

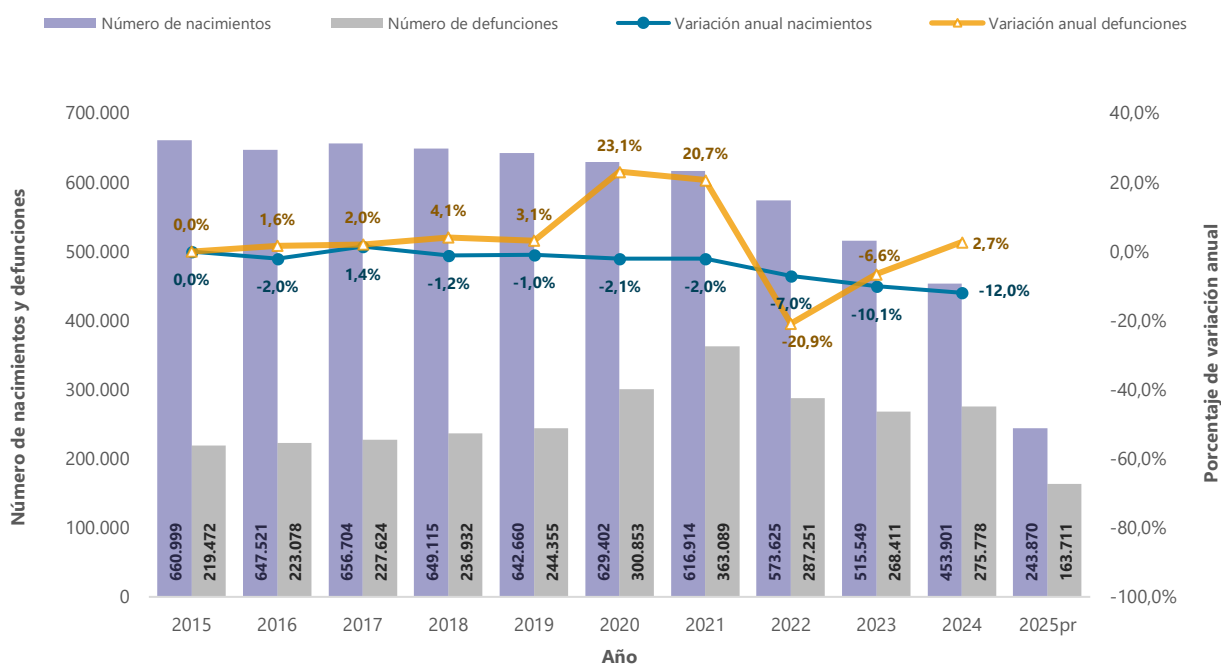


Estadísticas Vitales (EEVV)

Nacimientos y defunciones no fetales

Cifras definitivas año 2024 y año corrido 2025pr (enero-julio)

Gráfico 1. Número y variación interanual de nacimientos y defunciones no fetales en Colombia
Total, nacional
Años 2015 – 2025pr



* Cifras de 2015-2024 corresponden a cifras definitivas. Las cifras 2025pr corresponden a nacimientos y defunciones ocurridas y reportadas entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2025.

Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

pr: Cifras preliminares

Contenido

- Introducción
- Caracterización general de las defunciones
- Cosas que debería saber sobre esta publicación
- Defunciones por trastornos mentales y del comportamiento
- Caracterización general de los nacimientos.
- Ficha metodológica y glosario

FE DE ERRATAS

En el marco de la publicación de los resultados definitivos de las Estadísticas Vitales (EEVV) del año 2024, realizada el 25 de septiembre de 2025, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) informa que se efectuó una actualización de la base de datos definitiva y de los productos de difusión asociados, como resultado de la identificación y corrección de dos inconsistencias.

La primera corresponde a un caso de mortalidad materna del municipio de Bello (Antioquia), clasificado de manera incorrecta por el sistema de codificación, debido a que en el certificado médico de defunción se consignó un antecedente obstétrico no relacionado con la cadena causal de la muerte. Esta corrección genera una reducción en el total de muertes maternas para el municipio y el departamento.

Y la segunda inconsistencia se relaciona con errores en la codificación geográfica de área y municipio, derivados de la no aplicación de la versión vigente de la División Político-Administrativa (DIVIPOLA), lo que ocasionó la asignación de códigos combinados en algunos certificados de nacimientos y defunciones del municipio de Nuevo Belén de Bajirá.

Como resultado de la corrección, en 2024 las muertes maternas en Colombia pasan de 208 a 207, y la razón de mortalidad materna de 45,8 a 45,6 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. En Antioquia, las muertes maternas se reducen de 16 a 15 y la razón de mortalidad materna de 30,7 a 28,8; mientras que en el municipio de Bello las defunciones pasan de 4 a 3 y la razón de mortalidad materna de 98,6 a 74,0.

La actualización de la DIVIPOLA implicó una redistribución de registros entre los municipios de Riosucio y Nuevo Belén de Bajirá (Chocó), con disminución de casos en el primero y aumento en el segundo. Asimismo, se evidenciaron ajustes en la distribución por área, con incrementos en los totales de cabecera municipal y reducciones en centro poblado en el departamento del Chocó, tanto para defunciones (fetales y no fetales) como para nacimientos.

En conjunto, las acciones descritas tienen como propósito fortalecer la exactitud, consistencia y transparencia de la información estadística, garantizando que los datos publicados reflejen de manera fidedigna la realidad demográfica y de salud del país, en estricto cumplimiento del Código Nacional de Buenas Prácticas del Sistema Estadístico Nacional (SEN) y de lo dispuesto en la Ley 2335 de 2023.

Introducción

La información que suministran las Estadísticas Vitales muestra el comportamiento de los patrones demográficos en el territorio nacional, proporcionando información fundamental para la planeación, seguimiento y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos orientados al desarrollo económico, social y en la salud pública de la población. A escala internacional, esta información permite tanto la comparación entre países, subregiones y regiones, como el análisis de los procesos de transición demográfica y epidemiológica.

COSAS QUE USTED DEBERÍA SABER SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

Con el fin de aportar elementos para la interpretación precisa de los resultados, a continuación, se incluyen notas aclaratorias sobre los principales cambios implementados en la operación estadística.

1. En sesión ordinaria de la Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas Vitales (Decreto 955 de 2002) del 25 de octubre de 2024, se aprobó la reducción de los tiempos de publicación de las cifras definitivas de Estadísticas Vitales de Colombia. Por tal motivo, a partir del año 2025, se publicarán datos preliminares de nacimientos y defunciones en marzo, y definitivas en el mes de septiembre, logrando así que la información definitiva de los indicadores esté disponible tres meses antes de lo habitual.
2. La información presentada corresponde a los certificados de nacido vivo y de defunción diligenciados en el aplicativo RUAF-ND por personal de salud autorizado; a los registros reportados por notarías con función registral o directamente por la RNEC; a los eventos captados mediante la estrategia conjunta DANE–RNEC en comunidades étnicas; y a los certificados del sistema SIRDEC no migrados al RUAF, previa verificación de duplicidad.
3. Los datos presentados en el informe corresponden a lo reportado por las fuentes y, por tanto, no están exentos de ausencia de información o valores faltantes. Sin embargo, los cálculos presentados en este documento tienen en cuenta el 100% de la información. Sólo en aquellos casos en los que el porcentaje de datos “sin información” supera el 10%, éste se presenta en tablas, gráficas y análisis realizados.
4. Para el cálculo de las tasas u otros indicadores que requirieron como denominador la población colombiana, se utilizaron las proyecciones oficiales publicadas por el DANE el 8 de agosto de 2025.

5. Atendiendo las recomendaciones de la conferencia de estadísticos europeos para los censos de población y vivienda de 2020, la variable pertenencia étnica se llamará pertenencia étnico-racial; no obstante, el contenido de la variable permanece igual y la captura de la información se hace de la misma forma.
6. Siguiendo los parámetros de la Guía para la inclusión del enfoque diferencial e interseccional aplicables a los procesos de producción estadística del Sistema Estadístico Nacional (SEN), y con el propósito de establecer ciclos de vida con rangos de edad claramente definidos para el cálculo de tasas e indicadores, la adolescencia irá desde los 12 años y hasta los 17 años (<18 años) y la juventud se contabilizará desde los 18 años y hasta los 28 años. Consulte la guía completa [aquí](#).
7. Desde la publicación de diciembre de 2024, se adoptaron las últimas versiones de la División Político- Administrativa - DIVIPOLA- (DANE, 2024) y el estándar internacional de códigos para países y zonas de las Naciones Unidas (M49) en concordancia con lo establecido por la Resolución 2386 de 2023.
8. En 2024, las estadísticas de nacimientos registran un aumento en la categoría “Sin información” para algunas variables. Este comportamiento obedece a la incorporación de casos recuperados mediante cruces con la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC), los cuales disponen principalmente de los datos básicos de identificación y del lugar de ocurrencia del hecho vital. Dicho incremento se asocia al mayor número de brigadas de identificación y registro desplegadas por la RNEC en el territorio nacional. Este proceso no compromete la calidad de la base de datos; por el contrario, fortalece la cobertura del sistema estadístico.
9. En la sección “Comportamiento de las defunciones por trastornos mentales y del comportamiento”, tanto en este documento como en la presentación interactiva en Power BI, se utilizó la CIE-10 como marco de referencia: se seleccionaron los códigos del capítulo V y se organizaron en diez grupos de causas (ver tabla 2). Adicionalmente, se incorporó manualmente la Enfermedad de Alzheimer bajo el código G30, conforme a la norma que codifica la mortalidad por esta entidad en G30 y no en F00. También se analizó el suicidio por departamento y municipio de residencia del fallecido teniendo en cuenta su origen multifactorial.

10. Períodos de tiempo y fechas de corte de la publicación

Las cifras de nacimientos y defunciones que se presentan en esta publicación corresponden a:

- **Cifras año corrido 2025 preliminar(pr):** nacimientos y defunciones ocurridas y reportadas por la fuente entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2025.
- **Cifras definitivas 2015 - 2024:** nacimientos y defunciones ocurridas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de cada año, publicadas como cifras definitivas.

1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS NACIMIENTOS

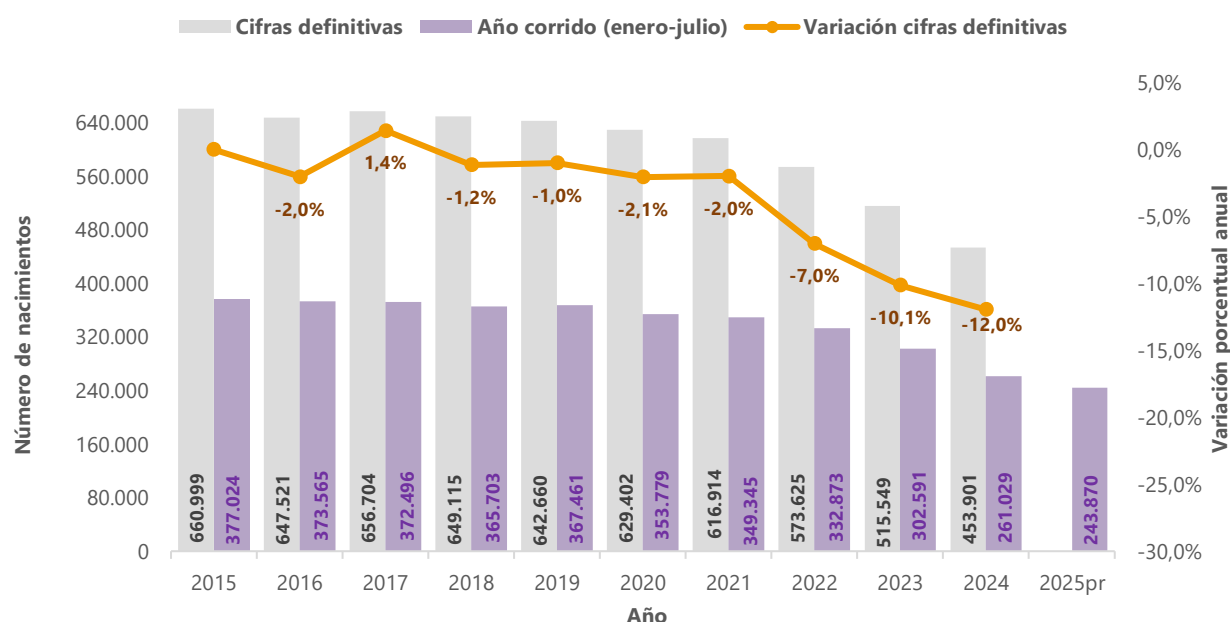
1.1 Comportamiento de la serie anual de nacimientos

En el año 2024, el país reportó la cifra de nacimientos más baja de la última década con 453.901 nacidos vivos lo que corresponde a una caída del 12,0% frente al año 2023. Si se compara con el año 2015, la disminución es del 31,3% que equivale a 207.098 nacimientos menos. En el año corrido 2025pr (enero-julio), los nacimientos registraron una disminución del 6,6% frente al mismo periodo de 2024 (enero-julio), lo que evidencia un ritmo de descenso más moderado al observado en los años corridos de 2023 (-9,1) y 2024 (-13,7%).

Gráfico 2. Número de nacimientos y variación porcentual en Colombia

Total, nacional

Cifras definitivas 2015-2024 y año corrido 2015-2025pr



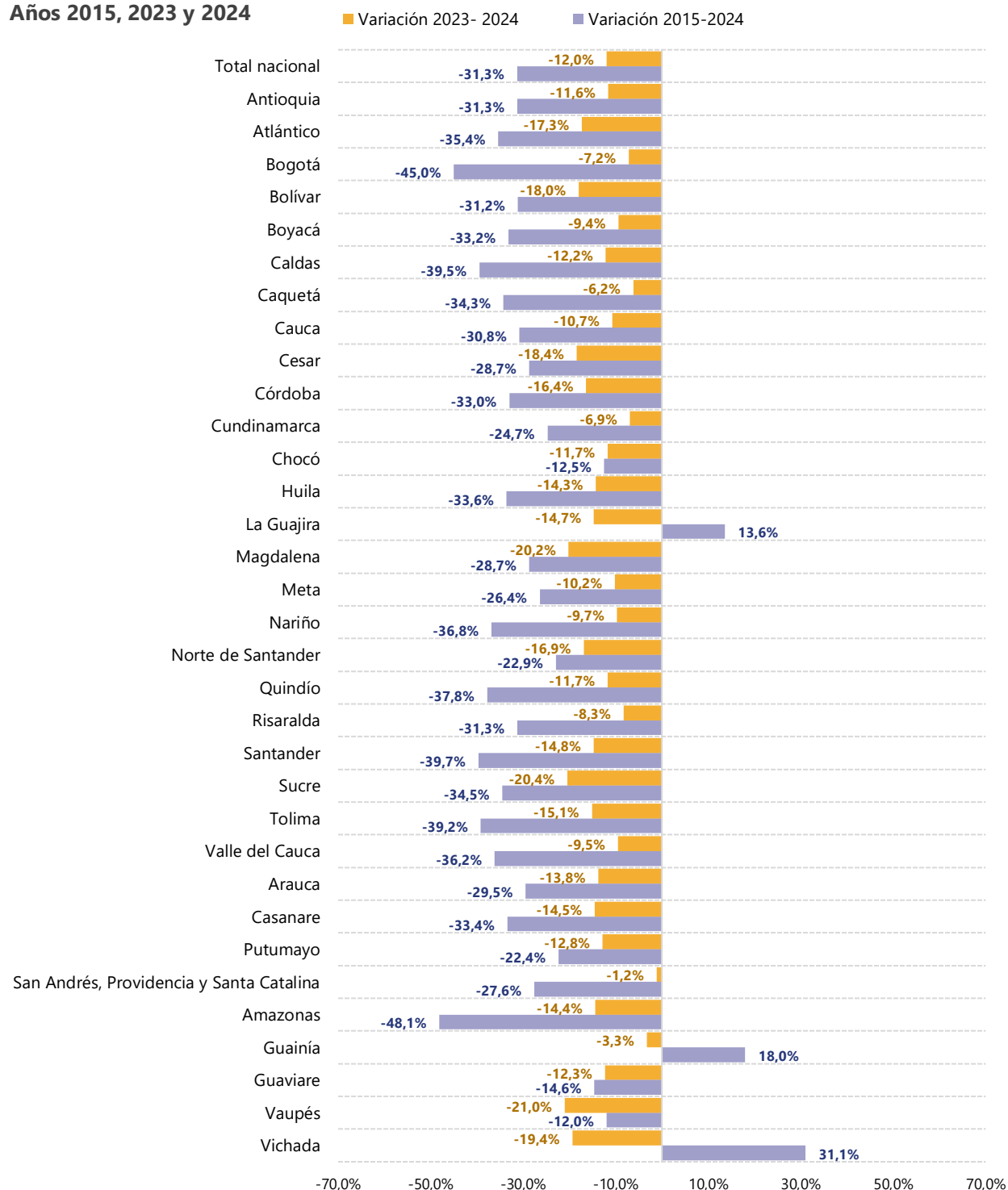
Fuente: DANE, Estadísticas Vitales.
pr: cifras preliminares

Si bien, entre 2015 y 2024, el reporte de los nacidos vivos de madres que residen en los departamentos de Vichada (31,1%), Guainía (18,0%) y La Guajira (13,6%) aumenta, situación que puede ser atribuida, en parte a las mejoras en la cobertura y la captura de hechos vitales en estas zonas del país, en el año 2024 y respecto a 2023, la contracción de los nacimientos se observó en todos los departamentos, siendo Vaupés (-21,0%), Sucre (-20,4%), Magdalena (-20,2%) y Vichada (-19,4%) los territorios con mayores reducciones.

Gráfico 3. Variación interanual en el número de nacimientos según departamento de residencia de la madre en Colombia

Total, nacional

Años 2015, 2023 y 2024



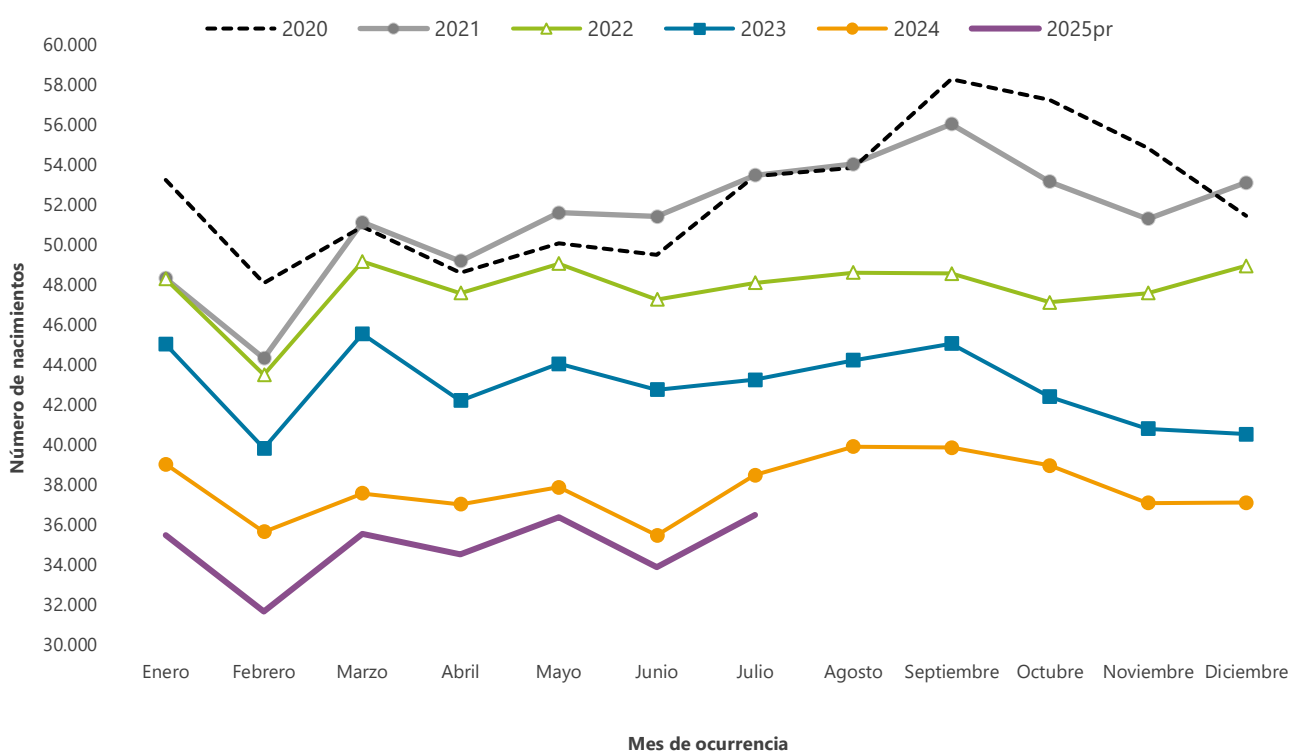
Fuente: DANE, Estadísticas Vitales.

Por mes de ocurrencia, en 2024 agosto se consolidó como el mes con mayor número de nacimientos en el país, desplazando a septiembre y marzo, mientras que junio presentó el volumen más bajo por primera vez desde el año 2020. En términos generales, durante 2024 y 2025pr los nacimientos mensuales no superaron los 40 mil nacidos vivos. Sin embargo, en 2025pr (cifras preliminares) se observa una desaceleración en la caída de los nacimientos frente al año anterior en seis de los siete meses analizados.

Gráfico 4. Número de nacimientos en Colombia, según mes de ocurrencia

Total, nacional

Años 2020 – 2025pr



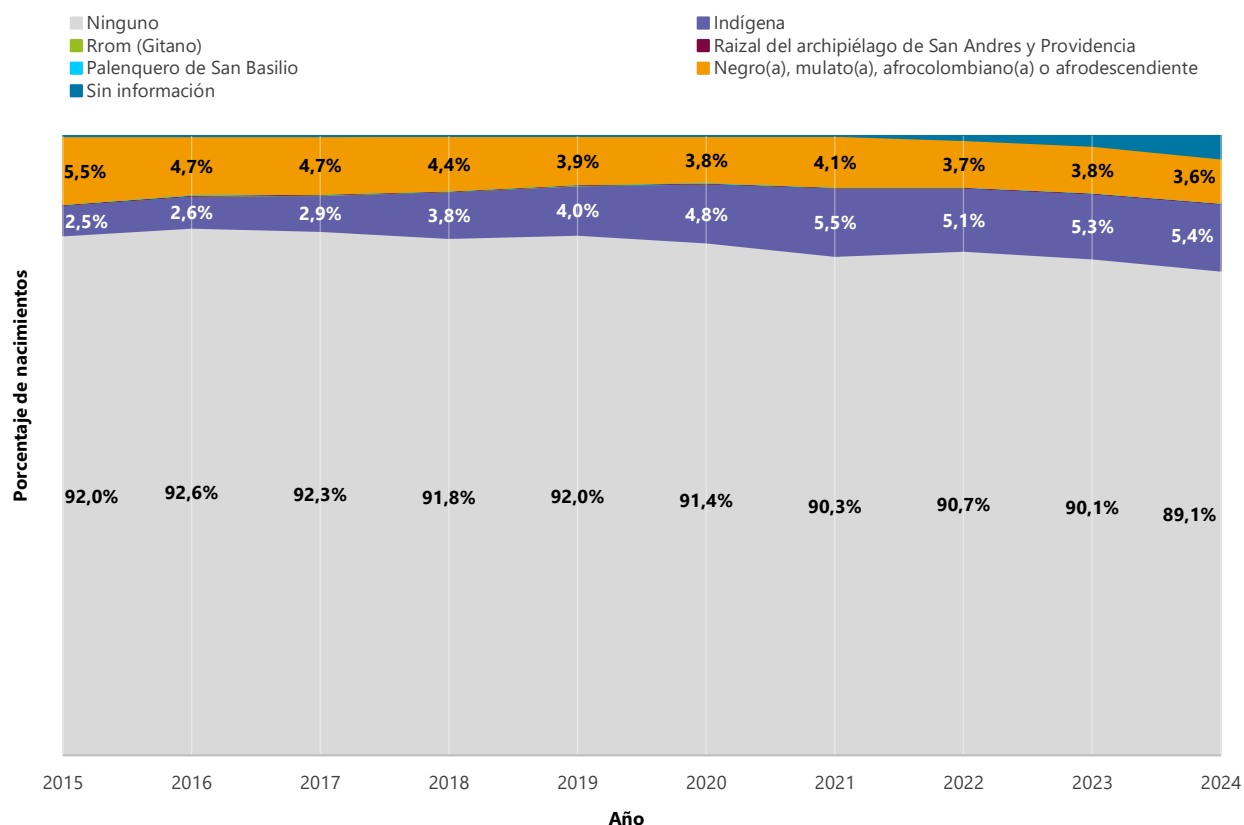
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

pr: Cifras preliminares

1.2 Nacimientos según pertenencia étnico-racial

En el año 2024, el 9,1% de los nacidos vivos son reconocidos por sus padres como pertenecientes a algún grupo étnico-racial. En la última década, el segundo aporte más alto de los nacimientos reconocidos como *indígenas* se reportó en el año 2024 con el 5,4%, después del año 2021, cuando este grupo étnico-racial tuvo una participación del 5,5%. En contraste, el peso porcentual más bajo de los nacidos vivos reconocidos por sus padres como *negro(a)*, *mulato(a)*, *afrocolombiano(a)* o *afrodescendiente*, se registró en el año 2024 con el 3,6%.

Gráfico 5. Porcentaje de nacimientos según pertenencia étnico-racial del recién nacido informada por los padres
Total, nacional
Años 2015 – 2024



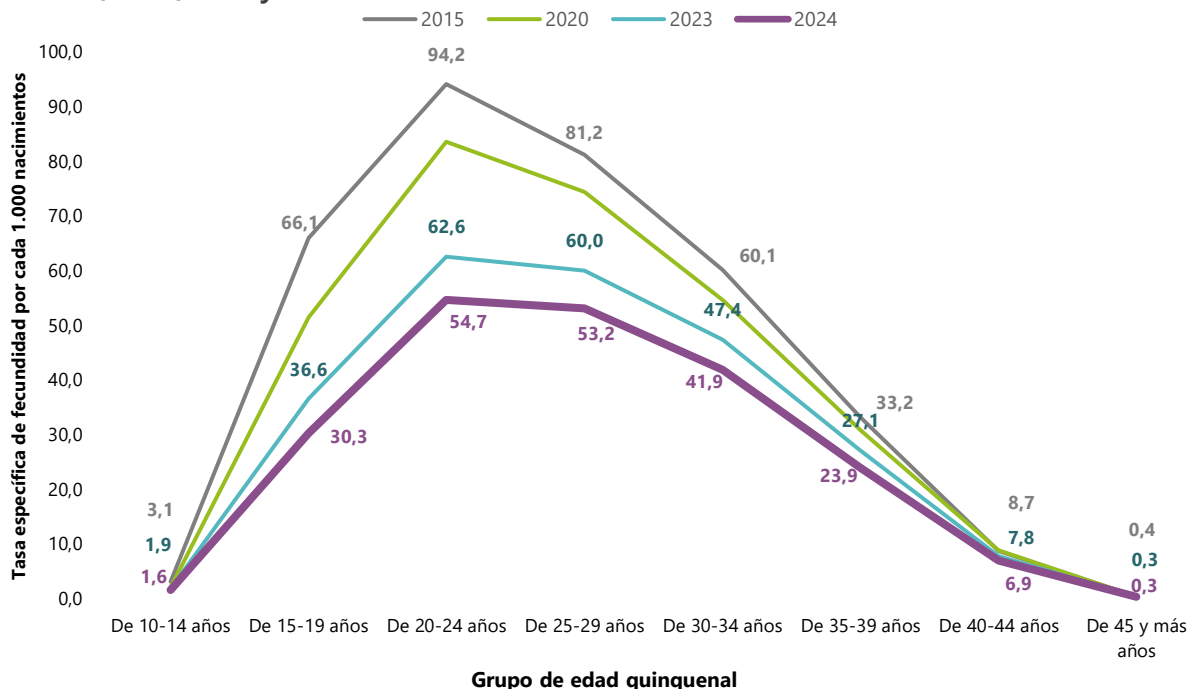
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

1.3 Tasas específicas y tasa global de fecundidad

Las tasas específicas de fecundidad (TEFE), que miden la frecuencia de nacimientos por 1.000 mujeres en cada grupo de edad quinquenal, en el año 2024 continúan con una trayectoria de descenso. Por segundo año consecutivo, la TEFE con la caída más pronunciada fue la de las adolescentes entre 15 a 19 años, con una reducción del 17,2%, lo que representa 6,3 nacidos vivos menos en 2024 por cada 1.000 mujeres, respecto a 2023.

Al comparar las tasas específicas de fecundidad entre 2015 y 2024, se observa que las mayores disminuciones se concentran en los grupos de edad de mujeres menores de 25 años. Por su parte, en el año 2024 la TEFE en mujeres de 40 a 44 años, después de las mujeres de 45 años y más, registró la reducción más baja con el 20,4%, lo que representa cerca de un nacido vivo menos por cada 1.000 mujeres, respecto al año 2015.

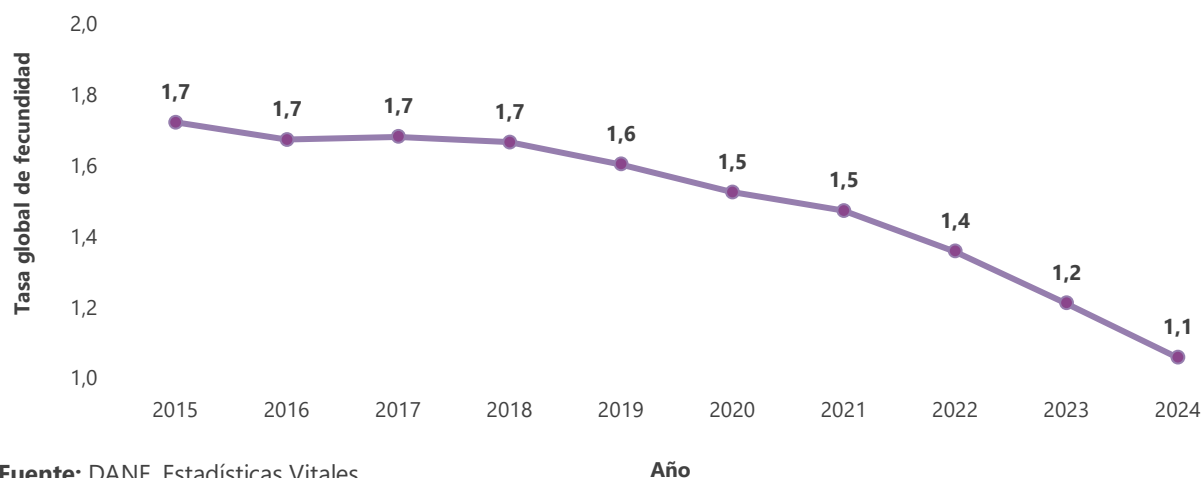
Gráfico 6. Tasas específicas de fecundidad según grupo de edad quinquenal en Colombia
Total, nacional
Años 2015, 2020, 2023 y 2024



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales.

En el año 2024, la tasa global de fecundidad que indica el número de hijos promedio que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva reportó el valor más bajo de la serie, con 1,1 hijos promedio por mujer.

Gráfico 7. Tasa global de fecundidad
Total, nacional
Años 2015- 2024



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales.

Por departamento de residencia de la madre, en 2024 ningún territorio registró una tasa global de fecundidad superior a 2,0 hijos promedio por mujer, a diferencia de 2015, cuando departamentos como Huila, La Guajira, Amazonas, Vaupés, Bolívar, Caquetá, Cesar y Magdalena presentaban tasas por encima del nivel de reemplazo (2,1 hijos promedio por mujer). En 2024, la tasa más baja del país se observó en Caldas (0,7), seguida por Nariño y Bogotá, con 0,8 hijos promedio por mujer cada uno.

Tabla 1. Tasas globales de fecundidad, según departamento de residencia de la madre, en Colombia Total, nacional
Años 2015, 2020 y 2024

Departamento de residencia de la madre	2015	2020	2024
Total nacional	1,7	1,5	1,1
Antioquia	1,5	1,3	0,9
Atlántico	2,0	1,8	1,1
Bogotá	1,6	1,2	0,8
Bolívar	2,2	1,9	1,4
Boyacá	1,7	1,5	1,1
Caldas	1,3	1,0	0,7
Caquetá	2,2	1,8	1,3
Cauca	1,5	1,4	1,0
Cesar	2,2	2,0	1,2
Córdoba	1,9	1,7	1,1
Cundinamarca	1,7	1,4	1,0
Chocó	1,5	1,7	1,2
Huila	2,3	1,9	1,4
La Guajira	2,3	2,8	1,9
Magdalena	2,2	2,0	1,2
Meta	1,9	1,7	1,2
Nariño	1,3	1,2	0,8
Norte de Santander	1,8	1,6	1,1
Quindío	1,4	1,3	0,9
Risaralda	1,5	1,3	1,0
Santander	1,8	1,4	1,0
Sucre	2,1	1,9	1,2
Tolima	1,8	1,6	1,1
Valle del Cauca	1,5	1,3	0,9
Arauca	2,1	1,8	1,2
Casanare	2,0	1,6	1,1
Putumayo	1,6	1,5	1,0
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1,6	1,6	1,3
Amazonas	2,7	1,7	1,1
Guainía	2,0	2,7	1,6
Guaviare	2,0	2,0	1,5
Vaupés	2,9	2,7	2,0
Vichada	1,4	2,0	1,2

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales.

2. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS DEFUNCIONES NO FETALES

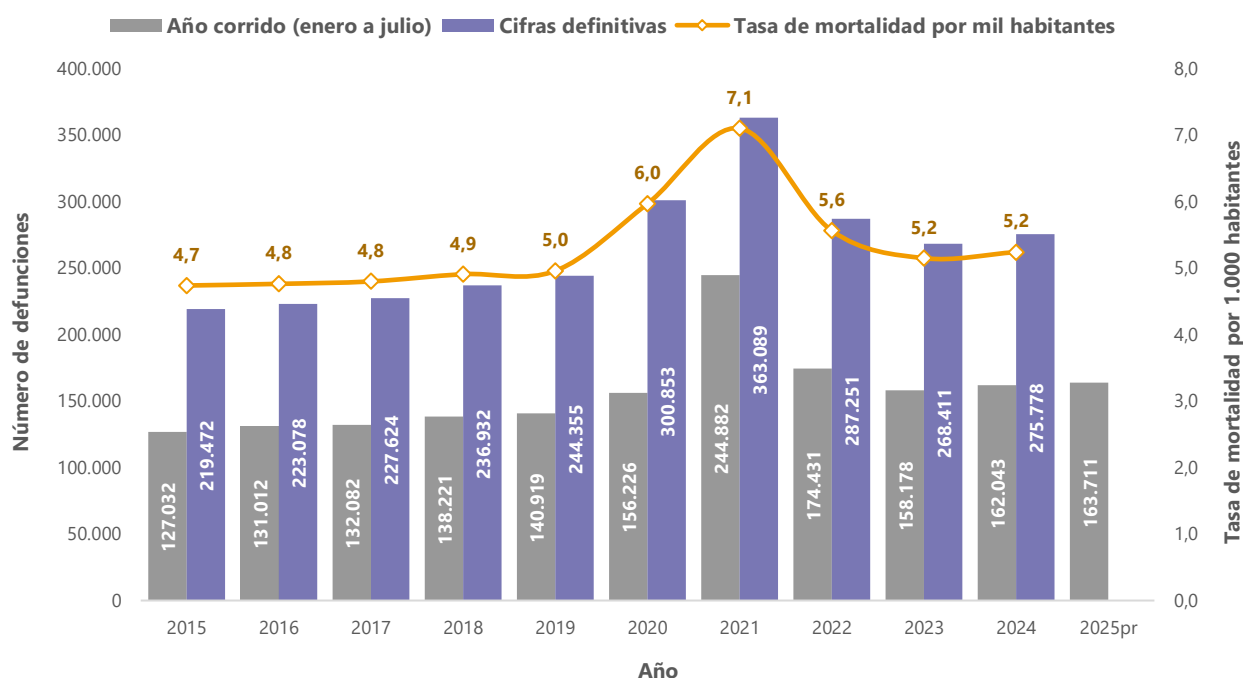
2.1 Comportamiento de las defunciones no fetales

En 2024 se registraron en el país 275.778 defunciones no fetales, 7.367 más que en 2023 (2,7%). La tasa bruta de mortalidad se mantuvo, por segundo año consecutivo, en 5,2 defunciones por cada 1.000 habitantes. Entre enero y julio de 2025pr, las defunciones no fetales aumentaron 1,0% frente al mismo periodo de 2024, lo que equivale a 1.668 casos adicionales.

Gráfico 8. Número de defunciones y tasa de mortalidad en Colombia

Total, nacional

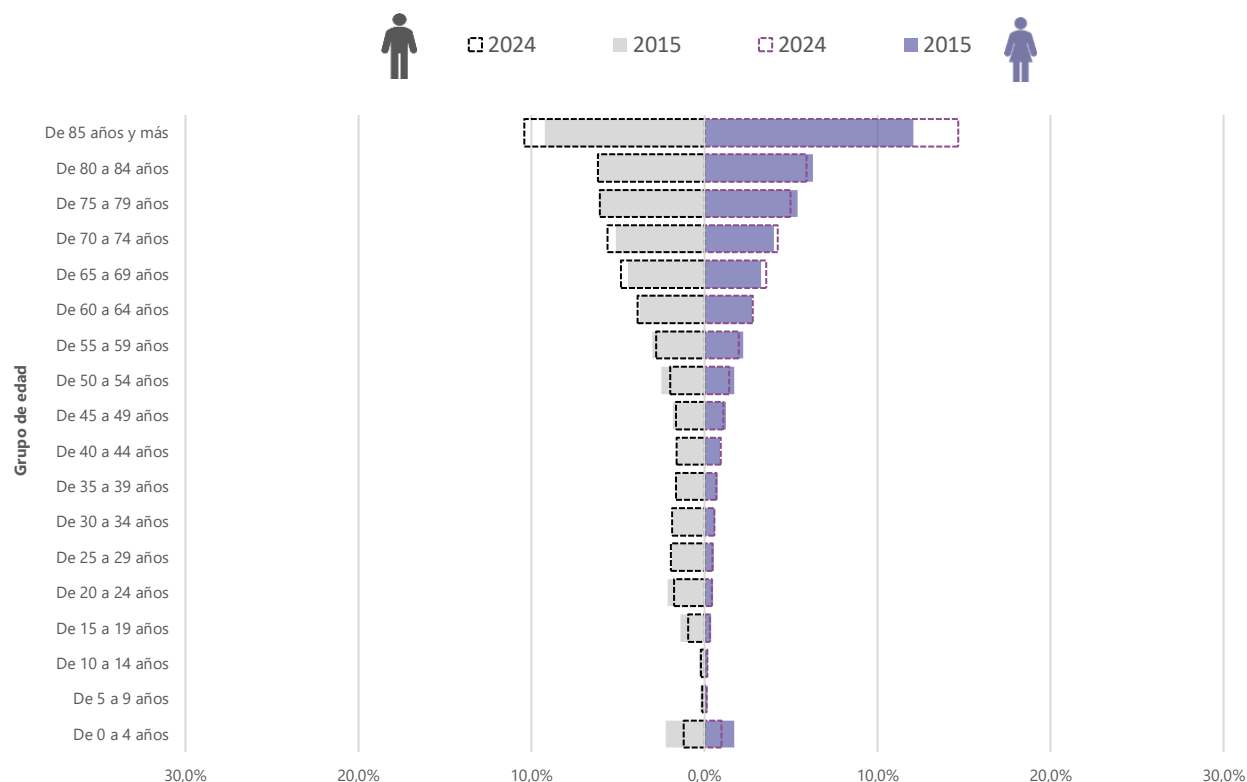
Cifras definitivas 2015-2024 y año corrido 2015-2025pr



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales.
pr: cifras preliminares

Entre los años 2015 y 2024, la estructura de la mortalidad por grupos de edad en hombres y mujeres revela una mayor mortalidad en hombres, especialmente a edades tempranas, este patrón se invierte a partir de los 85 años, edad en la que las mujeres presentan una mayor mortalidad. Al cabo de los últimos diez años, se destaca el descenso de la mortalidad en la niñez (menores de cinco años) tanto en hombres como en mujeres, con un aporte que pasa del 4,0% en el año 2015 al 2,2% en el 2024.

Gráfico 3. Distribución de las defunciones por sexo y grupo de edad del fallecido en Colombia
Total, nacional
Años 2015 y 2024



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

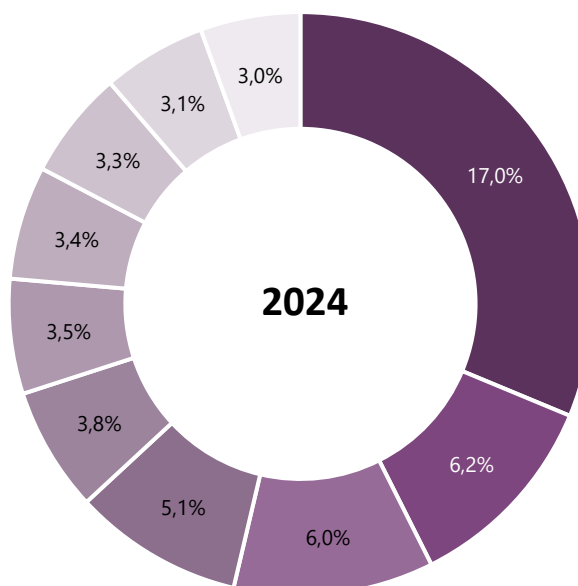
2.2 Primeras causas de defunción no fetal en Colombia, de acuerdo con la Lista 6/67 de OMS/OPS para la agrupación de causas de muerte

De acuerdo con la lista 6/67 de la OMS/OPS para la clasificación de causas de muerte, en los años 2024 y 2025pr las diez primeras causas de defunción se mantienen con leves variaciones en la posición que ocupan dentro del ranking.

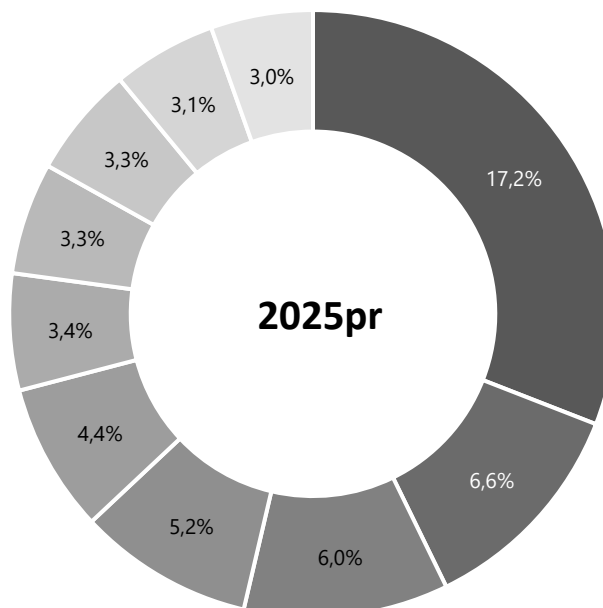
Las *Enfermedades isquémicas del corazón* se encuentran en primer lugar para los dos años, con participaciones del 17,0% en 2024 y del 17,2% en 2025pr. Las *Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores* en 2025pr desplazan a las *Enfermedades cerebrovasculares* ubicándose como la segunda causa de defunción en el país con el 6,6%, mientras que las *cerebrovasculares* participan con el 6,0% de las defunciones.

Gráfico 40. Distribución porcentual de las diez primeras causas de defunción en Colombia
Total, nacional
Años 2024 y 2025pr

- 303 -Enfermedades isquémicas del corazón
- 307 -Enfermedades cerebrovasculares
- 605 -Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
- 512 -Agresiones (homicidios)
- 108 -Infecciones respiratorias agudas
- 302 -Enfermedades hipertensivas
- 604 -Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis
- 203 -Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon
- 501 -Accidentes de transporte terrestre
- 601 -Diabetes mellitus



- 303 -Enfermedades isquémicas del corazón
- 605 -Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
- 307 -Enfermedades cerebrovasculares
- 512 -Agresiones (homicidios)
- 108 -Infecciones respiratorias agudas
- 604 -Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis
- 302 -Enfermedades hipertensivas
- 203 -Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon
- 601 -Diabetes mellitus
- 501 -Accidentes de transporte terrestre



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.
pr: cifras preliminares

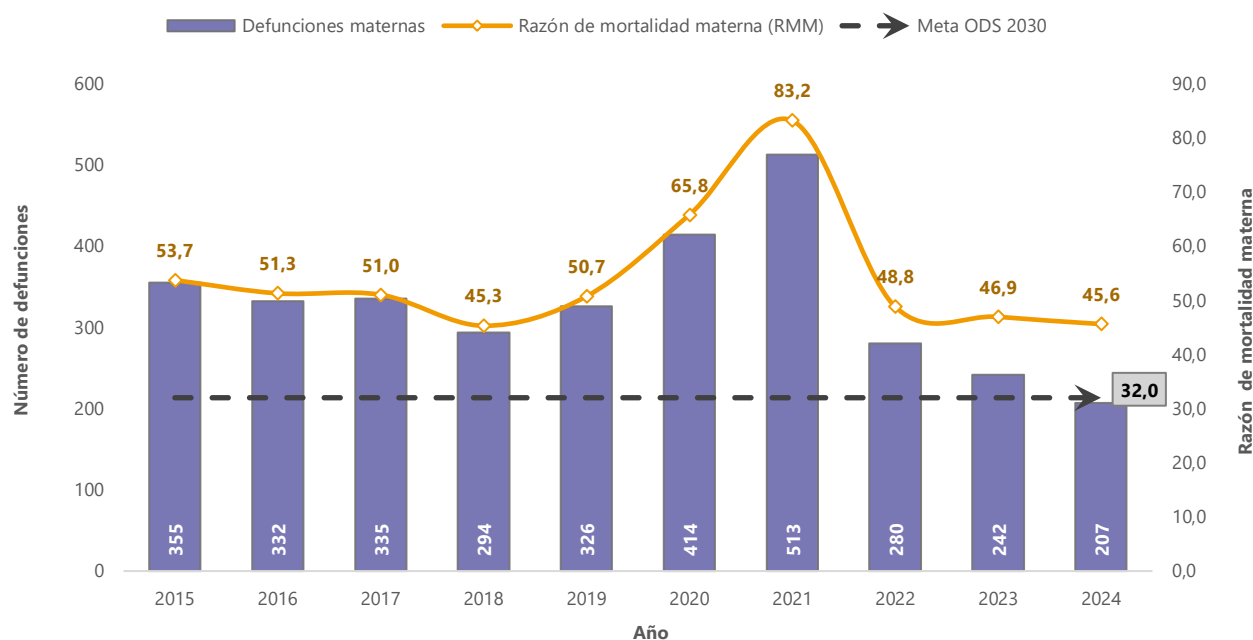
2.3 Seguimiento a indicadores CONPES 3918 de 2018 (ODS)

2.3.1. Mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la muerte materna como “la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”.¹ En el 2023, unas 260.000 mujeres murieron durante o tras el embarazo o el parto; de acuerdo con la OMS, cerca del 92% de las muertes maternas eran evitables.

En el año 2024, el número de muertes maternas tempranas en Colombia continuó en descenso con 207 defunciones, 35 menos que las reportadas en el año 2023, alcanzando así, la cifra más baja desde 2015. En consecuencia, la razón de mortalidad materna cae respecto al año 2023 al pasar de 46,9 a 45,6 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, con una reducción del 2,8%. Pese a estas disminuciones, la razón de mortalidad materna en el año 2024 continúa 13,6 puntos por encima de la meta CONPES.

Gráfico 51. Número de muertes maternas tempranas y razón de mortalidad materna en Colombia Total, nacional
Años 2015 – 2024



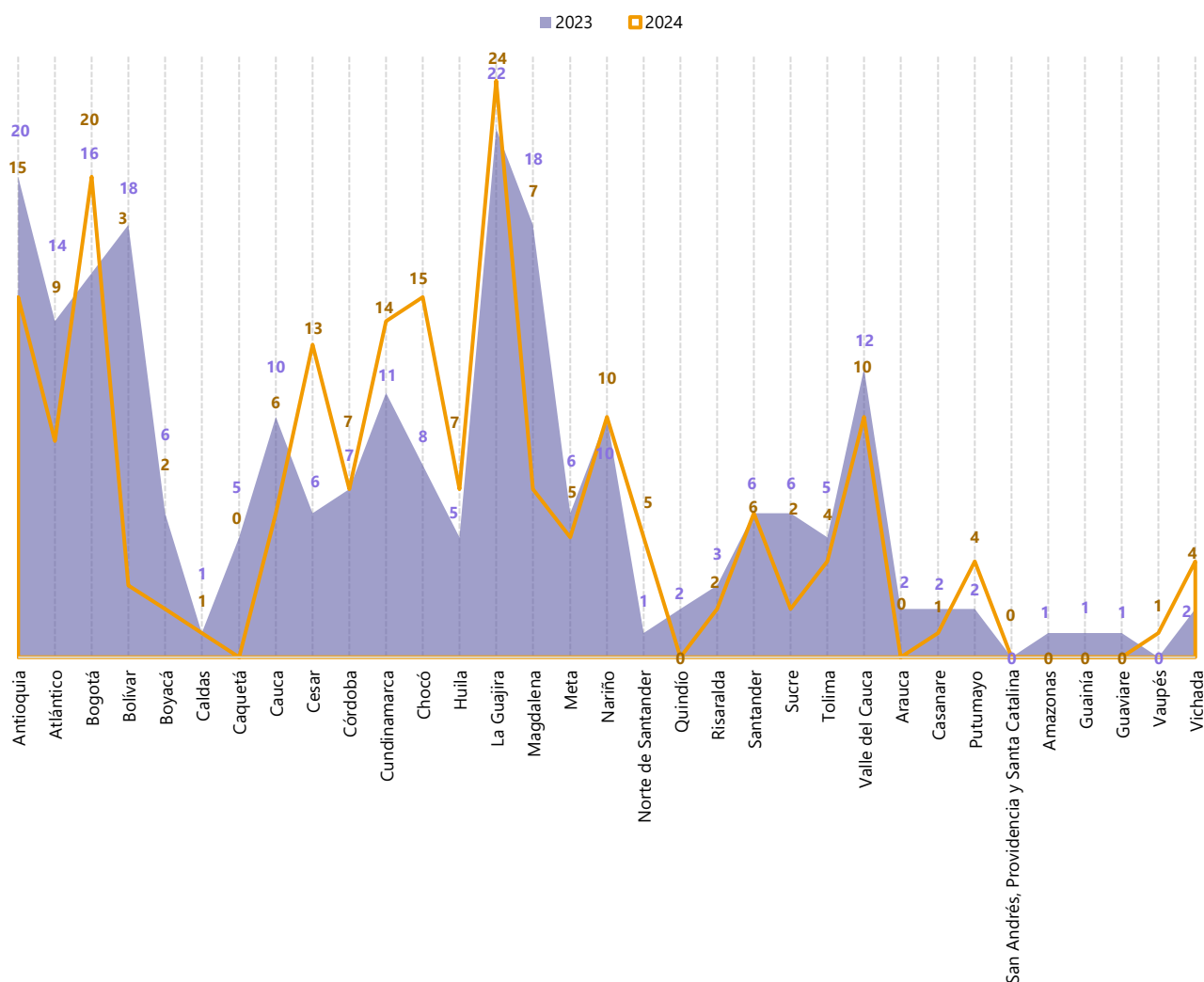
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

¹ Organización Mundial de la Salud. (2015). Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

Por departamento de residencia, en el año 2024, diez departamentos del país y la ciudad de Bogotá registraron aumentos en el número de muertes maternas tempranas respecto al 2023. Los ascensos más altos corresponden a Chocó y Cesar con siete defunciones más, seguidos por Norte de Santander con cuatro casos más en el año 2024, en comparación con el 2023.

En el año 2024, La Guajira fue el departamento del país con mayor número de defunciones maternas (24), dos casos más que el año anterior (22), le siguen la ciudad de Bogotá con 20 casos, uno más que en 2023 y Antioquia y Chocó, cada uno con 15 defunciones maternas tempranas en el año 2024.

Gráfico 12. Número de muertes maternas tempranas según departamento de residencia
Total, nacional
Años 2023 y 2024



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

2.3.2. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años

La desnutrición infantil se produce cuando los niños y niñas no obtienen los nutrientes esenciales para un desarrollo saludable, lo que se manifiesta en retraso del crecimiento, emaciación (desnutrición aguda), y en casos severos en el marasmo y en el síndrome de Kwashiorkor².

La desnutrición infantil tiene implicaciones severas tanto a nivel de salud pública como personal. Los niños y niñas con desnutrición presentan sistemas inmunológicos debilitados, lo que aumenta su vulnerabilidad a enfermedades transmisibles como diarreas, infecciones respiratorias o enfermedades infecciosas graves, elevando las tasas de mortalidad infantil³.

Además, a largo plazo, la desnutrición favorece el desarrollo de enfermedades no transmisibles, por ejemplo, el retraso en el crecimiento se ha asociado fuertemente con menor capacidad cognitiva, bajo rendimiento escolar, y mayor riesgo de obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares en la adultez⁴. Estas consecuencias repercuten en elevados costos humanos, sociales y económicos para las familias y los sistemas de salud, pérdidas de productividad, y en un ciclo intergeneracional pobreza y de salud pobre⁵.

Es así como dentro de las acciones en el objetivo 2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se definió “Crear un mundo libre de hambre para 2030”, que implica el abordaje de problemas de acceso a alimentación y la inseguridad alimentaria que además se ve incrementada por los efectos postpandemia, los conflictos sociales, el cambio climático y la profundización de las desigualdades sociales y en salud, entre otras⁶.

En Colombia se asumieron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), de la línea estratégica 2 Hambre Cero, donde se fijó como meta “disminuir la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, a menos de 6,75 muertes por cada 100 mil menores de 5 años”.⁴ Actualmente el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 incorporó la meta de reducción de la desnutrición infantil a menos de 5,0 muertes por desnutrición por cada 100.000 menores de 5 años⁷.

A continuación, se presenta un análisis de la mortalidad por desnutrición en la población general.

² UNICEF. Desnutrición infantil [Internet]. Madrid: UNICEF; [citado 17 Sep 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil>

³ Morales F, et al. Effects of Malnutrition on the Immune System and Infection. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(5): <https://doi.org/10.3390/nu16010001>

⁴ World Health Organization. Malnutrition in children: malnutrition-indicators and consequences. WHO Nutrition Landscape Information System (NLIS). Disponible en: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/malnutrition-in-children>

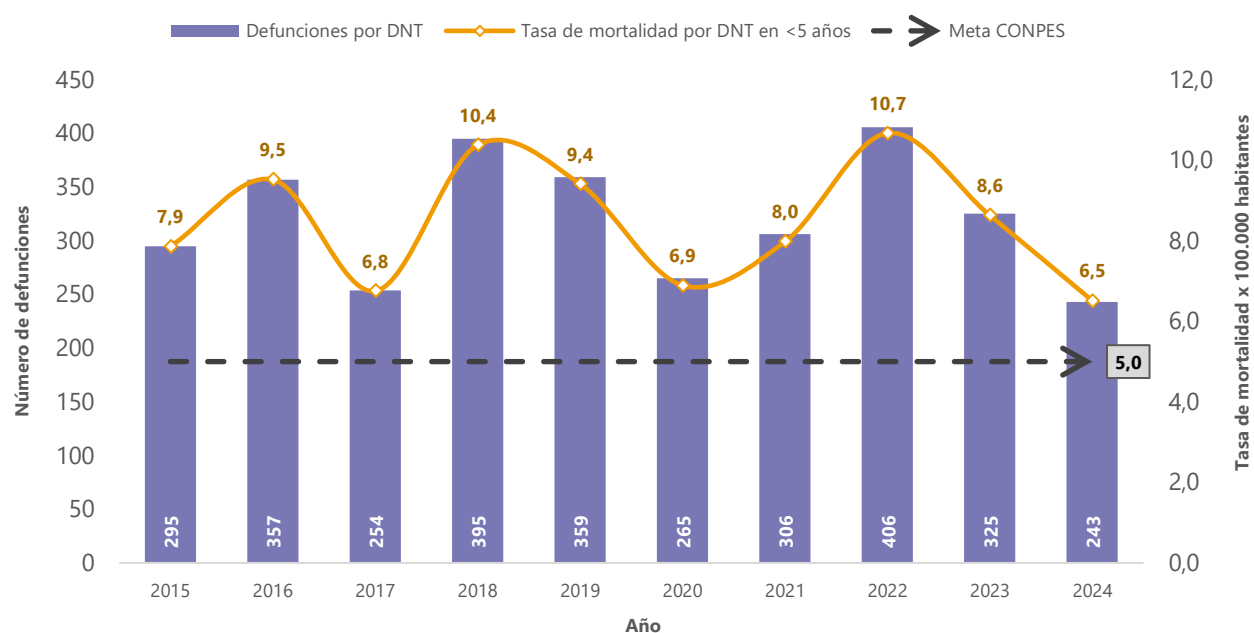
⁵ World Health Organization. Malnutrition fact sheet. WHO News Room; 2024 Mar 1. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

⁶ Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Unstats.un.org. https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023-Spanish.pdf?_gl=1*1rodft*_ga*Njc2MDE2MjI0LjE3MzA0MTczNDM.*_ga_TK9BQL5X7Z*MTczMDQxNzM0My4xLjAuMTczMDQxNzM0OC4wLjAuMA

⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022 modificada parcialmente por la Resolución 2367 de 2023. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad+Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf>

En el año 2024, el país registró por segundo año consecutivo una disminución en las defunciones por desnutrición en menores de cinco años, con una reducción del 25,2% frente a 2023, al pasar de 325 a 243 muertes, esta cifra representa el valor más bajo de la última década. La tasa de mortalidad por esta causa mantuvo su tendencia descendente y se ubicó en 6,5 defunciones por cada 100.000 menores de cinco años, lo que equivale a 2,1 defunciones menos que en el año 2023. No obstante, el indicador aún se mantiene 1,5 puntos por encima de la meta establecida en el CONPES (5,0 defunciones por cada 100.000 menores de cinco años).

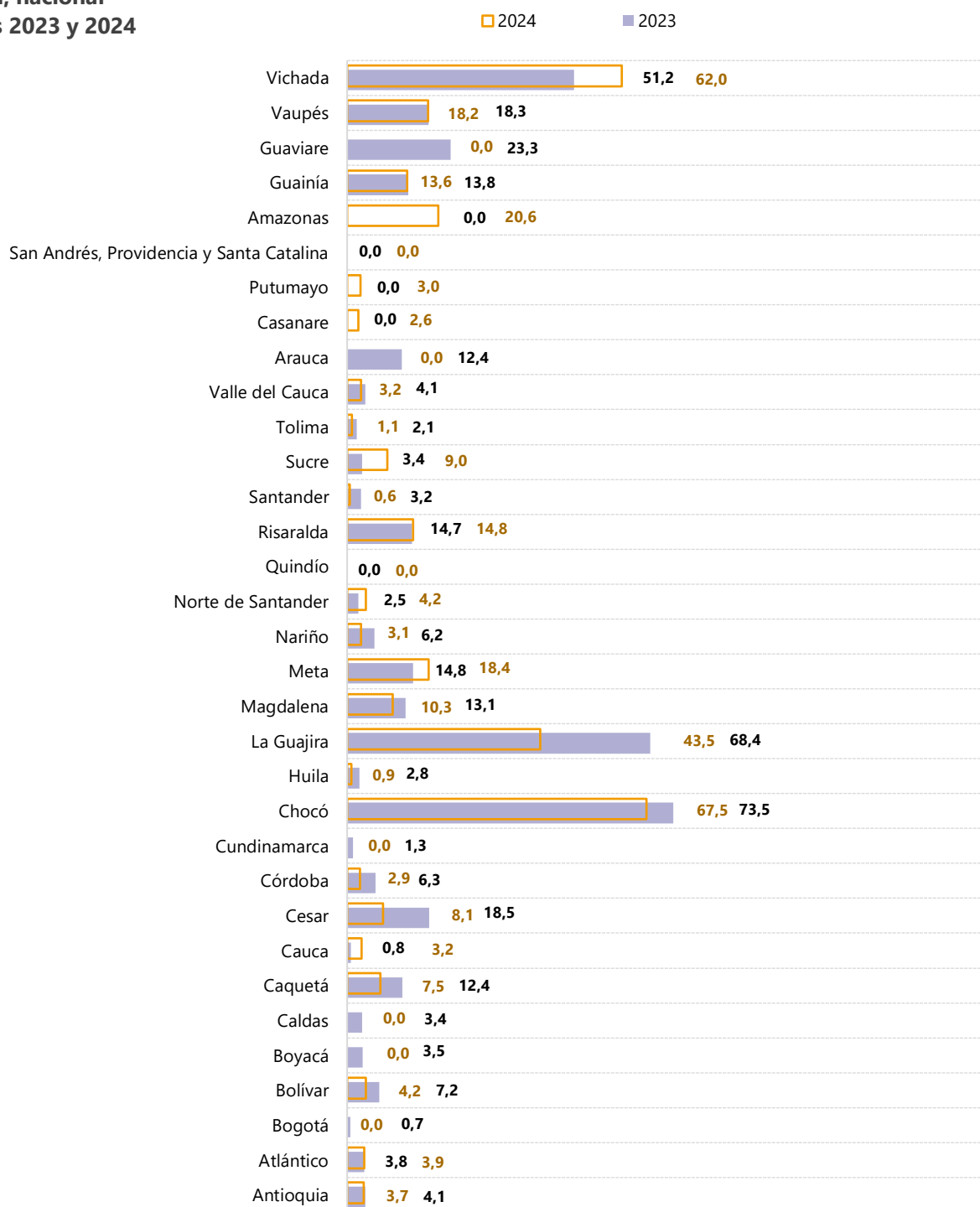
Gráfico 13. Número de defunciones y tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años
Total, nacional
Años 2015 - 2024



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

La reducción de la mortalidad por desnutrición no es la misma en todos los departamentos del país. Al comparar las tasas de mortalidad entre los años 2023 y 2024, Amazonas, Vichada, Sucre, Meta, Putumayo, Casanare, Cauca, Norte de Santander, Risaralda y Atlántico registraron aumentos en la mortalidad por esta causa. En contraste, Bogotá, Boyacá, Caldas, Cundinamarca, Quindío, Arauca, San Andrés Providencia y Santa Catalina y Guaviare no reportaron muertes por desnutrición en la población menor de cinco años durante el año 2024.

Gráfico 14. Tasa de mortalidad por desnutrición según departamento de residencia
Total, nacional
Años 2023 y 2024



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

2.3.3. Mortalidad por VIH

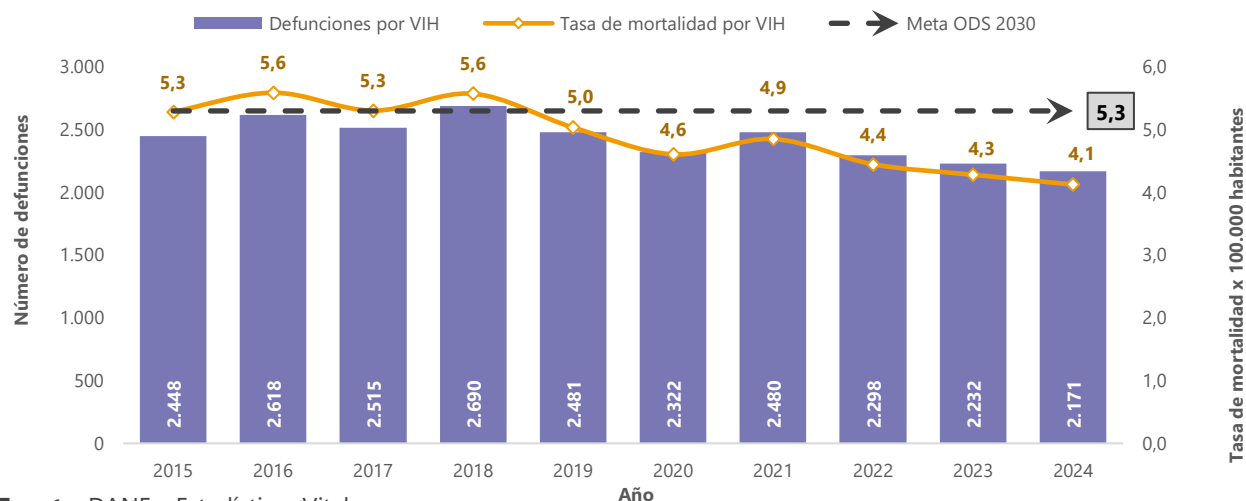
Según la OMS, la mortalidad relacionada con el VIH permite medir la respuesta global frente a la epidemia, y se encuentra alineada con los ODS a 2030, que buscan poner fin a la epidemia. Las estrategias que se han propuesto e implementado tienen que ver con el acceso a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, y la atención eficaz de la enfermedad y de infecciones oportunistas⁸. A nivel mundial, las muertes por causas asociadas al VIH alcanzaron un pico de 2,1 millones en 2004, disminuyendo progresivamente hasta llegar a cerca de 630.000 en 2023, lo que equivale a una reducción del 70% desde el inicio de la infección⁹.

En 2024, las defunciones por VIH en el país alcanzaron su nivel más bajo, con un total de 2.171 casos, lo que representa 277 muertes menos que en 2015 y 61 menos frente al año 2023. En el año 2024, la tasa de mortalidad por VIH se ubicó en 4,1 defunciones por cada 100.000 habitantes, manteniendo la tendencia descendente observada desde 2019, interrumpida únicamente en 2021. Por sexto año consecutivo, este indicador cumplió con la meta establecida en el CONPES, al situarse por debajo de 5,3 defunciones por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 15. Número de defunciones y tasa de mortalidad por VIH en Colombia

Total, nacional

Años 2015 - 2024



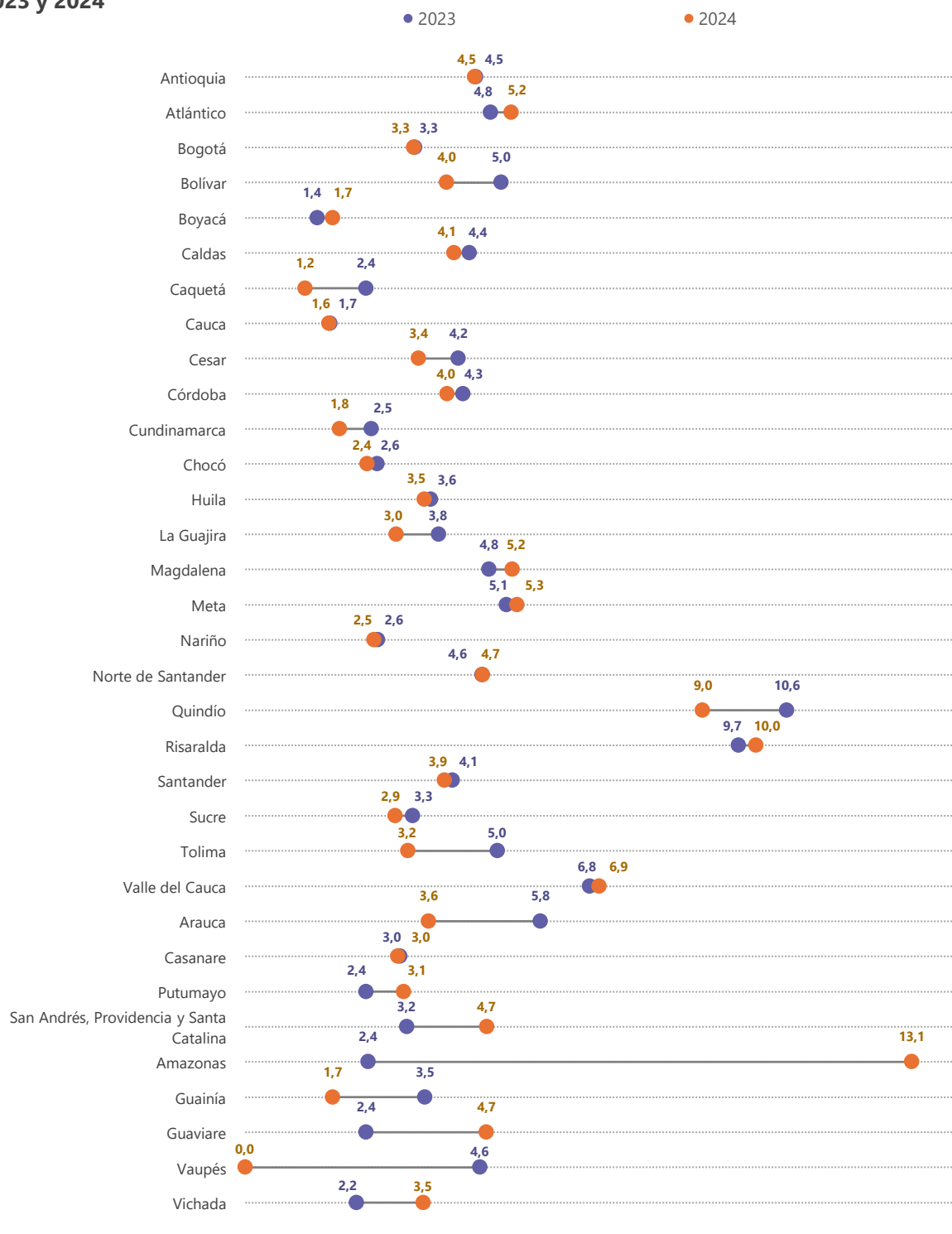
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

Por departamento de residencia del fallecido, en el año 2024, 27 departamentos del país y la ciudad de Bogotá cuentan con tasas de mortalidad por VIH, inferiores a las 5,3 defunciones por cada 100.000 habitantes, dando cumplimiento a la meta. En el año 2024, Amazonas (13,1), seguido por Risaralda (10,0) son los departamentos del país con las tasas de mortalidad más altas por esta causa.

⁸ OMS. VIH y SIDA [Internet]; 2023 [citado 2023 jul 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

⁹ HIV.gov. Estadísticas mundiales de VIH/SIDA [Internet]. Washington: HIV.gov; 2024 [citado 2025 sep 4]. Disponible en: <https://www.hiv.gov/es/informacion-basica/descripcion-general/datos-y-tendencias/estadisticas-mundiales>

Gráfico 16. Tasa de mortalidad por VIH según departamento de residencia del fallecido
Total, nacional
Años 2023 y 2024



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

3. DEFUNCIONES POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Los trastornos de salud mental son definidos por la OMS como: *“una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo, y que, por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes”*¹⁰.

A nivel mundial, los trastornos mentales constituyen una de las principales causas de morbilidad y discapacidad. Entre ellos, las demencias representan la séptima causa de muerte global y una de las mayores fuentes de dependencia en adultos mayores.¹¹ Por su parte, el consumo y abuso de sustancias psicoactivas genera una alta carga de mortalidad y discapacidad, con efectos adversos sobre la salud mental y física. Estas consecuencias incluyen deterioro cardiovascular, alteraciones de la conducta y la personalidad, limitaciones en las actividades cotidianas y un mayor riesgo de eventos graves como infarto agudo de miocardio, arritmias, accidente cerebrovascular y disección aórtica.¹²

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ubica los trastornos mentales y del comportamiento en el capítulo V, dentro del cual se incluyen las demencias, los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, los trastornos delirantes, del humor, de la personalidad y del comportamiento, así como los trastornos neuróticos, somatomorfos, vinculados a factores fisiológicos, el retraso mental, los trastornos del desarrollo psicológico y los trastornos emocionales y del desarrollo propios de la niñez y la adolescencia.

Para este análisis se emplearon los códigos del capítulo V de la CIE-10, que agrupa los trastornos mentales y del comportamiento en diez categorías principales. Adicionalmente, se incorporó la Enfermedad de Alzheimer bajo el código G30, dado que la normativa de la CIE-10 establece que, mientras la morbilidad por esta enfermedad se registra con el código F00, la mortalidad debe codificarse con G30. Teniendo en cuenta lo anterior, los códigos de causas definidos e incluidos en este análisis fueron:

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Ginebra: OMS; 8 de junio de 2022 [citado 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

¹¹ World Health Organization. Dementia fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 28 ago 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

¹² Middlekauff HR, et al. Drugs of misuse: focus on vascular dysfunction. Can J Cardiol. 2022;38(12):1838–51. Available from: <https://onlinecjc.ca/article/S0828-282X%2822%2900261-6/fulltext>

Tabla 2. Grupo de causas de defunción por trastornos mentales y del comportamiento

Grupo de causas	Códigos CIE-10
Enfermedad de Alzheimer	G30
Demencia vascular y otras demencias	F01, F02, F03, F04
Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas	F05
Otros trastornos mentales orgánicos o sintomáticos	F06, F07, F08 Y F09
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	F10- F19
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	F20- F29
Trastornos del humor	F30- F39
Trastornos neuróticos	F40- F48
Trastornos alimenticios	F50
Trastornos del desarrollo mental y psicológico	F70- F79 y F80-F89
Otros trastornos mentales	F51, F52, F53, F54, F55, F59, F60- F69, F90- F99

Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

Aunque el suicidio no se clasifica como una enfermedad en sí misma o como el resultado directo de una¹³, existe una fuerte asociación con diversos trastornos mentales y del comportamiento, como la depresión, la esquizofrenia, el consumo de sustancias psicoactivas y algunos trastornos de personalidad.¹⁴ En línea con lo anterior, al final de este apartado se incluyen los principales resultados sobre el comportamiento de los suicidios en el país. Para efectos de este análisis y considerando el carácter multidimensional del suicidio, su complejidad y relación con el entorno, las circunstancias personales, contextuales y sociales de cada persona, los hallazgos de este hecho vital se desagregan por departamento de residencia del fallecido.

Diversos eventos y crisis globales y regionales —como la pandemia por COVID-19, los conflictos geopolíticos, las guerras y el cambio climático— han impactado de manera significativa la salud mental y el bienestar de la población, profundizando las inequidades existentes. En este contexto, la salud mental se posiciona como un tema prioritario en las agendas internacionales. Esta publicación presenta las principales cifras y tendencias de la mortalidad atribuible a trastornos mentales y del comportamiento, con el fin de aportar insumos que fortalezcan la toma de decisiones e impulsen intervenciones en salud mental.

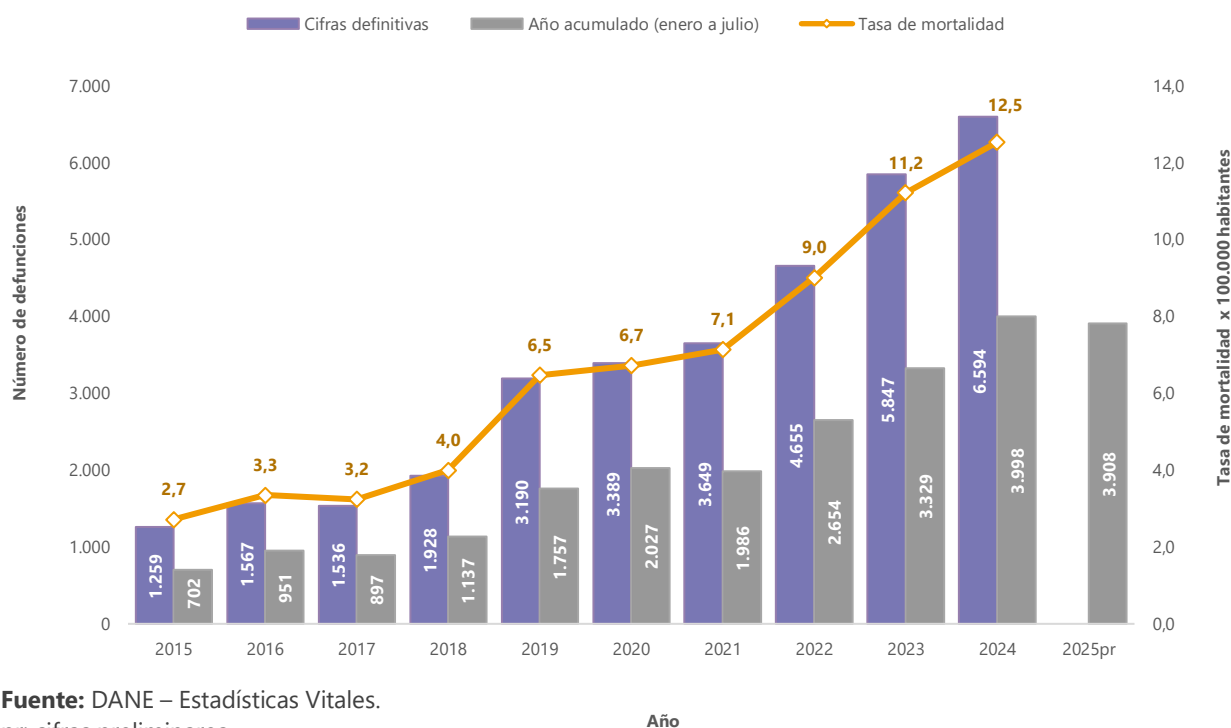
¹³ World Health Organization. (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas. In *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas*. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/75428>

¹⁴ Bedoya Cardona, Erika Yohana, & Montaña Villalba, Ludivia Esther. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología*, 9(2), 179-201. Disponible en: <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>

3.1. Comportamiento de las defunciones por trastornos mentales y del comportamiento

La cifra de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento ha crecido cerca de cinco veces entre 2015 y 2024, al pasar de 1.259 a 6.594 casos, respectivamente. El ascenso de las defunciones por esta causa encuentra un primer pico en el 2019, año, en el que por primera vez se supera el umbral de las 3.000 defunciones, seguido por el año 2022, cuando el país reporta 1.006 fallecimientos más que en el 2021 por esta causa. Para el año 2024, la tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento se sitúa en 12,5 defunciones por cada 100.000 habitantes, mostrando un crecimiento del 361,0% respecto al año 2015, cuando la tasa se ubicaba en 2,7 defunciones por cada 100.000 habitantes.

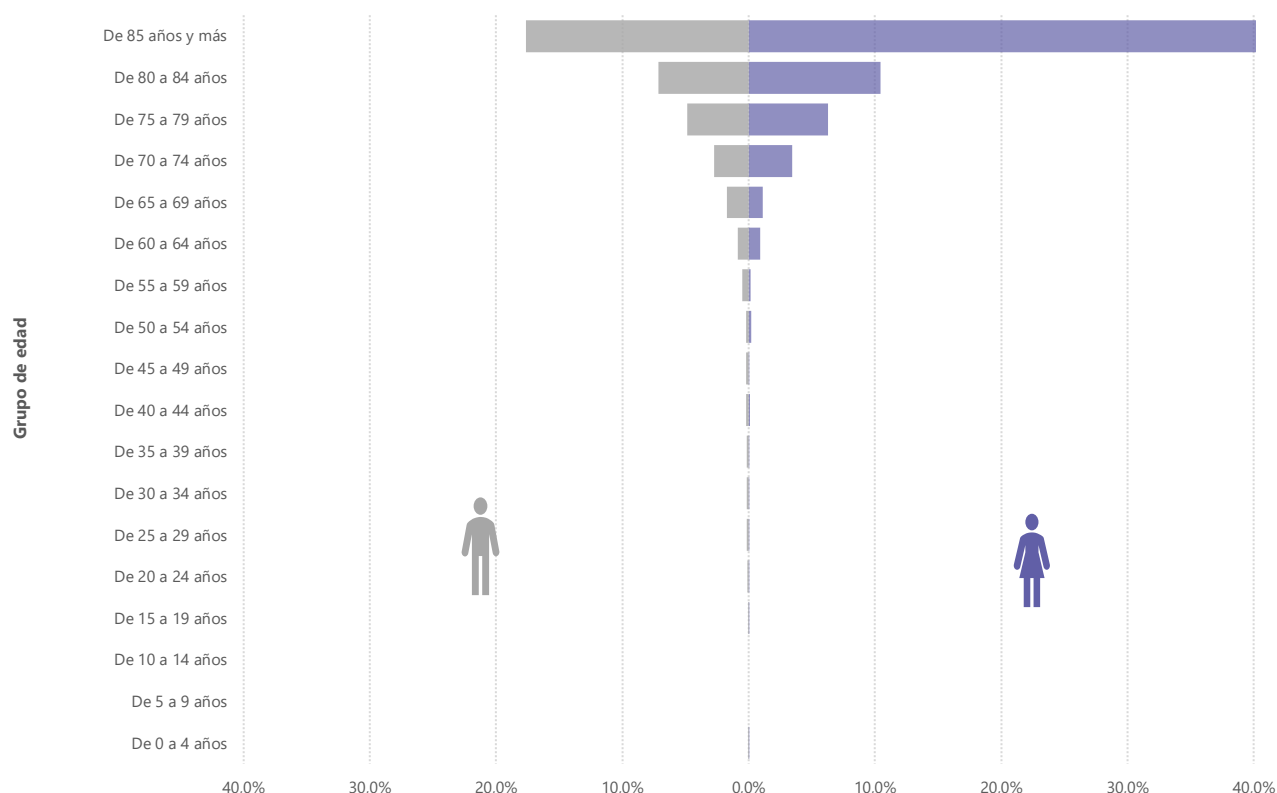
Gráfico 17. Número y tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en Colombia Total, nacional
Años 2015 - 2024 y año corrido 2025pr



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.
pr: cifras preliminares

La mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento aumenta progresivamente con la edad y alcanza su mayor nivel a partir de los 70 años, donde la frecuencia de defunciones es más alta en mujeres. En contraste, en los demás grupos etarios predominan las defunciones en hombres, con las mayores diferencias observadas entre los 55 y 59 años y entre los 65 y 69 años.

Gráfico 18. Distribución de las defunciones por trastornos mentales y del comportamiento, según sexo y grupo de edad del fallecido
Total, nacional
Año 2024



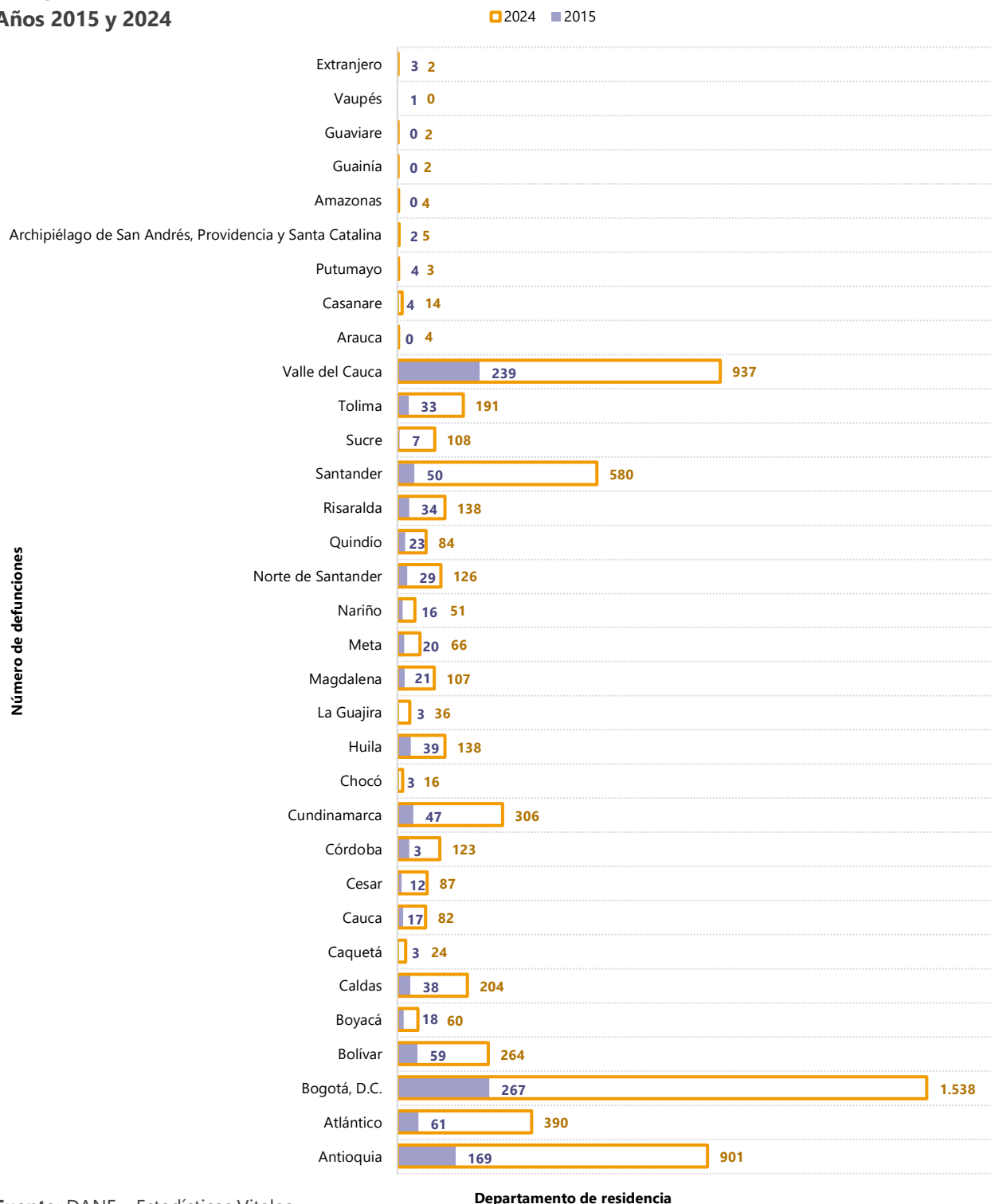
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

Con excepción de Vaupés y Putumayo, todos los departamentos del país y la ciudad de Bogotá registraron incrementos en el número de defunciones por trastornos mentales y del comportamiento entre los años 2015 y 2024. Bogotá, Valle del Cauca, Antioquia y Santander son los territorios que concentran el mayor número de defunciones por trastornos mentales y del comportamiento en el país en el año 2024. Santander es el departamento con mayor crecimiento en la participación de defunciones por esta causa, así, mientras en 2015, este departamento aportaba el 4,0% del total de las defunciones, en 2024, este aporte fue del 8,8%.

Gráfico 19. Número de defunciones por trastornos mentales y del comportamiento, según departamento de residencia del fallecido.

Total, nacional

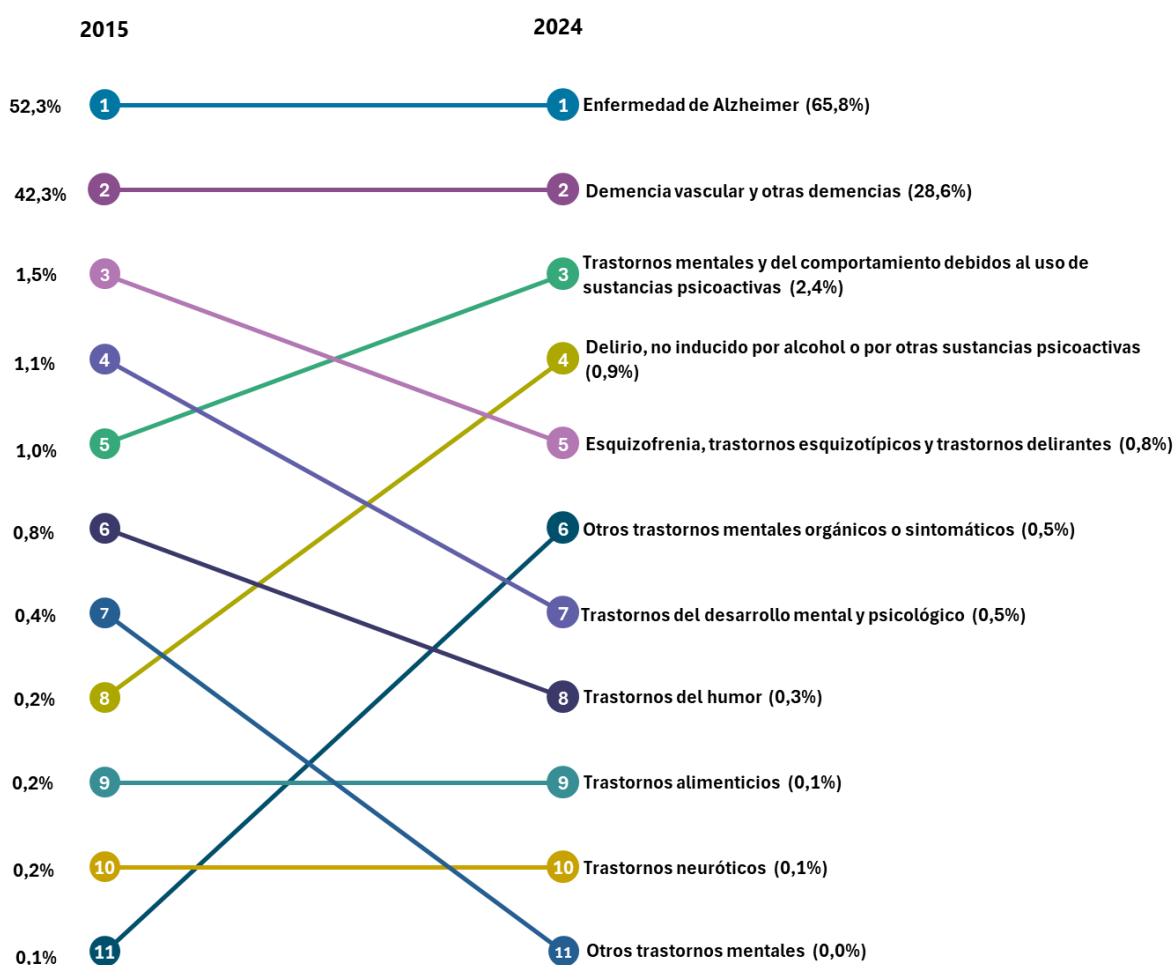
Años 2015 y 2024



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

Al analizar el cambio en el ranking de las muertes por trastornos mentales y del comportamiento entre los años 2015 y 2024, se observa que la *Enfermedad de Alzheimer* se mantiene como la primera causa de defunción, con una participación del 65,8% en el año 2024, aumentando 13,5 puntos porcentuales respecto a 2015. En segundo lugar, se encuentra la demencia vascular y otras demencias, que pasaron de representar el 42,3% en el año 2015 a ser el 28,6% en el 2024. Los *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas* suben al tercer puesto en el año 2024 con el 2,4%, este grupo incluye los trastornos asociados al uso de *alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, estimulantes, tabaco, disolventes volátiles, múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas*.

Gráfico 20. Distribución porcentual por trastornos mentales y del comportamiento, según grupos de causas en Colombia
Total, nacional
Años 2015 y 2024



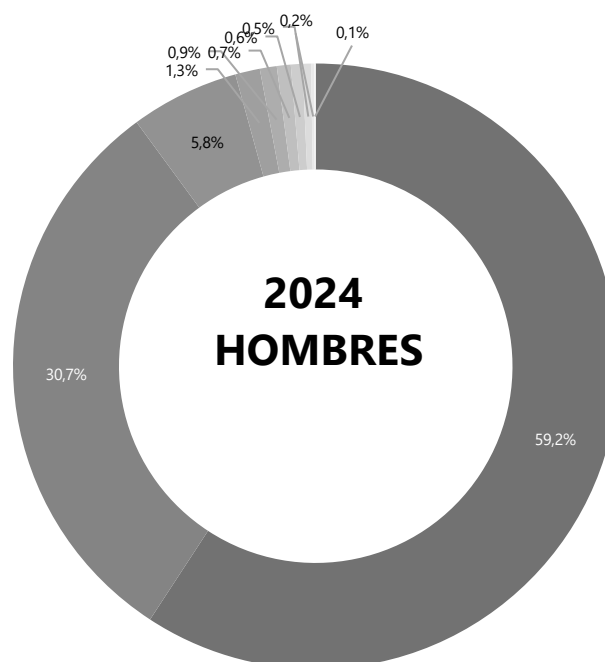
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

En el año 2024, la *Enfermedad de Alzheimer* se consolida como la primera causa de defunción por trastornos mentales y del comportamiento, no obstante, dicha causa tiene mayor participación entre las mujeres, con el 69,7% de los casos, frente al 59,2% en los hombres.

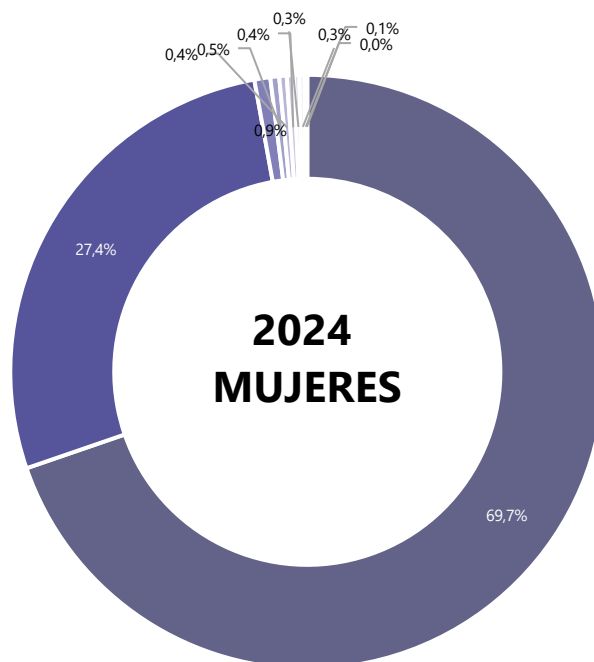
Al analizar las causas de defunción por sexo del fallecido, se observa una mayor concentración de muertes por causas asociadas al uso de sustancias psicoactivas entre los hombres, así, el 5,8% de las defunciones en hombres en el año 2024, se deben al grupo de *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas*; mientras que entre las mujeres este grupo de causas tiene una participación del 0,4%. La participación de defunciones por *Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes* en los hombres es superior con el 1,3% vs el 0,5% entre las mujeres.

Gráfico 21. Distribución porcentual por grupos de causas de defunción, según sexo del fallecido en Colombia
Total, nacional
Año 2024

- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia vascular y otras demencias
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
- Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
- Trastornos del desarrollo mental y psicológico
- Otros trastornos mentales orgánicos o sintomáticos
- Trastornos del humor
- Trastornos neuróticos
- Trastornos alimenticios



- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia vascular y otras demencias
- Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
- Otros trastornos mentales orgánicos o sintomáticos
- Trastornos del desarrollo mental y psicológico
- Trastornos del humor
- Trastornos alimenticios
- Trastornos neuróticos



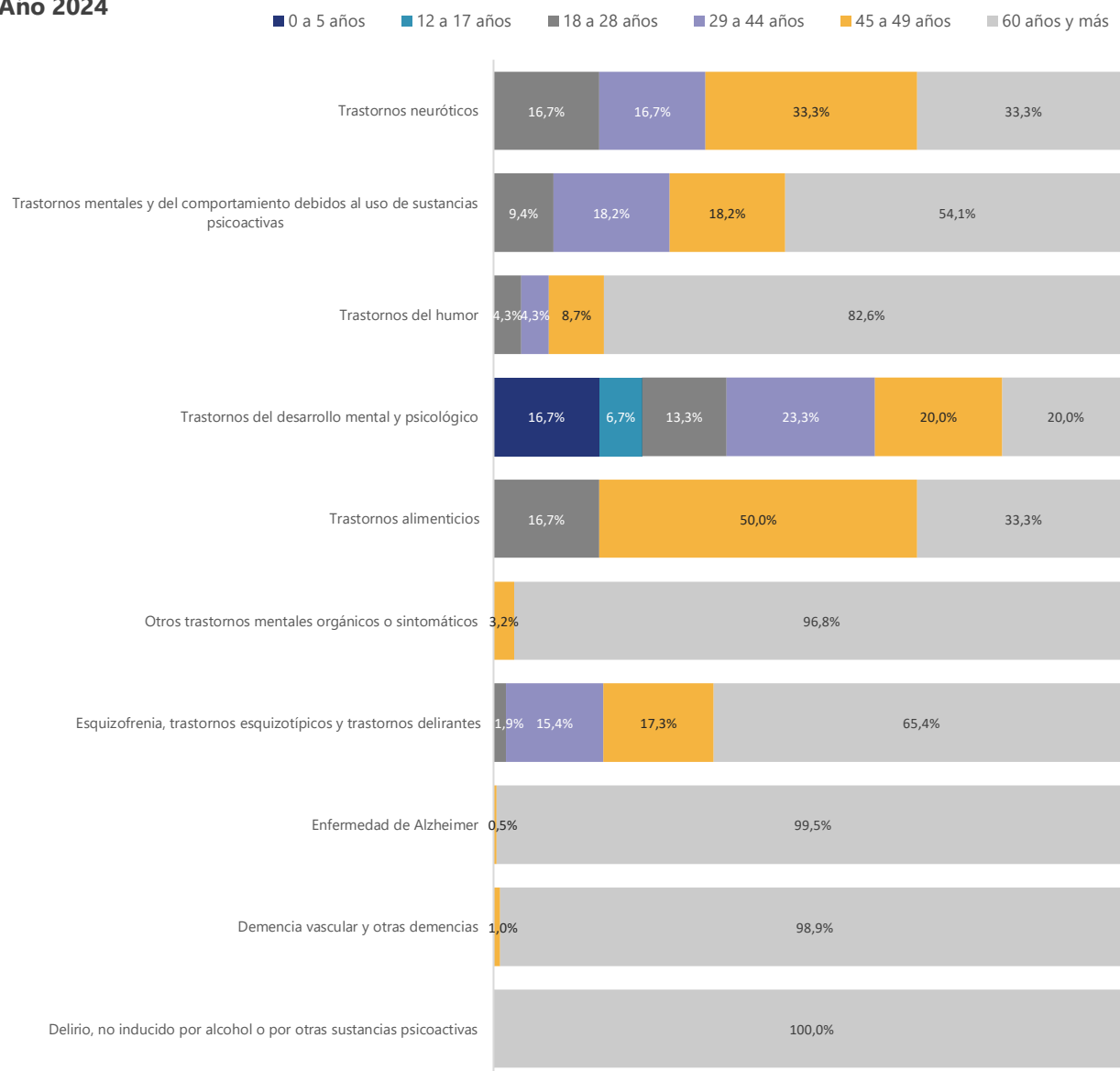
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

Los *Trastornos del desarrollo mental y psicológico* -grupo en el que se encuentran el *Retraso mental* y los *Trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje, las habilidades escolares, la función motriz, el desarrollo psicológico y generalizado del desarrollo*-son la única causa de defunción con participación de todos los grupos de edad del fallecido, siendo mayor el aporte entre los 29 y los 44 años con el 23,3%. Los niños entre 0 a 5 años y los adolescentes de 12 a 17 años, solo tienen participación en las defunciones por esta causa. En los *Trastornos neuróticos* -grupo en el que se encuentran los *Trastornos fóbicos de ansiedad, el Trastorno obsesivo-compulsivo, los Trastornos disociativos, somatomorfos, la reacción al estrés grave y otros trastornos de adaptación*- el 66,7% de las defunciones tienen lugar en edades por debajo de los 60 años, mientras en los otros grupos de causas, la concentración más alta de las defunciones corresponde al grupo de edad de 60 años y más.

Gráfico 22. Distribución porcentual de las causas de defunción por trastornos mentales y del comportamiento, según grupo de edad del fallecido en Colombia

Total, nacional

Año 2024



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

De manera complementaria, se consideró relevante observar qué tan frecuentes eran los trastornos mentales y del comportamiento dentro de la cadena causal de defunciones, en los que estas enfermedades no eran la causa básica. Para ello, se cruzó la causa de muerte según la lista agrupada 6/67 de OMS/OPS, con los grupos definidos para Trastornos mentales y del comportamiento, presentes como comorbilidades en el certificado de defunción.

Este ejercicio se realizó para las muertes registradas anualmente, sin embargo, el número de casos reportados al interior de los cruces era muy bajo, lo que no permitía visualizar posibles asociaciones, motivo por el que se definió agrupar las bases de datos desde el año 2015 hasta el año 2025pr como un universo de estudio.

Resultado de este cruce entre causa básica de muerte según la lista 6/67 de la OPS/OMS y las comorbilidades, se observa una presencia más alta de ciertos trastornos mentales y del comportamiento en la cadena causal entre las diferentes causas básicas de defunción. Por ejemplo, en las defunciones clasificadas en el grupo *Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)*, se evidencia una frecuencia más elevada de *Trastornos del humor* con 247 casos, seguidos por la *Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes* (55) y los *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas* (46). Si bien, la explicación de estos hallazgos excede el propósito de este documento, los mismos abren la discusión de expertos, la academia e investigadores con interés en profundizar en estos temas.

Tabla 3. Número de defunciones según lista de causas 6/67 OMS/OPS por grupo de trastornos mentales y del comportamiento en la cadena causal
Años 2015 -2024 y año corrido 2025pr¹⁵

Causa según lista 6/67 OMS/OPS	Enfermedad de Alzheimer	Demencia vascular y otras demencias	Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas	Otros trastornos mentales orgánicos o sintomáticos	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	Trastornos del humor	Trastornos neuróticos	Trastornos alimenticios	Trastornos del desarrollo mental y psicológico	Otros trastornos mentales
102 -Tuberculosis	49	53	6	6	509	28	21	4	0	23	4
107 -Enfermedad por el VIH (SIDA)	18	27	5	14	433	46	45	12	0	15	5
201 -Tumor maligno del estómago	122	91	55	13	294	40	45	21	6	19	6
203 -Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon	251	123	112	14	432	70	82	39	5	30	3
204 -Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	148	83	63	12	2.085	28	45	28	2	14	1
302 -Enfermedades hipertensivas	1.997	1.526	104	36	509	150	184	56	3	60	15
303 -Enfermedades isquémicas del corazón	8.292	5.267	177	86	5.180	952	794	287	9	455	57
304 -Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	500	411	46	19	503	86	86	24	7	73	6
307 -Enfermedades cerebrovasculares	3.131	2.407	187	97	1.255	260	180	73	51	145	23
501 -Accidentes de transporte terrestre	3	1	0	1	54	7	1	4	0	1	0
503 -Caídas	142	96	11	2	141	18	13	9	0	7	3
506 -Accidentes que obstruyen la respiración	16	17	3	3	73	29	15	1	3	32	3
509 -Envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas	2	0	3	0	112	10	12	1	0	2	0
511 -Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	1	5	0	3	46	55	247	32	0	3	24
601 -Diabetes mellitus	1.291	958	75	17	441	183	146	39	4	78	9
604 -Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	23.587	2.298	214	115	302	401	269	113	78	935	34
605 -Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3.512	2.564	202	68	5.079	249	200	86	7	103	10
608 -Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	90	81	12	10	2.701	36	27	6	1	18	1

Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

pr: cifras preliminares

¹⁵ La Enfermedad de Alzheimer pertenece al grupo de causas de muerte de la lista 6/67 "Enfermedades del sistema nervioso" la alta frecuencia presentada en el cruce se debe a los casos en los que la Enfermedad por Alzheimer constituye la causa básica de muerte.

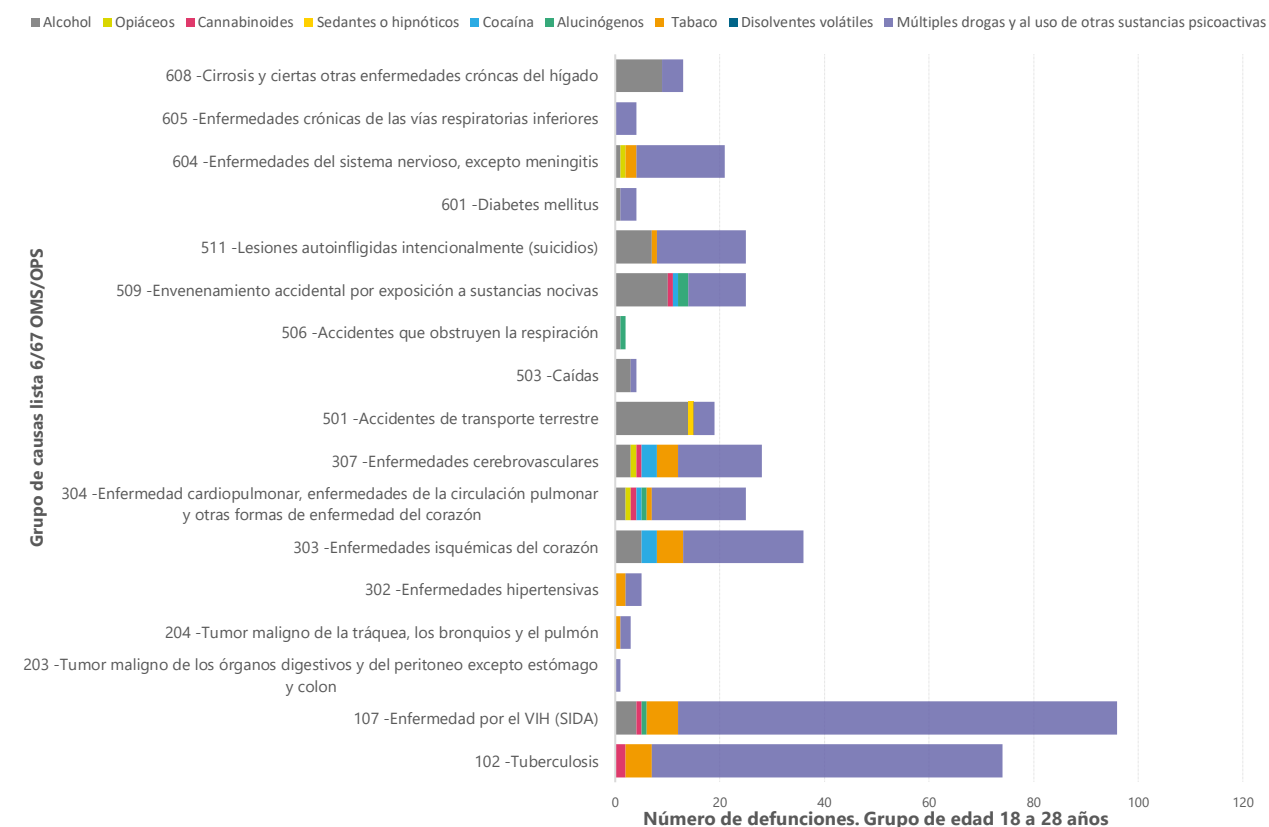
Asimismo, en la tabla anterior se puede observar una alta frecuencia de casos con comorbilidades en el grupo de *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas*, que analizados teniendo en cuenta la edad de fallecido y el tipo de sustancia psicoactiva, permiten encontrar nuevos escenarios de debate e investigación para los actores interesados.

Es así como, por ejemplo, para el grupo de edad comprendido entre los 18 y los 28 años, se encuentra que la mayoría de las causas de defunción que presentan comorbilidades con el consumo de sustancia psicoactivas corresponden al grupo *múltiples drogas o al uso de otras sustancias psicoactivas*, con mayores frecuencias en las defunciones por *Tuberculosis*, *Enfermedad por el VIH (SIDA)*, y *Enfermedades isquémicas del corazón*.

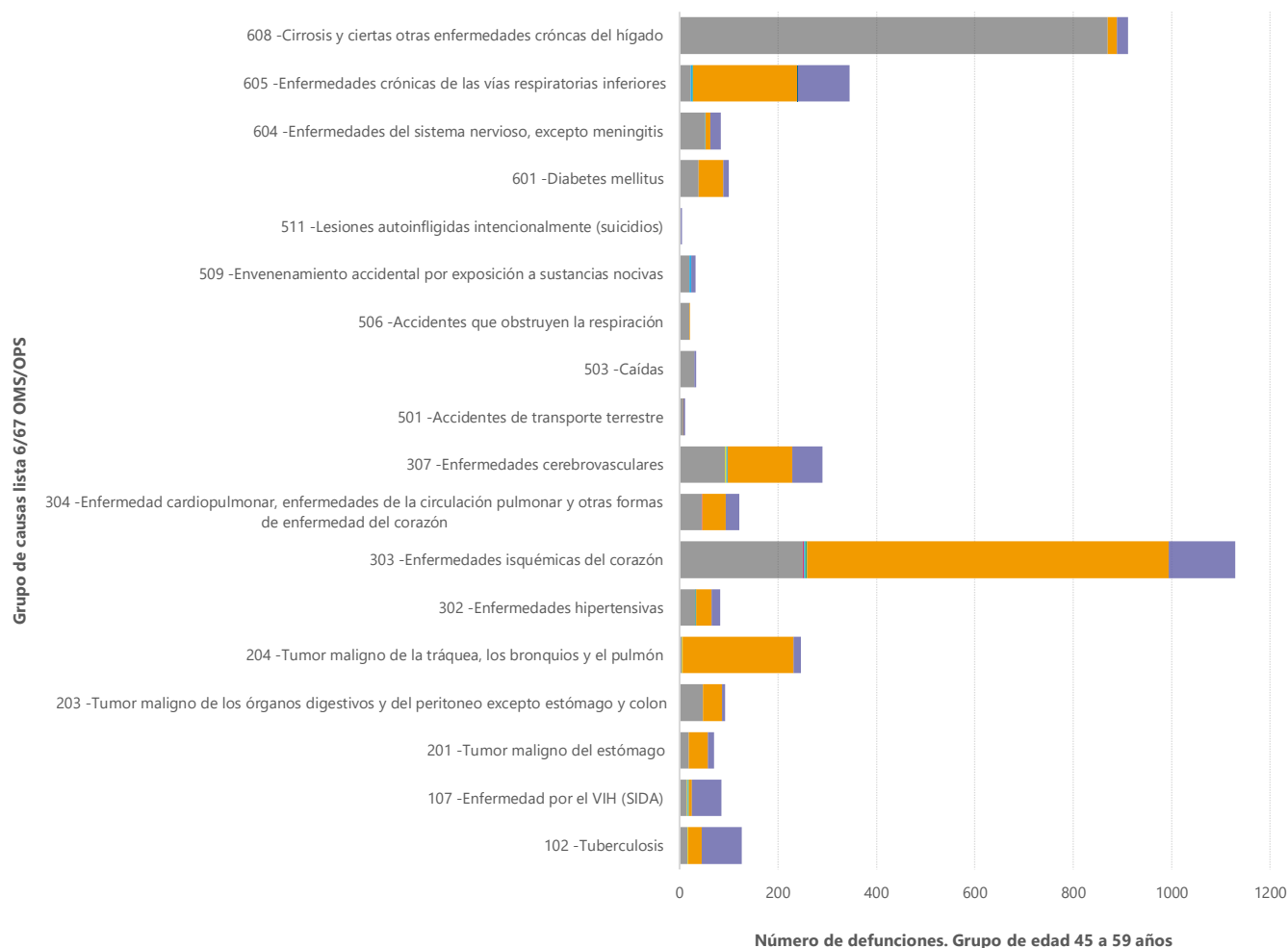
En contraste, entre los 45 y los 59 años, el tipo de sustancia psicoactiva que aparece con más frecuencia en la lista de causas básicas de defunción analizadas, corresponde al *alcohol* y al *tabaco*, siendo para el primero, mayor el número de casos en el grupo de las *Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado*, y para el segundo, en las *Enfermedades isquémicas del corazón*, seguido por el *Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón* y las *Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores*.

Gráfico 23. Número de defunciones según lista de causas 6/67 OMS/OPS por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas en la cadena causal, según grupo de edad del fallecido

Años 2015 -2024 y año corrido 2025pr



■ Alcohol ■ Opiáceos ■ Cannabinoides ■ Sedantes o hipnóticos ■ Cocaína ■ Alucinógenos ■ Tabaco ■ Disolventes volátiles ■ Múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas

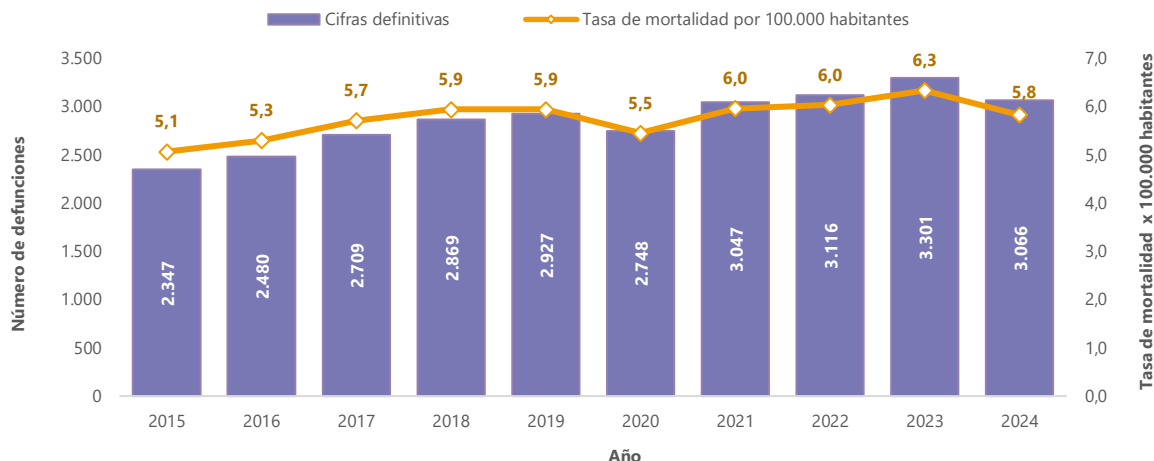


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.
pr: cifras preliminares

3.2. Comportamiento de los suicidios en Colombia

Durante el año 2024, el país reportó 3.066 suicidios, 235 menos que en 2023, año que presentó el número más alto de defunciones por esta causa en la última década, con 3.301 casos. La tasa de mortalidad por suicidios registra una caída del 8,0% respecto a 2023, al pasar de 6,3 defunciones en 2023 a 5,8 defunciones por cada 100.000 habitantes en el año 2024. Con excepción de los años 2020 y 2024, el volumen de los suicidios en Colombia reporta un comportamiento ascendente, siendo el año 2021 el que registra el incremento anual más alto con el 10,9% que representa 299 defunciones más por esta causa frente al año 2020.

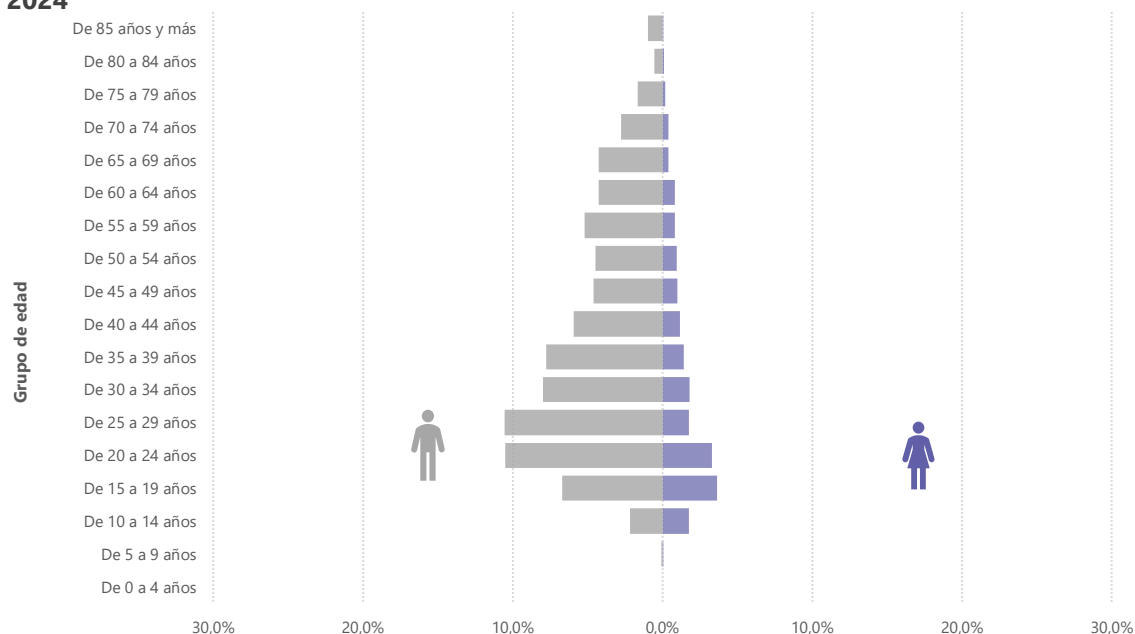
Gráfico 24. Número de defunciones y tasa de mortalidad por suicidios en Colombia
Total, nacional
Años 2015 - 2024



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

La distribución de las defunciones por sexo revela una participación más alta de los hombres en todos los grupos de edad. Las brechas más altas se evidencian en los grupos de edad comprendidos entre los 20 y los 39 años, edades en las que la participación de los hombres supera a la de las mujeres, con diferencias que oscilan entre los 7 y los 10 puntos porcentuales.

Gráfico 25. Distribución de las defunciones por suicidio, según sexo y grupo de edad del fallecido en Colombia
Total, nacional
Año 2024

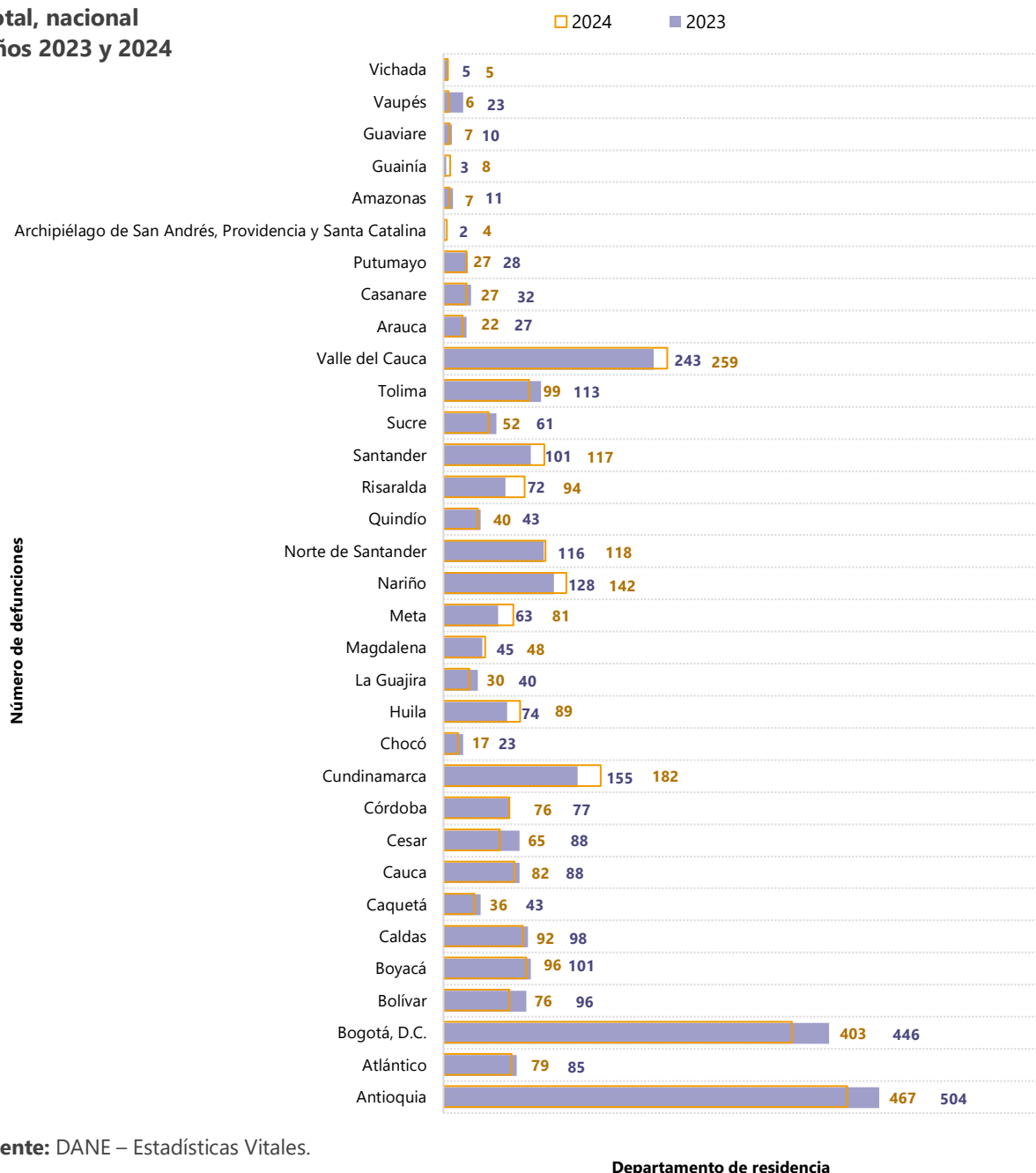


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

Pese al descenso nacional de los suicidios en el país, 11 departamentos registraron incrementos en el número de las defunciones por esta causa entre los años 2024 y 2023. En volumen, los mayores aumentos se dieron en Cundinamarca con 27 casos más en 2024, respecto a 2023, Risaralda (22 casos más), Meta (18 casos más), Santander y Valle del Cauca (16 casos más), Huila (15 casos más) y Nariño con 142 defunciones, 14 más que en el año 2023.

Gráfico 26. Número de defunciones por suicidios, según departamento de residencia del fallecido en Colombia

Total, nacional
Años 2023 y 2024



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales.

Ficha Metodológica

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) produce las Estadísticas Vitales con base en los registros administrativos que se obtienen de los certificados de nacido vivo y de defunción, diligenciados por los médicos o funcionarios de salud autorizados que atienden estos hechos. Otras fuentes incluidas son el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que certifica defunciones objeto de necropsia médico legal y las oficinas de Registro Civil, las cuales diligencian los certificados cuando no hay contacto con el sector salud y los nacimientos captados a través del Formato para la notificación de nacimientos en grupos étnico-raciales.

NOMBRE DE LA OPERACIÓN ESTADÍSTICA

ESTADÍSTICAS VITALES – Nacimientos y Defunciones

SIGLA DE LA OPERACIÓN ESTADÍSTICA

EEVV

OBJETIVO GENERAL

Consolidar, producir y difundir la información estadística de los nacimientos y las defunciones ocurridas en el territorio nacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Acopiar y consolidar el número de nacimientos y defunciones que ocurren en el país y en sus diferentes subdivisiones geográficas (regiones, departamentos y municipios).
- Proporcionar los insumos y los elementos conceptuales y metodológicos para facilitar el cálculo de los principales indicadores de salud pública como son: tasa bruta de natalidad, tasas de fecundidad, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad general, razón de mortalidad materna, esperanza de vida al nacer, entre otros.
- Proporcionar la información demográfica necesaria para llevar a cabo las estimaciones del nivel y estructura de la mortalidad y fecundidad, insumos básicos para las proyecciones de población.
- Proporcionar los insumos para la medición de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Glosario

1. Conceptos

Nacido vivo: expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo y que después de dicha separación respira o muestra cualquier otra evidencia de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del corazón, cordón umbilical, o movimientos definidos de músculos voluntarios, ya sea que se haya cortado o no el cordón umbilical o que se encuentre adherida la placenta; cada producto de tal nacimiento se considera vivo (DANE, 2019).

Defunción no fetal: desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación postnatal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar) (OMS, 2018).

Lugar de residencia habitual: lugar geográfico del país, localidad o división administrativa o del país extranjero donde reside habitualmente la persona de que se trate, el lugar en que la persona ha vivido de forma ininterrumpida durante la mayor parte de los 12 últimos meses (es decir, al menos seis meses y un día), sin contar las ausencias temporales por vacaciones o motivos laborales, o donde tiene intención de vivir durante al menos seis meses (Naciones Unidas, 2010).

Con el fin de lograr una mayor uniformidad y comparabilidad en el plano nacional e internacional para tabular, deberá determinarse como sigue: *Nacimientos*, se refiere al lugar de residencia habitual de la madre en la fecha del parto. *Defunciones*: lugar de residencia habitual del fallecido. *Defunciones fetales*: lugar de residencia habitual de la mujer en la fecha de expulsión del feto muerto. *Defunciones de menores de un año*: lugar de residencia habitual de la madre en la fecha de fallecimiento del niño (o la del niño si la madre ha fallecido). *Defunciones*: lugar de residencia habitual del difunto en la fecha del fallecimiento.

Departamento: entidad territorial de primer nivel de la división político-administrativa del Estado que agrupa municipios y áreas no municipalizadas. Goza de autonomía para la administración de los asuntos seccionales y la planificación y la promoción del desarrollo económico y social dentro de su territorio en los términos establecidos por la Constitución y las leyes. Los departamentos ejercen funciones: administrativas, de coordinación, de complementariedad de la acción municipal, de intermediación entre la Nación y los municipios y de prestación de los servicios que determinen la Constitución y las leyes (DANE, 2019).

Pertenencia étnico-racial: se refiere a la identificación de las personas como integrantes de alguno de los grupos étnico-raciales reconocidos en Colombia (población indígena; gitana; raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; negra, mulata, afrocolombiana, afrodescendiente o palenquera de San Basilio) (DANE, 2019).

Grupos étnico-raciales: grupos humanos que se identifican a sí mismos y que son identificados por los demás en función de ciertos elementos comunes; comparten herencias de cosmovisión, identidad, organización social, valores, hábitos, usos y costumbres que caracterizan la interacción entre sus miembros y otros grupos; algunos de ellos mantienen una relación de armonía, equilibrio y espiritualidad con su territorio de origen. Los grupos étnico-raciales que en Colombia gozan de derechos colectivos son: los indígenas; el pueblo Rrom o gitano; los raizales de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; y la población negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente y los palenqueros de San Basilio (DANE, 2019).

Autorreconocimiento: hace referencia al sentido de pertenencia que expresa una persona frente a un colectivo de acuerdo con su identidad y formas de interactuar en y con el mundo; se refiere a la conciencia individual de compartir ciertas creaciones, instituciones y comportamientos colectivos de un determinado grupo humano. Cada persona libremente y por sí misma se reconoce como perteneciente a un grupo étnico-racial, por compartir, practicar, o participar de valores, conceptos, usos y costumbres específicos y distintivos (DANE, 2019).

2. Indicadores

Tasa global de fecundidad: número de hijos que en promedio tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva si durante la misma estuvieran expuestas a las tasas de fecundidad por edad del período de estudio (CEPAL, 2017).

Variación: cambio porcentual calculado para una variable en un período dado con relación a otro (OCDE, 2007).

Tasa específica de fecundidad por edad: se calcula como la razón entre el número nacimientos en un período de tiempo, clasificado por grupos de edad, y el tiempo expuesto por las mujeres en el mismo período, también clasificado por grupos de edad (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades -CDC, 2011).

3. Variable o categoría

Las definiciones que a continuación de mencionan son variables, categorías o constructos a partir de variables que se encuentran en los certificados de nacimiento y por consiguiente hacen parte de la metodología general de la operación estadística y respeta los lineamientos en cuanto a variables del manual de Principios y recomendaciones para un sistema de estadísticas vitales de Naciones Unidas (Principios y Recomendaciones Para Un Sistema de Estadísticas Vitales, 2014a).

Departamento de ocurrencia: se refiere a la entidad territorial del territorio colombiano, en donde ocurre un hecho vital.

Grupos de edad de la madre: es una agrupación de grupos cada 5 años (quinquenal) que se hace a partir de la edad que reporta la madre al momento del parto.

Referencias bibliográficas

- Anupma, A., Sarkar, A., Choudhary, N., Jindal, S., & Sharma, J. C. (2022). Assessment of Risk Factors and Obstetric Outcome of Adolescent Pregnancies Through a Prospective Observational Analysis. *Cureus*, 14(10), e30775. <https://doi.org/10.7759/cureus.30775>
- Bringas, A., Espinosa, S., Ezcurdia, C., Torres, E. (2004). Nuevas maternidades o la desconstrucción de la maternidad en México. *Debate feminista*, 2004-10, Vol.30, p.55-86
- Centros para el control y prevención de Enfermedades -CDC. (2011). Indicadores Complejos.
- CEPAL. (2017). Tasa global de fecundidad. Tasa Global de Fecundidad, 1–5.
- DANE. (2024). División Político-Administrativa de Colombia-DIVIOLA. (Versión 2024).
- DANE. (2019). Censo nacional de población y vivienda-CNPV-2018: Manual de conceptos, 29.
- Dagnino, J. (2014). Datos faltantes (missing values). *Revista Chilena de Anestesia*, 43, 332–334.
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL CONPES 3918.
- Donoso, Enrique, Carvajal, Jorge A, Vera, Claudio, & Poblete, José A. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista médica de Chile*, 142(2), 168-174. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional
- Frick, A. P. (2021). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 70, 92–100.
- INE, (2016). Indicadores Demográficos Básicos: Metodología.
- Jeha, D., Usta, I., Ghulmiyyah, L., & Nassar, A. (2015). A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy. *Journal of neonatal-perinatal medicine*, 8(1), 1–8. <https://doi.org/10.3233/NPM-15814038>
- Kramer, M. S. (1987). Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the world health organization*, 65(5), 663.
- Mestre-Mestre, M. A., & Escobar-Velásquez, K. D. (2023). Bajo peso al nacer en Colombia según condiciones socioeconómicas de la madre. *Duazary*, 20(2), 40-47.
- Naciones Unidas. (2010). Principios y Recomendaciones para los Censos de Población y Vivienda, Revisión 2.
- Naciones Unidas. (2014). Principios y recomendaciones para un sistema de estadísticas vitales. <http://unstats.un.org/unsd/>
- OCDE. (2007). *Data and Metadata Reporting and Presentation Handbook*. <https://doi.org/10.1787/9789264030336-en>
- OMS. (2016). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención*

adecuada en el momento adecuado. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

OMS. (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer.* Obtenido de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud OMS. (2018). CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Manual de instrucciones (Vol. 2). OPS, OMS.

OMS. (2019). Clasificación internacional de enfermedades para la mortalidad y morbilidad versión 11 (CIE-10). Organización mundial de la salud.

Organización Mundial de la Salud. (10 de abril de 2024). *Embarazo en la adolescencia.* [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20\(de%2010,prematur%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20(de%2010,prematur%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave)

OPS. (2015). Glosario de Indicadores Básicos de la OPS. *Organización Panamericana de Salud*, (Octubre), 1–35.

OPS. (2018). *Indicadores de salud Aspectos conceptuales y operativos.* Washington D.C. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/4072-indicadores-de-salud-aspectos-conceptuales-y-operativos-2018/file>

Panduro-Barón, J. G., Barrios-Prieto, E., Pérez-Molina, J. J., Panduro-Moore, E. G., Rosas-Gómez, E. S. M., & Quezada-Figueroa, N. A. (2021). Obesidad y sus complicaciones maternas y perinatales. *Ginecología y obstetricia de México*, 89(7), 530-539.

Pérez, B. H., Tejedor, J. G., Cepeda, P. M., & Gómez, A. A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Progresos de Obstetricia y ginecología*, 54(11), 575-580.

Ritchie, H. y Roser, M. (2019). Gender Ratio. Zitelli, B.J., McIntire, S.C., Nowalk, A.J. (2018). *Zitelli and Davi's Atlas of Pediatric Physical Diagnosis*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier.

Sánchez, E. (2019). Factores para un embarazo de riesgo. *Revista Médica Sinergia Vol.4 Num:9*. Disponible en <https://doi.org/10.31434/rms.v4i9.319>

Sandoval, José; Mondragón, Fanny; Ortiz, Mónica. Complicaciones materno-perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: estudio caso-control. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 53, núm. 1, enero-marzo, 2007, pp. 28-34

Tsikouras, P., Dafopoulos, A., Trypsianis, G., Vrachnis, N., Bouchlariotou, S., Liatsikos, S. A., Dafopoulos, K., Maroulis, G., Galazios, G., Teichmann, A. T., & Von Tempelhoff, G. F. (2012). Pregnancies and their obstetric outcome in two selected age groups of teenage women in Greece. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 25(9), 1606–1611.



@DANEcolombia



@DANE_Colombia



/DANEcolombia



/DANEcolombia

WWW.DANE.GOV.CO

Si requiere información adicional, contáctenos a través del correo

contacto@dane.gov.co

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Bogotá D.C., Colombia

www.dane.gov.co