia con las dimensiones del PDSP. Se prioriza el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, tanto institucional como comunitaria, para mejorar la oportunidad en la detección de eventos de interés, el seguimiento a poblaciones de riesgo y la toma de decisiones basada en evidencia territorial. De igual manera, se impulsan estrategias de gestión del riesgo individual y colectivo, con énfasis en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, violencias de género y gestión de emergencias.

Adicionalmente, el modelo preventivo - predictivo orienta el fortalecimiento de la capacidad resolutive del sistema de salud, mediante la mejora de la calidad de la atención, la continuidad del cuidado, la ampliación de la cobertura de programas de promoción y prevención, y la implementación progresiva de enfoques diferenciales, interculturales, de género y de diversidad sexual. Estas acciones buscan anticiparse a la ocurrencia de eventos evitables, reducir la carga de enfermedad y avanzar en la reducción de inequidades en salud, consolidando un modelo centrado en las personas, las familias y los territorios.

Finalmente, aproximadamente el 6% de la población del municipio no cuenta con afiliación al sistema de salud, debido a barreras administrativas y de identificación de población flotante, migrante y especial, así como dificultades en la afiliación de recién nacidos y menores de edad. Esta situación se agrava por el desconocimiento del funcionamiento del sistema, del Plan de Beneficios en Salud (PBS) y de las competencias entre aseguradores e IPS, limitando el acceso efectivo a los servicios de salud.

Tabla 52. Propuestas de Respuesta y Recomendaciones en el Territorio en el Marco del PDSP 2022-2031 y el Modelo de Salud Preventivo-Predictivo Fundamentado en la Atención Primaria en Salud

Pilar del Modelo de Salud Relacionado	Componente del Modelo de Salud	Eje PDSP 2022-2031	Objetivo Por Eje Estratégico	Resultados Esperados por Eje PDSP 2022-2031	Estrategias	Recomendaciones
Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Articulación con entes territoriales, sector educativo y EAPB para fortalecer la continuidad de la atención, además de asegurar el tratamiento, seguimiento e intervención adecuada Procesos de Inspección, vigilancia y control priorizando población en condición de vulnerabilidad.	Implementar proceso de selección de perfiles de personal de salud con mínimas condiciones
	Sistema único público de información en salud.				Procesos de articulación intersectorial con entidades territoriales para investigación, proyección social y docencia Integración de sistemas de información en salud pública	Implementar sistema único de información para el sector salud
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorial dad.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Estrategia de transectorialidad enfocada a impactar determinantes sociales.	Articulación intersectorial para intervención integral Generar estrategias encaminadas a regular la oferta de alimentos
	Vigilancia en Salud Pública				vigilancia epidemiológica comunitaria por microterritorios	Necesidad de Política Pública de integración intersectorial Poder de intervención frente a los hallazgos encontrados en las acciones de vigilancia y

		ALCALDÍA DE PASTO				control, no solo a salud sino también a los demás actores
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGTBIQ+ - OSIGD++ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	Estrategias de participación continua con comunidades y grupos étnicos	
					Modelos de atención en estos grupos étnicos y diferenciales.	Integración de modelos y rutas de atención en la prestación. Adecuación sociocultural u técnica. Fortalecer formación a profesionales en salud con enfoque diferencial. Mayor apertura al diálogo generación de propuestas que involucren a la población con enfoque diferencial. Consolidar escuelas de cuidadores de pacientes crónicos que permitan la adherencia al tratamiento.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGTBIQ+ - OSIGD y otras poblaciones por condición y/o situación.	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	Implementación del modelo de atención SISPI	Participación desde la academia en la construcción y aplicación del modelo SISPI, y espacios o mesas poblacionales.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad			Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de	Políticas Nacionales Implementación del modelo integral y rutas de atención	Caracterización de la población teniendo en cuenta el enfoque diferencial

		ALCALDIA DE PASTO	saberes, prácticas y creencias	estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales y transectoriales.	con enfoque diferencial y étnico	
				Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización en de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas Y campesinas.	Articulación intersectorial entre Gobierno, ONG e instituciones no gubernamentales. Mesas de participación	Implementar protocolos de atención que responda a las necesidades en salud en condición de vulnerabilidad y étnico.
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.	Eje 3. Determinantes sociales de la salud		Prácticas, saberes Y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LGTBIQ+ - OSIGD++ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Aportar desde los procesos de investigación en el reconocimiento de prácticas ancestrales lideradas desde la entidad territorial. Prácticas formativas con enfoque comunitario, étnico y cultural. Espacios de educación superior incluyentes.	
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad			Entorno económico favorable para la salud		
	Participación social en salud		Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de	Transformación cultural, movilización y organización social	Desarrollo de capacidades a través de encuentros de saberes	

Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad		ALCALDÍA DE PASTO	carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	Organización de condiciones políticas y conformación de equipos territoriales con el fin de realizar sondeo de información y análisis de la educación en salud	
					Red comunicacional para posicionamiento con todos los actores Organización social y comunitaria de los grupos especiales.	Implementar Observatorio de participación social en estos grupos especiales
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	Desarrollar un plan intersectorial con enfoque de salud mental Participación de políticas públicas desde la investigación científica con su divulgación. Articulación con el eje 1 de la política pública de salud colectiva.	transectorial dad Potenciación del rol de familia y redes sociales de apoyo Rehabilitación basada en comunidad
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático,	Estrategias de conservación agricultura urbana para alimentos limpios Almacenamiento de agua	Preparación para riesgos climáticos Institucionalización de los planes de emergencias y desastres Incluir dentro de los micros currículos temáticas sobre el cuidado del medio ambiente y sensibilización sobre el cambio climático.
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación,	Eje 4. Atención Primaria en Salud		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de	Fortalecimiento de microrredes modelos de atención intramural en casos donde	Fortalecer la gestión del prestador de servicios de salud municipal ajustado el modelo de atención

	coordinación y gestión de las RIIS.			acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	la capacidad técnica y física Conformación de redes integrales e integradas territoriales de salud "mesas y submesas de salud" con base en la aplicación de criterios determinantes, incluyendo el reconocimiento de las condiciones de vida y salud de las personas, familias y comunidades.	"preventivo y resolutivo" interactuando con los diferentes actores, responsables de la solución de los problemas encontrados en la caracterización por la estrategia de APS.
	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.		Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictiva, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad,		Fortalecer desde la academia los cursos transversales en Atención Primaria en Salud
	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario		

		ALCALDIA DE PASTO		fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.		
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales Y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	Fortalecimiento de acciones de APS acorde al nivel de complejidad de la institución tales como: planificación familiar, captación de embarazo en adolescentes, vacunación, etc.	Se requiere lineamientos nacionales para operatividad de Equipos básicos en salud Brindar formación continua a profesionales de la salud basados en la Atención primaria en Salud.
	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIIS			Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.	Coordinación interinstitucional que permita el trabajo en redes.	Articulación de funciones de equipos básicos frente al rol que tiene la EAPB
						Tener en cuenta las Redes integradas en Salud Desarrollar el proyecto clínico de la mujer como hospital de mediana complejidad de índole municipal para garantizar la atención integral de la ruta materno perinatal en el municipio de Pasto.

Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorial dad.	Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	Ajuste a planes de contingencia y riesgo Coordinación interinstitucional que permita el trabajo en redes. Promoción de estilos de vida saludables y sostenibles, principios de educación ambiental y políticas para reducción de emisiones contaminantes.	
	Participación social en salud					
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.			Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	Ajuste Plan municipal de gestión del riesgo	Socialización de planes municipales de gestión del riesgo
						Incluir programas de formación para personal capacitado en la atención de emergencias y desastres
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública					Fortalecimiento de capacidades comunitarias en la gestión del riesgo de emergencias y desastres que afecten la salud de la población
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.				Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública,	Difusión de las políticas públicas, planes y proyectos, para realizar control de las causas del cambio climático y así contribuir en la disminución de los problemas de salud pública.
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.	Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el	Innovación en tecnología médica, articulación con profesionales de salud para fomentar el desarrollo del	Implementar gestión de conocimiento en articulación con academia

	Soberanía Sanitaria	ALCALDÍA DE PASTO	prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades,	conocimiento científico con enfoque diferencial	
				Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública	Procesos de capacitación a la comunidad del municipio de Pasto en temáticas de interés en Salud Pública.	Articulación con academia para fortalecer la investigación y gestión de conocimiento con este enfoque.
				Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.	Ajuste y operación de PPSC	Implementar un plan articulado de desarrollo de capacidades de actores del sistema de salud.
						Fomentar investigación en tecnologías estratégicas en salud.
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud	Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.	Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública	Desarrollo de capacidades a través de encuentros de saberes	Caracterización del personal en salud para abordar
					Fortalecimiento en el desarrollo de capacidades en el talento humano para la identificación, diagnóstico y prevención de los riesgos relacionados con la ocupación.	Articulación de las Instituciones Universitarias con los entes territoriales para poder realizar gestión para generar recursos.
				Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública.	Gestión ante la academia para adecuación de los planes educativos	Plan de educación con enfoque territorial y APS
				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios	Sabedores formados, certificados y vinculados.	Plan de reconocimiento y formación del talento humano ancestral como gestores comunitarios.

		ALCALDÍA DE PASTO		Talento humano en salud pública disponible Y sostenible con garantía de trabajo digno y decente.	Talento humano en salud pública disponible, capacitado y sostenible con garantía de trabajo digno y decente.	Modificación a tecnologías Talento humano contratado con requisitos necesarios para la atención en salud, contrato con prestación de ley a término indefinido, política SST.
--	--	----------------------	--	--	--	---

Fuente: Secretaría Municipal de Salud, Subsecretaría de Salud Pública -"Sala Situacional para la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) municipal, pasos IV – V - VI"

Como lo muestra la tabla, en respuesta a las problemáticas en salud, el municipio prioriza estrategias basadas en la Atención Primaria en Salud para reducir la mortalidad materna, infantil y en menores de cinco años, mediante la captación temprana de gestantes, fortalecimiento del control prenatal, vacunación, seguimiento al recién nacido y aplicación de estrategias como AIEPI y RIAS. De igual manera, se implementan acciones para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, cáncer, suicidio y bajo peso al nacer, a través de promoción de estilos de vida saludable, tamizajes oportunos, salud mental comunitaria y gestión integral del riesgo.

En el componente de determinantes sociales, se fortalece la implementación del modelo de salud preventivo-predictivo y resolutivo, con desarrollo de capacidades del talento humano y la comunidad, intervenciones colectivas, articulación intersectorial y adopción de modelos de atención con enfoque diferencial, étnico, de género y diversidad sexual, priorizando poblaciones especiales y trabajadores informales. Finalmente, desde el eje de gobierno y gobernanza en salud, se impulsan acciones de vigilancia en salud pública, seguridad alimentaria y nutricional, reducción del embarazo adolescente, salud ambiental, participación social, gestión de la calidad y fortalecimiento de los sistemas de información, con el fin de mejorar la capacidad institucional, la toma de decisiones y la reducción de inequidades en salud en el municipio.

Intervenciones a problemas de salud Municipio de Pasto, en articulación con los ejes del plan de desarrollo.

- **Prevención de mortalidad materna y perinatal:** a través de mesas de trabajo con ginecólogos para disminuir No. De cesáreas previniendo el bajo peso, mesas de trabajo con anestesiólogos y ginecólogos para inducir parto sin dolor, estrategias como PARE para disminuir el riesgo de mortalidad materna y perinatal, promoción de consulta preconcepcional y planificación familiar y auditorías de cumplimiento normativo en código rojo en las IPS, entre otras acciones.
- **Prevención de desnutrición y malnutrición:** Estrategias como Bien nacer en donde se articulan acciones con almacenes ÉXITO para intervenir el bajo peso al nacer o implementación de estrategias de conservación ambiental y fomento de la agricultura urbana para promover entornos saludables y garantizar el acceso a alimentos nutritivos como el que se realiza con el banco de alimentos para la selección y recolección de alimentos en buen estado del mercado potrerrillo para consumo o como generación de material orgánico para abono, entre otras acciones.
- **Enfermedades crónicas:** Con la creación del observatorio de enfermedades crónicas que monitorea la incidencia de enfermedades crónicas en el municipio y toma acciones de intervención en mesas de trabajo con expertos y las EAPB para la gestión del riesgo y tratamiento oportuno de enfermedades de alto costo, entre otras acciones.
- **Salud mental (Lesiones autoinfligidas, violencias, consumo SPA):** Para potenciar el rol de la familia y las redes sociales de apoyo en problemas de salud mental desde todos los entorno, a través de estrategias como escuelas de padres, promoción y prevención de consumo de SPA y prevención de violencias, lesiones autoinfligidas e intentos de suicidio, zonas ZOE, seguimiento nominal a casos y socialización de rutas, entre otras acciones.
- **Atención con enfoque diferencial de poblaciones especiales:** Para asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de rehabilitación necesarios para su plena inclusión social. Articulación con el Comité de Discapacidad y formulación conjunta del plan de acción anual en el que se incorporan acciones frente a la ruta operativa para la atención integral en salud de las personas con discapacidad, asistencia técnica a los miembros del comité sobre las nuevas disposiciones establecidas en el sector salud relacionadas con el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad y certificación de discapacidad. Para la incorporación del enfoque diferencial se realiza Asistencia técnica anual a la red de IPS y EPS en atención diferencial de población vulnerable, se incluye en las listas de chequeo de todas las dimensiones el enfoque diferencial a través de las casillas de identificación para cada uno de los grupos poblacionales; la lista de chequeo para el componente administrativo de poblaciones vulnerables incorpora normatividad vigente para cada grupo poblacional, garantía de derechos, sistemas de información, atención al usuario y mecanismos de comunicación efectiva para personas con discapacidad visual y auditiva; entre otras acciones.

- **Morbimortalidad y gestión de riesgo vinculada a factores sanitarios y ambientales:** Implementación de estrategias de conservación ambiental y fomento de la agricultura urbana para promover entornos saludables, preparación comunitaria e institucional para reducir la vulnerabilidad de las comunidades frente a eventos climáticos extremos. Institucionalizar los planes de emergencias y desastres, garantizando una respuesta efectiva y coordinada ante situaciones de emergencia que puedan afectar la salud de la población y promover una mayor conciencia ambiental y contribuir a la mitigación del cambio climático. Intervenciones oportunas en manejo adecuado de alimentos, plagas y tenencia adecuada de animales, entre otras acciones.
- **Identificación y autogestión comunitaria de problemas de salud:** Asistencias técnicas comunitarias permanentes a las redes de apoyo y vigilancia comunitaria (ReVCom) a través de la estrategia de Vigilancia Basada en Comunidad, promoviendo la identificación y gestión de problemas de salud desde los territorios. Problemas de salud que se trabajan desde la intersectorialidad de los COVECOM o COVE municipal, entre otras acciones.
- **Intersectorialidad para toma de decisiones en salud:** Se implementan estrategias de participación social en donde se promueve la transectorialidad para el abordaje de las necesidades sociales en salud para abordar integralmente los determinantes sociales de la salud desde diferentes actores y comités municipales y departamentales, La Secretaría de Salud hace parte de los comités departamentales de estadísticas vitales, infecciones asociadas a la atención en salud, los comités de salud y ámbito laboral, consejos territoriales y mesas técnicas, de entre otros.

6.2 Descripción de los aspectos destacado por cada eje

Desde el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 se identificaron problemáticas teniendo en cuenta el modelo de salud preventivo-predictivo fundamentado en la atención primaria en salud y en el análisis de las respuestas y recomendaciones desde la participación comunitaria e institucional; dichas problemáticas se han priorizado tanto en el plan de desarrollo como en el plan territorial del municipio Ver tabla No. 73.

- **El Pilar de Integridad del Sector Salud en el Modelo de Salud se enfoca en la calidad, inspección, vigilancia y control, junto con un sistema único de información pública en salud.** En el marco del Eje 1 de Gobernabilidad y Gobernanza del PDSP 2022-2031, se busca desarrollar liderazgo y capacidades de cogestión en colaboración con comunidades y organizaciones sociales, promoviendo alianzas para enfrentar los problemas de salud según las necesidades territoriales. Los resultados esperados incluyen el fortalecimiento de mecanismos de rectoría en salud a nivel territorial. Las estrategias incluyen coordinación con entes territoriales, EAPB y el sector educativo, junto con el fortalecimiento de los procesos de inspección priorizando a poblaciones vulnerables, integración de información en salud, y recomendaciones para mejorar la selección de perfiles y unificar el sistema de información.
- **El Pilar de Territorialización, Gobernanza y Gobernabilidad del Modelo de Salud busca fortalecer la autoridad sanitaria y promover la vigilancia en salud pública a través de la**

colaboración entre comunidades y sectores. Los resultados esperados incluyen el fortalecimiento de entidades territoriales como autoridades en salud pública, y la participación efectiva de comunidades étnicas, mujeres, y sectores LGTBIQ+ en la formulación de políticas de salud. Las estrategias abarcan la vigilancia epidemiológica comunitaria, modelos de atención específicos para grupos étnicos y estrategias de participación continua. Se recomiendan intervenciones integrales, regulación de oferta alimentaria, formación profesional con enfoque diferencial, y la creación de escuelas de cuidadores para mejorar la adherencia en pacientes crónicos.

- **El Pilar de Territorialización, Gobernanza y Gobernabilidad promueve la participación social en salud, con un enfoque en pueblos étnicos, campesinos, mujeres y sectores LGTBIQ+.** Su objetivo es adaptar las intervenciones a las condiciones y necesidades de cada población mediante el respeto y la participación en la construcción conjunta de acciones. Los resultados esperados incluyen políticas y programas de salud con enfoques de género y diferenciales, integrando conocimientos de las comunidades. Entre las estrategias y recomendaciones están la implementación del modelo de atención SISPI y la colaboración académica en su desarrollo y aplicación.
- **El Pilar de Territorialización, Gobernanza y Gobernabilidad busca fortalecer la autoridad sanitaria y la colaboración entre sectores para abordar inequidades sociales, étnicas y de género.** Los resultados esperados incluyen gobiernos locales que lideren estrategias intersectoriales, y espacios que integren enfoques de género y diferencias culturales. Las estrategias incluyen políticas nacionales, un modelo de atención diferencial, mesas de participación y colaboración entre gobiernos y ONG. Las recomendaciones destacan la caracterización de poblaciones vulnerables, la implementación de protocolos adecuados y la inclusión de estos enfoques en políticas económicas y sociales.
- **El Pilar de Redes Integrales de Servicios de Salud impulsa la gestión territorial para formar y operar redes de atención en salud que incluyan conocimientos y prácticas de comunidades étnicas, mujeres, población campesina, y sectores LGTBIQ+.** Se espera fortalecer estos saberes en salud pública. Las estrategias incluyen investigación sobre prácticas ancestrales, formación con enfoque comunitario y cultural, y espacios de educación superior inclusivos.
- **El Pilar de Territorialización, Gobernanza y Gobernabilidad busca reducir brechas en salud mediante acciones intersectoriales que aborden determinantes sociales.** Su objetivo es transformar las condiciones desfavorables que afectan la salud, promoviendo un entorno económico y cultural favorable. Las estrategias incluyen encuentros de saberes, equipos territoriales para análisis de salud, redes de comunicación para involucrar a todos los actores, y la organización comunitaria de grupos especiales. Se recomienda crear un Observatorio de participación social para estos grupos.

- **El Pilar de Redes Integrales de Servicios de Salud promueve la gestión territorial para formar redes de atención que trabajen por la paz, la resiliencia y la adaptación al cambio climático, integrando salud y cuidado ambiental.** Los resultados esperados incluyen territorios saludables y prácticas sostenibles. Las estrategias abarcan un plan intersectorial de salud mental, participación en políticas públicas, conservación, agricultura urbana y almacenamiento de agua. Se recomiendan enfoques de apoyo comunitario, rehabilitación, preparación para riesgos climáticos y la inclusión de temas ambientales en los planes educativos.
- **El Pilar de Redes Integrales de Servicios de Salud impulsa la territorialización, coordinación y fortalecimiento de redes de atención, especialmente a nivel primario, para mejorar el acceso y la calidad de los servicios en entornos urbanos, rurales e indígenas.** Se enfoca en un modelo predictivo, preventivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), asegurando continuidad y enfoque familiar y comunitario. Las estrategias incluyen fortalecer microrredes, atención intramural y coordinación interinstitucional, con recomendaciones para mejorar la formación en APS, implementar lineamientos nacionales para equipos básicos de salud, y desarrollar un hospital de mediana complejidad enfocado en la atención materna en Pasto.
- **El Pilar de Territorialización, Gobernanza y Gobernabilidad busca reducir los impactos del cambio climático, emergencias, desastres y pandemias en la salud a través de la gestión integral del riesgo, fortaleciendo políticas, tecnologías y servicios en salud.** Se espera contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático mediante estrategias como ajustes a planes de contingencia, coordinación interinstitucional, y promoción de estilos de vida saludables y sostenibles, junto con educación ambiental y políticas de reducción de emisiones.
- **El Pilar de Integridad del Sector Salud enfoca la ciencia, tecnología e innovación para fortalecer la preparación y gestión del conocimiento ante emergencias, desastres y pandemias en los niveles nacional y territorial.** Se esperan ajustes en los planes municipales de gestión del riesgo, y se recomienda socializar estos planes e incluir programas de capacitación para el personal en atención de emergencias.
- **El Pilar de Territorialización, Gobernanza y Gobernabilidad se centra en la vigilancia en salud pública,** recomendando fortalecer las capacidades comunitarias para gestionar el riesgo de emergencias y desastres que impacten la salud de la población.
- **El Pilar de Redes Integrales de Servicios de Salud se enfoca en la gestión territorial para operar redes de atención y cuidado de la salud. Se espera fortalecer el conocimiento y las capacidades para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública.** Las estrategias incluyen difundir políticas y proyectos que aborden las causas del cambio climático y sus efectos en la salud. Se recomienda implementar y socializar planes municipales de gestión del riesgo.

- **El Pilar de Integridad del Sector Salud se centra en la ciencia, tecnología, innovación y soberanía sanitaria.** Su objetivo es priorizar la construcción colectiva de conocimiento en salud para impulsar la investigación, desarrollo y producción local de tecnologías estratégicas. Se espera que las decisiones en salud pública se basen en información científica, reconociendo también los saberes de los pueblos y comunidades. Las estrategias incluyen innovaciones en tecnología médica, capacitación comunitaria y ajustes operativos en salud. Se recomienda colaborar con la academia para fortalecer la investigación y la gestión del conocimiento, así como desarrollar capacidades en el sistema de salud.
- **El Pilar de Trabajo Digno y Decente para los Trabajadores de la Salud busca mejorar la distribución, formación y condiciones laborales del personal sanitario.** Su objetivo es desarrollar mecanismos que garanticen empleo digno y continuo, formando talento humano capacitado para la gestión de la salud pública. Se espera contar con un personal sanitario y sabedores ancestrales reconocidos y articulados en la gestión de salud. Las estrategias incluyen el desarrollo de capacidades a través de encuentros, colaboración con instituciones académicas y formación de sabedores. Se recomienda caracterizar al personal de salud, articular esfuerzos con universidades y establecer un plan educativo con enfoque territorial.

CONCLUSIONES

El municipio de Pasto se encuentra en una fase avanzada de transición demográfica y epidemiológica, caracterizada por urbanización sostenida, envejecimiento poblacional, disminución de la natalidad y aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales y neoplasias, lo que exige una reorientación del modelo de atención hacia la prevención, la gestión del riesgo y la atención integral a lo largo del curso de vida.

Persisten inequidades estructurales en salud asociadas a determinantes socioeconómicos, culturales, educativos, socioambientales e institucionales, que se expresan en mayores cargas de enfermedad y mortalidad en poblaciones indígenas, afrodescendientes, migrantes, población LGTBQ+, sectores rurales y barrios periféricos urbanos.

Las condiciones sociales y económicas, como pobreza, desempleo, informalidad laboral y desigualdad de ingresos continúan limitando el acceso efectivo a servicios esenciales y condicionan negativamente los resultados en salud, evidenciando que los avances en vivienda, educación y servicios públicos no se traducen de manera proporcional en mejoras en los indicadores sanitarios.

El perfil epidemiológico del municipio muestra un incremento preocupante de los eventos en salud mental, con desplazamiento de la carga hacia edades más tempranas, aumento sostenido de ansiedad, suicidio y violencias, así como un crecimiento de la malnutrición, el VIH y eventos asociados a determinantes socioambientales, lo que demanda respuestas intersectoriales y comunitarias integrales.

A pesar de los avances en mortalidad infantil y neonatal, persisten brechas en mortalidad materna, IRA infantil y atención en poblaciones étnicas, lo que evidencia limitaciones en la calidad, continuidad y enfoque diferencial de la atención en salud.

Se identifican barreras estructurales del sistema de salud, como subutilización de servicios, desabastecimiento de medicamentos, dificultades administrativas entre aseguradores y prestadores y un 6% de población no afiliada, que restringen el acceso oportuno y efectivo a la atención y profundizan las desigualdades existentes.

La participación social, la cartografía social y la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) se consolidan como estrategias clave para fortalecer la lectura territorial, la identificación temprana de riesgos y la corresponsabilidad social; no obstante, su impacto depende de la continuidad institucional, la articulación intersectorial y el cumplimiento efectivo de los compromisos adquiridos.

En conjunto, las problemáticas de salud del municipio responden a un modelo de producción social de la enfermedad, donde la interacción entre determinantes estructurales, intermedios y del sistema de salud explica la persistencia de brechas. En este contexto, el Plan Decenal de Salud Pública y el modelo de atención preventivo-predictivo representan una oportunidad estratégica para orientar la planificación territorial, fortalecer la Atención Primaria en Salud y avanzar en la garantía del derecho a la salud con equidad, enfoque diferencial y participación comunitaria efectiva.

BIBLIOGRAFIA

Ministerio de la Protección Social; Grupo ASIS Colombia. *Análisis de situación de salud Colombia*. Bogotá D.C. Dirección de Epidemiología y Demografía; 2024.

Ministerio de la Protección Social; Grupo ASIS Colombia. *Guía conceptual y metodológica para la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) en las entidades territoriales e instituciones prestadoras de servicios de salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía; 2023.

Alcaldía Municipal de Pasto. *Plan de Ordenamiento Territorial: Gestión integral del riesgo hacia una planificación sostenible*. Pasto; 2013.

Organización Panamericana de la Salud. *Funciones esenciales de salud pública*. Washington, D.C.: OPS.

Departamento Nacional de Planeación. *Documento CONPES Social No. 140*. Bogotá D.C.: DNP.

Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006 (10 de octubre), por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial de la República de Colombia*; 2006.

Ministerio de la Protección Social. Ley 1122 de 2007 (9 de enero), por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial de la República de Colombia*; 2007.

Presidencia de la República de Colombia. Decreto 4107 de 2011 (2 de noviembre), por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. *Diario Oficial de la República de Colombia*; 2011.

Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 005 de 2012 (26 de enero). Lineamientos para la formulación del plan territorial de salud y el plan operativo anual. Bogotá D.C.; 2012.

Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de situación de salud (ASIS). *Boletín Epidemiológico*. 1999;1-3.

Instituto Departamental de Salud de Nariño. *Análisis de la situación de salud (ASIS) 2022*. Pasto: Departamento de Nariño; 2022.

Ministerio de Salud y Protección Social; Dirección de Epidemiología y Demografía. *Lineamientos para la planeación integral para la salud en el ámbito territorial*. Bogotá D.C.; Febrero 2023.

Secretaría Municipal de Salud de Pasto. *Indicadores SIVIGILA*. Pasto.