

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETOS

DECRETO NÚMERO 1016 DE 2026

(agosto 5)

por el cual se adiciona el Título 16 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, relacionado con la Política Integral de Salud Ambiental (PISA), se crea el Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental (SUISA) y se dictan otras disposiciones.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el Título I de la Ley 9ª de 1979, el artículo 9º y 20 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y,

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de Colombia de 1991, en los artículos 49, 79 y 80 establece que corresponde al Estado dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y el saneamiento ambiental, a su vez consagra como derecho de todas las personas gozar de un ambiente sano y ordena que la ley garantice la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarlo. En este mismo sentido, le corresponde al Estado proteger la diversidad e integridad del ambiente, conservar las áreas de especial importancia ecológica y fomentar la educación para el logro de estos fines, y señalando entre otros aspectos, que el Estado planificará el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales, para garantizar su desarrollo sostenible, y prevenir y controlar los factores de deterioro ambiental.

Que la Ley 9ª de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias, incorpora en su Título I disposiciones orientadas a la protección del medio ambiente, consagra los derechos y deberes relacionados con la salud de las personas. En particular, reconoce la salud como un bien de interés público; establece el derecho de toda persona a acceder a las prestaciones de salud en los términos definidos por la ley y la reglamentación vigente, así como el deber de velar por su conservación y contribuir al mantenimiento de la salud colectiva; garantiza el derecho a vivir en un ambiente sano y el deber correlativo de protegerlo y mejorarlo, y dispone que las normas relativas a la salud tienen carácter de orden público.

Que el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 3550 de 2008, presentó los lineamientos para la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA), advirtiendo la necesidad de articular la política y la gestión de las entidades. Conforme a lo anterior se estableció la pertinencia que las entidades allí relacionadas, a partir de la fecha de creación de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (Conasa), formularan una Política Integral de Salud Ambiental (PISA) y así mismo crearan espacios interinstitucionales e intersectoriales en salud y ambiente, a nivel territorial denominados Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA).

Que el referido documento CONPES, además plantea la creación del Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental (SUISA), a partir de los sistemas de información existentes y aquellos que fueren necesarios desarrollar, que serán la principal fuente de información para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la PISA.

Que el artículo 1º del Decreto número 2972 de 2010 creó la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (Conasa), conformada por los actuales Ministerios de Agricultura y Desarrollo Rural; de Salud y Protección Social; de Trabajo; de Minas y Energía; de Comercio, Industria y Turismo; de Educación Nacional; de Ambiente y Desarrollo Sostenible; de Vivienda, Ciudad y Territorio; de Ciencia, Tecnología e Innovación, y de Transporte; el Departamento Nacional de Planeación, el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, el Instituto Nacional de Salud, y el Instituto Colombiano Agropecuario, la cual según el artículo 1º tiene como objeto: “*coordinar y orientar el diseño, formulación, seguimiento y verificación de la implementación de la Política Integral de Salud Ambiental PISA*”, y entre las funciones del artículo 3º se destacan: “*3. formular recomendaciones que permitan la articulación, armonización e integridad de las normas sectoriales del sector salud en el contexto ambiental y las propias del sector ambiente, en el marco de la Constitución Política y los principios y disposiciones de la Ley 99 de 1993 o las normas que la modifiquen o sustituyan*”, “*7. apoyar la creación del Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental (SUISA)*”, y “*10. promover la creación de los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA) por parte de los Ministerios miembros y orientar su reglamentación*”.

Que el Sistema Unificado de Información en Salud Ambiental (SUISA) funcionará como un mecanismo de articulación e integración de la información relacionada con los determinantes socioambientales que inciden en la salud, lo cual no implica la creación de un nuevo sistema de información independiente, sino el aprovechamiento de la información y la interoperabilidad con los sistemas, subsistemas y demás fuentes de información existentes en los sectores competentes, con el propósito de consolidar, analizar y disponer de información oportuna para la gestión del riesgo, la formulación de políticas públicas y la toma de decisiones en materia de salud ambiental.

Que en virtud de la necesidad del tratamiento de datos personales tanto en el SUISA como en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) o el sistema que haga sus veces, y con fundamento en el derecho constitucional que tienen todas las personas de conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido sobre ellas en bases de datos o archivos a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política, el suministro de información se realizará en el marco del Régimen de Protección de Datos Personales establecido en las Leyes estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012, así como el Decreto Reglamentario 1074 de 2015, sobre el *habeas data* e información en base de datos, y de aquellas disposiciones que las reglamenten, modifiquen o sustituyan, garantizando el acceso a la información pública, sin perjuicio de tratamiento de los datos personales que hayan de ser suministrados.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, *por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*, establece en el literal c) del artículo 5º la obligación del Estado de formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales. Así mismo, el artículo 9º determina el deber de Estado de adoptar políticas públicas orientadas a la reducción de las desigualdades derivadas de los determinantes sociales de la salud, incluidos los ambientales, que incidan en el goce efectivo de dicho derecho; mientras el artículo 20 asigna al Gobierno nacional la responsabilidad de implementar la política pública en salud, dentro de un enfoque integral que comprende, entre otros aspectos, los relacionados con la salud ambiental.

Que el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 3957 de 2019, presentó la “Política Nacional de Laboratorios: prioridades para mejorar el cumplimiento de estándares de calidad”, manifestando preocupación frente a las exigencias de los mercados nacionales e internacionales de cara al cumplimiento de los estándares de calidad que deben cumplir los laboratorios que realizan análisis de interés en salud pública a los productos de su competencia para permanecer o ingresar a un mercado específico, adicional a sentar las bases para avanzar de manera integral en el desarrollo de los laboratorios del país y con ello contribuir a salvaguardar la salud de las personas, proteger el ambiente, garantizar los derechos de los consumidores, apoyar la competitividad de los productores nacionales, el acceso a mercados internacionales e incrementar la diversificación y la sofisticación del aparato productivo nacional.

Que, de acuerdo con el Décimo Informe Técnico Especial de Carga de Enfermedad Ambiental en Colombia del Instituto Nacional de Salud (INS, 2018), la carga de enfermedad atribuida a factores ambientales para Colombia a 2016 fue del 8%, donde las mayores pérdidas de vida saludable se deben a la contaminación del aire y del agua, y otros contaminantes ambientales.

Que, en tal virtud, la jurisprudencia de la Corte Constitucional establece la necesidad de generar ámbitos de la administración pública que atiendan de manera integral fenómenos que puedan afectar la salud y el ambiente, por su intrínseca relación más allá de la utilitarista y de ello concluir previamente la obligación de una articulación intersectorial que aporte al bienestar general, tal como lo establece en Sentencia T-622 de 2016 de esa corporación, en la que consideró:

“*(...) el bienestar –en su acepción más sencilla– representa todas las cosas buenas que le pueden suceder a una persona en su vida y que hacen que su vida sea digna: esto significa que el concepto de bienestar general debe comprender, (...) el bienestar físico, psicológico y espiritual está representado por el acceso a la salud, a la cultura, al disfrute del medio ambiente (...)*”.

Que con base en los fines del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, adoptado mediante la Resolución número 1035 de 2022, modificada por la Resolución número 2367 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social, se establece como meta la implementación territorial de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA), específicamente en el numeral “*10.4. Metas Sanitarias del PDSP 2022-2031*”.

Que las bases del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026 “*Colombia Potencia Mundial de la Vida*”, de acuerdo con la Ley 2294 de 2023, como parte de la transformación en seguridad humana y justicia social, incluye la salud, el ambiente y el cambio climático, así como la expedición e implementación del plan de acción intersectorial de la PISA, como componente del catalizador C. *Expansión de capacidades: más y mejores oportunidades de la población para lograr sus proyectos de vida*, el cual se encuentra dentro del numeral 1 “*Bienestar físico, mental y social de la población*”.

Que en desarrollo del Decreto número 2972 de 2010, en la sesión ordinaria presencial número 28 de la Conasa, el 8 de septiembre de 2023, esta Comisión solicitó la aprobación de contenidos generales del decreto y el Anexo Técnico de la Política Integral de Salud Ambiental, el cual fue acogido por sus integrantes.

Que resulta necesario avanzar en una implementación conjunta que permita actualizar y armonizar los criterios técnicos en materia de salud ambiental en Colombia, conforme a la dinámica de la sociedad actual y en concordancia con lo dispuesto en el documento CONPES 3550 de 2008.

Que el proyecto de decreto fue publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social del 10 al 24 de noviembre del 2024 y del 9 al 23 de julio de 2025, atendiendo lo previsto en el numeral 8 del artículo 8º del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y los artículos 2.1.2.5.1.4. y 2.1.2.5.1.6. del Decreto Único Reglamentario de la Presidencia de la República, Decreto número 1081 de 2015.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1º. Adiciónese el Título 16 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario en Salud y Protección Social, el cual quedará así:

“TÍTULO 16

POLÍTICA INTEGRAL DE SALUD AMBIENTAL Y SISTEMA UNIFICADO DE INFORMACIÓN EN SALUD AMBIENTAL

Artículo 2.8.16. Objeto y ámbito de aplicación. El presente título tiene por objeto adoptar la Política Integral de Salud Ambiental (PISA), contenida en el Anexo Técnico que hace parte integral del presente decreto, y crear el Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental (SUISA), sus disposiciones aplican a nivel nacional, a las entidades que conforman la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (Conasa). Así mismo, aplican, a nivel territorial, a las entidades que conforman los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA) o la instancia que haga sus veces en dicho nivel.

CAPÍTULO 1

Política Integral de Salud Ambiental (PISA)

Artículo 2.8.16.1.1 Objetivo de la PISA. La Política Integral de Salud Ambiental (PISA) tiene como objetivo contribuir intersectorialmente al buen vivir y a la disminución de la carga ambiental de la enfermedad de las personas que habitan en el territorio colombiano, a través de la incidencia en los determinantes socioambientales de la salud y sus interacciones, la democratización del conocimiento y el fortalecimiento de la gobernabilidad y gobernanza en salud ambiental.

Artículo 2.8.16.1.2. Objetivos específicos. Los objetivos específicos de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA) son los siguientes:

1. Intervenir intersectorialmente determinantes socioambientales con enfoque diferencial, territorial e inclusivo, para avanzar en el derecho a la salud y a un ambiente sano.
2. Democratizar el conocimiento en salud ambiental para la toma de decisiones intersectoriales nacionales y territoriales, la gestión pública y la transparencia.
3. Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza mediante acciones conjuntas y respuestas integrales en salud ambiental y sus determinantes.

Artículo 2.8.16.1.3. Responsables de la implementación de la PISA. Son responsables de la implementación de la PISA a nivel Nacional las entidades que hacen parte de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (Conasa) en el marco de sus competencias.

Parágrafo 1º. La implementación de la PISA, a nivel territorial, se realizará a través de las entidades departamentales, distritales, municipales y regionales que forman parte de los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA) o las instancias que hagan sus veces a nivel territorial, en el marco de sus competencias y funciones.

Parágrafo 2º. Podrán participar entidades públicas o privadas en la implementación de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA), según se requiera, lo cual deberá ser definido por la Conasa a nivel nacional, y los COTSA o la instancia que haga sus veces a nivel territorial. La Conasa y los COTSA podrán vincular la participación con enfoque diferencial de organizaciones comunitarias, sociales públicas o privadas, pueblos, universidades y centros de investigación.

Artículo 2.8.16.1.4. Plan de acción de la PISA. Las entidades que conforman la Conasa deberán ejecutar el plan de acción de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA) a partir de los diferentes objetivos, actividades y subactividades definidos en el numeral 5.4 del Anexo Técnico que hace parte del presente decreto de acuerdo con sus competencias, y definir el instrumento de seguimiento y verificación de la PISA.

Parágrafo 1º. El plan de acción se ajustará de acuerdo con la aprobación de las entidades que conforman la Conasa en sesión de la Comisión, con base en el seguimiento y cumplimiento de las actividades y subactividades.

Parágrafo 2º. Los COTSA definirán su plan de acción como parte del proceso de adaptación y adopción de la PISA al contexto territorial.

Artículo 2.8.16.1.5. De las actividades prioritarias de seguimiento al plan de acción de la PISA. Sin perjuicio de lo estipulado en el plan de acción que trata el artículo anterior, las entidades que conforman la Conasa y los COTSA deberán priorizar e implementar las siguientes acciones en los primeros cuatro (4) años y garantizar su continuidad:

1. Implementar acciones intersectoriales en salud ambiental relacionadas con la variabilidad climática y sus efectos sobre los determinantes socioambientales, a nivel nacional y territorial, que contribuyan a la reducción de la vulnerabilidad de familias y comunidades.
2. Intervenir determinantes socioambientales para la reducción de desigualdades en salud ambiental.

Artículo 2.8.16.1.6. Actualización de la PISA. La Política Integral de Salud Ambiental (PISA) tendrá una vigencia de diez (10) años, contados a partir de la entrada en vigencia de este decreto. Sin embargo, las entidades que conforman la Conasa si lo consideran pertinente, podrán en cualquier momento y con la correspondiente justificación técnica, solicitar a la Conasa la formulación de recomendaciones tendientes a la actualización de la PISA.

Artículo 2.8.16.1.7. Armonización de políticas públicas. Las entidades que conforman la Conasa deberán armonizar el plan de acción de la PISA con el Plan Nacional de Desarrollo vigente. Adicionalmente, la Conasa adelantará las acciones necesarias para propender que las entidades territoriales implementen el plan de acción de la PISA de acuerdo con sus competencias, necesidades, condiciones, autonomía y características territoriales, de acuerdo con lo definido en el Plan Nacional de Desarrollo. Así mismo, las orientaciones para la implementación de la PISA serán articuladas con los instrumentos de planeación territorial vigentes.

Artículo 2.8.16.1.8. Financiación. Las entidades que hacen parte de la Conasa y los COTSA en el marco de la autonomía presupuestal prevista en el artículo 110 del Decreto número 111 de 1996, gestionarán los recursos que se requieran para la implementación del plan de acción de la política en el marco de sus competencias. Los recursos provenientes del

Presupuesto General de la Nación deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

CAPÍTULO 2

Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental (SUISA)

Artículo 2.8.16.2.1. Creación del Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental (SUISA). Créase el Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental (SUISA), como el sistema de gestión del conocimiento en salud ambiental para la toma de decisiones intersectoriales, el cual constituirá la principal fuente de información para la implementación, seguimiento y verificación de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA).

Artículo 2.8.16.2.2. Objeto del SUISA. El Sistema Unificado de Información en Salud Ambiental (SUISA) tendrá por objeto proporcionar información en salud ambiental accesible, integrada, oportuna y periódica con calidad y confiabilidad para su análisis, la generación de alertas tempranas, la toma de decisiones, la orientación de políticas y planes que respondan a las necesidades de la población.

Parágrafo. El suministro de información para el SUISA se realizará en el marco del régimen de protección de datos personales, establecidos en la normatividad vigente, garantizando el acceso a la información pública.

Artículo 2.8.16.2.3. Documento técnico y operativo del SUISA. Las entidades que conforman la Conasa implementarán los procesos de desarrollo del conocimiento en salud ambiental y los propuestos en el SUISA de acuerdo con el documento técnico y operativo que establezca la Conasa.

Artículo 2.8.16.2.4. Participación de las entidades de la Conasa en la implementación del SUISA. Acorde a sus competencias, y en el marco de las funciones que se derivan de lo dispuesto en los numerales 7 y 8 del artículo 3º del Decreto número 2972 de 2010, o de las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, las entidades de la Conasa para efectos de la implementación del SUISA y como parte de los procesos de desarrollo del conocimiento establecidos en la PISA, desarrollarán las siguientes acciones para la implementación del SUISA:

1. Caracterizar las fuentes de información de su entidad, priorizadas para la gestión del conocimiento de la salud ambiental, para su integración al SUISA.
2. Garantizar el suministro, actualización, periodicidad y acceso a la información que se genere en cada institución (fuentes o sistemas de información), de acuerdo con las necesidades identificadas para el abordaje integral de la salud ambiental.

Parágrafo. Las entidades que conforman los COTSA o las instancias intersectoriales en salud ambiental que hagan sus veces, de acuerdo con sus funciones, deberán reportar a la Conasa la información que esta solicite, en el marco del proceso de desarrollo del conocimiento a nivel territorial, con base en lo establecido en el documento técnico y operativo del SUISA a que hace referencia el artículo 2.8.16.2.3 del presente decreto”.

Artículo 2º. Vigencia. El presente decreto rige a partir del día siguiente a la fecha de su publicación en el **Diario Oficial** y adiciona el Título 16 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 5 de agosto de 2026.

GUSTAVO PETRO URREGO

El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural (e),

Andrés Felipe Ocampo Martínez.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

El Ministro de Trabajo,

Antonio Sanguino Páez.

El Ministro de Minas y Energía,

Edwin Palma Egea.

La Ministra de Comercio, Industria y Turismo,

Diana Marcela Morales Rojas.

El Ministro de Educación Nacional,

José Daniel Rojas Medellín.

La Ministra de Ambiente y Desarrollo Sostenible (e),

Irene Vélez Torres.

La Ministra de Vivienda, Ciudad y Territorio (e),

Ruth Maritza Quevedo Figue.

La Ministra de Transporte,

María Fernanda Rojas Mantilla.

La Ministra de Ciencia, Tecnología e Innovación,

Yesenia Olaya Requene.

La Directora del Departamento Nacional de Planeación,

Natalia Irene Molina Posso.

ANEXO TÉCNICO POLÍTICA INTEGRAL DE SALUD AMBIENTAL			
1. Introducción.....13 2. Antecedentes y justificación.....15 3. Definiciones.....16 4. Diagnóstico.....17 4.1 Matrices estructurantes en salud ambiental: una perspectiva de la determinación social.....18 4.1.1 Matriz energética.....18 4.1.2 Matriz productiva.....19 4.1.3 Matriz económica.....20 4.1.4 Matriz de ordenamiento territorial.....23 4.2 Procesos transversales.....24 4.2.1 Variabilidad y cambio climático, transversal a determinantes socioambientales con impacto en la salud y bienestar de la población.....24 4.2.2 Abordaje de la vulneración.....26 4.2.2.1 Desigualdades sociales como factor de vulnerabilidad.....27 4.2.2.2 Carga de enfermedad y vulnerabilidad.....29 4.2.3 Conocimiento y evidencia.....30 4.2.4 Gobernabilidad y gobernanza.....33 4.2.4.1 Capacidades en salud ambiental.....34 4.2.4.2 Intersectorialidad.....36 4.2.4.3 Participación social.....38 4.3. Componentes temáticos en salud ambiental.....38 5. Definición de la política.....39 5.1 Objetivo general.....39 5.2 Objetivos específicos.....39 5.3 Líneas Estratégicas.....40 5.3.1 Línea Estratégica. Abordaje de la vulneración.....40 5.3.2 Línea Estratégica. Desarrollo del conocimiento y comunicación.....40 5.3.3 Línea Estratégica. Generación de capacidades.....40 5.3.4 Línea Estratégica. Participación social y comunitaria.....40 5.3.5 Línea Estratégica. Fortalecimiento de la intersectorialidad.....41 5.3.6. Línea estratégica. Vigilancia, control y seguimiento.....41 5.4 Plan de acción.....41 5.4.1 Financiamiento.....45 6. Bibliografía.....46 7. Anexos.....57		7.1 Ampliación diagnóstico por componentes temáticos en salud ambiental.....57 7.1.1 Habitabilidad.....57 7.1.2 Agua y saneamiento.....63 7.1.3 Aire y salud.....65 7.1.4 Variabilidad y cambio climático.....67 7.1.5 Zoonosis.....68 7.1.6 Alimentos.....74 7.1.7 Seguridad química.....75 7.1.8 Vectores.....79 7.2 Cuadros y tablas.....80 7.3 Plan de acción.....96	
		Abreviaciones y siglas AA Autoridades Ambientales AVAD Años de Vida Ajustados por Discapacidad AVISA Años de Vida Saludables Perdidos CONASA Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental CONPES Consejo Nacional de Política Económica y Social COTSA Consejo Territorial de Salud Ambiental DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadística DNP Departamento Nacional de Planeación EDA Enfermedad Diarreica Aguda EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica ETV Enfermedades Transmitidas por Vectores FNCER Fuentes No Convencionales de Energía Renovable ICA Instituto Colombiano Agropecuario IDEAM Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales INS Instituto Nacional de Salud IPCC Grupo Intergubernamental de Expertos sobre Cambio Climático IRA Infección Respiratoria Aguda IRCA Índice de Riesgo de la Calidad del Agua INVIMA Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos IVC Inspección, Vigilancia y Control ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OMS/WHO Organización Mundial de la Salud OPS Organización Panamericana de la Salud PDSP Plan Decenal de Salud Pública PIB Producto Interno Bruto PISA Política Integral de Salud Ambiental PND Plan Nacional de Desarrollo PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo POT Plan de Ordenamiento Territorial RENARE Registro Nacional de Reducción de las Emisiones de Gases de Efecto Invernadero RUNAP Registro Único Nacional de Áreas Protegidas SIAC Sistema de Información Ambiental de Colombia SIAM Sistema de Información Ambiental Marina	
SIASAR Sistema de Información de Agua y Saneamiento Rural SIAT – AC Sistema de Información Ambiental Territorial de la Amazonia Colombiana SIAT – PC Sistema de Información Ambiental Territorial del Pacífico Colombiano SIB Sistema de Información sobre Biodiversidad de Colombia SINAP Sistema Nacional de Áreas Protegidas SINECO Sistema Nacional de Control de Enfermedades de Control Oficial SINERGIA Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados SIRH Sistema de Información del Recurso Hídrico SISAIRE Sistema de Información sobre Calidad del Aire SISPAP Sistema de información sanitaria para importación y exportación de productos agrícolas y pecuarios SISPRO Sistema Integrado de Información de la Protección Social SIUR Subsistema de Información sobre Uso de Recursos Naturales Renovables SIVICAP Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano SIVIGILA Sistema de Vigilancia en Salud Pública SGR Sistema General de Regías SNIF Sistema Nacional de Información Forestal SMBYC Sistema de monitoreo de bosques y carbono SSP Trayectorias socioeconómicas compartidas SUI Sistema Único de Información de Servicios Públicos SUISA Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental UPME Unidad de Planeación Minero Energética		Es así como reconociendo la complejidad del problema, el país ha venido desarrollando instrumentos de política desde el año 2008, con la expedición del documento CONPES 3550 de 2008, cuyo objetivo fue definir los lineamientos generales para fortalecer la gestión integral de la salud ambiental, como base para la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA). Posteriormente se expidió el Decreto 2972 de 2010, que crea y reglamenta la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (Conasa), se genera la inclusión de la salud ambiental en los Planes Nacionales de Desarrollo (PND) 2006-2010, 2010-2014, 2014-2018, 2018-2022 y 2022-2026 y Planes Decenales de Salud Pública 2012–2021 y 2022–2031, y se avanza en la conformación y funcionamiento de los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA) por acto administrativo. Adicionalmente se ha logrado complementariedad con otros documentos de política pública como la Política de Mejoramiento de la Calidad del aire y la Política de gestión del Riesgo asociado al Uso de Sustancias Químicas, entre otras. A pesar de los esfuerzos de coordinación realizados intersectorialmente para entender la complejidad de la salud ambiental en el país y, avanzar en el abordaje integral para reducir los costos de la degradación ambiental, de la carga de enfermedad y la disminución de brechas socioambientales, persisten y se complejizan los problemas de salud ambiental. Por tanto, el país debe asumir el reto de avanzar decididamente hacia la integración en el ejercicio intersectorial nacional, territorial y de compromiso político al más alto nivel, un mayor reconocimiento de la relación entre procesos de producción y consumo; la calidad ambiental y el bienestar de la población; la incorporación de criterios ambientales y de salud en estructuras de planificación, de procesos productivos y de prestación de bienes y servicios, como en precisar las estrategias para reducir la vulnerabilidad por determinantes socioambientales en los entornos, y vincular una mayor participación social, intercedidos por la necesidad de fortalecer las capacidades de los diferentes sectores en salud ambiental y gestionar recursos que faciliten la sostenibilidad de las intervenciones. Lo anterior, implica reconocer otros elementos de integralidad de la PISA, entre los que se destacan el constituir un mecanismo en defensa de la vida, estar estrechamente vinculada al desarrollo sostenible y la agenda 2030, así como la estrategia climática de largo plazo (E2050) y otras agendas globales, con abordajes de incidencia económica, social y de sostenibilidad ambiental, buscando que las diferentes intervenciones se apoyen e integren entre sí, y adicionalmente como parte de dicha integralidad, se fortalezcan las instancias en salud ambiental con agendas multinivel en el tema, que maximicen las estrategias de intervención, mejoren el diálogo y el relacionamiento, el conocimiento y aprendizaje, para con esto facilitar la coherencia entre políticas, y la acción de los diferentes niveles del Estado, que permitan generar liderazgos compartidos, y consolidar estructuras innovadoras y resilientes en el tema. Por tanto, el alcance propuesto es transversal; a los componentes temáticos de la salud ambiental que se relacionan en el cuadro 1. Así mismo, conceptualmente la PISA asume el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud y el Modelo de Fuerzas Motrices, Presión, Estado, Exposición, Efecto y Acción (FPPEEA), a fin de facilitar la comprensión de cómo los elementos presentes en los diferentes niveles de la sociedad influyen en el estado de la salud ambiental del país y por tanto en la vulnerabilidad, carga de enfermedad y desigualdad atribuida a factores socioambientales, además de visibilizar la necesidad de vinculación intersectorial bajo un objeto común para integrar la respuesta social organizada. La PISA se armoniza con el enfoque Una Salud (One Health) como integrador y unificador a fin de equilibrar y optimizar de manera sostenible la salud de las personas, los animales y los ecosistemas. Este enfoque reconoce que la salud de los seres humanos, los animales domésticos y salvajes, las plantas y el ambiente en general (incluidos los ecosistemas) están estrechamente vinculados y son interdependientes (OPS, 2021). Por tanto, desde esta perspectiva, se moviliza a múltiples sectores, disciplinas y comunidades en diferentes niveles de la sociedad para promover el bienestar y hacer frente a las amenazas sobre la salud y	
1. Introducción Partiendo de los actuales desafíos globales, como el cambio climático, la desigualdad, la urbanización, la degradación ambiental, las migraciones, el concepto de desarrollo y la contracción económica, con impactos significativos en el bienestar y calidad de vida, resulta necesario entre otros, contribuir al buen vivir y disminuir la carga de la enfermedad de la población colombiana, incidiendo en los determinantes socioambientales y sus interacciones, la democratización del conocimiento y el fortalecimiento de la gobernabilidad y gobernanza en salud ambiental, que permita una acción, recuperación y crecimiento más sostenible y justo en el largo plazo. Lo anterior, plantea la reflexión por los patrones de producción, energía, consumo, extracción, y también como lo ha evidenciado y reiterado la pandemia por el COVID-19, por la relación intrínseca entre la salud y la naturaleza (WHO, 2021), donde el desarrollo de actividades productivas, el incremento de la población que demanda mayor prestación de bienes y servicios como el transporte, el comercio, la industria y la tecnología, causan alteraciones en las diferentes matrices ambientales, conllevando a la degradación de recursos naturales como el agua, el aire, el suelo, la biodiversidad entre otros componentes ambientales, generando pérdida y desequilibrio en los ecosistemas, y efectos en el bienestar y la salud de las personas, siendo hechos que difícilmente pueden revertirse. Esto se valida con la evidencia, donde cerca de 13,7 millones de muertes estarían asociadas anualmente con factores ambientales como la contaminación del aire, el agua y suelo, la exposición a sustancias químicas, la radiación ultravioleta y las variaciones del clima, equivalentes al 24% de las muertes a nivel global (WHO, 2019). Por su parte, en Colombia a 2016, 17.549 muertes estuvieron relacionados con calidad del aire y del agua, y otros contaminantes ambientales, lo que equivale al 8% del total de la mortalidad nacional y un costo de 0,54 billones de pesos que representaron el 0,06 % del Producto Interno Bruto (PIB) para ese año (INS, s/a, 2018).			

los ecosistemas, al tiempo que aborda la necesidad colectiva de permitir un aprovechamiento sostenible del agua, la energía y el aire limpio y la seguridad y soberanía alimentaria. Además, el enfoque de Una Salud se reconoce como una herramienta fundamental para conservar la biodiversidad y garantizar los servicios ecosistémicos esenciales para la vida. La pérdida de biodiversidad se asocia a un mayor riesgo de aparición de enfermedades zoonóticas, lo que evidencia la necesidad de integrar la salud ambiental y humana en la formulación de las políticas públicas (OMS & CBD, 2015). Desde esta visión, la biodiversidad se protege no solo por su valor ecológico, sino también como un componente esencial de la salud pública y la resiliencia de los sistemas socioeco-ológicos. Como país, se han asumido compromisos en el marco de Una Salud, especialmente a partir de la Decisión 16/19 del Convenio sobre la Diversidad Biológica (CDB), adoptada en la Conferencia de las Partes (COP 16) realizada en noviembre de 2024 en Colombia. Esta decisión insta a integrar salud y biodiversidad en marcos normativos y planes de acción. En coherencia, se avanza en la formulación del Plan Nacional de Biodiversidad y Salud, orientado a alinear los esfuerzos nacionales con compromisos internacionales y a fortalecer la investigación conjunta entre los sectores salud, ambiente y agricultura, con apoyo de la academia y las comunidades. Este proceso, en el marco de Una Salud, constituye un avance relevante para consolidar políticas integradas que respondan a los desafíos sanitarios, ambientales y sociales del país. Esta política incluye el diagnóstico, la definición de objetivos, estrategias y acciones, con un alcance a 10 años, vinculando para esto objetivos como: intervenir intersectorialmente determinantes socioambientales con enfoque diferencial, territorial e inclusivo, para avanzar en el derecho a la salud y a un ambiente sano; democratizar el conocimiento en salud ambiental para la toma de decisiones intersectoriales nacionales y territoriales, la gestión pública y la transparencia; y fortalecer la gobernabilidad y gobernanza mediante acciones conjuntas y respuestas integrales en salud ambiental y sus determinantes. Es importante mencionar que la PISA partió de un análisis de metodología de marco lógico y la construcción de un árbol de problemas con participación de la Conasa, los COTSA y la academia en 2014, el cual fue actualizado durante los años 2022 y 2025. Colombia se ha comprometido con el control y eliminación de enfermedades transmisibles de interés en salud pública, la sustitución de leña, la prohibición del uso del mercurio, entre otras. A continuación, se presenta el documento marco orientador de la PISA, en los diferentes capítulos: desde los antecedentes y justificación; las definiciones con las que se establecen las nociones claves para la comprensión de la política; el diagnóstico de las principales problemáticas en salud ambiental, y los lineamientos de la política como sus objetivos, estrategias, plan de acción, y sus anexos complementarios. 2. Antecedentes y justificación El abordaje de la salud ambiental en el país ha contado con un recorrido y posicionamiento creciente de más de 30 años, desde instrumentos normativos y de política los cuales han sido promovidos inicialmente por los sectores de salud y ambiente, con base en la prevención y control sanitario de agentes físicos, químicos y biológicos, con ampliación a otros sectores, ante la necesidad de abordar aquellos determinantes socioambientales, causas e interacciones que inciden en la calidad de vida de la población.	Lo anterior ha convocado a avanzar en dinámicas de trabajo intersectorial nacionales y territoriales, que reconocen la multidimensionalidad y complejidad de la salud ambiental, desde el reconocimiento de riesgos, exposición, vulnerabilidad, para integrar respuestas conjuntas, para lo cual el documento CONPES 3550 de 2008, planteó la necesidad y las bases para contar con una Política Integral de Salud Ambiental (PISA), al igual que propuso la creación de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (Conasa) y los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA) como dinamizadores de la política. A su vez, otro instrumento que permite evidenciar la legitimización de la salud ambiental en la agenda pública corresponde al Decreto 2972 de 2010, el cual creó y reglamentó la Conasa, con el objeto de coordinar y orientar el diseño, formulación, seguimiento y verificación de la implementación de la política integral de salud ambiental. Consecuentemente, esta necesidad se ratificó en diferentes Planes Nacionales de Desarrollo 2006–2010, 2010–2014, 2014–2018, 2018–2022, y Planes Decenales de Salud Pública 2012–2021 y 2022–2031, en aras de avanzar en su formulación e implementación, centrada en la gestión integral de la salud ambiental. En este marco, la Ley 2327 de 2023 sobre pasivos ambientales reconoce la importancia de valorar, además del riesgo ambiental, el riesgo en salud derivado de afectaciones ambientales originadas por actividades antrópicas —directa o indirectamente causadas por la acción humana, autorizadas o no, acumulativas o no—, lo que refuerza la necesidad de generar mayor conocimiento en salud ambiental. Esta orientación se articula con las bases del PND 2022–2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, que enfatizan la expedición e implementación del plan de acción de la PISA, la contribución a la adaptación y mitigación del cambio climático y la protección de la vida en todas sus formas, resaltando como elementos estructurales: (i) establecer criterios técnicos de salud en los procesos de licenciamiento de proyectos productivos y de infraestructura y (ii) definir los límites ambientales para la protección de la salud de las personas y comunidades, lo cual se armoniza con las transiciones de ordenamiento del territorio alrededor del agua y justicia ambiental, la transformación del derecho humano a la alimentación y la transformación productiva, internacional y acción climática. 3. Definiciones Para esta política, se consideran las siguientes definiciones: Abordaje Integral de la Salud Ambiental (AISA): ciclo de integración estratégica, táctica y operativa, para intervenir determinantes socioambientales, incluye el liderazgo, planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, a través de la articulación con la institucionalidad, sociedad civil, comunidades, sectores productivos, academia y demás grupos organizados, reconociendo las particularidades territoriales y poblacionales en su desarrollo histórico y social, y las capacidades institucionales para la respuesta e impacto en salud ambiental. Carga ambiental de la enfermedad: es una estimación de la pérdida de vida saludable de las poblaciones, causada por factores de riesgo ambiental, medidos en términos de morbilidad y mortalidad, con el fin de plantear estrategias de intervención por parte de los tomadores de decisiones. Democratización del conocimiento: implica garantizar el reconocimiento, apropiación, divulgación y aprovechamiento de la información e investigación, con un sentido de igualdad, oportunidad y acceso, generando estrategias de comunicación y mecanismos que permitan la participación ciudadana activa, incidente y vinculante en la formulación de políticas públicas, la planeación y el presupuesto participativo en salud ambiental.
Determinante ambiental de la salud: condiciones ambientales que en su conjunto influyen en la salud humana, las cuales incluyen factores físicos, químicos y biológicos, sus interacciones e interrelaciones. Determinante socioambiental: la interacción dinámica, jerarquizada e histórica entre los determinantes sociales y determinantes ambientales de la salud que, configuran las condiciones de vida, las exposiciones, las vulnerabilidades y las capacidades de protección de las personas y comunidades, influyendo en sus procesos de salud, enfermedad, bienestar y calidad de vida. Salud Ambiental: es la interacción entre los factores físicos, químicos, biológicos y sociales presentes en el medio que habitan y en el que se desarrollan los grupos humanos y que a su vez se encuentra modulado por la estructura social. En ese sentido, el área de la salud ambiental explora las prácticas de uso, manipulación, apropiación y explotación de los componentes ambientales y el abordaje de los determinantes socioambientales, en su relación con el bienestar general y la calidad de vida de la población, entendiendo que estas prácticas deben resolver las necesidades de las actuales generaciones, sin disminuir las posibilidades para que las futuras generaciones también lo puedan hacer. Por tanto, la noción de salud ambiental plantea cómo han sido y cómo son las relaciones que los seres humanos establecen con el ambiente, y con base en lo anterior tiene un carácter interdisciplinario, multi-causal, pluri-conceptual, integral y dinámico. Vulneración: hace referencia a la falta de garantía de los derechos de las poblaciones, exacerbando las desigualdades en las actuales y futuras generaciones desde un sentido colectivo y no solo desde la condición individual y la vulnerabilidad. Para remover causas estructurales de afectación de interés colectivo y personal hay que profundizar en las fuentes de vulneración y de derechos fundamentales, más allá de condiciones individuales. 4. Diagnóstico El desarrollo de actividades productivas, el incremento de la población que demanda mayor prestación de bienes y servicios energéticos, de transporte, comercio, industria y tecnología, causan alteraciones y presiones en las matrices ambientales, conllevando a la degradación ambiental, generando pérdida y desequilibrio en los ecosistemas, y efectos en el bienestar y la salud de las personas, que se reflejan entre otros, en la carga de enfermedad atribuida a factores ambientales la cual a 2019 representa el 9,6% del total de la mortalidad del país con 23.619 fallecidos (IHME-GBD, 2021), mientras para 2016 la carga por factores ambientales fue del 8% con 17.549 muertes, relacionadas con la baja calidad del aire, el agua y otros contaminantes ambientales (INS (a), 2018), lo cual representa el problema central en salud ambiental. Por tanto, el presente diagnóstico analiza los determinantes que han acrecentado la problemática, como la matriz energética, productiva, económica y de planificación territorial, así como causas directas que hacen que la situación de salud ambiental persista, con el fin de comprender de manera integral y sistémica las dinámicas que inciden en el territorio y orientar una política pública pertinente y efectiva. Cada matriz aporta una perspectiva complementaria y estratégica para identificar brechas, capacidades, riesgos y oportunidades, y así fundamentar decisiones basadas en evidencia y permite alinear la política con objetivos de sostenibilidad, equidad y resiliencia, considerando la diversidad de contextos y actores presentes en el territorio, lo cual está mediado principalmente, desde: el abordaje de la vulneración e incidencia en determinantes socioeconómicos, el conocimiento para la toma de decisiones, y las capacidades institucionales y sociales para ejercer gobernabilidad y gobernanza, y revertir así la problemática de forma anticipatoria y preventiva.	4.1 Matrices estructurantes en salud ambiental: una perspectiva de la determinación social 4.1.1 Matriz energética Teniendo en cuenta la matriz de generación de energía eléctrica del país, en la cual el 62,1% proviene de fuentes hidroeléctricas, seguido de termoeléctricas (28,4%), solar (8,6%) y cogeneración (0,9%) (UPME (d), 2026) (Minenergía (a), 2023), y las proyecciones de los escenarios de cambio climático, una de las preocupaciones en el país es la disponibilidad de agua para la generación de energía que permita tener seguridad energética a futuro; preocupación a la que se le suma el acceso y la calidad del servicio y los conflictos socioambientales, principalmente por reducción de la pesca, pérdida de cobertura vegetal, pérdida de vínculos comunitarios y degradación de ecosistemas, con efectos en salud en torno a la construcción de plantas hidroeléctricas en ecosistemas vulnerables. Ante este escenario, es importante señalar la voluntad del país para el desarrollo de capacidad instalada de energía renovable no tradicional, donde a 2018, la capacidad instalada de energía eléctrica renovable no convencional era del 1%, en 2023 del 3%, mientras a 2050 se espera que aumente entre el 40% y 70% con fuentes renovables, como una de las principales estrategias de descarbonización, y a partir del escenario de la transición energética justa, incluyendo la producción de hidrógeno, biocombustibles, las comunidades energéticas y la generación distribuida a partir de FN CER –Fuentes No Convencionales de Energía Renovable- (UPME, 2025), (Minenergía (b) 2023). En el transporte eléctrico público y privado se observan avances importantes. De acuerdo con el Registro Único Nacional de Tránsito (RUNT), en 2025 se matricularon 66.994 vehículos eléctricos híbridos y 21.301 vehículos 100% eléctricos, lo que representa aproximadamente el 6,4 % de las 1.381.210 matrículas iniciales realizadas en esta vigencia (RUNT, 2026). Mientras que, según cifras del Ministerio de Minas y Energía, divulgadas en la socialización de la regulación de interoperabilidad para estaciones de carga, Colombia cuenta a 2025 con 229 estaciones de carga pública, 401 cargadores y 746 conectores, concentrados principalmente en Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca, lo que evidencia avances significativos, pero también retos para expandir esta infraestructura hacia regiones intermedias y rurales (Minenergía, 2025). De otro lado, de acuerdo con estudios de la Unidad de Planeación Minero Energética (UPME), y el Plan Nacional de Sustitución de Leña (PNSL) y otros combustibles de uso ineficiente y altamente contaminante para la cocción doméstica de alimentos, se encuentra como este tipo de planes favorecería cerca de 1,3 millones de hogares a 2050, reduciendo riesgos en salud pública, especialmente para mujeres, niños y adultos mayores, debido a la contaminación del aire interior, y efectos en salud por enfermedades respiratorias y cardiovasculares (UPME, 2025). Por tanto, avanzar en el mejoramiento de infraestructura para la generación de energía renovable no tradicional, tener mayor flota de transporte electrificado e infraestructura de carga, y avanzar en la sustitución de leña en el sector residencial, especialmente en las zonas rurales y urbanas periféricas, mejorarán las condiciones ambientales (al descarbonizar los sectores, reducir emisiones de gases de efecto invernadero, mejorar la eficiencia energética, disminuir la concentración de contaminantes primarios del aire y precursores, y mantener estructuras ecológicas que prevengan riesgos de emergencias y desastres), y los efectos sobre la salud de la población en eventos como infecciones respiratorias Agudas (IRA), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), episodios de asma, enfermedades cardiovasculares y cáncer de pulmón, lo cual también se encuentra manifestado en el Plan Energético Nacional 2020 - 2050 (UPME.b, 2019).

Consecuentemente, un medio para avanzar en la transición energética justa, implica acoger las propuestas hechas en la Estrategia Climática de Largo Plazo del país (E2050), las metas sectoriales de adaptación y mitigación de la Contrucción Nacional Determinada, y generar planes progresivos para contar con una matriz energética diversificada y descarbonizada que logre atender la demanda a través de fuentes renovables, permita el acceso y democratización de recursos limpios, el uso de tecnologías más eficientes, reduzca los conflictos ambientales y promueva la participación de las comunidades a lo largo de toda la vida útil de los proyectos. Por tanto, resulta necesario que de manera paralela se aborden preocupaciones y percepciones de las comunidades sobre posibles impactos de proyectos energéticos en la salud y el ambiente, desde la evidencia técnica, la transparencia y acceso a la información, e integrar a la planificación del territorio y el ordenamiento ambiental, la planificación energética de forma que se articule con instrumentos territoriales y climáticos, que faciliten la transición y expansión energética hacia energías limpias (UPME, 2025). Así mismo, es importante reconocer que la conflictividad socioambiental asociada a las actividades extractivas, refleja la necesidad de mayor bienestar para las poblaciones, donde en el marco de los Diálogos Sociales para la construcción de la Hoja de Ruta de Transición Energética Justa, realizados por el Ministerio de Minas y Energía en diferentes regiones del país, se expuso que, en las zonas del país donde se ha establecido una economía dependiente del sector minero-energético, no siempre ha mejorado la calidad de vida y el bienestar. A su vez, se indicó que la participación no ha sido prioritaria en la instalación y ejecución de los proyectos (Minenergía (c) 2023). Por su parte, la implementación de proyectos de energías renovables tampoco ha estado exenta de conflictividad. El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) señala que las energías renovables por sí mismas no garantizan la equidad ni la justicia social; por lo que, los gobiernos deben establecer medidas, políticas e instrumentos adecuados que aseguren condiciones de justicia, acceso equitativo y bienestar para las comunidades involucradas, así como, mecanismos de participación y beneficios compartidos que permitan que la transición energética sea efectivamente justa e inclusiva (PNUMA, 2025). 4.1.2 Matriz productiva La matriz productiva del país se concentra en la exportación de productos primarios relacionados con recursos naturales, como materias primas sin valor añadido y escasa innovación (Ocampo, 2020) y con una débil vinculación a las grandes cadenas internacionales de valor y predominio de la economía informal (Malamud & Núñez, 2021). Por su parte, el Atlas de Justicia Ambiental (Environmental Justice Atlas – EJAtlas) registró 144 conflictos ambientales en Colombia a cierre del año 2024. Diversos estudios evidencian que la mayoría de los conflictos se concentran en sectores extractivos en particular minería, combustibles fósiles, biomasa y conflictos por la tierra (bosques, agricultura y ganadería), y gestión del agua, lo cual ayuda a comprender el impacto del modelo extractivo sobre la conflictividad socioambiental del país (EJAtlas 2024; Pérez-Rincón, 2020; Martínez-Abello, 2024). Estos patrones continúan, cuando se contrastan con análisis previos realizados por la Universidad del Valle (2016), donde, el 50 % de los conflictos estuvieron asociados a la posesión de tierras y los derechos de acceso al agua y a las áreas protegidas, en especial los proyectos de extracción de agropecuarios o ganaderos, mineros y de explotación de hidrocarburos. En relación con los impactos sociales, se identificó la afectación del ambiente con el 13 %, la seguridad alimentaria con el 10 %, y los derechos territoriales con el 9%, en	especial por el desarrollo de proyectos mineros y de explotación de hidrocarburos que afectan principalmente a comunidades indígenas y afrodescendientes (Universidad del Valle, 2016). Entre los impactos en salud se destacan enfermedades respiratorias, desnutrición y enfermedades infecciosas, que concentran el 53,4 % de los eventos (Pérez, 2016). Pese a que una parte importante de los proyectos, obras o actividades del sector minero-energético (minería, hidrocarburos y de generación de energía) requiere licencia ambiental previo a su desarrollo bajo los términos de la Ley 99 de 1993, el Decreto 1076 de 2015 y la normativa reglamentaria, los proyectos del sector agropecuario se gestionan principalmente mediante otros instrumentos de manejo y control ambiental y no a través de licencia, salvo cuando incorporan obras o actividades expresamente listadas como sujetos de licenciamiento (Minambiente, 2022). En este sentido, los estudios en los que se basan estas autoridades, como el diagnóstico ambiental de alternativas y el estudio de impacto ambiental para evaluar la aprobación de la licencia ambiental, se centran principalmente en la identificación y valoración de impactos sobre los componentes físicos, bióticos y socioeconómicos del ambiente, sin incorporar de manera sistemática la evaluación de impactos en salud de las poblaciones en el área de influencia. Esta situación, evidenciada por análisis de la Contraloría General de la República (2014), del Ministerio de Salud y Protección Social junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016) y del Instituto Nacional de Salud (2018), consideran pertinente la inclusión de la evaluación de impactos en salud en el proceso de licenciamiento ambiental, con el propósito de conocer los potenciales efectos sobre la población y establecer medidas para prevenirlos, mitigarlos y controlarlos. Lo anterior, cobra relevancia cuando se observan tanto las metas de producción como las tendencias de crecimiento de los sectores productivos. Teniendo como indicadores representativos: (i) la producción de aceite de palma crudo, esta presentó un incremento acumulado del 20% entre 2018 y 2023, pasando de 1,5 millones a 1,84 millones de toneladas (Minagricultura, 2018; Fedepalma, 2024); y (ii) la producción de oro asociada al pago de regalías reportó un crecimiento de alrededor 70 % entre 2018 y 2023, pasando de 35.974 kg a 61.297 kg y concentrándose principalmente en departamentos como Antioquia y Chocó (UPME, 2024). Se evidencia la necesidad de integrar criterios de salud en los procesos de evaluación de viabilidad del aprovechamiento de recursos naturales, entre otros instrumentos, en los asociados al otorgamiento de la licencia ambiental, autorizaciones, permisos o concesiones ambientales. En este sentido, la Autoridad Nacional de Licencias Ambientales – ANLA (2024) viene implementando estrategias orientadas a mejorar el licenciamiento y el seguimiento ambiental, que fortalecen la planeación de las actuaciones, la calidad y disponibilidad de la información, así como la transparencia y la participación ciudadana en los procesos de evaluación y seguimiento de licencias ambientales. Así, se ha identificado que en el avance progresivo de la integración de criterios de salud en los procesos de toma de decisión sobre el aprovechamiento de recursos naturales, constituye una prioridad la revisión del proceso de licenciamiento ambiental de los proyectos, obras o actividades de los subsectores de minería, hidrocarburos y generación de energía, así como aquellos que no estando incorporados en el listado taxativo de los que requieren licencia ambiental, generan importantes transformaciones en las dinámicas territoriales. 4.1.3 Matriz económica La economía colombiana es una de las menos diversificadas, al depender en un 70% de la exportación de bienes primarios con base en recursos naturales como petróleo crudo, el
carbón, entre otros minerales, y donde los ingresos no petroleros, correspondientes al sector manufactura y servicios, son bajos (OCDE, 2022)(Ocampo, 2020). Lo anterior, evidencia la necesidad de diversificar la productividad del país, reducir la volatilidad del ingreso por la dependencia en la extracción de recursos naturales, y lograr su sostenibilidad, donde a pesar de que esta extracción representa el 2% del PIB, no ha permitido reducir la pobreza, desigualdad e informalidad del mercado laboral, las cuales son de las más altas de América Latina (OCDE, 2022). En términos de la producción de bienes y servicios representados en el PIB, en 2023 se presentó un crecimiento del 0,6 % respecto a 2022, con una proyección de entre 1,5 % y 2 % para 2024 (DNP, 2024). Persisten condiciones de vulnerabilidad social, con un 34,6 % de colombianos en condición de pobreza monetaria, un 12,6 % en pobreza monetaria extrema y desigualdad con un índice de Gini de 0,553 (DANE (a), 2024). En comparación, en 2019 la pobreza monetaria se situaba en 35,7 % y la pobreza extrema en 9,6 % (DANE (a), 2024), incrementos asociados, entre otros factores, a los efectos socioeconómicos de la pandemia de COVID-19 (DNP, 2024). Por su parte, el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional alcanzó el 11,5% en 2024, concentrándose en un 7,8 % en cabeceras y un 24,3 % en centros poblados y rural disperso (DANE (b), 2025). En la dimensión de vivienda, la falta de acceso a fuente de agua mejorada presenta la mayor incidencia, con un 8,6 % de los hogares, seguida de la inadecuada eliminación de excretas (9,1 %), el hacinamiento crítico (6,1%), material inadecuado de pisos (4,9 %) y de paredes (2,1 %) (DANE (b), 2025). En áreas rurales se registran brechas significativas, con un acceso a fuentes de agua mejorada del 33,7 %, inadecuada eliminación de excretas del 19,5 % y material inadecuado de pisos en el 18,1% de hogares (DANE (b), 2025). Sumado a esto, se encuentra la necesidad de satisfacer necesidades básicas como aceleradores del crecimiento económico y mejores condiciones de vida y trabajo. Si bien Colombia en cabeceras al año 2023 contaba con coberturas de servicios públicos mayores al 90 %, a excepción del servicio de gas natural (86,1 %), en centros poblados y rural disperso, por el contrario, se encuentran amplias diferencias. Por ejemplo, en cobertura de acueducto con un 62,2 %, alcantarillado 15,4 %, gas natural 18,2 %, y recolección de residuos con un 30,1 % (DANE (c), 2025). Así mismo, aunque a 2024 se encuentra un 26,8 % de hogares con déficit habitacional, este se concentra de manera desproporcionada en departamentos de la Orinoquia-Amazonia, el Pacífico y la región Insular. Por su parte, el déficit cualitativo de vivienda, el cual se presenta en el 20,0 % de hogares, encuentra las principales deficiencias no estructurales en problemas como el hacinamiento mitigable y la cobertura de alcantarillado. Del total de hogares en condición de pobreza multidimensional a 2023, el 12,4 % tiene al menos un migrante extranjero, mientras un 72,1 % de hogares afronta condiciones de trabajo informal y un 40,2 % un bajo logro educativo (DANE (b), 2024). Por su parte, las políticas, estrategias y acciones que desarrollan los sectores público y privado, tienen impactos directos e indirectos que se traducen en beneficios económicos, oportunidades de negocios y mejores resultados en la salud y la calidad de vida de las poblaciones. Por ejemplo, los cobeneficios a partir de los esfuerzos para disminuir los Gases de Efecto Invernadero (GEI) (WHO, 2023) o acciones de mitigación del cambio climático y la reducción de las concentraciones de contaminantes del aire que, a su vez, tienen un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y la mortalidad. Lograrlo requiere de la competencia de múltiples sectores como agricultura, energía, transporte, planificación territorial, industria, salud y comercio.	Los beneficios económicos se ven representados en el gasto del sistema de salud, el gasto de bolsillo de los hogares, la productividad, la oportunidad en ejecución de obras de infraestructura, procesos, proyectos o actividades debido a los conflictos manifiestos con comunidades, el mantenimiento de la producción, los cambios en las dinámicas de consumo conscientes hacia la sostenibilidad y otros intangibles derivados de la calidad de vida por sufrimiento y dolor, así como la responsabilidad y compromiso social. En este sentido, el país no cuenta con la estimación sistemática de los beneficios económicos y ganancias en salud y calidad de vida, que permita guiar la toma de decisiones en los sectores productivos en sinergia con el sector ambiental y el sector salud; bajo escenarios de “¿qué pasaría si?”, que apoyen el alcance a las metas debido a la acción gubernamental y los compromisos sociales, se mejorará la planeación sectorial, se asumiera el enfoque territorial integral y se midiera el seguimiento e impacto de las acciones. En cambio, sí existen estudios que cuantifican la carga de enfermedad atribuida a factores ambientales y sus costos (Larsen, 2004), (IDEAM, IAvH, Invermar, SINCHI e IIAP, 2013), (World Bank, 2014), (DNP (a), 2018), (INS (a), 2018), constituyéndose en insumos clave para construir la metodología, medios de implementación y estimación sistemática de los costos de la carga de enfermedad atribuida a factores ambientales y la estimación de cobeneficios. Como se observa en la tabla 1, los resultados frente a los costos y a carga de enfermedad atribuida a factores ambientales en el país son diversos; debido a la multiplicidad y complejidad de las metodologías empleadas, la inclusión de diversos factores de riesgo medidos de manera diferente, los desenlaces en salud contemplados, la baja evidencia epidemiológica nacional y local, los ajustes realizados, los costos económicos y financieros y la disponibilidad de los datos, limitando así la comparación temporal de los resultados, el seguimiento y la toma de decisiones. Sin embargo y en todos los casos, son datos que indican las ganancias económicas potenciales si se avanza en el desarrollo sostenible a través del accionar del Estado para alcanzarlo. De manera general dentro de los factores de riesgo analizados en los tres últimos estudios, la mayor carga se le atribuye a la calidad del aire urbano, seguido de agua y saneamiento y calidad del aire interior. Estas posiciones cambian cuando se involucran otros factores de riesgo o cuando se estima de manera diferencial área urbana y área rural o por grupos etarios (Larsen, 2004) (World Bank, 2014). Para el primer caso, el orden cambia cuando se incluyen factores ambientales como siniestros viales y desastres. Para el segundo caso, en el área rural, agua y saneamiento, junto con la degradación del suelo son los principales factores, y los siniestros viales y aire lo son para el área urbana. En el tercer caso, la carga es mayor para los menores de 5 años y mujeres adultas en áreas rurales especialmente por aire interior. Para avanzar en la estimación de los costos de la carga de enfermedad atribuida a factores ambientales y la estimación de cobeneficios, es necesario mejorar la comprensión de la interacción compleja entre determinantes socioambientales y los efectos en salud, caracterizar los procesos productivos y avanzar de manera paralela en la estructuración de metodologías propias, lo que a su vez implica mejorar la disponibilidad y calidad de múltiples fuentes de información a escala nacional, regional y local, el uso de métodos para la extrapolación e interpolación de datos teniendo en cuenta las externalidades de los procesos productivos y la adopción del enfoque diferencial y territorial. Adicionalmente, se requiere la inclusión de otros factores ambientales como la variabilidad climática, la interacción ecosistema-vector-humano, residuos de aparatos electrónicos y eléctricos, consumo sostenible, la atribución por sectores productivos, movilidad humana, y espacios verdes urbanos. Adicionalmente, se requiere incorporar el análisis de otros factores que modulan la exposición y el riesgo, como la variabilidad y el cambio climático, la presencia y manejo inadecuado de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE), las condiciones del

hábitat urbano y los patrones de movilidad humana; donde estos, combinados con las formas de producción y consumo, configuran escenarios de riesgo diferenciados para distintos grupos poblacionales y territorios. Desarrollar estas estimaciones de manera sistemática permitirá evaluar el desempeño y el impacto de los sectores productivos, y la acción del Estado sobre el ambiente y la salud de la población, tener herramientas claras de seguimiento que permitan la comparación espacial y temporal, contar con evidencia para asegurar la inversión y visibilizar las bondades de diversas estrategias que hoy desarrolla el país como la Estrategia Nacional de Economía Circular, brindar información para priorizar la acción y magnificar ganancias económicas y sociales, evaluar el impacto de las políticas públicas y normas, visibilizar los potenciales beneficios económicos y financieros de los sectores, plantear metas con mejor información y planear el territorio superando visiones sectoriales, entre otros. Por otra parte, el avance del país en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como amplios y reconocidos indicadores de bienestar, fue del 61,1 % a 2023, con rezagos en los ODS: 1 – Fin de la pobreza, 2 – Hambre cero, 3 – Salud y bienestar, 7 – Energía asequible y no contaminante, y 10 – Reducción de la desigualdad, los cuales presentaron avances menores al 50 %, agudizados por la crisis climática, los efectos socioeconómicos del COVID-19, la crisis económica y la agudización del conflicto armado en algunas regiones del país (DNP, 2024). Lo que en términos de bienestar conlleva y reitera la necesidad de dar prioridad a contar con políticas de mayor alcance y profundidad para enfrentar los determinantes sociales de la salud (CEPAL, 2020). 4.1.4 Matriz de ordenamiento territorial Los Planes de Desarrollo Nacional, los Planes de Ordenamiento Territorial (POT), Esquemas de Ordenamiento Territorial (EOT), Planes Básicos de Ordenamiento Territorial (PBOT) y los Planes de Ordenación y Manejo de Cuencas Hidrográficas (POMCA), configuran el ordenamiento territorial a mediano y largo plazo tomando en consideración la visión de desarrollo de los gobernantes junto con las necesidades y potencialidades con los que cuenta un territorio determinado, a través de la delimitación de los usos del suelo, en consonancia con los objetivos de desarrollo, la generación de valor y la renovación territorial deseada, que propicien el crecimiento económico en sintonía con la dinámica demográfica y las características locales, y de forma compatible con la preservación, conservación y recuperación de los recursos naturales renovables y el bienestar de la población. Lo anterior implica el desarrollo de marcos normativos que regulen el uso del suelo en lo concerniente a aspectos ambientales y sociales. Donde, es importante resaltar la necesidad de dar aplicabilidad a la normatividad y jurisprudencia relacionada con la aplicación del principio de coordinación y concurrencia (definido en la Sentencia SU-095 de 2018 y la Sentencia 342 de 2019), y armonizar estos instrumentos con los instrumentos de planeación del desarrollo de los demás sectores en el marco de los Planes de Desarrollo Territorial, ya que suponen una visión integral del territorio y generan seguridad a todas las partes interesadas, es decir comunidades, sector privado y gobierno en los procesos, proyectos o actividades de desarrollo. Ahora bien, el artículo 32 de la Ley 2294 de 2023 que modifica el artículo 10 de la Ley 388 de 1997, define las determinantes de ordenamiento territorial y su orden de prevalencia, donde "(...) los municipios y distritos deberán tener en cuenta las siguientes determinantes, que constituyen normas de superior jerarquía en sus propios ámbitos de competencia, de acuerdo con la Constitución y las leyes", las cuales constituyen: (nivel 1) de conservación y protección y la prevención de amenazas y riesgos naturales; (nivel 2) de patrimonio cultural; (nivel 3) de señalamiento y localización de las infraestructuras básicas y de servicio (vías nacionales, abastecimiento de agua, suministro de energía y demás), y (nivel 4) de desarrollo	metropolitano. Para el nivel 1 desde el Minambiente (2016, 2020) se encuentran definidas las Orientaciones a las autoridades ambientales para la definición y actualización de las determinantes ambientales y su incorporación en los planes de desarrollo territoriales municipales y distritales, para facilitar la incorporación ambiental en los instrumentos de ordenamiento territorial; estas determinantes se definen como "términos y condiciones fijados por las autoridades ambientales para garantizar la sostenibilidad ambiental de los procesos de ordenamiento territorial" y se establecieron cuatro (4) grupos: (a) relacionadas con facultades legales del SINA; (b) disposiciones sobre conservación, preservación, uso y manejo del medio ambiente y recursos naturales renovables; (c) disposiciones de áreas del sistema de parques nacionales naturales y reservas forestales nacionales; y (d) disposiciones sobre amenazas y riesgos naturales. En Colombia, si bien existen diferentes instrumentos de política pública para la planeación territorial, a su vez existen múltiples instrumentos de planeación sectorial dirigidos al nivel territorial. Sin embargo, los diagnósticos señalan que pocos logran articular de manera efectiva dichos instrumentos y generar sinergias o complementariedad, y que además son escasos los casos en que se incorporan criterios o parámetros de salud ambiental o se tienen en cuenta los potenciales riesgos y efectos sobre la salud de la población. Según datos de la CONASA (2021) sobre la identificación de la salud ambiental en los Planes de Desarrollo Territorial evidenció que, aunque el 78 % de los departamentos incorporó la gestión en salud ambiental mediante acciones o programas dentro de sus planes de desarrollo en los periodos 2012–2015, 2016–2019 y 2020–2023, solo el 40 % de las entidades territoriales reportó incluir la mayoría de los componentes de salud ambiental en los instrumentos de ordenamiento territorial, concentrándose los principales abordajes en los componentes de agua y saneamiento, aire y salud, y habitabilidad. Con el objetivo de no perder la visión compleja del territorio y que permita prevenir la exposición de la población a riesgos que pueden evitarse desde la planeación integral, con la participación y decisión de las comunidades; es necesario integrar y armonizar los instrumentos de planeación con enfoque diferencial, buscando contribuir a la disminución de los efectos negativos en salud y aportando a la disminución del número e intensidad de conflictos socioambientales y de órdenes judiciales en materia. 4.2 Procesos transversales A continuación, se pretende visibilizar el estado de procesos socioambientales que condicionan la situación en salud ambiental por cambio climático, pérdida de naturaleza y biodiversidad, contaminación química, entre otras causas y efectos que resultan transversales, interrelacionados y dependientes unos con otros, entre los procesos productivos y la carga de enfermedad, por lo que no se deben interpretar de manera aislada. 4.2.1 Variabilidad y cambio climático, transversal a determinantes socioambientales con impacto en la salud y bienestar de la población De acuerdo con la Cuarta Comunicación Nacional sobre Cambio Climático (IDEAM, 2024), si se incrementan las emisiones globales de gases de efecto invernadero (GEI), la temperatura media en todo el país podría aumentar entre 0,7 y 2,5 °C en el escenario SSP1-2.6, 1 a 4 °C en el SSP2-4.5, 1 a 5 °C en el SSP3-7.0 y 2 a más de 5 °C en el SSP5-8.5 hacia finales de siglo (2081–2100), en comparación con el período histórico 1981–2010. Los mayores incrementos (> 5 °C) se proyectan para la región Andina, el Catatumbo, el norte y sur de la Amazonia y el oriente de la Orinoquia. Estos cambios tendrían consecuencias directas sobre la salud y sus determinantes, como el aumento en el nivel del mar, el derretimiento de glaciares y nevados, el retroceso de páramos, alteraciones en ecosistemas de alta montaña, disminución de la disponibilidad de agua y reducción de la productividad
en sectores como el agropecuario, vivienda, agua potable y saneamiento, y minería, entre otros. Para este mismo periodo (2071 - 2100), los escenarios más recientes señalan una disminución en las precipitaciones de hasta alrededor un 20% en distintas zonas del territorio nacional, especialmente en las regiones Amazonas y Orinoquia. Lo anterior, sumado a los cambios en el uso del suelo, pueden acelerar la desertificación y la disponibilidad del agua y sus cursos, con consecuencias en la producción agropecuaria y forestal, la economía y competitividad regional, y directa e indirectamente en la salud de la población. A su vez, se proyectan incrementos de cerca el 30% en las precipitaciones en las regiones Andina, Pacífico y Caribe. (IDEAM, 2024). En cuanto a la precipitación, la Cuarta Comunicación proyecta que, durante la primera mitad del siglo XXI, regiones como la Andina, la Amazonia, el occidente de la región Caribe y el norte de la Orinoquia podrían experimentar aumentos trimestrales de 20 % al 40 %, seguidos de reducciones superiores al 20 % hacia finales de siglo en el norte de la Orinoquia, la Amazonia y la región Pacífica. Estos cambios incrementan el riesgo de deslizamientos, inundaciones y aludes en territorios vulnerables, afectando infraestructura, vías y sistemas de abastecimiento de agua. En los territorios con proyección de aumento de temperatura y disminución de precipitaciones, se prevé que los impactos se intensifiquen durante episodios de El Niño, mientras que en años con La Niña las zonas con tendencia a mayores precipitaciones enfrentarían mayores afectaciones. El aumento de la temperatura y humedad favorece la expansión de vectores transmisores de enfermedades (dengue, malaria, leishmaniasis) hacia áreas donde antes no estaban presentes, particularmente en las regiones Caribe, Pacífica y Amazónica. Este riesgo ya había sido identificado en la Tercera Comunicación Nacional y se ve reforzado por las condiciones proyectadas en la Cuarta Comunicación. Los escenarios de cambio climático muestran que las afectaciones no serán uniformes, por lo que las medidas de adaptación deben ser diferenciadas según región y, de ser necesario, a escalas territoriales menores. Las zonas insulares del Caribe y las zonas costeras son de especial importancia por su vulnerabilidad al aumento del nivel del mar, estimado entre 0.26 m y 0.78 m hacia finales de siglo, dependiendo del escenario de emisiones. Las afectaciones directas a la salud se relacionan con cambios en las variables atmosféricas de superficie, como temperaturas extremas, inundaciones y radiación UV. En la actualidad, se observa un incremento de eventos adversos de salud asociados con temperaturas no óptimas (tanto por calor extremo como por frío), lo cual se ha convertido en una prioridad de atención en Colombia. De hecho, según un informe del Banco Mundial, se estima que alrededor del 0,43 % de la mortalidad total en el país (datos 2010–2019) fue atribuible a temperaturas no óptimas (principalmente al frío, ~75 %, y en menor proporción al calor, ~25 %). Asimismo, las proyecciones indican que las muertes relacionadas con el calor extremo podrían superar a las causadas por el frío hacia 2040–2050, bajo el escenario de mayores emisiones (Banco Mundial, 2023). Estas variaciones climáticas también generan impactos indirectos en la salud, a través de enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades vehiculizadas por el agua y el aire, así como afectaciones a determinantes socioambientales como la seguridad alimentaria, la salud laboral y la salud mental. Es de reconocer que, la vulnerabilidad futura de los ecosistemas al cambio climático estará fuertemente influenciada por el desarrollo pasado, presente y futuro de las sociedades humanas, incluyendo el consumo y la producción insostenibles en general, y las crecientes presiones demográficas, así como el uso y la gestión insostenibles persistentes de la tierra, los océanos y el agua. El cambio climático previsto, combinado con factores no climáticos,	provocará la pérdida y degradación de gran parte de los bosques del mundo, los arrecifes de coral y los humedales costeros de baja altitud. Si bien el desarrollo agrícola contribuye a la seguridad alimentaria, la expansión agrícola insostenible aumenta la vulnerabilidad de los ecosistemas y los seres humanos y conduce a la competencia por la tierra y los recursos hídricos (IPCC, 2022). El país viene trabajando en la definición e implementación de medidas de adaptación y acciones de mitigación en cambio climático para hacer frente a los riesgos, avanzando en un proceso intersectorial de generación de criterios de evaluación y vigilancia que, al integrarse con las reglas de construcción, el ordenamiento territorial y los instrumentos de planificación, permitan desarrollar obras, procesos y actividades que reduzcan la vulnerabilidad en salud asociada al clima y prevengan la mala adaptación. Estas medidas deben ser coherentes con las trayectorias de descarbonización y resiliencia de la Estrategia Climática de Largo Plazo E2050 y con las metas de mitigación y adaptación de la NDC 3.0, impulsando acciones que generen co-beneficios en la salud poblacional, como la disminución de los contaminantes del aire, la reducción de enfermedades transmitidas por vectores, la mejora del bienestar mental y la resiliencia comunitaria y el aumento del acceso a espacios verdes y a ecosistemas reguladores del clima. En este sentido, las condiciones futuras del clima afectarán los determinantes socioambientales de la salud a diferentes escalas, por lo que será necesario avanzar en la articulación de la PISA y su plan de acción con las actualizaciones de la NDC, la Estrategia E2050, el Plan Integral de Gestión del Cambio Climático del Sector Salud (PIGCCS) y, en el ámbito territorial, con los Planes Territoriales de Adaptación al Cambio Climático desde Salud Ambiental (PTACCSA), los Planes Integrales de Gestión del Cambio Climático Territorial (PIGCTT) y los planes municipales y departamentales de gestión del riesgo de desastres, de manera que se orienten de forma coherente las acciones de mitigación y adaptación con enfoque diferencial bajo las consideraciones y armonizaciones clave en materia de salud ambiental. Desde un enfoque de justicia climática, uno de los retos consiste en incidir en la vulneración de derechos más allá de la vulnerabilidad física, que reconozca las responsabilidades e impactos diferenciados en el marco del cambio climático. Esto requiere caminos hacia una economía descarbonizada donde se tenga en cuenta la compensación de emisiones por acción climática y los impactos producidos por economías fósiles sobre los recursos de agua, aire y suelo, con daños directos a la población, como aquellos asociados a enfermedades respiratorias, contaminación del agua y conflictos por el uso del suelo. Con ello, se establece que los proyectos de transición energética justa deben prevenir mayores presiones sobre los recursos naturales para no ir en detrimento del bienestar de los territorios y sus poblaciones (Minenergía (b), 2023). Por consiguiente, enfrentar las causas y efectos del cambio climático en el mediano y largo plazo, incluyendo los impactos en la salud, implica una profunda transformación social y cultural, centrados en el bienestar humano y de los ecosistemas. Para efectos de este Decreto y en el contexto del cambio climático, la vulnerabilidad se entiende conforme a la definición del Panel Intergubernamental de Expertos sobre Cambio Climático (IPCC) de las Naciones Unidas, la cual establece que: Vulnerabilidad: Propensión o predisposición a ser afectado negativamente. 4.2.2 Abordaje de la vulneración La vulneración representada en la situación social de individuos y comunidades influye e impacta en cómo afrontar diversas amenazas y riesgos de enfermar, morir y alcanzar bienestar, implica entender de qué se compone, cómo opera, cuáles son las vías y qué tipo de gradualidad o cambio requieren las acciones para disminuir esta.

La falta de garantía de los derechos fundamentales de las poblaciones, particularmente en salud y ambiente, exacerba desigualdades presentes y futuras desde una perspectiva colectiva, más allá de condiciones individuales de vulnerabilidad. Esta situación refleja una vulneración estructural y sistemática de derechos, que requiere un abordaje orientado a remover las causas profundas de la desigualdad y a asegurar una acción estatal e intersectorial centrada en la justicia social, ambiental e intergeneracional. 4.2.2.1 Desigualdades sociales como factor de vulnerabilidad Las desigualdades sociales son tanto causa como resultado de procesos estructurales que vulneran los derechos fundamentales de la población, particularmente en salud ambiental, ya que las mismas tienden a ampliarse y a persistir si no se toman decisiones radicales de largo plazo, configurándose como inequidades ya que son innecesarias, evitables e injustas. Las desigualdades como factor de vulneración en salud ambiental determinan la magnitud del riesgo de muerte y enfermedad, en tanto son poblaciones más sensibles que viven en entornos que limitan las respuestas preventivas, la resiliencia ante amenazas socioambientales con efectos en la salud, y que retrasan el desarrollo de las comunidades. Uno de los indicadores comúnmente usados para medir las desigualdades en la distribución del ingreso es el índice de Gini, del cual, aunque Colombia ha experimentado una tendencia a la mejora en la distribución, pasando de 0,58 en el año 2000 a 0,547 en 2023, presenta variaciones importantes entre departamentos. Chocó (0,584) y La Guajira (0,566) son los departamentos con mayor desigualdad en el ingreso, mientras Quindío (0,456) presenta la menor desigualdad (DANE (a), 2024). Estos datos dan cuenta del comportamiento de otros indicadores que impactan los determinantes estructurales e intermedios que perpetúan la desigualdad en salud, afectando especialmente a las poblaciones más vulnerables. Estas desigualdades se evidencian a través de múltiples indicadores socioeconómicos y de salud ambiental, que revelan patrones consistentes de inequidad entre territorios, grupos étnicos y niveles de ingreso. A continuación, algunos aspectos identificados para Colombia sobre determinantes de las desigualdades sociales: • Cerca del 10% de los grandes propietarios concentra el 80% de la tierra en Colombia y el Gini es de 0,87 dentro de la frontera agrícola y en algunos departamentos supera el 0,9 (IGAC, 2023). • El modelo de desarrollo con incentivos a la economía extractiva, agricultura extensiva y la consolidación de conglomerados económicos entre otros, se refleja en todos los aspectos sociales, que van desde los conflictos socioambientales hasta el estado de salud de la población (INS (d), 2023). • Las comunidades indígenas tienen mayor tasa de analfabetismo e inasistencia escolar y las poblaciones afrocolombianas tienen niveles de pobreza del 61%. • Mayor desempleo en mujeres, poblaciones rurales y jóvenes entre 15 a 25 años. • Menor nivel educativo en estratos bajos y hogares con menores ingresos. • En servicios de acueducto y alcantarillado se ha disminuido la brecha urbano-rural, aunque persisten rezagos: en 2023 la cobertura de acueducto alcanzó 97,3 % en cabeceras y 59,4 % en zonas rurales dispersas; en alcantarillado, 94,5 % en cabeceras y 15,1 % en rural disperso (DANE (c), 2024). • Los hogares rurales tienen mayor porcentaje de viviendas inadecuadas que los urbanos. • En el área rural hay mayor número de viviendas con servicios no adecuados. En línea con las brechas identificadas en 2015, dentro del análisis injusticias socioambientales y salud para el periodo 2010–2022 (Minsalud (a), 2023), muestra que en zonas rurales 20 de cada 100 municipios no tienen acceso a saneamiento básico y 37 de	cada 100 no cuentan con agua mejorada, evidenciando la concentración de riesgos ambientales en municipios con mayores niveles de pobreza y alta participación de población indígena y afrodescendiente (Minsalud (a), 2023). Junto a esto, se ha documentado la persistencia de la pobreza multidimensional, la precariedad laboral y la exclusión social étnica y campesina como determinantes clave de la distribución desigual del estado de salud y de la carga de enfermedad en el país (Minsalud (a), 2024; Minsalud (b), 2024). Así mismo, diferentes instituciones han estimado las desigualdades en salud ambiental usando estratificadores socioeconómicos, los cuales han señalado que: • La mortalidad en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y desnutrición continúa concentrándose en departamentos con mayores brechas socioeconómicas, como La Guajira, Chocó y Vichada. Aunque se ha registrado una tendencia a la baja en la tasa nacional de mortalidad por desnutrición —alcanzando 6,5 muertes por cada 100.000 menores en 2024 frente a las 10,7 de 2022—, la desigualdad persiste: el riesgo de morir por estas causas evitables sigue siendo significativamente superior en los municipios con mayores Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y en áreas rurales dispersas (INS, (b) 2024). • Durante el periodo analizado en el estudio más reciente (2018-2022), persiste el gradiente inverso entre la mortalidad materna y la cobertura de acueducto en Colombia. Las estadísticas indican que a medida que se incrementa el acceso a agua potable, disminuye proporcionalmente el riesgo de muertes maternas. En la actualidad, aunque la cobertura urbana de acueducto alcanza el 79% en la mayoría de municipios, la brecha rural sigue siendo crítica (solo 9,7% con agua apta), lo que mantiene una concentración de la carga de mortalidad en los territorios con menor infraestructura hídrica (IDEAM, (a) 2023). Para 2023, la razón de mortalidad materna se situó en 46,9 por cada 100.000 nacidos vivos, con disparidades profundas vinculadas a la pobreza multidimensional y el déficit de servicios básicos (Minsalud, 2024). • La mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años en Colombia mantiene una brecha de inequidad crítica. Según el ASIS 2024 del Ministerio de Salud, aunque hubo una reducción nacional del 22,9% en la última década, la mortalidad en zonas rurales es un 46,7% superior a la urbana. Esta carga se concentra en los departamentos con mayor pobreza multidimensional y fallas en saneamiento, como Guainía, Chocó y La Guajira, donde las tasas superan ampliamente el promedio nacional, evidenciando que la vulnerabilidad socioeconómica sigue siendo el principal predictor de estas muertes prevenibles (Minsalud, 2024). • Para el periodo 2019-2023, la persistencia de brechas en el acceso a agua segura y saneamiento básico continúa determinando la carga de morbilidad en Colombia. Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024, mientras que el 56% de los municipios urbanos cuentan con agua apta para consumo, en las zonas rurales esta cifra apenas alcanza el 9,7%, lo que concentra la mayor incidencia de enfermedades prevenibles como la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en territorios con riesgo alto (Minsalud, 2024; Minvivienda (b) 2024). • Para 2024, la crisis climática en Colombia ha intensificado los riesgos sanitarios. Según el Ministerio de Salud (ASIS 2024), las infecciones respiratorias aumentaron un 19,6% debido a la variabilidad térmica, mientras que las enfermedades transmitidas por vectores (como dengue y malaria) representan casi el 90% de los casos epidemiológicos históricos, afectando principalmente a departamentos del Caribe. Las poblaciones de mayor riesgo siguen siendo los menores de 15 años y mayores de 60, quienes concentran la mayor carga de mortalidad en zonas con alta vulnerabilidad ambiental (Minsalud, 2024; INS, 2025). • La posición socioeconómica y el nivel de riqueza siguen determinando la carga de enfermedad: un mayor Producto Interno Bruto (PIB) se correlaciona con una
disminución en la mortalidad por EDA en menores de 5 años, la cual alcanzó mínimos históricos en 2024. No obstante, el riesgo de enfermar por malaria y leptospirosis persiste en regiones con menor desarrollo económico y deficiencias en saneamiento, como el Pacífico colombiano (Minsalud, 2024; INS, 2024). • Para 2023-2024, la siniestralidad vial en Colombia sigue afectando desproporcionadamente a los motociclistas, quienes representan la mayoría de los fallecidos, concentrándose en departamentos con menores índices de desarrollo y PIB. La mortalidad es mayormente masculina, con una participación superior al 80% en los accidentes, evidenciando conductas de alto riesgo y menor escolaridad como factores asociados (ANSV, (b) 2023; Medicina Legal, 2024). Para avanzar en la disminución de las desigualdades en salud se requieren acciones con impacto y de carácter sistemático sobre los estratificadores de equidad o determinantes sociales, lo cual lleva implícito reconocer estos y la acción intersectorial a nivel de políticas públicas que se traduzcan en intervenciones concretas en los territorios. Adicionalmente en Colombia, estas mediciones deben profundizar en la comprensión y operación metodológica de la posición social junto con otras dimensiones de equidad, como pertenencia étnica y área urbano-rural, y explorar su papel en las desigualdades sociales en salud por factores ambientales. 4.2.2.2 Carga de enfermedad y vulnerabilidad La carga de enfermedad atribuible a factores ambientales representa el impacto en salud pública generado por la exposición a riesgos como la contaminación del aire, del agua, el uso de sustancias químicas peligrosas, entre otros (WHO (b), 2016). A nivel global, los factores de riesgo ambientales y ocupacionales explican el 18,9 % de las muertes y el 14,4 % de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs) (IHME (a), 2024), cifras que sustituyen las estimaciones previas de la OMS (24,3 % de la mortalidad global) (OMS (a), 2016). Este impacto refleja la pérdida de salud y calidad de vida derivada de enfermedades, discapacidades y muertes causadas por la exposición a uno o múltiples factores de riesgo. Entre las afecciones con mayor carga atribuible al ambiente destacan las enfermedades cardiovasculares, las infecciones respiratorias, los cánceres y las enfermedades diarreicas (OMS (b), 2016). En Colombia, se observa una transición epidemiológica significativa en las últimas tres décadas (1990–2019), con un cambio en las principales causas de carga de enfermedad hacia afecciones más vinculadas con condiciones ambientales urbanas, como la calidad del aire y la habitabilidad, entre ellas la enfermedad isquémica del corazón, los accidentes cerebrovasculares, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la infección de las vías respiratorias bajas (IHME (b), 2021). Las enfermedades diarreicas, aunque han disminuido su peso relativo en la carga de enfermedad –pasando de ser la novena causa en 1990 a ocupar el puesto 46 en el ranking de carga de enfermedad (DALYs/AVAD) –, siguen representando un indicador crítico de inequidad ambiental, especialmente en poblaciones sin acceso a servicios básicos de agua y saneamiento. Para Colombia, la carga de enfermedad atribuida a factores ambientales a 2019 representa el 9,6 % del total de la mortalidad del país con 23.619 fallecidos (IHME-GBD (b), 2021), mientras para 2016 la carga por factores ambientales fue del 8 % con 17.549 muertes, donde las mayores pérdidas de vida saludable se deben a: la contaminación del aire, que ocasionó el 13,9 % de la mortalidad por enfermedad isquémica y el 17,6 % por EPOC; las condiciones inseguras de agua para consumo humano (contaminación de fuentes hídricas, deficiencias en sistemas de potabilización, saneamiento básico, entre otros), que generó el 71,6 % de la mortalidad por enfermedad diarreica; y, en menor proporción, las exposiciones residenciales y ocupacionales a radón y plomo, asociadas a cáncer de pulmón, discapacidad mental y enfermedad renal crónica respectivamente (INS (a), 2018). Estos datos construyen la línea	base más reciente para el país, por lo que se recomienda su actualización cuando IHME publique estimaciones nacionales posteriores a 2019. A su vez, se destaca como el total de muertes por exposición a los factores de riesgo ambientales se presentó en el 17,6% de la población en edad productiva, y como a nivel territorial la carga ambiental de la enfermedad se presentó principalmente en los departamentos de Risaralda, Quindío, Caldas, Norte de Santander, Chocó y Atlántico (INS (a), 2018). Por su parte, los costos en salud asociados a la contaminación del aire, tanto urbano como intradomiciliario, y al acceso deficiente a agua, saneamiento e higiene (WASH) representaron cerca del 2% del PIB en 2010 (World Bank, 2014), aumentando al 2,08% del PIB en 2015 (DNP (a), 2018). Esta estimación podría ser aún mayor si se incluyeran otros factores relevantes de la carga en salud ambiental que actualmente no se cuantifican de forma integral. Lo anterior, subraya la urgencia de avanzar en estrategias preventivas y de control de los factores de riesgo ambiental, integradas con la acción sobre los determinantes sociales. Esto incluye: fortalecer la acción intersectorial; asegurar la continuidad de estudios de carga ambiental con enfoque diferencial; identificar los cobeneficios de la acción en salud ambiental y cuantificar los costos de la inacción. Esto contribuirá a la reducción de la vulnerabilidad de la población y mejorar sus condiciones de salud. 4.2.3 Conocimiento y evidencia En todos los campos de acción del Estado, la información y la investigación permiten abordar los desafíos del desarrollo humano, acelerar la innovación, facilitar la construcción de soluciones, orientar la formulación de políticas, generar evidencia y fortalecer los procesos de comunicación. Además, contribuyen a mejorar la gobernabilidad y la gobernanza, disminuir la vulnerabilidad, avanzar hacia la sostenibilidad y garantizar transparencia, eficiencia, eficacia y participación para la toma de decisiones. La gestión del conocimiento requiere el desarrollo de investigaciones, el fortalecimiento de la coordinación intersectorial, la innovación tecnológica y analítica, el diseño y uso de herramientas y sistemas de información, la custodia de la información, el acceso a diferentes fuentes y el reconocimiento, apropiación, divulgación y aprovechamiento de la información, generando estrategias de comunicación y mecanismos que permitan y faciliten la participación social. Sin embargo, la evidencia muestra que los sistemas desplegados funcionan de manera aislada y la información contenida es consultada sólo por los encargados de esta, sin relacionarse con la que se encuentra disponible en otras dependencias, instituciones públicas y sector privado (DNP (b), 2018), además es importante resaltar las debilidades en los sistemas de información misionales y su capacidad de interoperabilidad, es así como se encuentra que aunque el 66% de entidades nacionales ha implementado algún esquema de interoperabilidad, solo el 4 % tiene interoperabilidad, reflejando que las entidades han generado desarrollos específicos para necesidades puntuales de intercambio de información que carecen de visión integral y sostenible, siendo necesario avanzar a intervenciones orientadas a la centralización de datos, e instrumentos que permitan contribuir al proceso de toma de decisiones integrales a diferentes escalas temporales. Igualmente, el fortalecimiento de capacidades en gestión de información de las entidades desde el nivel nacional y territorial afronta dificultades dadas por la carencia de equipos, capacidad técnica del personal, el acceso a las tecnologías de la información y comunicación, la cobertura de internet, especialmente en el área rural, entre otras, que

afectan el nivel de disponibilidad y confiabilidad de la información, dificultando la generación de respuestas oportunas en salud ambiental. Sumado a lo anterior, se encuentra que los sistemas de información en el país no cuentan con criterios de salud ambiental en su desarrollo que permitan un abordaje integral de determinantes socioambientales, además no existen protocolos intersectoriales definidos para el análisis de información en salud ambiental, no se han identificado necesidades de información y, existen limitadas investigaciones sobre los efectos en salud por diferentes factores ambientales y sociales. En este sentido, es necesario continuar con el diseño del Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental (SUISA), que proporcione información accesible, integrada, oportuna, periódica, de calidad y confiable para los diferentes actores a nivel nacional, regional y local, en términos de sistematización de rutinas de análisis, información de carga, desigualdades, variabilidad climática y las proyecciones de los escenarios de cambio climático del país, resultados de las investigaciones, información de imágenes satelitales, generación de alertas tempranas y planes de acción preventivos. Se prevé que el SUISA se alimente de la información de sistemas de información como el SIAC (que reúne subsistemas de información como SIB, SIAM, SINAP, RUNAP, SNIF, SMBYC, RENARE, SISAIRE, SIRH, SIUR, SIAT – AC y PC), SISPRO, SIVIGILA, SIVICAP, SUI, SINERGIA, SIASAR, SINECO, SISPAPO o los sistemas que hagan sus veces, entre otros que se requieran, que a su vez cuentan con subsistemas de información, análisis y evaluación, con el fin de asegurar la integralidad, complementariedad y coherencia de la información de salud ambiental del país. Como avances previos en la construcción del SUISA, se destacan: la identificación de flujos y sistemas de indicadores desarrollada por el IDEAM en el año 2013, el diseño conceptual y operativo realizado por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible en 2016, el diseño y ajuste de un portal web por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2024, la concertación de una propuesta de batería de indicadores intersectoriales en salud ambiental, el acuerdo frente a la administración tecnológica del SUISA a través del SISPRO, entre 2014 y 2024 desde la Conasa y el avance en la elaboración de dashboard de los componentes de salud ambiental con datos intersectoriales en 2024. Es así como para la administración tecnológica del SUISA mediante el SISPRO o el sistema que haga sus veces, los diferentes sistemas a integrar deberán avanzar en la caracterización de fuentes de información, cumpliendo con los requisitos de esta. Frente a este proceso SISAIRE y SIVICAP cuentan con un avance del 50% de la primera fase. A su vez, las entidades que integran la Conasa, deberán avanzar en ajustar sus sistemas de manera concertada y fortalecer sus fuentes de información con atributos de precisión, objetividad, confiabilidad, disponibilidad, accesibilidad, oportunidad y calidad; que permitan su vinculación en los ejercicios de análisis y respuesta que se deriven de esta gestión de información. En relación con el desarrollo de encuestas, si bien en el país se han aplicado seis encuestas nacionales de demografía y salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de Profamilia desde 1990; 16 encuestas nacionales de calidad de vida por el DANE desde 1997; una encuesta nacional de salud pública por el INS en 2007; y se han elaborado diez análisis de situación de salud por parte de Minsalud entre 2012 y 2021, estos instrumentos aunque incluyen información parcial en materia de salud ambiental en algunos territorios, ninguno cuenta con módulos específicos para la recolección y análisis de estadísticas en materia de salud ambiental a nivel local, regional y nacional. Otro aspecto clave en la gestión de la información, se reconoce desde la generación de alertas tempranas que se articulen a la divulgación de información en salud ambiental, siendo una de estas la planteada por el INS, como es el Sistema de Vigilancia de Eventos de Interés por Factores de Riesgo Ambiental – VIGIFRA, el cual produce información con	análisis de múltiples indicadores, ambientales, sanitarios y epidemiológicos de eventos de interés en salud pública priorizados, para la generación de niveles de alerta escala local que permitan tomar acciones al identificar riesgos que podrían afectar la salud de la población. Con respecto a las investigaciones en Colombia se han desarrollado estudios de carga de enfermedad (Quintero, Balen, Hernández, García, Villegas, 2014), (INS (b), 2015), algunos de ellos con especificidad en salud ambiental (Larsen, 2004), (IDEAM, IAvH, Invenmar, SINCHI e IIAF, 2013) especialmente después que se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012- 2021, ya que dentro de sus metas se propuso desarrollar estudios de carga de enfermedad atribuida a factores ambientales y sus costos, contando así el país con las estimaciones del Banco Mundial (World Bank, 2014) el DNP (DNP, 2015),) y el INS bajo el liderazgo del Observatorio Nacional de Salud (INS (a), 2018). Sin embargo, a nivel territorial y en algunos sectores hay desconocimiento de los determinantes socioambientales y su fracción atribuible a la carga ambiental de la enfermedad, y son pocos los estudios que estimen riesgos relativos que permitan mejorar el análisis de carga y de costos atribuidos a estos determinantes. Por lo cual, la medición de la carga requiere ir más allá de la aplicación de metodologías preexistentes, integrando la selección sistemática de varias fuentes de información locales y nacionales, ampliar este análisis a otros componentes de la salud ambiental, generar capacidades y llegar a consensos conceptuales y operativos. Así mismo, se cuenta con avances en el análisis de desigualdades en salud ambiental para los componentes de agua y saneamiento, aire y salud, movilidad segura, cambio climático y zoonosis, a partir de Estudio Nacional de Equidad en Salud Ambiental (ENESA) realizado en el marco de la Conasa con el apoyo técnico de la OPS/OMS, y del cual aunque no se publicó, permitió analizar la presencia, magnitud, profundidad y tendencias de las desigualdades en salud ambientalmente determinadas en el país (IDEAM (a), 2019). En materia de investigaciones en salud ambiental es importante resaltar algunos estudios como los realizados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá sobre los efectos de la contaminación del aire, el ruido y campos electromagnéticos, las agendas regionales de ciencia y tecnología del sector salud, elaboradas por Minciencias (Colciencias, 2012) y los cerca de 55 proyectos de investigación elaborados por el INS entre 2007 y 2020 bajo las siguientes tres líneas de investigación: (i) biomarcadores para la determinación de contaminantes ambientales, (ii) contaminantes ambientales y efectos sobre la salud, y (iii) el ambiente de trabajo y el efecto sobre la salud de los trabajadores (INS, 2021). Así mismo, en el periodo 2014-2022 Minciencias incluyó dentro de las líneas prioritarias de investigación en las convocatorias anuales de salud la temática de salud ambiental y que como resultado de este proceso se financiaron con recursos del Fondo de Investigación en Salud – FIS 36 proyectos y programas de investigación. Por la envergadura e importancia de los resultados como insumo para entidades tomadoras de decisión se destacan los siguientes proyectos: a) evaluación del grado de contaminación por mercurio y otras sustancias tóxicas y su afectación en la salud humana en las poblaciones de la cuenca del río Atrato, como consecuencia de las actividades de minería; b) programa de Investigación en Salud Ambiental para Colombia; c) evaluación de los efectos en la salud en la población vulnerable de territorio Colectivo Zanjón de Garrapatero expuesta a vertimientos contaminantes por explotación minera; d) evaluación de los efectos en salud de la población vulnerable del territorio Colectivo Aires de Garrapatero, cuenca del río Cauca y microcuenca del río Tata Mazamorrero expuesta a vertimientos contaminantes por explotación minera; e) evaluación de los efectos en salud de la comunidad Hitnū en los municipios de Arauca y Puerto Rondón (Arauca), por exposición a situaciones relacionadas con actividades de explotación de hidrocarburos.
Por su parte, se encuentran las publicaciones de universidades públicas y privadas como la Nacional, Antioquia, Valle, Universidad Industrial de Santander (UIS), Córdoba, los Andes, y el nodo de salud ambiental y ocupacional SAO, el cual ha desarrollado más de 1000 publicaciones científicas de investigaciones y experiencias territoriales relacionadas con salud ambiental y ocupacional en Colombia, en los últimos 10 años (2010-2020), en temas como agua y saneamiento, aire, seguridad química, habitabilidad, vectores, movilidad, cambio climático, salud ocupacional, alimentos y medicamentos, adicional a las investigaciones de otros grupos de investigación de instituciones académicas que ofertan programas relacionados con salud pública. No obstante, los resultados de los estudios realizados por el Gobierno Nacional y la academia no se encuentran consolidados y disponibles para la toma de decisiones. Así mismo, los estudios realizados tienen un bajo reconocimiento de las problemáticas específicas de salud ambiental de los territorios, ya que en algunos casos solo se toman como referencia las situaciones abordadas en órdenes judiciales, al constituirse en un mandato para las entidades con implicaciones legales, razón por la cual se priorizan recursos sobre casos en particular. Adicionalmente, existen vacíos en la investigación en salud ambiental. Al respecto, el INS en el informe sobre carga de la enfermedad atribuida a factores ambientales en 2018 planteó los siguientes: (i) problemáticas de contaminación por ozono ambiental y exposición a radón o plomo, (ii) alternativas para tratamiento del agua en zonas rurales y de difícil acceso, (iii) impactos por variabilidad climática considerando el grupo de enfermedades prioritarias del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC), (iv) costo-beneficio de alternativas que mitiguen o reduzcan el impacto de los factores ambientales. A su vez, otra de las problemáticas específicas frente a la investigación son las debilidades en las capacidades de talento humano, el insuficiente número de programas de formación a nivel de postgrado o de cátedras en pregrados relacionados con salud ambiental y la falta de estímulos financieros. Por otra parte, la aplicación del conocimiento está influenciada por mecanismos insuficientes de divulgación (congresos, seminarios, reuniones de socialización, entre otros), el sesgo de publicación y la comunicación entre académicos, tomadores de decisión y comunidad. Con base en lo anterior, se evidencia la necesidad de avanzar en la consolidación del proceso de democratización del conocimiento en salud ambiental, desde la gestión, análisis y divulgación de información, lo que implica fortalecer capacidades institucionales y del talento humano, la articulación interna, la generación de la información digital, las tecnologías de la información y la comunicación, y la infraestructura física con el fin de mejorar la disponibilidad y acceso de la información para los habitantes del territorio nacional en términos de calidad y eficiencia, así como promover e incentivar el desarrollo y la publicación de las investigaciones según necesidades en salud ambiental a nivel nacional y territorial, garantizando la participación activa de las comunidades y la integración de sus saberes. En consecuencia, lo anterior se armoniza con el objetivo del acuerdo de Escazú por "garantizar la implementación plena y efectiva en América Latina y el Caribe de los derechos de acceso a la información ambiental, participación pública en los procesos de toma de decisiones ambientales y acceso a la justicia en asuntos ambientales, así como la creación y el fortalecimiento de las capacidades y la cooperación, contribuyendo a la protección del derecho de cada persona, de las generaciones presentes y futuras, a vivir en un ambiente sano y a su desarrollo sostenible". 4.2.4 Gobernabilidad y gobernanza En el entendido de la gobernanza como procesos de interacción entre los actores involucrados en un asunto público que llevan a la toma de decisiones o a la formulación de	normas sociales (Hufty, 2010), y comprendiendo este como una modalidad de resolución de problemas complejos que no solo pueden ser resueltos por el Estado y que implica el tomar e implementar decisiones (CEPAL, 2017), se parte de reconocer el contexto de capacidades, intersectorialidad, y participación social desde los cuales el país ha avanzado en consolidar el marco de acción de la gobernabilidad y gobernanza en salud ambiental. E. fortalecimiento de la gobernabilidad y la gobernanza son pilares fundamentales para la implementación de la PISA, ya que es necesario contar con mecanismos participativos, coordinación intersectorial, fortalecimiento de capacidades, gestión del conocimiento, transparencia, entre otros aspectos de importancia para que pueda ser una política sostenible que contribuya a la protección de la salud y el ambiente de manera equitativa. 4.2.4.1 Capacidades en salud ambiental Si bien Colombia cuenta con un marco normativo multisectorial que incide directamente en la salud ambiental —como regulaciones en calidad del aire, agua potable, residuos, sustancias químicas y ordenamiento territorial—, las capacidades institucionales para su aplicación articulada y eficaz siguen siendo limitadas, tanto en el nivel nacional como territorial. En particular, persisten debilidades en el sector salud relacionadas con la insuficiencia de recursos humanos calificados, limitaciones técnicas y presupuestales, baja priorización en la planificación y asignación de recursos, y escasa articulación con sectores como ambiente, vivienda y planeación. Esta situación se traduce en dificultades para implementar políticas, planes y proyectos integrales de salud ambiental, así como en esfuerzos institucionales aislados, duplicidad de funciones y recarga administrativa. Aunque existen avances normativos, aún se requiere fortalecer la capacidad del sector salud para incidir técnica y operativamente en procesos de regulación, vigilancia y prevención desde un enfoque de determinación social y salud pública. Esto se contrasta con la capacidades humanas, financieras y técnicas de las autoridades ambientales, las cuales alcanzan un desempeño de 0,38 sobre 1 (BID, 2020), y con la favorabilidad del entorno para la realización de acciones en salud ambiental, las cuales no superan de 3, en una escala de 0 a 5, con igual comportamiento en la gestión del conocimiento en salud ambiental, y en términos de capacidades específicas, con dificultad para la realización de acciones en los componentes de vectores, zoonosis, alimentos y habitabilidad, al igual que en la incorporación de políticas de salud ambiental en el accionar de las autoridades ambientales, a diferencia de las capacidades funcionales, las cuales se encuentran entre 3 a 4 o entre aceptables y adecuadas (Agudelo-Calderon, 2016). Desde las autoridades sanitarias, por su parte, se encuentra un 41% con debilidades de disponibilidad, suficiencia y pertinencia del talento humano con capacidades necesarias para la implementación de políticas, planes y proyectos de salud ambiental, adicional a un 28% de direcciones de salud que aún no realizan direccionamiento, coordinación, ejecución, monitoreo y evaluación de las intervenciones en salud ambiental, y un 76% de estas que requieren avanzar en acciones de mayor incidencia de la ciudadanía y comunidades en las decisiones públicas que afectan la salud ambiental (Reporte GETSA, vigencia 2023). Por su parte, los componentes de aire y salud, cambio climático y habitabilidad en cuanto a movilidad segura presentan porcentajes de implementación inferiores al 35% (Minsalud (b), 2018). Con respeto a los procesos de IVC de alimentos según lo evidenciado por el Invima durante las auditorías a las Entidades Territoriales de Salud, de 42 ETS auditadas, el 21,43% cuentan con más de un 90% o todo el personal vinculado en planta de personal, el 40,48% cuenta con personal vinculado en planta de personal y por prestación de servicios, y el 30,95% cuenta con más de un 90% de talento humano o todo vinculado por prestación de

servicios, lo cual no garantiza la realización de actividades de IVC en alimentos y bebidas durante todo el año (Invima, 2019). En relación con el desarrollo de procesos de capacitación en salud ambiental, en los últimos 10 años se cuenta con avances intersectoriales por generar espacios para el fortalecimiento de conocimientos y el mejoramiento de la comunicación y articulación institucional, entre los que se destacan 11 reuniones nacionales de salud ambiental realizadas desde 2008, dos encuentros nacionales de COTSA en 2015 y 2017, dos congresos nacionales de salud ambiental en 2012 y 2017, y el desarrollo de un curso virtual de capacitación en salud ambiental en 2017 con énfasis en calidad del aire y manejo de sustancias químicas, dirigidos a las diferentes entidades del nivel nacional y territorial involucradas con la salud ambiental (DNP (b), 2015). Adicionalmente, se han desarrollado procesos de competencias específicas para aire y cambio climático, a través del apoyo de OPS y la Universidad de Colombia, así como Minambiente y todo el fortalecimiento de capacidades con el apoyo de la organización internacional Salud sin Daño. Frente a la formación de profesionales en salud ambiental como medida para fortalecer las capacidades de las entidades a cargo de la gestión de la salud ambiental, el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de la OPS, en 2014 realizó una caracterización de la formación y desempeño del talento humano a cargo de la salud ambiental en Colombia, en la que se analizaron 25 programas académicos de posgrado y 20 de pregrado a nivel nacional, cuyos resultados evidenciaron que existen brechas entre los perfiles de los egresados y las necesidades en el campo de acción de la salud ambiental, que no existe un acercamiento entre la academia y la institucionalidad que permita la formación de talento humano acorde con las necesidades del desarrollo de la salud pública en el territorio, y que los procesos de investigación no están en concordancia con las problemáticas que enfrentan las instituciones (Minsalud, 2014). En este sentido, es importante promover la formación académica de base por parte del personal de salud ambiental. Al respecto, se ha avanzado en la certificación de competencias en salud ambiental, a través del SENA, con competencias específicas en: inspeccionar factores de riesgo y promover acciones de prevención del riesgo de acuerdo con protocolos técnicos y la normativa sanitaria, los cuales han sido principalmente acogidos desde el sector salud. En cuanto al fortalecimiento de capacidades mediante la articulación intersectorial, la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (Conasa) ha desarrollado, desde 2024 y hasta la fecha, espacios de asistencia técnica conjunta con el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio; Ministerio de Minas y Energía; Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Ministerio de Educación Nacional; Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural; Ministerio de Transporte; Departamento Nacional de Planeación, Instituto Nacional de Salud (INS) e Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Estas asistencias, dirigidas a los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA), tienen como propósito brindar orientación técnica para fortalecer la gestión intersectorial en el abordaje de los determinantes socioambientales de la salud, promoviendo la articulación institucional, la planificación conjunta y el desarrollo de acciones integradas en el marco de sus competencias territoriales. En este marco, se coordinaron y ejecutaron asistencias técnicas a los COTSA de Boyacá, Buenaventura, Cali, Córdoba, Guainía, Meta, Putumayo, Risaralda, Vichada, subregión de La Mojana (Antioquia, Bolívar, Córdoba y Sucre) y Valle del Cauca, en las que se impulsó la formulación de planes de acción intersectoriales para intervenir los determinantes socioambientales de la salud. En el caso específico de la subregión de La Mojana, se contó adicionalmente con el acompañamiento de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) y del Fondo de Adaptación, entidades que, si bien no forman parte de la Conasa, participaron de manera puntual en las acciones desarrolladas en este	territorio. Desde 2024 y hasta la fecha, estas asistencias técnicas conjuntas han beneficiado a diversas entidades territoriales. Entre los principales logros se destacan: el fortalecimiento de capacidades técnicas de las entidades que conforman los COTSA, tendiente a gestionar y prevenir la exposición a riesgos ambientales mediante la articulación e implementación de actividades de los actores nacionales y territoriales competentes para la intervención de los determinantes de la salud, de acuerdo con la oferta institucional, los planes y programas impulsados y liderados por las entidades que conforman la Conasa, en coordinación con las prioridades y particularidades territoriales (acceso al agua, saneamiento, planes de reconversión minera, sustitución de la leña, estrategias intersectoriales de educación ambiental, ordenamiento territorial alrededor del agua, entre otros), bajo el enfoque diferencial, promoviendo e impulsando la gobernanza participativa en salud ambiental. Estos resultados evidencian aportes concretos a la implementación de políticas y planes en los niveles local y regional. Lo anterior confronta el asumir nuevos retos ante agendas y compromisos propios de todos los sectores relacionados con salud ambiental, sin antes fortalecer las capacidades institucionales básicas, lo cual hace parte de una de las causas del problema y el mejoramiento de la gestión intersectorial en salud ambiental. 4.2.4.2 Intersectorialidad De acuerdo a los principios de la gobernanza como: la participación, el estado de derecho, orientación al consenso, equidad e inclusión, eficacia y eficiencia, rendición de cuentas, transparencia, y capacidad de respuesta (UN, 2018), actualmente no se cuenta con seguimiento específico, por lo que la PISA deberá avanzar en su desarrollo frente a la articulación con indicadores de gobernanza ambiental, desde los cuales incluso se busca lograr mejores resultados ambientales que garanticen la salud humana y de los ecosistemas (BID, 2020). En cuanto a la armonización entre políticas, se encuentran cerca de 20 documentos CONPES que incorporan temas relacionados con Salud Ambiental, donde un 15,2% de las acciones se correlacionan directamente con los componentes de aire y salud, variabilidad y cambio climático, seguridad química, agua y saneamiento, vectores y en especial con temas de habitabilidad. Sin embargo, para los componentes de alimentos y zoonosis, no se contó con acciones directas (DNP (b), 2021). Lo que evidencia en general la necesidad de articular dichas políticas con la PISA, a fin de optimizar y armonizar las respuestas y evitar duplicidad, e identificar a su vez otros instrumentos para articular con los componentes de zoonosis y alimentos. A fin de atender las necesidades de problemas complejos, diversos y multicausales como los de salud ambiental, la intersectorialidad ha jugado un papel importante como medio para llegar a acuerdos integrales en salud ambiental, buscando para esto alcanzar el nivel de intensidad más alto de la intersectorialidad a través de la integración entre sectores, e involucrando para esto la información, colaboración y coordinación, pasando así de una agregación de sectores a la integración en la cual se planifica de forma conjunta, se comparten recursos como saberes, experiencia, influencia, recursos económicos, entre otros, propios de cada sector, e integran estos hacia objetivos comunes (Cunill, 2014). En este sentido, se encuentran los siguientes avances por lograr acuerdos comunes en salud ambiental, principalmente a partir de instancias nacionales como la Conasa y los COTSA, sin desconocer otros espacios como el Consejo Nacional de Zoonosis (CNZ), la Comisión Intersectorial de Derecho Humano a la Alimentación (CIDHA) y la Comisión Intersectorial de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (Comisión MFS), la Comisión Intersectorial de Cambio Climático (CICC), la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) y el Grupo de Adaptación y Resiliencia, entre otras instancias con las que existe articulación. Sin embargo,
el llegar a una mayor integración entre sectores se identifica desde la misma Conasa con la generación de arreglos frente al funcionamiento de estas estructuras de gobernanza y el definir acciones, recursos y responsabilidades a través de la PISA como marco de acción común e intersectorial en salud ambiental. Por su parte, en el caso de las mesas técnicas se encuentran variaciones de acuerdo a su dinámica e integración entre sectores, donde por ejemplo, las mesas de calidad del agua y saneamiento, aire y salud, entornos saludables, y variabilidad y cambio climático, cuentan con avances en términos de información, cooperación y coordinación, con la generación de orientaciones propuestas inicialmente desde un sector y realimentados al interior de cada mesa, la coordinación de asistencias técnicas conjuntas, y consenso frente a indicadores y formulación de documentos conjuntos expedidos por órganos legisladores. En el caso de la mesa de seguridad química se destaca la formulación de políticas preventivas en el marco del accionar de la mesa, sin embargo, su actuar frente a las instancias territoriales es baja, así mismo la mesa de ETV, ha avanzado en los primeros niveles de la intersectorialidad, con el intercambio de información y cooperación principalmente reactiva frente a acciones a articular ante eventos emergentes como las arbovirosis. En la mesa de cambio climático se viene publicando mensualmente el boletín de clima y salud, de manera continua y vigente (ver cuadro 3). Es así como se encuentra la necesidad de involucrar prácticas y capacidades de liderazgo colaborativo en escenarios de poder compartido, donde por ejemplo, los ejercicios de presidencia de la Conasa, liderazgo de mesas y de asistencia técnica, puedan trascender a vincular a más actores de la Conasa, y donde pueda fortalecerse la movilización de recursos para llevar a cabo acciones coactivas en la búsqueda de bienes comunes (Crosby, 2011), y avanzar a mayores prácticas de integración en las que formulen y financien políticas, planes o estrategias conjuntas. En el caso de la mesa de cambio climático y salud, se resalta la sostenibilidad del Boletín Clima y Salud, un esfuerzo intersectorial que ha mantenido ediciones mensuales desde el año 2017, articulando información técnica relevante para la toma de decisiones. Este instrumento refleja un avance significativo en el intercambio de información y cooperación entre sectores, y constituye una buena práctica para fortalecer la articulación en el marco de la Conasa. Ha sido reconocido como modelo para la región. La Mesa Técnica de Calidad del Agua de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial de Salud Ambiental (Conasa), se constituye en un espacio permanente de articulación entre el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios y el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), cuyas acciones están orientadas a promover una gestión intersectorial e integral del agua, con el fin de avanzar en la garantía del derecho humano al agua y reducir los impactos negativos en la salud. En el caso de los COTSA, a 2024 el país cuenta con 42 consejos conformados mediante acto administrativo, de los cuales 31 son departamentales, 6 distritales y 5 municipales; y 2 COTSA en proceso de conformación. Acorde con el seguimiento realizado por la Conasa en las mesas técnicas de los COTSA predominan los temas de agua y saneamiento (95%), aire y salud, y seguridad química (79%]), seguido de entornos saludables (67%), y en menor proporción zoonosis y vectores, alimentos, sanidad portuaria y cambio climático, cada una con el 50%. Esta distribución evidencia las prioridades a nivel territorial y la relación con otras instancias que abordan estas problemáticas, como el caso del cambio climático a través de los nodos regionales u otros espacios liderados por la autoridad ambiental.	4.2.4.3 Participación social En Colombia un 38% de la población percibe que la protección del ambiente está garantizada, mientras un 65% considera el acceso a los servicios de salud como una de las principales expresiones de desigualdad en el país, y un 11% considera desigual el ejercicio de ciudadanía (Latinobarómetro, 2021). A su vez, de los 134 conflictos ambientales identificados en el país a 2022, derivados principalmente de procesos productivos, los principales afectados corresponden a agricultores, indígenas, pequeños pescadores, comunidades étnicas trabajadores y pequeños mineros, siendo las principales formas de movilización frente a estos conflictos el uso de peticiones escritas, activismo mediático, apoyo de ONG nacionales e internacionales, objeciones a estudios técnicos, y propuestas alternativas (Pérez, 2016), lo cual muestra estas movilizaciones ligadas con nuevas formas de protesta o no convencionales. Esto se contrasta con la situación de órdenes de cumplimiento de derechos a la salud y un ambiente sano, los cuales en los últimos 15 años se han relacionado con afectaciones en salud por actividades de minería formal (15%) e informal (30%), aspersión por glifosato (31%), y saneamiento básico (15%), los cuales se concentran en los departamentos del Chocó (23%), Cauca (15%) y La Guajira (15%), en la búsqueda de proteger principalmente a comunidades indígenas en el 67% de los casos, y un 22% de comunidades indígenas y étnicas (Minsalud (b), 2021). Por su parte, como resultado de la implementación de la estrategia de entorno comunitario saludable, se encuentra que a 2023, se realizó la identificación de las organizaciones sociales, líderes comunitarios que trabajan en el territorio de 46.88% de las DTS que reportaron información. Se identificaron 311 organizaciones sociales y comunitarias y líderes comunitarios, capacitando o sensibilizando a 8.318 líderes para promover buenas prácticas en los temas de salud ambiental, en el 46.88% de las DTS se realizaron acciones para promover la participación social y ciudadana, impulsar y difundir los componentes de salud ambiental y el derecho a la salud y ambientes sanos y favorecedores y potencializa dores de la salud, los cuales en algunos casos se articulan a nivel local con iniciativas de educación ambiental como los Procesos Ciudadanos y Comunitarios de Educación Ambiental (PROCEDA) o Proyectos Ambientales Escolares (PRAES). Lo anterior, reafirma la importancia de abogar por ejercicios de evaluación de impactos de proyectos sobre la salud pública, generar alianzas centradas en el bien público y el bienestar, desarrollar capacidades, promover dinámicas inclusivas y de articulación de actores, rendición de cuentas, intermediación e interpretación técnica de las demandas ciudadanas y estrategias de comunicación e información, iniciativas que propendan por el diálogo, la prevención de tensiones de conflictos ambientales y de las órdenes judiciales relacionadas con salud ambiental, y propender por acciones cogestionadas por comunidades, que generen un accionar vinculante como parte del abordaje integral en salud ambiental. 4.3. Componentes temáticos en salud ambiental Como parte de los elementos que integran la salud ambiental, se encuentran diferentes componentes temáticos que comprenden factores físicos, químicos y biológicos a los que está expuesta la población, y sobre los que se pueden generar o no impactos a la salud y el bienestar, de acuerdo con la degradación ambiental como por la afectación de otros determinantes socioeconómicos. En este sentido, entre los componentes temáticos sobre los cuales se ha organizado operativamente el abordaje en salud ambiental en el país, como son: agua y saneamiento, aire y salud, habitabilidad, zoonosis, seguridad química, variabilidad y cambio climático,

inocuidad y calidad de los alimentos, y vectores -sin esto desconocer que a futuro puedan configurarse otros componentes-, se encuentran retos a superar de forma transversal con la PISA, en términos de: contar con mayor gestión y análisis de información, incorporar en instrumentos de política, normatividad y planeación, criterios de salud ambiental, fortalecer capacidades, vincular mayor participación comunitaria, y abordar determinantes, de acuerdo a la situación y dinámica de cada componente a nivel nacional y territorial. Por tanto, como línea base se describe el contexto de los principales componentes temáticos de la salud ambiental, a partir de los eventos en salud y de los determinantes socioeconómicos que se integraran en la implementación de esta política (véase anexo 7.2). 5. Definición de la política De acuerdo al diagnóstico de la salud ambiental del país y sus principales problemáticas, la PISA busca en un horizonte de 10 años, consolidar, fortalecer e innovar la acción del Estado en salud ambiental y actuar desde un marco preventivo o anticipatorio, de integración, relacionamiento intersectorial y de incidencia en determinantes socioambientales, que reduzca la vulnerabilidad de la población, lo cual está mediado por cinco (5) grandes causas como: el aumento de la exposición de la población a factores ambientales según vulnerabilidad social; la débil respuesta interinstitucional; la débil movilización, participación ciudadana y control social; el escaso conocimiento de la relación entre ambiente y salud; y la deficiencia en la generación y disponibilidad de información oportuna y de calidad para sustentar la toma de decisiones con base en la evidencia. En este sentido, se plantean tres objetivos específicos que permiten resolver estas causas desde un marco de: intervenir intersectorialmente determinantes socioambientales, con enfoque diferencial, territorial e inclusivo; democratizar el conocimiento en salud ambiental para la toma de decisiones intersectoriales nacionales y territoriales; y fortalecer la gobernabilidad y gobernanza mediante acciones conjuntas y respuestas integrales en salud ambiental y sus determinantes. Por lo que estos objetivos y su plan de acción, se soportan en seis líneas estratégicas interdependientes entre sí y entre los diferentes componentes temáticos y procesos transversales. 5.1 Objetivo general Contribuir intersectorialmente al buen vivir y a la disminución de la carga ambiental de la enfermedad de las personas que habitan en el territorio colombiano, a través de la incidencia en los determinantes socioambientales de la salud y sus interacciones, la democratización del conocimiento y el fortalecimiento de la gobernabilidad y gobernanza en salud ambiental. 5.2 Objetivos específicos - Intervenir intersectorialmente determinantes socioambientales con enfoque diferencial, territorial e inclusivo, para avanzar en el derecho a la salud y a un ambiente sano. - Democratizar el conocimiento en salud ambiental para la toma de decisiones intersectoriales nacionales y territoriales, la gestión pública y la transparencia. - Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza mediante acciones conjuntas y respuestas integrales en salud ambiental y sus determinantes.	5.3 Líneas Estratégicas Para la implementación de la Política Integral de Salud Ambiental se definen seis líneas estratégicas transversales a los diferentes objetivos, como marco orientador de la acción en salud ambiental a desarrollar durante los próximos 10 años, las cuales deben operar de manera articulada debido a su interdependencia. 5.3.1 Línea Estratégica. Abordaje de la vulneración Esta estrategia busca articular acciones preventivas y reactivas en salud ambiental, con un enfoque intersectorial, una participación social activa y mecanismos de seguimiento para prevenir que los grupos vulnerables afronten exposiciones y efectos diferenciales en salud, vinculando tanto la voluntad política, la equidad distributiva, la promoción, protección y garantía de derechos, la responsabilidad de los sectores productivos y el compromiso de las comunidades, teniendo en cuenta que el estado debe garantizar entre otros, el derecho a un ambiente sano, a la vida y el derecho fundamental a la salud, mediante la incidencia positiva de los determinantes socioambientales. 5.3.2 Línea Estratégica. Desarrollo del conocimiento y comunicación Estrategia que hace referencia al proceso sistemático de recolección, captura, procesamiento, análisis, divulgación y uso efectivo de la información de manera intersectorial y comunitaria, a través del fortalecimiento de los sistemas de información y su interoperabilidad para el funcionamiento del SUIISA, la construcción de indicadores, generación de alertas tempranas, estimaciones de interés que permitan robustecer la evidencia, prevenir riesgos y facilitar la toma de decisiones a nivel nacional y territorial. Esta estrategia reconoce, a su vez, la necesidad de promover la investigación en salud ambiental, la generación de estrategias de comunicación y el desarrollo mecanismos que permitan la participación social a través de la Red Comunitaria Nacional en Salud Ambiental, entre otros procesos que permitan realizar intervenciones integrales, planificadas y continuas, para dar respuesta efectiva a las necesidades de la población, garantizando la transparencia, eficiencia, eficacia y la articulación entre las entidades, la academia y la comunidad. 5.3.3 Línea Estratégica. Generación de capacidades La generación de capacidades incluye potencializar el accionar gubernamental para ejercer sus competencias, garantizando la suficiencia, experiencia y conocimientos del talento humano de los diferentes sectores para el abordaje de determinantes socioambientales. Esto soportado en un marco administrativo, logístico y económico que reconozca: el nivel organizacional en aspectos como infraestructura, sistemas de información, fortalecimiento de los laboratorios, procedimientos y marcos internos, y el nivel individual que permita robustecer y favorecer el abordaje integral de la salud ambiental. 5.3.4 Línea Estratégica. Participación social y comunitaria Esta estrategia legitima los espacios y mecanismos de participación entre comunidades, sociedad civil, agremiaciones y el Estado, mediante el impulso de iniciativas sociales y comunitarias en salud ambiental, y la articulación entre estrategias de educación, a fin de facilitar un rol activo en la acción colectiva, toma de decisiones, manejo de conflictos socioambientales y control social, como en la generación de entornos y comunidades saludables, los cuales se apoyaran en la Red Comunitaria Nacional en Salud Ambiental y sus nodos territoriales. Así mismo vincula el compromiso por priorizar el bienestar de la población con enfoque diferencial y propender por el autocuidado y la protección ambiental; desde la abogacía por el desarrollo de procesos de responsabilidad y compromiso social, y la responsabilidad
compartida debido a acciones u omisiones que generen efectos negativos en los determinantes socioambientales. 5.3.5 Línea Estratégica. Fortalecimiento de la intersectorialidad Busca avanzar a una mayor integración e integralidad de la práctica intersectorial en salud ambiental, a través del fortalecimiento de espacios y mecanismos de articulación nacional y territorial en el tema como la Conasa, los COTSA y los Consejos Nacional y Territoriales de Zoonosis a fin de facilitar la toma de decisiones, la coordinación y el compromiso por priorizar el bienestar de la población y atender necesidades en salud ambiental, incluyendo la adopción, implementación y seguimiento de la PISA, y demás acciones concertadas. 5.3.6. Línea estratégica. Vigilancia, control y seguimiento Esta estrategia busca potenciar el ejercicio de gobernabilidad y rectoría de los diferentes sectores relacionados con el abordaje integral de la salud ambiental, teniendo en cuenta el desarrollo de capacidades y capital físico, humano y tecnológico que se requiere para intervenir determinantes socioambientales desde el accionar y competencias de cada sector, a fin de lograr una mayor protección del ambiente y la población colombiana, como en reducir y controlar factores de riesgo en salud ambiental de manera anticipatoria. 5.4 Plan de acción El seguimiento y verificación del plan de acción de la Política Integral de Salud Ambiental, será liderado por la Conasa, la cual definirá un instrumento de seguimiento a los objetivos, actividades, indicadores y temporalidad de ejecución. Las entidades que integran la Conasa deberán ejecutar la PISA y articular con sus entidades adscritas según aplique, siendo las entidades líderes de las subactividades los responsables de la coordinación, gestión de recursos y ejecución, y las entidades de apoyo el soporte técnico u operativo para la implementación (véase anexo 7.3). Para el seguimiento y verificación de la PISA, el SUIISA será la principal fuente de información. El plan de acción vincula a las entidades que conforman la Conasa y los COTSA como mecanismo multinivel para la ejecución de la PISA, y podrá apoyarse para su implementación según se requiera con organizaciones comunitarias, sociales, públicas o privadas, pueblos y comunidades étnicas, universidades y centros de investigación, con los cuales dinamizar esta política. En este sentido, la Conasa y los COTSA, deberán armonizar su plan de acción en función del cumplimiento de la PISA, y adaptar y complementar este a la dinámica y necesidad nacional y territorial. Actividad 1. Implementar acciones intersectoriales de adaptación a la variabilidad y cambio climático en salud y sus determinantes socioambientales a nivel nacional y territorial, que reduzcan la vulnerabilidad de comunidades. Subactividades: 1.1 Elaborar lineamiento metodológico para realizar análisis de vulnerabilidad a la variabilidad y cambio climático según eventos sensibles al clima para que sean implementados por las entidades territoriales. Líderes: Minambiente, Minsalud. Entidades de apoyo: entidades que conforman la Conasa y los COTSA.	Indicador 1: lineamiento metodológico para realizar análisis de vulnerabilidad de variabilidad y cambio climático elaborado y publicado. Indicador 2: porcentaje de entidades territoriales con análisis de vulnerabilidad a la variabilidad y cambio climático según priorización territorial. 1.2 Implementar medidas de adaptación a la variabilidad y cambio climático en salud y sus determinantes socioambientales en comunidades según territorios priorizados. Líderes: entidades que hacen parte de los COTSA. Entidades de apoyo: Minambiente, Minsalud, Minenergía, Minvivienda, Minagricultura, Mintransporte, INS, IDEAM e ICA. Indicador: porcentaje de entidades territoriales con medidas intersectoriales de adaptación a la variabilidad y cambio climático en salud implementadas. 1.3 Realizar acciones intersectoriales en territorios priorizados a escalas de tiempo, según los resultados de las simulaciones de alertas tempranas de enfermedades sensibles al clima. Líderes: Minsalud, Minambiente. Entidades de apoyo: entidades que conforman la Conasa y los COTSA. Indicador: número de territorios priorizados con medidas preventivas implementadas intersectorialmente ante posibles enfermedades sensibles al clima, según los resultados de las simulaciones. Actividad 2. Promover la incorporación de la salud ambiental en los instrumentos de planeación del nivel territorial, que contribuyan al buen vivir y disminuir desigualdades en salud ambiental. Subactividades: 2.1 Promover la incorporación de criterios de salud ambiental en la planificación territorial, para la reducción de desigualdades en salud ambiental. Líderes: DNP, Minvivienda, Minenergía, Minsalud. Entidades de apoyo: entidades que conforman la Conasa y los COTSA. Indicador: número de actividades desarrolladas que promuevan la incorporación en los planes de desarrollo territorial de criterios de salud ambiental para la disminución de desigualdades en salud y reducción de conflictos socioambientales en el primer semestre de la primera vigencia del periodo de gobierno de los alcaldes y gobernadores electos. Actividad 3. Intervenir determinantes socioambientales para la reducción de desigualdades en salud ambiental. Subactividades: 3.1 Intervenir intersectorialmente los determinantes socioambientales ante situaciones de conflictos socioambientales a nivel territorial, de manera intersectorial y en complementariedad y concurrencia con otras instancias y políticas públicas. Líderes: Minvivienda, Minambiente, Minenergía. Entidades de apoyo: entidades que conforman la Conasa y los COTSA. Indicador: porcentaje de conflictos socioambientales intervenidos intersectorialmente en territorios priorizados. 3.2 Definir los criterios de salud que podrán ser considerados en los procesos de licenciamiento ambiental priorizados o sobre los permisos, autorizaciones, concesiones

de aprovechamiento de recursos naturales, según aplique (estos criterios se definirán intersectorialmente para los procesos priorizados). Líderes: Minsalud, Minambiente, Minenergía. Entidades de apoyo: Mintransporte, Minagricultura, Mintrabajo, Mincomercio, Minvivienda, IDEAM, ICA. Indicador: Número de procesos de licenciamiento ambiental, permisos, autorizaciones y/o concesiones priorizadas con criterios de salud considerados. 3.3 Controlar y/o realizar seguimiento a los proyectos, obras o actividades sujetos a procesos de licenciamiento ambiental por proceso productivo según criterios de salud ambiental. Líderes: Minambiente, Minsalud, Minenergía. Entidades de apoyo: Mintransporte, Minagricultura, ICA. Indicador: porcentaje de procesos productivos priorizados con control y seguimiento. 3.4 Identificar los límites ambientales faltantes o insuficientes para la protección de la salud de las personas y comunidades. Líder: Minambiente y Minsalud. Entidades de apoyo: Mincomercio, Minenergía, Minagricultura, Mintrabajo, IDEAM. Indicadores: - Número de normas ambientales con actualización de límites de protección a la salud en procesos productivos. - Número de sustancias químicas con afectación al ambiente y a la salud restringidas, de acuerdo con la evaluación del riesgo o evidencia disponible. 3.5 Realizar control y seguimiento a los límites de protección a la salud en las normas ambientales actualizadas. Líder: Minambiente. Entidades de apoyo: entidades que conforman la Conasa y los COTSA. Indicador: Porcentaje de procesos productivos con control y seguimiento de acuerdo con límites de protección a la salud. 3.6 Implementar proyectos y/o proyectos tipo en salud ambiental por componente temático priorizado, gestionado a través de los COTSA o la instancia que haga sus veces. Líderes: Minvivienda, Minsalud, Minambiente, Minenergía. Entidades de apoyo: entidades que conforman la Conasa (en la estructuración), entidades que conforman los COTSA (ejecución). Indicadores: - Número de proyectos y/o proyectos tipo en salud ambiental implementados. - Número de territorios que implementan tecnologías alternativas por componente de salud ambiental priorizado y concertados con comunidades. Actividad 4. Generar conocimiento para la toma de decisiones en salud ambiental a nivel nacional y territorial. Subactividades: 4.1 Implementar sistemas de alerta temprana en salud ambiental a través de la Conasa y los COTSA o las instancias que hagan sus veces, articulados a la UNGRD y la red comunitaria de salud ambiental. Líderes: INS, IDEAM, Entidades que conforman los COTSA (articulados a la UNGRD). Entidades de apoyo: Minambiente, Minsalud, Minagricultura, Minenergía, Minvivienda, ICA, entidades que conforman los COTSA. Indicador: porcentaje de alertas tempranas en salud ambiental intervenidas a nivel territorial.	4.2 Desarrollar estrategias intersectoriales de educación y comunicación del riesgo en salud ambiental. Líderes: Minambiente, Minsalud. Entidades de apoyo: entidades que conforman la Conasa y los COTSA. Indicador: porcentaje de territorios priorizados con implementación de estrategias intersectoriales de educación y comunicación del riesgo en salud ambiental. 4.3 Estimar la carga, costos de la enfermedad atribuible a la degradación ambiental y factores ambientales priorizados, y los beneficios y ganancias en salud y calidad de vida a nivel nacional, cada 5 años, con posibilidades de análisis subnacional y resultados publicados en el SUIISA. Líderes: Minsalud, Minambiente. Entidades de apoyo: Minagricultura, IDEAM, INS, ICA, DNP (en la valoración económica) y las entidades que conforman los COTSA. Indicador: número de estimaciones de carga de la enfermedad atribuible a la degradación ambiental y factores ambientales realizadas. 4.4 Definir y actualizar desigualdades en salud ambiental por componentes temáticos o transversales priorizados, a nivel nacional cada 5 años. Líderes: Minsalud, Minambiente, Minvivienda. Entidades de apoyo: IDEAM, INS, Mesas Conasa. Indicador: número de mediciones de desigualdades en salud ambiental realizadas por componentes temáticos o transversales priorizados. 4.5 Implementar el SUIISA con información de estimaciones de carga, desigualdades, cobeneficios, alertas tempranas en salud ambiental, resultados de las investigaciones en salud ambiental, y demás análisis nacionales y territoriales, e información proveniente de imágenes satelitales en lugares donde no hay información disponible de estaciones de monitoreo. Líderes: Minsalud, INS, IDEAM, Minambiente, Minvivienda. Entidades de apoyo: entidades que conforman la Conasa y los COTSA. Indicadores: - SUIISA implementado con información de los componentes de salud ambiental. - Número de componentes de salud ambiental con información intersectorial y tableros de control cargados al SUIISA. 4.6 Implementar gradualmente los resultados y recomendaciones priorizadas de la línea de investigación en salud ambiental con seguimiento cada 5 años. Líder: Conasa. Entidades de apoyo: mesas Conasa y COTSA. Indicador: porcentaje de recomendaciones de las investigaciones en salud ambiental implementadas. 4.7 Promover líneas de investigación en salud ambiental por parte de las entidades correspondientes a escala nacional y regional. Líderes: Minciencias, Minsalud. Entidades de apoyo: Minambiente, IDEAM, INS, ICA. Indicador: número de convocatorias de investigación que incluyen temáticas en salud ambiental. Actividad 5. Fortalecer capacidades institucionales nacionales y territoriales para el abordaje de determinantes socioambientales.
Subactividades: 5.1 Fortalecer los laboratorios del orden departamental o distrital de sectores relacionados con salud ambiental para la vigilancia de factores de riesgo según procesos productivos. Líderes: Minambiente, Minagricultura, Minsalud. Entidades de apoyo: Minenergía, Mincomercio, IDEAM, INS, ICA, Invima. Indicador: porcentaje de laboratorios de referencia del orden departamental o distrital de sectores relacionados con salud ambiental fortalecidos para la vigilancia de factores de riesgo según procesos productivos. 5.2 Cualificar el talento humano en salud ambiental para el abordaje de determinantes socioambientales, en articulación con el SENA. Líderes: Minsalud, Minambiente, Minvivienda, Minenergía, Mintrabajo. Entidades de apoyo: entidades que conforman la Conasa y los COTSA. Indicador: porcentaje de entidades con acciones de cualificación en su talento humano para la intervención de las determinantes socioambientales realizadas. 5.3 Ampliación y mejoramiento de la infraestructura, conectividad, dotación y tecnologías de información y comunicación para fortalecer el control y seguimiento a las matrices ambientales y factores de riesgo que realicen las autoridades competentes en salud ambiental. Líderes: Conasa. Entidades de apoyo: Entidades que conforman la Conasa y los COTSA. Indicador: porcentaje de entidades fortalecidas en su infraestructura, conectividad, dotación y tecnologías de información y comunicación para la intervención de determinantes socioambientales. Actividad 6. Fortalecer la participación activa y vinculante en salud ambiental Subactividades: 6.1 Conformar la Red Comunitaria Nacional en Salud Ambiental. Líderes: Minambiente, Minsalud. Entidades de apoyo: entidades que conforman la Conasa y los COTSA. Indicador: red comunitaria nacional en salud ambiental conformada y con participación en los COTSA y la Conasa. 6.2 Facilitar incentivos y reconocer iniciativas o proyectos implementados por la red comunitaria nacional en salud ambiental. Líderes: Mincomercio, Minambiente, Minsalud. Entidades de apoyo: entidades que conforman la Conasa y los COTSA. Indicador: número de iniciativas o proyectos de la red comunitaria en salud ambiental reconocidos a través de la Conasa o los COTSA. 5.4.1 Financiamiento La financiación de la PISA se realizará con recursos de las instituciones que hacen parte de la Conasa e identificadas como líderes o entidades de apoyo de las subactividades del plan de acción, quienes gestionarán los recursos que se requieran para la implementación del	plan de acción de la política en el marco de sus competencias y procesos de planeación, los cuales pueden ser amparados con recursos de funcionamiento y de inversión del Presupuesto General de la Nación, de acuerdo con sus competencias. En ese sentido, las instituciones que conforman la Conasa deberán garantizar el cumplimiento de las actividades donde se encuentren como entidades de apoyo o líderes. Las entidades que conforman la Conasa, deben programar las acciones para el logro de las subactividades, de acuerdo con la disponibilidad presupuestal y la vigencia fiscal. Por tanto, es importante tener en cuenta que son las entidades, quienes en el marco de su autonomía priorizan y gestionan los recursos correspondientes para el desarrollo de las actividades contempladas en la política, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 110 del Decreto 111 de 1996 - Estatuto Orgánico del Presupuesto, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 1 y 3 del Decreto 2972 de 2010. De otro lado y teniendo en cuenta que algunas actividades pueden exceder la capacidad de las instituciones miembro, será necesario a través del trabajo articulado gestionar recursos de cooperación o convenios, para lo cual es necesario que las respectivas oficinas de los ministerios e institutos, en el marco de sus competencias, realicen la gestión financiera de la PISA. Una fuente que ha sido poco explorada, pero con un alto potencial para obtener recursos, es a través de las regalías. Para ello, es necesario un proceso orientado por el DNP, que brinde información a los miembros de los COTSA sobre los requisitos y trámites para acceder a los recursos del Sistema General de Regalías (SGR), así como realizar la asistencia técnica para la construcción de proyectos de inversión, según solicitud. Las entidades que conforman los COTSA, a su vez gestionarán recursos para la implementación del plan de acción a nivel territorial, con base al alcance de sus actos administrativos y gestión propia a nivel local. 6. Bibliografía Agudelo-Calderón, C. A. (2016). Identificación de capacidades en salud ambiental de las autoridades ambientales en Colombia. Revista de salud pública, Vol. 18, n.4, pp 605-616. Akerman M, Cavalheiro C, Bógus C, Chioro A, Buss P (2010). Las nuevas agendas de la salud a partir de sus determinantes sociales. En L. Galvão, J. Finkelman, S. Henao, OPS/OMS. Determinantes ambientales y sociales de la salud. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. p. 1-16. Álvarez Carlos, E. B. (2021). Evaluación nacional de biodiversidad y servicios ecosistémicos: resumen para tomadores de decisión. Bogotá. http://www.humboldt.org.co/images/pdf/10721/RTDFinalv290621.pdf. ANM (2024). Informe de producción minera 2023. Bogotá D.C. https://www.anm.gov.co ANLA (2024). Informe de rendición de cuenta institucional 2023-2024. ANSV (2023). Boletín Estadístico Nacional. Fallecidos y Lesionados 2022. Serie Nacional enero – noviembre 2022, Serie: BTE_MPN_2022013001. ANSV (b) (2023). Caracterización de la siniestralidad vial en Colombia 2023.

BID (2020). Indicadores de gobernanza ambiental para América Latina y el Caribe. https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Indicadores-de-gobernanza-ambiental-para-América-Latina-y-el-Caribe.pdf. Banco Mundial (2023). Impact of Climate Change in Health in Colombia and Recommendations for Mitigation and Adaptation. https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099100523120019013 CAS (2021). CAS REGISTRY. CAS. https://www.cas.org/cas-data/cas-registry. Casas S, García A, Suárez S, Barberá M, López E, Aránguez E, Ordóñez JM, Martínez (2011). La salud en la evaluación de impactos ambientales. Guía metodológica. Sociedad Española de Sanidad Ambiental. Serie De aeribus, aquis et locis nº 1, Madrid. CCO (2018). Política Nacional del Océano y de los Espacios Costeros. Bogotá. CDC (2022). Prioritizing Zoonotic Diseases for Multisectoral One Health Collaboration in Colombia. CEPAL (a) (2017). Desarrollo sostenible, urbanización y desigualdad en América Latina y el Caribe. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42141/1/S1700701_es.pdf CEPAL (b) (2017). Panorama Social de América Latina 2020. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL. CEPAL (2020). El desafío social en tiempos del COVID-19. Serie Medio Ambiente y Desarrollo N° 148. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf. CEPAL (2020). Panorama Social de América Latina 2020. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL. Cienciencias (2012). Plan Estratégico de Boyacá de Ciencia, Tecnología e Innovación. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglciefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fminciencias.gov.co%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fupoad%2Fpaginas%2Fpactdi-boyaca.pdf&clen=8336540&chunk=true. Colciencias (2019). Plan anual de convocatorias. https://colciencias.gov.co/convocatorias/todas?order=body&sort=desc&page=10. Contraloría General de la República (2014). Minería en Colombia: Control público, memoria y justicia socio-ecológica, movimientos sociales y postconflicto. Capítulo 4. Bogotá. Crosby, B. (2011). Collaboration. Political and Civil Leadership, Vol 100. Cunill, G. N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. Gestión y Política Pública, 23, 1, 5-46. Cunningham, A. (2005). A walk on the wild side—emerging wildlife diseases. DANE (2021). Pobreza monetaria en Colombia. Resultados 2020. DANE (a) (2024). Boletín Técnico: Pobreza monetaria, pobreza extrema e índice de Gini en Colombia – 2023. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá D.C. Disponible en: https://www.dane.gov.co	DANE (b) (2024). Boletín Técnico: Pobreza multidimensional en Colombia – 2023. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá D.C. Disponible en: https://www.dane.gov.co DANE (c) (2024). Cobertura de servicios públicos domiciliarios – 2023. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá D.C. Disponible en: https://www.dane.gov.co DANE (d) (2024). Déficit habitacional en Colombia – 2023. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá D.C. Disponible en: https://www.dane.gov.co DANE (b) (2025). Boletín Técnico: Pobreza multidimensional en Colombia – 2024. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá D.C. Disponible en: https://www.dane.gov.co DANE (c) (2025). Boletín técnico: Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) - 2024. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá D.C. Disponible en: https://www.dane.gov.co Daszak, C. (2000:2001). Emerging infectious diseases of wildlife – threats to biodiversity and human health. DNP (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010, Estado Comunitario: desarrollo para todos. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND_Tomo_1.pdf. DNP (2008). Documento CONPES 3550/2008 Lineamientos para la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental con énfasis en los componentes de calidad del aire, calidad del agua, y seguridad química. Bogotá. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3550.pdf. DNP (a) (2015). Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018: Todos por un nuevo país. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND%202014-2018%20Tomo%201%20internet.pdf. DNP (b) (2015). Informe de seguimiento a la implementación del documento CONPES 3550 de 2008. Bogotá. DNP (a) (2018). Valoración económica de la contaminación del aire urbano, la Valoración económica de la degradación ambiental en Colombia 2015: contaminación del aire interior y la deficiencia en la cobertura de acueducto y el alcantarillado. Bogotá: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Valoraci%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20de%20la%20degradaci%C3%B3n%20ambiental.pdf. DNP (b) (2018). CONPES 3920, Política nacional de explotación de datos (BIG DATA). Bogotá. DNP (a) (2019). Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022: Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/BasesPND2018-2022n.pdf DNP (b) (2019). CONPES 3981 Declaración de importancia estratégica del proyecto capacitación de recursos humanos para la investigación nacional. Bogotá. DNP (2020). Colombia Potencia Bicecéanica Sostenible. Bogotá. DNP (a) (2021). Reporte Nacional Voluntario 2021.
DNP (b) (2021). Seguimiento Documentos CONPES asociados a salud ambiental con base en informes SISCONPES. DNP (2022). Informe anual de avance en la implementación de los ODS en Colombia 2022. DNP (2024). Informe de seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible – Avances 2023. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C. Disponible en: https://www.dnp.gov.co DNP. (2024). Balance macroeconómico y proyecciones -- 2024. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C. Disponible en: https://www.dnp.gov.co EJAtlas (2024). Environmental Justice Atlas – Colombia. Institute of Environmental Science and Technology. Universitat Autònoma de Barcelona. https://ejatlas.org FAO/WHO. (2024, diciembre). Report on global foodborne viral diseases. Ginebra-Roma: FAO/WHO. https://www.who.int/data/gho/data/themes/who-estimates-of-the-global-burden-of-foodborne-diseases?utm_source=chatgpt.com Federación Nacional de Cultivadores de Palma de Aceite – Fedepalma. (2024). Desempeño del sector palmero en 2023 y perspectivas 2024. Finkelman J Et al (2010). Gobernanza de la salud ambiental en América Latina. En L. Galvão, J. Finkelman, S. Henao, OPS/OMS. Determinantes ambientales y sociales de la salud. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. FLACSO (2015). Informe técnico para el diseño de plan de trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública, Chile. GBD Risk Factors Collaborators (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet, 390: 1345–422. Gobierno de Colombia (2020). Actualización de la Contribución Determinada a Nivel Nacional. https://www4.unfccc.int/sites/ndcstaging/PublishedDocuments/Colombia%20First/NDC%20actualizada%20de%20Colombia.pdf. Gobierno de Colombia (2021). Estrategia Climática de Largo Plazo de Colombia para Cumplir con el Acuerdo de París (E2050): https://acmimeria.com.co/acm/wp-content/uploads/2021/05/040521-DOCUMENTO-LTS-E2050-COLOMBIA.pdf. González-González, Andrés (2021). Growing mining contribution to Colombian deforestation. Environmental Research Lett. 16 064046. Huffty M. (2010). Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. Rev. salud pública 2010. ICA (2020). Boletín epidemiológico semanal Encefalitis semana 53. ICA (2021). ICA Comunica. https://www.ica.gov.co/periodico-virtual/prensa/informe-especial-caracol-gigante-africano. ICA (2023). Boletín epidemiológico semanal años 2012 a 2020. IDEAM (2014). Implementación del Sistema de Información de Recurso Hídrico. Bogotá.	IDEAM (a) (2019). Estudio Nacional de Agua 2018. Bogotá. IDEAM (2020). Informe nacional de residuos o desechos peligrosos en Colombia, 2019. http://documentacion.ideam.gov.co/openbiblio/bvirtual/023901/InformeResiduos2019.pdf. IDEAM (2022). Informe del Estado de la Calidad del Aire en Colombia 2021. Bogotá. IDEAM (2023). Detección Temprana de Deforestación – DTD. Boletín No. 33 octubre – diciembre 2022. IDEAM (b) (2023). Estudio Nacional del Agua 2022. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Bogotá, D.C. https://www.ideam.gov.co/sites/default/files/prensa/boletines/2024-08-27/estudio_nacional_del_agua_2022.pdf IDEAM (2024). Escenarios de Cambio Climático Cuarta Comunicación de Colombia, Ministerio de Ambiente y desarrollo sostenible, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNU, Fundación Natura y Proyecto GEF – CBIT. IDEAM, IAvH, Invermar, SINCHI e IIAP. (2013). Tomo 3: Contaminación del aire y agua en Colombia e impactos sobre la salud. Informe del Estado del Medio Ambiente y los Recursos Naturales Renovables. Bogotá. IDEAM, PNUD, MADS, DNP, CANCELLERÍA (2015). Nuevos Escenarios de Cambio Climático para Colombia 2011-2100: Herramientas Científicas para la Toma de Decisiones-Enfoque Nacional y regional. Tercera Comunicación Nacional de Cambio Climático. https://n9.cl/2m8jo IGAC. (2023). Fragmentación y distribución de la propiedad rural en Colombia. IHME (2021). Health Data Colombia. http://www.healthdata.org/colombia IHME-GBD. (2021). Data visualization-Colombia. https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ IHME (a). (2024). Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Results. Institute for Health Metrics and Evaluation. IHME (b). (2021). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Institute for Health Metrics and Evaluation. Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt (2021). En Colombia, más de la mitad de sus ecosistemas se encuentran en riesgo. http://www.humboldt.org.co/es/actualidad/item/1489-en-colombia-mas-de-la-mitad-de-sus-ecosistemas-se-encuentran-en-riesgo. Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt (2021). Evaluación Nacional de Biodiversidad y Servicios Ecosistémicos en Colombia. INS (a) (2015). Informe Nacional de las Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Bogotá. INS (b) (2015). Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Discapacidad. Informe Técnico 5. Bogotá.

INS (a) (2018). Carga de enfermedad ambiental en Colombia; Décimo Informe Técnico Especial. Bogotá. https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/10%20Carga%20de%20enfermedad%20ambiental%20en%20Colombia.pdf. INS (b) (2018). Resumen ejecutivo. Carga de Enfermedad Ambiental. Décimo Informe Técnico Especial. Bogotá. INS (b) (2020). Informe del evento Leptospirosis. Bogotá. INS (2021). Investigación en salud ambiental y laboral. https://www.ins.gov.co/Direcciones/Investigacion/Paginas/publicaciones.aspx#InplviewHas hf3e05fc8-54da-496e-a977-2421436a2ebf=WebPartID%3D%7BF3E05FC8--54DA--496E--A977--2421436A2EBF%7D-FilterField1%3DGrupo-FilterValue1%3DGrupo-FilterValue1%3DSalud%2520Ambi INS (a) (2022). Informe de Evento Brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos. INS (a) (2023). Informe de evento vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición. INS (b) (2023). Informe del Evento Leptospirosis 2022. INS (c) (2023). Informe de Evento Rabia Humana y Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia, 2022. INS (a) (2023). Informe de Evento. Intoxicaciones Agudas por Sustancias Químicas 2022. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTOXICACIONES%20INFORME%202022.pdf INS (d) (2023). Cuando la muerte es evitable. Observatorio Nacional de Salud. INS (2024). Boletín Epidemiológico Semanal: Malaria y Leptospirosis. INS (2025). Boletín Epidemiológico Semanal: Semana epidemiológica 5, 2025. Bogotá, D.C.: INS. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025_Boletin_epidemiologico_semana_5.pdf INS (b) (2025). Informe de Evento: Vigilancia Integrada de Muertes en Menores de 5 años por IRA, EDA y Desnutrición 2023. Bogotá, D.C. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf INVEMAR (2021). Formulación del protocolo nacional para la gestión de eventos por floraciones de algas nocivas (FAN) en la zona costera. http://www.inveamar.org.co/-/colombia-avanza-en-la-formulacion-del-protocolo-nacional-para-la-gestion-de-eventos-por-floraciones-de-algas-nocivas-fan-en-la-zona-costera. INVIMA (2019). Diagnóstico de la problemática sanitaria nacional de alimentos y bebidas. https://www.invima.gov.co/sites/default/files/alimentos-y-bebidas-alcoholicas/2023-09/ANEXO%201-Documento%20de%20diagnc%C3%B3stico-ivc.pdf. IPBES (2019). Summary for policymakers of the global assessment report on biodiversity and ecosystem services of the Intergovernmental. Bon, Germany.	IPBES (2021). Pandemics report: escaping the "era of pandemics". https://ipbes.net/pandemics. IPCC (2022). Summary for Policymakers. Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Larsen, B. (2004). Los Costos de los daños Ambientales en Colombia. Bogotá: Banco Mundial. Latinobarómetro (2021). Informe 2021. Mayorga, F. y Córdova, E. (2007). Gobernabilidad y Gobernanza en América Latina (Working Paper NCCR Norte-Sur IP8). http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-334.html Mesa Conceptual. (2021). Resultados Encuesta identificación de inclusión de la salud ambiental en Planes de Desarrollo Territorial. Mesa Técnica Nacional de Entornos Saludables, Conasa (2016). Lineamientos Nacionales de Entornos. Minagricultura (2018). Cadena de palma de aceite. Cifras sectoriales (Octubre 2018). Sistema de Información de Gestión y Desempeño de Organizaciones de Cadenas – SIOC. Minagricultura (2024). Informe de producción agrícola nacional 2023. Bogotá D.C. https://www.minagricultura.gov.co Minambiente (2016). Orientaciones a las autoridades ambientales para la definición y actualización de las determinantes ambientales y su incorporación en los planes de desarrollo territoriales municipales y distritales Minambiente (2020). Orientaciones a las autoridades ambientales para la definición y actualización de las determinantes ambientales y su incorporación en los planes de desarrollo territoriales municipales y distritales. 2da Versión. Minambiente (2022). Otras herramientas técnicas para el licenciamiento ambiental. Minenergia (a) (2023). Canasta de generación de energía eléctrica - Sistema Interconectado Nacional. Tableros Integrame 2023. Minenergia (b) (2023). Escenarios nacionales. Transición Energética Justa. Rutas que nos preparan para el futuro. Minenergia (c) (2023). Diagnóstico Base para la Transición Energética Justa. Minenergia (2025). Colombia da un paso histórico hacia la movilidad eléctrica: todas las estaciones de carga deberán ser interoperables. Noticias. https://www.minenergia.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias-index/colombia-da-un-paso-historico-hacia-la-movilidad-electrica-todas-las-estaciones-de-carga-deberan-ser-interoperables/ Minsalud (2007). Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf
Minsalud (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf. Minsalud (2014). Caracterización de necesidades de información e investigación en salud ambiental para Colombia. Minsalud (2015). Documento técnico de avances de la Política Integral de Salud Ambiental, el CONPES 3550/2008 y los Consejos Territoriales de Salud Ambiental - COTSA. Bogotá. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/documento-tecnico-avance-pisa.pdf Minsalud (a) (2016). Modelo de Fuerzas Motrices en el marco de la Dimensión de Salud Ambiental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Minsalud (b) (2016). Orientaciones para la intersectorialidad https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/orientaciones-intersectorialidad.pdf. Minsalud (a) (2018). Informe de gestión avance del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/informe-gestion-plan-decenal-salud-publica-2018.pdf. Minsalud (b) (2018). Implementación de la Estrategia de Seguimiento a la Gestión Territorial de Salud Ambiental- Consolidado línea base 2017 de las Direcciones Territoriales de Salud. Minsalud (c) (2018). Resolución 3280 de 2018 "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación." Minsalud y OPS/OMS (2018). Estudio Nacional de Equidad y Salud Ambiental (ENESA) Colombia 2018. Minsalud (a) (2020). Análisis de Situación de Salud (ASIS), Colombia. 2020. Bogotá Minsalud (b) (2020). Propuesta del procedimiento para realizar el seguimiento a poblaciones priorizadas e identificar efectos en salud asociados a la exposición a sustancias químicas. Minsalud (c) (2020). Implementación de los lineamientos nacionales de entornos saludables y las estrategias de entornos saludables a nivel nacional y territorial. Minsalud (a) (2021). Sector salud implementará medidas de prevención y control del caracol africano. https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Sector-salud-implementar-medidas-de-prevencio%C3%B3n-y-control-del-caracol-africano-.aspx. Minsalud (b) (2021). Documento técnico consolidado sentencias de órdenes de la corte constitucional y otros jueces con destino al Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud (c) (2021). Plan Nacional de Inspección de Vigilancia y Control. Minsalud (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, Resolución 1035 de 2022, modificada por la Resolución 2367 de 2023. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%202023.pdf Minsalud (a) (2023). Injusticias socioambientales y salud. Colombia 2010–2022.	Minsalud (2023). Circular 013, Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Conjunta%20Externa%20No.13%20de%202023.pdf Minsalud (2024). Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2024. Bogotá, D.C. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2024.pdf Minsalud (a) (2025). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) Lineamientos para el Manejo Integrado de Vectores (MIV) https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-manejo-integrado-vectores-psa.pdf Minsalud (b) (2025). Directrices para la preparación, organización y respuesta ante la situación de alerta y emergencia en todo el territorio nacional por fiebre amarilla y se actualiza la circular 018 de 2017 con relación a la exigencia de certificación internacional o carne nacional de vacunación y deroga la circular 018 de 2024 y 005 de 2025. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No%20012%20de%202025.pdf Minvivienda, 2024. Reporte del indicador "Porcentaje de aguas residuales urbanas tratadas" – Corte 31 de diciembre de 2023. Bogotá D.C., Colombia. Minvivienda (b) (2024). Informe Nacional de Monitoreo a los Recursos del SGP-APSB vigencia 2024. Bogotá, D.C. Minvivienda, Minsalud, INS, Superservicios (2025). Informe nacional de calidad del agua para consumo humano (INCA) 2023. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/inca-2023.pdf Ocampo, J. A., & Valdés, M. F. (2020). Políticas de desarrollo productivo: una agenda para el futuro. Bogotá: Friedrich-Ebert-Stiftung en Colombia (Fescol). OIE (2021). Emergencia y resiliencia. https://www.oie.int/es/que-ofrecemos/emergencia-y-resiliencia/covid-19/ OIEA (2021). Contaminación del mar y las costas. https://www.iaea.org/es/temas/contaminacion-del-mar-y-las-costas. OMS, OIE, FAO (2017). Hoja de ruta contra la tuberculosis zoonótica. Ginebra. OMS (2021). Water, sanitation and hygiene (WASH): Monitoring and evidence. https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health/monitoring-and-evidence/wash-monitoring OMS (a) (2024). Food safety. Fact sheet. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/food-safety OMS (b) (2024). WHO estimates of the global burden of foodborne diseases. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/themes/who-estimates-of-the-global-burden-of-foodborne-diseases OMSA (2023). Tuberculosis bovina. https://www.woah.org/es/enfermedad/tuberculosis-bovina/

OPS, Ministerio de Salud (2001). Plan Nacional de Salud Ambiental (PLANASA) 2000-2010. Bogotá. OPS (2023). Preguntas y respuestas sobre influenza aviar A(H5N1). Pérez-Rincón, M. A. (2014). Conflictos ambientales en Colombia: actores generadores y mecanismos de resistencia comunitaria. Ecología Política, 76. Pérez-Rincón, M. A (2016). Caracterizando las injusticias ambientales en Colombia: estudio para 115 casos de conflictos socio-ambientales. Cali: Universidad del Valle. Pineda, J. E., Gavio, B., Arencibia, G. (2009). Floraciones algales nocivas, intoxicación por microalgas e impactos sobre el desarrollo regional: el caso de San Andrés Isla. Cuadernos del Caribe No. 13, 47-60. Prüss-Ustün, A. W. (2019). Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries. International Journal of Hygiene and Environmental Health, 765-777. Quintero, R. E., Balen, N. S., Hernández, J. M., García, J. R., Villegas, A. R. (2014). Estimación de la Carga de Enfermedad en Colombia, 2010. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Obtenido de Estimación de la Carga de Enfermedad para Colombia. RUNT (2026). Balance del sector: Corte: 31 de diciembre de 2025. https://www.runt.gov.co/sites/default/files/documentos/Balance%20del%20Sector%20Tr%C3%A1nsito%20y%20Transporte%202025%20%281%29_0.pdf Sánchez A, Contreras A, Corrales Juan, De la Fe Christian (2022). En el principio fue la zoonosis: One Health para combatir esta y futuras pandemias. Informe SESPAS 2022. Sarmiento et al. (2020). Transformaciones urbanas y salud: resultados de la evaluación del TransMiCable. Bogotá. https://epiandes.uniandes.edu.co/wp-content/uploads/Transformaciones-urbanas-y-salud.pdf. Saraullo (2023). Enfermedades infecciones zoonóticas: Importancia de la notificación de casos positivos en animales. Suárez, O. J., Narváez, P. C. (2017). Perfil Nacional de Sustancias Químicas en Colombia. Vol II: Actualización de los capítulos 2 y 3, con énfasis en sustancias de uso industrial. II, 59. Superservicios (a) (2020). Remisión de información del caudal de aguas residuales urbanas tratadas correspondiente al año 2019. Superservicios (b) (2020). Informe Nacional de Disposición Final de Residuos Sólidos 2019. Superservicios, 2024. Informe Sectorial de Acueducto y Alcantarillado – Vigencia 2023. Bogotá D.C., Colombia. UN (2009). What is Good Governance? https://www.unescap.org/sites/default/files/good-governance.pdf UN (2018). Comité de Expertos en Administración Pública: Informe sobre el 17º período de sesiones (23 a 27 abril de 2018). https://digitallibrary.un.org/record/1628165. UN-HABITAT. (2020). World Cities Report 2020: The Value of Sustainable Urbanization. https://unhabitat.org/World%20Cities%20Report%202020.	UNICEF, WHO. (2021). State of the World's Hand Hygiene: A global call to action to make hand hygiene a priority in policy and practice. New York. Obtenido de Serie Medio Ambiente y Desarrollo N° 148. Undurraga, E.A, M. F. (2020). Costs and effectiveness of alternative dog vaccination strategies to improve dog population coverage in rural and urban settings during a rabies outbreak, Vaccine, 6162-6173. UNEP (2022). Emissions Gap Report (EGR) 2022: The Closing Window – Climate crisis calls for rapid transformation of societies (Emissions Gap Report). United Nations Environmental Programme. https://www.unep.org/resources/emissions-gap-report-2022 UPME (2015). Informe de Gestión 2014 -2015. Bogotá. UPME (a) (2019). Propuesta para formular el programa de sustitución progresiva de leña como energético en el sector residencial de Colombia. Bogotá. UPME (b) (2019). Plan Energético Nacional 2020 - 2050. Bogotá. UPME (2024). Estudio sobre las dinámicas de oferta y demanda de oro. UPME (c) (2025). https://docs.upme.gov.co/DemandayEficiencia/Documents/PEN_2024_2054/PDF1_PEN_2024-2054_Tomo_I.pdf UPME (d). (2026). Geovisor de la Unidad de Planeación Minero-Energética (UPME): https://sig.upme.gov.co/portal/apps/experiencebuilder/experience/?id=4d4a81c194a64780a51d3ab557f4c51d WHO (a) (2016). Deaths attributable to the environment, by WHO region and income status. Ginebra: https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/Updated-2016-data-tables_Preventing_disease_Deaths_DALYs_PAFs_Sept_2019_rev.xlsx?ua=1. WHO (b) (2016). Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204585/9789241565196_eng.pdf?sequence=1. WHO, FAO, OIE (2017). Roadmap for zoonotic tuberculosis. WHO (2018). The public health impact of chemicals: knowns and unknowns: data addendum for 2016. https://apps.who.int/iris/handle/10665/279001 WHO (2019). Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. Updated 2016 data tables. Geneva. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565196 WHO (2020). Food safety. Key Fact. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/food-safety WHO (2021). Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment. Geneva. http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v35nspe/v35nspea02.pdf WHO (2023). Health benefits of raising ambition in Colombia's Nationally Determined Contribution (NDC): WHO technical report. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
World Bank (2014). Environmental Health Costs in Colombia: the Changes from 2002 to 2010. Washington https://documents1.worldbank.org/curated/en/657631468047104545/pdf/929560WP0P14940s0occ-0paper0series0.pdf World Resources Institute (2022). Undermining rights, indigenous lands and mining in the Amazonia. https://files.wri.org/d8/s3fs-public/Report_Indigenous_Lands_and_Mining_in_the_Amazon_web_1.pdf 7. Anexos 7.1 Ampliación diagnóstico por componentes temáticos en salud ambiental. A continuación, se describe el contexto de los principales componentes temáticos de la salud ambiental, con base en eventos en salud, determinantes socioeconómicos, avances y retos de estos a superar con la PISA, según: 7.1.1 Habitabilidad, entornos y movilidad La vivienda constituye la base de la estabilidad y la seguridad de los individuos y las familias, la vivienda es sobre todo un derecho humano, en virtud del derecho internacional, el derecho a una vivienda adecuada entraña tener seguridad de la tenencia, —sin la amenaza del desalojo o la expulsión del hogar o la tierra. Significa vivir en un lugar acorde con la cultura propia y tener acceso a servicios, escuelas y empleo adecuados. El cambio climático, las catástrofes naturales y los conflictos armados constituyen una amenaza al disfrute del derecho a una vivienda adecuada y desplazan a millones de personas cada año. En muchos países, las mujeres, las minorías religiosas y étnicas, los pueblos indígenas, las personas con discapacidad, los migrantes y los refugiados sufren discriminación en materia de vivienda o viven en condiciones lamentables. La segregación espacial excluye a muchos residentes de un acceso pleno en condiciones de igualdad a los servicios públicos, la educación, el transporte y otras oportunidades. Más de 1.800 millones de personas viven en asentamientos informales o en viviendas inadecuadas, con acceso limitado a los servicios esenciales como el agua, el saneamiento o la electricidad, y a menudo bajo la amenaza del desalojo forzoso.¹ En Colombia la Estrategia de Vivienda Saludable tiene antecedentes en el contexto de la atención primaria en salud, en desarrollo de acciones para el mejoramiento de las viviendas y el entorno como manejo casero del agua, instalación de tasas sanitarias, traslado de cocinas de las áreas de dormitorio a áreas exteriores, eliminación de excretas, manejo de residuos sólidos y líquidos y fumigación de viviendas y entornos. Esta intervención, como todas las enmarcadas en las estrategias de Entornos Saludables, ha tenido una evolución conceptual y metodológica que se concretó en el año 2006 con el documento de política "Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables"; y luego en el 2016, de manera intersectorial en la Mesa de Entornos Saludables del Nivel Nacional se formularon los Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables, los cuales tienen el propósito de dar lineamientos marco a los sectores nacionales y a los entes territoriales, para promover intervenciones, actividades y/o acciones en los entornos que aporten al desarrollo sostenible, al desarrollo humano y a la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, mediante intervenciones integrales enmarcadas en procesos articulados sectorial e intersectorialmente, con participación activa ¹ https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-housing/human-right-adequate-housing	de los diferentes actores; y con enfoque diferencial en respuesta a las necesidades de la comunidad, como estrategia fundamental para la intervención de los determinantes sociales sanitarios y ambientales. Estos lineamientos, como los documentos de las estrategias de los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral con énfasis en la informalidad y el lineamiento del entorno institucional, se encuentran armonizados con las definiciones² y orientaciones contenidas en la Resolución 3280/2018 y su anexo técnico que adopta la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Estas estrategias buscan la ejecución de actividades que promueven entornos con condiciones favorecedoras de la salud, así como procesos que promuevan la adquisición y el fortalecimiento de conocimientos y prácticas de las personas, familias y comunidades que habitan en el ámbito rural y urbano, relacionadas con la capacidad de las personas para cuidar de su propia salud, la del otro y del ambiente, en el marco de los componentes de la salud ambiental. En este sentido, en el país se ha venido implementando los lineamientos y estrategias de entornos saludables. Así, para el año 2022, 21 direcciones territoriales de salud departamentales posicionaron los entornos saludables en los Planes Territoriales de Salud, construyeron planes de acción intersectoriales, abordaron comunidades étnicas y articularon las acciones de salud ambiental con otros temas en salud pública. La estrategia del entorno hogar se implementó en 334 municipios, caracterizando aproximadamente 80.000 viviendas, se abordaron con la estrategia 109.000 viviendas, 110.000 familias y 215.000 personas, de las cuales 23.000 mejoraron sus prácticas relacionadas con los componentes de salud ambiental, y se capacitaron 1.333 agentes comunitarios. La estrategia del entorno educativo fue implementada en un total de 249 municipios. La estrategia del entorno laboral con énfasis en la informalidad fue implementada en un total de 234 municipios, abordando un total 11.000 trabajadores informales, de los cuales 7.000 cambiaron sus prácticas relacionadas con las condiciones de trabajo y las prácticas relacionadas con los componentes de salud ambiental. La estrategia del entorno comunitario fue implementada en un total de 274 municipios, se identificaron 569 organizaciones sociales y comunitarias y líderes comunitarios, capacitando o sensibilizando a 373 líderes para promover buenas prácticas en los temas de salud ambiental. Los datos para el año 2023 se resumen en: La estrategia del entorno hogar se implementó en 172 municipios, se caracterizaron en total 254.000 viviendas, se abordaron con la estrategia del entorno hogar 169.000 viviendas, 168.000 familias y 616.312 personas, y se capacitaron 694 agentes comunitarios. La estrategia del entorno educativo se implementó en 216 municipios, La estrategia del entorno laboral con énfasis en la informalidad fue implementada en un total de 116 municipios, y la estrategia del entorno comunitario fue implementada en un total de 302 municipios. Los datos muestran los resultados positivos del acompañamiento y asistencia técnica a las áreas de salud ambiental de las direcciones territoriales de salud, concluyendo que se ha posicionado la implementación de intervenciones poblacionales y colectivas de que trata la Resolución 3280 de 2018 a través de las estrategias de entornos saludables en el marco de los componentes de salud ambiental. El desarrollo urbano tiene el potencial de hacer que las ciudades sean un motor para el desarrollo socioeconómico de los países. No obstante, si no se planifica ni gestiona de manera correcta, puede provocar daños en los ecosistemas y contribuir directamente a ² Los entornos definidos como "los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea"

incrementar los efectos negativos del cambio climático sobre los asentamientos humanos y las personas (ONU-Habitat, 2016c). Pese a que las ciudades representan menos del 3% de la superficie habitable del planeta, suponen el 75% de las emisiones globales de CO2, están llamadas a liderar la lucha contra el cambio climático. Una de las formas por las cuales las ciudades pueden lograr este objetivo es a través de la infraestructura verde urbana (IVU) y las soluciones basadas en la naturaleza. Las soluciones basadas en la naturaleza (SEN) son acciones para proteger, gestionar de manera sostenible y restaurar ecosistemas naturales o modificados que abordan los desafíos sociales de manera efectiva y adaptativa, proporcionando simultáneamente beneficios para el bienestar humano y la biodiversidad. Adicionalmente, es importante mencionar qué, ya se cuenta con la decisión 16/19 en donde se establece el Plan de Acción Global de Biodiversidad y Salud como uno de los resultados obtenidos en la Conferencia de las Partes, COP 16, sobre Biodiversidad. La IVU es una herramienta que proporciona beneficios ecológicos, económicos y sociales a través de este tipo de soluciones. Dicho de otro modo, la IVU proporciona una red de interconexión urbana con la naturaleza, áreas semi-naturales y espacios verdes, que brindan servicios ecosistémicos, que sustentan el bienestar humano y la calidad de vida. La incorporación de la IVU a las ciudades y centros urbanos pueden brindar numerosos beneficios, como el manejo sostenible de las aguas pluviales, reducir el impacto de las olas de calor y regular la temperatura, mejora de la calidad del aire y de la calidad del agua, mitigar los efectos de la sequía, amortiguar el ruido, aumentar la biodiversidad, reducir los procesos erosivos, así como proporcionar servicios culturales. De acuerdo a un estudio del BID, la infraestructura verde puede gestionarse de manera más adaptable que las inversiones en infraestructura gris, que tienden a ser más costosas de modificar tras su construcción inicial. La adopción de infraestructura verde puede ayudar a cerrar la brecha de inversiones de infraestructura mediante la mejora de los servicios que brinda la infraestructura gris. En muchos casos, dada la complejidad del entorno urbano las soluciones híbridas permiten maximizar la eficiencia de infraestructura gris existente mediante la incorporación de IVU. Bajo este marco, la infraestructura verde urbana -IVU- surge como una herramienta de planificación y gestión urbana fundamental para fortalecer las relaciones entre el hombre y la naturaleza y para reducir la dicotomía entre lo natural y lo construido. La infraestructura verde urbana en las grandes ciudades es una gran sombrilla desde donde pueden implementarse soluciones basadas en la naturaleza, en aspectos como la protección contra las inundaciones, la regulación de la temperatura, la purificación de aire y el agua, el suministro de energía y de alimentos cultivados localmente, y beneficios para la salud asociados a la interacción con la naturaleza (IPBES, 2019). Este último especialmente en la pérdida de años de vida saludable por contaminación del aire, desastres, y los efectos de las olas de calor sobre el riesgo cardiovascular, la exposición a ruido y la salud mental. En este sentido, teniendo en cuenta que actualmente el 56% de la población mundial reside en ciudades, mientras en América Latina y el Caribe, dicho porcentaje de urbanización alcanza el 81 % (UN-HABITAT, 2020), para Colombia se estima que para el año 2050 esta proporción puede ser mayor del 85% (Álvarez Carlos, et al. 2021), lo cual implica un mayor número de personas expuestas a los aspectos positivos y negativos de dinámicas urbanas, que ya son visibles en las ciudades de categoría especial, y 1 y 2 del país, sobre las cuales aún no se tienen iniciativas concretas que amortigüen el problema a través de soluciones	basadas en la naturaleza, y que complementen las ya establecidas en otras políticas o normas de calidad del aire, transición energética, y transporte, entre otras. Es así como a nivel mundial y en Colombia, se reconoce cada vez más que las zonas verdes, los bosques urbanos y los árboles de las calles pueden contribuir a mejorar la calidad del aire con reducciones asociadas a riesgos para la salud (IPBES, 2019). La presencia de áreas verdes es un factor determinante de la calidad en el entorno residencial y está directamente relacionada con una menor prevalencia de distintos grupos de enfermedades, destacando la importancia de las áreas verdes para niños y grupos socioeconómicamente desfavorecidos (Maas et al., 2009). La contemplación de paisajes naturales en un contexto de actividad física está relacionada con la reducción del estrés y la adecuación del ritmo cardíaco (Pretty et al., 2005). El papel moderador del estrés de la experiencia de la naturaleza se ha constatado, en particular, en los niños (Corraliza et al., 2012; Louv, 2008). También existe una clara relación entre la proximidad de áreas verdes al lugar de residencia y el índice de masa corporal en niños, demostrándose que la presencia de teselas de arbolado accesibles y bien conectadas inciden positivamente en este indicador de salud (Kim et al., 2016). Adicionalmente la existencia de espacios verdes influye positivamente en la actividad física (Toftager et al., 2011) y en la longevidad de personas mayores (Takano et al., 2002). Las consecuencias del cambio climático y las externalidades negativas de crecimiento urbano van a afectar desproporcionadamente a los más pobres. El cuidado de la conexión de la ciudad con su entorno puede ayudar a paliar los perjuicios. En un trabajo donde estudian la inequidad en el acceso al espacio abierto en 274 áreas metropolitanas estadounidenses entre 1990 y 2000 (McDonald et al., 2010) encontraron que las áreas metropolitanas que habían dedicado mayor financiación a la conservación y con una planificación más restrictiva del fenómeno de la dispersión urbana, disminuyeron el consumo de suelo per cápita.³ En ese sentido, en el marco del ordenamiento territorial se requieren metodologías para identificar las islas de calor actuales y futuras en las zonas urbanas, como herramienta para la prevención del riesgo cardiovascular y la promoción de la salud mental, así como identificar el potencial de una mayor cobertura forestal urbana que contribuya a la captura de CO2 y la disminución de la incidencia de enfermedades respiratorias en municipios de categoría especial y categorías 1 y 2, por debajo de los 1.600 metros sobre el nivel del mar. De manera paralela, el país requeriría avanzar en la implementación de proyectos arquitectónicos verdes, contemplando como posibilidades los techos verdes intensivos y extensivos, muros verdes y muros vegetales y sus ganancias en salud mental, disminución del riesgo cardiovascular, aumento de biodiversidad, sistemas de energía renovable, y producción agroalimentaria sostenible, lo cual requerirá de negociaciones con privados, esquemas de democratización y de incentivos gubernamentales. Así mismo, el implementar corredores ecológicos en la periferia de los municipios y su conectividad con los espacios públicos para mejorar la salud mental, y disminuir el riesgo cardiovascular mediante un modelo geo-demográfico que incluya elementos clave como: los espacios en los que confluyen elementos de la naturaleza y la actividad humana, las franjas vegetales, parques lineales, calles y corredores peatonales y viales, deberá prevenir problemas con mayor afectación en el entorno de las viviendas como: presencia de insectos, roedores (15.8%), Ruidos molestos provenientes del exterior (11%), Malos olores procedentes del exterior (8.7%), Presencia de basuras en las calles, caminos, senderos y espacios públicos (8.6%), Contaminación del aire (8.4%), Presencia de animales que causan molestias (7.5%), Invasión del espacio público (6.5%), Contaminación en ríos, canales, lagos ³ Ciudades del futuro: habitables, inteligentes y sostenibles. n.º 115 Junio 2016
y embalses (6.1%) donde a 2024 los hogares indicaron que estos se presentan muchas veces o siempre (DANE (a) 2024) ⁴. Aceptando que la infraestructura (www.rae.es, Real Academia Española) es el "Conjunto de elementos, dotaciones o servicios necesarios para el buen funcionamiento de un país, de una ciudad o de una organización cualquiera." la infraestructura verde o ecológica estará formada por los elementos naturales identificados por su capacidad para contribuir al funcionamiento de la sociedad y concretamente facilitar el flujo de bienes ecosistémicos. ⁵ Según la ONU, el 54% de la población mundial vive en ciudades y para el año 2050 esta cifra será del 66%. Actualmente en Latinoamérica esta cifra aumenta hasta el 80%, convirtiéndola en la región más urbanizada del mundo. Por este motivo, las amenazas climáticas que enfrentan las ciudades afectan a una gran proporción de la población latinoamericana. Según el Carbon Disclosure Project (CDP), las mayores amenazas a los que están expuestas las ciudades son las inundaciones, las olas de calor, las sequías y las tormentas⁶. Por tanto, avanzar en infraestructura verde aportaría también a evitar cerca de 15.681 muertes atribuidas a la mala calidad del aire (INS (a), 2018) principalmente en las grandes ciudades, con consecuentes beneficios para la economía del país, ya que los costos alcanzan alrededor de 12,3 billones de pesos, cifra que equivale al 1,5% del PIB de 2015 (DNP (a), 2018). Lo anterior, se contrasta con el promedio de dotación de espacio público por habitante, la cual a 2017, fue de 4,39 m²/habitante (DNP, 2017), lo que representa la tercera parte de lo recomendado por la OMS (10 a 15 m²/hab) y lo definido como espacio mínimo (15m²/hab) en el Decreto 1077/2015. Este indicador se utiliza para medir la disponibilidad de espacio público, como parques, zonas verdes, plazoletas, etc., por persona. Adicionalmente, el proceso de urbanización en Colombia ha conllevado consigo la aparición y persistencia de un alto número de hogares que viven en asentamientos precarios, que han surgido sin el cumplimiento de las normas urbanísticas definidas en los respectivos POT y que se caracterizan por la presencia de viviendas inadecuadas y deficiencias de accesibilidad, servicios públicos domiciliarios, infraestructura vial, espacio público y equipamientos comunitarios. Así, Colombia alcanzará a 2034 una tasa de urbanización del 76,7% concentrada en su Sistema de Ciudades, que albergará el 80,1% de la población urbana (DANE (b) 2021). Las tasas de urbanización vendrán de la mano con el crecimiento de la huella urbana y de las ocupaciones informales que incrementarán la precariedad, los conflictos sociales y ambientales, la presión sobre la ocupación del suelo rural, y la demanda de nuevos recursos, entre ellos de transporte y servicios públicos e infraestructura vial. Según datos del Atlas de Expansión Urbana (DNP-NYU, 2017), en la primera década del siglo XXI, la huella urbana en Colombia creció alrededor de un 40%. Frente a la situación sanitaria de las acciones de IVC realizadas por las secretarías de salud a nivel nacional, a los establecimientos que brindan un bien o un servicio, en el año 2023 se cuenta con un total de 481.703 de establecimientos registrados, realizando vigilancia sanitaria a un total de 49.6% (239.233), identificando que el 43.9% (105.099) cuenta con concepto favorable, 50.7% (121.401) favorable con requerimientos y un 5.41% (12.955) concepto desfavorable. Adicional, conforme al reporte se tiene un estimativo de 2.809 medidas sanitarias aplicadas. ⁴ https://www.dane.gov.co/files/operaciones/ECV/pres-ECV-2024.pdf ⁵ Ciudades del futuro: habitables, inteligentes y sostenibles. n.º 115 junio 2016 ⁶ Infraestructura Verde Urbana I: Retos, oportunidades y manual de buenas prácticas. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Vivienda y Desarrollo Urbano, División de Cambio Climático. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02185	De otra parte, la situación de habitabilidad en términos de ambiente construido, se relaciona con contar con medios seguros y sostenibles para el transporte activo (desplazamientos a pie o en bicicleta) y el transporte público, al reducir la siniestralidad vial, mejorar la frecuencia de la actividad física, reducir la carga de enfermedades crónicas no transmisibles y atribuidas a la calidad del aire, la obesidad y mejoras en la salud mental, a la par a disminuir contaminantes del aire, el ruido y los gases de efecto invernadero. Es así como en términos de siniestros viales, estos constituyen la octava causa de mortalidad en el país. En 2024 se presentó una tasa de mortalidad de 15,24 muertes por 100.000 habitantes, para un total de 8.030 fallecidos. Del total de fallecimientos presentados por siniestralidad vial, los hombres registraron el 82,1% de casos fatales y las mujeres el 17,9%, siendo la franja de edad entre los 15 y 35 años donde se presentó el 37,1% de la mortalidad. A su vez, el 83,58% de las muertes se concentra en usuarios viales de mayor vulnerabilidad como son los usuarios de motos y peatones, con un 61,88% y 21,7 % respectivamente (ANSV, 2024). Esto se debe entre otros factores a una deficiente infraestructura, falta de movilidad segura e incluyente, a vehículos inseguros y fallas en la responsabilidad post atención del siniestro vial, para lo cual el Plan Nacional de Seguridad Vial 2022- 2031, adoptado mediante el Decreto 1430 de 2022, busca reducir al 50% el número de fallecidos por siniestros viales y proteger la vida e integridad de los actores viales ante los riesgos derivados de la siniestralidad vial. De acuerdo con el Sistema de Información de Reporte de Atenciones en Salud a víctimas de accidentes de tránsito (SIRAS), durante el 2024 se reportaron 407.302 personas víctimas de siniestros viales y 880.680 atenciones en salud. En este sentido, el país ha avanzado en el cambio hacia una movilidad sostenible y el uso de combustibles más eficientes para disminuir las emisiones en el aire y disminuir los impactos en salud, a través del CONPES 3934 de 2018 "Política de crecimiento verde", el CONPES 3943 de 2018 "Política para el Mejoramiento de la Calidad del Aire", el Plan Nacional de Acción para la Biodiversidad y la decisión de la COP 16 frente a Biodiversidad y Salud, la Estrategia Nacional de Movilidad Eléctrica, el Programa de Modernización de Vehículos de Carga, los Planes Estratégicos de Seguridad Vial, la Ley 1972 de 2019 para reducir las emisiones por fuentes móviles, adicional a los incentivos a la movilidad activa y la integración de los modos de transporte de acuerdo a los contextos socioculturales específicos, planteados en el CONPES 3991 de 2020 o Política Nacional de Movilidad Urbana y Regional, y la Ley 1964 de 2019, la cual promueve el uso de vehículos eléctricos, la Ley 2294 de 2023, la cual establece el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, en donde se impulsa la movilidad segura y sostenible y la Estrategia 4.2.4.1 Capacidades en salud ambiental Nacional de Movilidad Activa con enfoque de género y diferencial. Es de destacar, frente a la innovación de la tecnología Euro VI en vehículos automotores, que esta entró en vigencia en Colombia a partir del 1 de enero de 2023, con la expedición de la Ley 1972 de 2019, "Por medio de la cual se establece la protección de los derechos a la salud y al medio ambiente sano estableciendo medidas tendientes a la reducción de emisiones contaminantes de fuentes móviles y se dictan otras disposiciones"; la cual prevé que a partir del 10 de enero de 2030 todos los Sistemas Integrados de Transporte Masivo (SITM), Sistemas Estratégicos Transporte Público (SETP), Sistemas Integrados Transporte Público (SITP) y los Sistemas Integrados de Transporte regional (SITR) deberán contar con un mínimo de 20% de la flota total nueva correspondiente a tecnología cero emisiones. Es importante resaltar que la reducción de emisiones de fuentes móviles se enmarca en el grupo de acciones necesarias para dar cumplimiento a los postulados de la Ley 2294 del 19 de mayo de 2023, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia

Potencia Mundial de la Vida", que tiene como objetivo el cambio de relacionamiento con el ambiente, teniendo como eje la profundización en el uso de energías limpias, procurando una productividad que propicie el desarrollo sostenible y la competitividad del país. Para lo cual una de las acciones para iniciar el cambio de tecnología en el sector transporte terrestre automotor consiste en superar las barreras que dificultan la aplicación de los postulados legales, de manera que tales mandatos se cumplan y que progresivamente lleven al ingreso de vehículos sin emisiones de gases, es decir de vehículos eléctricos o de hidrógeno, que puedan llegar a sustituir en el tiempo a los vehículos de motores de combustión, objetivo benéfico para el ambiente, la salud y la descarbonización del sector transporte. Adicionalmente, la Resolución 20243040018695 de 2024 "Por medio de la cual se reglamentan los requisitos para la participación de la Nación en la cofinanciación a los Sistemas de Transporte Público de Pasajeros del país y se dictan otras disposiciones" o la norma que la modifique, está orientada para facilitar la cofinanciación nacional para la adquisición de vehículos de cero y bajas emisiones y su infraestructura de soporte, e impulsa la transición energética del transporte público, contribuyendo directamente a la construcción de ciudades más limpias, saludables, accesibles y sostenibles para todos los ciudadanos. En consecuencia de lo anterior, teniendo en cuenta las contribuciones desde las políticas, normas y planes enunciados, se hace necesario avanzar en la caracterización de la movilidad con variables clave, como la identificación de barreras para la movilidad activa, contar con proyecciones de usuarios de transporte activo y público, información para la planeación de rutas de transporte activo, del estado del tiempo meteorológico, y criterios adicionales para el establecimiento de metas en kilómetros de ciclorutas, tipos de combustible, parqueaderos o vías ciclo adaptadas, pero también en su ubicación y ampliación a ciudades intermedias. Esto por tanto convoca a avanzar a lograr mayor conectividad entre modos de transporte con integración entre la movilidad, el transporte activo y el transporte público y de carga, donde la renovación urbana entre otras, disminuya la segregación, favorezca el acceso a bienes y servicios de las ciudades y conlleve a mejores desenlaces de sostenibilidad, inclusión y salud (Sarmiento et al., 2020). 7.1.2 Agua y saneamiento El agua, el saneamiento y la higiene (WASH) constituyen factores críticos para proteger la salud frente a enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición, arbovirosis, helmintiasis, esquistosomiasis y tracoma (OMS, 2021). A nivel mundial, en 2022, se estima que 2,2 mil millones de personas (27 % de la población) carecían de acceso a servicios de agua potable gestionados de forma segura; 3,5 mil millones no tenían saneamiento adecuadamente gestionado, y 2,0 mil millones carecían de instalaciones básicas con agua y jabón para la higiene (OMS, 2021). Así mismo, es de destacar como la tasa de mortalidad por EDA se ha reducido de 13,4 (581 casos) en 2005 a 2,2 muertes (84 casos) por cada 100.000 menores de cinco años a 2022 (Minsalud (a), 2020) (INS (a), 2023), evidenciándose esta situación principalmente en departamentos como Vaupés, La Guajira, Vichada, Guainía, Amazonas, Chocó y Risaralda (INS (a), 2023) (ver tabla 2). De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Vida del DANE, a nivel urbano para la vigencia 2023, la cobertura de acueducto fue de 97,8% y para zonas rurales de 65,7%, así mismo, la cobertura de alcantarillado en la zona urbana fue de 92,8% y en zonas rurales de 79,5%. Las coberturas han presentado una tendencia dinámica y han logrado crecimientos de la población atendida a partir de las estrategias, políticas, planes, programas y proyectos desarrollados por el gobierno nacional.	Otros elementos de contexto y vulnerabilidad en la presentación de mortalidades en menores de cinco años por IRA, EDA o desnutrición incluyen, entre otros, la pertenencia étnica, donde el 41,1% de los casos se presentó en población indígena, el 3,9 % en afrocolombianos y 54,9% en otros (INS (a), 2023). En cuanto a la calidad del agua para consumo humano el índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano - IRCA - Nacional consolidado zona urbana y rural año 2024, presentó un nivel de riesgo bajo. Así mismo, el IRCA Nacional año 2024 en zona urbana reportó nivel de riesgo bajo y en zona rural nivel de riesgo medio (ver tabla 3). Lo anterior, también se contrasta con la situación de vulnerabilidad de abastecimiento hídrico, la presión sobre los ecosistemas y contaminación de fuentes de agua, de acuerdo al índice de alteración potencial de calidad del agua (IACA), donde el sector industrial aporta la mayor carga orgánica, seguido del sector doméstico, siendo las áreas hidrográficas de Magdalena y Cauca las más afectadas por la concentración de industria y población (IDEAM (a), 2019), adicional, el porcentaje de aguas residuales urbanas tratadas, que alcanzó un 53,12 % en 2021, un 55,07 % en 2022 y se estimó en 54,84 % para 2023, corresponde al estado del tratamiento de las aguas residuales urbanas en el país. Este indicador representa la relación entre el caudal medio tratado en las cabeceras municipales y el caudal medio vertido estimado de aguas residuales (Superservicios, 2024, Minvivienda, 2024). A su vez, considerando como a 2020, un 28% de la población colombiana no cuenta con instalaciones para el lavado de manos en el hogar (UNICEF, WHO, 2021), sumado a las limitaciones en otros entornos como el educativo, laboral informal, comunitario e institucional para el acceso a la higiene de manos con agua y jabón, y prevenir el COVID-19, entre otras futuras pandemias, es de valorar esta como medida a largo plazo, económica, sencilla y complementaria para la reactivación segura del país. Sumado a esto, se encuentra la necesidad de implementar en el sector de agua potable y saneamiento la resiliencia al clima, teniendo en cuenta los impactos a causa de fenómenos meteorológicos y climáticos como la variabilidad climática y fenómenos extremos de precipitaciones y sequías intensas, lo que conduce a situaciones negativas en cuanto a disponibilidad y la calidad del agua potable, rendimiento negativo de la prestación de los servicios de saneamiento e higiene, y presión en los resultados relacionados con la salud humana. En el año 2023 se dispusieron 11.803.407,29 toneladas de residuos sólidos presentados en el marco del servicio público de aseo en el territorio nacional, las cuales presentan una disminución del 1,50% respecto al año 2022. Del total de municipios del país en el 91,7% se dispusieron los residuos sólidos en rellenos sanitarios, el 1,9% en botaderos a cielo abierto, el 1,2% en celdas de contingencia y el 0,2% en celdas transitorias (Informe Nacional de disposición Final de Residuos Sólidos 2023, SSPD, 2024). De acuerdo con el Informe sectorial de la actividad de aprovechamiento de la vigencia 2023 elaborado y publicado por la Superservicios en el 2024, para el año 2023 se reportaron en total 2.402.810,37 toneladas aprovechadas por 847 prestadores de los cuales 777 se encontraba en formalización progresiva (Informe Sectorial de la Actividad de Aprovechamiento 2023, SSPD, 2024). De otro lado, los ecosistemas marinos además de estar amenazados por la variabilidad y el cambio climático y generar efectos en la salud de la población y el desarrollo regional, se ven enfrentados a soportar la dinámica del transporte de contaminantes producto del consumo y descarga de plásticos, haciendo que las poblaciones de manera indirecta consuman micro-plásticos a través de los productos alimenticios del mar, adicional a la exposición a contaminantes orgánicos persistentes y metales pesados que llegan al mar por las aguas superficiales y subterráneas como resultado de actividades agrícolas, de dragado, industriales y mineras (OIEA, 2021), y las floraciones algales nocivas, las cuales aumentan
el riesgo de intoxicaciones por microalgas, especialmente en zonas insulares del país como San Andrés (Pineda, 2009). Para hacer frente a estas situaciones, es necesario el diseño e implementación de protocolos para la gestión intersectorial de las floraciones (INVEMAR, 2021); evaluar las tendencias históricas de la contaminación costera, su vigilancia y reducir al mínimo la contaminación a través de la aplicación de técnicas nucleares e isotópicas (OIEA, 2021); dado que de no hacerse frente de manera rápida e integral se tendrán efectos agudos y crónicos en la salud de la población y rezago en el desarrollo de las regiones del país, como lo reitera también la Política Nacional del Océano y de los Espacios Costeros (CCO, 2018) y el CONPES 3990 de 2020 (DNP, 2020). En tal sentido, como reto del componente se plantea el fortalecimiento de la gestión intersectorial, la socialización, discusión, gestión e implementación de acciones enfocadas a impactar positivamente los determinantes socioambientales, partiendo de la identificación de problemas o situaciones de interés en salud ambiental que no pueden ser resueltos sectorialmente, sino que requieren del accionar conjunto de diferentes entidades y que debe ser acompañado por el conocimiento técnico y la voluntad política de los diferentes sectores. 7.1.3 Aire y salud Uno de los componentes de mayor impacto cuantificado es el de calidad del aire y salud, la cual está determinada por las interacciones entre emisiones de los procesos de sectores productivos como el industrial, agricultura, minería y transporte, por dinámicas sociales de consumo y la ubicación de los asentamientos humanos, la orografía, la climatología y las condiciones geomorfológicas, entre otras. A su vez, en las áreas urbanas las interacciones están moduladas por las dinámicas demográficas. Colombia, según proyecciones DANE para el 2023 tiene 52.215.503 de habitantes, de los cuales el 76,1% viven en cabeceras municipales (DANE, 2023), ello hace que se tengan mayores presiones en el recurso representada en mayores niveles de emisiones y personas expuestas a los mismos y, en consecuencia, el aumento en la magnitud de riesgo de enfermedades asociadas a la mala calidad del aire. Para la medición de la calidad del aire, en el año 2023, las autoridades ambientales del país operaron 23 SVCA, que incluyeron un total de 209 estaciones de monitoreo, de las cuales 192 fueron fijas, y 17, indicativas, la cobertura de los SVCA abarcó 19 departamentos y 94 municipios. El estado de los sistemas y de las estaciones de tipo automático señala un mejoramiento en la oportunidad en la información, lo que a su vez mejora implementación y/o fortalecimiento de los sistemas de alerta temprana frente a episodios de contaminación del aire (IDEAM, 2022). De otro lado, es necesario visibilizar que todas las estaciones no miden todo el contaminante criterio y que además 12 sistemas de vigilancia se encuentran acreditadas ante el IDEAM. Se destaca el constante incremento en especial del monitoreo del PM 2.5, que para el 2023 alcanzó un total de 144 estaciones, con el cual se aproxima cada vez más al número de estaciones de PM 10, que correspondieron a un total de 173 estaciones. En lo que respecta a los gases, pese al aumento gradual en el monitoreo, su incidencia sigue siendo baja, y representa menos del 30 % del total de las estaciones. Históricamente se ha monitoreado en mayor proporción el PM₁₀ (81% del total de las estaciones), y de manera consecuente es el contaminante que tiene una mayor representatividad temporal seguido del monitoreo de PM_{2.5} (66% de las estaciones). El material particulado ha sido el contaminante de mayor interés y preocupación, y, por ende, es el contaminante más monitoreado. Esto se debe a que históricamente ha alcanzado el	mayor número de excedencias normativas y la mayor representatividad de categorías del estado de la calidad del aire asociadas a efectos dañinos en la salud humana. En la actualidad los sistemas de vigilancia, así como la ubicación de las estaciones de monitoreo, según el protocolo, no contemplan parámetros o criterios de salud ambiental para su ubicación. Se requieren establecer de manera concreta cuales son los criterios de salud ambiental para la ubicación de las estaciones, de tal manera que se pueda disponer de la información de calidad del aire para el uso en salud ambiental y no solamente criterios poblacionales y ambientales, especialmente teniendo en cuenta que ningún grado de exposición a contaminantes del aire es seguro para la salud humana (a pesar que cumpla con los niveles establecidos en la Resolución 2254 de 2017) y que el nivel de riesgo se distribuye de manera desigual. En ese sentido, diversos estudios desarrollados en el país señalan a la mala calidad del aire como el mayor factor de riesgo ambiental en el país, especialmente en áreas urbanas (Larsen, 2004), (IDEAM, IAvH, Invemar, SINCHI e IAP, 2013), (World Bank, 2014), (DNP (a), 2018), (INS (a), 2018). De otro lado el Global Health Data Exchange (GHDx), señala dentro de las diez primeras causas de muerte para todas las edades y ambos sexos en Colombia en 2019, la Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC), los accidentes cerebrovasculares (ACV), la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la Infección de vías respiratorias bajas (IHME, 2021); todas ellas con una fracción atribuible a la calidad del aire de 17,6%, 20,7%, 18,2% y 13,4% respectivamente (IHME-GBD, 2021). Estos resultados contrastan con los estimados por el INS, en el cual a la calidad del aire se le atribuyen 15.681 muertes que corresponden a una tasa atribuible de 719,18 por 100 mil habitantes por Enfermedad Isquémica del Corazón, EPOC, IRA, Enfermedad Cardiovascular y Cáncer de Pulmón (INS (a), 2018). Así mismo, en el estudio de Degradación Actualización de la Valoración Económica de la Contaminación De Aire Urbano del año 2023 se estimaron en promedio 7754 muertes atribuibles a la exposición a PM_{2.5} en los municipios objeto de estudio en el año 2018. Frente al aire interior, según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2022, 1,48 millones de hogares usa leña para cocinar, el 94,3% de ellos se ubica en el área rural y la mayoría se encuentra en los departamentos de Cauca, Córdoba, Nariño y La Guajira. Así mismo, el DNP estimó que la morbilidad relacionada con la contaminación del aire interior es de 1.180.551 casos y 2.348 muertes, en ese sentido la degradación ambiental medida a través de este componente supera los 3,1 billones de pesos (DNP (a) 2018) y afecta principalmente a menores de 5 años y mujeres. Por otra parte, si bien en el país se llevan a cabo quemas agrícolas controladas en diferentes tipos de cultivo, como por ejemplo la quema de caña en el departamento del Valle del Cauca, para las que se estableció la necesidad de realizar estudios epidemiológicos cada dos años, de acuerdo a la Resolución 532 de 2005, se encuentra necesario que el país oriente el desarrollo de este tipo de estudios bajo una perspectiva socioambiental que supere la perspectiva de riesgo. Así mismo, en cuanto a los componentes de ruido y olores ofensivos, se encuentran pocos avances en el país, especialmente frente a la medición del impacto sobre la salud. En este sentido, se hace necesario una actualización de la norma que define las competencias del sector salud en materia de ruido y su armonización con las normas del sector trabajo, ambiental, y de vivienda, ya que se presentan diferencias en los estándares máximos permisibles de niveles de emisión de ruido y, la normatividad existente no permite identificar con claridad el alcance de competencias de las distintas autoridades involucradas en el tema. Lo descrito anteriormente hace un llamado a acciones intersectoriales que complementen lo que ya se hace a través de los documentos CONPES y otras iniciativas que se enmarcan en

la misión del sector transporte, minero, vivienda, agrícola y salud, además, desarrollos normativos que tengan en cuenta las vías y modos de exposición, las exposiciones agudas y acumuladas, los niveles de riesgo por concentración de contaminantes y a mezcla de los mismos junto con sus efectos.

7.1.4 Variabilidad y cambio climático

Los impactos en salud por variabilidad y cambio climático pueden clasificarse en directos e indirectos. Los directos están asociados a los efectos en salud que se presentan cuando ocurre la amenaza o pocos días después, como los golpes de calor y las lesiones de causa externa por inundaciones o deslizamientos debidos a precipitaciones extremas o, la evolución de cáncer de piel y cataratas por la exposición prolongada a radiación solar ultravioleta.

Los impactos indirectos mediados por ecosistemas, son entendidos como la influencia del clima sobre los ecosistemas y servicios ecosistémicos y las transformaciones de las condiciones "normales" del clima, que favorecen la presentación de enfermedades sensibles al clima, estas transformaciones pueden ser graduales o sensibles a fenómenos de variabilidad climática como El Niño o La Niña, o la Oscilación Madden y Julian, ejemplos de ello son las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) (malaria, leishmaniasis, enfermedad de chagas y otras arbovirosis zika, dengue, chikunguña, fiebre amarilla), enfermedades transmitidas por el agua y alimentos (cólera, diarrea), las enfermedades respiratorias, accidentes agrícolas y las afectaciones producidas por aeroalergenos.

Por su parte, los impactos indirectos mediados por instituciones, hacen referencia al impacto del clima sobre alguna matriz ambiental en interacción con los servicios psicosociales que generan la presentación de enfermedades por exposiciones acumuladas o enfermedades que ocurren durante, o poco después a la ocurrencia de la amenaza climática, por ejemplo: inseguridad alimentaria (malnutrición, desnutrición crónica y aguda), afectaciones y enfermedades en salud mental y enfermedades ocupacionales (PCC, 2014). Un listado de las enfermedades sensibles al clima con opción para ser priorizadas en el país se encuentra en la tabla 4.

Es así como en 2022, de los 3,9 millones de hogares rurales, el 9,5% reportaron haber sufrido eventos climáticos (inundaciones, desbordamientos, crecientes, arroyos, sequías, tormentas o vendavales) que afectaron la vida de algún integrante del hogar, con principalmente afectaciones en salud en un 56,3%, por enfermedades respiratorias (41,7%) y enfermedades tropicales (14,6% por zika, dengue, chikunguña y fiebre amarilla) (DANE (a) 2023).

Teniendo en cuenta la sensibilidad en salud por clima descrita anteriormente, las proyecciones de los escenarios de cambio climático, la baja capacidad de adaptación y qué la determina a nivel regional y nacional, junto con las múltiples conceptualizaciones y aproximaciones metodológicas para medirla, el país tiene grandes retos para enfrentar el riesgo climático en salud a nivel nacional y territorial, ya que si bien no es un mayor emisor de GEI, el país sí es altamente vulnerable a la variabilidad y el cambio climático, por lo cual se requiere concentrar parte de los esfuerzos en procesos de adaptación intersectoriales y prevenir el aumento de la vulnerabilidad en salud.

En este sentido, el abordaje de la variabilidad climática, el cambio climático y sus efectos en salud se ha trabajado desde múltiples frentes en el país. Las Comunicaciones Nacionales ante la CMNUCC han incluido componentes de salud, de esta forma en las Contribución Nacionalmente Determinada (NDC por sus siglas en inglés) se definieron 2 metas específicas para el sector salud. Así mismo, el Sector Salud tiene su Plan Integral de Gestión de Cambio Climático PIGCCS que se está actualizando con medidas de adaptación y

acciones de mitigación; el Instituto Nacional de Salud ha desarrollado sistemas de alerta temprana; el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la mesa de cambio climático de la Conasa, emite el boletín de Clima y Salud; y existen antecedentes normativos como el CONPES 3700, la Ley 1931 de 2018, la Ley 2169 de 2021 de acción climática y desarrollo bajo en carbono, la NDC, el CONPES 4058 de 2022 y la Estrategia Climática de Largo Plazo (E2050), entre otros. Así mismo, se ha acompañado la implementación del Plan Nacional de Sustitución de Leña (PNSL), porque es crucial para mejorar la calidad del aire y mitigar el cambio climático.

No obstante, los retos actuales requieren transitar desde un enfoque descriptivo hacia la consolidación de marcos conceptuales y operativos que articulen la gestión del riesgo, la adaptación, la resiliencia y la reducción de desigualdades. Para ello, es fundamental integrar el componente climático dentro de los sistemas de información como el SUIA, fortalecer la capacidad institucional de respuesta en salud ambiental, promover la participación comunitaria en la adaptación territorial, e implementar medidas concretas a partir de la evidencia, con enfoque diferencial.

De manera prioritaria, el país debe asegurar que las acciones en salud ambiental respondan a escenarios de cambio climático con base en análisis de vulnerabilidad, mapas de exposición, indicadores climático-sanitarios, y protocolos operativos que guíen la acción en territorio. Esto implica consolidar procesos intersectoriales para la adaptación en salud (como lo define la Actividad 1 del plan de acción de la PISA), fortalecer los COTSA como instancia operativa, y diseñar proyectos tipo adaptativos que integren soluciones basadas en la naturaleza, tecnologías apropiadas y participación de las comunidades. La reducción de la carga de enfermedad asociada a fenómenos climáticos no será posible sin una gobernanza coordinada entre sectores, soportada en evidencia científica, capacidades locales y mecanismos efectivos de financiamiento.

7.1.5 Zoonosis

Reconociendo las enfermedades zoonóticas como un grupo de enfermedades infecciosas que se transmiten de forma natural de los animales a los seres humanos, donde su aumento puede atribuirse a factores como el comercio, el turismo, la expansión agrícola, la deforestación, la urbanización, entre otros, así como al incremento de la tasa de contacto entre poblaciones humanas, animales domésticos y fauna silvestre (Daszak, 2000:2001); su impacto no solo radica en el daño a la salud pública, sino en las pérdidas económicas, lo cual convoca a integrar acciones de sectores de salud humana, animal y ambiental.

De los 1.415 patógenos humanos conocidos, el 61% son zoonóticos. Sin embargo, de los patógenos que causan enfermedades infecciosas emergentes, el 75% son zoonóticos, siendo la vida silvestre una fuente cada vez más importante. Esto no es sorprendente, ya que las zoonosis probablemente ya serán endémicas, mientras que las zoonosis de especies domesticadas probablemente surgieron durante milenios de estrecha asociación con los humanos (Cunningham, 2005).

Para el país, las zoonosis priorizadas según su transmisión, gravedad, potencial pandémico y epidémico, impacto económico, prevención y control, e impacto ambiental, corresponden a:

- Influenza aviar.
- Brucelosis.
- Leptospirosis.
- Virus de encefalitis equina (Encefalitis Equina del Oeste, Encefalitis Equina Venezolana, Encefalitis del Nilo Occidental, y Encefalitis Equina del Este).
- Tuberculosis zoonótica.
- Rabia (CDC, 2022).

En este sentido, se presenta la situación de las zoonosis priorizadas a nivel nacional, las cuales se han abordado tradicionalmente desde estrategias como la promoción, prevención, vigilancia y control sanitario y ambiental, buscando en conjunto la reducción de la morbi/mortalidad por factores ambientales del deterioro ambiental y la promoción del manejo sostenible de los recursos naturales.

Influenza aviar. Si bien la mayoría de los virus influenza que circulan en aves no son zoonóticos, algunas cepas de la influenza aviar tienen la capacidad de infectar a los seres humanos, representando una amenaza para la salud (OPS/OMS, 2023). Por esto, y como respuesta a los brotes de influenza aviar que se presentaron en Asia, Colombia mediante la Ley 1255 de 2008 declaró de interés social nacional y como prioridad sanitaria la preservación del estado sanitario de país libre de influenza aviar de alta patogenicidad, lo cual lo condujo a declararse por medio de la Resolución 1610 de 2010 emitida por el Instituto Colombiano Agropecuario - ICA ante la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), libre de influenza aviar y obtener el estatus de país libre sin vacunación, y con el Decreto 1071 de 2015 expedido por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en su Título 6, Capítulo 3, Artículo 2.13.6.3.1 reglamentó el Artículo 17 de la Ley 1255 de 2008 por el cual el país tomará las medidas necesarias para la preservación de este estatus.

De 2021 al 24 de octubre del 2024, 19 países y territorios de Las Américas notificaron a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) 2.950 brotes de influenza A(H5N1) en aves domésticas y silvestres: Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Islas Malvinas, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y República Bolivariana de Venezuela.

Durante este mismo período, se registraron 640 brotes de influenza aviar A(H5N1) en mamíferos que causaron morbilidad y mortalidad en más de 60 especies de mamíferos, su mayoría carnívoros, en siete países de la Región: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Perú y Uruguay (ganado lechero, alpacas, ratones domésticos, perros, gatos, visones de granja, focas, leones marinos, porcinos).

En 2024 hasta el 24 de octubre, seis países notificaron 242 brotes en aves (Brasil, Canadá, Ecuador, México, Perú y Estados Unidos) y tres países habían notificado 340 brotes en mamíferos (Argentina, Canadá y Estados Unidos).

Desde 2022, y hasta el 28 de octubre del 2024, se ha detectado 37 casos humanos influenza aviar A(H5N1) ciado 2.3.4.4b en Estados Unidos. Se notificó un caso en 2022 y se han notificado 36 casos en varios estados durante el 2024, de los cuales 20 relacionados con ganado lechero infectado, 15 con aves de corral infectadas y en un caso la fuente de exposición sigue siendo desconocida.

Además, se han notificado dos casos humanos en América Latina, el primero a principios del 2023 en la provincia de Bolívar en Ecuador, y el segundo en la región de Antofagasta en Chile en marzo del 2023. El caso en Ecuador fue una niña de nueve años de una zona rural que tuvo contacto con aves de traspatio, mientras que el caso en Chile se notificó en marzo del 2023, en un hombre de 53 años de la región de Antofagasta, cerca de la costa donde previamente se habían detectado aves marinas infectadas con H5N1. Hasta la fecha, no se ha identificado la transmisión de persona a persona del virus de la influenza A(H5). (OPS, 2024).

En respuesta a esta emergencia sanitaria, el Instituto Colombiano Agropecuario ha conformado a nivel nacional y regional equipos para la gestión de los brotes con dedicación exclusiva a la emergencia, así mismo han contado con la participación del sector productivo. Lo anterior en cumplimiento al programa de Influenza Aviar en el país, que se encuentra

regulado por la Resolución 3655 de 2009 "Por medio de la cual se adopta el programa de prevención y vigilancia de la influenza Aviar en Colombia".

Brucelosis. La brucelosis, también conocida como "fiebre ondulante", "fiebre mediterránea" o "fiebre de Malta" se transmite casi invariablemente por contacto directo o indirecto con animales infectados o sus productos. En Colombia es considerada como una de las enfermedades a las que se le aplican medidas sanitarias según el Decreto 1071 de 2015 emitido por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en su Título 3, Capítulo 1, *Artículo 2.13.3.1.4.*

Frente a la brucelosis en animales de producción, entre 2020 y 2024 el ICA reportó 2.419 focos de brucelosis en Colombia, ubicados en 22 departamentos, principalmente con afectación en bovinos, bufalinos y ovinos. La cantidad de predios en saneamiento por Brucelosis bovina en el territorio nacional alcanza un total de 1.672, el departamento que más concentra focos en animales de producción para el 31 de diciembre de 2024, corresponde a Antioquia con el 48,62% (n=813), Cundinamarca con el 13,34% (n=223), Nariño con el 7,24% (n=121) y Caquetá con el 3,77% (n=63) (ICA, 2024).

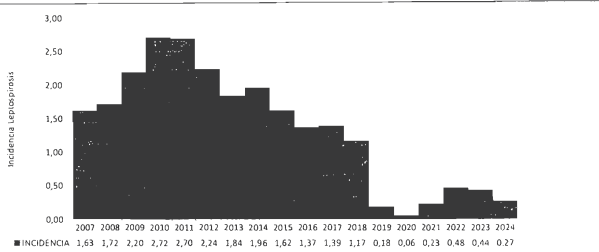
Al respecto, para el periodo 2022 a 2024 fueron atendidos en el país 3.240 personas con diagnóstico principal de brucelosis.

Leptospirosis. En América Latina, los dos principales grupos de riesgo para leptospirosis (en humanos) son los habitantes de barrios marginales urbanos y los agricultores de subsistencia. A menudo hay una fuerza constante de infección como resultado de reservorios de animales infectados, incluidos roedores, ganado y perros (INS (b), 2020). En Colombia también es considerada como una de las enfermedades a las que se le aplican medidas sanitarias según el Decreto 1071 de 2015 emitido por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en su Título 3, Capítulo 1, *Artículo 2.13.3.1.4.*

La presentación de casos de leptospirosis se ve afectada por múltiples factores, como las condiciones climáticas, especialmente climas tropicales, las fuertes lluvias y las inundaciones. La temperatura es un factor de riesgo importante, ya que estacionalmente puede estar relacionada con el aumento de la población de roedores y otros animales portadores de la leptospira, así como los patrones geográficos y ambientales como son las áreas agrícolas a menor altitud propensas a inundaciones, áreas de producción de cultivos permanentes, cultivos secundarios y zonas con características de suelo húmedo (INS (b), 2023).

Entre 2007 y 2021 se notificaron 15.800 casos de leptospirosis humana a nivel nacional, mientras que en 2023 se presentaron 7.818 casos notificados, 5.722 (73%) se clasificaron como sospechosos, 228 (2,8%) casos confirmados por laboratorio, y 1.868 (23,8%) descartados. Para este periodo, la incidencia del país fue de 0,44 casos por 100.000 habitantes, siendo menor a 2022 cuya incidencia fue de 0,5 casos y superior a 2021 cuya incidencia fue de 2,23 casos y a 2019 de 0,18; mientras que inferior a 2018 cuya incidencia fue de 1,15 casos por 100.000 habitantes (INS (b), 2023).

Gráfico 1. Incidencia de casos confirmados de leptospirosis, Colombia, 2007 – 2024



Para el año 2021, en 18 casos se concluyó que la causa básica de muerte fue leptospirosis, encontrando dentro de factores eco-epidemiológicos que 11 casos refirieron contacto con perros y ratas respectivamente, siete comentaron contacto con gatos, seis casos no contaban con alcantarillado y tres indicaron contacto con agua estancada (INS (b), 2023).

Encefalitis equina. La Encefalitis Equina Venezolana (EEV), la Encefalitis Equina del Este (EEE), la Encefalitis Equina del Oeste (EEO) y la Encefalitis del Nilo Occidental (ENO), son zoonosis transmitidas por vectores (artrópodos) caracterizadas por el desarrollo de síndromes neurológicos al causar meningo - encefalomielitis en los équidos (equinos, asnales y mulares) y también en los humanos, con una particular distribución geográfica y con capacidad de producir epidemias, con grados variables de morbilidad y letalidad (según sus serotipos). En Colombia también es considerada como una de las enfermedades a las que se le aplican medidas sanitarias según el Decreto 1071 de 2015 emitido por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en su Título 3, Capítulo 1, *Artículo 2.13.3.1.4*.

Es de reconocer que las epidemias de EEV suelen ser explosivas, como las ocurridas en 1962 y 1995 en la Guajira, y en 2015 en Santander, lo que conlleva a sostener procesos de: 1) vacunación de los equinos, 2) vigilancia epidemiológica, 3) conocimiento de la ecología de la encefalitis equina, y 4) focalizar acciones donde la enfermedad ha estado presente (ICA, 2020).

Entre 2012 y 2023 el ICA ha identificado la encefalitis equina venezolana y del este, presente en 83 municipios de 23 departamentos a nivel nacional, con 255 focos reportados durante ese periodo.

Durante el año 2022, se notificaron 21 casos probables de encefalitis equinas en humanos, los cuales fueron descartados en su totalidad.

Tuberculosis zoonótica. La tuberculosis (TB) zoonótica es una forma de TB humana que causa TB en otras especies animales, algunas de ellas salvajes, con implicaciones van más allá de la salud humana, causando repercusiones económicas y una amenaza al sustento de las comunidades afectadas (WHO, FAO, OIE, 2017).

Si bien *M. tuberculosis* es la bacteria responsable de la forma más común de la tuberculosis en las personas, no es posible diferenciarla clínicamente de las infecciones provocadas *M. bovis*, y se calcula que en ciertos países causa hasta un 10 % de los casos de tuberculosis humana. La enfermedad es contagiosa y se transmite directamente por contacto con animales domésticos o silvestres infectados o, de forma indirecta, por ingestión de piensos contaminados, los humanos pueden infectarse al ingerir leche cruda de vacas infectadas o a través del contacto con tejidos infectados en mataderos o carnicerías (OMSA, 2023). En

2016, se estima que hubo 147.000 nuevos casos de tuberculosis zoonótica en personas en todo el mundo y 12.500 muertes debido a la enfermedad (WHO, FAO, OIE, 2017).

El ICA reportó entre 2022 – 2024, 86 focos de tuberculosis bovina, los cuales se han presentado principalmente en los departamentos de Cundinamarca (33,72%), Antioquia (31,4%) y Boyacá (6,98%) y los cuales agrupan el 72% de los casos.

Rabia. En el mundo la rabia es responsable de cerca de 59.000 muertes humanas al año, el 99% de las cuales se deben a la mordedura de un perro doméstico infectado (Undurraga E. A., 2020). Frente a este evento entre el año 2000 al 2023 (periodo epidemiológico VIII), en Colombia se presentaron 40 casos de rabia humana, siendo Chocó el departamento con más mortalidades causadas por la enfermedad (años 2004 y 2005), mientras en el departamento de Huila se presentaron las dos últimas mortalidades humanas (años 2020 y 2021). En lo que respecta a las variantes reportadas para la enfermedad, el 87,5% de los casos (n= 35) corresponden a variante murciélago hematófago, frente al 12,5% de casos (n=5) asociados a la variante perro. Desde enero de 2007 no se han registrado mortalidades humanas por rabia variante perro en el país.

En este periodo (2004 – 2023, VII PE), se notificaron 99 casos de rabia en animales, siendo el perro el animal más reportado con el 63,6% (n=63), seguido del gato con el 19,2% (n=19) y zorro con el 14,1%% (n=14).

Con respecto a agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia (APTR), en 2022 se notificaron 150.268, evidenciando una tendencia al aumento del 38,5% de los casos con respecto a año 2020, periodo en el que se presentó un marcado descenso de casos en la semana 13 de 2020 en el contexto de la pandemia por COVID-19 (INS (c), 2023).

Las Entidades Territoriales que reportaron mayor incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en el 2022 fueron: Huila, San Andrés, Amazonas, Boyacá y Quindío; mientras que los mayores porcentajes de agresiones por perros y gatos son Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Valle del Cauca y Nariño. El animal más frecuente reportado el perro con el 85,3% de los casos (n= 128.225) (INS (c), 2023), por lo que el cumplimiento de las coberturas útiles de vacunación antirrábica en perros y gatos cobra gran importancia para la prevención de los casos de rabia a nivel nacional.

De otra parte, entre 2012 y 2020, el ICA reportó 1.387 focos de rabia en animales de producción, que afectaron a animales de las especies bovina, equina, ovina, porcina, bufalina, caprina, donde el 45,3% de los casos se concentran en los departamentos de Magdalena (16,1%), Cesar (13,6%) y Sucre (13,8%) (ICA, 2023).

Por otra parte, un ejemplo de zoonosis generado por especies invasoras en el país es el caracol gigante africano, que sirve de hospedero de nemátodos causantes de la meningoencefalitis eosinofílica y la angiostrongilosis abdominal en seres humanos, y que ha hecho presencia en 26 departamentos y 112 municipios del país, siendo Putumayo, Meta, Valle del Cauca, Arauca, Vaupés, Boyacá y Casanare los más afectados (Minsalud (a), 2021), (ICA, 2021). Adicionalmente, en el país se han evidenciado los efectos de pérdida de biodiversidad generados por otras especies invasoras biológicas.

El contexto anterior, evidencia la necesidad de avanzar a la generación de lineamientos y directrices que retomen la intersectorialidad, incidan en determinantes, generen resultados de impacto positivo y sean costos efectivos, de forma que reduzcan el gasto usado en eventos prevenibles. Esto implica reforzar procesos en materia de tenencia responsable de animales, fortalecer la vigilancia de forma que estos eventos cuenten con protocolos y fichas de notificación, fortalecer la capacidad diagnóstica estandarizando las pruebas en la red de laboratorios tanto de salud pública como de sanidad animal, y fortalecer los procesos de educación y sensibilización a la comunidad en general.

Se han propuesto a familias de virus como *Nairoviridae*, *Phenuiviridae*, *Coronaviridae*, *Arteriviridae*, *Flaviviridae* como potenciales candidatas para próximos eventos epidémicos (Maurens 2021), por lo que eventos como la pandemia de COVID-19 ha hecho evidente la importancia de la interfaz animal-humano-medio ambiente en la emergencia de zoonosis, pues si no todas las zoonosis ocasionan pandemias, la mayoría de las pandemias tienen un origen zoonótico, por lo que el conocimiento de los determinantes asociados a estas debe representar la base de las estrategias de prevención (Sánchez, et al., 2022).

Es así, que el concepto One Health (Una Salud), fundamental para el control y prevención de futuros eventos epidémicos, y que reconoce a la salud humana, animal y ambiental en un esquema estrechamente vinculado, hace necesario el desarrollo de políticas públicas y toma de decisiones que tengan en cuenta la interacción entre los animales, el hombre y el ambiente, siendo la pérdida de biodiversidad, el cambio climático y la industrialización, cuando no está regida bajo prácticas amigables para el ambiente, factores que impactan la emergencia o re-emergencia de enfermedades (Sarullo, 2023).

Fiebre Amarilla. El virus de la FA es un arbovirus del género *Flavivirus* transmitido por mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes* relacionado con transmisión selvática y *Aedes* relacionado con transmisión urbana, de alto poder epidémico, con una letalidad de hasta 75% en brotes, considerándose entre las más altas de las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. Dado su poder epidémico y su alta letalidad, con medida preventiva con vacuna, se considera como evento de Interés en Salud Pública Internacional en el marco del Reglamento Sanitario Internacional - RSI de 2005.2

En Colombia, se presentaron en el siglo XX, epidemias cada 10 años, siendo la última en 1979 en la Sierra Nevada de Santa Marta. En el presente siglo, se han presentado brotes en los años 2003 y 2004 en la zona del Catatumbo y la Serranía del Perijá (Norte de Santander) y la Sierra Nevada de Santa Marta (Magdalena - La Guajira); en 2005 hubo casos en Putumayo (11 casos) y Caquetá (10 casos) y para el 2009, en el Meta; también se han presentado casos aislados en otros departamentos como Choco, Santander, Casanare, Vaupés y Amazonas.

En el contexto de la Emergencia en Salud Pública por brote de fiebre amarilla a nivel nacional, entre el 3 de enero de 2024 y junio de 2025 se han confirmado 114 casos, de los cuales 49 han fallecido, lo que representa una letalidad acumulada del 43 %. En el año 2024 se presentaron 23 casos con 13 fallecimientos, mientras que en lo corrido de 2025 se han confirmado 91 casos, con 36 muertes. Los casos reportados corresponden a grupos de edad que oscilan entre los 11 y los 89 años.

De acuerdo con la procedencia de los casos acumulado 2024 al 28 de marzo de 2025, se observa que el departamento de Tolima concentra el 78% (n=46) de los casos confirmados, de los cuales el 30,4% (n=14) pertenecen al municipio de Cunday, seguido de Prado con el 22% (n=13), Villarrica con el 20,3%(n=12), Purificación 6,7%(n=4), Ataco 3,3% (n=2) y 1,69% Dolores (n=1). Así mismo, la distribución de los casos en otros departamentos se distribuye así: el 8,5% (n=5) de los casos corresponden a Putumayo en los municipios de Villagarzón (2), Valle del Guamuez (1), San Miguel (1) y Orito (1), en Caquetá con 5,1%, (n=2) de los municipios de El Doncello y Cartagena del Chaira. En Nariño el 3,4% (n=2) de los casos son de procedencia Ipiales del área rural, y en menor proporción de casos, en Huila (Campalegre), Vaupés (Mitú), Cauca (Piamonte), y Caldas (Neira) con 1,7% (n=1) respectivamente.

Es importante mencionar que otros eventos zoonóticos endémicos en Colombia son: enfermedad de chagas, leishmaniasis visceral, la toxoplasmosis, cisticercosis, carbunco bacteriano, helmintiasis zoonótica, rickettsiosis, entre otras; algunas de las cuales cuentan con programas de control que se enfocan en prevenir la exposición y transmisión de

enfermedades de animales a humanos y viceversa; incluidas en el PDSP 2022-2031, por lo cual resulta importante la actualización nacional y territorial de los eventos zoonóticos de interés en salud pública.

7.1.6 Alimentos

Garantizar el suministro de alimentos seguros es esencial para asegurar la seguridad alimentaria y nutricional, además de fortalecer las economías nacionales, el comercio y el turismo, impulsando el desarrollo sostenible (OMS, 2024). Según estimaciones recientes, cada año 600 millones de personas enferman por consumir alimentos contaminados y 420 000 mueren por esta causa, lo que representa una pérdida de 33 millones de años de vida saludable (DALYs). Los niños menores de 5 años son especialmente vulnerables, constituyendo cerca del 30 % de las muertes por enfermedades transmitidas por alimentos —equivalentes a unos 125 000 fallecimientos anuales. Adicionalmente, los virus alimentarios emergentes, como el *Norovirus* —que provoca unos 125 millones de casos y 35 000 muertes al año— y la hepatitis A —con 14 millones de casos y 28 000 muertes anuales— subrayan la necesidad urgente de fortalecer los sistemas de vigilancia, control e inocuidad alimentar (FAO/OMS, 2024). En el país, los Ministerios de Agricultura y Desarrollo Rural y Salud y Protección Social mediante la Resolución 770 de 2014 establecieron las directrices para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los Planes Nacionales Subsectoriales de Vigilancia y Control de Residuos en Alimentos y se dictaron otras disposiciones.

Con respecto a las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), estas suelen ser de carácter infeccioso, causadas por bacterias, virus o parásitos; o de carácter tóxico, originadas por sustancias químicas que ingresan al organismo a través del agua o los alimentos. Estas contaminaciones pueden ocurrir en cualquier punto de la cadena alimentaria —como por manipulación o preparación inadecuada, o reenvase en recipientes contaminados—, y conducir a cuadros clínicos como diarrea severa, infecciones debilitantes (p. ej., meningitis) o, en casos extremos, enfermedades crónicas como cáncer. Cada año, aproximadamente 600 millones de personas enferman por consumir alimentos contaminados y 420 000 mueren; la carga total asciende a 33 millones de años de vida saludable (DALYs) perdidos. Además, más de 200 enfermedades transmitidas por alimentos han sido identificadas, causadas por bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas como metales pesados; y la contaminación química puede provocar intoxicaciones agudas o enfermedades a largo plazo, incluyendo cáncer (OMS, 2024).

En Colombia, durante el año 2024 se notificaron 611 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), con 8 257 casos involucrados y 36 538 personas expuestas, lo que resultó en una tasa de ataque general del 22,6 %. Los departamentos con mayor número de brotes fueron Antioquia (15,3 %), Cesar (8,2 %), Cali (7,0 %), Bogotá D.C. (5,4 %) y Cartagena (5,4 %). En cuanto al lugar de ocurrencia, los brotes ocurrieron con más frecuencia en hogares (49,2 %), seguidos de establecimientos educativos (15,4 %) y restaurantes (10,1 %). Se identificaron agentes etiológicos en el 20,4 % de los brotes, siendo los más frecuentes *Escherichia coli*, coliformes fecales, *Staphylococcus aureus* y *Salmonella* spp. (INS, 2025).

De otro lado, es relevante reconocer como las amenazas por la variabilidad y el cambio climático, afectan los ecosistemas marinos y generan efectos en la salud de la población y el desarrollo regional, al enfrentarse a soportar la dinámica del transporte de contaminantes producto del consumo y descarga de plásticos, haciendo que las poblaciones de manera indirecta consuman micro-plásticos a través de los productos alimenticios del mar, adicional a la exposición a contaminantes orgánicos persistentes y metales pesados que llegan al mar por las aguas superficiales y subterráneas como resultado de actividades agrícolas, de dragado, industriales y mineras (OIEA, 2021), y las floraciones algales nocivas, las cuales

aumentan el riesgo de intoxicaciones por microalgas, especialmente en zonas insulares del país como San Andrés (Pineda, Gavio, Arencibia, 2009).

7.1.7 Seguridad química

El uso de productos químicos ha aumentado a nivel mundial de los cuales muchos de estos productos tienen peligros intrínsecos, no todos gestionados adecuadamente, lo que ha conllevado al aumento de eventos en salud. Para 2019, a nivel global se produjeron más de 2,00 millones de muertes y se registraron un poco más de 53 millones de años de vida perdidos debido a la discapacidad (AVAD), por exposición a determinados productos químicos (WHO, 2021).

Según el reporte publicado en 2019 por Naciones Unidas sobre la perspectiva mundial de los productos químicos, la producción mundial de la industria química (excluidos productos farmacéuticos), se ha duplicado en volumen, pasando de 1.200 a 2.300 millones de toneladas del año 2000 al 2017 y se prevé que las ventas mundiales de productos químicos (excluidos los productos farmacéuticos), aumenten de 3,47 billones de euros en 2017 a 6,6 billones de euros en 2030 (United Nations Environment Programme-UNEP, 2019). Por su parte, en el Registro CAS (Chemical Abstract Service) se tienen más de 193 millones de sustancias orgánicas e inorgánicas registradas desde principios de 1800 hasta septiembre de 2023 (CAS, 2023)⁷.

De acuerdo con el Perfil Nacional de Sustancias Químicas, Colombia es un país netamente consumidor e importador de sustancias químicas de uso industrial. Las tendencias de consumo son variables a lo largo del tiempo, sin embargo, el consumo de sustancias naturales no peligrosas, sustancias químicas de uso industrial y combustibles, son los que representan la mayor proporción (Suárez, Narváez, 2017).

Según el informe del Banco Mundial (2018) titulado What a Waste 2.0: A Global Snapshot of Solid Waste Management to 2050⁸, si no se adoptan medidas urgentes, para 2050 los desechos a nivel mundial crecerán un 70 % con respecto a los niveles actuales. Los plásticos son especialmente problemáticos. Si no se recolectan y gestionan adecuadamente, contaminarán y afectarán los cursos de aguas y los ecosistemas durante cientos, sino miles, de años. Según el informe, en 2016 se generaron en el mundo 242 millones de toneladas de desechos de plástico, que representan el 12 % del total de desechos sólidos.

Por otra parte, según el Informe Nacional de Residuos o Desechos Peligrosos en Colombia, 2022, publicado en 2024, se reportaron 19.823 establecimientos generadores de residuos peligrosos (RESPEL), ubicados en los 32 departamentos del país y en el Distrito Capital de Bogotá. Estos establecimientos se encuentran distribuidos en 900 de los 1.103 municipios del territorio nacional. El informe indica una generación total de 652.912 toneladas de residuos peligrosos, lo que representa un incremento del 8 % con respecto al año 2021 (IDEAM, 2024).

El incremento registrado está relacionado, especialmente, con los residuos peligrosos del sector de hidrocarburos, los cuales han sido, históricamente, los de mayor generación en el país. También, debido a un mayor reporte en la jurisdicción de la Secretaría Distrital de Ambiente (SDA), que a través de la Resolución distrital 5262 de 2021⁹, obligó a todos los generadores del sector salud a reportar en el registro de generadores de residuos peligrosos.

⁷ <https://www.unep.org/toxics/chemicals-and-pollution-action/chemicals-management/global-chemicals-outlook>
⁸ <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/09/20/global-waste-to-grow-by-70-percent-by-2050-unless-urgent-action-is-taken-world-bank-report>

⁹ “Por la cual se reglamenta el registro de los microgeneradores en el registro de generadores de residuos o desechos peligrosos del sector salud, otras actividades afines y se adoptan otras determinaciones”

El Registro de Generadores de Residuos Peligrosos (Respel), es la herramienta nacional que, desde 2009, captura anualmente la información de la generación y el manejo de este tipo de residuos en el país, así como para generar las estadísticas nacionales sobre el tema.

Los municipios donde se reportó la mayor generación de residuos peligrosos fueron Yondó (Antioquia), Barrancabermeja (Santander), esta última asociada a la actividad de extracción de petróleo crudo y su refinación, y Bogotá, D.C. (generación asociada a actividades diversas, p.ej. limpieza de instalaciones industriales, fabricación y distribución de combustibles, sector automotriz, prestación de servicios de salud y fabricación de productos químicos).

Por otro lado, los tres departamentos donde se presentó la mayor generación son Antioquia, Santander y Meta, asociada especialmente a actividades económicas del sector de hidrocarburos. El 78 % de la generación respel corresponde a los residuos de mezclas de hidrocarburos y agua, los desechos clínicos resultantes de la atención médica prestada en hospitales, centros médicos y clínicas y los desechos de aceites minerales.

En cuanto a la gestión de los respel, predominó el tratamiento como operación de eliminación, con el 57 %; seguido de la disposición final, con el 19 % y, por último, el aprovechamiento, con el 14 % (93.887 t). Para el año 2021, el aprovechamiento y la disposición final fueron menores, en un 28 % y en un 8 %, respectivamente, comparados con la cantidad total gestionada en el año 2022. Mientras tanto, las operaciones de tratamiento aumentaron en un 8 %, en 2022, particularmente por el tratamiento de los respel del sector de hidrocarburos, cuya generación aumentó en dicho periodo.

Los respel en el país durante 2022, se gestionaron, en un 96 % por medio de las empresas gestoras con licencia ambiental vigente para almacenar, aprovechar, tratar o disponer este tipo de desechos; y, un 4 %, se realiza por medio del mismo establecimiento generador. En Colombia, se tiene una oferta de gestores que va en aumento, con un total de 319 empresas ubicadas en 29 de los 32 departamentos y 92 municipios. De acuerdo con lo anterior, el 61 % de dicha gestión se realiza principalmente en los departamentos de Santander, Casanare, Cundinamarca y Bolívar.

El nivel de reporte de los establecimientos ha ido en aumento (12 %) y, con ello, podemos contar con una imagen más cercana a la realidad en cuanto a la generación y el manejo de los residuos peligrosos del país. Se espera que este esfuerzo, junto con las acciones planteadas en la Política ambiental para la gestión integral de residuos peligrosos, 2022, contribuya a la formulación y evaluación de estrategias que permitan, además de minimizar la generación, garantizar una adecuada y segura gestión de esta clase de residuos (IDEAM, 2024).

En septiembre de 2023, en el marco de la quinta sesión de la Conferencia Internacional sobre gestión de productos químicos (ICCM5), se adoptó el denominado Global Framework on Chemicals – GFC. Este es un marco multisectorial que consiste en cinco objetivos estratégicos y 28 metas orientados a fortalecer la gestión adecuada de los productos químicos y los residuos, con el fin de lograr un futuro sostenible en los ámbitos que emplean productos químicos. Abarca la participación de todos los sectores relevantes, como ambiente, salud, agricultura, trabajo y comercio; así como las partes interesadas a lo largo del ciclo de vida de las sustancias químicas, e incorpora aspectos ambientales y sociales fundamentales para la gestión de las sustancias químicas y los residuos.

En su primera reunión celebrada en junio de 2025, el Grupo de Trabajo de Composición Abierta del Marco Mundial sobre Productos Químicos (GFC), enfatizó en los siguientes puntos: I. El compromiso multisectorial y multipartito, II. El Plan de Acción de Género, III. La preparación para la conferencia internacional 2026, IV. Alianza sobre Plaguicidas Altamente Peligrosos (PAP) y V. El monitoreo y evaluación.

En este contexto, Colombia ha reconocido como una problemática de interés, la afectación del ambiente y la salud por la exposición a productos químicos y sus residuos, para lo cual ha dado respuesta mediante la ratificación e implementación de los Convenios de Rotterdam, Estocolmo, Basilea, Minamata y el Protocolo de Montreal. Adicionalmente, se concretó la adhesión de Colombia a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y se ha avanzado en el cumplimiento de compromisos derivados del CONPES 3868 de 2016 “Política de gestión del riesgo asociado al uso de sustancias químicas” y posteriormente, se ha venido trabajando en la implementación del Decreto 1630 de 2021, “Por el cual se adiciona el Decreto 1076 de 2015, Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, lo relacionado con la gestión integral de las sustancias químicas de uso industrial y se toman otras determinaciones”; se destaca también la adopción de medidas de prohibición del uso de todas las formas de asbesto, mediante la expedición de la Ley 1968 de 2019, y la formulación e implementación de los Planes Únicos y Sectoriales de Mercurio, desde los cuales se busca avanzar hacia el uso responsable y manejo seguro de productos químicos, unido al enfoque estratégico para la gestión internacional de sustancias químicas (SAICM por sus siglas en inglés).

En este contexto, se destaca que Colombia realiza seguimiento de eventos en salud de tipo agudo, relacionados con la exposición a sustancias químicas (intoxicaciones por sustancias químicas) a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), donde se evidencia que, durante los años 2019, 2020, 2021 y 2022 se presentaron incidencias u ocurrencia de nuevos casos a razón de 45,95; 33,25; 32,13 y 38,63 de intoxicaciones por sustancias químicas por 100.000 habitantes respectivamente, sin incluir las intoxicaciones por intencional suicida (INS, 2023).

Entre 2020 y 2023 (se notificaron 162.031 casos de intoxicaciones agudas por sustancias químicas. Se incluyen los casos notificados en el evento 355: intoxicaciones agudas por sustancias químicas y los casos notificados en el evento 356: intento de suicidio (mecanismo intoxicación). La mayor notificación se observó en 2023 (p) con 48.074 casos y la menor en 2020 con 33.030 casos, situación que puede relacionarse con la disminución en la notificación por inequidad en el acceso a sistemas de información, dificultad para acceder a servicios de salud, temor al contagio o rezago en las actividades de vigilancia por priorización de acciones contra Covid-19 (14). Entre 2020 – 2023 (p), la mayor notificación correspondió a las intoxicaciones por medicamentos (77.745 casos, 48,0 %), seguido de intoxicaciones por sustancias psicoactivas (28.816 casos, 17,8 %) y las intoxicaciones por plaguicidas (26.250 casos, 16,2 %) (INS, 2024).

En el marco de la salud ambiental, las intoxicaciones agudas por sustancias químicas a 2022, se derivan principalmente de intoxicaciones accidentales y ocupacionales por plaguicidas, metales, solventes, y otras sustancias químicas y gases. En 2022 se notificaron 5.553 intoxicaciones de tipo accidental para los grupos de sustancia mencionados, de los cuales se observó lo siguiente:

- El 45,1% correspondieron al grupo otras sustancias químicas, seguido de plaguicidas 31,4.
- El 40,6% de estas intoxicaciones fueron notificadas en menores de cinco años.
- El 56,8% se observaron en el sexo masculino, sin embargo, en las intoxicaciones accidentales por gases 52,6% ocurrieron en el sexo femenino.
- El 43,2% de estos casos se presentaron en el sexo femenino, se notificaron 20 gestantes.
- El 39,4% de los casos no superaron la educación preescolar.
- El 95,2% de las intoxicaciones notificadas correspondieron a la pertenencia étnica “otro”, que hace referencia a las personas que no se identifican como indígenas, afrocolombianos o ROM.

- El 72,6% de estas intoxicaciones procedieron de cabeceras municipales.
- El 77,3% de las intoxicaciones accidentales notificadas en estos grupos ocurrieron en hogares y 12,7% en lugares de trabajo.
- El 39,8% de estas intoxicaciones requirieron hospitalización. Las intoxicaciones por solventes presentaron un mayor porcentaje de hospitalización (46,8%) en comparación con los otros grupos de sustancias de interés.
- La letalidad de estas intoxicaciones fue de 5 muertes por cada 1.000 casos. La mayor letalidad se observó en las intoxicaciones por metales: 29,4 por cada 1.000 casos.
- La principal vía de exposición correspondió a la oral 65,4%, seguida de la respiratoria 26,6%.
- De los 5.553 casos notificados, 16 (0,3%) fueron identificados con algún tipo de discapacidad.

Frente a las intoxicaciones ocupacionales por plaguicidas, metales, solventes, gases, y el grupo otras sustancias químicas, en 2022 se notificaron 1.255 casos de intoxicaciones, en el análisis de estas se observó lo siguiente:

- El 50,5% ocurrieron por plaguicidas, seguido de 25,3% por el grupo de otras sustancias químicas.
- Se notificaron 10 casos (0,8%) de intoxicaciones ocupacionales por los grupos de sustancias de interés en menores de edad.
- El 70,0% de los casos ocurrieron en el sexo masculino.
- Cuatro casos correspondieron a gestantes.
- El 63,4% de los casos notificados no superaron la educación básica secundaria.
- El 97,8% de las intoxicaciones ocupacionales notificadas en los grupos de interés correspondieron a la pertenencia étnica “otro”.
- El 61,4% de estas intoxicaciones procedieron de cabeceras municipales. Las principales intoxicaciones ocupacionales por plaguicidas ocurrieron principalmente en zona rural dispersa 44,6%, siendo el sexo masculino el principal afectado.
- El 21,9% de estas intoxicaciones requirieron hospitalización. Las intoxicaciones por metales presentaron un mayor porcentaje de hospitalización (100%) en comparación con los otros grupos de sustancias de interés.
- La letalidad de estas intoxicaciones fue de 7,2 muertes por cada 1.000 casos. La mayor letalidad se observó en las intoxicaciones por gases: 36,2 por cada 1.000 casos.
- La principal vía de exposición correspondió a la respiratoria 70,5%, seguida de la dérmica 18,2%.
- En relación con la ocupación, 13,5% no fue clasificado con algún código de ocupación, 10,8% correspondió a trabajadores forestales, 10,3% personas que realizan trabajos varios y 10,0% agricultores de cultivos transitorios.
- El 40,4% de los casos de intoxicaciones ocupacionales notificadas en los grupos de sustancias de interés se reportaron como afiliados a ARL. Los grupos de sustancias en donde se observó la afiliación más baja fueron metales 20,0% y plaguicidas 23,5%, lo cual indica el grado de informalidad de las actividades productivas que usan estas sustancias químicas.

Respecto a la exposición crónica a sustancias químicas a través de los subsistemas ambientales y dada la complejidad de identificar los efectos en la salud, los cuales se manifiestan generalmente a mediano y largo plazo, se plantea como uno de los grandes retos, el desarrollo de sistemas de información que permitan proveer información sistemática sobre: identificación de peligros, factores de exposición y efectos en la salud asociados a las sustancias químicas con el propósito de favorecer por parte de las entidades competentes, la adopción de medidas de prevención, mitigación, reducción y control de los riesgos de intoxicación; así como brindar elementos de soporte para asistir en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los efectos adversos a la salud derivados del manejo de

sustancias químicas, adicional a fortalecer vigilancia activa para la identificación y seguimiento de poblaciones prioritizadas por exposición a sustancias químicas.

7.1.8 Vectores

En Colombia de los 96 tipos de ecosistemas que existen, 43 se encuentran en alto riesgo y 22 en estado crítico y de peligro. Para el año 2050, se estima que las regiones con mayor degradación serán la Andina, norte de la Amazonia y sur de la Orinoquia (Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt, 2021). Esto implica impactos negativos sobre servicios ecosistémicos que soportan la vida, como el agua, la calidad del aire, de los suelos y la seguridad alimentaria, y por tanto conllevan a valorar la necesidad de toma de decisiones y formulación de políticas que conduzcan a la conservación y uso sostenible de la biodiversidad, la salud humana y el desarrollo sostenible (IPBES, 2019).

Según la Plataforma Intergubernamental Científico-Normativa sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas, cerca de la quinta parte de la superficie de la tierra está en riesgo de invasiones de fauna y flora, lo que lleva implícito no solo efectos para la salud debido a cambios en los ecosistemas, sino sobre las economías y las dinámicas socioculturales, especialmente en las poblaciones indígenas (IPBES, 2019). Por tanto, cuando se modifican negativamente los ecosistemas y hay cambios en la biodiversidad, se destruye la barrera que los ecosistemas ofrecen para limitar la dispersión de microorganismos y así prevenir enfermedades emergentes como las encefalitis equinas y posibles reemergentes como la fiebre amarilla o la exacerbación y cambios espacio temporales de las que ya son endémicas en diferentes territorios del país como leishmaniasis, dengue y malaria.

Ejemplos de la degradación de los ecosistemas y la salud humana son múltiples en el país. Un ejemplo es la deforestación y su relación con malaria en la amazonia y el pacífico colombiano. La Evaluación Nacional de Biodiversidad y Servicios Ecosistémicos de Colombia a partir de investigaciones preliminares señaló que en los municipios con deforestación activa se presentan 15 casos más de malaria por semana epidemiológica, que en los municipios sin deforestación activa (Álvarez, 2021). Así mismo, parte de la deforestación se ha asociado a actividades productivas extractivas ilícitas y lícitas (World Resources Institute, 2022). (González-González, 2021), la colonización de áreas de especial importancia ecológica y el acaparamiento de tierras ubicadas por fuera de la frontera agropecuaria, lo cual lleva implícito la contaminación de los suelos y la destrucción de la biota superficial del suelo y cambio en la dinámica de especies.

Es importante señalar que a 2022 se encontraban 123.517 hectáreas deforestadas, con una reducción del 29,1% con respecto al 2021; donde los departamentos de Putumayo, Meta, Guaviare, Caquetá, Antioquia, Norte de Santander y Bolívar concentran el 76% de la deforestación en el país, siendo los municipios de Mapiripán, Puerto Guzmán, Orto, Puerto Asís, Puerto Leguízamo, Tibú, San José de Guaviare, Calamar, Cartagena del Chaira, Puerto Calcedo, Valle del Guamuez y Solano los municipios con mayor número de hectáreas deforestadas. Entre las principales causas de deforestación se encuentra la praderización por acaparamiento de tierras, ganadería extensiva, infraestructura de transporte no planificada, cultivos ilícitos, extracción ilícita de minerales, tala ilegal y ampliación de la frontera agrícola en áreas no permitidas (IDEAM, 2023).

Por otra parte, la deforestación en Colombia, especialmente en la Amazonia y el Pacífico, está vinculada a un aumento en la incidencia de malaria. La Evaluación Nacional de Biodiversidad y Servicios Ecosistémicos de Colombia indica que los municipios con deforestación activa registran 15 casos más de malaria por semana epidemiológica en comparación con aquellos sin deforestación, según investigaciones preliminares (Álvarez, 2021); además, altera los ecosistemas, creando nuevos hábitats para mosquitos que

transmiten la malaria, como el Anopheles darlingi, y también puede llevar a un aumento de la población de estos vectores debido a la creación de cuerpos de agua estancada. Además, la pérdida de bosques afecta la salud humana al disminuir la disponibilidad de recursos naturales, reducir la calidad del aire y el agua, y aumentar el riesgo de enfermedades transmitidas por vectores.

A su vez, es claro que la disponibilidad y calidad del agua se verá afectada por la degradación de los ecosistemas en interacción con los cambios en el clima, donde la Evaluación Nacional de Ecosistemas de 2020, señala que la distribución del uso y los sectores contaminantes, limitan el acceso al agua de algunos segmentos de las poblaciones, no por la disponibilidad y cantidad, sino por la calidad, sumada a la desigualdad urbano-rural en la cobertura de acueducto, tal como se muestra también en el componente de agua y saneamiento (Minsalud (a), 2025).

Los vectores de importancia en salud pública, como los mosquitos transmisores de enfermedades arbovirales y flavivirales, representan una amenaza constante que se ve intensificada por factores ambientales, sociales y climáticos (Minsalud, 2023) (Minsalud (b), 2025). En Colombia se desarrolla la Estrategia de Manejo Integrado de Vectores (MIV) como marco técnico-operativo nacional, cuyo insumo principal es la vigilancia integrada—epidemiológica, entomológica y ambiental—apoyada en análisis de riesgo geoespacial. Esta visión integrada permite anticipar y mitigar brotes mediante un abordaje territorial y diferencial que incorpora la participación activa de las comunidades y la articulación con el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y los planes de adaptación al cambio climático.

La estrecha relación entre los vectores y el ambiente resalta la urgencia de incorporar componentes normativos que regulen su control desde una perspectiva ecosistémica. Factores como la resistencia a insecticidas requieren una respuesta coordinada y sostenida, basada en evidencia, mediante planes sistemáticos de monitoreo conforme a los lineamientos nacionales. Además, la inclusión de tecnologías innovadoras como el uso nuevo insecticidas de bajo impacto ambiental subraya el compromiso con estrategias sostenibles, adaptativas y eficientes frente a los desafíos crecientes del cambio climático y el deterioro ambiental.

Por tanto, retomando las recomendaciones de la Evaluación Nacional de Biodiversidad y Servicios Ecosistémicos en Colombia, cómo: mejorar el conocimiento en la probabilidad de ocurrencia de enfermedades emergentes y reemergentes, crear planes de preparación anti pandemia, desarrollar e incorporar evaluaciones sobre el impacto de los riesgos de enfermedades emergentes y pandémicas en proyectos de desarrollo y uso del suelo, al tiempo que se reforman los esquemas de ayuda financiera para el uso del suelo de modo que los beneficios y riesgos para la biodiversidad y la salud sean reconocidos y abordados de forma explícita, valorar la participación y conocimiento de los pueblos indígenas y las comunidades locales en los programas de prevención de pandemias, y mejorar la comprensión de la relación entre la degradación y restauración de ecosistemas, la estructura de paisaje y el riesgo de aparición de enfermedades, se encuentra la necesidad de articular estas recomendaciones con el abordaje de la vulnerabilidad y la generación de alertas tempranas en salud ambiental.

7.2 Cuadros y tablas

Cuadro 1. Descripción de temáticas a abordar por los componentes en salud ambiental desde el accionar intersectorial	
Componente	Descripción Temática
Agua y saneamiento	Oferta de agua

Integra acciones intersectoriales que permiten el desarrollo de la gestión integral del recurso hídrico y el saneamiento en los territorios, buscando la protección de cuencas, la potabilización del agua, promoción de tecnologías alternativas y la protección del ambiente y salud en consenso con la comunidad	- Promover la conservación, protección y restauración ecológica de las fuentes hídricas. - Concesiones de uso (todos los tipos de fuente aguas superficial, subterránea y meteórica). - Conflictos de uso. - Plan de Ordenamiento de Cuencas.
	Demanda de agua / disponibilidad - Sistemas de abastecimiento (captación, aducción, tratamiento, distribución y almacenamiento). - Aprovechamiento de aguas lluvias. - Prevención de enfermedades vehiculizadas por el agua - Sistemas alternativos de agua y saneamiento en áreas rurales y dispersas. - Censo de usuarios.
	Calidad del agua - Tratamiento de agua. - Calidad del agua distribuida (vigilancia y control, y ante eventos de emergencia y desastre). - Contaminación natural y antrópica de fuentes hídricas. - Elaboración de mapas de riesgo, vigilancia de parámetros especiales y cumplimiento de Planes de Trabajo Correctivos por personas prestadoras. - Optimización del sistema de monitoreo hidrológico y de gestión del riesgo. - Aceptabilidad: cultura y género.
	Aguas Residuales - Sistemas de alcantarillado (recolección, transporte, vertimiento). - Sistemas de tratamiento. - Reuso y reciclaje de aguas. - Eliminación in situ de excretas.
	Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS) - Articulación con el POT, PBOT, EOT y el Plan de Desarrollo. - Actualización y seguimiento al PGIRS incorporando la normatividad vigente. - Cumplimiento de los deberes del usuario frente al servicio público de aseo, incluyendo la separación en la fuente.
	Servicio Público de Aseo Puntos Críticos - Presentación y generación de residuos en puntos críticos desde la responsabilidad del usuario. - Coordinación para el control, recolección y eliminación de puntos críticos desde la responsabilidad del prestador del servicio público de aseo y del municipio.
	Aprovechamiento - Reporte de Toneladas Efectivamente Aprovechadas que se reincorporan al ciclo productivo, de acuerdo con el PGIRS. - Municipios con esquemas de aprovechamiento en el marco del Servicio Público de Aseo. - Organizaciones de Recicladores de Oficio como prestadores de la actividad de aprovechamiento.
	Tratamiento - Municipios con esquema de tratamiento de residuos orgánicos (compostaje, tratamiento mecánico biológico, aprovechamiento energético, entre otros).
	Disposición Final - Disminución de materiales potencialmente aprovechables destinados a disposición final. - Identificación de las condiciones de disposición final de los municipios (tipo de disposición final, vida útil, permisos ambientales, botaderos a cielo abierto, entre otros) - Plan de emergencias y contingencias.

Componente	Descripción Temática
Aire y Salud Este componente está dirigido a coordinar acciones sectoriales e intersectoriales para la prevención de los impactos a la salud humana relacionados con la contaminación del aire, involucrando políticas de desarrollo sostenible en procesos de promoción de la salud, fortalecimiento de capacidad institucional, así como en el fortalecimiento de procesos de comunicación del riesgo con comunidades	- Calidad del aire en interiores y calidad del aire ambiente. - Olores ofensivos.

Componente	Descripción Temática
Ruido	- Lineamientos nacionales para la prevención y promoción de la salud frente a la exposición a ruido, con comunicación del riesgo y recomendaciones para población general y grupos sensibles. - Ruta sectorial de gestión de quejas por ruido: estandarizar recepción, canalización y traslado a las autoridades competentes, con seguimiento de efectos en salud e indicadores (sin medición sonora) - Articulación intersectorial para la Política de Calidad Acústica: apoyo técnico en guías, planes y armonización normativa (p.ej., con normas existentes), coordinando con ambiente y policía para control y medición. - Fortalecimiento de capacidades para la respuesta sanitaria asociada al ruido. - Formación a ETS y talento humano en atención al ciudadano, mensajes de protección a grupos sensibles y articulación intersectorial (sin mediciones por MSPS/ETS).

Componente	Descripción Temática
Radiaciones electromagnéticas no ionizantes	- Prevención y comunicación del riesgo por exposición a REM, con materiales IEC nacionales y mensajes diferenciados para grupos sensibles (coherentes con OMS/CNIRP). - Gestión de requerimientos y trazabilidad en REM: recepción, clasificación, orientación y remisión a las autoridades competentes (p. ej., ANE). - Orientación técnica nacional para entidades territoriales y otros sectores (criterios de precaución, respuestas tipo y guías de buenas prácticas) basada en evidencia. - Articulación intersectorial (Minsalud–MINTIC/ANE–Ambiente–territorios) para coherencia de mensajes, manejo de contingencias y mejora de la información pública.

Componente	Descripción Temática
Habitabilidad (entornos y movilidad y proceso de vigilancia y control sanitario)	Entornos - Mejoramiento de condiciones de habitabilidad en los entornos de vida cotidiana. - Reasentamientos en condiciones de emergencia.

Reconoce acciones tendientes al mejoramiento de asentamientos humanos y la generación de entornos sostenibles, sanos, y habitables.	- Promover y proteger la salud de las personas de los peligros a los que están expuestas en la vivienda y el contexto en el cual están inmersas - Articular intereses, voluntades y recursos multisectoriales (especialmente, aunque no de manera exclusiva, de los sectores salud, educación y ambiente), orientados a aumentar la capacidad y oportunidades de todos los miembros de las comunidades educativas para mejorar la salud, el aprendizaje, la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo humano integral y sostenible - Gestionar acciones desde la planeación, ejecución, uso responsable, cuidado y mejoramiento del espacio público - Promover el empoderamiento de la comunidad mediante la participación social activa en la gestión local, en la definición de problemas que afectan su calidad de vida y en la construcción colectiva de las respuestas institucionales y sociales, en el marco de la salud ambiental - Promover y articular estrategias, como hospitales seguros, hospitales verdes y saludables, entre otras - Establecimientos de interés sanitario. - Promover condiciones de trabajo saludables para proteger la salud y el bienestar de la población trabajadora, sus familias y comunidades - Adopción de Lineamientos de Infraestructura Verde Vial – LIVV (hacia la construcción de proyectos de infraestructura más sostenible y resiliente, y como directrices complementarias a los requerimientos de la gestión ambiental de los proyectos viales conforme lo dispone la normativa ambiental expedida en el marco del licenciamiento ambiental, propiciando proyectos de infraestructura lineal que contemplen las medidas de manejo necesarias para evitar, prevenir, mitigar, corregir y/o compensar la totalidad de los impactos ambientales significativos que potencialmente puedan generar). Movilidad saludable, segura y sostenible - Fomento de la cultura de movilidad saludable, segura y sostenible a todos los actores de la vía. - Infraestructura vial accesible, segura e incluyente. - Prevención de siniestros viales, según factores de riesgo y puntos críticos de acuerdo con los lineamientos definidos en el Plan Nacional de Seguridad Vial. - Promoción de la movilidad activa e intermodalidad (bicicleta, caminata, sistemas de transporte alternativo, transporte público) desde un enfoque de sistema seguro y articulado con la estrategia nacional de movilidad activa. - Gestión de la velocidad, conforme al enfoque de sistema seguro y conforme a los lineamientos del Plan Nacional de Seguridad Vial. - Regulación de factores de riesgo asociados al comportamiento vial. Proceso de Vigilancia y Control Sanitario - Procesos misionales: Fiscalización sanitaria (inspección, vigilancia y control sanitario) y Aseguramiento Sanitario de Cadenas Productivas - Procesos estratégicos o gerenciales: gestión integral, relacionables articuladores de actores y procesos del modelo, gestión del conocimiento y su aplicación en políticas de seguridad sanitaria. - Procesos de apoyo: capital humano, físico, tecnológico y financiero
---	--

--	--

sus residuos durante su ciclo de vida	- Manejo del riesgo por sustancias químicas incluidos accidentes mayores. - Gestión de sustancias químicas priorizadas. - Prevención y reducción del riesgo a la salud por exposición a RESPEL con características corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos, inflamables. - Prevención y reducción de impactos ambientales por el manejo inadecuado de RESPEL.
Variabilidad y cambio Climático	- Diseño e implementación de planes de adaptación en salud ambiental con enfoque territorial, diferencial, basado en comunidad y en soluciones basadas en la naturaleza. - Articulación intersectorial para la gestión integrada de ecosistemas estratégicos vulnerables a transformaciones climáticas. - Desarrollo de capacidades institucionales y comunitarias para la prevención, preparación y respuesta ante emergencias climáticas con afectación en salud. - Fortalecimiento de sistemas de alerta temprana para eventos sensibles al clima, integrando salud, ambiente y gestión del riesgo. - Estimación del riesgo y vulnerabilidad en salud ambiental por cambio climático y eventos climáticos extremos. - Planes de adaptación basados en comunidad y ecosistemas y acciones de mitigación articulados a los PTACCSA y PIGCCT. - Esquemas de gestión integrada de ecosistemas vulnerables. - Establecimiento e implementación de Sistemas de Alerta Temprana. - Articulación con el sector educación para la sensibilización y formación en salud y cambio climático. Además, capacitación del talento humano en salud ambiental y cambio climático. - Articulación con el sector de ciencia, tecnología e innovación para promover la investigación, el desarrollo tecnológico, la innovación y el monitoreo, que soporten la toma de decisiones frente a la variabilidad y el cambio climático. - Integración con vivienda, agua y saneamiento básico para infraestructuras resilientes y servicios seguros. - Vinculación con agricultura y seguridad alimentaria para gestionar impactos sobre la nutrición y salud. - Incorporación de la variable salud y cambio climático en la planeación territorial. - Fortalecimiento de la comunicación de riesgos y salud mental ante eventos climáticos. - Movilización de recursos financieros para adaptación y mitigación en cambio climático. - Evaluación económica de los impactos del cambio climático en la salud. - Alineación con el enfoque de Una Sola Salud y con los compromisos internacionales, incluido el ODS 13.
Inocuidad y calidad de los alimentos	Se tendrá en cuenta la coordinación entre políticas, planes, programas relacionados con medidas sanitarias y fitosanitarias de inocuidad y calidad de alimentos, y la coordinación entre espacios intersectoriales como la Comisión Intersectorial de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias – Comisión MSF, creada mediante Decreto 2833 de 2006, y la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), creada mediante Decreto 2055 de 2009. Adicionalmente, el Decreto 2323 de 2006 compilado en el Decreto 780 de 2016 en sus capítulos 10 y 11 (13 y 14) frente a la creación de la Comisión Nacional Intersectorial para la Red Nacional de Laboratorios para la participación activa en el área de salud pública, salud ambiental y vigilancia en salud pública, y lo correspondiente a

	la implementación de la Resolución 1229 de 2013, o la que haga sus veces, la cual estable el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano.
Vectores	- Gestión integral de enfermedades transmitidas por vectores (promoción, prevención y control de enfermedades endémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas). - Actualización de regulación y buenas prácticas de sectores productivos con efecto en ETV. - Orientaciones para la prevención y atención de ETV en entornos priorizados. - Análisis de ETV, según estudios ecológicos y migración de reservorios en zonas endémicas. - Desarrollo de evaluaciones y promoción de tecnologías innovadoras, como: mosquitos Wolbachia, nuevos insecticidas de bajo impacto ambiental, resistencia a insecticidas, entre otros. <i>*Las acciones se implementarán bajo la Estrategia de Manejo Integrado de Vectores (MIV), adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social como marco técnico-operativo a nivel nacional.</i>

Fuente: Consolidado de descripción componentes temáticos, Conasa, 2025.

Cuadro 2. Carga de enfermedad global a 2019 y carga de enfermedad para Colombia años 1990, 2010 y 2019, según posición.			
Carga de Enfermedad Global (2019)	Carga de Enfermedad Colombia (1990)	Carga de Enfermedad Colombia (2010)	Carga de Enfermedad Colombia (2019)
1. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1.Violencia Interpersonal	1.Enfermedades Isquémicas del Corazón	1.Enfermedades Isquémicas del Corazón
2. Enfermedad Cerebrovascular	2. Enfermedades Isquémicas del Corazón	2.Violencia Interpersonal	2.Violencia Interpersonal
3. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	3. Trastornos neonatales	3.Enfermedad Cerebrovascular	3.Enfermedad Cerebrovascular
4. Enfermedades de las Vías Respiratorias Bajas	4. Enfermedad Cerebrovascular	4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
5. Cáncer de pulmón	5. Enfermedades de las Vías Respiratorias Bajas	5. Enfermedad de Alzheimer	5. Enfermedad de Alzheimer
6. Trastornos neonatales	6. Lesiones por siniestros viales	6. Lesiones por siniestros viales	6. Enfermedad renal crónica
7. Enfermedad de Alzheimer	7. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	7. Trastornos neonatales	7. Enfermedades de las Vías Respiratorias Bajas
8. Diabetes	8. Cáncer de estómago	8. Enfermedades de las Vías Respiratorias Bajas	8. Lesiones por siniestros viales
9. Enfermedades Diarreicas	9. Enfermedades Diarreicas	9. Enfermedad renal crónica	9. Diabetes
10. Cirrosis	10. Anomalías Congénitas	10. Cáncer de estómago	10. Cáncer de estómago

Fuente: Elaboración propia con base en Global Burden of Disease 2019, perfil Colombia (IHME, 2021).

Cuadro 3. Avances de la intersectorialidad en salud ambiental de la Conasa y sus mesas técnicas

	Información	Cooperación	Coordinación	Integración	Grado de integración
Conasa (Inicia en 2011)	Construcción de lenguaje común: salud ambiental (PDSP), salud ambiental y Gestión Integral de la Salud Ambiental (PISA). Contexto de problemas en salud ambiental identificados en las asistencias a los COTSA y sus mesas técnicas (2018,2019).	Elaboración de documentos de análisis de desigualdades de salud ambiental por componentes priorizados, que configuraron el Estudio Nacional de Equidad en Salud Ambiental (Enesa), construidos con aportes intersectoriales (2017, 2018).	Estructuración conceptual y operativa del SUIISA y definición de la batería de indicadores en salud ambiental (2013-2019). Desarrollo de asistencias técnicas conjuntas para el fortalecimiento de los COTSA y sus mesas técnicas (desde 2015, entre Minambiente y Minsalud, y delegados del ICA, INVIMA y los PDA a nivel local). Realización de (2) Encuentros Nacionales de los COTSA, a fin de fortalecer estos espacios de gestión y mecanismos clave para la toma de decisiones en salud ambiental (2015 y 2017).	Desarrollo de orientaciones conjuntas para la conformación, funcionamiento y seguimiento de los COTSA (2016), y lineamientos generales para la conformación y operación de mesas técnicas de la Conasa (2017). Construcción y expedición de la PISA (desde 2015).	Intermedio
Calidad del agua	Elaboración de pieza comunicativa de recomendaciones para la época de sequía, para su difusión en comunicados del IDEAM (2018).	Reconocimiento de competencias y proyectos entre entidades en relación con problemáticas en gestión de la calidad del agua, e igualmente algunos indicadores y	El plan de acción de la mesa se armoniza con la PHGRH (desde 2015) y se actualiza periódicamente. Se vinculó a la Procuraduría General como actor clave para convocar a alcaldes y		Intermedio

	Información	Cooperación	Coordinación	Integración	Grado de integración
		fuentes de información (2015). Se realiza análisis de determinantes ambientales y sociales de la salud relacionadas con agua y saneamiento bajo el Modelo de Fuerzas Motrices (2017). Documento diagnóstico de las dificultades en la elaboración de los mapas de riesgo por parte de las DTS (2023). Elaboración y publicación del Informe Nacional de Calidad del Agua para Consumo Humano - INCA 2023 (2025).	prestadores del servicio de acueducto de municipios priorizados, a fin de socializar el contexto de calidad del agua y direccionar acciones desde cada Entidad (2017). Elaboración de forma conjunta del fascículo de Agua Potable y Saneamiento Básico del Enesa (2017), el cual se integró al Estudio Nacional del Agua (2018). Asistencia técnica a las Mesas de Agua de los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA) de los departamentos de Sucre, La Guajira y Chocó (2024). Asistencia técnica a las Mesas de Agua y Seguridad Química de los Consejos Territoriales de Salud Ambiental - COTSA, con el propósito de fortalecer la gestión intersectorial en la planificación, coordinación y ejecución de acciones relacionadas con la salud ambiental (2025). Plan de Acción 2024–2025, que		

	Información	Cooperación	Coordinación	Integración	Grado de integración
			presenta un avance del 95% en su cumplimiento, cuyas acciones están orientadas a promover una gestión intersectorial e integral del agua, con el fin de avanzar en la garantía del derecho humano al agua y reducir los impactos negativos en la salud (2025).		
Aire y salud	Recomendaciones ante la posible erupción volcán Nevado del Ruiz (2023)	Elaboración del fascículo de Aire y Salud del Enesa (2017, 2018). Aportes de la mesa a la iniciativa de sistema de vigilancia de salud pública ambiental en calidad del aire, propuesto desde la OPS/OMS (2019). Aportes de la mesa al proyecto de fortalecimiento de capacidades del sector salud para la evaluación de los co-beneficios en salud de las acciones de mitigación del cambio climático y la calidad del aire en Colombia (2021). Aportes de la mesa al	Asistencia técnica a las mesas de aire y salud de los COTSA, sobre gestión del riesgo, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y gestión del conocimiento (2021, entre IDEAM, INS, Minambiente). Concertación de indicadores y tablero de salidas de información de aire y salud para el SUIISA (2023).		Intermedio

	Información	Cooperación	Coordinación	Integración	Grado de integración
		documento de Gobernanza del Aire, dirigido a todos los territorios (2021).			
Seguridad química		Actualización e implementación del Plan Único de Mercurio y los planes sectoriales (2017).		Formulación e implementación del Conpes 3868 de 2016, Política de gestión del riesgo asociado al uso de sustancias químicas. Formulación e implementación del Decreto 1496 de 2018 por el cual se adopta el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química. Formulación e implementación de la ley 1968 de 2019 por la cual se prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional y se establecen garantías de protección a la salud. Seguimiento a la implementación del Plan Único de Mercurio (2019).	Intermedio

	Información	Cooperación	Coordinación	Integración	Grado de integración
ETV	Difusión de información de prevención de Zika (2016)	Concertación de acuerdos de trabajo para el plan de respuesta intersectorial ante la presencia e introducción de ETV (2016) Concertación del plan de acción de la mesa armonizado con el árbol de problemas de las ETV (2017) Identificación de acciones a realizar por los sectores de la mesa para la prevención de ETV (2018,2019).			Bajo
Variabilidad y cambio climático (Inicia en 2017)	Elaboración y divulgación del Boletín de Clima y Salud (desde 2017). Rediseño del Boletín de clima y salud (2023) Integración en el Boletín de clima y salud de los mapas de favorecimiento de dengue y malaria (2022 y 2023)	Concertación de la apuesta en salud de la Estrategia Colombiana de Largo Plazo para el cumplimiento del acuerdo de Paris- E2050 (2020, 2021). Elaboración del fascículo de Variabilidad y Cambio Climático del Enesa (2017, 2018). Participación en estudio exploratorio descriptivo sobre la asociación entre factores climático por COVID-19 en algunas ciudades de	Desarrollo de asistencias técnicas a los COTSA, orientadas a focalizar acciones de adaptación en el corto y mediano plazo de acuerdo al contexto territorial (entre IDEAM y Minsalud, 2021).		Intermedio

	Información	Cooperación	Coordinación	Integración	Grado de integración
		Suramérica, que incluyó 5 ciudades de Colombia (2021). Documento elaboración de mapas predicción dengue y malaria (2023).			
Entornos saludables	Divulgación de lineamientos y estrategias relacionadas con la promoción de Entornos Saludables: escuela y vivienda saludable (Desde 2013).	Resignificación de los lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de la estrategia de entornos saludables (2014 a 2016). Elaboración del documento de Políticas favorecedoras para los entornos saludables, el cual consolida las políticas, planes, programas, proyectos y estrategias de las entidades de la mesa, que permitieran la implementación de la estrategia (2017 a 2021). Diseño de un curso de formación en las estrategias de entornos saludables (2017) y actualización del diseño y desarrollo curricular de los cursos presenciales y	Asistencias técnicas conjuntas dirigidas a las MTES de los COTSA, a fin de orientar la articulación de políticas y generar capacidades (Desde 2019). Inclusión en el Plan de Gestión Social de los PDA, el realizar procesos educativos de promoción de entornos saludables en el hogar, la escuela y la comunidad en el marco del Programa la Cultura del Agua, lo cual contempla que el equipo social del PDA participe en las mesas de Entornos Saludables para la articulación de estrategias de trabajo.		Intermedio

	Información	Cooperación	Coordinación	Integración	Grado de integración
		virtuales de las estrategias de entornos saludables (2020 a 2021).			

Fuente: Consolidado de avances mesas de la Conasa, según tipos de integración intersectorial (2023).

Tabla 1. Resumen de resultados de los costos de la carga de enfermedad atribuida a factores ambientales en Colombia

Estudio	Indicadores salud	Costo total	PIB	Metodologías usadas
Larsen 2004	Diversos indicadores	\$9.300 millones de pesos anuales	5,2% del PIB	AVISA, coeficientes dosis-respuesta, capital humano y valor estadístico de la vida.
Banco Mundial 2014	7600 muertes prematuras y 97 millones de AVAD por morbilidad	\$10,2 millones de pesos anuales	2% del PIB de 2010	OMS, Banco Mundial, Modelos de exposición, capital humano, disposición para pagar y valor estadístico de la vida.
DNP 2018	13718 muertes 98 millones de síntomas enfermedades y	\$20,7 millones de pesos	2,6% del PIB de 2015	Carga de enfermedad recomendada por OMS. Banco mundial siguiendo la aplicación de Banco Mundial 2014 (valor estadístico de la vida).
INS 2018	335.180 AVISA	\$585.000 millones anuales	0,6% del PIB	Carga global de la enfermedad, años productivos de vida potencialmente perdidos.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Tasa de mortalidad de EDA en menores de cinco años por cada 100 000 menores de cinco años según entidad territorial, Colombia, 2022.

Entidad territorial	Tasa mortalidad EDA x 100.000 menores de 5 años
Vaupés	31,9
La Guajira	18,0
Vichada	14,5
Guainia	14,5
Amazonas	10,5
Chocó	8,6
Risaralda	8,3
Casanare	7,7
Arauca	7,1
Cesar	5,6
Sucre	3,8
Cauca	3,5
Putumayo	3,1
Bolívar	2,8
Valle del Cauca	2,8
Atlántico	2,5

Entidad territorialTasa mortalidad EDA x 100.000 menores de 5 años

Santa Marta	2,5
Tolima	2,3
Nariño	1,6
Norte de Santander	1,5
Antioquia	1,4
Meta	1,2
Magdalena	1,2
Boyacá	1,1
Santander	0,6
Bogotá D.C.	0,2
Nacional	2,2

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, Colombia, 2018 - 2022.

Tabla 3. Principales determinantes asociados con la generación de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años

Determinantes asociados	Descripción		
Pertenencia étnica /Población de interés – Mortalidad EDA, IRA y Desnutrición 2023	Indígenas 51,7 %	Afrocolombianos y raizales 5,8%	Otros 42,5%
Cobertura Acueducto (Ac) 2023	Urbano 97,8% Rural 65,7%		
Cobertura Alcantarillado (Alc) 2023	Urbano 92,8% Rural 79,5%		
Índice de Riesgo de Calidad de Agua para Consumo Humano IRCA 2023	Muestras de agua para consumo humano analizadas año 2023 Muestras analizadas nivel Nacional: 49.806 Muestras analizadas por Prestadores: 37.478 Muestras analizadas por Autoabastecedores: 12.328 Muestras tomadas en zona urbana: 32.520 Muestras tomadas en zona rural: 17.286		
	IRCA Nacional IRCA Nacional consolidado urbano rural: 7.4 Riesgo bajo IRCA Nacional Urbano: 5.1 Riesgo bajo IRCA Nacional Rural: 17.5 Riesgo Medio		

Fuente: Consolidación a partir del Informe de evento vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición, Colombia (INS (b), 2022). Encuesta Nacional de Calidad de Vida (DANE (a) 2023). Informe Nacional de Calidad del Agua para Consumo Humano - INCA 2023; Fuente SIVICAP® -Instituto Nacional de Salud.

Tabla 4. Algunos eventos sensibles al clima en Colombia

Evento en salud pública	Evidencia Colombia (C), Internacional (I)*	Referencia
Impactos indirectos mediados por ecosistemas		
Malaria	C-I	(Minambiente, 2011), (Hay, et al. 2005), (Ayanlade, et al., 2020), (Abiodun, et al. 2018), (Anyamba, et al. 2019), (M'Bra, et al. 2018), (Hussien, 2019), (Roy, et al. 2015), (Omumbo, et al. 2011), (Mantilla, et al. 2009), (Park, et al. 2016), (Thomson M. C., et al. 2006)

Evento en salud pública	Evidencia Colombia (C), Internacional (I)*	Referencia
Impactos indirectos mediados por ecosistemas		
Dengue	C-I	(Méndez-Lázaro, et al. 2014), (Hii, et al. 2009), (Islam, et al. 2018), (Vincenti-González, et al. 2018), (Anyamba, et al. 2019), (Nguyen, et al. 2020), (Johansson, et al. 2009), (Lowe, et al. 2018) (Phanitchat, et al.2019), (Quintero-Herrera L., et al. 2015)
Zika	I, C	(Muñoz, et al. 2016), (Sorensen, et al. 2016)
Chikungunya	I	(Anyamba, et al. 2019)
Chagas	I	(Villacis, et al. 2020)
Leishmaniasis	C-I	(Altamiranda-Saavedra, et al. 2020), (Azimi, et al. 2017), (Gracia, et al. 2015), (Cárdenas, et al. 2008)
Hantavirus	I	(Anyamba, et al. 2019), (Ferro, et al. 2020), (Zhang W.-Y. et al. 2010)
Leptospirosis	I	(Weinberger, et al. 2014), (Dhewantara, et al.2019), (Cardenas, et al. 2006)
Cólera	C-I	(Reyburn, et al. 2011), (Pérez-Sáez, et al. 2017), (Anyamba, et al. 2019), (Anyamba, et al. 2019), (Reiner, 2012), (Louis, et al. 2003), (Islam M. S., et al. 2009)
Diarrea por otros agentes infecciosos	I	(Wu, et al. 2014), (Duarte, et al. 2019), (Lal, et al. 2013) (Azage, et al. 2017), (Xu, et al. 2013), (Hashizume, et al. 2008), (Singh, et al. 2001), (Cash, et al. 2014), (Aik, et al. 2018), (Ikiroma, 2020), (Chou, et al. 2020), (Britton, et al. 2010)
Ciguatera	I	(Gingold, et al. 2014), (Radke, et al. 2015), (Moore, et al. 2008)
Hospitalización enfermedad respiratoria o Infecciones respiratoria	I	(Wenfang, et al. 2020), (Smith, et al. 2014), (Anyamba, et al. 2019), (Souza, et al. 2012), (Andrew C Comrie, et al. 2007), (Correal, et al. 2015)
Influenza	I	(Zaraket, et al. 2008), (Zhang, et al. 2020), (Viboud, et al. 2004)
Meningitis por meningococo	I	(Sultan, et al. 2005), (Ayanlade, et al. 2020), (Molesworth, et al. 2003)
Irritación de vías respiratorias, cardiovasculares, cardiopulmonar	I	(Bernard, et al. 2001), (Fiore, et al. 2015), (D'Amato, et al. 2016), (Kinney, 2008)
Aeroalergenos (polen y hongos)	I	(Reid, et al. 2009), (Kinney, 2008)
Enfermedad respiratoria crónica	C-I	(Sapkota, et al. 2020), (Rivero, et al. 2015),
Impactos directos		
Cáncer de piel por radiación ultravioleta	I	(Vaverková, et al. 2020), (Lin, 2019), (Bharath, et al. 2009)
Eventos relacionados con olas de calor	I	(McLean, et al. 2018), (Guirguis, et al. 2018), (Akihiko, et al. 2014), (Harp, et al. 2019), (Hess, et al. 2016) (O'Neill

Evento en salud pública	Evidencia Colombia (C), Internacional (I)*	Referencia
Impactos indirectos mediados por ecosistemas		
		et al. 2009), (Ma, et al. 2014), (Park H. et al. 2015).
Eventos relacionados con inundaciones		(Vorósmarty, et al. 2013)
Impactos indirectos mediados por instituciones		
Afectaciones y enfermedades en salud mental (depresión, ansiedad, manía, trastorno bipolar, estrés posttraumático y violencia)	I	(Qi, et al. 2015). (O'Loughlin, et al. 2014), (Burrows, et al. 2016), (Mueller, et al. 2014), (Berry, et al. 2011), (Hu, et al. 2017)

Fuente: Componente de Salud Estrategia Climática de Largo Plazo E-2050 Colombia *I=Internacional C=Colombia.

Fuente: Componente de Salud Estrategia Climática de Largo Plazo E-2050 Colombia *I=internacional C= Colombia.

7.3 Plan de acción

[illegible][illegible][illegible]

Líneas de negocio

Diario Oficial
y Gacetas

Impresión
en Seguridad

Impresión
Gráfica

Agencia, Creación
y Diseño

Servicio de Gestión
Documental

www.imprenta.gov.co

PBX: (601) 4578000 / FAX: 4578037
Carrera 66 n°. 24-09, Ciudad Salitre

[@ImprentaNaCol](https://twitter.com/ImprentaNaCol)

[@Imprentacolombia](https://twitter.com/Imprentacolombia)

correspondencia@imprenta.gov.co

diario.official.co@imprenta.gov.co

Este año, la **Imprenta Nacional de Colombia** marcará un nuevo hito en la historia del país, reafirmando su compromiso con **Colombia**.