

ANALISIS DE SITUACION DE SALUD ARMENIA CON PERSPECTIVA JUVENIL 2025

SS ARMENIA/ OPS/ JOVENES ARMENIA

SECRETARÍA DE SALUD DE ARMENIA
EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

JAMES PADILLA GARCÍA
Alcalde Municipio de Armenia

CESAR AUGUSTO RINCÓN ZULUAGA
Secretario de Salud Armenia

CESAR AUGUSTO BELTRÁN BOCANEGRA
Jefe de Oficina Salud Pública

ELABORACIÓN Y EDICIÓN

LILIANA QUINTERO ÁLVAREZ
Profesional Especializado Epidemiología

ANA CECILIA LOPEZ
BEATRIZ ELENA MARULANDA ARCILA
ROMELIA GONZÁLEZ QUINTERO
Profesionales de Apoyo

NOHORA LUCIA ARIAS QUIJANO
STEVEN BARBOSA
KIMBERLY PIÑEROS
GEILER ANDRES MOSQUERA
Profesionales OPS

Jóvenes participantes en talleres de ASIS

África Peláez Larrotta	La Casa Vozzetto
Alan David Bueno Villalobos	Institución Educativa Teresita Montes
Ana Lucía Londoño Gallego	Universidad del Quindío
Anyi Melissa Salazar	Young Men's Christian Association- YMCA
Ashly Angellyne Cardona López	Juventudes MIRA
	Young Gamechangers Initiative-Colectivo
Brian Leandro Valencia Salazar	Plantón Sur - Plataforma Municipal de Juventudes Armenia
	Universidad del Quindío
Camila León Ramírez	Centro Juvenil
Camila Murillo	Artillería Verde Sur
Camilo Salgado	
Carlos Armando Sepúlveda Rodríguez	Parroquia San Juan María Vianney
	Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt
Cristian Andrés Cardona Zapata	Young Men's Christian Association- YMCA Quindío
Deivy Zuluaga	
Edison Julián Flórez Ramírez	Institución Educativa Cristóbal Colon
Emanuel Castellanos Toro	Institución Educativa Gustavo Matamoros D Costa
Erick Samuel Pardo	Institución Educativa Laura Vicuña O
Estiberlin Daniela Calderas Rivas.	Institución Educativa Nacional Jesús María Ocampo.
Evelin María Álvarez Bocanegra	La Casa Vozzetto
Gabriela Medina Posada	Institución Educativa Cámara Junior
Gabriela Rada Soto	Liceo Cervantes Armenia
Harold Stiven Patiño	Young Men's Christian Association- YMCA
Hugo Ferney Ramírez	Universidad del Quindío
Isabela Correa Arango	Gobernación del Quindío
Jeison David Ojeda Arcila	Cabildo Indígena Universitario
	Young Gamechangers Initiative- - Consejo Municipal de Juventud Armenia- Personería Municipal Armenia
Jorge Eduardo Londoño	Gobernación del Quindío
Jovanny Cortés	Universidad del Quindío
Juan David Fandiño López	
Juan Guillermo Velásquez Valencia	Young Gamechangers Initiative
Juan José Casas	Institución Educativa Laura Vicuña

Juan Manuel Capera	Young Men's Christian Association- YMCA
Juan Pablo Osorio Monedero	Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt
Juan Pablo Ospina Fuentes	Liceo Cervantes Armenia
Karol Yuseth Salas Correa	Young Gamechangers Initiative – Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Kevin Mauricio Ocoró	Young Gamechangers Initiative – Consejo Municipal de Juventud Armenia
Kylie Valeria Barragán Ángel	Young Gamechangers Initiative – Consejo Municipal de Juventud Armenia
Laura Medina	Young Men's Christian Association- YMCA
Lorena Rodríguez Nieto	Universidad del Quindío
Luciana Morales Marulanda	Institución Educativa Nacional Jesús María Ocampo
Luis Felipe Mosquera Solano	Universidad del Quindío
Maicol Alexander Méndez Clavo	Institución Educativa Teresita Montes
Manuela Castaño León	Institución Educativa Bosques de Pinares
María Alexandra Palencia Riera	Young Men's Christian Association- YMCA
María José Vargas Ricaurte	Universidad del Quindío
Mayra Alejandra Bonilla Agudelo	Colegio Comfenalco - Club Dinamycs
Michelle Lucerito Sandoval Santamaria	Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt
Paola Andrea Muñoz	Casa Reflector
Rubén Darío Muñoz	Plantón Sur
Samuel José Medina Posada	Institución Educativa Cámara Junior
Santiago Martínez Sánchez	Grupo de Medicina Yanakuna
Sergio Ramírez Pérez	Institución Educativa Teresita Montes
Simón Gordillo Oliveros	Liceo Cervantes Armenia
Sofía Alvarado Andica	Institución Educativa Teresita Montes
Sulimar Danaís Linares Pérez	Young Men's Christian Association- YMCA
Thomas Alejandro Ramírez	ASIMUQ
Valentina Camelo Ramírez	Hip Hop Con Propósito
Valentina Patiño	Artillería Verde Sur

Tabla de contenido

<u>INTRODUCCION</u>	<u>13</u>
<u>METODOS.....</u>	<u>14</u>
<u>CAPITULO 1: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO</u>	<u>17</u>
1.1. CONTEXTO TERRITORIAL	17
1.1.1 LOCALIZACIÓN.....	17
1.1.2 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	18
1.1.3 HIDROGRAFÍA.....	19
1.1.4 PATRONES CLIMATOLÓGICOS	19
1.1.5 AMENAZAS DEL TERRITORIO	19
1.1.6 SISTEMA DE TRANSPORTE	20
1.2. CONTEXTO POLÍTICO Y GOBERNANZA LOCAL	21
1.2.1 DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA.....	21
1.2.2 CONFORMACIÓN DEL PODER POLÍTICO	21
1.3. CONTEXTO DEMOGRÁFICO	21
1.3.1 TAMAÑO Y VOLUMEN POBLACIONAL	21
1.3.2 ESTRUCTURA POBLACIONAL.....	22
1.3.3 POBLACIÓN POR CURSO DE VIDA.....	22
1.3.4 DINÁMICA DEMOGRÁFICA	22
1.3.5 FECUNDIDAD	23
1.3.6 GRUPOS ÉTNICOS	23
1.3.7 VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO	23
1.3.8 MIGRACIÓN HACIA EL MUNICIPIO	24
1.4. ANÁLISIS	24
1. BRECHAS DE INEQUIDAD IDENTIFICADAS EN EL TERRITORIO.....	24
2. CARACTERÍSTICAS DE PRODUCCIÓN, BIENES, SERVICIOS Y ASPECTOS SOCIOAMBIENTALES QUE EXPLICAN LAS BRECHAS EN SALUD	26
3. ACERCA DE LA POBLACIÓN JOVEN	28
<u>CAPITULO 2. CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DSS Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES</u>	<u>31</u>

2.1 CONDICIONES DE VIDA (ACCESO A BIENES Y SERVICIOS; CONDICIONES DE VIVIENDA Y SANEAMIENTO BÁSICO; DE TRABAJO)	32
2.1.1 DETERMINANTES ESTRUCTURALES.....	32
2.1.2 DETERMINANTES INTERMEDIOS	37
2.2 ANÁLISIS	44
2.2.1 BRECHAS DE INEQUIDAD IDENTIFICADAS EN EL TERRITORIO	44
2.2.2 CARACTERÍSTICAS DE PRODUCCIÓN, BIENES, SERVICIOS Y ASPECTOS SOCIOAMBIENTALES QUE EXPLICAN LAS BRECHAS EN SALUD	46
2.2.3 ACERCA DE LA POBLACIÓN JOVEN	49

CAPITULO 3. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES

3.1. MORTALIDAD EN ADOLESCENTES	51
3.1.1 MORTALIDAD EN ADOLESCENTES POR GRANDES GRUPOS	52
3.1.2 MORTALIDAD EN ADOLESCENTES POR SUBGRUPOS DE CAUSAS	53
3.2. MORTALIDAD EN JÓVENES	53
3.2.1 MORTALIDAD EN JÓVENES POR GRANDES GRUPOS	54
3.2.2 MORTALIDAD EN JÓVENES POR SUBGRUPOS DE CAUSAS.....	55
3.3. MORBILIDAD EN ADOLESCENTES	55
3.3.1 MORBILIDAD EN ADOLESCENTES POR GRANDES GRUPOS	55
3.3.2 MORBILIDAD EN ADOLESCENTES POR SUBGRUPOS DE CAUSAS	56
3.4. MORBILIDAD EN JÓVENES.....	56
3.4.1 MORBILIDAD EN JÓVENES POR GRANDES GRUPOS.....	56
3.4.2 MORBILIDAD EN JÓVENES POR SUBGRUPOS	57
3.5 LECTURA DESDE EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA	57
3. 6 ANÁLISIS	58

CAPITULO 4. NÚCLEOS DE INEQUIDAD SOCIOSANITARIA

4.1 NÚCLEOS DE INEQUIDAD.....	60
4.1.1. INEQUIDAD TERRITORIAL EN LA DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO Y DEL ACCESO A SERVICIOS.....	60
4.1.2. INEQUIDAD SOCIAL Y ECONÓMICA DERIVADA DE LA INFORMALIDAD Y LA PRECARIZACIÓN LABORAL JUVENIL.....	61
4.1.3. INEQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD MENTAL, VIOLENCIAS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	62
4.1.4 INEQUIDAD INSTITUCIONAL: FRAGMENTACIÓN, SUPERFICIALIDAD DE INTERVENCIONES Y DÉBIL RESPUESTA DEL SISTEMA	63
4.1.5. INEQUIDAD EN LA PARTICIPACIÓN Y EN LA CAPACIDAD DE INCIDENCIA JUVENIL..	64

4.2 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES EN SALUD	67
<input type="checkbox"/> HOMICIDIOS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES	69
<input type="checkbox"/> SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO EN JÓVENES	69
<input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR.....	70
<u>CAPITULO 5. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL</u> <u>TERRITORIO PDSP 2022 - 2031 Y EL MODELO SPP-APS.....</u>	<u>72</u>
5.1 PROPUESTAS DE RESPUESTA.....	72
5.2 RECOMENDACIONES	75
<u>6. REFERENCIAS</u>	<u>80</u>

Lista de gráficos

Gráfico 1 Pirámide Poblacional Armenia Quindío comparativo 2020,2025, 2030	22
Gráfico 2 Dinámica Demográfica.....	23
Gráfico 3 Porcentaje de pobreza monetaria y pobreza extrema. Armenia 2016-2023	34
Gráfico 4 Mercado laboral. TGP, TO y TD (Promedio anual) Armenia 2015-2023	35
Gráfico 5 Aseguramiento en salud. Armenia 2018-2025	42
Gráfico 6 Tendencia de la mortalidad en adolescentes (12-17 años) Armenia 2015-2024	52
Gráfico 7 Mortalidad en Adolescentes (12 a 17 años) por grandes grupos, Armenia 2015 - 2024	53
Gráfico 8 Tendencia de Mortalidad en Jóvenes (18 a 8 años), Armenia 2015 - 2024	54
Gráfico 9 Mortalidad por grandes <i>grupos</i> . Jóvenes Armenia. 2015/2024	54

Listado de esquemas

Esquema 1 Núcleo de inequidad territorial en la distribución del riesgo y del acceso a servicios.....	61
Esquema 2 Núcleo de inequidad social y económica derivada de la informalidad y la precarización laboral juvenil.....	62
Esquema 3 Núcleo de inequidad de género en salud mental, violencias y salud sexual y reproductiva.....	63
Esquema 4 Núcleo de inequidad institucional	64
Esquema 5 Núcleo de inequidad en la participación y capacidad de incidencia juvenil	65
Esquema 6 Núcleos de inequidad sociosanitaria.....	66

Listado de mapas

Mapa 1 Localización municipio de Armenia. 2024.....	17
Mapa 2 Configuración ambiental y de ordenamiento territorial Municipio de Armenia	18
Mapa 3 División Político Administrativa Municipio de Armenia	21
Mapa 4 Estratificación por manzana, POT 2009 y Asentamientos informales	38
Mapa 5 Equipamientos zona urbana y rural. Municipio Armenia	40
Mapa 6 Concentración de Servicios por Complejidad de Atención. Armenia. 2025.....	43

Listado de tablas

Tabla 1 Cobertura bruta educación. Armenia 2011-2022	36
Tabla 2 Priorización	68

INTRODUCCION

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) se define como una construcción participativa y sistemática cuyo objetivo central es identificar las problemáticas y realidades en salud de la población, con un reconocimiento explícito de las diferencias socioeconómicas, culturales y étnicas(1). Su propósito último es orientar de manera informada la toma de decisiones y la priorización de acciones en el marco del Plan Territorial de Salud (PTS) y el Plan de Acción en Salud (PAS).

Este documento da cuenta del ejercicio del municipio de Armenia que incorpora la perspectiva juvenil. Fue elaborado a partir de las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social y representa un elemento clave para la planeación en salud, orientado a la garantía del derecho fundamental a la salud(1). Para su construcción, se implementó una metodología que combina el análisis de fuentes cuantitativas (estadísticas vitales, morbilidad, sistemas de información como SISPRO, SIVIGILA y fuentes de las diversas instituciones del municipio como también del orden nacional) con fuentes cualitativas y el aporte de las voces de las comunidades, obtenido a través del componente participativo. Este proceso convocó de manera activa a actores institucionales, comunidades, pueblos étnicos, academia y organizaciones sociales relacionados con la juventud del municipio, en escenarios continuos de dialogo utilizando herramientas pedagógicas, reflexivas y dinámicas. Este enfoque mixto permite una triangulación de la información que enriquece el análisis y asegura que refleje fielmente la realidad del territorio.

El documento se estructura en capítulos que guían al lector desde la comprensión general del territorio hasta la formulación de respuestas específicas: Configuración del territorio; Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde los Determinantes Sociales de la Salud (DSS); Situación de salud y calidad de vida (morbilidad, mortalidad, problemáticas sentidas); Priorización participativa de los problemas y necesidades en salud y Propuestas de respuesta y recomendaciones alineadas con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 y el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

El análisis se enmarca transversalmente en enfoques diferenciales (étnico, de género, ciclo vital), de equidad e interculturalidad, con un énfasis particular en la identificación de los núcleos de inequidad socio-sanitaria. Se convierte en una herramienta de gestión del conocimiento al servicio de la salud colectiva, cuyo fin último es transformar positivamente las condiciones de vida y salud de la población en el territorio.

METODOS

La construcción del ASIS 2025 se trabajó de forma tal que garantizara que el análisis no solo fuera riguroso técnicamente, sino también legítimo socialmente. El proceso se ejecutó en tres momentos estratégicos interdependientes: Alistamiento, Análisis y Comprensión, y Socialización y Posicionamiento.

1. Fase de Alistamiento y Movilización

Inicialmente se desarrolló una fase preparatoria exhaustiva que permitió la movilización efectiva de actores y recursos. Para ello se conformó el equipo gestor conformado por un equipo interdisciplinario liderado por la Secretaría de Salud con representantes de epidemiología y salud pública y el apoyo de consultores de la Organización Panamericana de la Salud. Adicionalmente se realizó un mapeo de actores claves a convocar y se identificaron los actores institucionales (Dependencias de la administración municipal, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y otras instituciones presentes en la ciudad); actores sociales y comunitarios (organizaciones juveniles, miembros de comunidades académicas); poblacionales (representantes de pueblos y comunidades étnicas (indígenas, afrocolombianos, población con discapacidad, mujeres y jóvenes). (Ver Anexo No. 1 Tabla de actores clave).

Se consolidó un banco de información mixto a partir de Fuentes Cuantitativas: Se descargaron y analizaron los cubos de información oficiales (Indicadores, RIPS, SIVIGILA, Estadísticas Vitales) del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), disponibles en el micrositio del ASIS del MSPS y de la información del Sistema de Información Ambiental de Colombia. Adicionalmente se realizó búsqueda y revisión de información disponible en fuentes oficiales locales como la Alcaldía, la Corporación Autónoma Regional del Quindío entre otras. Como fuentes cualitativas se recopiló informes del plan de desarrollo territorial y se diseñaron instrumentos para las actividades participativas. (Ver Anexo No. 2 Tabla de fuentes de información).

Finalmente se diseñó e implementó una estrategia participativa planificando un cronograma de encuentros con organizaciones juveniles y jóvenes asegurando la representatividad de las diferentes zonas, tanto urbanas como rurales, con un enfoque de accesibilidad e inclusión. (Ver Anexo No. 3 Propuesta de construcción de ASIS con perspectiva juvenil).

2. Fase de Análisis y Comprensión Colectiva

Esta fase constituyó el corazón del proceso, donde se integró el saber técnico con el saber juvenil mediante actividades de construcción colectiva. Para lo

cual se ejecutaron 12 talleres donde los jóvenes, a través de la elaboración de mapas parlantes, matrices de análisis, juegos de roles, etc. identificaron y priorizaron sus principales problemáticas en salud, explicaron la relación entre los determinantes sociales y estas situaciones. Estos insumos fueron fundamentales para la construcción del documento final del ASIS. (Ver Anexo No. 4. Informe Proceso de construcción del ASIS con perspectiva juvenil).

Posteriormente se realizó la triangulación de la información por parte del equipo técnico cruzando los datos duros (tasas de morbilidad, mortalidad, brechas de inequidad) con las narrativas, percepciones y explicaciones causales surgidas de los talleres. Esto permitió enriquecer el análisis, yendo más allá de la descripción epidemiológica tradicional para construir una comprensión integral de la situación de salud.

A continuación en el marco de los talleres mencionados previamente se realizó la priorización participativa de problemas, y con la participación de actores institucionales y comunitarios, se aplicó la matriz de priorización con los criterios de magnitud, pertinencia social, trascendencia, factibilidad y viabilidad. Este ejercicio deliberativo permitió consensuar un listado de problemas que refleja tanto la severidad técnica como la urgencia sentida por la población.

Posteriormente se formularon las propuestas a partir de los problemas priorizados y del análisis de las respuestas institucionales, se co-crearon las propuestas y recomendaciones del Capítulo VI, alineándolas con los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 y el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Finalmente el documento en su conjunto fue revisado, complementado y validado por los jóvenes y las instituciones participantes en una actividad desarrollada para tal fin (Ver Anexo No. 4. Informe Proceso de construcción del ASIS con perspectiva juvenil).

3. Fase de Socialización, Validación y Posicionamiento

Si bien puede ser considerado un momento final, la socialización de la información se realizó a lo largo del proceso, para ello se aprovechó el micrositio de la Secretaría de Salud y los canales de comunicación juvenil para entregar información de cada uno de los elementos que contempla el ASIS mediante infografías, mapas temáticos y otros elementos comunicativos (Anexo No. 5 Infografías de resultados del ASIS).

El proceso culminó con la devolución y validación de los hallazgos para asegurar su apropiación y utilidad mediante una socialización amplia en espacios con la comunidad y en instancias técnicas intersectoriales. Esto aseguró la precisión de la información y fortaleció el compromiso colectivo con las soluciones propuestas.

También se diseñó una infografía de dos páginas que resume de manera visual y accesible los núcleos de inequidad y las prioridades en salud, facilitando la divulgación masiva de los resultados a toda la ciudadanía. Finalmente el documento final, junto con sus anexos y la infografía, fue avalado mediante acto administrativo por la Secretaría de Salud y cargado al sistema SFTP del MSPS dentro de los plazos establecidos, quedando disponible como insumo fundamental para la construcción del Plan de Acción en Salud (PAS) 2026. (Anexo No. 5 Infografía del ASIS).

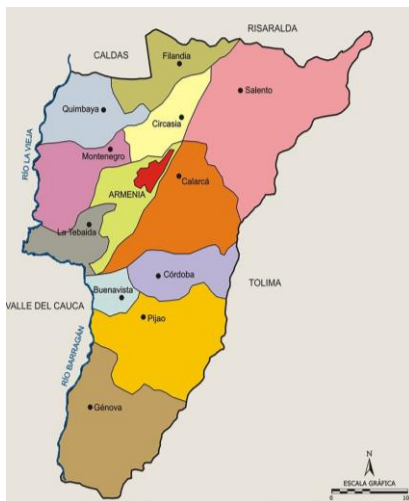
Capítulo 1: Configuración del Territorio

Armenia, capital del departamento del Quindío, constituye un territorio cuyas características geográficas, ambientales, sociales y demográficas influyen de manera directa en los procesos de salud-enfermedad. La configuración territorial, entendida como la interacción entre la estructura física del espacio, su dinámica poblacional, los sistemas de movilidad, las prácticas socioculturales y las formas de gobernanza, determina patrones diferenciados de exposición al riesgo, acceso a oportunidades y vulnerabilidades acumuladas. Este capítulo desarrolla una descripción ampliada de dichas características con el fin de ofrecer un marco interpretativo que permita comprender cómo los determinantes estructurales y las condiciones territoriales condicionan la salud de la población y las inequidades observadas entre sectores urbanos, rurales y comunas del municipio. Esta caracterización es fundamental para orientar el análisis posterior de determinantes sociales, situación de salud, priorización de problemas y planificación sectorial e intersectorial.

1.1. Contexto territorial

1.1.1 Localización

Mapa 1 Localización municipio de Armenia. 2024



Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia. Atlas de Colombia. IGAC 2002

Armenia es la capital del departamento del Quindío y se ubica estratégicamente en el centro del Eje Cafetero, dentro del denominado “Triángulo de Oro”, una región geográfica conectada directa y dinámicamente con Bogotá, Medellín y Cali. Este posicionamiento hace que la ciudad esté integrada a los flujos económicos, culturales, educativos y turísticos nacionales, lo que facilita la movilidad y el comercio, y convierte a Armenia en un punto clave dentro del paisaje colombiano. Con una superficie de 115 km², el municipio posee la mayor extensión urbana del departamento y una de las densidades poblacionales más altas del país, lo que ha moldeado tanto su estructura urbana como los retos que enfrenta.

Los límites municipales también ayudan a entender la relación territorial: Armenia colinda al norte con Circasia y parte de Montenegro; al sur con Calarcá, demarcado por el río Quindío; al oriente con Salento y sectores rurales de Calarcá; y al occidente con La Tebaida y Montenegro(ver Mapa No.1). Estos

construido redes culturales y sociales propias. El paisaje rural de Armenia combina producción agrícola, zonas boscosas, reservas hídricas y asentamientos dispersos (5,6).

1.1.3 Hidrografía

El sistema hídrico del municipio está conformado por dos cuencas principales —el río Espejo al occidente y el río Quindío al oriente— y una red de aproximadamente 30 microcuencas que incluyen quebradas, nacimientos y canales naturales. Estas quebradas han dado forma a la ciudad, porque muchas de ellas atraviesan barrios enteros y generan cañadas profundas que se integran a la estructura verde del territorio (4,7–9). Sin embargo, la urbanización acelerada sobre sus laderas ha provocado deterioro ambiental, contaminación, riesgo de deslizamientos y tensión sobre la disponibilidad del agua.

Zonas como La Florida, Cristales, Armenia, Camelia, Santa Ana o Hojas Anchas forman parte del sistema hídrico urbano. En ellas se observan problemáticas asociadas a descargas de aguas residuales, basuras acumuladas, ocupación informal y cambios en los taludes naturales. Los jóvenes participantes en los talleres expresaron preocupación por el uso compartido del agua, ya que municipios como Salento, Armenia y La Tebaida dependen del mismo río, lo que genera tensiones en épocas secas.

1.1.4 Patrones climatológicos

Armenia posee un clima templado-húmedo estable, con una temperatura promedio anual de 21,8°C. Las máximas suelen alcanzar los 26°C al mediodía, mientras que las mínimas pueden descender a 16°C en la madrugada. La humedad relativa es alta, entre 76% y 81%, y contribuye a la sensación fresca característica de la ciudad.

El régimen de lluvias incluye dos periodos húmedos y dos secos, aunque estos pueden verse alterados por fenómenos climáticos globales como El Niño o La Niña. Las precipitaciones superan los 2.000 mm anuales, lo que favorece la vegetación permanente pero también incrementa riesgos de deslizamientos y afectaciones en zonas inestables (10–15).

1.1.5 Amenazas del territorio

Armenia es un territorio hermoso, pero también vulnerable a diversos riesgos naturales. La combinación entre topografía ondulada, clima lluvioso, fallas geológicas activas y urbanización acelerada hace que ciertos sectores sean más sensibles a deslizamientos, inundaciones o daños estructurales.

En materia de riesgo geológico, las fallas Armenia, Montenegro y aeropuerto atraviesan el territorio rural y urbano, lo que aumenta la probabilidad de sismos localizados. La memoria del terremoto de 1999 permanece viva, y algunos jóvenes expresaron inquietud por edificaciones que hoy no cumplen normas de sismorresistencia.

En cuanto a riesgo volcánico, el volcán Cerro Machín —ubicado en un municipio cercano— representa la principal amenaza. Aunque su actividad reciente ha sido baja, una erupción podría generar caída de ceniza, afectación respiratoria y daños a infraestructuras.

Las amenazas hidrometeorológicas incluyen crecientes súbitas de ríos y quebradas. En los últimos años se han registrado múltiples alertas por crecidas en el río La Vieja y sus afluentes. Asimismo, zonas ocupadas con asentamientos informales han sufrido deslizamientos y emergencias asociadas a lluvias intensas.

Los incendios forestales, aunque menos frecuentes, también han sido reportados, especialmente en temporada seca. La combinación entre material vegetal, asentamientos precarizados y conexiones eléctricas inestables aumenta su probabilidad (4,8,16–24).

1.1.6 Sistema de transporte

La red vial del municipio tiene un patrón radial: desde el centro salen las vías principales hacia los barrios, corregimientos y municipios vecinos. Esta estructura facilita el acceso al casco urbano pero también genera congestión en ciertas intersecciones críticas.

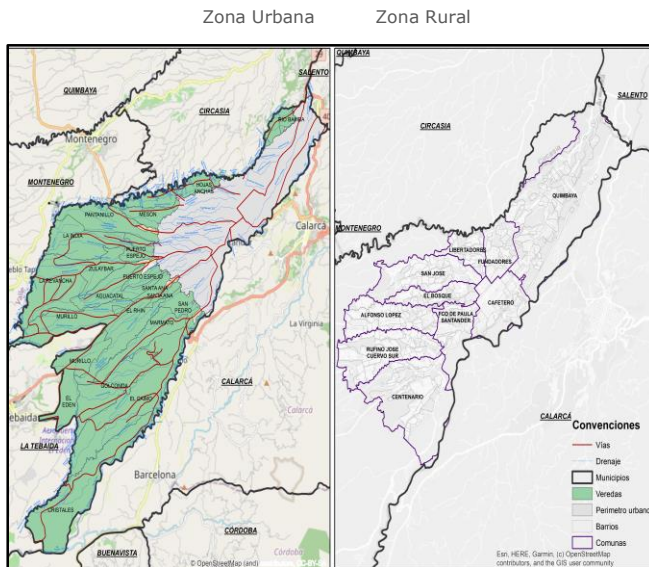
El transporte público está a cargo de tres empresas integradas en la Unión Temporal TINTO, que opera más de 300 buses (7,25). Sin embargo, el uso del transporte colectivo ha disminuido de manera marcada en la última década, mientras que el uso de la moto ha aumentado significativamente. (26–34). Estos cambios responden a factores como rapidez, costos, percepción de calidad del servicio y estado de la malla vial.

El aeropuerto internacional El Edén complementa la movilidad regional y conecta la ciudad con destinos nacionales e internacionales.

1.2. Contexto político y gobernanza local

1.2.1 División político-administrativa

Mapa 3 División Político Administrativa Municipio de Armenia



Armenia está dividida en 10 comunas, un corregimiento (El Caimo) y 18 veredas rurales. (ver Mapa No.3). Cada comuna posee características sociales, ambientales y urbanas distintas, lo que hace que las condiciones y oportunidades varíen dentro de la misma ciudad. Las comunas 10 y 1 son las de mayor extensión territorial, mientras que las comunas 8 y 5 tienen menor superficie.

Fuente: Elaboración Propia. Datos: DANE (2018) y POT Armenia

1.2.2 Conformación del poder político

Entre 2016 y 2027, la ciudad ha tenido gobiernos con orientaciones distintas, desde alcaldías apoyadas por partidos tradicionales hasta coaliciones ciudadanas y movimientos alternativos. El Concejo Municipal ha contado con representación de múltiples partidos, lo que ha configurado un escenario político diverso, aunque en ocasiones fragmentado.

Los planes de desarrollo de los últimos tres periodos han abordado temas como inclusión social, infraestructura, movilidad, desarrollo rural, innovación, sostenibilidad ambiental y transparencia institucional (35–41)... El plan vigente (2024–2027) propone una visión de ciudad basada en oportunidades, modernidad, competitividad y un enfoque de Smart City (38,42).

La variación en prioridades entre periodos y la diversidad de actores políticos han influido en la continuidad, ritmo y enfoque de las intervenciones territoriales

1.3. Contexto demográfico

1.3.1 Tamaño y volumen poblacional

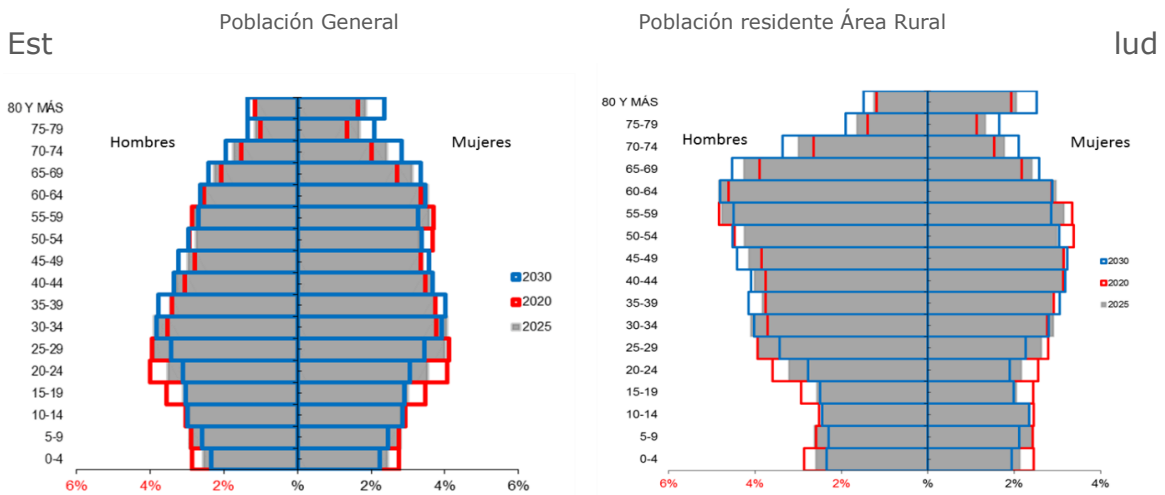
Según las proyecciones del DANE, Armenia tiene 310.817 habitantes en 2025, lo que representa más de la mitad de la población del Quindío. La ciudad es

predominantemente urbana, con el 97,5% de sus habitantes viviendo en la cabecera municipal. Las mujeres representan el 52,9% de la población.

1.3.2 Estructura poblacional

La pirámide poblacional del municipio evidencia un envejecimiento progresivo: disminuyen las cohortes de niñas, niños y jóvenes, mientras crece el grupo de adultos mayores, especialmente a partir de los 60 años. La zona rural muestra una estructura aún más envejecida, con una base demográfica estrecha y menor reposición generacional debido a la migración juvenil hacia la ciudad (ver Gráfico No. 1).

Gráfico 1 Pirámide Poblacional Armenia Quindío comparativo 2020,2025, 2030



pública y la oferta de servicios.

1.3.3 Población por curso de vida

El análisis por cursos de vida muestra una disminución sostenida en las cohortes más jóvenes: primera infancia, infancia, adolescencia y juventud presentan cifras inferiores a las esperadas según proyecciones previas. Al contrario, el curso de vida de adultez ha mantenido un crecimiento estable y la vejez ha aumentado un 29% entre 2015 y 2025.

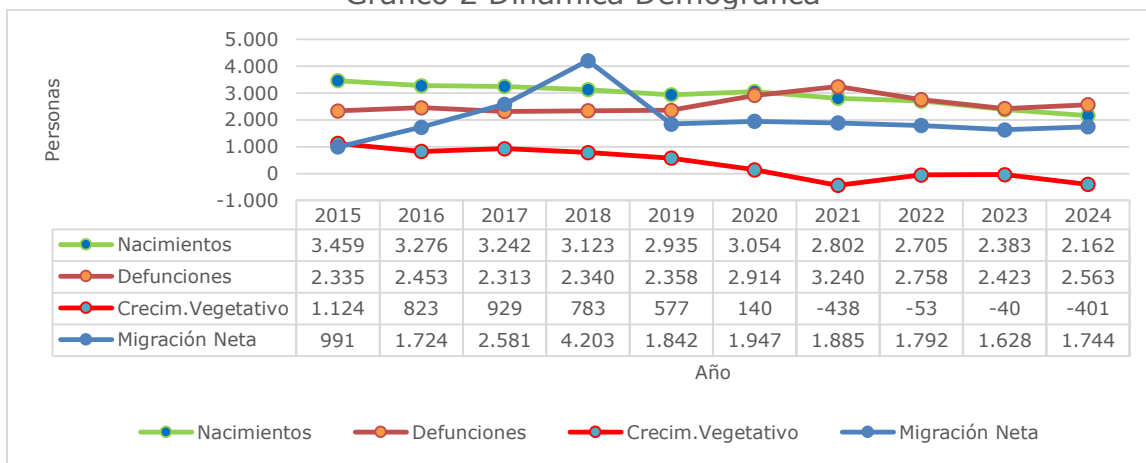
Para 2025, más de 66.000 personas mayores de 60 años residen en el municipio, convirtiendo esta etapa en una prioridad emergente.

1.3.4 Dinámica demográfica

Desde 2021, la ciudad presenta crecimiento vegetativo negativo: nacen menos personas de las que fallecen. La tasa de natalidad se redujo de 12,1 por mil habitantes en 2015 a 7 por mil en 2025. Esta situación, junto con el

envejecimiento poblacional, modifica la estructura social y proyecta una ciudad con menor población joven y mayor dependencia futura(ver Gráfico No. 2)

Gráfico 2 Dinámica Demográfica



1.3.5 Fecundidad

La fecundidad en mujeres de 15 a 19 años ha disminuido significativamente en la última década, pasando de más de 50 nacimientos por cada mil a 22.5 en 2024. Este logro se asocia a esfuerzos educativos, servicios de salud amigables y disponibilidad de métodos anticonceptivos

Sin embargo, la fecundidad en niñas de 10 a 14 años —aunque baja— persiste, y se relaciona principalmente con situaciones de violencia sexual, un problema grave que requiere intervenciones integrales e intersectoriales.

1.3.6 Grupos étnicos

Armenia es un municipio diverso. En él viven afrocolombianos, indígenas, raizales, palenqueros y gitanos, aunque su proporción dentro del total es pequeña. Estas poblaciones están presentes principalmente en la zona urbana, aunque algunas comunidades indígenas han establecido territorios culturales y espacios de pensamiento en El Caimo.

Los jóvenes participantes han expresado que la información disponible no siempre permite visibilizar inequidades étnicas o de género, lo que constituye un desafío para la planificación.

1.3.7 Víctimas del conflicto armado

Armenia es un municipio receptor de población víctima del conflicto armado. En la última década, este grupo ha aumentado cerca del 40%, motivado por desplazamientos desde regiones con presencia de grupos armados y violencia.

La estructura por edad muestra mayor presencia de personas jóvenes adultas, lo que incide en la demanda de servicios sociales, educativos y de salud.

1.3.8 Migración hacia el municipio

La ciudad alberga más de 15.000 personas migrantes provenientes de Venezuela, la mayoría con estatus regular a través del Permiso por Protección Temporal. Predominan jóvenes entre 18 y 29 años, muchos de los cuales se integran a actividades económicas informales o de baja estabilidad.

Los jóvenes en los talleres han señalado que esta migración también ha impactado los costos de algunos servicios y la demanda de bienes públicos

1.4. Análisis

1. Brechas de inequidad identificadas en el territorio

Las brechas de inequidad en Armenia se sostienen sobre una acumulación histórica de desigualdades territoriales, económicas, ambientales y demográficas que atraviesan la forma en que distintos grupos poblacionales acceden a bienes públicos, servicios y condiciones de vida saludables. La configuración física y urbana del municipio refuerza estas desigualdades: la ciudad se organiza en un centro histórico denso y consolidado, un sur y suroccidente con urbanización fragmentada y asentamientos en ladera, y un norte moderno con urbanizaciones cerradas, equipamientos privados y mejor infraestructura vial. Esta estructura reproduce un patrón de inequidad territorial estructural en el que el lugar de residencia condiciona fuertemente la exposición a riesgos, el acceso a servicios de salud, educación y movilidad, y la calidad del entorno cotidiano.

En el sur y suroccidente se concentran más de 100 asentamientos informales, muchos localizados en antiguas rondas hídricas, cañadas urbanizadas, laderas inestables y corredores de falla. Allí las personas habitan viviendas precarias, con acceso irregular a servicios públicos, alta exposición a deslizamientos y riesgo estructural. En estas zonas, la convivencia con las quebradas —frecuentemente contaminadas por vertimientos, basuras y escombros— produce un entorno de alta vulnerabilidad socioambiental. La localización de estos asentamientos en áreas de riesgo medio o alto por remoción en masa, inundaciones súbitas o fallas geológicas hace que las familias más pobres soporten una doble carga: precariedad habitacional y exposición desproporcionada a amenazas naturales, con impactos directos en traumatismos, emergencias recurrentes, inestabilidad residencial, salud mental y pérdida de medios de vida.

En contraste, el norte de la ciudad se caracteriza por conjuntos residenciales cerrados, edificaciones multifamiliares, mejor estado de la malla vial y acceso privilegiado a equipamientos privados, corredores verdes y parques de interés regional. Allí, la calle tradicional es sustituida por vías de tránsito y espacios internos de urbanizaciones, lo que genera condiciones de seguridad física y ambiental relativamente mejores, pero también formas de segregación y menor vida comunitaria en el espacio público. Esto consolida una brecha en el acceso y la calidad del espacio urbano: mientras algunos sectores cuentan con parques, arborización, andenes transitables y mejor iluminación, otros registran déficit de espacio público, ausencia de zonas recreativas, basuras a cielo abierto y mayor presencia de violencia urbana.

Las inequidades también se expresan en la relación con los recursos hídricos. Armenia se organiza alrededor de dos grandes cuencas (río Espejo y río Quindío) y 30 microcuencas que, en teoría, deberían conformar una estructura ecológica protectora. Sin embargo, la ocupación de laderas, la urbanización sobre guaduales y la descarga de residuos han deteriorado significativamente este sistema. Las comunidades asentadas sobre o cerca de quebradas soportan contaminación del agua, riesgo de taponamientos por residuos sólidos, deslizamientos asociados a taludes inestables y mayor exposición a vectores. Esta realidad configura una brecha ambiental clara entre sectores con corredores verdes consolidados y áreas donde el entorno hídrico se ha convertido en fuente de riesgo y enfermedad.

En el plano de la movilidad, se profundiza otra inequidad. La red vial municipal, de carácter radial, conecta el centro con veredas y municipios vecinos, pero presenta tramos en regular y mal estado, especialmente en sectores periféricos. Los datos de percepción ciudadana muestran una caída sostenida en el uso del transporte público colectivo (Bus/Buseta), que pasa de ser dominante en 2016 a marginal en 2024, en paralelo con el auge de la moto como medio de transporte principal. La insatisfacción con la calidad del transporte público, los tiempos de viaje crecientes y el mal estado de las vías se sienten con mayor intensidad en las comunas alejadas y en barrios con menor inversión pública. Esto deriva en una brecha de accesibilidad física a servicios básicos, donde quienes viven en zonas periféricas destinan más tiempo, asumen más riesgos viales y enfrentan mayores costos para acceder a salud, educación, empleo y trámites institucionales.

Las brechas demográficas añaden otra capa de inequidad. El territorio experimenta una transición demográfica avanzada, con envejecimiento acelerado, descenso de la natalidad y crecimiento vegetativo negativo desde 2021. En la zona rural, esta transición es más aguda: pirámides más envejecidas, índices de vejez y envejecimiento superiores a los urbanos y

dependencia demográfica de mayores en aumento. Los territorios rurales como El Caimo concentran población mayor, con menos redes de cuidado, menor accesibilidad a servicios y mayor exposición a riesgos ambientales, lo que genera inequidades en las condiciones de envejecimiento y cuidado respecto a la cabecera urbana.

La presencia creciente de población víctima del conflicto armado y de migrantes provenientes de Venezuela también configura brechas específicas. Estas poblaciones se concentran en sectores vulnerables, a menudo en barrios con déficits de equipamiento y servicios, soportan cargas de trauma psicosocial y enfrentan barreras administrativas para acceder plenamente a salud, empleo y vivienda. Aunque su peso demográfico impulsa parte del crecimiento poblacional reciente, su inclusión plena en la planificación sigue siendo limitada, lo que genera una brecha de integración social y de reconocimiento institucional.

Finalmente, el contexto político-administrativo, marcado por cambios de gobierno, fragmentación del Concejo y planes de desarrollo con énfasis variables, ha generado avances parciales pero también discontinuidad en la atención de las desigualdades territoriales. La capacidad del gobierno local para intervenir de manera sostenida los asentamientos informales, los riesgos ambientales, la movilidad y el envejecimiento poblacional ha sido limitada, dejando brechas persistentes entre lo formulado en los planes y lo implementado en el territorio. Esta brecha de gobernanza se traduce en respuestas insuficientes a las inequidades ya descritas.

2. Características de producción, bienes, servicios y aspectos socioambientales que explican las brechas en salud

Las brechas en salud de la población de Armenia están directamente relacionadas con la forma en que el territorio organiza su base productiva, distribuye infraestructura y servicios y gestiona —o no— sus condiciones socioambientales. La estructura económica local se apoya principalmente en el comercio, los servicios y actividades de bajo valor agregado, con una débil base industrial y altos niveles de informalidad. Esto se refleja en empleos inestables, ingresos insuficientes y escasa protección social, especialmente para hogares que dependen del “rebusque” diario. En estas condiciones, los determinantes económicos de la salud se traducen en dificultades para sostener una alimentación adecuada, cubrir costos de transporte, adquirir medicamentos o mantener la continuidad en tratamientos y controles preventivos.

En el suelo rural, que representa alrededor de 8.388 hectáreas, predominan las áreas de producción agropecuaria (70,8%), seguidas por zonas de

protección ambiental y desarrollo restringido. Aunque este tejido rural mantiene funciones productivas y ambientales clave, su envejecimiento demográfico y la presión de la urbanización sobre bordes y microcuencas limitan su aporte como soporte sostenible de la seguridad alimentaria y del bienestar. Los pequeños productores enfrentan condiciones estructurales de vulnerabilidad (acceso desigual a crédito, tecnología y mercados) que impactan su salud y su capacidad para sostener estilos de vida saludables.

La distribución de los bienes públicos urbanos refuerza las inequidades en salud. Parques de escala regional, reservas forestales y equipamientos recreativos se concentran en corredores como el del río Quindío, la quebrada Cristales y el denominado Corredor Verde, así como en sectores de mejor consolidación urbana. En contraste, muchos barrios del sur y suroccidente cuentan con pocas zonas verdes, espacio público fragmentado y escasa infraestructura para el deporte, el juego y la actividad física cotidiana. Este patrón territorial condiciona la posibilidad real de realizar ejercicio, apropiarse de espacios comunitarios seguros y disminuir el estrés, con efectos visibles en salud cardiovascular, salud mental y convivencia.

La oferta de servicios de transporte y la estructura de movilidad son determinantes críticos. La red vial, convive con tramos en mal o regular estado y con una percepción ciudadana mayoritariamente crítica sobre el tiempo de viaje, el estado de las vías, la seguridad vial y el cumplimiento de normas de tránsito. Entre 2016 y 2024 se observa un cambio marcado en los medios de transporte utilizados: reducción drástica del uso de Bus/Buseta, aumento del TINTO y consolidación de la moto como medio principal. Paralelamente, los niveles de satisfacción con el transporte público colectivo son bajos, mientras que la satisfacción con vehículo particular y moto es alta. Esta combinación incentiva soluciones individuales de movilidad que aumentan la accidentalidad, las lesiones por siniestros viales y la contaminación, y penaliza a quienes dependen del transporte público para acceder a servicios de salud, educación y empleo.

Los aspectos socioambientales anclados en el sistema hídrico y la morfología del territorio son centrales para entender las brechas en salud. Armenia se asienta sobre un entramado de ríos y quebradas asociados a 30 microcuencas que, en muchos casos, han sido ocupadas por urbanizaciones en ladera, asentamientos informales y obras que alteran la estabilidad del terreno. La contaminación por aguas residuales, basuras y escombros, sumada al uso inadecuado de los quiebres de pendiente, genera riesgos de deslizamientos, taponamientos, inundaciones súbitas y deterioro de la calidad del agua. Las familias que viven en contacto directo con estos cuerpos de agua se exponen a enfermedades gastrointestinales, problemas dermatológicos, afecciones

respiratorias y eventos traumáticos asociados a emergencias por deslizamientos e inundaciones.

Las amenazas hidrometeorológicas y geológicas —crecientes súbitas, deslizamientos de tierra, incendios de cobertura vegetal, actividad volcánica y sismicidad asociada a fallas como la de Armenia, Montenegro y aeropuerto— se traducen en determinantes indirectos de la salud. Las alertas emitidas en los últimos años muestran que estos eventos no son hipotéticos, sino recurrentes, y afectan de manera desproporcionada a quienes habitan en zonas de ladera, antiguas trazas ferroviarias invadidas o guadales ocupados. Más allá de las pérdidas materiales, estos eventos deterioran la estabilidad emocional, incrementan la ansiedad, generan duelos y pueden dejar secuelas físicas permanentes, reforzando trayectorias de vulnerabilidad.

Los servicios públicos domiciliarios, especialmente agua, saneamiento y manejo de residuos, condicionan también los patrones de salud. El incremento de basuras y escombros en sectores cercanos a quebradas y cañadas, la disposición inadecuada de residuos y la insuficiencia de procesos de limpieza y mantenimiento en algunos barrios tienen efectos directos en la proliferación de vectores, en la calidad del aire local y en la percepción de abandono institucional. En aquellos territorios donde estos servicios son más precarios, se observa un entorno más hostil para la salud, con mayor probabilidad de infecciones, problemas respiratorios y afectaciones a la salud mental.

Adicionalmente, la llegada de población migrante y de víctimas del conflicto armado aumenta la demanda sobre servicios de salud, educación, agua, saneamiento y atención social, especialmente en barrios vulnerables. Cuando esta ampliación de la demanda no se acompaña de inversión y ajuste de la oferta, se generan cuellos de botella, tiempos de espera prolongados y competencia por recursos escasos, que se traducen en brechas de acceso efectivo entre distintos grupos poblacionales.

En síntesis, la forma en que se producen y distribuyen bienes y servicios, sumada a la manera en que se ocupan y gestionan los espacios socioambientales del municipio, contribuye a un patrón de brechas en salud donde la carga de enfermedad, la exposición a riesgos y la capacidad de respuesta se distribuyen de manera profundamente desigual.

3. Acerca de la población joven

Las juventudes en Armenia viven las brechas del territorio de manera específica e intensificada, tanto por su posición en el ciclo de vida como por las características del contexto urbano y socioeconómico. Aunque el municipio atraviesa una fase de envejecimiento demográfico avanzado, los datos por cursos de vida muestran que la adolescencia y la juventud han empezado a

disminuir en términos absolutos y relativos, mientras se incrementa de forma sostenida el grupo de personas mayores. Este proceso se combina con migraciones internas y externas que afectan sobre todo a la población joven, produciendo un escenario donde muchos jóvenes permanecen en barrios con condiciones territoriales y socioambientales desfavorables.

En la ciudad, los jóvenes están sobrerrepresentados en las comunas del sur y suroccidente, donde se concentran asentamientos informales, urbanización en ladera, déficit de espacio público y mayor exposición a violencia urbana. Viven próximos a quebradas contaminadas, guaduales intervenidos y zonas catalogadas como de riesgo por remoción en masa o inundaciones. En estos territorios, la precariedad habitacional, la insuficiencia de equipamientos recreativos y la presencia de microtráfico, consumo problemático de sustancias y estigmatización social se entrelazan con el deterioro ambiental, generando un entorno que afecta la salud física, mental y social de los jóvenes.

En el plano económico, la inserción laboral juvenil se da con frecuencia en la economía informal, el comercio precario, el trabajo por cuenta propia y actividades de bajo valor agregado. Esto los ubica en posiciones de alta vulnerabilidad laboral: ingresos inestables, ausencia de seguridad social, exposición a riesgos físicos (trabajo en la calle, mensajería en moto) y falta de garantías para sostener trayectorias educativas y laborales estables. La combinación de desempleo juvenil superior al promedio, informalidad y dependencia económica del hogar aumenta el riesgo de inseguridad alimentaria, estrés crónico, problemas de salud mental y baja adherencia a tratamientos o controles de salud.

La movilidad constituye uno de los diferenciales más claros. La moto es un medio de transporte central para la población joven, tanto como herramienta de trabajo como medio de desplazamiento cotidiano. En un contexto de vías sobrecargadas, estado desigual de la infraestructura vial y cumplimiento irregular de normas de tránsito, este patrón se traduce en una alta exposición a siniestros viales, traumatismos, discapacidad y mortalidad prematura. La deficiencia percibida del transporte público colectivo afecta especialmente a jóvenes estudiantes y trabajadores de barrios periféricos, que enfrentan viajes más largos y costosos para acceder a instituciones educativas, servicios de salud, espacios culturales y actividades deportivas. Para quienes habitan en zonas con andenes deteriorados o inexistentes, y ciclorrutas fragmentadas, caminar o usar bicicleta se vuelve una práctica riesgosa, lo que limita alternativas saludables de movilidad activa.

Desde la perspectiva socioambiental, los jóvenes que viven en asentamientos informales o en sectores colindantes con microcuencas intervenidas

experimentan entornos con altas cargas de basuras, escombros, ruido y contaminación visual. La degradación del paisaje y del ambiente urbano impacta su bienestar subjetivo, genera sensación de abandono y reduce la disponibilidad de lugares seguros para el encuentro, el juego y la construcción de tejido social. Estas condiciones se asocian con mayores niveles de estrés, síntomas de ansiedad y depresión, conflictos interpersonales y mayor probabilidad de vincularse a dinámicas de violencia o economías ilegales.

En materia de salud sexual y reproductiva, la reducción sostenida de la fecundidad en mujeres de 15 a 19 años es un avance significativo, que refleja logros de políticas y programas como el PIC. Sin embargo, la persistencia de embarazos en niñas de 10 a 14 años, aunque en tasas bajas, señala inequidades profundas vinculadas a violencia sexual, negligencia y fallas en la protección integral de la niñez y la adolescencia. Este problema se entrelaza con condiciones territoriales y familiares de alta vulnerabilidad, afectando el proyecto de vida de las adolescentes y perpetuando ciclos de pobreza y desprotección.

Las juventudes víctimas del conflicto armado y las juventudes migrantes enfrentan condiciones aún más complejas. Entre la población víctima, las cohortes de 25 a 34 años muestran un peso importante, reflejando trayectorias vitales marcadas por la violencia, el desplazamiento y la pérdida de redes. Entre la población migrante venezolana, el grupo de 18 a 29 años es el de mayor participación, en muchos casos con estatus migratorio precario o en proceso de regularización. Estos jóvenes suelen residir en barrios vulnerables, con empleo informal o subempleo, y enfrentan barreras adicionales para su integración social, política y económica, lo que repercute en su acceso efectivo y oportuno a servicios de salud.

Finalmente, el contexto de gobernanza local y la forma en que se toman decisiones sobre el territorio también genera diferenciales para las juventudes. La fragmentación del sistema político, la variabilidad en las agendas de gobierno entre periodos, y las dificultades históricas para consolidar mecanismos de participación juvenil robustos —como los relacionados con el CMJ y la PMJ— limitan la incidencia de los jóvenes en la definición de políticas de movilidad, espacio público, empleo, ambiente y seguridad. Aunque los planes de desarrollo más recientes reconocen a la juventud como población estratégica, la traducción de este reconocimiento en intervenciones concretas sobre los determinantes sociales de la salud juvenil sigue siendo insuficiente. Así, las juventudes armenitas viven en un contexto donde su salud y bienestar dependen no solo de sus decisiones individuales, sino de una trama compleja de desigualdades territoriales, socioeconómicas y ambientales que las afecta

de manera diferenciada según su barrio, su condición migratoria, su origen étnico y su posición en el mercado de trabajo.

CAPITULO 2. Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los DSS y los enfoques diferenciales y territoriales

Armenia constituye un territorio urbano densamente poblado, con una estructura económica y social marcada por desigualdades territoriales, envejecimiento demográfico, urbanización acelerada, pobreza persistente y vulnerabilidad socioambiental. La interacción de estas condiciones produce diferencias sustantivas entre comunas, grupos poblacionales y zonas funcionales de la ciudad, expresándose en brechas de acceso a oportunidades, bienestar y servicios esenciales. El análisis del territorio permite comprender cómo se distribuyen los recursos, quién accede a ellos, quién queda excluido y cuáles son las capacidades del entorno para sostener trayectorias de vida saludables.

Este capítulo se estructura en torno a dos grandes grupos de determinantes: los estructurales y los intermedios. Los primeros corresponden a los factores que definen la posición social de individuos y grupos: el modelo de desarrollo, las políticas públicas, las condiciones económicas, la estratificación social, la distribución del ingreso, la estructura del mercado laboral, el sistema educativo, y los procesos culturales que influyen en comportamientos y oportunidades. Estos determinantes constituyen la base de las inequidades observadas en salud, pues establecen las condiciones iniciales desde las cuales la población accede a bienes materiales, participación social, empleo y protección social.

Los determinantes intermedios, por su parte, representan las condiciones cotidianas de vida: vivienda, servicios públicos, espacio público, movilidad, alimentación, seguridad, medio ambiente, redes sociales y comunitarias, disponibilidad de servicios de salud, trabajo informal y exposición a riesgos. Estos determinantes expresan cómo las configuraciones estructurales se materializan en desigualdades concretas que afectan la salud física, mental, ambiental y social de las personas.

2.1 Condiciones de vida (acceso a bienes y servicios; condiciones de vivienda y saneamiento básico; de trabajo)

2.1.1 Determinantes Estructurales

2.1.1.1 Modelo de desarrollo y configuración socioeconómica del territorio

El modelo de desarrollo de Armenia se ha configurado históricamente a partir de una economía basada en el café, el comercio y servicios, con una creciente urbanización que ha transformado la estructura productiva y la distribución de la población. La transición desde un territorio rural con actividades agrícolas predominantes hacia una ciudad densamente urbanizada y orientada al sector terciario ha generado desequilibrios profundos entre áreas urbanas y rurales, así como entre sectores sociales con distintos niveles de acceso a recursos y oportunidades. La economía local depende en gran medida de actividades comerciales formales e informales, servicios personales, transporte, turismo, actividades administrativas y servicios de salud y educación. Esta estructura relativamente frágil, con baja participación industrial, limita la generación de empleo estable y la diversificación productiva, lo que repercute directamente en la estabilidad económica de los hogares.

El territorio presenta un patrón desigual de beneficios derivados del crecimiento urbano. Mientras sectores como el norte concentran oportunidades comerciales, educativas y laborales, otras zonas con menor desarrollo urbanístico presentan limitaciones en infraestructura, conectividad, servicios públicos y acceso a empleo formal, lo que favorece la reproducción de inequidades sociales. El modelo de desarrollo no ha logrado equilibrar las condiciones de vida entre las comunas, y persisten diferencias notorias en ingresos, disponibilidad de equipamientos colectivos, espacio público, acceso a servicios esenciales y posibilidades de movilidad social(26–34).

2.1.1.2. Políticas públicas y marcos institucionales

Las políticas públicas que han orientado el desarrollo de Armenia en las últimas décadas han buscado fortalecer la infraestructura urbana, mejorar la cobertura de servicios públicos, ampliar la oferta educativa, promover la competitividad y avanzar en la protección social. Sin embargo, la capacidad institucional se ha visto afectada por fluctuaciones administrativas, cambios frecuentes en las prioridades gubernamentales y limitaciones presupuestales que han dificultado la ejecución continua de los programas.

El marco institucional para la protección social, la educación, la seguridad alimentaria y la gestión ambiental se encuentra distribuido entre distintas entidades del nivel municipal y departamental, lo que exige una coordinación

permanente que no siempre se logra. La falta de articulación intersectorial afecta la capacidad de respuesta frente a problemáticas estructurales, especialmente en barrios periféricos y asentamientos informales donde la presencia institucional es más limitada. Las políticas públicas no han logrado reducir los desequilibrios territoriales, y los esfuerzos de planificación urbana han tenido impactos diferenciados según la zona geográfica(43-48).

Los planes de desarrollo recientes han incluido componentes de sostenibilidad ambiental, apoyo a la educación, dinamización del empleo y fortalecimiento institucional, pero su implementación ha enfrentado dificultades relacionadas con capacidad técnica, gobernanza, continuidad política y recursos disponibles(41,49-53). La población percibe avances en algunos programas específicos, pero mantiene preocupaciones sobre la eficiencia institucional para atender problemáticas estructurales, lo que influye en la confianza ciudadana y en la participación comunitaria (26-34).

2.1.1.3. Cultura, dinámicas comunitarias y prácticas sociales

Las prácticas culturales, comunitarias y sociales influyen en la manera en que las personas perciben el bienestar, construyen redes de apoyo y se relacionan con el territorio. En Armenia persisten tradiciones ligadas al trabajo cafetero, a la vida comunitaria y a la identidad regional, pero la urbanización acelerada ha transformado las dinámicas sociales, especialmente en zonas densamente pobladas del sur y en barrios periféricos donde la movilidad, la inseguridad y el deterioro del espacio público limitan las interacciones comunitarias.

La cultura de participación presenta desafíos, especialmente en jóvenes, mujeres y población migrante, quienes enfrentan barreras para integrarse plenamente en procesos comunitarios, acceder a espacios de deliberación y participar en decisiones colectivas. La percepción de inseguridad y la fragmentación territorial también influyen en las prácticas sociales y reducen la frecuencia de actividades comunitarias en ciertos sectores (26-34).

Las expresiones culturales son un recurso territorial importante, pero su distribución es desigual. Mientras algunas zonas cuentan con infraestructura cultural y deportiva, otras presentan déficits que limitan la disponibilidad de espacios de encuentro, recreación y cohesión social.

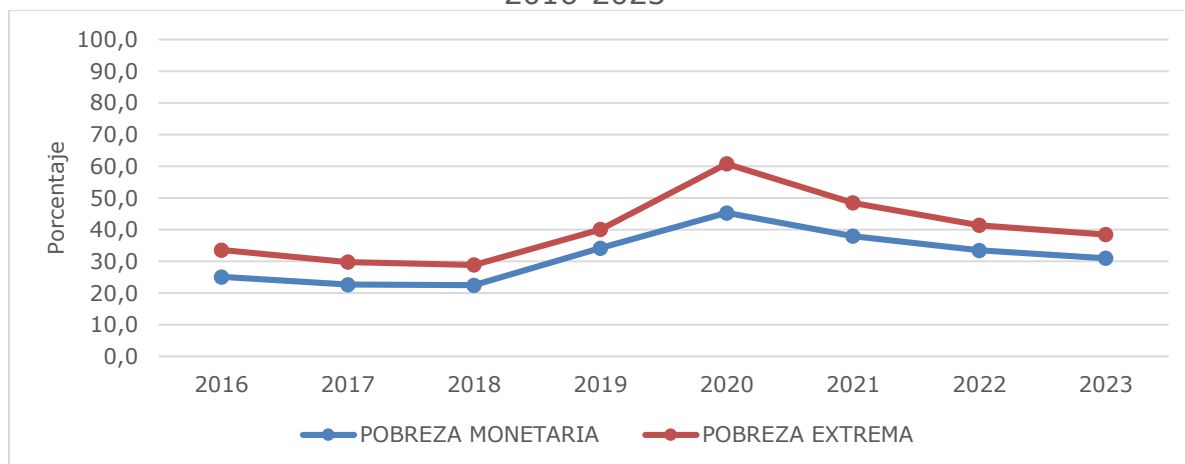
2.1.1.4 Condiciones económicas y estructura del ingreso

La economía de Armenia presenta características que inciden directamente en la calidad de vida y en la salud de su población. La estructura productiva, altamente dependiente del comercio y los servicios, genera ciclos de crecimiento moderado y períodos de vulnerabilidad asociados a fluctuaciones

del turismo, el consumo interno y la informalidad laboral. La distribución del ingreso presenta desigualdades significativas entre sectores de la ciudad, con mayor capacidad adquisitiva concentrada en las comunas del norte y niveles más bajos de ingreso en barrios del sur, zonas periféricas y asentamientos informales.

El análisis del ingreso de los hogares muestra que una proporción considerable de la población se ubica en rangos bajos de ingresos mensuales, lo que limita la posibilidad de acceder a bienes de calidad, asegurar vivienda digna y sostener gastos relacionados con educación, salud preventiva o alimentación adecuada (26–34). La vulnerabilidad económica se traduce en exposición a condiciones laborales inestables, dependencia del trabajo informal, mayor riesgo de inseguridad alimentaria y barreras para lograr movilidad social.

Gráfico 3 Porcentaje de pobreza monetaria y pobreza extrema. Armenia 2016-2023



Fuente. Construido a partir de reportes de Encuesta de Percepción Ciudadana, Armenia como Vamos 2012-2023.

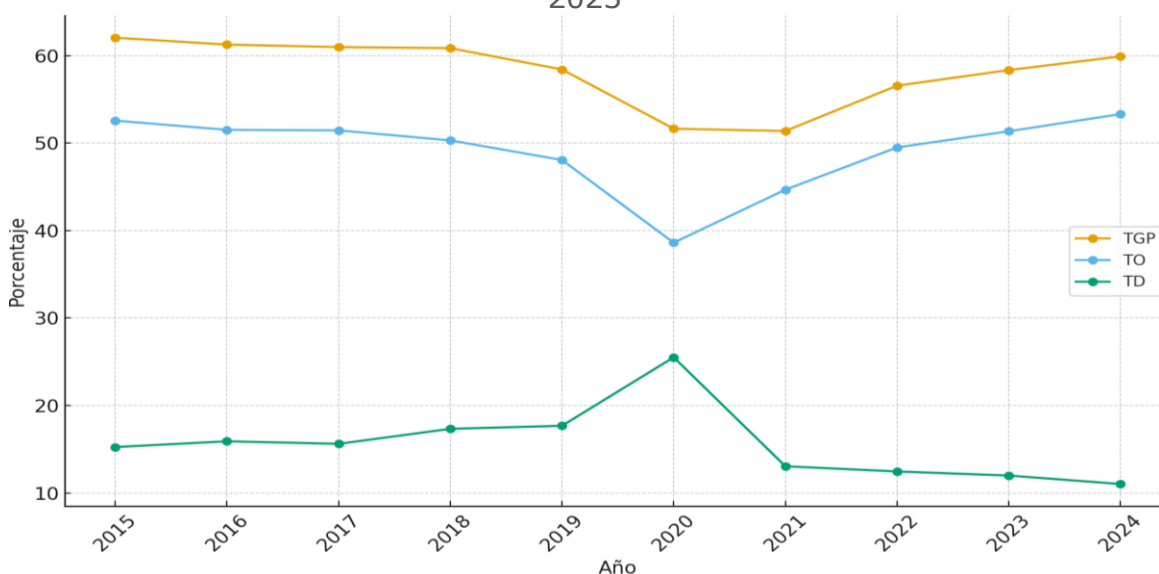
La presencia de población migrante y de hogares víctimas del conflicto armado añade complejidad a la situación económica del territorio, pues estos grupos enfrentan dificultades adicionales para insertarse en el empleo formal y acceder a ingresos estables. En conjunto, las condiciones económicas de la ciudad muestran un escenario de desigualdad territorial que determina oportunidades diferenciadas de bienestar.

Mercado laboral y dinámica del empleo

El mercado laboral del municipio presenta características de vulnerabilidad estructural. El empleo formal es insuficiente para absorber la población en edad de trabajar, especialmente jóvenes, mujeres y migrantes. La informalidad constituye uno de los rasgos más persistentes del mercado

laboral, y afecta no solo los ingresos sino la estabilidad económica y la protección social de una parte significativa de la población(54). Gran parte del trabajo generado se orienta a actividades por cuenta propia, ventas ambulantes, servicios personales, transporte informal y ocupaciones de baja productividad (ver Gráfico No. 4)

Gráfico 4 Mercado laboral. TGP, TO y TD (Promedio anual) Armenia 2015-2023



Tasa Global de Participación (TGP). Tasa de Ocupación (TO). Tasa de Desocupación (TD)
Fuente: Construido a partir de DANE. Mercado Laboral 2007-2025

Las tasas de desempleo juvenil son superiores a las del resto de la población, y la inserción laboral de jóvenes se ve limitada por barreras educativas, falta de experiencia, desalineación entre la oferta educativa y las necesidades productivas, y ausencia de oportunidades en sectores de alto valor agregado. La escasa participación industrial y la baja diversificación económica reducen las alternativas laborales disponibles, lo que genera ciclos de desempleo recurrente, empleos temporales y mayor exposición a actividades informales para sostener ingresos.

La calidad del empleo se ve afectada por la inestabilidad contractual, bajos salarios, ausencia de prestaciones sociales y poca posibilidad de ascenso. Estas condiciones repercuten directamente en la salud, tanto por las limitaciones para acceder a servicios como por el estrés asociado a la incertidumbre económica, la sobrecarga laboral o la percepción de falta de oportunidades.

Educación y capital humano

El sistema educativo de Armenia presenta avances en cobertura básica y media, pero mantiene desafíos importantes en calidad educativa, continuidad

escolar, brechas urbano-rurales y acceso equitativo a oportunidades de educación superior(55). La deserción escolar en ciertos sectores se relaciona con factores económicos, barreras de movilidad, responsabilidades familiares, falta de apoyo académico o dificultades de acceso a instituciones educativas cercanas.

Tabla 1 Cobertura bruta educación. Armenia 2011-2022

Indicadores	QUINDIO	ARMENIA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	7,5	5,9								5,9				
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	105,0	103,9	101,0	97,5	97,8	93,2	88,9	87,2	84,4	108,0	106,2	104,9	102,1	103,9
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	111,8	108,6	119,0	118,8	115,9	114,2	107,7	104,4	101,3	120,4	118,6	117,8	113,4	108,6
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	95,9	94,1	97,9	92,3	95,2	93,0	96,1	101,5	93,3	94,4	92,0	95,3	95,0	94,1

Fuente: Ministerio de Educación Nacional. Datos Abiertos MEN. Estadísticas sectoriales de educación preescolar, básica y media.

La educación superior muestra desigualdades asociadas al ingreso, el nivel educativo del hogar y las oportunidades territoriales. La oferta local de educación técnica, tecnológica y universitaria es diversa, pero las barreras económicas y la necesidad de insertarse tempranamente en el mercado laboral limitan el acceso de jóvenes provenientes de hogares de bajos ingresos. Estas desigualdades educativas influyen directamente en la capacidad futura de acceder a empleos formales, mejorar ingresos y desarrollar trayectorias laborales estables.

La educación rural enfrenta retos particulares debido al despoblamiento, la dispersión territorial, la disminución de matrícula y la disponibilidad limitada de docentes especializados. La brecha educativa rural-urbana afecta la equidad social y la posibilidad de que jóvenes rurales accedan a oportunidades de desarrollo.

2.1.5 Migración, movilidad humana y composición social

Armenia ha recibido un número creciente de población migrante, víctima del conflicto armado y desplazada de otros territorios. La población migrante

internacional, especialmente proveniente de Venezuela, ha modificado la dinámica social del municipio y ha aumentado la demanda de servicios educativos, de salud y sociales. Aunque la regularización documental ha avanzado, persisten barreras asociadas al acceso al empleo, la vivienda digna y la participación en redes comunitarias.

La movilidad humana interna también ha transformado la composición del territorio. La llegada de población desde municipios cercanos y departamentos vecinos responde a la búsqueda de servicios, educación, salud y oportunidades económicas. Este proceso ha generado mayor presión sobre el sistema institucional y ha acentuado las diferencias territoriales, especialmente en zonas de mayor densidad y vulnerabilidad.

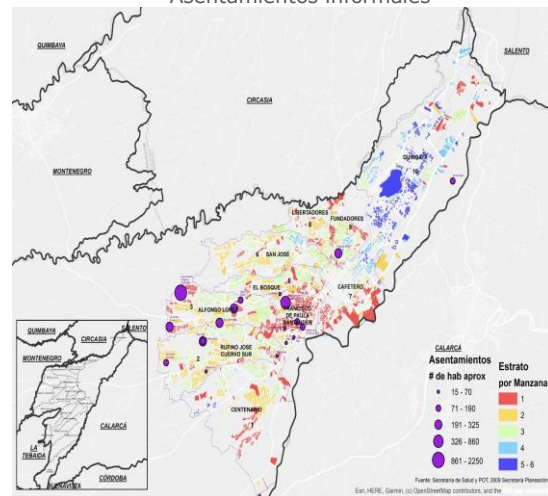
2.1.2 Determinantes Intermedios

2.1.2.1 Circunstancias materiales

Condiciones de vivienda y entorno habitacional

Las condiciones de vivienda en Armenia presentan diferencias considerables entre zonas urbanas y rurales, así como entre comunas con niveles socioeconómicos distintos. En la ciudad persisten viviendas con déficits en materiales, servicios básicos y estabilidad estructural, especialmente en sectores periféricos y áreas de asentamientos informales (56). La ubicación de viviendas en laderas, terrazas inestables o áreas de riesgo no mitigable continúa siendo una de las problemáticas más relevantes, ya que combina vulnerabilidad física con condiciones socioeconómicas limitadas. Muchas familias habitan viviendas con problemas de filtraciones, humedad, hacinamiento y deficiencias en ventilación, lo cual incrementa la exposición a enfermedades respiratorias, al deterioro del bienestar mental y a dificultades para el estudio y el descanso, especialmente en hogares con niños, adolescentes y adultos mayores (ver mapa No.4).

Mapa 4 Estratificación por manzana, POT 2009 y Asentamientos informales



En sectores del sur y occidente, los procesos de urbanización se dieron con menor planificación, lo que ha generado barrios con infraestructura incompleta y una provisión insuficiente de espacio público y servicios complementarios. Estos entornos condicionan la vida cotidiana al reducir las oportunidades de recreación, actividad física y movilidad segura, especialmente para poblaciones vulnerables. El deterioro del entorno habitacional y la inestabilidad del suelo en algunos barrios han exigido acciones de mitigación, pero los recursos disponibles resultan insuficientes en relación con la magnitud de la problemática.

La ruralidad también muestra limitaciones estructurales en vivienda, relacionadas con su dispersión geográfica, estructuras antiguas y dificultades para el acceso a servicios esenciales. El envejecimiento de la población rural y el abandono de viviendas por migración hacia áreas urbanas profundizan el deterioro habitacional. Estas desigualdades habitacionales influyen en las brechas de salud al influir en confort térmico, exposición a enfermedades y posibilidades de bienestar.

Servicios públicos domiciliarios

Los servicios públicos domiciliarios presentan una cobertura relativamente amplia en la zona urbana, pero con diferencias en continuidad y calidad según la ubicación. El acceso a agua potable es alto, aunque ciertos sectores presentan intermitencias o afectaciones asociadas a daños en redes, obras urbanas o alta demanda durante períodos secos.(57) El alcantarillado cuenta con amplia cobertura, pero en zonas con pendientes pronunciadas se presentan dificultades con el manejo de aguas lluvias y desbordamientos en temporadas de lluvia intensa(56).

El servicio de energía es continuo en la mayor parte del territorio, aunque los asentamientos informales enfrentan conexiones no reguladas que implican riesgos eléctricos y dificultades para el mantenimiento. El servicio de gas domiciliario ha crecido en cobertura, pero no llega a todos los sectores rurales ni a los asentamientos donde las condiciones para instalación son limitadas. Estas diferencias en acceso y calidad inciden en la exposición a riesgos

domésticos, problemas respiratorios asociados al uso de combustibles sólidos y dificultades en la preparación de alimentos(26–34).

El manejo de residuos sólidos es un desafío persistente. Aunque la recolección es regular en la mayoría de los barrios, en zonas periféricas se observa acumulación de residuos debido a la falta de puntos de disposición, irregularidad en rutas o presencia de microbasureros. Esto afecta la salud ambiental y la convivencia comunitaria, además de incrementar riesgos sanitarios(56).

Movilidad y transporte

La movilidad urbana constituye un determinante intermedio clave para comprender las condiciones de vida en el municipio. El transporte público ha perdido participación sostenidamente, mientras que la motocicleta se ha convertido en el medio predominante por su accesibilidad, rapidez y bajo costo comparativo. Esto ha generado una ciudad con un sistema vial altamente influenciado por el transporte individual, lo que provoca congestión, accidentalidad, contaminación y riesgos para la seguridad vial.

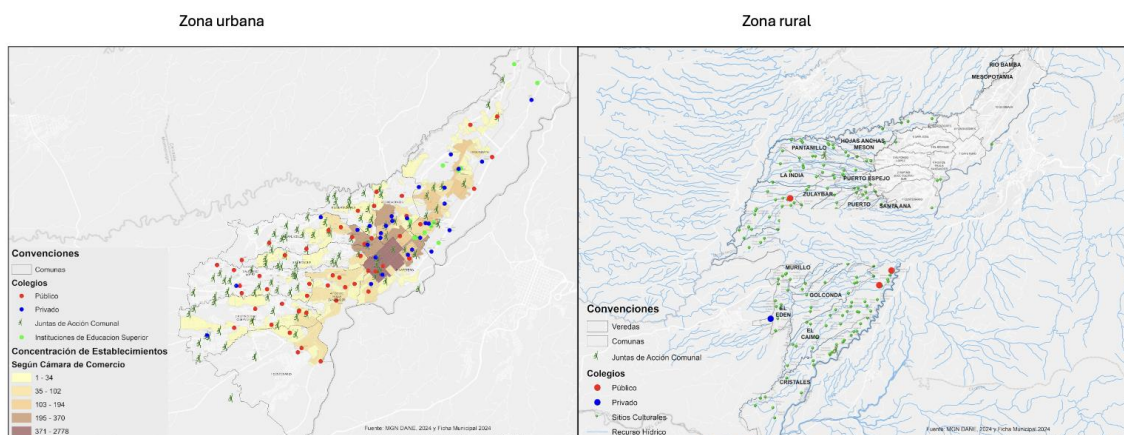
Los tiempos de desplazamiento varían de manera significativa entre zonas del norte y barrios del sur y suroccidente. En estos últimos, las distancias, los costos de transporte, la congestión y las limitaciones del sistema de buses dificultan el acceso regular al trabajo, la educación, los servicios de salud y actividades recreativas. La movilidad peatonal enfrenta desafíos asociados al deterioro de andenes, cruces poco seguros, falta de señalización y percepción de inseguridad, factores que afectan a niños, adultos mayores y población con discapacidad(26–34).

La situación rural es aún más compleja debido a la dependencia de transporte informal, baja frecuencia de buses y altos costos para desplazarse hacia la zona urbana. Esto genera barreras en el acceso a servicios esenciales y limita la integración de la ruralidad con la vida productiva y social de la ciudad.

Espacio público, recreación y entorno barrial

El espacio público en Armenia presenta distribución desigual entre comunas. Las zonas del norte concentran parques, senderos, espacios de recreación y zonas verdes mejor mantenidas, mientras que las comunas del sur y periferias cuentan con menos espacios de calidad, menor arborización y limitadas opciones para actividades deportivas o lúdicas. La falta de espacio público adecuado afecta la actividad física, las interacciones comunitarias, el tiempo libre de los niños y la salud mental en general(26–32) (ver mapa No. 5).

Mapa 5 Equipamientos zona urbana y rural. Municipio Armenia



El deterioro del espacio público en algunos barrios, evidenciado en la presencia de basureros, falta de iluminación, infraestructura dañada y ausencia de mantenimiento, influye en la percepción de inseguridad y limita el uso cotidiano de estos espacios. Esta situación afecta especialmente a mujeres, jóvenes y adultos mayores, quienes suelen restringir su movilidad o evitar ciertas zonas en horas nocturnas.

En el entorno barrial, la presencia de establecimientos comerciales, zonas de convivencia, instituciones educativas y centros comunitarios varía ampliamente entre sectores. En algunos barrios, la proximidad de equipamientos favorece la creación de redes y actividades comunitarias, mientras que en otros la ausencia de estos espacios limita la cohesión social y el acceso a actividades recreativas.

Seguridad ciudadana y convivencia

La seguridad ciudadana es una preocupación constante para los habitantes de Armenia. La percepción de inseguridad varía según la comuna, siendo más alta en sectores periféricos donde se reportan hurtos, riñas, consumo problemático de sustancias psicoactivas y presencia de actores que generan temor en la comunidad(26–34). La sensación de inseguridad limita la movilidad, reduce el uso del espacio público y afecta la salud mental.

La convivencia se ve afectada por tensiones derivadas de densidad poblacional, conflictos vecinales, ruido, disposición inadecuada de residuos y presencia de habitantes de calle. En algunas zonas se observan dinámicas positivas de cooperación comunitaria y participación en actividades colectivas, mientras que en otras predomina un ambiente de desconfianza y fragmentación social. La seguridad rural presenta desafíos relacionados con rutas poco transitadas, baja presencia institucional y distancia a servicios de emergencia. Esta

situación incrementa la vulnerabilidad de personas mayores y familias dispersas en veredas alejadas.

2.1.2.2 Seguridad alimentaria

La seguridad alimentaria presenta variaciones territoriales asociadas al ingreso, el empleo y la disponibilidad de alimentos de calidad.(26–29,31,32) En sectores con mayores niveles de pobreza, especialmente en barrios del sur y en asentamientos informales, los hogares enfrentan dificultades para adquirir alimentos nutritivos de manera regular, lo que afecta la calidad de la dieta y eleva el riesgo de malnutrición en niños y adolescentes, así como problemas de salud asociados en adultos.

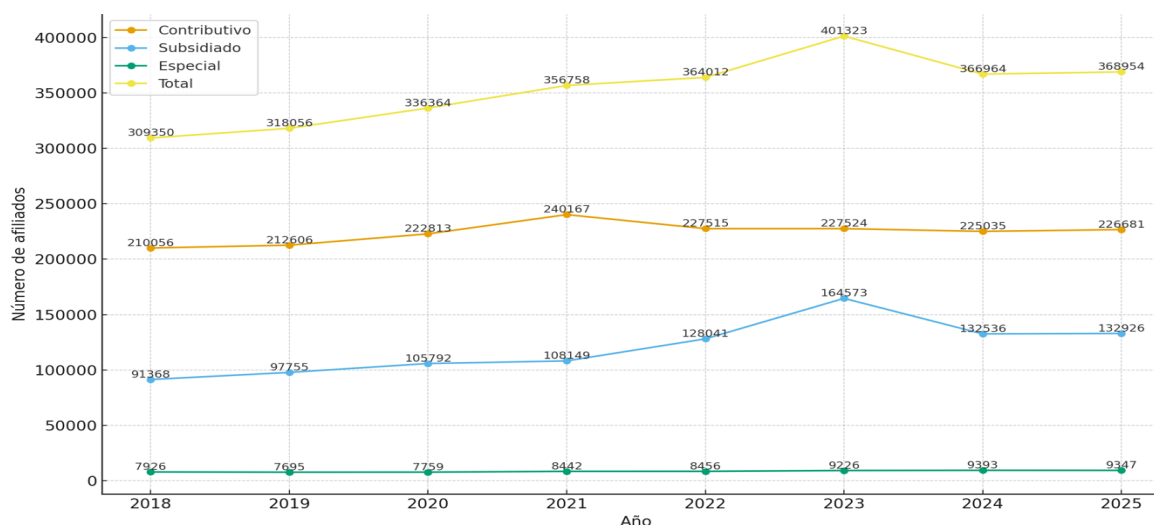
El acceso a mercados y tiendas con alimentos frescos es desigual. Algunas zonas cuentan con supermercados y plazas de mercado cercanos, mientras que en sectores periféricos predominan tiendas pequeñas con oferta limitada y precios más altos en productos básicos. Esta situación condiciona los patrones alimentarios y dificulta la adopción de hábitos saludables.

La población rural enfrenta retos particulares debido a la distancia a centros de abastecimiento y a la dependencia de producción propia. Aunque la producción agrícola constituye una fuente de alimentos, las fluctuaciones del mercado y la disminución de la mano de obra joven afectan la estabilidad alimentaria de algunos hogares rurales.

2.1.2.3 Sistema de Salud

El sistema de salud en Armenia se configura como un determinante social central, tanto por su alto nivel de cobertura como por las tensiones que expresan su estructura de aseguramiento, la organización de la oferta y las barreras de acceso(58). Entre 2018 y 2025 el número total de personas afiliadas pasa de 309.350 a 368.954, lo que indica un sistema de aseguramiento robusto en términos de cobertura formal. Sin embargo, la composición interna revela una transformación estructural: el régimen contributivo crece hasta 2021 pero luego se estabiliza en niveles inferiores a su máximo histórico, mientras que el régimen subsidiado tiene un incremento abrupto en 2022–2023 y se mantiene, después de 2024, muy por encima de los niveles prepandemia(ver Gráfico No. 5). Esto sugiere que el mercado laboral local se caracteriza por alta informalidad, precariedad de ingresos y dificultades para sostener empleos formales, de manera que el aumento del subsidiado funciona como un “termómetro” de vulnerabilidad social y económica en el territorio

Gráfico 5 Aseguramiento en salud. Armenia 2018-2025



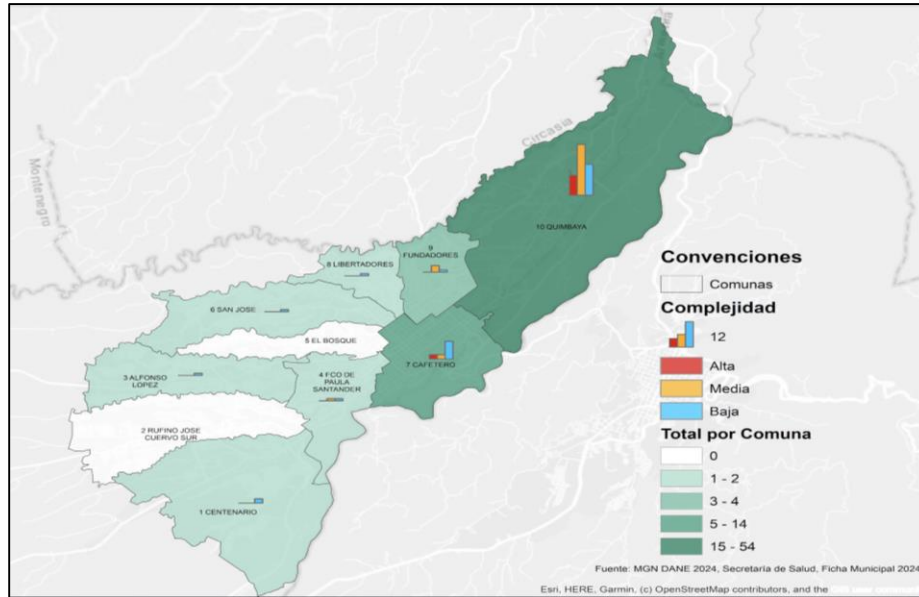
Fuente: Construido a partir de Cifras de Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

La oferta de servicios de salud se caracteriza por una fuerte presencia del sector privado y una alta concentración urbana. La mayoría de las IPS corresponden a prestadores ambulatorios de baja y mediana complejidad, orientados a consulta externa, salud oral, medicina general, psicología y especialidades clínicas básicas, con una participación importante de profesionales independientes habilitados. La internación y la alta complejidad se concentran en pocas instituciones, con un papel hegemónico de la ESE Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios y algunas clínicas privadas, todas localizadas en la zona urbana. Esta configuración genera una red amplia pero fragmentada, con débil articulación entre niveles de atención y escasos mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia, lo que afecta la continuidad del cuidado, incrementa la duplicidad de servicios y limita la capacidad resolutive integrada del sistema(59)

Desde el punto de vista territorial, la distribución de la infraestructura en salud reproduce y amplifica inequidades espaciales. Las comunas del eje nortenoriente concentran la oferta de mediana y alta complejidad, así como una mayor densidad de servicios ambulatorios y diagnósticos, mientras que las comunas del sur, occidente y parte del centro disponen principalmente de servicios de baja complejidad y dependen de desplazamientos hacia otras zonas para acceder a hospitalización, diagnóstico especializado y atención en UCI. La ausencia total de servicios en la zona rural y en territorios priorizados (ZOMAC, PDET, PNIS, PNSR) profundiza las brechas para la población de veredas y periferias urbanas. Aunque los tiempos de desplazamiento en vehículo privado dentro de la ciudad oscilan entre 12 y 30 minutos, estos

recorridos representan una barrera real para hogares sin transporte propio, jóvenes con ingresos inestables, mujeres cuidadoras y personas mayores, al combinarse con costos de transporte, tiempos de espera y pérdida de ingresos por ausentarse del trabajo (ver Mapa No.6)

Mapa 6 Concentración de Servicios por Complejidad de Atención. Armenia. 2025



Los indicadores de uso, percepción y estado de salud aportan una mirada complementaria sobre el desempeño del sistema. El uso de servicios se mantiene alto en los años medidos, con recuperación posterior a la pandemia, lo que sugiere una elevada demanda y cierto grado de acceso efectivo. Sin embargo, la oportunidad en la asignación de citas sigue siendo una barrera persistente: la mayoría de las personas es atendida entre 1 y 20 días, con baja proporción de atención inmediata, lo que alimenta la percepción de congestión y limita la resolución oportuna de problemas. La satisfacción con los servicios muestra una caída marcada durante 2020–2021, en el contexto de la emergencia sanitaria y las restricciones de la oferta, seguida de una recuperación sostenida hasta alcanzar en 2024 los niveles más altos de la serie. De manera similar, la percepción de salud física y mental se deteriora de forma aguda en los años de pandemia y se recupera en el periodo 2022–2024, aunque con señales de vulnerabilidad frente a nuevos estresores sociales(26–34).

En conjunto, el sistema de salud en Armenia puede describirse como un entramado con alta cobertura formal y abundante oferta ambulatoria urbana, pero fuertemente privatizado, fragmentado y territorialmente desigual, que

refleja y a la vez reproduce las condiciones de informalidad laboral, desigualdad económica y segregación urbana del municipio. La centralización de la alta complejidad en el eje norte–nororiente, la ausencia de servicios en zona rural, los tiempos de espera prolongados y la dependencia creciente del régimen subsidiado configuran un determinante social que incide de manera directa en las oportunidades de cuidado, en la experiencia de los usuarios y en las inequidades en salud entre comunas y grupos poblacionales. Incorporar estas dinámicas en el análisis de situación de salud es clave para orientar políticas de protección social, fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, reorganización de la red integrada de servicios y estrategias de movilidad y acercamiento territorial que reduzcan las brechas de acceso y uso efectivo del sistema.

2.2 Análisis

2.2.1 Brechas de inequidad identificadas en el territorio

Las brechas de inequidad en Armenia responden a un entramado de factores territoriales, socioeconómicos, demográficos, ambientales y del propio sistema de salud, que configuran oportunidades diferenciadas para la población. Estas desigualdades no son nuevas: se originan en procesos históricos de urbanización fragmentada, distribución inequitativa de infraestructura y un mercado laboral frágil que condiciona el acceso a bienes básicos, incluida la atención en salud.

En primer lugar, persiste una inequidad territorial estructural que divide el municipio en dos zonas contrastantes. El norte y nororiente concentran la mayor infraestructura urbana consolidada, servicios privados, equipamientos especializados y vías en buen estado, constituyéndose como el eje de mayor accesibilidad y concentración de servicios. En contraste, el sur, suroccidente y algunos sectores del centro enfrentan rezago en inversión pública, deterioro vial, presencia significativa de asentamientos informales y mayor exposición a riesgos ambientales. Este patrón espacial determina que vivir en un barrio u otro condiciona la posibilidad de acceder oportunamente a servicios, circular en entornos seguros y mantener condiciones de vida saludables.

A esta segmentación se suma una brecha en acceso a vivienda digna, asociada a más de cien asentamientos informales registrados en el municipio. Estas zonas carecen de infraestructura adecuada, presentan déficits de servicios públicos, riesgos geotécnicos y ausencia de equipamientos comunitarios y de salud, lo cual agrava la vulnerabilidad de sus habitantes. La informalidad residencial se relaciona además con desplazamientos prolongados para acceder a servicios esenciales y con mayor exposición a eventos de desastres, inundaciones, fallas de ladera y problemáticas sanitarias.

El mercado laboral y la estructura económica del municipio contribuyen también a las inequidades existentes. La informalidad laboral, que afecta de manera desproporcionada a jóvenes, mujeres y hogares de bajos ingresos, ha incidido directamente en el sistema de aseguramiento. Entre 2018 y 2025 se evidenció un crecimiento del régimen subsidiado y una incapacidad del régimen contributivo para recuperar los niveles previos a la pandemia, lo cual refleja precariedad laboral y dificultad para mantener afiliación contributiva. Esta transición hacia el subsidio se convierte en un indicador territorial de vulnerabilidad socioeconómica que condiciona tanto la capacidad de acceso como la continuidad del cuidado en salud.

En el ámbito del sistema de salud, emergen brechas críticas que amplifican desigualdades territoriales y sociales. La oferta de servicios es amplia en el primer nivel, diversificada y con fuerte presencia privada, pero altamente fragmentada y dependiente de profesionales independientes. La internación, la alta complejidad y los servicios diagnósticos avanzados se concentran principalmente en el eje norte-nororiente, donde se ubican casi todas las instituciones con capacidad resolutoria superior. En contraste, las comunas 1, 2, 3 y 5 —localizadas en sur y centro— cuentan mayoritariamente con servicios básicos de baja complejidad y deben desplazarse hacia otros sectores para recibir atención especializada. La zona rural carece completamente de oferta instalada, generando una exclusión estructural para la población de veredas y corregimientos.

La accesibilidad geográfica constituye otra dimensión importante de inequidad. Si bien los tiempos urbanos de desplazamiento en vehículo particular son moderados (entre 12 y 30 minutos), la dependencia del transporte para movilizarse entre zonas periféricas y centros de alta complejidad incrementa barreras para hogares sin transporte propio, mujeres cuidadoras, jóvenes con ingresos inestables y adultos mayores. La centralización de la alta complejidad en un único prestador público —la ESE San Juan de Dios— también genera riesgos de saturación y limita alternativas para la población con menor capacidad de movilidad.

Las brechas se expresan igualmente en el uso y la percepción del sistema de salud. La oportunidad en la asignación de citas es una barrera persistente: la mayoría de personas accede entre 1 y 20 días, con mínima disponibilidad de atención inmediata. Durante la pandemia, la percepción de calidad, satisfacción y estado de salud físico y mental cayó de forma abrupta, especialmente en 2020 y 2021, evidenciando un deterioro que afectó con mayor fuerza a poblaciones vulnerables. Aunque los indicadores mejoran entre

2022 y 2024, persisten dificultades relacionadas con tiempos de espera, duelos no resueltos, afectaciones de salud mental y sobrecarga del sistema ambulatorio privado.

Las barreras económicas también profundizan la inequidad. La mayor dependencia del régimen subsidiado implica menor capacidad de asumir copagos, desplazamientos, medicamentos no cubiertos o ausentarse del trabajo para asistir a citas. Para las personas que viven en periferias, estos costos indirectos se convierten en una limitación real para el uso oportuno de servicios, especialmente en enfermedades crónicas, salud mental y seguimiento clínico.

En conjunto, las inequidades territoriales, socioeconómicas y del sistema de salud conforman un patrón persistente: la localización condiciona el acceso, la vulnerabilidad económica condiciona la continuidad del cuidado y la fragmentación del sistema condiciona la calidad y oportunidad de la atención. Estas brechas se entrelazan produciendo una desventaja acumulada para habitantes de sectores del sur, occidente y zonas rurales, así como para jóvenes, mujeres cabeza de hogar y hogares con ingresos inestables. Corregirlas requiere fortalecer la Atención Primaria en Salud, redistribuir servicios hacia zonas deficitarias, mejorar la movilidad sanitaria, reducir tiempos de espera y articular efectivamente la red de servicios para garantizar un acceso equitativo y oportuno en todo el municipio.

2.2.2 Características de producción, bienes, servicios y aspectos socioambientales que explican las brechas en salud

Las brechas en salud observadas en Armenia tienen una relación directa con las características del modelo productivo, la disponibilidad y calidad de bienes y servicios urbanos, y las condiciones socioambientales del territorio. Estos determinantes estructurales influyen en la distribución desigual de riesgos, oportunidades y niveles de bienestar entre los habitantes, profundizando diferencias territoriales y socioeconómicas históricas.

En términos productivos, el municipio presenta una economía terciarizada, basada principalmente en comercio, servicios personales, transporte y actividades informales de pequeña escala. Esta estructura limita la generación de empleo formal y estable, especialmente para jóvenes, mujeres y población con baja escolaridad, lo que se refleja en una alta informalidad laboral que restringe la afiliación al régimen contributivo del sistema de salud y aumenta la dependencia del régimen subsidiado. La volatilidad del empleo y los ingresos reduce la capacidad de los hogares para costear transporte, medicamentos o

cuidados continuos, constituyéndose en una barrera de acceso económico que influye directamente en desenlaces de salud.

La configuración territorial de bienes y servicios urbanos también contribuye a la reproducción de inequidades. La distribución desigual de equipamientos (educativos, deportivos, comunitarios, culturales, espacios públicos y servicios básicos) se expresa en mayor concentración de infraestructura en el norte y nororiente del municipio, mientras que el sur, parte del centro y algunos sectores del occidente presentan déficits persistentes. La carencia de espacios seguros y adecuados para la actividad física, así como menor acceso a parques, senderos y zonas verdes, incrementa el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y afecta el bienestar general, especialmente en niños y jóvenes.

Los servicios públicos domiciliarios muestran también disparidades: los asentamientos informales del sur y noroccidente del municipio presentan dificultades de acceso seguro a agua potable, saneamiento básico y recolección regular de residuos. Estas condiciones aumentan la exposición a riesgos epidemiológicos, brotes de enfermedades transmisibles y eventos asociados a insalubridad ambiental, afectando desproporcionadamente a hogares de bajos ingresos, mujeres cuidadoras y población infantil.

Desde el ámbito socioambiental, Armenia enfrenta desafíos asociados a la ocupación de zonas de alto riesgo, especialmente laderas inestables, rondas de quebradas y áreas expuestas a crecientes súbitas. La presencia de asentamientos informales en estas áreas incrementa la vulnerabilidad frente a deslizamientos, inundaciones y contaminación de fuentes hídricas, lo cual genera impactos directos en salud —traumas, lesiones, eventos cardiovasculares por estrés agudo— además de consecuencias indirectas como desplazamientos temporales, pérdida de vivienda y rupturas en la continuidad educativa y sanitaria. Estas dinámicas afectan con mayor intensidad a comunidades del sur y occidente, donde la relación entre pobreza multidimensional y exposición a riesgos naturales es más marcada.

La movilidad urbana es otro componente que explica brechas en salud. La estructura vial del municipio, con ejes articuladores concentrados en la zona central y norte, limita la conectividad para habitantes de periferias y eleva los tiempos de desplazamiento hacia servicios especializados de salud. Para hogares sin transporte propio, esta situación se traduce en barreras de acceso funcional a consultas, terapias, seguimiento clínico o servicios de urgencias. La congestión vehicular y la coexistencia de motocicletas, bicicletas y transporte informal en zonas con infraestructura limitada también incrementan

los riesgos de accidentalidad vial, que constituye un problema recurrente de salud pública en la ciudad.

Las dinámicas de seguridad ciudadana y convivencia influyen igualmente en los perfiles de salud y uso de servicios. Sectores con mayor presencia de violencia interpersonal, microtráfico o inseguridad restringen la movilidad cotidiana, disminuyen el uso de espacios públicos y generan estrés crónico. Estas condiciones son especialmente relevantes para jóvenes, quienes enfrentan mayores barreras para participar en actividades comunitarias, deportivas o educativas en sectores con alta percepción de riesgo. La exposición continua a entornos violentos se asocia con afectaciones de salud mental, aumento del consumo problemático de sustancias y dificultades en la continuidad escolar.

En el ámbito ambiental, la contaminación de fuentes hídricas urbanas, la disposición irregular de residuos y la presencia de escombros en barrios periféricos deterioran las condiciones sanitarias y afectan la calidad del agua disponible. Simultáneamente, la disminución de cobertura vegetal y la fragmentación ecológica incrementan las islas de calor urbano, afectando a adultos mayores, personas con enfermedades respiratorias y hogares sin adecuada infraestructura de vivienda.

Finalmente, la combinación de estas condiciones con la estructura fragmentada y privatizada del sistema de salud produce un efecto multiplicador. La concentración de la alta complejidad en determinadas comunas, la ausencia total de servicios en zona rural y la fragmentación de los prestadores ambulatorios impiden respuestas integrales en territorios con mayores determinantes de riesgo. Así, barrios con déficit de equipamientos, con menor infraestructura vial, con mayor informalidad laboral y con precariedad ambiental son a la vez los que enfrentan mayores obstáculos para acceder a cuidado oportuno y continuo, configurando un circuito cerrado de inequidad donde los determinantes sociales refuerzan las brechas del sistema de salud.

En síntesis, las características del modelo productivo, la desigual distribución de bienes y servicios urbanos, la vulnerabilidad socioambiental del territorio y la configuración actual del sistema de salud interactúan para producir un gradiente de inequidad que afecta principalmente a las comunas del sur, occidente y sectores rurales del municipio. Abordar estas brechas requiere intervenciones multisectoriales que integren urbanismo, ambiente, movilidad, seguridad, empleo y salud, fortaleciendo la capacidad del territorio para generar condiciones equitativas de vida y bienestar.

2.2.3 Acerca de la población joven

La población joven de Armenia enfrenta un conjunto diferenciado de brechas en salud que se explican por las características del modelo productivo local, la distribución desigual de bienes y servicios urbanos, las condiciones socioambientales del territorio y la forma como estas interactúan con su ciclo de vida. Aunque muchos determinantes afectan a toda la población, entre los jóvenes estas condiciones operan con mayor intensidad debido a su posición en el mercado laboral, su movilidad cotidiana, su exposición a entornos comunitarios y su acceso limitado a recursos económicos propios.

En el campo productivo, los jóvenes son el grupo poblacional más afectado por la informalidad laboral, el desempleo y la inestabilidad de ingresos, tres factores estructurales en Armenia que condicionan la afiliación al sistema de salud y la continuidad del cuidado. La precariedad laboral juvenil explica en gran parte la mayor dependencia del régimen subsidiado y la dificultad para sostener afiliaciones contributivas tras la pandemia. Esta situación limita la capacidad de los jóvenes para costear transporte hacia servicios especializados, asumir copagos o garantizar seguimiento oportuno de problemas crónicos, salud mental o salud sexual y reproductiva. La rotación constante de empleos informales también interrumpe los itinerarios de cuidado, generando discontinuidad en tratamientos, controles o terapias.

Las brechas territoriales en bienes y servicios urbanos afectan de forma particular a jóvenes que viven en comunas del sur, centro y occidente, donde el acceso a parques, escenarios deportivos, equipamientos culturales y espacios de encuentro es menor. Esto reduce las oportunidades de actividad física, socialización segura y participación comunitaria, elementos claves para la salud mental y emocional. La falta de equipamientos cercanos obliga a desplazamientos largos que muchas veces no pueden cubrir por falta de recursos, lo que limita la continuidad en prácticas deportivas y recreativas. En sectores con inseguridad o deterioro urbano, los jóvenes enfrentan restricciones aún mayores, que los exponen a riesgos ambientales, dinámicas de violencia y espacios públicos de baja calidad.

Los determinantes socioambientales impactan de manera directa en la salud juvenil. La ocupación informal de laderas, alrededor de las quebradas y zonas de riesgo afecta a un número importante de hogares jóvenes, sobre todo en comunas del sur y occidente. Estas condiciones incrementan la exposición a deslizamientos, inundaciones y contaminación ambiental, además de generar estrés crónico, inseguridad residencial y desgaste emocional. Para jóvenes que estudian o trabajan, estas condiciones se traducen en trayectos inseguros,

afectación en la asistencia educativa y mayores cargas domésticas asociadas a entornos precarios. La contaminación de microcuencas y la deficiente gestión de residuos en zonas periféricas también aumenta el riesgo de enfermedades gastrointestinales, infecciones de piel y otros problemas que afectan de manera recurrente a la población joven.

La movilidad urbana es un determinante clave para este grupo etario. Muchos jóvenes dependen del transporte público, motos o bicicletas para acceder a educación, empleo, espacios deportivos y servicios de salud. La concentración de la mediana y alta complejidad en el eje norte-nororiente implica recorridos más largos y costosos para jóvenes de comunas con menor infraestructura. La falta de transporte propio y los recursos limitados amplifican la barrera económica de acceso al sistema de salud, especialmente para consultas de seguimiento, salud sexual y reproductiva, salud mental y manejo de consumos problemáticos. El riesgo de accidentalidad vial afecta con mayor frecuencia a personas jóvenes, dado el uso intensivo de motocicletas como medio económico de transporte.

En términos de seguridad y convivencia, muchos jóvenes están expuestos a entornos comunitarios con violencia interpersonal, microtráfico, estigmatización y control territorial, que limitan su movilidad, su participación en actividades educativas y su capacidad para usar espacios públicos. Estas dinámicas sociales se traducen en estrés crónico, deterioro de salud mental, dificultades de concentración y menor acceso a redes de apoyo, configurando un contexto socioemocional frágil que influye en conductas de riesgo, interrupción de trayectorias educativas y consumo de sustancias psicoactivas.

Las inequidades del sistema de salud profundizan estas brechas. La ausencia de servicios en zonas rurales y el déficit de oferta en comunas del sur obligan a los jóvenes a depender de desplazamientos hacia zonas centrales o del norte para atención especializada. La fragmentación del primer nivel —dominado por profesionales independientes—, la limitada articulación entre servicios y la escasez de oferta en salud mental y salud sexual y reproductiva afectan de manera más severa a la población joven, que requiere servicios continuos, accesibles y culturalmente pertinentes. Los tiempos de espera para citas médicas y la dificultad para acceder a atención inmediata desincentivan la búsqueda de cuidado, especialmente en problemas de salud mental, ITS, anticoncepción, trastornos alimentarios y lesiones por violencia interpersonal.

Finalmente, la percepción juvenil sobre el sistema de salud refleja estas tensiones. Aunque los niveles de satisfacción se recuperaron después de la pandemia, persisten barreras asociadas a la oportunidad, el trato recibido y la

continuidad del cuidado. Los jóvenes son particularmente sensibles a la falta de pertinencia, a la estigmatización por edad o por comportamientos y a la ausencia de espacios adaptados a sus necesidades. Estas experiencias negativas influyen en el bajo uso de servicios preventivos, en la automedicación y en la búsqueda tardía de atención.

En conjunto, la interacción entre precariedad laboral, desigualdad urbana, riesgos socioambientales y brechas en el sistema de salud produce un patrón acumulativo de inequidad para la población joven de Armenia. Estas condiciones limitan sus oportunidades de bienestar, dificultan trayectorias educativas y laborales estables y generan un mayor riesgo de problemas de salud física y mental. Superarlas exige políticas integrales que amplíen oportunidades económicas, mejoren la infraestructura territorial, fortalezcan escenarios juveniles y garanticen servicios de salud accesibles, diferenciales y orientados a sus necesidades reales.

CAPITULO 3. Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales

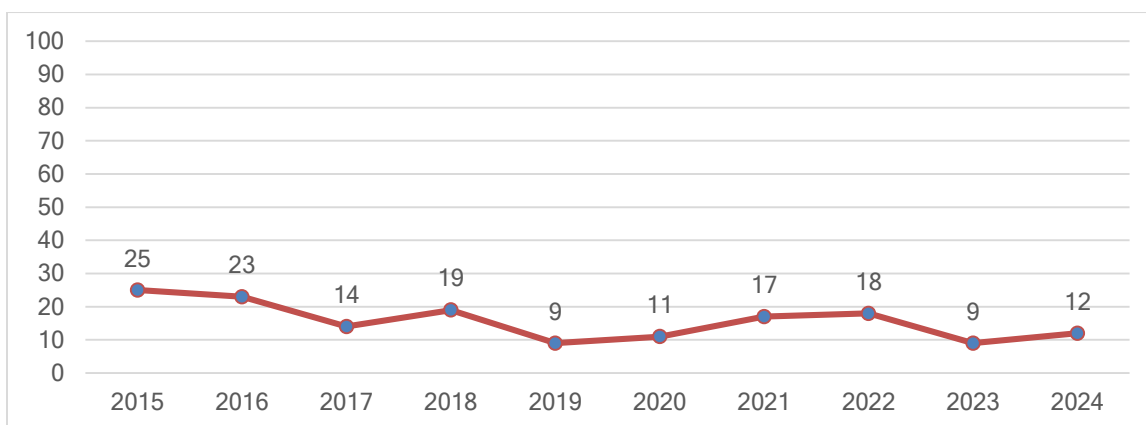
Este capítulo presenta un análisis de la mortalidad, morbilidad y condiciones de vida que afectan a adolescentes y jóvenes en Armenia entre 2015 y 2024. En conjunto, los resultados muestran que la salud de esta población está marcada principalmente por causas externas —violencias, siniestros viales, suicidios y lesiones— cuya magnitud supera ampliamente a las causas clínicas tradicionales. Esta tendencia refleja la influencia decisiva de determinantes sociales como la seguridad ciudadana, la movilidad urbana, la salud mental, los estilos de vida, la precariedad laboral y la disponibilidad de entornos protectores. Asimismo, el comportamiento de la morbilidad confirma que las principales consultas en servicios de salud se concentran en enfermedades no transmisibles, síntomas inespecíficos, infecciones respiratorias, trastornos digestivos, lesiones y problemas de salud mental, todos ellos estrechamente vinculados con condiciones ambientales, comportamentales y psicosociales propias de la adolescencia y la juventud.

3.1. Mortalidad en adolescentes

La mortalidad registrada en adolescentes de 12 a 17 años revela un patrón epidemiológico dominado por causas externas, que representan la mayoría de las muertes durante todo el periodo analizado. Los homicidios, los accidentes de tránsito y los suicidios concentran la mayor parte de los fallecimientos, mientras que las enfermedades transmisibles, las neoplasias y las causas crónicas presentan apariciones esporádicas y de muy baja frecuencia. La

variabilidad interanual, con picos en algunos años y descensos abruptos en otros, refleja la sensibilidad de este grupo a cambios en convivencia, seguridad y dinámicas comunitarias. La distribución por sexo muestra una inequidad marcada, ya que el 76% de las muertes corresponde a hombres adolescentes, lo que indica una mayor exposición masculina a riesgos derivados de la movilidad, el espacio público, los conflictos entre pares y la violencia interpersonal. Al analizar las subcausas específicas, se observa que los homicidios constituyen la principal causa individual de muerte en este grupo de edad, seguidos por siniestros viales y suicidios, lo que confirma la naturaleza social y prevenible de los desenlaces fatales en este ciclo vital (ver Gráfico No. 6).

Gráfico 6 Tendencia de la mortalidad en adolescentes (12-17 años) Armenia 2015-2024

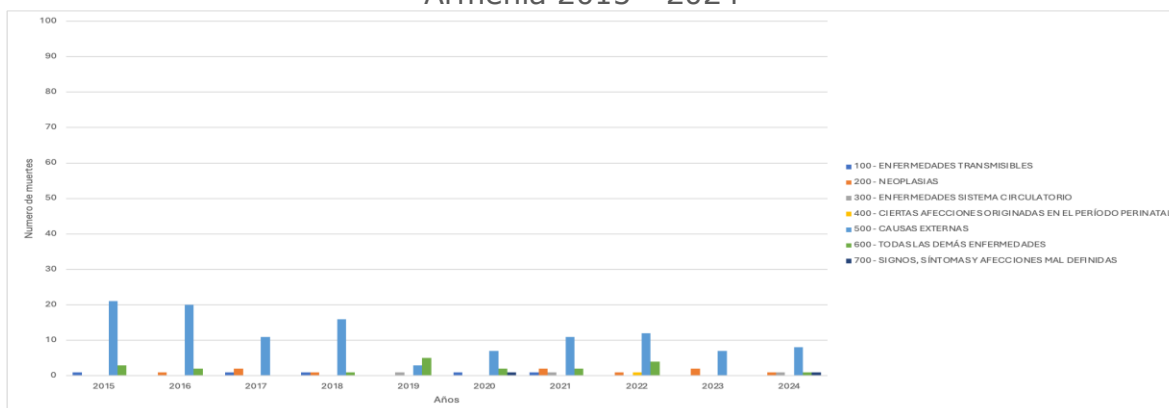


Fuente: Cubos Estadísticas Vitales Defunciones - SISPRO - MSPS

3.1.1 Mortalidad en adolescentes por grandes grupos

La mortalidad adolescente está dominada por las causas externas, que concentran la mayor parte de los fallecimientos en todos los años del periodo analizado. Homicidios, accidentes de tránsito y suicidios representan entre el 80% y 90% de todas las muertes anuales, superando ampliamente a las causas clínicas. Las neoplasias, enfermedades transmisibles, enfermedades del sistema circulatorio y otras enfermedades no transmisibles aparecen de forma esporádica, con uno o dos casos aislados por año. En conjunto, la estructura muestra que la mortalidad adolescente es esencialmente prevenible y depende más del entorno social que del desarrollo de patologías crónicas o infecciosas (ver Gráfico No. 7).

Gráfico 7 Mortalidad en Adolescentes (12 a 17 años) por grandes grupos, Armenia 2015 - 2024



Fuente: Cubos Estadísticas Vitales Defunciones - SISPRO - MSPS

3.1.2 Mortalidad en adolescentes por subgrupos de causas

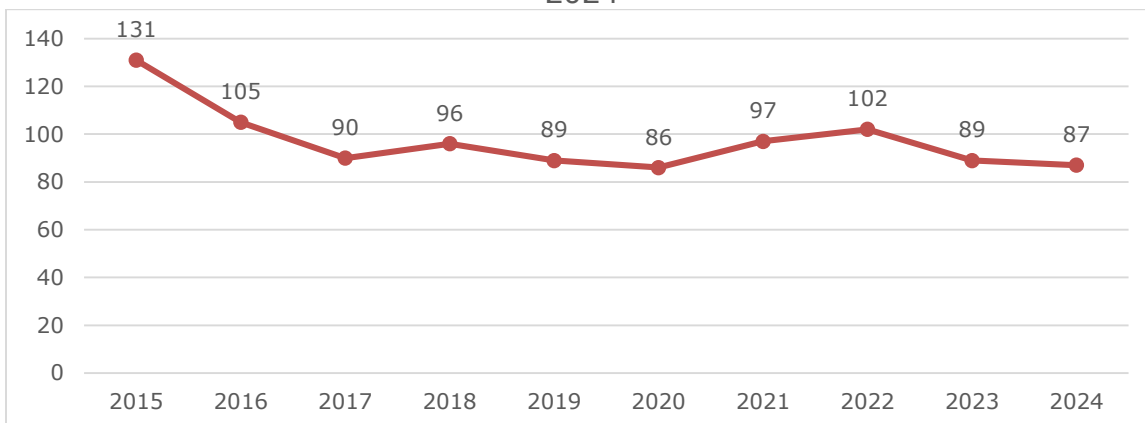
A nivel de subcausas, los homicidios constituyen la primera causa individual de muerte, acumulando 60 fallecimientos y mostrando picos en años de mayor conflictividad comunitaria. Le siguen los accidentes de transporte, con 21 casos, lo que indica la alta exposición adolescente a una movilidad urbana insegura. El suicidio aparece en 10 casos y señala una creciente carga de problemas de salud mental. Otros eventos externos como ahogamientos, caídas y lesiones no intencionales se presentan de manera esporádica, pero confirman la vulnerabilidad de este grupo a entornos no regulados. Las subcausas clínicas, como leucemias, infecciones respiratorias o VIH, son poco frecuentes y no determinan el patrón general de mortalidad adolescente.

3.2. Mortalidad en jóvenes

En la población joven de 18 a 28 años, la tendencia es aún más pronunciada: las causas externas dominan de forma abrumadora el perfil de mortalidad, acumulando cerca de 700 muertes entre 2015 y 2024. El peso de los homicidios y los accidentes de tránsito —especialmente asociados al uso de motocicletas— evidencia la exposición sostenida de los jóvenes a escenarios de riesgo urbano. A diferencia de los adolescentes, la mortalidad juvenil es más estable año a año y mantiene niveles altos incluso en periodos de menor conflictividad, lo que indica la persistencia de factores estructurales asociados a violencia, movilidad peligrosa y dinámicas sociales complejas. La brecha por sexo es aún más amplia: el 81% de las muertes corresponde a hombres jóvenes, quienes presentan una probabilidad de muerte varias veces superior a la de las mujeres por causas externas. Las causas clínicas, aunque presentes, tienen una magnitud mucho menor y reflejan vulnerabilidades específicas relacionadas con acceso limitado a servicios, diagnóstico tardío y condiciones socioeconómicas adversas. Las subcausas clínicas como tuberculosis, VIH,

septicemias o neoplasias representan una proporción pequeña, pero relevante para subgrupos en situación de alta vulnerabilidad (ver Gráfico No. 8).

Gráfico 8 Tendencia de Mortalidad en Jóvenes (18 a 8 años), Armenia 2015 - 2024

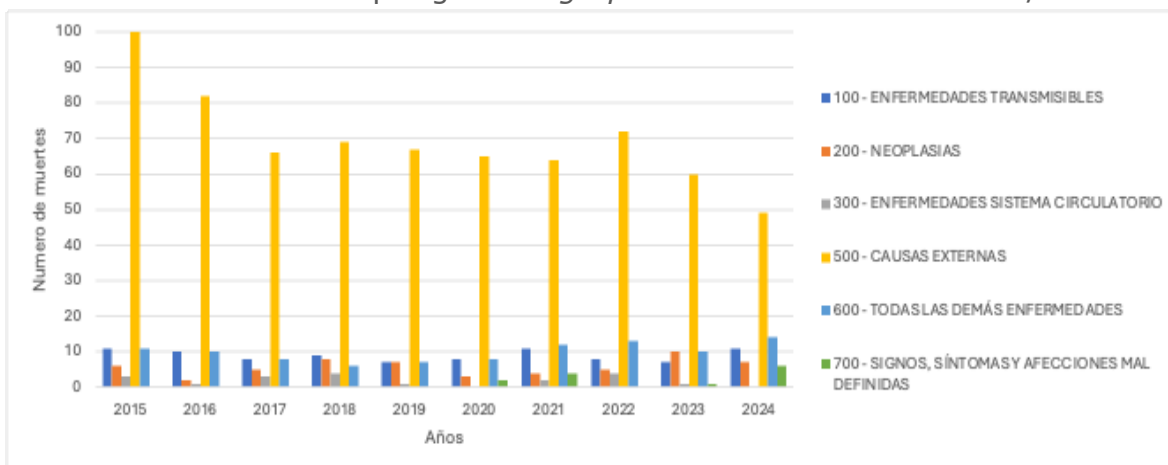


Fuente: Cubos Estadísticas Vitales Defunciones - SISPRO - MSPS

3.2.1 Mortalidad en jóvenes por grandes grupos

En la juventud, las causas externas también son el principal grupo de muerte, pero su magnitud es mucho mayor que en la adolescencia: entre 49 y 82 muertes anuales corresponden a violencias, siniestros viales, suicidios y otras lesiones. Esta categoría acumula 694 fallecimientos en el periodo, configurándose como un problema estructural del territorio. Las causas clínicas —transmisibles, neoplasias, enfermedades cardiovasculares y otras no transmisibles— presentan valores mucho menores y estables, indicando que el perfil epidemiológico juvenil sigue centrado en riesgos sociales y ambientales, más que en patologías tradicionales del sistema de salud (ver (Gráfico No. 9).

Gráfico 9 Mortalidad por grandes grupos. Jóvenes Armenia. 2015/2024



Fuente: Cubos Estadísticas Vitales Defunciones - SISPRO - MSPS

3.2.2 Mortalidad en jóvenes por subgrupos de causas

Los homicidios son, de nuevo, la principal causa individual de muerte, mostrando una presencia sostenida durante toda la década. Los accidentes de tránsito, especialmente los relacionados con motocicletas, constituyen la segunda subcausa más importante, lo que refleja la alta movilidad juvenil y la exposición a riesgos viales. Los eventos de intención no determinada y las lesiones no intencionales también aportan de manera consistente, evidenciando entornos públicos inseguros y prácticas de riesgo. Las subcausas clínicas incluyen tuberculosis, VIH, septicemias, infecciones respiratorias, leucemias y neoplasias digestivas, que afectan a grupos específicos de jóvenes en situación de vulnerabilidad social y con barreras en acceso oportuno al sistema de salud.

3.3. Morbilidad en adolescentes

La morbilidad adolescente está caracterizada por un predominio de enfermedades respiratorias agudas, síntomas inespecíficos, infecciones gastrointestinales, trastornos osteomusculares, lesiones y problemas de salud mental. Este patrón refleja la dinámica propia de esta etapa del curso de vida, en la cual los cambios hormonales, la actividad escolar, la participación en deportes, la interacción social intensa y la construcción emocional incrementan la exposición a infecciones, lesiones y síntomas somáticos. La morbilidad por salud sexual y reproductiva también es visible entre las mujeres adolescentes, con presencia de infecciones urinarias, trastornos menstruales y embarazos tempranos. Durante la pandemia de COVID-19 se observó una caída drástica en el número total de consultas durante 2020, seguida de una recuperación sostenida desde 2021, hasta alcanzar máximos históricos en 2023 y 2024. Las diferencias por sexo son claras: las adolescentes mujeres consultan más por enfermedades no transmisibles, síntomas mal definidos y condiciones reproductivas, mientras que los hombres concentran una mayor proporción de lesiones y ciertas infecciones transmisibles. Estos patrones evidencian inequidades en exposición, comportamiento, acceso y uso de los servicios de salud.

3.3.1 Morbilidad en adolescentes por grandes grupos

La morbilidad adolescente se concentra en cuatro grandes grupos: enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales, lesiones, y síntomas y signos mal definidos. Las enfermedades respiratorias agudas y los síndromes gripales representan una parte significativa de las consultas. Las infecciones digestivas, urinarias y cutáneas complementan el perfil transmisible. Las enfermedades no transmisibles incluyen trastornos musculoesqueléticos, cefaleas, gastritis, síntomas inespecíficos y alteraciones endocrinas. Las lesiones, aunque menos frecuentes

que las ENT, mantienen una presencia constante relacionada con actividades físicas, deporte escolar y movilidad urbana. También es importante la morbilidad por salud sexual y reproductiva, especialmente entre mujeres, con presencia de ITS, trastornos menstruales y embarazo adolescente.

3.3.2 Morbilidad en adolescentes por subgrupos de causas

Entre los subgrupos más frecuentes destacan las infecciones respiratorias (faringitis, amigdalitis, bronquitis), los trastornos digestivos (gastritis, gastroenteritis, dolor abdominal funcional) y los trastornos osteomusculares (dolor lumbar, cervicalgia, esguinces). Los síntomas inespecíficos, como cefalea, mareo, fiebre sin foco y malestar general, reflejan somatización propia de esta etapa del curso de vida. Las lesiones incluyen contusiones, heridas superficiales y traumatismos relacionados con caídas o prácticas deportivas. Los trastornos mentales, en aumento desde 2021, abarcan ansiedad, depresión y estrés agudo. Entre las mujeres, los subgrupos de salud sexual y reproductiva —infecciones urinarias, dismenorrea, cervicitis, embarazo temprano— tienen una importancia particular.

3.4. Morbilidad en jóvenes

La población joven presenta un perfil de morbilidad dominado por enfermedades no transmisibles, especialmente trastornos musculoesqueléticos, digestivos, de salud mental y cefaleas, que reflejan la sobrecarga física y emocional propia de la transición a la vida adulta. Las infecciones respiratorias y gastrointestinales continúan siendo frecuentes debido a la movilidad urbana, las condiciones laborales y la alta interacción social. Las lesiones representan una proporción significativa de las consultas, especialmente entre los hombres, lo que se relaciona con el uso intensivo de motocicletas, la actividad física y la exposición a situaciones de riesgo en el espacio público y laboral. Al igual que en los adolescentes, la pandemia produjo una disminución momentánea en las consultas, seguida de un aumento acelerado desde 2021, con incremento notable en salud mental, lesiones y síntomas inespecíficos. Las mujeres jóvenes muestran una mayor carga en síntomas generales, salud mental, condiciones endocrinas y salud sexual y reproductiva, mientras que los hombres presentan más lesiones y más infecciones respiratorias y gastrointestinales, reafirmando patrones de exposición diferenciados por género.

3.4.1 Morbilidad en jóvenes por grandes grupos

En jóvenes, las enfermedades no transmisibles constituyen el principal grupo de morbilidad, seguido por las condiciones transmisibles, los síntomas y signos mal definidos y las lesiones. Entre las ENT, predominan los trastornos

musculoesqueléticos, digestivos, dermatológicos, cefaleas y problemas de salud mental. Las infecciones respiratorias y gastrointestinales conservan un peso importante debido a la movilidad, el contacto social y las condiciones laborales. Las lesiones tienen una presencia destacada, especialmente entre los hombres, asociadas al uso de motocicletas, la actividad física y los riesgos laborales. Las condiciones maternas y perinatales, aunque representan un porcentaje menor, son relevantes entre mujeres jóvenes debido a la persistencia de embarazos no planificados.

3.4.2 Morbilidad en jóvenes por subgrupos

Las subcausas no transmisibles de mayor peso incluyen dolor lumbar, cervicalgia, dorsalgia, gastritis, colon irritable, migrañas, acné, trastornos tiroideos y ansiedad y depresión, que reflejan la combinación de estrés académico, laboral y social con hábitos de vida poco saludables. Las subcausas transmisibles más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas, las gastroenteritis, las infecciones urinarias y las infecciones de transmisión sexual. En lesiones, destacan los esguinces, golpes, traumatismos por accidentes en motocicleta, heridas accidentales y lesiones deportivas. Entre las mujeres, los subgrupos de cuidado prenatal, complicaciones del embarazo, infecciones vaginales y trastornos menstruales evidencian barreras persistentes en salud sexual y reproductiva.

3.5 Lectura desde el enfoque de curso de vida

El análisis desde el curso de vida permite comprender que los patrones de salud observados no son eventos aislados, sino expresiones de transiciones naturales y riesgos acumulados en la adolescencia y la juventud. En los adolescentes, la alta carga de causas externas y lesiones se relaciona con la búsqueda de autonomía, la impulsividad, la presión de pares, los cambios emocionales y la presencia en entornos no regulados. En los jóvenes, estas transiciones se profundizan: el ingreso al mercado laboral, la independencia económica, la movilidad nocturna, el uso de motocicletas y la menor supervisión familiar aumentan la exposición a violencias, siniestros viales y riesgos ocupacionales. La salud mental se convierte en un eje transversal en ambos grupos, con un incremento sostenido de diagnósticos de ansiedad, depresión y estrés, exacerbados por la pandemia y por las tensiones propias de estas etapas. Las mujeres enfrentan además inequidades relacionadas con salud sexual y reproductiva, embarazo temprano, somatización y doble carga laboral-doméstica, mientras que los hombres están más expuestos a violencias, siniestros y conductas de riesgo.

3. 6 Análisis

El examen articulado de los capítulos 1, 2 y 3 permite concluir que los principales padecimientos y problemáticas en salud que afectan a adolescentes y jóvenes en Armenia emergen de la interacción compleja entre sus condiciones de vida, las desigualdades territoriales históricas, las limitaciones estructurales del sistema de salud y los riesgos inherentes a las transiciones vitales propias de estas edades. Lejos de estar determinados exclusivamente por factores biológicos o clínicos, estos problemas de salud son el resultado de un entramado de dinámicas sociales, económicas, ambientales, culturales y urbanas que configuran un territorio desigual y segmentado. Así, la morbilidad y mortalidad de adolescentes y jóvenes no solo reflejan la enfermedad, sino las formas de habitar la ciudad, las oportunidades diferenciadas de protección y los riesgos acumulados en sectores con menor inversión y mayor vulnerabilidad social.

En materia de mortalidad, la evidencia del Capítulo 3 resalta que las causas externas son la principal problemática de salud pública para adolescentes y jóvenes, representando la mayoría de las muertes durante la última década. Homicidios, suicidios y siniestros viales explican casi la totalidad de los fallecimientos en estas edades, lo que indica que la salud juvenil está profundamente condicionada por el entorno social y por la estructura urbana del territorio. Estas muertes no ocurren al azar; siguen un patrón territorial estrechamente asociado con las desigualdades descritas en el Capítulo 1: en comunas del sur, centro y occidente —caracterizadas por mayor precariedad urbana, espacios públicos deteriorados, informalidad residencial, escasez de equipamientos comunitarios y condiciones socioeconómicas adversas— la exposición a la violencia, la inseguridad y los riesgos viales es más intensa y cotidiana. La movilidad urbana, altamente marcada por el uso de motocicletas como principal medio de transporte juvenil, se combina con una infraestructura vial desigual y zonas con escaso control de tránsito, aumentando de manera significativa el riesgo de accidentes graves y fatales. En este contexto, los jóvenes hombres son desproporcionadamente afectados: concentran hasta el 80% de las muertes por causas externas, lo que revela una interacción entre género, territorio y forma de vida que amplifica su vulnerabilidad.

Los suicidios y las muertes asociadas a intención no determinada reflejan, además, una crisis de salud mental que se entrelaza con las desigualdades socioeconómicas y territoriales presentadas en los capítulos previos. Sectores con mayores tensiones sociales, precariedad laboral, violencia intrafamiliar, estigmatización territorial y bajos niveles de cohesión comunitaria coinciden con los entornos donde se observa mayor prevalencia de eventos autolesivos. La centralización de los servicios de salud mental en la zona norte de la ciudad,

documentada en el Capítulo 2, agrava este problema, pues dificulta el acceso oportuno para adolescentes y jóvenes de comunas con mayor vulnerabilidad socioeconómica y menor capacidad de movilidad.

En cuanto a la morbilidad, los adolescentes y jóvenes consultan fundamentalmente por enfermedades respiratorias, trastornos digestivos, afecciones musculoesqueléticas, síntomas inespecíficos, lesiones y problemas de salud mental. Estas condiciones están fuertemente relacionadas con las formas de vida y los determinantes ambientales descritos en el Capítulo 1. Las infecciones respiratorias persistentes se explican por la urbanización densa, la contaminación atmosférica derivada del tráfico vehicular, los entornos escolares poco ventilados y las viviendas con infraestructura limitada. Los trastornos digestivos, por su parte, se vinculan a patrones alimentarios influenciados por la desigualdad: consumo frecuente de alimentos ultraprocesados, insuficiente acceso a alimentación variada y situaciones de inseguridad alimentaria presentes en los hogares más vulnerables.

Las afecciones musculoesqueléticas reflejan transformaciones en las prácticas cotidianas de adolescentes y jóvenes: uso prolongado de dispositivos electrónicos, posturas inadecuadas en entornos escolares y laborales, sedentarismo creciente y participación en actividades físicas en espacios no regulados. Por otro lado, la alta presencia de síntomas inespecíficos y somatización revela una dimensión emocional de la morbilidad juvenil: estrés académico, incertidumbre económica, malos tratos en el hogar, presión social y desgaste psicológico acumulado, especialmente después de la pandemia.

La salud mental sobresale como una problemática transversal. Ansiedad, depresión, estrés y trastornos emocionales se disparan en los años posteriores a la pandemia y se mantienen elevados. El Capítulo 2 muestra que el sistema de salud presenta una oferta fragmentada, centralizada y escasamente adaptada a las necesidades juveniles; esto dificulta la detección temprana, la continuidad del tratamiento y la atención oportuna en crisis. De igual manera, la falta de espacios seguros, la violencia comunitaria, la inseguridad y la estigmatización territorial generan un caldo de cultivo que aumenta la vulnerabilidad emocional de adolescentes y jóvenes, especialmente en sectores donde se observan menos oportunidades educativas, deportivas y culturales.

Las lesiones no fatales —producto de caídas, prácticas deportivas, accidentes de tránsito o riñas— también tienen un fuerte componente territorial. Barrios con infraestructura deteriorada, ausencia de espacios recreativos adecuados, vías en mal estado y ambientes socialmente tensos configuran escenarios

donde los adolescentes y jóvenes están expuestos de manera cotidiana a eventos que derivan en morbilidad recurrente. En el caso de las mujeres jóvenes, se evidencian además problemáticas derivadas de la desigualdad de género: mayor presencia de morbilidad por salud sexual y reproductiva, embarazos no planificados, infecciones urinarias y condiciones vinculadas al estrés de la doble carga educativa-laboral y de cuidados.

Finalmente, las problemáticas de salud sexual y reproductiva — particularmente embarazo adolescente e ITS— se explican por la combinación de barreras de acceso a servicios amigables, dinámicas socioculturales restrictivas, limitada educación sexual y diferencias territoriales en la oferta de servicios. Las comunas con mayor deserción escolar, menor acceso a equipamientos y mayor pobreza registran un riesgo más elevado, lo que confirma que estos eventos no son únicamente individuales, sino estructurales.

En síntesis, el análisis conjunto de los tres capítulos evidencia que las problemáticas de salud que más afectan a adolescentes y jóvenes —violencias, siniestros viales, salud mental, enfermedades respiratorias y digestivas, síntomas inespecíficos, lesiones y vulnerabilidades reproductivas— están profundamente determinadas por el territorio, la desigualdad urbana, las condiciones socioeconómicas, las dinámicas de convivencia, la precariedad laboral, la disponibilidad de espacios protectores y la capacidad real del sistema de salud para garantizar acceso oportuno y continuo. La salud juvenil en Armenia no puede comprenderse sin mirar la ciudad que habitan y las formas de vida que esta estructura; por ello, las respuestas deben articular salud, movilidad, seguridad, educación, urbanismo, protección social y políticas de juventud orientadas a cerrar brechas territoriales y garantizar mejores condiciones de vida.

CAPITULO 4. NÚCLEOS DE INEQUIDAD SOCIO SANITARIA

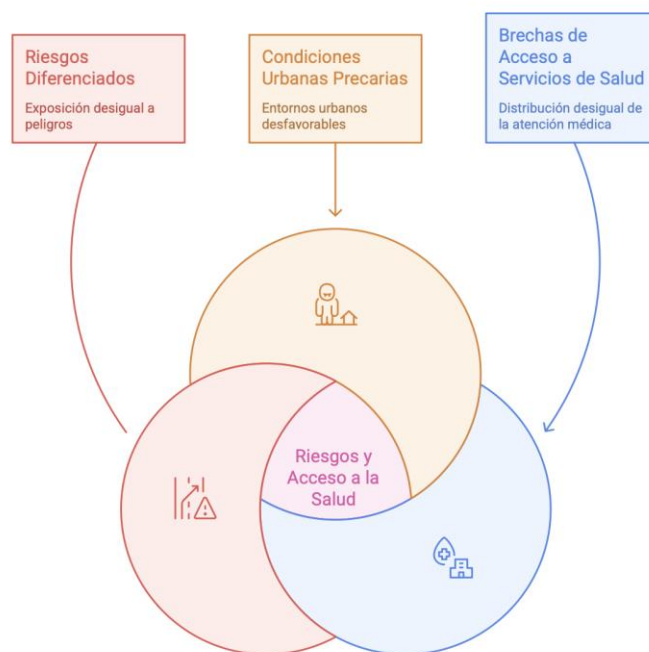
4.1 Núcleos de inequidad

4.1.1. Inequidad territorial en la distribución del riesgo y del acceso a servicios

La primera gran inequidad identificada en el ASIS juvenil corresponde a la desigual distribución espacial del riesgo, que afecta de manera marcada a adolescentes y jóvenes que habitan las comunas del sur, centro y occidente de Armenia. Estos territorios concentran precariedad en infraestructura, déficit de equipamientos comunitarios, deterioro del espacio público, mayor inseguridad y altos niveles de informalidad residencial y laboral. Tales condiciones explican por qué las causas externas de mortalidad —homicidios, siniestros viales y suicidios— se intensifican en estas zonas. La ubicación

geográfica del joven influye directamente en su probabilidad de morir por violencia o accidente, debido a entornos que no ofrecen protección, oportunidades ni redes sociales sólidas (ver Esquema No. 1).

Esquema 1 Núcleo de inequidad territorial en la distribución del riesgo y del acceso a servicios



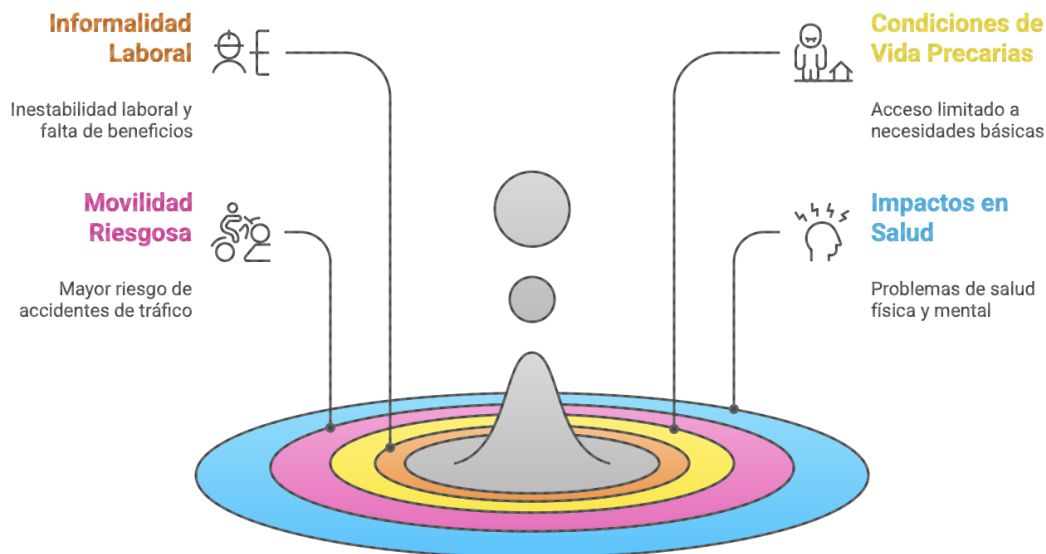
Fuente: Elaboración propia

A esta desigualdad se suma una inequidad de acceso derivada de la concentración de servicios de salud —especialmente los de mediana y alta complejidad— en el eje norte-nororiente del municipio, lo cual obliga a los residentes de comunas vulnerables a recorrer distancias mayores y enfrentar barreras económicas y logísticas. La ausencia total de servicios en la zona rural profundiza esta inequidad, generando dependencia absoluta de la red urbana y retrasos en la atención de eventos críticos.

4.1.2. Inequidad social y económica derivada de la informalidad y la precarización laboral juvenil

Se evidencia que la juventud de Armenia vive en un contexto de precarización laboral estructural, caracterizado por alta informalidad, inestabilidad contractual y ausencia de ingresos regulares. Este escenario se refleja en la tendencia del aseguramiento: aumento del régimen subsidiado y estancamiento del contributivo, lo que indica que gran parte de los jóvenes no logra sostener afiliación por ingresos laborales (ver esquema No. 2).

Esquema 2 Núcleo de inequidad social y económica derivada de la informalidad y la precarización laboral juvenil



Fuente: Elaboración propia

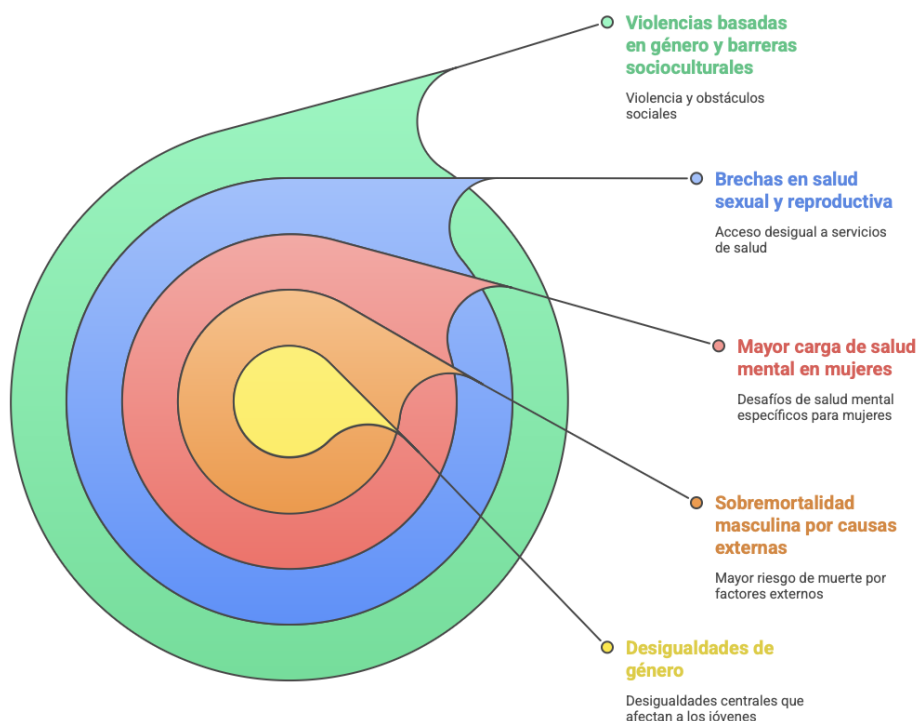
Esta inequidad se conecta con varios problemas de salud. La informalidad impulsa el uso intensivo de motocicletas como herramienta de transporte y trabajo, lo que incrementa exponencialmente la exposición a siniestros viales. Además, la precariedad económica se traduce en menor acceso a alimentación adecuada, mayor estrés financiero, disminución de actividades recreativas formales y aumento de comportamientos de riesgo.

Jóvenes en condiciones de pobreza o vulnerabilidad experimentan mayor deterioro de salud mental, mayor presencia de síntomas inespecíficos (somatización), y menor oportunidad de acceder a servicios especializados.

4.1.3. Inequidad de género en salud mental, violencias y salud sexual y reproductiva

El ASIS muestra que las mujeres jóvenes enfrentan un patrón diferenciado de riesgo: mayor carga de morbilidad por salud mental, ITS, infecciones urinarias, complicaciones ginecológicas y embarazos no planeados. Estas condiciones están asociadas tanto a barreras de acceso como a dinámicas socioculturales que limitan la autonomía, exponen a violencias basadas en género y reducen la posibilidad de acceder a servicios de manera confidencial y oportuna (ver esquema No. 3).

Esquema 3 Núcleo de inequidad de género en salud mental, violencias y salud sexual y reproductiva



Fuente: Elaboración propia

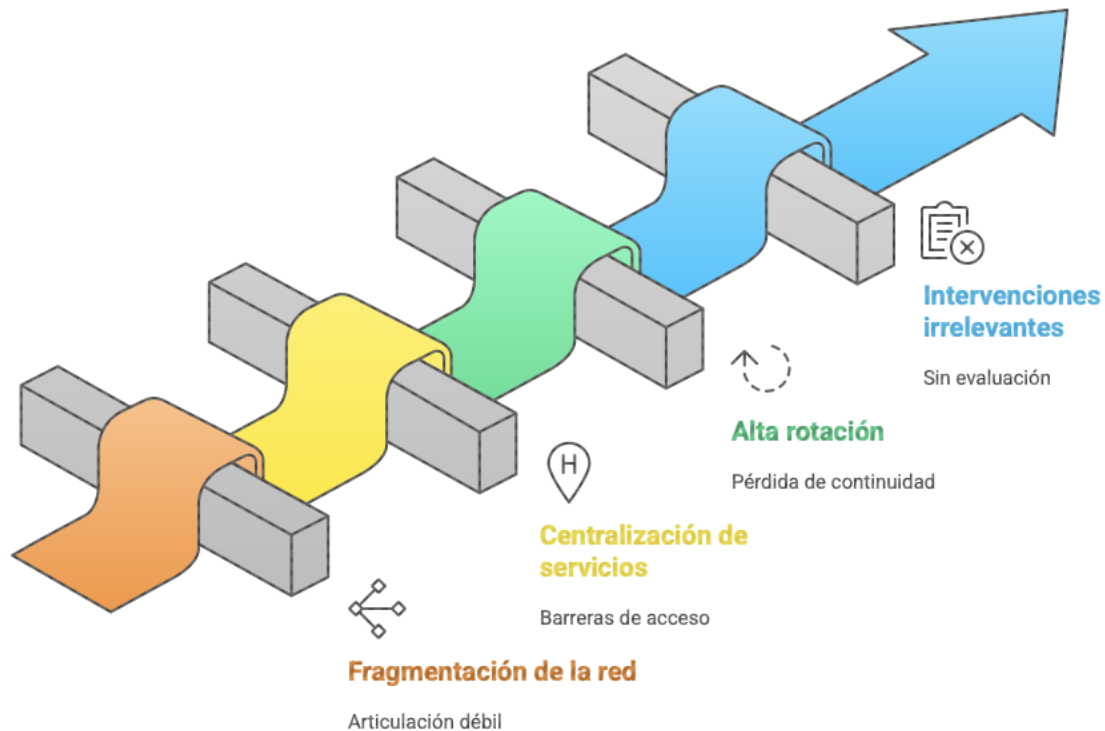
Por su parte, los hombres jóvenes experimentan una sobrerrepresentación en la mortalidad por causas externas, ligada a la socialización masculina en contextos de violencia, riesgo vial, presión por movilidad laboral y participación en dinámicas comunitarias de agresión.

Así, la inequidad de género no es solo un diferencial numérico, sino la expresión de estructuras culturales y territoriales que distribuyen de forma desigual los riesgos y las oportunidades de cuidado.

4.1.4 Inequidad institucional: fragmentación, superficialidad de intervenciones y débil respuesta del sistema

El sistema de salud local presenta barreras estructurales que generan inequidad para la juventud. La fragmentación de prestadores, la centralización geográfica de los servicios, la alta rotación de personal y la planificación mecánica basada en indicadores dificultan una respuesta integral a problemáticas que requieren continuidad, sensibilidad y acompañamiento (ver esquema No. 4).

Esquema 4 Núcleo de inequidad institucional



Fuente: Elaboración propia

La voz de los jóvenes revela una percepción crítica frente a la baja pertinencia de las intervenciones en salud mental, prevención de violencias y educación para la salud. Se describen acciones básicas, simbólicas y sin impacto, que no se ajustan a la magnitud del problema.

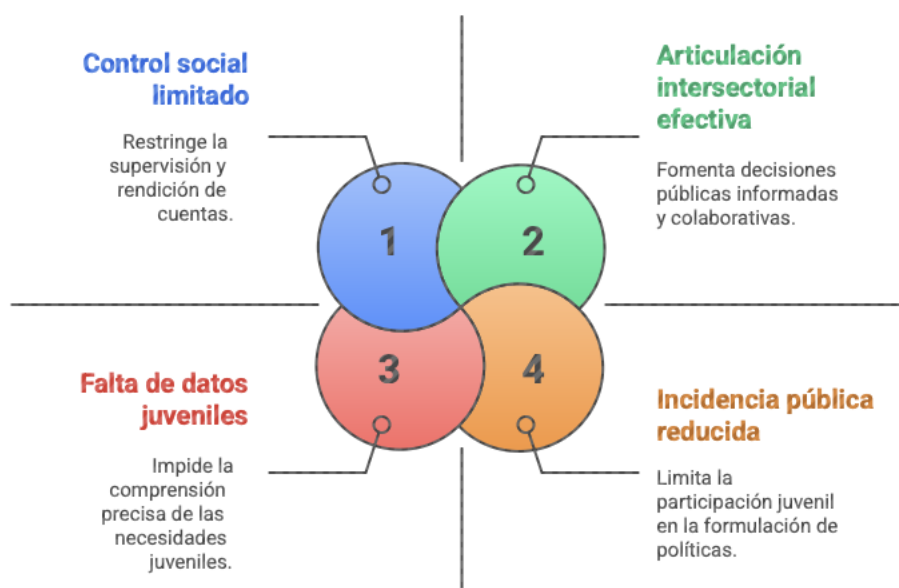
Esta inequidad institucional no solo afecta los resultados en salud: profundiza la desconfianza en el sistema y reduce la disposición de los jóvenes a buscar ayuda.

4.1.5. Inequidad en la participación y en la capacidad de incidencia juvenil

Otro núcleo de inequidad relevante es la exclusión histórica de adolescentes y jóvenes en la toma de decisiones sobre su propia salud. Aunque existen instancias formales como el CMJ y la Plataforma Juvenil, la ausencia de datos desagregados, la falta de reconocimiento de la especificidad juvenil en los diagnósticos previos y la poca articulación interinstitucional limitaban la capacidad de exigir acciones.

El ASIS juvenil rompe parcialmente esta inequidad al visibilizar por primera vez la magnitud del problema. Sin embargo, los propios jóvenes advierten que la participación debe traducirse en corresponsabilidad, incidencia y seguimiento.

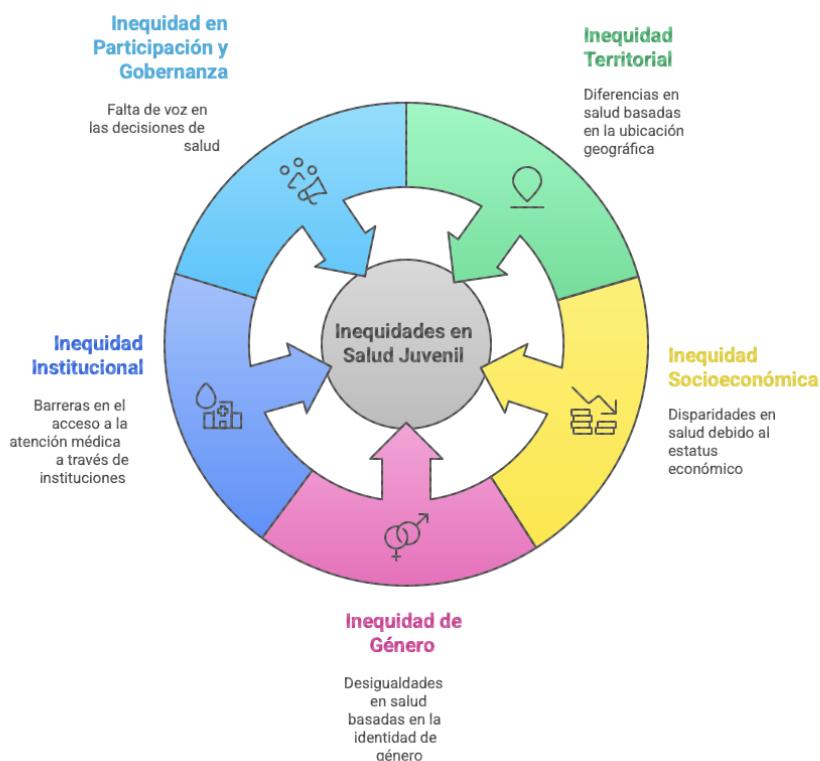
Esquema 5 Núcleo de inequidad en la participación y capacidad de incidencia juvenil



Fuente: Elaboración propia

La representación gráfica de los núcleos de inequidad presentada en el esquema No. 6 sintetiza los hallazgos centrales de este capítulo y permite comprender de manera integrada cómo se configuran las desigualdades que afectan la salud de adolescentes y jóvenes en Armenia. En el centro del diagrama se ubican las inequidades en salud juvenil, entendidas como los resultados diferenciales en mortalidad, morbilidad, acceso y bienestar que experimentan distintos grupos según su ubicación territorial, su posición socioeconómica, su género y sus oportunidades de participación. Esta centralidad muestra que los problemas de salud no son hechos aislados, sino la manifestación final de un conjunto de determinantes que operan simultáneamente.

Esquema 6 Núcleos de inequidad socio-sanitaria



Fuente: Elaboración propia

En torno a este núcleo central se disponen los cinco núcleos de inequidad socio-sanitaria, cada uno de los cuales expresa un mecanismo estructural mediante el cual el territorio produce y distribuye el riesgo. La inequidad territorial determina la exposición diferencial a violencias, siniestros viales, contaminación y barreras de acceso a servicios; la inequidad socioeconómica limita las oportunidades laborales, dificulta el autocuidado y aumenta la carga emocional asociada a la incertidumbre; la inequidad de género genera patrones distintos de vulnerabilidad, desde la sobremortalidad masculina por causas externas hasta la mayor carga de salud mental y salud sexual y reproductiva en mujeres jóvenes. De manera simultánea, la inequidad institucional —marcada por la fragmentación del sistema, la centralización de servicios y la discontinuidad de programas— restringe la capacidad de respuesta, mientras que la inequidad en participación impide que la juventud incida en las decisiones que afectan su bienestar y su futuro.

El diagrama evidencia que estos núcleos no operan de forma aislada, sino como un sistema interdependiente que amplifica y reproduce las desigualdades sanitarias a lo largo del ciclo de vida juvenil. Cada núcleo alimenta a los otros: los territorios precarizados se superponen con la pobreza

y la informalidad laboral; estas condiciones intensifican riesgos diferenciados según género; un sistema institucional débil agrava los efectos de esas desigualdades; y la falta de participación juvenil limita la posibilidad de corregirlas. Este funcionamiento sistémico explica por qué, pese a esfuerzos sectoriales, persisten problemas críticos como la mortalidad por causas externas, el aumento de trastornos mentales, las brechas en salud sexual y reproductiva y las dificultades de acceso a servicios oportunos.

Como cierre del análisis, la imagen permite reconocer que los núcleos de inequidad constituyen tanto el diagnóstico como la hoja de ruta para la acción intersectorial. Intervenir sobre la salud juvenil requiere actuar simultáneamente sobre el territorio, las condiciones socioeconómicas, las desigualdades de género, la capacidad institucional y los mecanismos de participación. Esta comprensión integral es la base para la priorización que seguirá en el proceso ASIS y para el diseño de intervenciones que no solo atiendan eventos, sino transformen las condiciones estructurales que los producen.

4.2 Priorización de problemáticas y necesidades en salud

Para iniciar el proceso de priorización, se recordó que los eventos de mortalidad más frecuentes en adolescentes y jóvenes corresponden a accidentes de tránsito, homicidios y suicidios, todos ellos clasificados dentro de las causas externas. En cuanto a la morbilidad, los eventos más reportados en este grupo poblacional incluyen agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, violencia de género e intrafamiliar, intentos de suicidio, dengue y traumatismos. Estas problemáticas constituyeron el punto de partida para orientar la discusión y valorar cuáles deben ser priorizadas en la construcción del plan de acción.

De acuerdo con la metodología ASIS, la priorización debe considerar cinco criterios fundamentales: magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia, factibilidad y viabilidad.

- Magnitud hace referencia al número de personas afectadas por el evento y a su distribución en el territorio.
- Pertinencia social e intercultural se relaciona con el reconocimiento comunitario del problema como relevante y con su coherencia respecto a prácticas, valores y significados culturales.
- Trascendencia evalúa la gravedad del evento en el tiempo y sus efectos sobre la calidad de vida, el proyecto de vida y las trayectorias de desarrollo juvenil.
- Factibilidad analiza si se cuenta con los recursos técnicos, humanos, materiales y financieros necesarios para intervenir el problema.

- Viabilidad examina si existen condiciones legales, institucionales, políticas y sociales favorables que permitan implementar acciones, así como posibles barreras o resistencias.

La sesión de priorización incluyó un ejercicio participativo para valorar la relevancia de las situaciones de salud identificadas en los talleres previos. A cada joven se le entregó un conjunto de fichas numeradas del 1 al 5 para puntuar cada problemática, en función de la capacidad de agencia juvenil, donde 1 representaba menor relevancia y 5 mayor relevancia para la acción colectiva. El promedio general obtenido para los cuatro criterios aplicados estuvo cercano a 4, lo que evidencia una valoración alta y un consenso respecto a la importancia de intervenir las problemáticas discutidas.

Posteriormente, en plenaria, se realizó una puntuación detallada para cada una de las causas de morbilidad y mortalidad, considerando el criterio de importancia para su abordaje dentro del plan de acción. Con la información recolectada se consolidó una matriz de resultados y se identificaron las tres causas priorizadas, las cuales se presentan en la Tabla No. 2

Tabla 2 Priorización

Causas de morbilidad/ Mortalidad vs puntuación	1	2	3	4	5	Total
Intento de Suicidio	0	0	0	8	75	83
Suicidio	0	0	0	12	70	82
Violencia de Genero	0	0	0	12	90	102
Homicidios	1	0	3	8	65	77
Condiciones relacionadas con la maternidad	1	0	0	24	45	70
Dengue	0	4	12	20	30	66
Traumatismos, envenenamientos u otras consecuencias de causas externas	1	2	12	32	10	57
Accidentes de transito	1	6	9	20	20	56
Agresiones por animales potencialmente trasmisores de rabia	5	0	24	12	0	41

A continuación, se analizó cada uno de los tres eventos priorizados a la luz de los determinantes sociales de la salud.

- Homicidios en adolescentes y jóvenes

El análisis participativo mostró que los homicidios en la población joven no pueden entenderse sólo como hechos aislados vinculados a criminalidad o conflictos interpersonales; por el contrario, se explican por determinantes estructurales —como pobreza, desigualdad, falta de oportunidades laborales y educativas, microtráfico y economías ilegales— que generan trayectorias de riesgo. Estas condiciones operan dentro de territorios marcados por la precariedad urbana, la presencia de violencias cotidianas y la débil cohesión social. Los participantes identificaron que, para muchos jóvenes, la ausencia de alternativas viables de movilidad social empuja a formas de subsistencia que incrementan la probabilidad tanto de ser víctima como de ser autor de homicidios.

"Falta de oportunidades, ingresos y trabajos hace que muchos jóvenes terminen metidos en este círculo... y eso genera homicidios"
(Participante taller octubre 18 2025)

A ello se suma la persistencia de cadenas culturales de violencia, intolerancia y dificultades en la gestión emocional, reproducidas en entornos familiares y comunitarios. La violencia como modo de relación, la normalización del irrespeto a la vida del otro y la resolución violenta de conflictos son factores psicosociales que emergen de formas de vida precarias e históricas.

"En nuestra cultura no está el cuidado por el otro... eso genera cadenas de violencia"
(Participante taller octubre 18 2025)

Finalmente, desde los determinantes intermedios, los jóvenes resaltaron que las circunstancias materiales —robos, hurtos, entornos inseguros, carencia de infraestructura protectora— y el consumo de alcohol y sustancias incrementan situaciones que pueden desencadenar un homicidio. En el plano institucional, se evidenció la necesidad de analizar cómo políticas de seguridad, orden público o intervención territorial pueden estar desconectadas de los factores de origen, concentrando acciones en zonas de mayor criminalización pero no necesariamente en las zonas donde se configuraron las causas profundas.

- Suicidio e intento de suicidio en jóvenes

El suicidio es un evento que expresa la convergencia de múltiples determinantes sociales, especialmente aquellos relacionados con políticas macroeconómicas, precariedad laboral, falta de oportunidades reales de movilidad social y debilitamiento del proyecto de vida. Los jóvenes identificaron que existe una estructura que no habilita un futuro claro: la incertidumbre económica, la imposibilidad de sostener estudios, la falta de empleo y el peso de expectativas sociales genera condiciones emocionales adversas.

"Hay una estructura que se respeta... pero las políticas no tienen articulación con la realidad de los jóvenes"
(Participante taller octubre 18 2025)

En términos de cultura y valores, se evidenció cómo los mandatos de género —particularmente la masculinidad hegemónica— inhiben la expresión emocional y la búsqueda oportuna de ayuda, mientras que en mujeres opera una carga emocional acumulada asociada a roles de cuidado, estereotipos y desigualdades. Esta combinación produce patrones diferenciados: más intentos en mujeres y más suicidios consumados en hombres.

"Los hombres no pueden llorar... y eso hace que carguen todo hasta que explotan"
(Participante taller octubre 18 2025)

En los determinantes intermedios, los participantes identificaron que las circunstancias materiales del entorno —espacios saturados, falta de zonas de desahogo, barrios sin infraestructura urbana digna— potencian la sensación de encierro y desesperanza. Al mismo tiempo, factores como consumo de alcohol y drogas, ambientes familiares violentos, redes de apoyo frágiles o inexistentes y precariedad educativa constituyen elementos que aumentan la vulnerabilidad psicosocial.

Un hallazgo crucial fue la identificación de fallas en la respuesta institucional, especialmente en salud mental: largos tiempos de espera, desconocimiento del abordaje adecuado, desestimación del riesgo y ausencia de un sistema sensible a la diversidad y a la gravedad del sufrimiento emocional juvenil.

"Si uno llega diciendo que quiere morirse le dicen: venga cuando ya esté peor"
(Participante taller octubre 18 2025)

La combinación de estos factores evidencia que el suicidio es un fenómeno eminentemente social: la vida cotidiana de los jóvenes —sus condiciones materiales, oportunidades, relaciones, duelos, expectativas y apoyos— es el eje que configura el riesgo o la protección.

- Violencia de género e intrafamiliar

La violencia de género e intrafamiliar se explicó a partir de determinantes estructurales que incluyen desigualdades de género, inequidad económica, estereotipos culturales, sobrecarga de roles y modelos relacionales sustentados en mandatos patriarcales. Las participantes identificaron que la cultura del territorio reproduce narrativas que responsabilizan a las mujeres independientemente de su posición, mientras la institucionalidad mantiene prácticas que reducen o deslegitiman la denuncia.

"Da igual lo que haga la mujer: todo está mal... y eso hace imposible tener capital social"

(Participante taller octubre 18 2025)

En el campo socioeconómico, el desempleo femenino, la inequidad salarial y la dependencia económica se reconocieron como determinantes que perpetúan la violencia y dificultan la ruptura de ciclos de maltrato. La violencia vicaria — uso del hijo como instrumento para dañar a la pareja— apareció como un fenómeno invisibilizado y profundamente ligado a desigualdades en ingresos, roles familiares y poder simbólico.

"Aquí la plata define quién tiene el poder... incluso para ejercer violencia sobre el otro"

(Participante taller octubre 18 2025)

Los determinantes intermedios mostraron que las condiciones de vecindario, la falta de redes comunitarias de apoyo y la fragmentación social contribuyen a la persistencia del problema. Las juventudes señalaron que no existe una comunidad capaz de sostener, acompañar y respaldar a quien vive violencia, lo que agrava la sensación de soledad y aislamiento.

En el plano institucional, se resaltó que el sistema de salud no reconoce adecuadamente las formas invisibles de violencia, especialmente en urgencias y triage, donde la atención está centrada en indicadores biomédicos y no en el sufrimiento emocional, la coerción o la violencia sexual sin lesiones visibles.

"Si no llegas golpeada no te creen... dicen que no es urgencia"

(Participante taller octubre 18 2025)

Finalmente, la participación juvenil visibilizó que, aunque existen múltiples políticas, mesas y normativas, éstas no necesariamente representan a la juventud o responden a sus realidades. La débil gobernanza, la sobrecarga institucional y la falta de enfoque diferencial generan un entorno que no previene, no detecta y no acompaña adecuadamente las violencias.

Los tres eventos priorizados —homicidios, suicidio/intento de suicidio y violencia de género/intrafamiliar— evidencian que los problemas de salud juvenil en Armenia no se originan en conductas individuales, sino en estructuras que condicionan el riesgo de forma persistente: desigualdad social, precariedad económica, violencias naturalizadas, entornos urbanos inseguros, instituciones fragmentadas y ausencia de redes comunitarias y estatales efectivas.

La voz de los jóvenes, incorporada mediante epígrafes, confirma que las trayectorias de riesgo se configuran antes del evento, en la vida cotidiana, y se agravan por la inoperancia o insensibilidad de las respuestas institucionales.

Capítulo 5. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio PDSP 2022 – 2031 y el Modelo SPP-APS

5.1 Propuestas de respuesta

En el taller de planes de acción los jóvenes abordaron cada uno de los problemas priorizados y generaron propuestas de acción

5.1.1 Propuestas del grupo de Violencia de Género e Intrafamiliar

El grupo que abordó la problemática de violencia de género e intrafamiliar formuló cuatro propuestas principales

Creación de un canal de difusión comunitario

La primera propuesta consiste en crear un canal de difusión orientado a sensibilizar a las familias sobre las rutas de atención, la comunicación asertiva, la normativa vigente, derechos, narrativas educativas y demás herramientas informativas.

Se plantea utilizar principalmente redes sociales y vincular a jóvenes que integran las instancias del subsistema de participación juvenil, junto con el ente territorial.

El grupo estimó un plazo máximo de seis meses para el lanzamiento del canal vía WhatsApp.

- Directorio de manuales de convivencia con enfoque diferencial

La segunda propuesta propone consolidar un directorio de manuales de convivencia para identificar ajustes, recomendaciones y observaciones alineadas con la normatividad colombiana y con un enfoque diferencial. Para ello, los jóvenes sugieren utilizar derechos de petición dirigidos a las instituciones educativas, articulados con la PMJ, el CMJ y la asesoría jurídica de la Procuraduría.

La iniciativa podría desarrollarse durante el próximo año, combinando espacios virtuales y presenciales. Como acción inmediata, el grupo propone recopilar manuales de acceso público y organizarlos en una carpeta en Google Drive.

Durante la discusión, un joven perteneciente a la Personería señaló que esta entidad ha adelantado un proceso sistemático de revisión de los manuales de convivencia y que, actualmente, estos cumplen con la normativa. Indicó también que las principales dificultades en la garantía de derechos de estudiantes LGBTIQ+ no provienen de los manuales, sino de actitudes individuales de algunos docentes.

- **Iniciativa social para promover ajustes a la ley de violencia de género**
La tercera propuesta consiste en impulsar un consenso social que motive a revisar y ajustar la normativa sobre violencia de género para que incluya una mirada bidireccional. La iniciativa se llevaría a cabo mediante estrategias de difusión en redes sociales y acciones de voz a voz que permitan convocar jóvenes y comunidad en general. Los actores llamados a liderar esta propuesta son el CMJ y la PMJ, con apoyo de la Procuraduría y la Contraloría. Su implementación se proyecta para el próximo año; como paso inicial, se propone socializar la idea con los actores institucionales involucrados.

- **Canal de difusión sobre enfoque de género y atención diferencial**
La cuarta propuesta plantea la creación de un canal de difusión dedicado a promover información sobre atención diferencial y enfoque de género, dirigido a toda la población. Se utilizarían redes sociales y plataformas de los organismos de control. Los actores responsables serían la Secretaría de Salud y el Ministerio de Salud. Aunque la propuesta se proyecta para implementación en los próximos meses en el departamento del Quindío, como acción inmediata podría iniciarse mediante un canal de WhatsApp.

Consideraciones generales del grupo

El grupo recomendó incorporar otros medios de difusión distintos a redes sociales, teniendo en cuenta que parte de la población no tiene acceso a internet. Igualmente, se sugirió evaluar la efectividad real de las acciones comunicativas: su alcance, reconocimiento por parte de la juventud, y pertinencia en la gestión de casos, pues a menudo llegan a estos canales situaciones que superan su capacidad operativa y requieren remisión a entidades que no siempre están articuladas con la iniciativa.

5.1.2 Propuestas del grupo que trabajó la problemática de Homicidios

Este grupo presentó una propuesta principal, centrada en fortalecer el tejido comunitario y ampliar oportunidades para personas con discapacidad cognitiva y motriz.

- **Generación de lazos comunitarios y oportunidades de vida**
La propuesta busca empoderar a las comunidades respecto a derechos, beneficios, programas y subsidios orientados a que las personas con discapacidad cognitiva o motriz accedan a empleo digno e ingresos estables. La iniciativa incluye la creación de espacios deportivos y socioculturales donde las personas puedan compartir ideas, construir propuestas e implementar acciones colectivas. Los principales actores involucrados serían las propias

personas con discapacidad, en articulación con organizaciones comunitarias y entidades empresariales.

El grupo propone implementar la iniciativa durante el próximo año, con la participación de la PMJ como garante del proceso y con apoyo de entidades territoriales y empresariales. El paso inmediato es fortalecer el grupo existente mediante procesos de formación y suministro de información pertinente.

- Educación para la convivencia y resolución de conflictos

En relación con la creación de lazos comunitarios, se sugirió incorporar contenidos de cátedra y pedagogía de paz dentro de las instituciones educativas, fortaleciendo habilidades de resolución de conflictos. También se propuso vincular al gobierno escolar como actor clave. La Personería manifestó que puede acompañar la iniciativa, aunque no liderarla debido a limitaciones de capacidad instalada; sugirió que la Secretaría de Educación asuma el liderazgo.

Reflexión sobre oportunidades de vida como factor estructural del homicidio
El grupo reflexionó que la principal condición asociada al homicidio es la falta de oportunidades de vida, frecuentemente marcada por entornos donde la vulneración de derechos y la normalización de la violencia configuran trayectorias delictivas. Se destacó la importancia de garantizar el acceso a educación y empleo digno, señalando que la ruptura institucional más significativa ocurre tras el grado 11, cuando muchos jóvenes dejan de estar vinculados a espacios seguros y protectores.

5.1.3. Propuesta del grupo que trabajó la problemática de Suicidio

El tercer grupo presentó una propuesta centrada en la creación de espacios de escucha, basada en la metodología de círculos de diálogo

- Círculos de escucha y desarrollo de habilidades socioemocionales

La iniciativa tiene como objetivo generar encuentros donde los jóvenes puedan expresar sus experiencias, fortalecer el amor propio, desarrollar capacidades de afrontamiento y practicar actividades físicas que contribuyan a aliviar pensamientos suicidas. Las acciones contemplan procesos de difusión, convocatoria, identificación del estado emocional de los participantes y desarrollo de espacios adaptados a sus necesidades. Los actores involucrados son áreas de Recursos Humanos en Salud y Educación, que participarían inicialmente en 2026-I. Como acción inmediata, el grupo propone iniciar procesos de acompañamiento técnico.

Aliados estratégicos

Se reconocieron como aliados relevantes a la Secretaría de Salud, que actualmente promueve estrategias como los centros de escucha y las zonas de orientación escolar. También se resaltó la importancia de que los actores juveniles reciban formación en Primeros Auxilios Psicológicos, para atender ideación suicida, crisis de ansiedad y otras situaciones de salud mental.

5.2 Recomendaciones

El análisis integral de la situación de salud de adolescentes y jóvenes en Armenia evidencia que la mayor parte de los problemas priorizados — violencias, siniestros viales, salud mental, morbilidades evitables y vulnerabilidades en salud sexual y reproductiva— se encuentran profundamente determinados por factores territoriales, socioeconómicos, culturales e institucionales. Sobre esta base, y considerando las propuestas de los jóvenes durante el proceso participativo, se formulan las siguientes recomendaciones orientadas a transformar las condiciones estructurales que producen inequidades y riesgos para esta población.

5.2.1. Recomendaciones para fortalecer la gobernanza juvenil y la participación incidente

- Institucionalizar una Mesa Intersectorial de Salud Juvenil

Crear un espacio permanente de articulación que vincule a Secretaría de Salud, Desarrollo Social, Educación, Planeación, organismos de control, organizaciones juveniles, CMJ, PMJ y academia, con el objetivo de coordinar intervenciones, revisar avances del ASIS y orientar el Plan de Acción en Salud (PAS). Este espacio debe tener agenda, funciones y seguimiento definidos.

- Garantizar mecanismos de participación vinculante en la toma de decisiones

Asegurar que las instancias juveniles reciban información periódica y comprensible sobre recursos invertidos, indicadores de salud juvenil, rutas de atención y programas. Incluir a los jóvenes en comités de seguimiento, mesas técnicas del PAS y procesos de control social.

- Reducir la alta rotación institucional y fortalecer capacidades técnicas

Desarrollar un plan anual de capacitación interinstitucional y continuidad operativa para evitar rupturas en memoria institucional y garantizar procesos sostenidos.

5.2.2. Recomendaciones para la prevención de violencias (género, intrafamiliares, interpersonales y homicidios)

- Implementar sistemas comunitarios de información y prevención
Poner en marcha canales de difusión juveniles (WhatsApp, redes sociales, medios comunitarios) con información sobre rutas de atención, comunicación asertiva, derechos, normativa y recursos disponibles. Esta acción responde a la brecha identificada de desconocimiento institucional y fallas en información accesible.
- Fortalecer la convivencia escolar con enfoque diferencial y de género
Actualizar, socializar y armonizar los manuales de convivencia en todas las instituciones educativas, asegurando enfoque LGBTIQ+, no discriminación y mecanismos efectivos de protección. Acompañar esta acción con formación docente, supervisión y pedagogía comunitaria.
- Generar oportunidades de vida para jóvenes y personas con discapacidad
Diseñar programas territoriales que amplíen oportunidades educativas, laborales y culturales, especialmente para jóvenes en zonas de alta violencia. Impulsar programas de empleabilidad digna, formación técnica y creación de espacios socioculturales donde se fortalezcan los lazos sociales.
- Integrar pedagogías de paz y resolución de conflictos en el sistema educativo
Incorporar cátedras de paz, mediación escolar y competencias socioemocionales, articuladas con gobierno escolar, Secretaría de Educación y Personería.
- Abordar los homicidios desde un enfoque estructural
Reconociendo que la violencia homicida responde a pobreza, falta de oportunidades, criminalización diferencial, consumo de sustancias y trayectorias de vida marcadas por la vulneración de derechos, se requieren acciones integrales que incluyan:
 - intervención territorial en barrios críticos,
 - programas de retención y reinserción educativa post-grado 11,
 - oportunidades laborales protegidas,
 - estrategias de ocupación positiva del tiempo.

5.2.3. Recomendaciones para la salud mental y la prevención del suicidio

- Implementar círculos de escucha y redes comunitarias de apoyo juvenil
Crear espacios regulares basados en metodologías de escucha activa para fortalecer el afrontamiento, el autocuidado y las habilidades socioemocionales. Estos espacios deben articularse con los centros de escucha, las Zonas de Orientación Escolar (ZOE) y equipos de APS.

- Formar actores juveniles y comunitarios en Primeros Auxilios Psicológicos
Capacitar a estudiantes, docentes, líderes juveniles, orientadores y personal comunitario para responder de manera adecuada a crisis emocionales, ideación suicida y ansiedad.

- Fortalecer la atención primaria y garantizar rutas diferenciadas para jóvenes

Corregir fallas de resolutiveidad y acceso oportuno en salud mental, ampliando horarios, modalidades de atención, derivaciones rápidas y estrategias móviles territorializadas.

5.2 4. Recomendaciones para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud

- Implementar servicios amigables para jóvenes con enfoque diferencial
La oferta debe considerar horarios extendidos, atención confidencial, enfoque de género, rutas rápidas y articulación con instancias educativas y comunitarias.

- Fortalecer la APS en territorios de mayor vulnerabilidad
Asegurar equipos extramurales permanentes en barrios con mayores cargas de inequidad, con funciones de detección temprana, educación en salud y acompañamiento psicosocial.

- Garantizar rutas claras para jóvenes migrantes, víctimas y población LGBTIQ+

Reducir barreras de acceso, asegurar protocolos no discriminatorios y articular con instituciones que atienden vulnerabilidades específicas.

5.2. 5. Recomendaciones para el desarrollo de entornos protectores y saludables

- Movilidad segura para jóvenes motociclistas, ciclistas y peatones
Mejorar infraestructura vial, andenes, señalización y puntos críticos de siniestralidad.

Implementar campañas juveniles de cultura vial y control fronterizado sobre venta irregular de motocicletas y elementos de protección.

- Recuperación y mantenimiento del espacio público
Priorizar zonas con deterioro ambiental, basuras, ruido y contaminación visual, especialmente en microcuencas y sectores intervenidos.
Conectar intervenciones ambientales con procesos de bienestar emocional.

- Fortalecer la recreación, cultura y deporte como estrategias de prevención
Crear entornos de participación cultural y deportiva que funcionen como protectores frente a violencias, riesgo suicida y consumo problemático de sustancias.

5.2.6. Recomendaciones para reducir inequidades y garantizar derechos

- Enfocar las intervenciones según los núcleos de inequidad identificados
Orientar recursos hacia las comunas con mayor:

- déficit de equipamientos,
- concentración de siniestros viales,
- presencia de violencias,
- barreras de acceso a servicios,
- e informalidad laboral.

- Implementar políticas diferenciadas por subpoblación juvenil

Con acciones específicas para:

- mujeres jóvenes,
- jóvenes rurales,
- jóvenes migrantes,
- víctimas del conflicto,
- población LGBTIQ+,
- jóvenes con discapacidad.

- Asegurar el tránsito seguro entre adolescencia y adultez

Crear programas de transición educativa-laboral que acompañen a los jóvenes después del grado 11, reduciendo la ruptura institucional que aumenta la vulnerabilidad a violencias, desempleo y deserción educativa.

5.2.7. Recomendaciones para el seguimiento y la sostenibilidad del ASIS juvenil

- Crear un tablero público de seguimiento

Con indicadores de mortalidad, morbilidad, violencia, salud mental, siniestralidad vial, y acceso a servicios, accesible a juventudes y ciudadanía.

- Integrar el ASIS en la planeación municipal

Utilizar los resultados para la formulación del PAS, la política de juventud y el diseño de presupuestos participativos orientados a jóvenes.

- Garantizar continuidad del proceso participativo

Establecer encuentros anuales de evaluación entre instituciones y jóvenes para revisar avances, ajustar estrategias y promover apropiación social.

Las recomendaciones del ASIS Juvenil de Armenia se centran en transformar los determinantes sociales que estructuran la salud de la juventud: inequidad territorial, precariedad socioeconómica, fallas institucionales, violencia estructural y desprotección de derechos. Al integrar la perspectiva técnica con la voz de los jóvenes, se propone un conjunto de acciones concretas que fortalecen la gobernanza, amplían oportunidades, mejoran la oferta de salud y construyen entornos protectores.

6. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 100. Colombia; Jan 17, 2024.
2. Gobernación del Quindío. Secretaria de Salud Departamental. Análisis de situación de salud participativo. Departamento del Quindío. 2023 . Armenia; 2023.
3. Alcaldía de Armenia. Ficha Básica Municipal. Armenia; 2023.
4. Alcaldía de Armenia. Secretaria de Salud Municipal. Análisis de situación en salud en el modelo de los determinantes sociales "ASIS." Armenia; 2023.
5. Alcaldía de Armenia. Departamento Administrativo de Planeación. Documento Técnico de Soporte. Modificación excepcional de norma urbanística Acuerdo 019 de 2009 Plan de Ordenamiento Territorial. Armenia; 2023 Oct.
6. Alcaldía de Armenia. Departamento Administrativo de Planeación. Plan de Desarrollo Comunal.Sector Rural. Armenia: Alcaldía de Armenia. Departamento Administrativo de Planeación; 2024.
7. Alcaldía de Armenia. Documento Técnico de Soporte POT. Armenia;
8. Alcaldía de Armenia. Plan de Ordenamiento Territorial 2009-2023. Componente urbano. Armenia; 2009.
9. Alcaldia de Armenia. Secretaria de Salud. Análisis participativo de situación de salud ASIS, Armenia Quindío año 2024. Armenia; 2024.
10. Corporación Autónoma Regional del Quindío. <https://crq.gov.co/boletines-hidrometereologicos/boletin-hidrometereologico-2018/>. 2018. Boletines Hidrometereológicos .
11. Corporación Autónoma Regional del Quindío. <https://crq.gov.co/boletines-hidrometereologicos/boletin-hidrometereologico-2019/>. 2019. Boletines Hidrometereológicos.
12. Corporación Autónoma Regional del Quindío. <https://crq.gov.co/boletines-hidrometereologicos/boletin-hidrometereologico-2020/>. 2020. Boletines Hidrometereológicos.

13. Corporación Autónoma Regional del Quindío.
<https://crq.gov.co/boletines-hidrometereologicos/boletin-hidrometereologico-2021/>. 2021. Boletines Hidrometereológicos.
14. Corporación Autónoma Regional del Quindío.
<https://crq.gov.co/boletines-hidrometereologicos/boletin-hidrometereologico-2022/>. 2022. Boletines Hidrometereológicos.
15. Corporación Autónoma Regional del Quindío.
<https://crq.gov.co/boletines-hidrometereologicos/boletin-hidrometereologico-2023/>. 2023. Boletines Hidrometereológicos.
16. Alcaldía de Armenia. Departamento Administrativo de Planeación. Asentamientos informales con desarrollos incompletos. Armenia; 2025.
17. Corporación Autónoma Regional del Quindío.
<https://crq.gov.co/boletines-de-gestion-del-riesgo-2017/>. 2017.
Boletines de Gestión del Riesgo 2017.
18. Corporación Autónoma Regional del Quindío.
<https://crq.gov.co/boletines-de-gestion-del-riesgo-2018/>. 2018.
Boletines de Gestión del Riesgo 2018.
19. Corporación Autónoma Regional del Quindío.
<https://crq.gov.co/boletines-de-gestion-del-riesgo-2019/>. 2019.
Boletines de Gestión del Riesgo 2019.
20. Corporación Autónoma Regional del Quindío.
<https://crq.gov.co/boletines-de-gestion-del-riesgo-2020/>. 2020.
Boletines de Gestión del Riesgo 2020.
21. Corporación Autónoma Regional del Quindío.
<https://crq.gov.co/boletines-de-gestion-del-riesgo-2021/>. 2021.
Boletines de Gestión del Riesgo 2021.
22. Corporación Autónoma Regional del Quindío.
<https://crq.gov.co/boletines-de-gestion-del-riesgo/boletines-de-gestion-del-riesgo-2022/>. 2022. Boletines de Gestión del Riesgo 2022.
23. Corporación Autónoma Regional del Quindío.
<https://crq.gov.co/boletines-de-gestion-del-riesgo/boletines-de-gestion-del-riesgo-2023/>. 2023. Boletines de Gestión del Riesgo 2023.
24. Corporación Autónoma Regional del Quindío.
<https://crq.gov.co/boletines-de-gestion-del-riesgo/boletines-de-gestion-del-riesgo-2024/>. 2024. Boletines de Gestión del Riesgo 2024.

25. Aeronautica Civil. Aeropuerto Internacional El Edén [Internet]. [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.aerocivil.gov.co/aeropuertos/Pages/el-eden.aspx#review>
26. Armenia como vamos. Encuesta de Percepción Ciudadana. 2016 [Internet]. 2016 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://armeniacomovamos.org/encuesta-de-percepcion-ciudadana/>
27. Armenia como vamos. Encuesta de Percepción Ciudadana. 2017 [Internet]. 2017 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://armeniacomovamos.org/encuesta-de-percepcion-ciudadana/>
28. Armenia como vamos. Encuesta de Percepción Ciudadana. 2018 [Internet]. 2018 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://armeniacomovamos.org/encuesta-de-percepcion-ciudadana/>
29. Armenia como vamos. Encuesta de Percepción Ciudadana. 2019 [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://armeniacomovamos.org/encuesta-de-percepcion-ciudadana/>
30. Armenia como vamos. Encuesta de Percepción Ciudadana. 2020 II [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://armeniacomovamos.org/encuesta-de-percepcion-ciudadana/>
31. Armenia como vamos. Encuesta de Percepción Ciudadana. 2021 II [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://armeniacomovamos.org/encuesta-de-percepcion-ciudadana/>
32. Armenia como vamos. Encuesta de Percepción Ciudadana. 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://armeniacomovamos.org/encuesta-de-percepcion-ciudadana/>
33. Armenia como vamos. Encuesta de Percepción Ciudadana. 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://armeniacomovamos.org/encuesta-de-percepcion-ciudadana/>
34. Armenia como vamos. Encuesta. de Percepcion Ciudadana 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://armeniacomovamos.org/download/epc-2024/>
35. La Crónica del Quindío. <https://archivo.cronicadelquindio.com/noticias/local/carlos-mario-lvarez-alcalde-de-armenia-2016-2019>. 2015. Carlos Mario Alvarez Alcalde de Armenia 2016-2019.

36. La Crónica del Quindío. <https://archivo.cronicadelquindio.com/noticias/ciudad/jos-manuel-ros-alcalde-de-armenia-2020-2023>. 2019. José Manuel Ríos, alcalde de Armenia 2020 - 2023.
37. Colombia. com. Elecciones regionales 2015 [Internet]. 2015 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://www.colombia.com/elecciones/2015/regionales/resultados/electorales.aspx?C=CO&D=26&M=1>
38. Concejo Municipal de Armenia. Plan de Desarrollo "Armenia Con Más Oportunidades" 2024-2027 . Acuerdo 309 Colombia; Jun 5, 2024.
39. Registraduría Nacional del Estado Civil. Resultado por agrupación política. Concejo Armenia [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 13]. Available from: https://prec_territoriales_2019.registraduria.gov.co/#/concejo/103/colombia/quindio/armenia
40. Concejo Municipal de Armenia Quindio. Plan de Desarrollo del Municipio de Armenia 2016-2019 "Sigamos Adelante." Acuerdo 065 Colombia: Acuerdo 65; 2016.
41. Concejo Municipal Armenia Quindio. Plan de Desarrollo del Municipio de Armenia 2020-2023 "Armenia pa" todos". Acuerdo 164 Colombia; Oct 5, 2020.
42. Concejo Municipal de Armenia. <https://www.concejo-armenia.gov.co/planes/plan-estrategico-20242027-concejo-municipal-de-armenia>. 2025. Plan Estratégico 2024-2027.
43. Alcaldía de Armenia. Política pública de juventud de Armenia "jóvenes construyendo ciudad" 2014-2024. 169 Colombia: Decreto Municipal; Feb 21, 2015.
44. Concejo Municipal Armenia. Política pública de discapacidad e inclusión social del municipio de Armenia 2023-2032" "por una Armenia más diversa e incluyente" . Acuerdo 282 Colombia; Jul 19, 2023.
45. Concejo Municipal Armenia. Política pública de habitante de calle de armenia 2017-2027 "Armenia ciudad de derechos." Acuerdo 109 Colombia; Nov 28, 2017.

46. Concejo Municipal Armenia. Política pública de mujeres de Armenia 2023-2032" "ila soñamos, la construimos y ahora la implementaremos! Acuerdo 279 Colombia; Jul 8, 2023.
47. Concejo Municipal Armenia. Política pública de libertad e igualdad religiosa, culto y conciencia del municipio de Armenia – Quindío 2021 - 2031. Acuerdo 223 Colombia; Dec 6, 2021.
48. Concejo Municipal Armenia. Política pública para la acción comunal en el municipio de Armenia Quindío. Acuerdo 148 Colombia; Nov 27, 2019.
49. Alcaldía de Armenia. Plan de Desarrollo Municipal. Armenia con mas oportunidades 2024-2027. Diagnostico por líneas estratégicas. Armenia; 2024.
50. Alcaldía de Armenia. Secretaria de Desarrollo Social. Diagnostico Social Situacional. Plan de Desarrollo del Municipio de Armenia 2016-2019. Armenia; 2016.
51. Alcaldía de Armenia. Documento base. Plan de Desarrollo del Municipio de Armenia 2016-2019. Armenia; 2016.
52. Alcaldía de Armenia. Diagnostico Social Situacional. Plan de Desarrollo Armenia Pa' todos. 2020-2023. Armenia; 2020.
53. Alcaldía de Armenia. Plan de Desarrollo Municipal. Armenia con mas oportunidades 2024-2027. Diagnostico infancia y adolescencia. Armenia; 2024.
54. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Mercado Laboral 2007-2025. 2025.
55. Ministerio de Educación Nacional. Datos Abiertos MEN. Estadísticas sectoriales de educación preescolar, básica y media.
56. Red de ciudades cómo vamos. Armenia cómo vamos. Informe de Calidad de Vida 2023. Armenia; 2023.
57. Instituto Nacional de Salud. Calidad del Agua para Consumo Humano en Colombia [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 12]. Available from: https://www.datos.gov.co/Salud-y-Protecci-n-Social/Calidad-del-Agua-para-Consumo-Humano-en-Colombia/nxt2-39c3/about_data
58. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras Aseguramiento en Salud 2018- 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 12]. Available from:

https://public.tableau.com/app/profile/minsaludcol/viz/CifrasAseguramientoenSalud_16166927767750/Aseguramiento

59. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS [Internet]. [cited 2025 Nov 17]. Available from: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro+Actual&pageHlp=