



INFORME DE INVESTIGACIÓN

Brecha en la atención médica pre-muerte por grupo étnico en Colombia (2018–2023)

INVESTIGACIÓN Y AUTORÍA

Catpital Research

FECHA DE PUBLICACIÓN

31/07/2026

CATEGORÍA / SECTOR

Economía de salud

CÓDIGO DEL DOCUMENTO

CP-RES-2026-001

© CATPITAL. Todos los derechos reservados.catpital.co

Tabla de contenido

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
ESTADO DEL ARTE	3
OBJETIVOS.....	4
Objetivos generales	4
Objetivos específicos.....	4
METODOLOGÍA.....	4
Tipo de estudio	4
Población	4
Fuentes de datos e información	4
Variables y medidas	5
Procesamiento y análisis estadístico	7
DICCIONARIO DE VARIABLES.....	8
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	9
ASPECTOS ÉTICOS	24
CONCLUSIÓN.....	24
REFERENCIAS	25
LISTA DE TABLAS.....	27
LISTA DE FIGURAS.....	27

Resumen

Objetivo. Analizar las diferencias en la probabilidad de haber recibido asistencia médica antes del fallecimiento entre los distintos grupos étnicos de Colombia durante el periodo 2018–2023, identificando las desigualdades estructurales que condicionan el acceso a la atención sanitaria al final de la vida.

Métodos. Estudio cuantitativo, observacional y descriptivo-comparativo, con enfoque transversal y análisis retrospectivo. Se utilizaron los microdatos anonimizados de defunciones provenientes de las Estadísticas Vitales del DANE, correspondientes al periodo 2018–2023. Se analizaron las variables de asistencia médica pre-muerte, grupo étnico, sexo, edad, causa de muerte, identidad en salud, y departamento de ocurrencia. Se aplicaron métodos de estadística descriptiva y una prueba Chi-cuadrado para determinar si existían diferencias significativas en la atención médica pre-muerte entre la población indígena y la palenquera de San Basilio, los grupos con menor y mayor proporción de atención respectivamente.

Resultados. Durante el periodo analizado se registraron 1.700.891 defunciones en el país. El 74,1% de los fallecidos recibió asistencia médica antes de morir, mientras que el 25,5% no tuvo atención profesional previa. Entre los grupos étnicos, la población indígena presentó el porcentaje más bajo de asistencia (55,9%), y la palenquera de San Basilio el más alto (77,8%), con una diferencia de 21,8 puntos porcentuales. La prueba Chi-cuadrado arrojó un valor $p = 1,519 \times 10^{-13}$, indicando una asociación estadísticamente significativa entre pertenencia étnica y probabilidad de haber recibido atención médica pre-muerte.

Conclusiones. Los resultados evidencian que la atención médica al final de la vida está marcada por desigualdades étnico-raciales persistentes. Las comunidades indígenas, rurales y dispersas presentan los niveles más bajos de cobertura efectiva, condicionadas por factores geográficos, culturales y estructurales, mientras que grupos pequeños y territorialmente cohesionados como los palenqueros muestran mejores resultados relativos gracias a su cercanía institucional y acción comunitaria. Se concluye que la etnicidad constituye un determinante estructural de la inequidad sanitaria, reflejando la necesidad de fortalecer políticas de salud intercultural y de garantizar acceso equitativo en territorios étnicos.

Palabras clave: Asistencia médica pre-muerte; desigualdad étnica; acceso a los servicios de salud; determinantes sociales de la salud; equidad sanitaria.

Clasificación JEL: I14, I18, I15

Introducción

La salud, entendida como un derecho fundamental y un indicador clave del bienestar social, refleja con precisión las desigualdades estructurales que atraviesan una sociedad. En Colombia, el acceso efectivo a los servicios de salud continúa condicionado por factores socioeconómicos, geográficos y culturales, donde la pertenencia étnico-racial emerge como uno de los determinantes más persistentes de la inequidad sanitaria. A pesar de los avances institucionales logrados tras la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), las brechas entre grupos poblacionales siguen siendo amplias, especialmente entre las comunidades indígenas, afrodescendientes, raizales, palenqueras y gitanas frente a la población no étnica.

La asistencia médica pre-muerte constituye un indicador revelador del nivel de equidad en el sistema sanitario, ya que la posibilidad de recibir atención médica antes del fallecimiento refleja no solo la capacidad del sistema para garantizar cobertura y oportunidad, sino también el grado de inclusión social de los diferentes grupos étnicos. Analizar quiénes mueren con o sin asistencia médica permite identificar desigualdades profundas en la distribución de los recursos sanitarios, en la calidad de los servicios, y en las condiciones materiales y simbólicas que determinan el acceso a la atención médica.

A lo largo de la historia colombiana, la atención sanitaria ha estado marcada por un modelo biomédico centralizado que privilegia la lógica urbana y occidental, dejando rezagadas a las comunidades étnicas que habitan zonas rurales o dispersas. Las barreras geográficas, el aislamiento territorial, la falta de personal médico intercultural y la discriminación institucional han configurado un panorama de desigualdad estructural que se traduce en mayores tasas de mortalidad sin atención médica entre los grupos más vulnerables. Por otro lado, las deficiencias en la infraestructura hospitalaria, el subregistro estadístico y la escasa pertinencia cultural de los servicios de salud perpetúan la exclusión de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y gitanas del acceso efectivo a los servicios médicos sin embargo las diferencias no son homogéneas. Algunos grupos, como la comunidad palenquera de San Basilio, han logrado establecer redes locales de apoyo y gestión comunitaria que facilitan el acceso a la atención institucional, mientras que otros, como los pueblos indígenas, continúan enfrentando los mayores obstáculos estructurales. Estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de examinar las desigualdades étnicas no solo desde una perspectiva demográfica o territorial, sino como un fenómeno multicausal que combina factores históricos, económicos, culturales e institucionales.

Por todo esto, el presente estudio tiene como propósito analizar la relación entre la condición étnico-racial y la probabilidad de haber recibido asistencia médica pre-muerte en Colombia durante el periodo 2018–2023. A partir de los microdatos anonimizados de defunciones del DANE, se busca caracterizar las diferencias entre los distintos grupos étnicos reconocidos, identificando los patrones de desigualdad y las posibles asociaciones significativas entre la pertenencia étnica y el acceso a los servicios de salud al final de la vida. Este enfoque permite evidenciar cómo la etnicidad sigue operando como un determinante estructural de la inequidad sanitaria, aportando elementos analíticos para la formulación de políticas de salud más inclusivas e interculturales.

Formulación del problema

¿Existen diferencias significativas en la probabilidad de haber recibido asistencia médica pre-muerte entre los distintos grupos étnicos en Colombia durante el periodo 2018–2023?

Estado del arte

La literatura científica y los informes técnicos coinciden en que la condición étnico-racial constituye un determinante estructural de inequidad en el acceso a los servicios de salud en Colombia y en América Latina. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) señalan que en las zonas habitadas por pueblos indígenas, las barreras geográficas, culturales e institucionales limitan el acceso a la atención primaria y especializada, estas barreras incluyen la dispersión territorial, la falta de transporte adecuado, la incomunicación lingüística, la ausencia de personal capacitado en medicina intercultural y los costos indirectos asociados a la atención, como alimentación, alojamiento y pérdida de días laborales. Por lo tanto, aunque la prestación de servicios sea formalmente gratuita, la cobertura efectiva para estas poblaciones resulta insuficiente y refleja la persistencia de desigualdades estructurales en la atención sanitaria.

Estudios recientes en Colombia confirman estas desigualdades en contextos urbanos y rurales. Viáfara-López, Palacios-Quejada y Banguera-Obregón (2021) evidenciaron que la población indígena y afrodescendiente presenta mayores probabilidades de estar afiliada al régimen subsidiado frente al contributivo, lo que refleja no solo diferencias socioeconómicas, sino también limitaciones en la cobertura efectiva de la atención médica. Este patrón de inequidad persiste incluso después de controlar por variables como edad, sexo, nivel educativo e ingresos, lo que subraya la relevancia de la etnicidad como factor estructural en el acceso a servicios de salud. Por su parte, la OPS (2025), mediante el “Mapa de evidencias sobre interculturalidad en salud”, documenta que los afrodescendientes y otros grupos minoritarios enfrentan dificultades adicionales relacionadas con discriminación institucional, falta de adaptación cultural de los servicios y desigualdades socioespaciales, que impactan negativamente en la oportunidad y calidad de la atención médica. En estas comunidades, el acceso formal al sistema de salud no siempre se traduce en asistencia efectiva, evidenciando brechas entre afiliación administrativa y cobertura real de los servicios.

Estos hallazgos muestran que, a nivel nacional, la desigualdad en salud no solo se expresa en indicadores cuantitativos como tasas de asistencia médica pre-muerte o afiliación al régimen contributivo y subsidiado, sino también en factores cualitativos relacionados con la calidad, la oportunidad y la pertinencia cultural de la atención. El análisis de todo esto revela la necesidad de implementar políticas de salud interculturales, mejorar la cobertura en territorios remotos y fortalecer la equidad estructural para reducir las brechas en el acceso a servicios de salud para grupos étnicos históricamente desfavorecidos en Colombia.

Objetivos

Objetivos generales

Determinar la diferencia en la probabilidad de haber recibido asistencia médica pre-muerte en los distintos grupos étnicos en Colombia durante el lapso 2018-20203

Objetivos específicos

- Estimar la proporción de personas que recibieron asistencia médica pre-muerte en Colombia entre 2018-2023
- Describir la evolución de las defunciones según grupo étnico, grupo etario identidad de salud y posible causa de muerte
- Comparar la probabilidad de haber recibido asistencia médica pre-muerte entre los distintos grupos étnicos
- Determinar la evolución de la asistencia médica pre-muerte a lo largo de los años 2018-2023
- Relacionar la pertenencia étnica con variables sociodemográficas, en relación a la probabilidad de recibir asistencia médica pre-muerte

Metodología

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo cuantitativo, observacional y descriptivo-comparativo, con enfoque transversal y análisis retrospectivo, cuyo propósito es analizar las diferencias en la asistencia médica pre-muerte entre los distintos grupos étnicos de Colombia en el periodo 2018–2023. La población de estudio estuvo conformada por el conjunto de personas fallecidas registradas en las estadísticas vitales del DANE. La información empleada proviene de los microdatos anonimizados de defunciones publicados por el DANE, los cuales incluyen variables sociodemográficas y de contexto relevantes para la investigación.

Población

La población de estudio estuvo conformada por todas las personas fallecidas en el territorio colombiano entre los años 2018 y 2023, registradas en las Estadísticas Vitales del DANE. Estos registros comprenden muertes de causa natural y no natural, ocurridas tanto en áreas urbanas como rurales, y constituyen el universo de análisis sobre el cual se evalúan las diferencias en la atención médica pre-muerte por grupo étnico.

No se realizó muestreo, ya que el estudio utiliza la totalidad de los casos disponibles en los microdatos anonimizados publicados por el DANE.

Fuentes de datos e información

Estos registros administrativos continuos de defunciones que hacen parte de las EEVV son producidos por el DANE en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y otras instituciones del Estado. El proceso metodológico del DANE para la construcción de esta información se basa en un sistema interinstitucional de captación,

consolidación, validación y difusión, que garantiza la cobertura y calidad de los datos a nivel nacional.

La recolección primaria de la información se realiza a través de los certificados de defunción diligenciados por los médicos en el momento del hecho vital. Estos certificados se registran en el Registro Único de Afiliados – módulo Nacimientos y Defunciones, plataforma administrada por el MSPS, que constituye la fuente principal de información sobre muertes en Colombia. En el caso de muertes violentas o bajo investigación judicial, la información proviene directamente del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que emite y remite los certificados correspondientes. Asimismo, en zonas rurales dispersas o de comunidades étnicas donde no siempre hay personal de salud disponible, la captación puede realizarse mediante las oficinas de registro civil y notarías, o mediante formatos alternativos diseñados para garantizar la cobertura del sistema estadístico.

Una vez recopilada la información, el DANE recibe mensualmente los archivos electrónicos del MSPS y del INML-CF, y los somete a procesos de validación, depuración y estandarización. En esta fase, se aplican verificaciones de consistencia interna y se identifican posibles registros duplicados o incompletos. Posteriormente, las causas de defunción son codificadas de manera centralizada por el DANE utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud.

Los datos consolidados se integran en una base única nacional, la cual contiene variables demográficas, socioeconómicas y de contexto, así como información sobre la condición de haber recibido o no asistencia médica antes de la muerte, variable de interés central en el presente estudio. El DANE posteriormente difunde la información en forma de microdatos anonimizados, lo que asegura el uso público de los datos sin comprometer la confidencialidad de las personas.

Este proceso metodológico permite que las EEVV constituyan la fuente oficial más completa y confiable para el análisis de la mortalidad en Colombia, con cobertura nacional y con un alto nivel de estandarización en la recolección, procesamiento y publicación de los datos. No obstante, el propio DANE reconoce limitaciones como el subregistro en zonas rurales dispersas y comunidades étnicas, así como la posible falta de precisión en la variable de pertenencia étnica, lo que debe ser considerado al interpretar los resultados de los análisis.

Variables y medidas

La variable dependiente del análisis fue la asistencia médica pre-muerte, que podía ser: a) Sí, b) No, c) Ignorado, d) Sin información. (Tabla 1)

Tabla 1. Dentición y operacionalización de las variables utilizadas en el estudio

Tipo de variable	Variable	Operacionalización
Variable dependiente	Asistencia media pre-muerte	Sí, No, Ignorado, Sin información
Condición étnico-racial	Etnia/raza en la que se reconoce	Gitana, Indígena, Negra, Mulata, Afrocolombiano o

Brecha en la atención médica pre-muerte por grupo étnico en Colombia (2018–2023)

		Afrodescendiente, Palanquero de San Basilio, y Raizal de Archipiélago de San Andes y Providencia, Sin información, Ninguna de las anteriores
Determinantes estructurales	Sexo	Masculino, Femenino
	Edad	Intervalos: [0–1], [1–4], [5–14], [15–44], [45–64], [65+], Edad desconocida
	Año de defunción	2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023
	Identidad de salud	Adaptada de salud, Especial de salud, Exceptuada de salud, Promotora de salud, Promotora de salud-Subsidiado, Sin información
	Posible causa de muerte	Accidente, Enfermedad, Homicidio, Intervención legal, No se pudo determinar, Pendiente de investigación, Suicidio
Factores demográficos	Departamento donde ocurrió la defunción	Antioquia, Atlántico, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Arauca, Casanare, Putumayo, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada

Fuente: Elaboración propia con base en microdatos anonimizados de defunciones (Estadísticas Vitales del DANE, 2018–2023).

La variable independiente principal fue el grupo étnico, una variable cualitativa nominal que clasifica a las personas según el autorreconocimiento en las siguientes categorías: gitana, indígena, negra, mulata, afrocolombiano o afrodescendiente, palanquero de San Basilio, y Raizal de Archipiélago de San Andes y Providencia, sin información, y personas que no se reconocen como ninguna de las anteriores. (Tabla 1)

Los determinantes estructurales o factores de predisposición para el acceso a la atención medica pre-muerte en los servicios de salud utilizados fueron, el sexo de naturaleza nominal dicotómica, la edad registrada como continua y categorizada en intervalos, el año de defunción, la identidad en salud o régimen de afiliación(adaptada de salud, especial de salud, exceptuada de salud, promotora de salud, promotora de salud-subsidiado, sin información); y posible causa de muerte(accidente, enfermedad, homicidio, intervención legal, suicidio, muertes pendientes de investigación y muertes no posibles de determinar)

Entre los factores demográficos que habilitan el acceso a los servicios de salud se incluyó el departamento donde ocurrió la defunción.

Procesamiento y análisis estadístico

Primeramente, se descargaron los datos de Estadísticas Vitales proporcionados por el DANE en formato de microdatos anonimizados. Posteriormente, se procedió a filtrar la información de manera que las categorías coincidieran entre los diferentes años del periodo 2018–2023; aquellas categorías que no se repetían en todos los años fueron eliminadas para garantizar la homogeneidad de la base. Una vez depurados los datos, se seleccionaron las variables pertinentes para el estudio: asistencia médica, causa de muerte, departamento, edad, etnia, identidad de salud, mes, sexo y ocupación. Posteriormente, se consolidó una única base con la información de todos los años mediante el uso de Microsoft Excel y su extensión Power Query, lo cual permitió integrar los registros de manera eficiente y automatizada.

Con el fin de facilitar el análisis, las abreviaciones oficiales del DANE fueron reemplazadas por sus nombres completos, y se identificó el tipo de variable y su nivel de medición correspondiente. De este modo, se estableció como variable dependiente la asistencia médica pre-muerte, y como variables explicativas: la condición étnico-racial (etnia), los determinantes estructurales (sexo, edad, año de defunción, identidad en salud y posible causa de muerte) y los factores demográficos (departamento donde ocurrió la defunción).

A partir de esta base consolidada, se elaboraron diversas tablas dinámicas que permitieron organizar los datos y obtener resultados de frecuencia absoluta, relativa y porcentual. Se generaron registros y gráficos de defunciones por año, grupo etario y grupo étnico, calculando la distribución porcentual, además las variaciones porcentuales interanuales mediante la fórmula:

$$\text{Variación (\%)} = \frac{\text{Defunciones del año actual} - \text{Defunciones del año anterior}}{\text{Defunciones del año anterior}} * 100$$

Para complementar el análisis, se elaboraron representaciones gráficas que permitieron observar los patrones de mortalidad y asistencia médica. Se incluyeron histogramas de barras dobles, gráficos de líneas para evidenciar fluctuaciones anuales y gráficos acumulativos (100%) para visualizar la evolución porcentual de la asistencia médica pre-muerte por año. Asimismo, se construyó una tabla de distribución porcentual de la asistencia médica pre-muerte según grupo étnico, la cual permitió identificar los grupos con menor y mayor proporción de atención. A partir de estos resultados, se realizó un desglose detallado del tipo de entidad de afiliación en salud por grupo étnico, representado mediante histogramas de doble eje.

Finalmente, para determinar si las diferencias observadas entre los grupos étnicos eran estadísticamente significativas, se efectuó un análisis de diferencia de proporciones entre la población indígena y la palenquera, comparando sus niveles de asistencia médica pre-muerte. Se calcularon los valores esperados mediante la fórmula:

$$E_{ij} = \frac{(\text{Total de las filas de los grupos etnicos})(\text{Total de las filas de atencion pre – muerte})}{\text{Total general}}$$

Luego, se aplicó la prueba Chi-cuadrado mediante la función de Excel PRUEBA.CHI(rango real; rango esperado), obteniendo un valor $p = 1,519 \times 10^{-13}$. Este resultado, extremadamente inferior al umbral de 0,05, indica una asociación estadísticamente significativa entre la pertenencia étnica y la probabilidad de haber recibido asistencia médica pre-muerte, lo que evidencia que las desigualdades observadas no son producto del azar, sino reflejo de condiciones estructurales del sistema de salud colombiano.

Diccionario de variables

Tabla 2. Diccionario de variables empleadas en el estudio sobre la brecha en la atención médica pre-muerte por grupo étnico en Colombia (2018–2023)

NOMBRE	TIPO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	VALOR
Año	Cualitativa	Año que ocurrió la defunción	Ordinal	2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023
Mes	Cualitativa	Mes que ocurrió la defunción	Ordinal	1 = Enero 2 = Febrero 3 = Marzo 4 = Abril 5 = Mayo 6 = Junio 7 = Julio 8 = Agosto 9 = Septiembre 10 = Octubre 11 = Noviembre 12 = Diciembre
Edad	Cuantitativa	Agrupación de edades, según la edad del fallecido	Continua (agrupada en categorías)	Intervalos: [0–1], [1–4], [5–14], [15–44], [45–64], [65+], Edad desconocida
Sexo	Cualitativa	Sexo del fallecido	Nominal dicotómica	Masculino, Femenino
Grupo étnico	Cualitativa	De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía como	Nominal	Gitana, Indígena, Negra, Mulata, Afrocolombiano o Afrodescendiente, Palanquero de San Basilio, y Raizal de Archipiélago de San Andes y Providencia, Sin información, Ninguna de las anteriores
Departamento	Cualitativa	Departamento donde ocurrió la defunción	Nominal (geográfica)	Amazonía, Antioquia, Bolívar, Valle, etc.
Identidad en salud	Cualitativa	Entidad Administradora en Salud, a la que pertenecía el fallecido (para muerte fetal, o de menor de un año la entidad administrador)	Nominal	Adaptada de salud, Especial de salud, Exceptuada de salud, Promotora de salud, Promotora de salud-Subsidiado, Sin información

NOMBRE	TIPO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	VALOR
a a la que pertenecía la madre)				
Asistencia médica pre-muerte	Cualitativa	¿Recibió asistencia médica durante el proceso que lo llevo a la muerte?	Nominal	Sí, No, Ignorado, Sin información
Posible causa de muerte	Cualitativa	Probable manera de muerte con opciones IRIS	Nominal	Accidente, Enfermedad, Homicidio, Intervención legal, No se pudo determinar, Pendiente de investigación, Suicidio

Presentación de resultados

El comportamiento de las defunciones en Colombia entre 2018 y 2023 revela una trayectoria marcada por las fases estabilidad inicial, crisis aguda y recuperación parcial. El número de muertes anuales registradas por el DANE pasó de un mínimo de 236.932 en 2018 a un máximo de 363.089 en 2021, lo que representa un incremento absoluto de 126.157 defunciones y una variación total del 13,29% en el periodo. Esta amplitud refleja el impacto sin precedentes del COVID-19 sobre la estructura sanitaria y social del país, así como las consecuencias indirectas del colapso hospitalario, la reducción en la atención preventiva y el deterioro de las condiciones socioeconómicas. (Tabla 3).

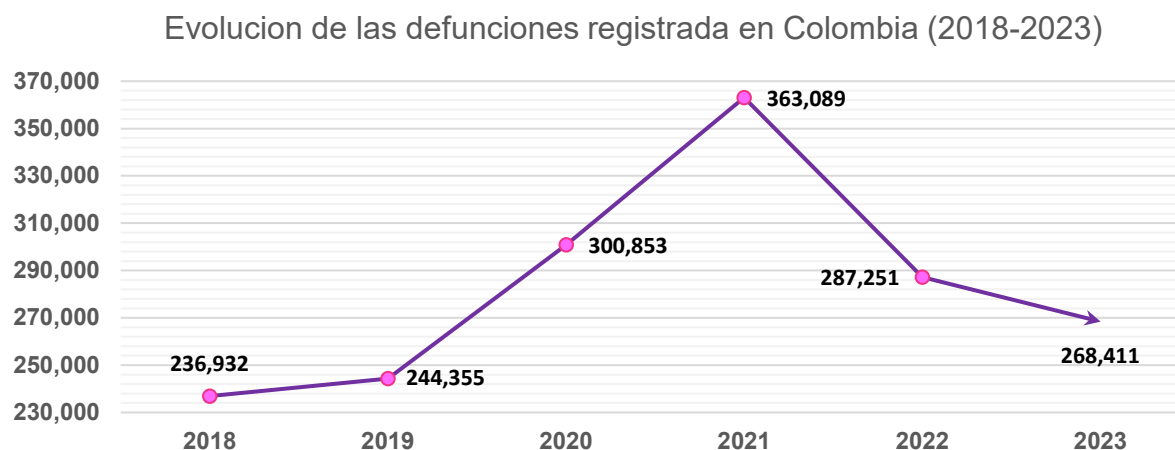
El promedio general fue de 283.481,83 defunciones por año, con una desviación estándar de 41.988, lo que denota una alta dispersión y confirma que los niveles de mortalidad fluctuaron de manera inusual respecto al promedio histórico, este comportamiento se concentra especialmente entre 2020 y 2021, años en los que la emergencia sanitaria, las restricciones de movilidad y la saturación del sistema hospitalario elevaron la mortalidad general. El coeficiente de variación del 14,81% demuestra que la variabilidad fue considerable en relación con la media, reflejando una inestabilidad estructural, mientras que el primer cuartil (250.369) y el tercer cuartil (297.452,5) enmarcan la mitad central de los datos, evidenciando que más del 50% de los años se concentraron dentro de este rango medio, aunque con una desviación pronunciada durante el pico pandémico. La asimetría positiva (0,78) muestra que la distribución se inclinó hacia la derecha lo que significa que los valores más altos se concentraron en los años finales del periodo, indicando la irrupción repentina de un fenómeno extremo dentro de una serie que antes era estable. La kurtosis de 1,15, a su vez, evidencia una distribución leptocúrtica, con un pico muy agudo en torno a 2021, cuando se registró la mayor concentración de muertes.

Tabla 3. Distribución anual de las defunciones registradas en Colombia (2018–2023)

Años	Defunciones	Defunciones (%)	Variaciones (%)
2018	236.932	13,93	-
2019	244.355	14,37	0,44
2020	300.853	17,69	3,32
2021	363.089	21,35	3,66
2022	287.251	16,89	-4,46
2023	268.411	15,78	-1,11
Total general	1.700.891	100,00	-

La Figura 1 de líneas refleja una curva ascendente entre 2018 y 2021 y descendente entre 2022 y 2023, una forma típica de crisis y ajuste posterior. La estabilidad de los primeros años sugiere un equilibrio demográfico, interrumpido por el repunte explosivo de 2020-2021. Durante este lapso, Colombia vivió no solo una crisis sanitaria sino también una contracción económica del -6,8% del PIB, una disminución en el empleo formal y una saturación hospitalaria sin precedentes. Estos factores se tradujeron en muertes tanto por COVID como por enfermedades crónicas desatendidas. A partir de 2022, la pendiente descendente señala una etapa de recuperación progresiva, impulsada por la vacunación, la reapertura de servicios médicos y la reactivación económica. Sin embargo, la cifra final de 268.411 muertes en 2023, aunque menor, aún supera los niveles pre-pandemia, lo que indica que las consecuencias sanitarias y estructurales del periodo anterior no se han disipado del todo.

Figura 1. Evolución anual de las defunciones registradas en Colombia (2018–2023)



La Tabla 4 evidencia una estructura etaria de mortalidad profundamente marcada por el envejecimiento poblacional y el cambio epidemiológico que atraviesa Colombia. El grupo de 65 años y más concentra 1.089.001 muertes, equivalente al 64,03% del total nacional, convirtiéndose en el eje dominante del patrón de mortalidad reciente. Este dato confirma que el país ha transitado hacia un escenario donde las enfermedades crónicas no

transmisibles (como hipertensión, cáncer, EPOC o diabetes) constituyen las principales causas de fallecimiento.

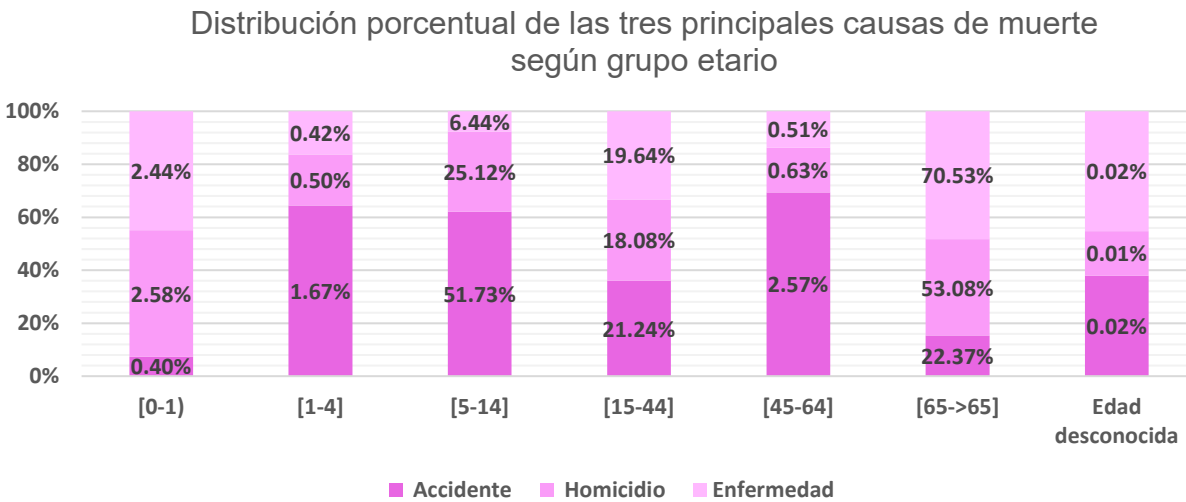
Tabla 4. Distribución de las defunciones registradas en Colombia de acuerdo a grupo etario (2018–2023)

Grupo etario	Defunciones	Defunciones (%)
[0-1)	40.038	2,35
[1-4]	8.891	0,52
[5-14]	218.286	12,83
[15-44]	332.422	19,54
[45-64]	11.904	0,70
[65-65+]	1.089.001	64,03
Edad desconocida	349	0,02
Total general	1.700.891	100,00

Este predominio de muertes en edades avanzadas refleja también las consecuencias de una transición demográfica acelerada, en la que el aumento de la esperanza de vida no ha sido acompañado por un fortalecimiento proporcional del sistema de salud. En consecuencia, los servicios sanitarios enfrentan una demanda creciente de atención prolongada, hospitalizaciones frecuentes y cuidados paliativos, lo que tensiona las capacidades institucionales del país.

Por otro lado, el grupo de 15 a 44 años, con 332.422 defunciones (19,54%), representa un componente crítico ya que es la población económicamente activa, cuya mortalidad implica pérdidas significativas en productividad, capital humano y estabilidad social, este segmento refleja los efectos combinados de la violencia urbana, los accidentes de tránsito, el desempleo juvenil y las brechas de acceso a servicios médicos preventivos, especialmente durante y después de la pandemia. Los menores de cinco años, con una participación conjunta de 2,87%, muestran una tendencia descendente respecto a décadas anteriores, resultado de los avances en vacunación, control de infecciones y programas materno-infantiles. Sin embargo, las muertes tempranas continúan concentrándose en territorios rurales y étnicos, donde la infraestructura sanitaria es débil o inaccesible, lo que revela la persistencia de desigualdades territoriales y socioeconómicas. Finalmente, la baja proporción observada en los grupos de 45 a 64 años (0,70%) y edades desconocidas (0,02%) refuerza la idea de una sociedad que envejece rápidamente y cuya mortalidad se desplaza hacia edades mayores.

Figura 2. Distribución porcentual de las tres principales causas de muerte según grupo etario en Colombia (2018–2023)



La desagregación de las causas de muerte por grupo etario (Este predominio de muertes en edades avanzadas refleja también las consecuencias de una transición demográfica acelerada, en la que el aumento de la esperanza de vida no ha sido acompañado por un fortalecimiento proporcional del sistema de salud. En consecuencia, los servicios sanitarios enfrentan una demanda creciente de atención prolongada, hospitalizaciones frecuentes y cuidados paliativos, lo que tensiona las capacidades institucionales del país.

Por otro lado, el grupo de 15 a 44 años, con 332.422 defunciones (19,54%), representa un componente crítico ya que es la población económicamente activa, cuya mortalidad implica pérdidas significativas en productividad, capital humano y estabilidad social, este segmento refleja los efectos combinados de la violencia urbana, los accidentes de tránsito, el desempleo juvenil y las brechas de acceso a servicios médicos preventivos, especialmente durante y después de la pandemia. Los menores de cinco años, con una participación conjunta de 2,87%, muestran una tendencia descendente respecto a décadas anteriores, resultado de los avances en vacunación, control de infecciones y programas materno-infantiles. Sin embargo, las muertes tempranas continúan concentrándose en territorios rurales y étnicos, donde la infraestructura sanitaria es débil o inaccesible, lo que revela la persistencia de desigualdades territoriales y socioeconómicas. Finalmente, la baja proporción observada en los grupos de 45 a 64 años (0,70%) y edades desconocidas (0,02%) refuerza la idea de una sociedad que envejece rápidamente y cuya mortalidad se desplaza hacia edades mayores.

La Figura 2 refuerza las diferencias estructurales del perfil epidemiológico nacional. En las edades tempranas, las defunciones obedecen mayoritariamente a enfermedades, reflejando la vulnerabilidad biológica y las brechas en la atención materno-infantil. En los grupos juveniles y adultos jóvenes (15-44 años), se observa un repunte marcado de muertes por homicidio y accidente, expresión directa de los determinantes sociales de la salud y de las condiciones de violencia, informalidad y exposición al riesgo que caracterizan esta etapa vital. A medida que aumenta la edad, las causas violentas pierden relevancia y las

enfermedades recuperan un dominio casi absoluto, alcanzando más del 80 % de las muertes en los mayores de 65 años. Este patrón confirma la transición epidemiológica del país hacia un perfil de mortalidad crónica y degenerativa, propio de poblaciones en envejecimiento, pero también evidencia la persistencia de una mortalidad prevenible asociada a desigualdades sociales y territoriales. La coexistencia de estos dos polos constituye uno de los retos más complejos para el sistema de salud colombiano en términos de cobertura, prevención y asistencia médica oportuna en el final de la vida.

Sin embargo, el comportamiento de la mortalidad no depende únicamente de la edad sino también de las condiciones étnicas y socioculturales las cuales desempeñan un papel determinante en las desigualdades en salud y en la posibilidad de acceder a atención médica oportuna, en este sentido, el análisis por grupo étnico permite observar las asimetrías estructurales que caracterizan a la mortalidad en Colombia.

Tabla 5. Distribución de las defunciones registradas en Colombia de acuerdo a grupo étnico (2018–2023)

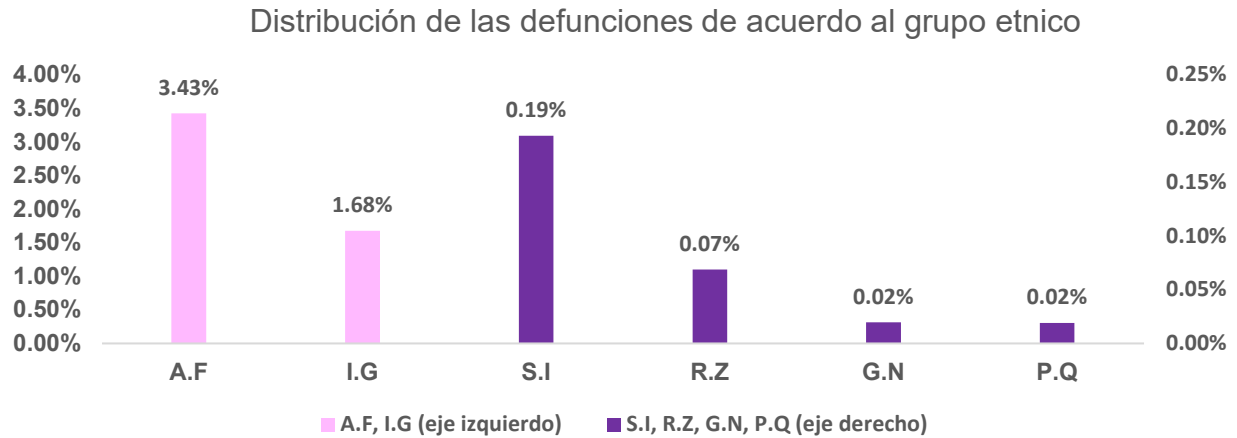
Grupo étnico	Defunciones	Defunciones (%)
N.A	1.608.996	94,60
A.F	58.283	3,43
I.G	28.494	1,68
S.I	3.290	0,19
R.Z	1.172	0,07
G.N	332	0,02
P.Q	324	0,02
Total general	1.700.891	100,00

Nota. Abreviaciones: G.N = Gitano; I.G = Indígena; A.F = Afrodescendiente (Negr@, mulat@, afrocolombian@ o afrodescendiente); P.Q = Palenquero de San Basilio; R.Z = Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia; N.A = Ninguna de las anteriores; S.I = Sin información.

Los registros del DANE muestran una notoria concentración (94,6%) de defunciones en la población sin autorreconocimiento étnico (N.A), con 1.608.996 muertes nacionales (Tabla 5). Esta amplia mayoría refleja la composición demográfica del país, donde la población que no se identifica con un grupo étnico reconocido constituye el grueso de la sociedad colombiana.

No obstante, las minorías étnicas ofrecen una mirada crítica sobre las brechas persistentes en salud. Entre ellas destacan las personas afrodescendientes (A.F), con 58.283 defunciones (3,43%), y la población indígena (I.G) con 28.494 muertes (1,68%), grupos históricamente expuestos a condiciones de vulnerabilidad estructural, limitaciones territoriales y desigualdades en la oferta de servicios de salud. En contraste, las defunciones de palenqueros (P.Q), raizales (R.Z) y gitanos (G.N) representan proporciones mínimas (menores al 1%), lo cual no solo obedece a su baja densidad poblacional, sino también a posibles vacíos en los procesos de registro y certificación de defunciones en territorios étnicos y zonas rurales (Figura 3).

Figura 3. Distribución porcentual de las defunciones por grupo étnico en Colombia (2018–2023)

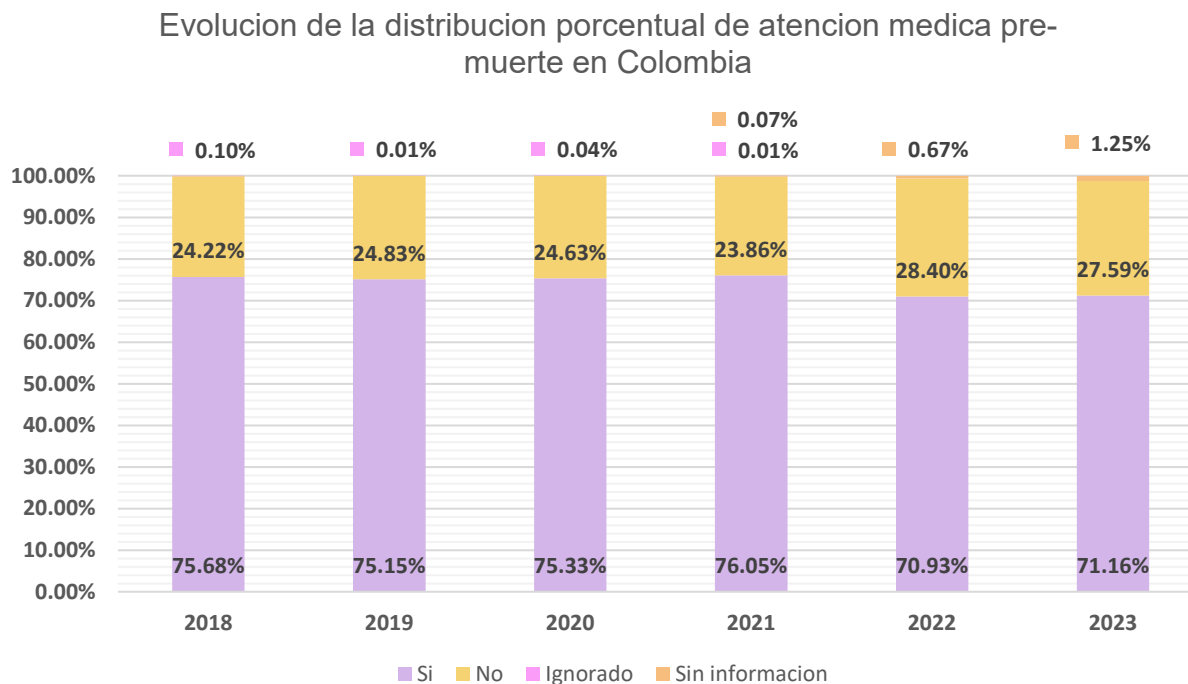


Nota. Abreviaciones: G.N = Gitano; I.G = Indígena; A.F = Afrodescendiente (Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente); P.Q = Palenquero de San Basilio; R.Z = Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia; S.I = Sin información.

La marcada diferencia entre los grupos sin autorreconocimiento y aquellos que sí se identifican como parte de una colectividad étnica evidencia el peso demográfico desigual y la invisibilidad estadística que históricamente ha acompañado a las comunidades minoritarias. Esto sugiere la existencia de brechas en la cobertura, oportunidad y calidad de la atención médica, las cuales podrían incidir en la probabilidad de haber recibido o no asistencia médica en el momento previo a la muerte, variable central del presente estudio.

No obstante, estas desigualdades no solo se manifiestan entre grupos étnicos, sino también a lo largo del tiempo. Observar la evolución anual de la asistencia médica pre-muerte permite identificar los momentos en los que el sistema de salud colombiano experimentó mayores tensiones y cambios estructurales, especialmente durante y después de la pandemia de COVID-19, por lo que analizar esta dimensión temporal resulta esencial para comprender si las brechas en el acceso a la atención médica se profundizaron o comenzaron a corregirse durante el periodo 2018–2023 (Figura 4).

Figura 4. Evolución porcentual de la distribución de asistencia médica pre-muerte en Colombia (2018–2023)



La Figura 4 muestra un comportamiento relativamente estable entre 2018 y 2021, con valores cercanos al 75% de las defunciones registradas bajo supervisión médica. Este periodo previo y durante la primera etapa de la pandemia reflejó la capacidad del sistema de salud para mantener una cobertura sostenida, a pesar de las tensiones generadas por el aumento de mortalidad general. Sin embargo, en 2022 se observa una caída significativa hasta el 70,93%, coincidiendo con la fase de transición postpandemia y la saturación acumulada de los servicios de salud. Factores como el rezago en la atención hospitalaria, la interrupción de servicios en áreas rurales y la desarticulación temporal de programas de atención primaria contribuyeron a este descenso.

Para 2023, el porcentaje de defunciones con atención médica antes del fallecimiento muestra una leve recuperación (71,16%), lo que sugiere una fase de estabilización tras la emergencia sanitaria. No obstante, los niveles aún permanecen por debajo de los registrados antes de 2020, lo que evidencia los efectos persistentes de la pandemia sobre la capacidad del sistema de salud colombiano y las desigualdades estructurales en la atención médica al final de la vida.

Estando dentro de este contexto, resulta oportuno examinar con mayor detalle la relación entre la pertenencia étnica y la probabilidad de haber recibido atención médica antes del fallecimiento. Aunque la composición demográfica evidencia la sobrerrepresentación de la población sin autorreconocimiento étnico, el análisis de la asistencia médica pre-muerte permite observar hasta qué punto estas diferencias poblacionales se traducen también en desigualdades efectivas en el acceso a la atención sanitaria.

A partir de la información contenida en los registros de defunción del DANE, se examinaron las diferencias en la proporción de personas que recibieron o no asistencia

médica antes del fallecimiento, desagregadas por grupo étnico (Tabla 6). Este análisis constituye el núcleo del estudio, pues permite revelar las disparidades existentes entre los distintos grupos étnicos del país, brindando una visión más precisa de cómo la etnicidad, junto con factores territoriales y socioeconómicos, influye en las condiciones del final de la vida y en la equidad del sistema de salud colombiano.

Tabla 6. Distribución porcentual de la atención médica pre-muerte de acuerdo a grupo étnico en Colombia (2018-2023)

Grupo étnico	Si (%)	No (%)	Ignorado (%)	Sin información (%)
Sin información	1,16	0,30	0,00	98,54
Indígena	55,92	43,41	0,14	0,53
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	70,14	29,78	0,00	0,09
Negr@, mulat@, afrocolombian@ o afrodescendiente	72,79	26,68	0,11	0,41
Ninguno de las anteriores	74,62	25,23	0,02	0,12
Gitano	77,41	21,99	0,00	0,60
Palenquero de San Basilio	77,78	22,22	0,00	0,00
Total general	74,10	25,54	0,03	0,33

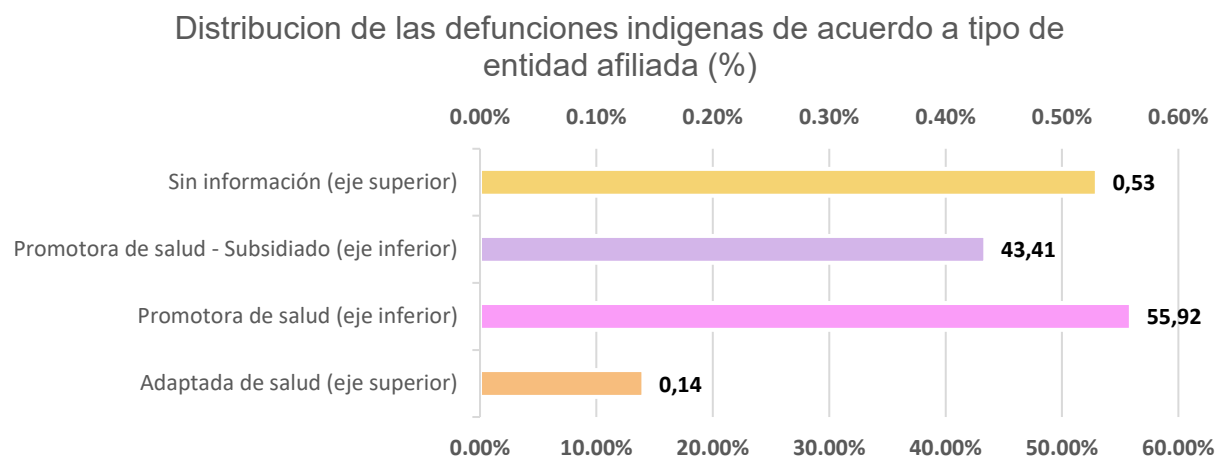
La tabla muestra que la población indígena presenta el porcentaje más bajo de atención médica antes del fallecimiento (55,9%), muy por debajo del porcentaje total nacional de asistencia médica pre-muerte (74,1%) de las defunciones analizadas. Este hallazgo no es solo un dato aislado, sino que se inserta en un contexto histórico y estructural de desigualdad étnica en el sistema de salud colombiano, estudios previos han documentado que la condición étnico-racial funciona como un componente estructural de la inequidad en el acceso a servicios sanitarios, incluso después de controlar por variables socioeconómicas como educación o ingreso. (14)

Esta disparidad no puede entenderse únicamente como un fenómeno estadístico, sino como el reflejo de procesos históricos y estructurales de exclusión social. En las comunidades indígenas, las barreras geográficas, la dispersión territorial, la falta de transporte adecuado, las vías en mal estado y la inaccesibilidad estacional limitan el contacto con centros médicos y, en consecuencia, el acceso a la atención primaria y hospitalaria. Aunque en el papel los servicios de salud pueden ser gratuitos, los costos reales de traslado, alojamiento, pérdida laboral y medicamentos constituyen una carga económica que desalienta la búsqueda de atención médica, especialmente en contextos de pobreza y vulnerabilidad.

La evidencia que la población indígena mantiene una alta dependencia del régimen subsidiado, con un 43,4% de las defunciones registradas en este tipo de afiliación, mientras que un 55,9% corresponde a personas vinculadas a promotoras de salud, en su mayoría públicas o mixtas. Aunque la cifra de afiliaciones en promotoras es ligeramente superior, no debe interpretarse como un indicador de acceso equitativo o de calidad, ya que en los territorios indígenas estas entidades suelen operar con limitada infraestructura, baja capacidad resolutoria y cobertura deficiente. Esta estructura mixta de afiliación revela que la atención médica de la población indígena depende

fundamentalmente del Estado, ya sea a través de subsidios directos o de promotoras de carácter público. En ambos casos la cobertura tiende a ser nominal más que efectiva, pues las condiciones materiales y geográficas restringen el acceso real a los servicios. evidencia que la población indígena mantiene una alta dependencia del régimen subsidiado, con un 43,4% de las defunciones registradas en este tipo de afiliación, mientras que un 55,9% corresponde a personas vinculadas a promotoras de salud, en su mayoría públicas o mixtas. Aunque la cifra de afiliaciones en promotoras es ligeramente superior, no debe interpretarse como un indicador de acceso equitativo o de calidad, ya que en los territorios indígenas estas entidades suelen operar con limitada infraestructura, baja capacidad resolutive y cobertura deficiente. Esta estructura mixta de afiliación revela que la atención médica de la población indígena depende fundamentalmente del Estado, ya sea a través de subsidios directos o de promotoras de carácter público. En ambos casos la cobertura tiende a ser nominal más que efectiva, pues las condiciones materiales y geográficas restringen el acceso real a los servicios (Figura 5).

Figura 5. Distribución porcentual de las defunciones de la población indígena según tipo de entidad de afiliación en salud en Colombia (2018–2023)



Además de esto, la atención sanitaria en Colombia como en otros países latinoamericanos continúa regida por un modelo biomédico occidental que frecuentemente desconoce o invalida las prácticas médicas tradicionales de los pueblos indígenas. La falta de personal médico que hable lenguas nativas y comprenda los códigos culturales de las comunidades conduce a malentendidos, desconfianza y, en muchos casos, discriminación directa en los centros de salud, por lo que he aquí donde se presentan las barreras culturales e institucionales. Este tipo de trato, unido al irrespeto hacia prácticas tradicionales como el parto en comunidad o el uso de medicina ancestral, genera temor y rechazo hacia los servicios institucionales, perpetuando la exclusión sanitaria.

Seguido a estos se tiene a la población raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia la cual presenta un nivel de atención médica pre-muerte del 70,1%, valor inferior al promedio nacional (74,1%) pero considerablemente superior al observado en comunidades indígenas (55,9%). Esta proporción intermedia refleja una realidad

compleja ya que los raizales, aunque habitan una región con infraestructura sanitaria limitada y una alta dependencia del transporte marítimo o aéreo para acceder a servicios especializados, cuentan con una mayor cercanía institucional al sistema de salud formal en comparación con los pueblos indígenas del continente. Sin embargo, el 29,8% de muertes sin asistencia médica previa pone en evidencia las vulnerabilidades derivadas del aislamiento geográfico insular, la limitada disponibilidad de personal médico especializado, y la centralización de los servicios hospitalarios en la isla de San Andrés, lo que deja a las comunidades más periféricas en una posición de desventaja frente a emergencias o enfermedades crónicas.

La Tabla 7 muestra que los raizales se encuentran principalmente afiliados a promotoras de salud de carácter público o mixto, con predominio del régimen contributivo en zonas urbanas y del régimen subsidiado en sectores rurales o de menor ingreso. Este patrón refleja la estructura socioeconómica particular del archipiélago, donde la mayoría de la población raizal trabaja en actividades turísticas, pesqueras o informales, lo que condiciona su tipo de afiliación y estabilidad en la atención médica. A diferencia de los pueblos indígenas, su vinculación al sistema de salud no depende de subsidios directos del Estado, pero sí enfrenta los límites de un modelo centralizado continental que no responde plenamente a las necesidades insulares

Tabla 7. Distribución porcentual de las defunciones de la población de acuerdo a su grupo étnico y según su tipo de entidad de afiliación en salud en Colombia (2018–2023)

Grupo étnico	Adaptada de salud	Promotora de salud	Promotora de salud - Subsidiado	Sin información
Gitano	0,00	77,41	21,99	0,60
Negr@, mulat@, afrocolombian@ o afrodescendiente	0,11	72,79	26,68	0,41
Ninguno de las anteriores	0,02	74,62	25,23	0,12
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	0,00	70,14	29,78	0,09
Sin información	0,00	1,16	0,30	98,54
Total general	0,03	74,10	25,54	0,33

Las particularidades culturales del pueblo raizal también influyen en su relación con el sistema sanitario. Las barreras lingüísticas, religiosas y de confianza institucional persisten, especialmente frente a personal médico proveniente del interior del país, lo que puede generar reticencia al uso de los servicios de salud formales. Sumado a ello, los efectos del huracán Iota (2020) agravaron las condiciones sanitarias locales, con daños a la infraestructura hospitalaria y migración temporal de personal de salud, afectando los registros y la oportunidad de atención médica durante los años siguientes.

De manera similar, otras comunidades étnicas con fuerte arraigo territorial, como la población afrodescendiente, también enfrentan barreras persistentes para acceder a servicios de salud oportunos y de calidad, aunque sus causas sean de naturaleza distinta. En el caso afrocolombiano, las limitaciones no derivan tanto del aislamiento geográfico como de las profundas desigualdades sociales, raciales y económicas que históricamente han afectado a estas comunidades. La población afrodescendiente que

incluye personas que se reconocen como negras, mulatas, afrocolombianas o afrodescendientes constituye el segundo grupo étnico con mayor número absoluto de defunciones (58.283 casos en el periodo 2018-2023), y registra un 72,79% de asistencia médica pre-muerte, ligeramente inferior al promedio nacional (74,1%) y cercano al nivel de los raizales (70,1%). Este resultado refleja una situación de acceso parcial, donde la mayoría de las muertes ocurre bajo supervisión médica, pero aún persiste una brecha de aproximadamente 1,3 puntos porcentuales respecto al total nacional, que sugiere limitaciones en la cobertura efectiva y la oportunidad de atención en territorios con alta concentración afrodescendiente.

El análisis de la afiliación al sistema de salud muestra que más del 26 % de las muertes afrodescendientes ocurrieron sin asistencia médica (Tabla 6), cifra asociada en gran medida a su alta dependencia del régimen subsidiado, en el cual se encuentran más del 26,6% de los fallecidos de este grupo (Tabla 7). Esta vinculación refleja las condiciones estructurales de desigualdad socioeconómica que caracterizan a amplios sectores afrocolombianos, especialmente en los departamentos del Pacífico (Chocó, Nariño, Cauca y Valle del Cauca) y en algunas zonas del Caribe como Bolívar y Atlántico. En estas regiones, la precariedad de infraestructura hospitalaria, la dispersión geográfica y la escasez de personal médico especializado limitan la atención oportuna ante enfermedades crónicas y urgencias vitales.

La población afrodescendiente enfrenta también formas de discriminación institucional y racismo estructural que afectan la calidad de la atención recibida, pero gracias a estudios del Ministerio de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las barreras de atención médica hacia estos grupos étnicos es cada vez menor evidenciado con el Mapa de Evidencias sobre Interculturalidad en Salud en donde se documentó que los afrodescendientes experimentan con mayor frecuencia demoras diagnósticas, trato despectivo y sesgos implícitos en la atención hospitalaria. Asimismo, las condiciones socioespaciales donde habita gran parte de esta población incrementan la exposición a riesgos ambientales y enfermedades infecciosas, y dificultan la atención médica inmediata, aunque la urbanización de las comunidades afrodescendientes ha permitido una mayor afiliación al sistema de salud formal, el acceso no siempre se traduce en atención efectiva ni en calidad asistencial. (12)

A diferencia de los pueblos indígenas y afrodescendientes, el grupo gitano presenta un patrón particular en relación con la asistencia médica pre-muerte, ya que, aunque representa solo el 0,02% de las defunciones registradas en el país durante el periodo 2018-2023 (Tabla 5), su proporción de muertes con atención médica alcanza el 77,4%, superando el promedio nacional (74,1%). Este dato, en apariencia positivo, debe interpretarse con cautela, pues el reducido tamaño poblacional del grupo y su amplia dispersión territorial pueden generar una sobreestimación estadística de la cobertura efectiva (Tabla 6).

Históricamente, el pueblo gitano en Colombia se ha caracterizado por su movilidad constante y su asentamiento urbano ambulante, lo que ha favorecido una mayor cercanía con los servicios de salud institucionales respecto a otros grupos étnicos de localización rural o dispersa. La mayoría reside en ciudades intermedias o grandes centros urbanos

como Bogotá, Cartagena, Cali o Cúcuta, donde la infraestructura sanitaria es más accesible y la afiliación al sistema de salud (en especial a promotoras del régimen contributivo o mixto) es más estable. Sin embargo, esta aparente ventaja no implica la ausencia de desigualdades puesto que las comunidades gitanas enfrentan formas específicas de exclusión simbólica y discriminación institucional, derivadas de prejuicios históricos y del desconocimiento general sobre su cultura y estructura comunitaria.

En este contexto, aunque las cifras de asistencia médica pre-muerte sugieren una cobertura alta, la atención sanitaria al pueblo gitano sigue marcada por tensiones culturales y una falta de adaptación intercultural. Su cosmovisión sobre la enfermedad y la muerte (ven la muerte como algo inevitable y la enfermedad como algo que es posible de superar con la fuerza interna) no siempre es comprendida ni respetada por los servicios hospitalarios, por tanto, el porcentaje elevado de asistencia médica refleja más bien el acceso hospitalario en momentos terminales o críticos, antes que un seguimiento integral del proceso de salud.

Antes de pasar al análisis del grupo étnico con mayor proporción de asistencia médica pre-muerte, es necesario referirse brevemente a dos categorías particulares del registro del DANE las cuales son “Ninguno de los anteriores” y “Sin información”. La primera, que agrupa al 94,6% de las defunciones nacionales (Tabla 5), corresponde a personas que no se autorreconocen como pertenecientes a un grupo étnico específico. Aunque su elevada proporción refleja la estructura demográfica general del país, también evidencia un proceso de invisibilización estadística y cultural, en el que buena parte de la población con ascendencia étnica no se identifica como tal en los registros oficiales, ya sea por desconocimiento, estigmatización o ausencia de políticas de autorreconocimiento sostenidas.

Por su parte, la categoría “Sin información”, aunque representa una fracción mínima (0,19% de las defunciones), introduce un sesgo importante en la medición de las desigualdades étnicas, ya que esta ausencia de datos, concentrada principalmente en zonas rurales y departamentos de baja densidad poblacional, puede reflejar deficiencias en la certificación de defunciones y en la calidad de los registros administrativos, lo cual afecta la precisión del análisis sobre las brechas de atención médica. Considerar estas limitaciones es crucial para interpretar adecuadamente las diferencias observadas y comprender que la desigualdad en salud no solo se expresa en cifras, sino también en los vacíos de información.

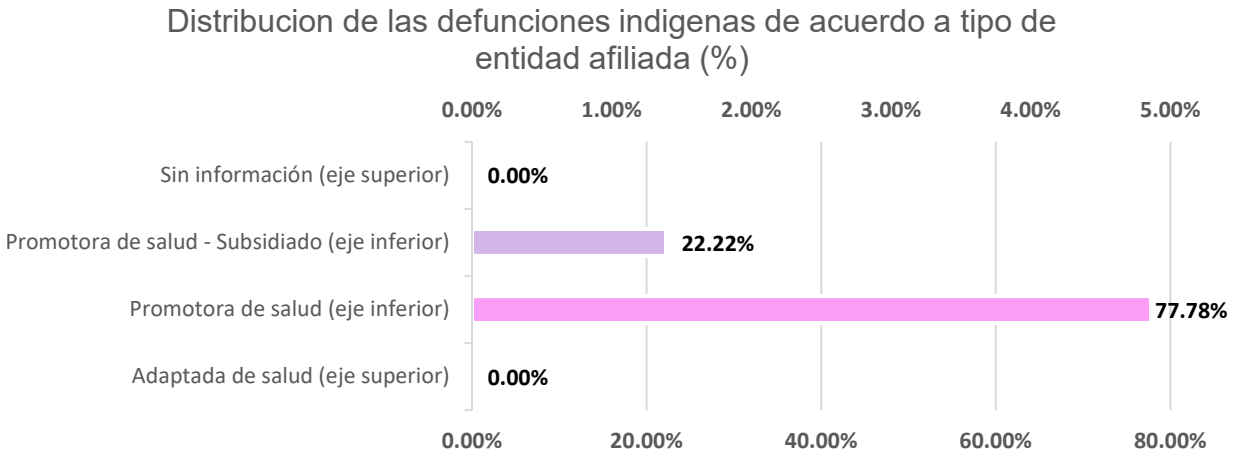
Finalmente, el grupo étnico con mayor asistencia médica pre-muerte corresponde a la población palenquera de San Basilio, que registró un 77,78% de defunciones atendidas por personal médico durante el periodo 2018-2023 (Tabla 6), superando tanto el promedio nacional (74,1%) como a los demás grupos étnicos reconocidos. Aunque su tamaño poblacional es reducido dentro del total nacional de muertes (0,02%), este resultado adquiere una relevancia particular, ya que permite examinar cómo factores geográficos, culturales y organizativos inciden positivamente en el acceso a los servicios sanitarios dentro de comunidades étnicas de escala local (Tabla 5).

La tabla evidencia que, pese a sus limitaciones demográficas y económicas, la comunidad palenquera ha logrado mantener una cobertura médica relativamente estable y este hallazgo no debe interpretarse como una eliminación de las desigualdades estructurales, sino como el reflejo de un modelo territorial singular, caracterizado por la cohesión comunitaria, la cercanía geográfica a centros urbanos y la mediación institucional del Estado a través del régimen subsidiado de salud. San Basilio de Palenque, corregimiento del municipio de Mahates (Bolívar), cuenta con un tejido social fuerte que favorece la acción colectiva y la gestión local de la salud, su ubicación estratégica a poca distancia de Cartagena (50-55 Km) y Barranquilla (170-180 Km) favorece el traslado de pacientes a hospitales regionales, lo que explica la elevada proporción de defunciones con asistencia médica.

La Figura 6 muestra que la población palenquera de San Basilio presenta una estructura de afiliación concentrada casi por completo en el sistema público de salud, con un 77,8% de las defunciones registradas en promotoras de salud, en su mayoría de carácter mixto o estatal, y un 22,2% en el régimen subsidiado, mientras que no se reportan registros en las categorías de “adaptada de salud” ni “sin información”, lo que sugiere un seguimiento administrativo relativamente completo. A primera vista, esta distribución podría interpretarse como una cobertura sólida; sin embargo, al analizarla en su contexto territorial y social, revela la alta dependencia del Estado como principal patrocinador del acceso sanitario en la comunidad.

El predominio de las promotoras de salud no refleja necesariamente un acceso equitativo o continuo, sino la formalización institucional de la atención médica a través de mecanismos estatales que, en la práctica, enfrentan limitaciones estructurales. En San Basilio de Palenque los servicios locales se reducen a puestos de salud de primer nivel con cobertura intermitente y escasez de personal médico permanente. Las emergencias y enfermedades graves suelen requerir traslado hacia hospitales de Cartagena o Barranquilla, proceso que implica costos de transporte, tiempos prolongados y riesgo de pérdida de continuidad asistencial. Esta realidad demuestra que la elevada proporción de muertes con asistencia médica pre-muerte (77,78%) no debe leerse como señal de equidad, sino como un reflejo de cobertura nominal más que efectiva (Tabla 6), las infraestructuras insuficientes dentro del territorio obligan a que la atención ocurra fuera de la comunidad, lo cual desajusta los procesos de acompañamiento familiar y cultural que caracterizan la visión palenquera de la salud y la muerte.

Figura 6. Distribución porcentual de las defunciones de la población palenquera según tipo de entidad de afiliación en salud en Colombia (2018–2023)



En esta comunidad, las prácticas ancestrales de sanación, el uso de plantas medicinales y la atención espiritual coexisten con la medicina moderna, pero no siempre de la mejor manera por lo que a igual de los demás grupos étnicos la falta de reconocimiento institucional del conocimiento local, junto con episodios de discriminación y barreras culturales, genera distancia entre la comunidad y el personal médico externo. Sin embargo, gracias a la fuerte cohesión social palenquera y la mediación de líderes comunitarios han permitido que la medicina tradicional complementa y facilita la aceptación del sistema formal de salud.

Los resultados evidencian una marcada diferencia proporcional entre pertenecer a un grupo étnico u otro en relación con la atención médica pre-muerte. El grupo indígena presenta la tasa más baja de atención médica antes del fallecimiento, con un 55,92%, mientras que el grupo palenquero de San Basilio alcanza la tasa más alta, con un 77,78%, esta diferencia de 21,8 puntos porcentuales entre ambos grupos pone de manifiesto una disparidad relevante en el acceso a la atención sanitaria. Surge entonces el interrogante central:

¿Existen diferencias significativas en la probabilidad de haber recibido asistencia médica pre-muerte entre el grupo étnico con menor proporción de atención y el grupo con mayor proporción durante el periodo 2018–2023? Para responder a esta pregunta se realizó un análisis de diferencia de proporciones entre los dos grupos étnicos con el objetivo de determinar si el acceso a atención médica pre-muerte está asociado significativamente con la pertenencia étnica, permitiendo corroborar si la diferencia observada es estadísticamente significativa.

Tabla 8. Distribución de la atención médica pre-muerte (Indígenas y Palenqueros de San Basilio) en Colombia (2018-2023)

Grupo étnico	Si	No	Ignorado	Sin información	Total general
Indígena	15.933	12.370	40	151	28.494
Palenquero de San Basilio	252	72	0	0	324
Total general	16.185	12.442	40	151	28.818

Con la Tabla 8 podemos observar el número de personas que recibieron atención médica pre-muerte entre los dos grupos étnicos tratados, permitiendo así determinar los valores esperados de recibir atención médica antes de fallecer mediante la fórmula:

$$E_{ij} = \frac{(Total\ de\ las\ filas\ de\ los\ grupos\ etnicos)(Total\ de\ las\ filas\ de\ atencion\ pre - muerte)}{Total\ general}$$

Los resultados se presentan a continuación:

Tabla 9. Valores esperados para la atención médica pre-muerte (Indígenas y Palenqueros de San Basilio) en Colombia (2018-2023)

Grupo étnico	Si	No	Ignorado	Sin información	Total general
Indígena	16.003,03	12.302,11	39,55	149,30	28.494,00
Palenquero de San Basilio	181,97	139,89	0,45	1,70	324,00
Total general	16.185,00	12.442,00	40,00	151,00	28.818,00

Con los datos recolectados de la Tabla 8 y la Tabla 9 se realizó la prueba contundente para medir la diferencia significativa entre recibir asistencia médica pre-muerte y el grupo étnico al cual pertenece, para esto se aplicó la prueba Chi-cuadrado, empleada para evaluar la independencia o el grado de asociación entre dos variables categóricas. Esta prueba determina si las diferencias entre los valores observados y esperados son significativas, utilizando el valor-p como criterio de decisión:

- Si $p < 0,05$: Se rechaza la hipótesis nula y se concluye que si existe relación o diferencia significativa entre las variables
- Si $p \geq 0,05$: No hay evidencia suficiente para afirmar que las diferencias sean reales ya que podrían deberse al azar

En este caso, se obtuvo un valor- $p = 1,519 \times 10^{-13}$ mediante la función de Excel PRUEBA.CHI(Rango real; Rango esperado). Este resultado es extremadamente menor que 0,05, lo que indica que las diferencias observadas en la asistencia médica pre-muerte entre la población indígena y la palenquera no son producto del azar.

En términos estadísticos, existe una asociación sólida entre la pertenencia étnica y la probabilidad de haber recibido atención médica antes del fallecimiento. Este hallazgo confirma que la variable étnica incide directamente en el acceso a los servicios de salud, mostrando que la equidad sanitaria sigue siendo un reto estructural en Colombia durante el periodo analizado.

Sin embargo, es fundamental aclarar que la relación observada entre la pertenencia étnica y la asistencia médica pre-muerte no implica que ser indígena, afrodescendiente o raizal determine de manera directa una menor atención médica, como si la etnia fuera una causa biológica o inmutable. No es la identidad étnica en sí misma la que limita el acceso, sino las condiciones estructurales, territoriales y socioeconómicas que históricamente la acompañan.

El hecho de que la población indígena registre solo un 55,9 % de muertes atendidas por personal médico no significa que el sistema de salud excluya a las personas por su origen étnico. Lo que realmente ocurre es que muchas comunidades indígenas habitan zonas rurales, dispersas y de difícil acceso, donde los hospitales son escasos, las vías están en mal estado y el transporte médico resulta limitado o inexistente. A ello se suman los bajos niveles de inversión estatal en salud rural, la falta de personal capacitado en lenguas nativas y la ausencia de políticas de atención intercultural, factores que en conjunto restringen la atención oportuna.

Por tanto, cuando la prueba de Chi-cuadrado arroja una significancia extremadamente baja, no evidencia un determinismo étnico, sino una brecha estructural profundamente arraigada. Los grupos con menor atención médica coinciden con aquellos que viven en zonas apartadas y con menor infraestructura sanitaria, mientras que los grupos con mayores proporciones de atención suelen residir en contextos urbanos o con mejor conexión institucional, lo que facilita su acceso a los servicios de salud.

De hecho, si el análisis incorporara variables como localización geográfica, nivel socioeconómico o tipo de afiliación en salud, las diferencias étnicas probablemente se reducirían, puesto que un indígena residente en una ciudad con régimen contributivo puede recibir una atención médica similar a la de cualquier otro ciudadano. El problema radica en que la mayoría de las comunidades indígenas y afrodescendientes no se encuentran en ese escenario, sino en regiones con baja densidad médica, cobertura insuficiente y escasa presencia estatal.

En consecuencia, la prueba estadística confirma la existencia de desigualdad, pero no señala que esta se deba “a ser indígena” o “a pertenecer a una minoría étnica”. Más bien, demuestra que en Colombia la pertenencia étnica suele coincidir con situaciones de pobreza, ruralidad y exclusión institucional, lo que convierte a la etnia en un marcador social de vulnerabilidad, y no en la causa directa del problema.

Aspectos éticos

El presente estudio se realizó utilizando una base de datos secundaria y anonimizada proveniente de los microdatos de defunciones del DANE. Dichos datos cumplen con las consideraciones éticas nacionales e internacionales para investigaciones con seres humanos, al no contener información que permita la identificación individual de los sujetos.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, esta investigación se clasifica como sin riesgo, ya que emplea fuentes secundarias de acceso público y no involucra contacto directo con personas.

Conclusión

El análisis de la asistencia médica pre-muerte en Colombia durante el periodo 2018–2023 evidencia que la pertenencia étnico-racial constituye un determinante de la inequidad en el acceso a los servicios de salud, esto gracias a los resultados obtenidos revelan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos étnicos, confirmadas

mediante la prueba Chi-cuadrado ($p = 1,519 \times 10^{-13}$), lo cual demuestra que la probabilidad de recibir atención médica antes del fallecimiento está estrechamente asociada con la condición étnica del individuo, sin embargo hay que aclarar que aunque existe una brecha clara y significativa en la atención médica pre-muerte entre los distintos grupos étnicos del país, su origen se encuentra en la combinación de factores territoriales, económicos y políticos que han configurado un sistema de salud desigual, donde ciertos pueblos continúan viviendo con menos recursos, menos personal médico y menor presencia estatal.

En particular, la población indígena presenta la tasa más baja de asistencia médica pre-muerte (55,9%), reflejando un patrón persistente de exclusión sanitaria ligado a factores geográficos, económicos y culturales. La dispersión territorial, las deficiencias en infraestructura, la falta de pertinencia cultural en la atención y la escasez de personal médico que hable lenguas nativas limitan su acceso efectivo a los servicios de salud. En contraste, el pueblo palenquero de San Basilio exhibe la proporción más alta de muertes con atención médica (77,8%), atribuible a su cohesión comunitaria, proximidad a centros urbanos y articulación con el sistema público de salud, aunque aún depende en gran medida de un modelo asistencial subsidiado y con cobertura nominal.

La magnitud de la brecha de 21,8 puntos porcentuales pone en evidencia que, a pesar de los avances normativos y de la expansión del aseguramiento en salud, la equidad real continúa siendo un desafío, las diferencias observadas no se explican únicamente por condiciones demográficas o de oferta sanitaria, sino por la persistencia de un modelo de atención que reproduce las desigualdades históricas entre los grupos étnicos y la población mayoritaria.

Estos hallazgos confirman que el sistema de salud colombiano, aunque formalmente universal, opera con barreras estructurales que afectan de manera diferenciada a las comunidades étnicas y superar dichas brechas implica reconocer la dimensión étnico-racial como un eje transversal en las políticas de salud pública, fortalecer la infraestructura sanitaria en territorios rurales y étnicos, promover la formación de personal médico intercultural y garantizar el respeto por las prácticas tradicionales de salud. Por lo que se puede plantear que la asistencia médica pre-muerte se consolida como un indicador sensible de inequidad social y sanitaria, las diferencias encontradas entre los grupos étnicos no solo reflejan desigualdades en la atención al final de la vida, sino también la deuda histórica del Estado con las poblaciones que han sostenido mayores cargas de exclusión.

Referencias

1. *Colombia publica el primer Mapa de Evidencias sobre Interculturalidad en Salud— OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud.* (2025, mayo 12). <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2025-colombia-publica-primer-mapa-evidencias-sobre-interculturalidad-salud>
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). *Estadísticas Vitales – EEVV 2018* [Datos anonimizados]. 2018.csv. <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/652/download/21421>

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2019). *Estadísticas Vitales – EEVV 2019* [Datos anonimizados]. 2019.csv. <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/696/download/21424>
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020a). *Estadísticas Vitales – EEVV 2020* [Datos anonimizados]. 2020.csv. <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/732/download/21082>
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020b). *METODOLOGÍA DE LAS ESTADÍSTICAS VITALES - Revisión 2020* (Estadísticas Vitales, p. 107) [Técnico]. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); *METODOLOGÍA_EEVV_Rev_2020.pdf*. <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/696/download/14235>
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2021). *Estadísticas Vitales – EEVV 2021* [Datos anonimizados]. 2021.csv. <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/775/download/22162>
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2022). *Estadísticas Vitales – EEVV 2022* [Datos anonimizados]. 2022.csv. <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/807/download/23132>
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2023). *Estadísticas Vitales – EEVV 2023* [Datos anonimizados]. 2023.csv. <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/876/download/24249>
9. Huracán Iota: Cómo se salvaron los habitantes de Providencia pese a que la tormenta lo “destruyó todo”. (s/f). *BBC News Mundo*. Recuperado el 17 de noviembre de 2025, de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55009351>
10. Mapa de Evidencias Interculturalidad en Salud. (s/f). *Biblioteca Virtual en Salud de Colombia*. Recuperado el 23 de noviembre de 2025, de <https://www.bvscolombia.org/mapa-de-evidencias-interculturalidad-en-salud/>
11. Ministerio de Salud de Colombia. (1993). *Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud* (p. 19) [Documento gubernamental]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2025). *Mapa de evidencias sobre interculturalidad en salud* (p. 106) [Informe técnico]. OPS/OMS; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/07/1610119/mapa-de-evidencias-2025-final.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas: Recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renovación de la atención*

primaria de la salud (Primera edición, Vol. 1). Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-01/servicios-salud-zonas-indigenas.pdf>

14. Viáfara-López, C. A., Palacios-Quejada, G., & Banguera-Obregón, A. (2021). Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: Un estudio de corte transversal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.18>

Lista de tablas

Tabla 1. Dentición y operacionalización de las variables utilizadas en el estudio.....	5
Tabla 2. Diccionario de variables empleadas en el estudio sobre la brecha en la atención médica pre-muerte por grupo étnico en Colombia (2018–2023).....	8
Tabla 3. Distribución anual de las defunciones registradas en Colombia (2018–2023).....	10
Tabla 4. Distribución de las defunciones registradas en Colombia de acuerdo a grupo etario (2018–2023).....	11
Tabla 5. Distribución de las defunciones registradas en Colombia de acuerdo a grupo étnico (2018–2023).....	13
Tabla 6. Distribución porcentual de la atención médica pre-muerte de acuerdo a grupo étnico en Colombia (2018–2023).....	16
Tabla 7. Distribución porcentual de las defunciones de la población de acuerdo a su grupo étnico y según su tipo de entidad de afiliación en salud en Colombia (2018–2023).....	18
Tabla 8. Distribución de la atención médica pre-muerte (Indígenas y Palenqueros de San Basilio) en Colombia (2018–2023).....	22
Tabla 9. Valores esperados para la atención médica pre-muerte (Indígenas y Palenqueros de San Basilio) en Colombia (2018–2023).....	23

Lista de figuras

Figura 1. Evolución anual de las defunciones registradas en Colombia (2018–2023).....	10
Figura 2. Distribución porcentual de las tres principales causas de muerte según grupo etario en Colombia (2018–2023).....	12
Figura 3. Distribución porcentual de las defunciones por grupo étnico en Colombia (2018–2023).....	14
Figura 4. Evolución porcentual de la distribución de asistencia médica pre-muerte en Colombia (2018–2023).....	15
Figura 5. Distribución porcentual de las defunciones de la población indígena según tipo de entidad de afiliación en salud en Colombia (2018–2023).....	17
Figura 6. Distribución porcentual de las defunciones de la población palenquera según tipo de entidad de afiliación en salud en Colombia (2018–2023).....	22