



# ASIS

**Análisis de Situación  
de Salud** actualización 2022



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS



**ANÍBAL GAVIRIA CORREA**  
Gobernador de Antioquia

**DIRECTIVO**  
**SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA**

**LIGIA AMPARO TORRES ACEVEDO**  
Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

**NATALIA MONTOYA PALACIO**  
Subsecretaria Salud Pública

**LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELÁSQUEZ**  
Subsecretario Planeación para la Atención en Salud

**CÉSAR AUGUSTO GÓMEZ FONNEGRA**  
Subsecretario Prestación y Desarrollo de Servicios

**ROBERTO HERNÁN GÓMEZ MORA**  
Director Laboratorio Departamental de Salud Pública

**DIANA CAROLINA SALAZAR GIRALDO**  
Directora Salud Ambiental y Factores de Riesgo

**ALEXANDER HERRERA ZAPATA**  
Director Salud Colectiva

**JUAN DAVID RODRÍGUEZ QUIJANO**  
Director Aseguramiento y Prestación de Servicios

**TATIANA MARÍA QUICENO IBARRA**  
Directora Calidad y Red de Servicios

**LUIS ALBERTO NARANJO BERMÚDEZ**  
Director Administrativo y Financiero

**ERIKA HERNÁNDEZ BOLÍVAR**  
Directora Asuntos Legales

**ÉLIDA MARÍA MUÑOZ MARTÍNEZ**  
Directora Operativa



## EQUIPO TÉCNICO SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD

### Subsecretaría Planeación para la Atención en Salud

Lilian Carolina Cifuentes Salinas  
Carolina Restrepo Estrada  
Janneth Cristina Dávila Londoño  
Juan Camilo Betancur Arboleda  
Hellen Offir Holguín Villa  
Gustavo Adolfo Medina Arango  
Edison Giraldo López  
Fara Alejandra López Gutiérrez  
Ángela Jaramillo Blandón  
Antonio Restrepo Tangarife  
Adriana Patricia Rojas Eslava

### Subsecretaría Salud Pública

Yuliana Andrea Barrientos Valencia

### Subsecretaría Prestación y Desarrollo de Servicios

Luis Fernando Palacio Tamayo  
Liliana Arias Cortés  
Liliana Patricia Mejía Vélez

### Dirección Salud Colectiva

Laura Vanessa Zuluaga Bedoya  
Martha Elena Cadavid Gil  
Beatriz Carmona Monsalve  
Juliana Cataño López  
Dora María Gómez Gómez  
Adriana María González Arboleda  
Carlos Hernando Velásquez Cuadros  
Francy Liesel Giraldo Torres  
Mónica Del Carmen Gómez Zuluaga  
Yerson Yusef Forero Escobar  
Carolina Muñoz Arango  
Natalia Ceballos Alarca

Jairo Hernán Zapata Lopera  
Siomary Liney Osorio Araque  
Aidalid Cala Monroy  
Juan Vicente Lopera Sánchez  
Luz Aleida Marín Hurtado  
Alexandra Leonor Álvarez Ávila  
Claudia Inés Baquero Galeano  
César Augusto Toro García  
Marcela Arrubla Villa  
Mercedes Del Socorro Ramírez Urán  
Marcela Hernández Cartagena  
Amparo Liliana Sabogal Apolinar  
Ana María Escobar Aristizábal

#### **Dirección Salud Ambiental y Factores de Riesgo**

David Arboleda Carvajal  
Erika María Duque Mosquera  
Iván Darío Zea Carrasquilla  
Jhon William Tabares Morales  
Ana María Blandón Posada  
Gloria Patricia Ramírez Piedrahita  
Luis Armando Galeano Marín  
María Piedad Martínez Galeano  
Gildardo Elmer Ibagón  
Juan Pablo Zuluaga Sánchez  
María Alejandra Martínez Calle  
Eddison Sánchez Medina  
Davison de Jesús Echavarría Vargas

#### **Dirección Laboratorio Departamental**

Viviana Lenis Ballesteros  
Gina Katherine Hernández  
Idabely Betancur Ortiz  
Cristian Arvey Velarde Hoyos  
Gina Katherine Hernández Mahecha  
Leila Cristina Vega Monsalve





Viviana Lenis Ballesteros  
Celeny Ortíz

## **Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios**

Ángela Patricia Palacio Molina  
Carlos Mario Aristizábal Zuluaga  
Diana Milena López Valencia

## **Dirección Calidad y Red de Servicios**

Lucía Esther Ibarra Franco  
Beatriz Irleny Lopera Montoya  
Ana María Piedrahita Calderón  
Mauricio Renaldo Rosero Estupiñán  
Sandra Cecilia Guerrero García

## **Dirección Administrativa y Financiera**

Harlinton Smith Arango Goez  
Naida Cecilia Castro Garzón

## **Equipo de Comunicaciones y Prensa**

Miguel Ángel Silva  
Laura Muñoz López



## Agradecimientos.

"No hay inversión más rentable que la del conocimiento"  
Benjamín Franklin

Agradecemos a todos su contribución en este ejercicio de construcción participativa que permitirá la transformación de la vida de los habitantes de Antioquia. El presente documento es el resultado del aporte técnico realizado por cada uno de los integrantes de los diferentes equipos de trabajo y su contenido permite el fortalecimiento de la gestión del conocimiento en el departamento de Antioquia.

- Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Antioquia- DAGRAN.
- Gerencia Agencia de Seguridad Vial Antioquia
- Secretaría Seguridad y Justicia
  - Dirección Planeación para la Seguridad
- Secretaría de Asuntos Institucionales, Paz y No Violencia
  - Dirección Derechos Humanos
- Secretaría de Infraestructura
- Secretaría de Inclusión Social y Familia
  - Gerencia Afrodescendientes
  - Gerencia Indígena
  - Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional- MANÁ
  - Gerencia de Infancia, Adolescencia y Juventud
- Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia -DAP
  - Agenda Antioquia 2040





## Contenido.

Agradecimientos.....	6
Contenido.....	7
Lista de tablas.....	14
Figuras.....	18
Lista de Mapas.....	25
INTRODUCCIÓN.....	27
ENFOQUES.....	29
METODOLOGÍA.....	31
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	32
CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO.....	34
1.1. Contexto territorial.....	34
1.1.1. Localización.....	34
1.1.2. Departamento / Municipios.....	35
1.1.3. División político-administrativa.....	35
1.1.4. Subregiones.....	36
1.1.5. Límites geográficos:.....	47
1.1.6. Extensión territorial.....	48
1.1.7. Economía.....	53
1.1.8. Características físicas del territorio.....	54
1.1.8.1. Altitud y relieve.....	54
1.1.8.2. Hidrografía.....	56
1.1.9. Zonas de riesgo.....	57
1.1.9.1. Personas y familias afectadas 2020 y 2021.....	59
1.1.9.2. Escenarios de riesgo.....	59
1.1.9.3. Amenazas por Subregiones.....	61
1.1.9.4. Avances y estado de la gestión del riesgo de desastres en Antioquia.....	68
1.1.10. Temperatura y humedad.....	70
1.1.11. Accesibilidad geográfica.....	71
1.1.11.1. Vías de comunicación.....	71
1.1.11.2. Tiempo de traslado y distancias en kilómetros de regiones de Antioquia.....	75
1.1.11.3. Siniestros e incidentes viales en el Departamento de Antioquia.....	77
1.1.12. Cobertura operación – Programa Aéreo Social del Departamento de Antioquia.....	81
1.2. Contexto demográfico.....	104
1.2.1. Tamaño poblacional.....	105
1.2.1.1. Población total.....	105
1.2.1.2. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado.....	106
1.2.1.3. Población por área de residencia urbano/rural.....	110



1.2.1.4.	Número y condiciones de viviendas y hogares .....	112
1.2.1.4.1.	Viviendas .....	112
1.2.1.4.2.	Hogares .....	113
1.2.2.	Estructura demográfica .....	115
1.2.2.1.	Pirámide Poblacional.....	115
1.2.2.2.	Población por género .....	120
1.2.2.3.	Población por ciclos de vida .....	122
1.2.2.4.	Enfoque en curso de vida .....	124
1.2.2.5.	Otros indicadores demográficos en el Departamento .....	126
1.2.3.	Dinámica demográfica.....	128
1.2.3.1.	Natalidad .....	128
1.2.3.2.	Mortalidad.....	130
1.2.3.3.	Esperanza de vida al nacer .....	133
1.2.4.	Migraciones.....	134
1.2.4.1.	Dinámica migratoria .....	135
1.2.4.2.	Población migrante, residente en Antioquia, con afiliación al sistema de salud .....	137
1.2.4.3.	Afiliación al régimen subsidiado de migrantes de Venezuela en el marco de la temporalidad (sin SIBEN) y con SISBEN clasificación d: no pobre no vulnerable. ....	141
1.2.4.4.	Situaciones que pueden afectar el indicador de cobertura de afiliación al SGSSS son: .....	143
1.2.5.	Movilidad forzada.....	149
1.2.5.1.	Distribución de la población víctima .....	153
Conclusiones Generales al contexto territorial y demográfico .....		154
CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES .....		157
2.1.	Análisis de la mortalidad .....	157
2.1.1.	¿Cómo ha cambiado la mortalidad en Antioquia? .....	158
2.1.2.	Mortalidad general por grandes causas.....	159
2.1.2.1.	Tasas de mortalidad por sexo.....	160
2.1.2.2.	Años de vida potencialmente perdidos.....	162
2.1.2.3.	Años de vida potencialmente perdidos por sexo .....	163
2.1.3.	Mortalidad específica por subgrupo .....	167
2.1.4.	Tasas ajustadas por la edad.....	167
2.1.4.1.	Enfermedades transmisibles .....	167
2.1.4.2.	Neoplasias. ....	169
2.1.4.3.	Enfermedades del sistema circulatorio.....	170
2.1.4.4.	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal .....	172
2.1.4.5.	Causas externas.....	174
2.1.4.6.	Demás causas de mortalidad .....	176
2.1.5.	Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	178
2.1.5.1.	Tasas específicas de mortalidad .....	178
2.1.5.2.	Mortalidad infantil .....	178
2.1.5.3.	Mortalidad en menores de 1 a 4 años. ....	179
2.1.5.4.	Mortalidad en la niñez .....	181
2.1.6.	Mortalidad por salud mental.....	190





2.1.7.	Mortalidad infantil y Necesidades Básicas Insatisfechas .....	192
2.1.7.1.	Mortalidad Materna con Índice de calidad de vida: .....	193
2.1.7.2.	Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI .....	194
2.1.7.3.	Mortalidad Materna y necesidades básicas insatisfechas .....	195
2.1.7.4.	Mortalidad Infantil y Necesidades Básicas Insatisfechas .....	195
2.1.8.	Situación del COVID-19 debido al virus SARS_COV2 .....	196
2.1.8.1.	Epidemiología del SARS-COV-2 Cronología de una pandemia .....	196
2.1.8.2.	Mortalidad por COVID-19.....	197
2.1.9.	Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno - infantil .....	199
Conclusiones .....		199
2.2.	Análisis de la morbilidad .....	201
2.2.1.	Morbilidad atendida.....	202
2.2.1.1.	Principales causas de consulta por ciclo vital .....	203
2.2.1.2.	Principales causas de morbilidad en hombres .....	204
2.2.1.3.	Principales causas de morbilidad en mujeres .....	205
2.2.2.	Morbilidad específica por subgrupo.....	206
2.2.2.1.	Condiciones transmisibles y nutricionales .....	207
2.2.2.2.	Condiciones materno perinatales .....	208
2.2.2.2.1.	Comportamiento de la morbilidad materna extrema, Antioquia 2021 .....	209
2.2.2.2.2.	Características sociodemográficas relacionadas con la morbilidad materna. ....	210
2.2.2.2.3.	Caracterización según condiciones de salud. ....	212
2.2.2.3.	Enfermedades no transmisibles .....	216
2.2.2.4.	Morbilidad oral.....	217
2.2.2.5.	Morbilidad bucodental.....	218
2.2.2.6.	Lesiones.....	221
2.2.3.	Morbilidad de eventos de alto costo.....	222
2.2.3.1.	VIH/SIDA.....	223
2.2.3.2.	Artritis Reumatoide. ....	226
2.2.3.3.	Hemofilia .....	228
2.2.3.4.	Cáncer.....	228
2.2.3.5.	Cáncer pediátrico. ....	230
2.2.3.6.	Enfermedad renal crónica. ....	230
2.2.3.6.1.	Morbilidad de eventos precursores .....	232
2.2.4.	Morbilidad COVID-19. ....	233
2.2.4.1.	Caracterización de casos y pruebas diagnósticas.....	233
2.2.4.2.	Caracterización casos hospitalizados por COVID -19. ....	236
2.2.5.	Morbilidad en la población migrante .....	237
2.2.6.	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria. ....	240
2.2.6.1.	Malaria .....	242
2.2.6.2.	Intoxicaciones.....	243
2.2.6.2.1.	Comportamiento de las Intoxicaciones en el departamento de Antioquia. ....	244
2.2.6.3.	Eventos de zoonosis .....	246
2.2.6.3.1.	Accidente Ofídico. ....	246



2.2.6.3.2.	Leptospirosis. ....	248
2.2.6.3.3.	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia - APTR.....	249
2.2.7.	Análisis de la población en condición de discapacidad .....	253
2.2.8.	Identificación de prioridades principales en la morbilidad .....	254
Conclusiones Morbilidad.....		255
2.3.	Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud. ....	257
2.3.1.	Condiciones de vida.....	257
2.3.2.	Cobertura de servicios de electricidad .....	258
2.3.3.	Cobertura de acueducto.....	258
2.3.3.1.	Cobertura de Acceso al Agua Potable: .....	259
2.3.3.2.	Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable (CSM):.....	267
2.3.4.	Cobertura de alcantarillado.....	271
2.3.5.	Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada: .....	273
2.3.6.	Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas: .....	273
2.3.7.	Cobertura de Aseo.....	273
2.3.8.	Indicadores de resultado Plan Territorial de salud .....	278
2.3.9.	Componente salud ambiental y cambio climático .....	281
2.3.10.	Seguridad alimentaria y nutricional .....	297
2.3.10.1.	Estado Nutricional .....	299
2.3.11.	Condiciones factores psicológicos y culturales .....	304
2.3.11.1.	Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año en escolares 11 a 18 años. ....	305
2.3.11.2.	Consumo de frutas y verduras. ....	306
2.3.12.	Índice, IDERE Global. ....	308
2.3.12.1.	Otros indicadores de ingreso .....	310
2.3.12.2.	Población Económicamente Activa (PEA) .....	313
2.3.12.3.	Tasa de desempleo.....	313
2.3.12.4.	Fin de la Pobreza .....	314
2.3.13.	Educación .....	316
2.3.13.1.	Coberturas de educación en Antioquia.....	316
2.3.13.2.	Otros Indicadores de educación.....	316
2.3.13.2.1.	Analfabetismo .....	320
2.3.13.3.	Avances en el compromiso con la educación en Antioquia .....	320
2.3.14.	Avance en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) .....	322
2.4.	Población asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	322
2.5.	Caracterización Entidades Administradores de Planes de Beneficio EAPB departamento de Antioquia. ....	329
2.5.1.	AIC .....	331
2.5.1.1.	Caracterización de Mortalidad .....	332
2.5.1.2.	Morbilidad .....	332
2.5.1.3.	Priorización poblacional por riesgo. ....	333
2.5.2.	SURA EPS .....	333
2.5.2.1.	Morbilidad .....	334
2.5.2.2.	Priorización poblacional por riesgo. ....	334





2.5.3.	SAVIA SALUD EPS.....	335
2.5.3.1.	Mortalidad.....	336
2.5.3.2.	Morbilidad.....	337
2.5.4.	NUEVA EPS.....	341
2.5.4.1.	Mortalidad.....	341
2.5.4.2.	Morbilidad.....	342
2.5.4.3.	Indicadores Priorizados.....	344
2.5.5.	COMPENSAR.....	345
2.5.5.1.	Morbilidad en consulta externa.....	346
2.5.5.2.	Mortalidad general.....	347
2.5.5.3.	Matriz de priorización.....	348
2.5.6.	COOSALUD.....	348
2.5.6.1.	Morbilidad sentida general.....	349
2.5.6.2.	Mortalidad sentida general.....	349
2.5.7.	ECOOPSOS.....	349
2.5.8.	ECOPETROL.....	350
2.5.8.1.	Mortalidad.....	350
2.5.8.2.	Morbilidad.....	351
2.5.8.3.	Riesgos priorizados.....	352
2.5.9.	EPM.....	353
2.5.9.1.	Morbilidad.....	354
2.5.10.	FERROCARRILES.....	355
2.6.	Eventos inmunoprevenibles.....	356
2.6.1.	Análisis de la situación de coberturas de vacunación en Antioquia en el período 2015 a 2022.....	356
2.6.2.	Coberturas de vacunación en mayores de 1 año.....	359
2.6.3.	Vacunación contra COVID- 19 en el departamento de Antioquia.....	360
2.7.	Sistema Sanitario.....	366
2.7.1.	Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP).....	373
2.7.1.1.	Vigilancia Genómica en Antioquia: nuevos Eventos a Vigilar.....	373
2.7.1.2.	Vigilancia Genómica de SARS CoV 2 en Antioquia 2022.....	374
2.7.1.3.	Vigilancia Genómica de MonkeyPox virus.....	377
2.7.1.4.	Fortalecimiento de la vigilancia de la tuberculosis en la red de laboratorios de micobacterias en Antioquia.....	378
CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD.....		384
3.1.	Consideraciones tenidas en cuenta para priorizar.....	384
3.2.	Modelo conceptual de determinantes sociales de la salud.....	384
3.3.	Reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes sociales.....	385
3.4.	Asignación de prioridades a grupos de riesgo.....	385
3.5.	Generalidades de la Agenda Antioquia 2040.....	500
3.5.1.	Visión elegida por lo antioqueños y antioqueñas.....	502
3.5.2.	Avances de la Agenda Programática para el sector Salud.....	502
3.5.3.	Movilizador “Salud Integral e Integrada”.....	507
Conclusiones:.....		514



3.6.	Estimación Índice de Necesidades en Salud (INS) .....	515
CAPÍTULO IV ATLAS DE DESIGUALDADES .....		523
4.1.	Introducción. ....	523
4.2.	Métodos. ....	523
4.3.	Análisis estadístico. ....	524
4.4.	Resultados. ....	525
Conclusiones. ....		538
Referencias Bibliográficas. ....		539
CAPÍTULO V SITUACIÓN DE SALUD MATERNO INFANTIL. ....		542
5.1.	Comportamiento de la mortalidad materna en el departamento de Antioquia durante el periodo 2019 a 2021. ....	542
5.1.1.	Aumento en la mortalidad materna en Antioquia. ....	543
5.1.1.1.	Caracterización de las gestantes fallecidas. ....	544
5.1.1.2.	Mortalidad Materna según subregiones y municipios. ....	546
5.1.1.2.1.	Análisis de causas clínicas. ....	547
Conclusiones. ....		551
Recomendaciones. ....		553
5.2.	Mortalidad integrada en menores de 5 años en el departamento de Antioquia .....	553
5.2.1.	Contextualización: .....	553
5.2.2.	Comportamiento del evento en Colombia .....	555
5.2.3.	Estado del arte .....	556
5.2.4.	Materiales y métodos.....	557
5.2.5.	Definiciones de caso.....	558
5.2.6.	Hallazgos .....	559
5.2.7.	Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional MANA.....	561
5.2.7.1.	Evaluación del estado nutricional en niños y niñas menores de 4 años en Antioquia con enfoque diferencial.....	562
5.2.7.1.1.	Indicador de peso para la talla .....	562
5.2.7.1.2.	Indicador talla para la edad:.....	564
5.2.7.1.3.	Peso para la edad .....	565
5.2.7.1.4.	Indicador perímetro cefálico: .....	566
5.2.8.	Impacto de la Pobreza y desigualdades en salud .....	567
Conclusiones y recomendaciones .....		568
CAPÍTULO VI SEGURIDAD Y JUSTICIA .....		573
6.1.	Panorama General del homicidio en Antioquia. ....	573
6.1.1.	Homicidios, ocurridos en Antioquia, 2020-2021-2022 con corte a 30 de septiembre de 2022.....	573
6.2.	Tendencias históricas del homicidio.....	574
6.3.	Generalidades del homicidio en Antioquia por subregión.....	574
6.3.1.	Distribución de los 10 municipios del departamento de Antioquia, con las tasas más altas de homicidio para el periodo del 01enero-30 septiembre de 2022. ....	578
6.3.2.	Distribución de homicidios por sexo y edad de la víctima. ....	579
6.3.3.	Homicidio rural y urbano.....	582



6.4.	Análisis de algunas variables de interés comparativo enero 01- septiembre 30-2020-2021 y 2022.....	584
6.4.1.	Comparativo homicidios mes de septiembre 2020, 2021-2022.....	586
6.5.	Contexto de seguridad en Antioquia.....	587
6.5.1.	Afectaciones a la fuerza pública.....	587
6.5.2.	Acciones terroristas.....	591
6.5.3.	Incautación de elementos bélicos. Antioquia, 2020-2022.....	592
6.6.	Panorama de drogas ilícitas en Antioquia, 2020-2022.....	600
6.6.1.	Insumos incautados.....	603
6.6.2.	Capturas por tráfico, fabricación y porte de estupefacientes.....	606
6.7.	Minas intervenidas.....	607
CAPÍTULO VII SALUD MENTAL.....		610
7.1.	Indicadores de Salud Mental en Antioquia.....	611
7.2.	Morbilidad específica en salud mental.....	613
7.3.	Comportamiento del Intento de Suicidio en Antioquia.....	614
7.4.	Comportamiento de Suicidio en Antioquia.....	619
7.5.	Comportamiento de Violencia de Género en Antioquia.....	622
7.6.	Fortalecimiento de la salud mental en Antioquia.....	626
7.7.	Estrategias de Promoción y Prevención y Reducción de Daño.....	628
7.8.	Resultados preliminares del Proyecto de Salud Mental, Convivencia Social, Salud para el Alma.....	630
7.9.	Estructuración del modelo de la ruta para la atención en salud mental.....	632
Conclusiones.....		646
Capítulo VIII Profundización Étnica.....		648
8.1.	Fundamentos de la identidad cultural.....	648
8.1.1.	Grupos étnicos y diferenciales.....	648
8.1.1.1.	Comunidades y Pueblos Indígenas.....	649
8.1.1.2.	Negros, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueros (NARP).....	650
8.1.1.2.1.	Comunidades Negras y Afrocolombianas.....	650
8.1.1.2.2.	Palenqueros.....	651
8.1.1.2.3.	Raizales del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.....	651
8.1.1.3.	Pueblo Rrom o Gitano.....	651
8.2.	Comunidades étnicas en Antioquia.....	651
8.2.1.1.	Caracterización de la población.....	651
8.2.2.	Identidad cultural de los grupos étnicos en Antioquia.....	655
8.2.2.1.	Indígenas.....	655
8.2.2.1.1.	Pueblo Embera.....	655
8.2.2.1.2.	Pueblo Senú.....	657
8.2.2.1.3.	El pueblo Guna-dule.....	658
8.2.2.2.	Comunidades negras y afrocolombianas.....	659
8.2.2.3.	Rrom o Gitanos.....	660
8.2.2.3.1.	Político organizativo: identificación de procesos propios.....	660
8.3.	Estado actual de los procesos interculturales en salud.....	661
8.3.1.	Aspectos del cuidado de la salud: conceptos salud y enfermedad.....	661



8.3.2.	Total de personas aseguradas al Sistema General de Seguridad Social .....	662
8.4.	Encuentros de saberes: Indígenas, Negros y Afrodescendientes.....	663
8.4.1.	Indígenas .....	664
8.4.2.	Comunidades negras y Afrocolombianas de Urabá .....	667
8.4.3.	Rrom o Gitanos:.....	670
8.5.	Análisis de situación de salud desde lo institucional.....	671
8.5.1.	Identificación de las causas de mortalidad .....	671
8.5.1.1.	Indígenas .....	671
8.5.1.2.	Afrodescendientes .....	672
8.5.2.	Identificación de la mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	672
8.5.2.1.	Indicadores Salud materna.....	672
8.5.2.2.	Indicadores salud infantil .....	674
8.5.2.3.	Etnia y área de residencia. ....	676
8.5.3.	Identificación de las diez primeras causas de consulta en Antioquia .....	677
8.5.3.1.	Rrom o Gitanos.....	677
8.5.3.2.	Negros, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueros (NARP) .....	678
8.5.3.3.	Indígena.....	679
8.6.	Reporte de población con discapacidad.....	681
	Bibliografía .....	683

## Lista de tablas.

Tabla 1.	Distribución de municipios de Antioquia por situación geográfica, extensión territorial, altura y temperatura total por municipio y subregión .....	49
Tabla 2.	Personas y familias afectadas 2020 y 2021 .....	59
Tabla 3.	Incorporación de la gestión del riesgo de desastres en el plan de desarrollo de Antioquia “Unidos por la vida” 2020 – 2023 .....	69
Tabla 4.	Tiempo de traslado y distancia estimada por Subregiones y municipios de Antioquia. ....	76
Tabla 5.	Lista de aeropuerto y aeródromos departamento de Antioquia 2020. ....	83
Tabla 6.	Distribución de la población total y relación hombre/mujer por subregiones. Antioquia 2022 .....	105
Tabla 7.	Población por subregión y municipio, según área de residencia y densidad poblacional. Antioquia, 2022 ..	107
Tabla 8.	Proporción de la población por ciclo vital. Antioquia, 2015,2022 y 2025. ....	123
Tabla 9.	Otros indicadores de estructura demográfica. Antioquia, 2015, 2022 y 2025.....	127
Tabla 10.	Otros indicadores de estructura demográfica por subregión. Antioquia 2022 .....	128
Tabla 11.	Tasa bruta de natalidad y tasas de fecundidad por subregión. Antioquia 2020 .....	130
Tabla 12.	Población migrante de Venezuela identificada con por protección temporal y Permiso Especial de Permanencia afiliada al SGSSS en el departamento de Antioquia, por subregión.....	139
Tabla 13.	Migrantes Venezolanos identificados con Permiso Especial de Permanencia o Permiso por Protección Temporal Afiliados al Régimen Subsidiado y que no registraban Sisbén versión IV o con clasificación D por región. Antioquia, junio 2022. ....	142
Tabla 14.	Población víctima según subregión de residencia en Antioquia. ....	151
Tabla 15.	Cifras de los hechos victimizantes en Antioquia desagregados .....	153
Tabla 16.	Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Antioquia, 2005 – 2020.....	177
Tabla 17.	Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas. Antioquia, 2005 – 2020.....	178
Tabla 18.	Tasas específicas de mortalidad infantil en hombres, según causas. Antioquia, 2005 – 2020 .....	179



Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres, según causas. Antioquia, 2005 – 2020.....	179
Tabla 20. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2020.....	180
Tabla 21. Tasas específicas de mortalidad en hombres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2020.....	180
Tabla 22. Tasas específicas de mortalidad en mujeres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2020.....	180
Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas. Antioquia, 2005 – 2020.....	181
Tabla 24. Tasas específicas de mortalidad en niños, según causas. Antioquia, 2005 – 2020 .....	181
Tabla 25. Tasas específicas de mortalidad en niñas, según causas. Antioquia, 2005 – 2020 .....	182
Tabla 26. SemafORIZACIÓN y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Antioquia, 2005 – 2020 .....	183
Tabla 27. Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI. Antioquia, 2020 .....	196
Tabla 28. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno – infantil del departamento de Antioquia, 2020. ....	199
Tabla 29. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo de vida. Antioquia 2009-2021. ....	204
Tabla 30. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en hombres. Antioquia, 2009 –2021 .....	205
Tabla 31. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en mujeres. Antioquia, 2009 –2021 .....	206
Tabla 32. Distribución porcentual de condiciones transmisibles y nutricionales. Antioquia 2009 – 2021 .....	208
Tabla 33. Morbilidad específica en condiciones maternas – perinatales. Antioquia 2009 – 2021 .....	208
Tabla 34. Morbilidad específica en enfermedades no transmisibles. Antioquia 2009 – 2020.....	216
Tabla 35. Morbilidad general salud bucal. Antioquia 2015 – 2020, Antioquia .....	221
Tabla 36. Morbilidad específica en lesiones. Antioquia 2009 – 2021 .....	221
Tabla 37. SemafORIZACIÓN y tendencia de los eventos de alto costo. Antioquia, 2006 – 2021.....	223
Tabla 38. Prevalencia y mortalidad de Cáncer adulto, por tipo, por 100.000 habitantes. Antioquia,2021 .....	229
Tabla 39. Prevalencia y mortalidad de Cáncer pediátrico, por tipo, por 1.000.000 < 18 años, Antioquia, 2021 .....	230
Tabla 40. Eventos precursores. Antioquia, 2020.....	233
Tabla 41. Indicadores epidemiológicos para COVID 19 en Antioquia, 2020 a 2022 .....	233
Tabla 42. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante. Antioquia, 2021. ....	238
Tabla 43. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante según procedencia. Antioquia, 2021 .....	238
Tabla 44. Atenciones en salud de población migrante según régimen de afiliación. Antioquia, 2021 .....	239
Tabla 45. Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública. Antioquia, Colombia 2006 – 2020 .....	241
Tabla 46. Casos de muertes por Accidente Ofídico, según subregión y municipio de procedencia. Antioquia, Semana epidemiológica 49 de 2022 .....	248
Tabla 47. Casos de Exposición rábica por subregión. Antioquia 2022 .....	250
Tabla 48 Distribución de las alteraciones permanentes. Antioquia, 2021.....	253
Tabla 49. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Antioquia 2020 .....	255
Tabla 50. Clasificación de los índices para medición del riesgo - IRCA.....	262
Tabla 51. Promedio Ponderado del Índice de Riesgo de Calidad de Agua Potable - IRCA- (%) por Subregión - Antioquia 2021.....	262
Tabla 52. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida. Antioquia, 2005 – 2020 .....	276
Tabla 53. Cobertura de acceso a servicios públicos según desagregación urbano-rural. Antioquia, 2020.....	277
Tabla 54. Estaciones de monitoreo de calidad del aire por Autoridad Ambiental – 2018.....	282
Tabla 55. Magnitud del riesgo de muertes por eventos centinela asociado al incremento de 10 µg/m3 en el promedio diario de PM10, PM2.5 y O3, Medellín 2008-2016 (rezagos 0-7).....	284
Tabla 56. Magnitud del riesgo para enfermedad respiratoria, asociada al incremento de 10 µg/m3 en el promedio diario de PM10, PM2.5 y O3, por municipios de AMVA 2008-2015 (rezago 0-15) .....	285
Tabla 57. Magnitud del riesgo para enfermedad circulatoria, asociada a de 10 µg/m3 en el promedio diario de PM2.5 y O3 por grupos poblacionales, Medellín 2008-2015 (rezago 0-15) .....	285
Tabla 58. Efecto de las amenazas asociadas al cambio y la variabilidad climática sobre algunas enfermedades o grupos de enfermedades.....	290



Tabla 59. Amenazas más frecuentes reportadas por subregión y algunos grupos de enfermedades relacionadas ...	291
Tabla 60. Determinantes intermedios de la salud – seguridad alimentaria y nutricional. Antioquia, 2021 .....	297
Tabla 61. Semaforización Condiciones factores psicológicos y culturales 2021 .....	304
Tabla 62. Comparación de prevalencias obtenidas en la vida y en el último año 2007 - 2011. Antioquia, 2018 .....	306
Tabla 63. Índice, IDERE Global Nivel de Desarrollo por Dimensiones, Antioquia, 2020 .....	309
Tabla 64. Otros indicadores de ingreso. Antioquia 2005 – 2018 .....	313
Tabla 65. Promedio del puntaje de Pruebas SABER 11- Matemáticas, Antioquia, 2020 .....	317
Tabla 66. Distribución de afiliados al régimen subsidiado, por tipo de población en Antioquia 2018 .....	328
Tabla 67. Población activa afiliada al SGSSS en el departamento de Antioquia por régimen.....	329
Tabla 68. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen subsidiado – diciembre 2021.....	329
Tabla 69. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen contributivo – diciembre 2021.....	330
Tabla 70. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen Excepción – diciembre 2021.....	330
Tabla 71. Determinantes intermediarios de la salud AIC EPSI Departamento de Antioquia 2020 .....	333
Tabla 72. Distribución según enfermedades de interés en salud pública, SURA EPS. Diciembre de 2021 .....	334
Tabla 73. Priorización de indicadores capo. SURA EPS. 2020 .....	335
Tabla 74. Eventos de interés en salud pública .....	335
Tabla 75. Indicadores de Mortalidad por causas específicas en SAVIA SALUD EPS para CAPO 2020 según años disponibles de fuentes Minsalud.....	337
Tabla 76. Distribución porcentual de consultas según 15 principales categorías diagnósticas de ingreso. Savia Salud EPS –2020. ....	338
Tabla 77. Indicadores de determinantes intermedios de la Salud. Savia Salud EPS-CAPO 2020 según años disponibles de fuentes Minsalud.....	340
Tabla 78. Mortalidad trazadora régimen contributivo 2020.....	341
Tabla 79. Mortalidad trazadora régimen subsidiado 2020 .....	342
Tabla 80. Morbilidad grandes causas régimen contributivo 2019–2020 .....	343
Tabla 81. Morbilidad grandes causas régimen subsidiado 2019–2020.....	344
Tabla 82. Indicadores priorizados en el régimen contributivo por departamento y municipio. Antioquia 2020. ....	345
Tabla 83. Indicadores priorizados por departamento y municipio. Antioquia régimen subsidiado 2020 .....	345
Tabla 84. Distribución Diagnósticos de Morbilidad en Consulta Externa. Compensar EPS Medellín. Año 2021 .....	346
Tabla 85. Matriz de priorización por Departamento/Distrito Compensar EPS .....	348
Tabla 86. Determinantes intermedios de la salud. Antioquia 2021 .....	357
Tabla 87. Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. Gerencia de Cobertura de Vacunación 2022 .....	364
Tabla 88. Monto dotación equipos biomédicos.....	368
Tabla 89. Monto Inversiones en Infraestructura.....	368
Tabla 90. Transferencias estampilla prohospital 2021.....	369
Tabla 91. Proceso acompañamiento a hospitales en riesgo fiscal y financiero. Res 1342 de 2019. ....	369
Tabla 92. Proceso acompañamiento a hospitales en riesgo fiscal y financiero. Res 1342 de 2019 .....	369
Tabla 93. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19.....	370
Tabla 94. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19.....	370
Tabla 95. Oferta Prestadores. Capacidad Instalada Antioquia 2015-2022. ....	370
Tabla 96. Oferta Prestadores-Servicios De Salud Habilitados Antioquia. 2015-2022. ....	371
Tabla 97. Distribución de linajes de Ómicron identificadas en la Red Genómica en Antioquia en 2022.....	376
Tabla 98. Pruebas diagnósticas de tuberculosis en Antioquia, 2021 – 2022 III .....	381
Tabla 99. Identificación de los problemas de salud del departamento de Antioquia.....	386
Tabla 100. Número de pruebas de evaluación de desempeño para la red diagnóstica de Antioquia. Laboratorio Departamental de Salud Pública 2016 a 31 de octubre de 2022. ....	484



Tabla 101. Porcentaje de concordancia en las pruebas realizadas en el área de virología. Laboratorio Departamental de Salud Pública 2019 a 31 de octubre de 2022. ....	485
Tabla 102. Porcentaje de concordancia en las pruebas realizadas en el área de banco de sangre. Laboratorio Departamental de Salud Pública 2017 a 31 de octubre de 2022. ....	486
Tabla 103. Porcentaje de concordancia en las pruebas realizadas en el área de mico bacterias. Laboratorio Departamental de Salud Pública 2017 a 31 de octubre de 2022. ....	486
Tabla 104. Porcentaje de concordancia en las pruebas realizadas en el área de parasitología. Laboratorio Departamental de Salud Pública 2017 a 31 de octubre de 2022. ....	486
Tabla 105. Microorganismos evaluados en el área de Microbiología Clínica. Laboratorio Departamental de Salud Pública, 2022. ....	487
Tabla 106. Categoría de Necesidades Max Neef. ....	515
Tabla 107. Variables para estimar Índice de Necesidades en Salud. ....	518
Tabla 108. Índice de necesidades en salud, por municipio. Antioquia, 2022. ....	519
Tabla 109. Comparativo de IPM 2019-2021. ....	525
Tabla 110. Desigualdades en los indicadores priorizados ODS-3 Antioquia, según nivel de riqueza, IPM 2021. ....	527
Tabla 111. Desigualdades en los indicadores priorizados ODS-3 Antioquia, según nivel de riqueza, IPM 2019-2021. ....	528
Tabla 112. Mortalidad materna según tipo de muerte, Antioquia. 2019 a 2021. ....	544
Tabla 113. Análisis del comportamiento de la muerte materna temprana en Antioquia por subregiones, 2021. ....	547
Tabla 114. características sociodemográficas de la población menor de 5 años fallecida en el departamento de Antioquia en el año 2021. ....	559
Tabla 115. Correlación entre la tasa de mortalidad en menores de 5 años y el IPM. Antioquia, 2019. ....	567
Tabla 116. Casos y tasa de homicidios, por subregión de ocurrencia y variación porcentual. Antioquia 2020, 2021 y 2022 a 30 de septiembre. ....	574
Tabla 117. Distribución de los homicidios, según modalidad. Antioquia, ene01-sept30-2020, 2021, 2022 y variación porcentual 2022-2021. ....	585
Tabla 118. Distribución de homicidios del mes de septiembre, por subregión de ocurrencia y variación porcentual 2022 vs 2021. ....	587
Tabla 119. Homicidios de miembros de la fuerza pública, por subregión de ocurrencia del hecho. Antioquia, 2020-2022*(a noviembre 11). ....	588
Tabla 120. Lesiones a miembros de la fuerza pública, por subregión. Antioquia 2020-2022*(a noviembre 11). ....	589
Tabla 121. Acciones terroristas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, 2020-2022*(a septiembre 30). ....	591
Tabla 122. Granadas incautadas, por subregión. Antioquia, 2020-2022*(a septiembre 30). ....	592
Tabla 123. Artefactos incautados por subregión. Antioquia, 2020-2022*(a septiembre 30). ....	594
Tabla 124. Kilogramos de explosivos incautados por subregión. Antioquia, 2020-2022*(a septiembre 30). ....	595
Tabla 125. Armamento incautado por subregión. Antioquia, 2020-2022*(a septiembre 30). ....	597
Tabla 126. Municiones incautadas por subregión. Antioquia, 2020-2022*(a septiembre 30). ....	598
Tabla 127. Número de hectáreas erradicadas en Antioquia, 2019-2022*(a septiembre 30). ....	600
Tabla 128. Número de laboratorios desmantelados, por subregión. Antioquia, 2019-2022*(a septiembre). ....	601
Tabla 129. Toneladas de insumos sólidos incautados por subregión de ocurrencia del hecho. Antioquia, 2019-2022*(a septiembre 30). ....	603
Tabla 130. Metros cúbicos de insumos líquidos incautados, por subregión de ocurrencia del hecho. Antioquia, 2019-2022*(a septiembre 30). ....	604
Tabla 131. Capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes, por subregión de ocurrencia del hecho. Antioquia, 2020-2022*(a septiembre 30). ....	606
Tabla 132. Minas intervenidas, por subregión. Antioquia. 2020-2022*(a octubre 31). ....	607
Tabla 133. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental. Antioquia, 2009 – 2021. ....	614
Tabla 134. Distribución de los casos y tasas de Suicidios Antioquia 2012 - 2021. ....	620
Tabla 135. Distribución porcentual de los niveles de resiliencia por subregión. Antioquia 2018. ....	634
Tabla 136. Distribución de la resiliencia según variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social en	

escolarizados. Antioquia, 2018-2019 .....	635
Tabla 137. Población censada por subregión, municipio y grupo étnico. Antioquia. 2018 .....	652
Tabla 138 Estados de afiliación activo y suspendido a octubre 2022, Antioquia .....	663
Tabla 139. Número de defunciones - población Indígena, Antioquia 2008-2021 .....	672
Tabla 140. Número de defunciones - población Afrodescendiente, Antioquia 2008-2021 .....	672
Tabla 141 Indicadores de salud materna por pertenencia étnica, Antioquia 2020 .....	674
Tabla 142 Indicadores de salud infantil por pertenencia étnica, Antioquia 2020 .....	676
Tabla 143. Indicadores de razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Antioquia, 2019-2020 .....	676
Tabla 144 Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Rrom, Antioquia .....	678
Tabla 145 Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Negra, Afro, Raizal y Palenquera, Antioquia .....	679
Tabla 146 Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Indígena, Antioquia .....	680
Tabla 147 Distribución de las alteraciones permanentes por grupo étnico, Antioquia, 2021 .....	681

## Figuras.

Figura 1. Eventos reportados al 31 de octubre de 2022. ....	58
Figura 2. Pérdida Máxima Probable por sismos, inundaciones y tsunamis para diferentes períodos de retorno en el departamento de Antioquia (en miles de millones de pesos) .....	61
Figura 3. Número de eventos recurrente reportados al DAGRAN en Antioquia entre 2019 y 2022 .....	66
Figura 4. Tasa Departamental por incidentes viales de enero a septiembre 2021. ....	77
Figura 5. Mortalidad Vs. Tasa Departamental por incidentes viales de enero a septiembre 2022 .....	78
Figura 6. Comparativo muertes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022 .....	78
Figura 7. Comparativo muertes tasa x 100.000 habitantes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022..	79
Figura 8. Lesionados vs. Tasa departamental por incidentes viales 2021 .....	79
Figura 9. Lesionados vs. Tasa departamental por incidentes viales enero-septiembre 2022 .....	80
Figura 10. Comparativo lesionados por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022. ....	80
Figura 11. Comparativo lesionados tasa x 100.000 habitantes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022 .....	81
Figura 12. Distribución de los 125 municipios del departamento de Antioquia por rangos de población .....	106
Figura 13. Porcentaje de Población urbano - rural en Antioquia, 2022 .....	111
Figura 14. Porcentaje de población censal urbano - rural en Antioquia, censos 1985, 1993, 2005 y 2018 .....	111
Figura 15. Porcentaje de Población proyectada urbano - rural en Antioquia 2015, 2022 y 2025 .....	112
Figura 16. Condición de ocupación de la vivienda, según ubicación geográfica en Antioquia, 2018 .....	113
Figura 17. Tamaño de los hogares en Antioquia, Según Censo 2005 y 2018 .....	114
Figura 18. Jefatura del hogar por sexo en Antioquia. Censos 1993, 2005 y 2018 .....	115
Figura 19. Comparativo de la estructura poblacional por sexo para los censos 1985 - 2018 .....	116
Figura 20. Pirámide poblacional. Antioquia, 2015, 2022, 2025 .....	117
Figura 21. Pirámide poblacional subregión de Urabá. Antioquia, proyección 2025 .....	118
Figura 22. Pirámide poblacional subregión de Bajo Cauca. Antioquia, proyección 2025 .....	118
Figura 23. Pirámide poblacional subregión de Magdalena medio. Antioquia, proyección 2025 .....	118
Figura 24. Pirámide poblacional subregión de Occidente. Antioquia, proyección 2025 .....	118
Figura 25. Pirámide poblacional subregión de Oriente, Antioquia, proyección 2025 .....	119
Figura 26. Pirámide poblacional subregión de Suroeste, Antioquia, proyección 2025 .....	119
Figura 27. Pirámide poblacional subregión Norte, Antioquia, proyección 2025 .....	120
Figura 28. Pirámide poblacional subregión Nordeste, Antioquia, proyección 2025 .....	120
Figura 29. Pirámide poblacional subregión del Valle de Aburra, Antioquia, proyección 2025 .....	120



Figura 30. Distribución porcentual de la población, según sexo. Antioquia, 2022 .....	121
Figura 31. Población por género y grupo de edad. Antioquia 2022.....	122
Figura 32. Cambio en la proporción de población por grupo etario. Antioquia, 2005, 2021 y 2023.....	124
Figura 33. Porcentaje de población por grandes grupos de edad. Antioquia, 2015-2022-2025. ....	124
Figura 34. Tasa de fecundidad en adolescentes, Antioquia 2005 – 2020. ....	129
Figura 35. Tasa global de fecundidad por área, Antioquia 2005 -2020.....	130
Figura 36. Comparación entre la tasa de crecimiento y las tasas brutas de natalidad, mortalidad. Antioquia 2005 – 2023.....	131
Figura 37. Crecimiento natural por subregión. Antioquia 2020.....	132
Figura 38. Comparación de tasas de crecimiento poblacional intercensal 1973, 1985, 1993, 2005 y 2018, subregiones y total departamento .....	132
Figura 39. Esperanza de vida al nacer por sexo. Antioquia 2005-2023.....	134
Figura 40. Pirámide población migrantes venezolanos con pre-registro. Estatuto por Protección Temporal. Antioquia, mayo de 2022. ....	135
Figura 41 Población Migrante de Venezuela en Antioquia. Migración Colombia 2018-2022.....	137
Figura 42. Tendencia de la afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con Permiso Especial de Permanencia y Permiso por Protección Temporal. Antioquia, enero a septiembre de 2022. ....	138
Figura 43. Tendencia de la afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con Permiso Especial de Permanencia y Permiso Por Protección Temporal. Antioquia, 2018-2022. ....	139
Figura 44. Migrantes Venezolanos afiliados al Régimen Contributivo por EPS. Antioquia, septiembre 2022.....	140
Figura 45. Migrantes Venezolanos afiliados al Régimen Subsidiado por EPS. Antioquia, septiembre 2022. ....	140
Figura 46. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con Permiso por Protección Temporal. Antioquia, febrero – septiembre 2022.....	141
Figura 47. Población Afiliada al Régimen Subsidiado con Documentos de Identificación Permiso Especial de Permanencia o Permiso Por Protección Temporal según Encuesta de Sisbén o Población Especial. Antioquia 2022.....	142
Figura 48. Estructura piramidal de la población víctima. Antioquia 2022 .....	150
Figura 49. Mortalidad según grandes grupos de causas, Antioquia, 2005 – 2020.....	160
Figura 50. Mortalidad según grandes grupos de causas en hombres. Antioquia, 2005 – 2020.....	161
Figura 51. Mortalidad según grandes grupos de causas en mujeres. Antioquia, 2005 – 2020.....	162
Figura 52. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP según grandes causas lista 6/67. ....	163
Figura 53. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en hombres según grandes causas lista 6/67. ....	164
Figura 54. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en mujeres según grandes causas lista 6/67. ....	164
Figura 55. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2020.....	165
Figura 56. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en hombres. Antioquia, 2005-2020 .....	166
Figura 57. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en mujeres. Antioquia, 2005-2020.....	167
Figura 58. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en hombres. Antioquia, 2005 – 2020 .....	168
Figura 59. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en mujeres. Antioquia 2005 – 2020 .....	169
Figura 60. Mortalidad según las neoplasias en hombres. Antioquia, 2005 – 2020.....	170
Figura 61. Mortalidad según las neoplasias en mujeres. Antioquia, 2005 – 2020 .....	170
Figura 62. Mortalidad en hombres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia 2005 – 2020.....	171
Figura 63. Mortalidad en mujeres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia, 2005 – 2020 .....	172
Figura 64. Defunciones en hombres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2020.....	173
Figura 65. Mortalidad en mujeres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2020 .....	173

Figura 66. Mortalidad en hombres según causas externas. Antioquia, 2005 – 2020. ....	175
Figura 67. Mortalidad en mujeres según causas externas. Colombia, 2005 – 2020 .....	175
Figura 68. Mortalidad en hombres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2020.....	176
Figura 69. Mortalidad en mujeres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2020.....	177
Figura 70. Razón de mortalidad materna. Colombia y Antioquia, 2005 – 2020 .....	184
Figura 71. Tasa de mortalidad neonatal. Colombia y Antioquia 2005 – 2020 .....	185
Figura 72. Tasa de mortalidad infantil. Colombia y Antioquia 2005 – 2020 .....	185
Figura 73. Tasa de mortalidad en la niñez. Colombia y Antioquia 2005 – 2020 .....	186
Figura 74. Tasa de mortalidad por EDA. Colombia y Antioquia 2005 – 2020.....	186
Figura 75. Tasa de mortalidad por IRA. Colombia y Antioquia 2005 – 2020.....	187
Figura 76. Tasa de mortalidad por desnutrición. Colombia y Antioquia, 2005 – 2020 .....	188
Figura 77. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020.....	191
Figura 78. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020 .....	191
Figura 79. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020 .....	192
Figura 80. Índice de concentración de la mortalidad infantil vs NBI. Antioquia, 2019-2020 .....	193
Figura 81. Índice de concentración de la mortalidad Materna vs NBI. Antioquia, 2019-2020 .....	194
Figura 82. Distribución de casos fallecidos por COVID-19 en Antioquia durante el 2022. ....	198
Figura 83. Comparativo de la Morbilidad Materna Extrema en el departamento de Antioquia – Colombia 2017-2021 .....	209
Figura 84. Número de casos y tendencia de la razón de MME en Antioquia 2017 -2021 .....	210
Figura 85. Número de casos y tasa de incidencia, Morbilidad Materna Extrema según Grupo de Edad, Antioquia 2021 .....	210
Figura 86. Distribución Porcentual de los casos de MME según estrato socioeconómico y zona de residencia. Departamento de Antioquia 2021.....	211
Figura 87. Distribución porcentual de los casos de MME, según Régimen de Seguridad Social y Etnia. Antioquia, 2021 .....	212
Figura 88. Distribución porcentual de casos Morbilidad Materna Extrema según conducta y relacionado con enfermedad específica. Antioquia 2021.....	212
Figura 89. Tasa de incidencia de Morbilidad materna extrema, por subregión de residencia. Antioquia 2021.....	213
Figura 90. Número de casos de MME por Covid-19 Según subregión de residencia, Antioquia 2021 .....	213
Figura 91. Índice de letalidad en Antioquia, distribución por subregiones. Antioquia 2021 .....	214
Figura 92. Relación MME/MM en Antioquia, distribución por subregiones. Antioquia 2021 .....	214
Figura 93. Índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía por MME distribuido por subregiones en Antioquia 2021. ....	215
Figura 94. Porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión por Subregión en Antioquia 2021.....	215
Figura 95. Prevalencia de VIH-SIDA, por grupo etario, 01-02 2021/31-01-2022, Antioquia .....	224
Figura 96 Proporción de gestantes Tamizadas para VIH, Antioquia 2022. ....	226
Figura 97. Incidencia de AR, por grupo etario, Antioquia,2021 .....	227
Figura 98. Casos de cáncer por grupo etario, Antioquia, 2021 .....	229
Figura 99. Pirámide de la incidencia de ERC, Colombia Región Central, Antioquia, julio 2020 a junio del 2021.....	231
Figura 100. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Antioquia, 2020 .....	232
Figura 101. Evolución de casos por COVID 19 según fecha de inicio de síntomas en Antioquia, 2022. ....	234
Figura 102. Número casos positivos por RT-PCR y pruebas de antígeno para COVID-19 en Antioquia, 2022.....	234
Figura 103. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos positivos en Antioquia, 2022 .....	235
Figura 104. Porcentaje de gestantes diagnosticadas por COVID 19 según grupo de edad y subregión de Antioquia, 2022.....	235
Figura 105. Distribución de incidencia por Covid19 según subregión de Antioquia. 2022 .....	236



Figura 106. Distribución de casos hospitalizados por COVID-19 en Antioquia durante el 2022.....	236
Figura 107. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos hospitalizados en Antioquia, 2022 .....	237
Figura 108. Atenciones en salud de población migrante según régimen de afiliación. Antioquia, 2021.....	239
Figura 109. Eventos de notificación obligatoria en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA.....	240
Figura 110. Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas Antioquia 2008 – 2021 .....	244
Figura 111. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, según tipo por semana epidemiológica. Antioquia 2021. .....	245
Figura 112. Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas según subregión de procedencia. Antioquia 2021. .....	245
Figura 113. Tasa de intoxicación a sept. 2022, semana 43 .....	246
Figura 114. Casos e incidencia de Accidente Ofídico por subregión. Antioquia semana 49. 2022 .....	247
Figura 115. Casos sospechosos de Leptospirosis, por subregión. Semana epidemiológica 49 de 2022 .....	249
Figura 116. Casos e incidencia de Exposición rábica por subregión. Antioquia 2022 .....	251
Figura 117. Distribución de casos de Exposición rábica, de acuerdo a la especie agresora. Antioquia 2022 .....	251
Figura 118. Distribución porcentual de casos de Exposición rábica, de acuerdo al tipo de exposición. Antioquia 2022 .....	252
Figura 119. Pirámide de la población en situación de discapacidad. Antioquia, 2021. ....	254
Figura 120. Cobertura de acceso a servicios públicos en Antioquia Censo 2005 – 2018.....	258
Figura 121. Cobertura Total, Urbano y Rural Acceso Acueducto y Agua Potable Antioquia - Colombia 1999 - 2020. ....	260
Figura 122. Cobertura Total por Subregión Acceso Acueducto y Agua Potable Antioquia - Colombia 2020 .....	260
Figura 123. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de acueducto y al agua potable por subregión – Antioquia 2020 .....	261
Figura 124. Cobertura Rural de viviendas con acceso al servicio de acueducto y al agua potable por subregión – Antioquia 2020 .....	261
Figura 125. Índice de riesgo de calidad de agua para consumo humano – IRCA (%) – Antioquia 2020 .....	263
Figura 126. Comportamiento Cobertura de Alcantarillado- Total, Urbano y Rural -Antioquia 1999- 2020 .....	271
Figura 127. Cobertura Total de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2020 .	272
Figura 128. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2020 .....	272
Figura 129. Cobertura Rural de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2020. ....	273
Figura 130. Comportamiento Cobertura de Aseo- Total, Urbano y Rural -Antioquia 1999- 2020.....	274
Figura 131. Cobertura Total de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2020.....	275
Figura 132. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2020 .....	275
Figura 133. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2020. ....	276
Figura 134. Comportamiento del vector (Índice de Breteau) en las subregiones de Antioquia. ....	287
Figura 135. Fuente de energía utilizada para la cocción de alimentos. ....	288
Figura 136. Comparativo de la percepción de inseguridad alimentaria en los hogares del departamento de Antioquia. 2019 – 2021 .....	298
Figura 137. Comparativo de la percepción de inseguridad alimentaria severa y moderada de los hogares por subregión 2019 – 2021. ....	299
Figura 138. Estado nutricional en menores de 5 años según indicador talla para la edad. Antioquia, 2021 .....	301
Figura 139. Estado nutricional en menores de 5 años según indicador peso para la talla. Antioquia, 2021.....	302
Figura 140. Estado nutricional en menores de 5 a 17 años según indicador IMC para la edad. Antioquia, 2021. ....	303
Figura 141. Tasa de ocupación, Antioquia 2010-2021. ....	307
Figura 142. Tasa de desempleo, Antioquia 2010-2021. ....	307
Figura 143. Tasa de formalidad laboral, Antioquia 2010-2021. ....	308
Figura 144. Coeficiente de GINI Colombia vs Antioquia 2020.....	309
Figura 145. Incidencia de la pobreza monetaria y extrema, Antioquia 2012-2020 .....	311
Figura 146. Población en Necesidades Básicas Insatisfechas, Antioquia 2005, 2018 y 2019.....	311

Figura 147. Necesidades Básicas Insatisfechas según indicadores simples, Antioquia 2017-2019 .....	312
Figura 148. Población económicamente activa. Antioquia 2005 - 2019 .....	313
Figura 149. Tasa de desempleo. Antioquia 2005 – 2019.....	314
Figura 150. Incidencia de la pobreza extrema, Antioquia 2012-2020.....	314
Figura 151. Coberturas de educación. Antioquia, 2003 – 2021 .....	316
Figura 152. Tasa de cobertura en educación superior por subregiones de Antioquia, 2020.....	319
Figura 153. Hogares con acceso a internet en Antioquia-enero agosto 2010 a 2021. ....	320
Figura 154. Porcentaje de cobertura al SGSSS por régimen en Antioquia. 2022 .....	323
Figura 155. Porcentaje de cobertura al SGSSS en Antioquia, por Regímenes y año 2019 - 2022 .....	324
Figura 156. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Magdalena Medio, 2022.....	324
Figura 157. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Bajo Cauca, 2022 .....	325
Figura 158. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Urabá, 2022 .....	325
Figura 159. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Occidente, 2022 .....	325
Figura 160. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Nordeste, 2022 .....	325
Figura 161. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Valle de Aburrá, 2022 .....	326
Figura 162. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Suroeste, 2022.....	326
Figura 163. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Norte, 2022.....	326
Figura 164. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Oriente, 2022.....	327
Figura 165. Afiliados por EAPB en Antioquia, Régimen Subsidiado y Contributivo 2022 .....	327
Figura 166. Tasa de Mortalidad en población total AIC en el Departamento de Antioquia 2020 .....	332
Figura 167. Porcentaje de Causas de Morbilidad AIC EPSI por Grupos de grandes Causas de Enfermedad Departamento de Antioquia 2020.....	332
Figura 168. Distribución según el régimen de afiliación. diciembre de 2021 tipo de afiliación .....	334
Figura 169. Distribución de mortalidad por curso de vida y sexo, Compensar EPS Medellín. Año 2021.....	347
Figura 170. Pirámide poblacional. COOSALUDEPS-S Departamento ANTIOQUIA. 2019–2020 .....	348
Figura 171. Diez principales diagnósticos en consulta externa. Unidad de servicio médico EPM – 2021 .....	354
Figura 172. Diez principales diagnósticos de egreso en Urgencias. Unidad de servicio médico EPM – 2021.....	355
Figura 173. Diez principales diagnósticos de egreso en hospitalización. Unidad de servicio médico EPM-2021 .....	355
Figura 174. Coberturas de vacunación en menores de un año, de un año y nueve años, Antioquia nov. 2022 .....	364
Figura 175. Aplicación semanal de dosis de vacuna contra COVID-19. ....	365
Figura 176. Distribución de variantes/ linajes durante 2022 .....	374
Figura 177. Caracterización de la red diagnóstica para tuberculosis en Antioquia, 2021 .....	380
Figura 178. Acceso Prueba de Susceptibilidad a Fármacos, Antioquia, 2019 – 2021 .....	382
Figura 179. Porcentaje de población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia según género. Corte a julio 2020. ....	416
Figura 180. Pirámide población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia. Corte a julio 2020. ....	417
Figura 181. Distribución porcentual según categoría de discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia. Corte a julio 2020. ....	418
Figura 182. Distribución porcentual según causa de la discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia. Corte a julio 2020. ....	418
Figura 183. Distribución porcentual la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia, según último grado de escolaridad aprobado. Corte a julio 2020. ....	419
Figura 184. Distribución porcentual la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia, según ingreso mensual promedio. Corte a julio 2020.....	419
Figura 185. Comportamiento Reporte Desnutrición Aguda. Dpto. Antioquia. SE 45 2022.....	435
Figura 186. Cantidad de licencias de equipos emisores de radiación ionizante (RX) expedidas durante el año 2022. ....	467
Figura 187. Cantidad de licencias expedidas durante el año 2022 de acuerdo al tipo de práctica en el departamento de Antioquia y en las subregiones. ....	468
Figura 188. Cantidad de equipos licenciados durante el año 2022. A. Equipos odontológicos. ....	468





Figura 189. Cantidad de equipos licenciados durante el año 2022. B. Equipos médicos.....	469
Figura 190. Cantidad de equipos licenciados durante el año 2022. C. Equipos industriales, veterinarios y/o investigación.....	469
Figura 191. Porcentaje de licencias otorgadas por perfil profesional. SSSA- 2022 .....	471
Figura 192. Categoría edad de pacientes agredidos y Figura 1b: tipo de agresión.....	476
Figura 193. Número de pruebas de laboratorio por año. Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia, 2016 a 31 de octubre de 2022.....	484
Figura 194. Resultados de la participación de la Agenda Antioquia 2040. ....	502
Figura 195. Componentes del Plan Estratégico de la Agenda Antioquia 2040 .....	503
Figura 196. Componentes del Plan Estratégico de la Agenda Antioquia 2040 .....	504
Figura 197. ¿Si usted fuera Gobernador y tuviera \$100 como distribuiría la inversión? Agenda Antioquia 2040 .....	505
Figura 198. Sentimiento en torno a la salud Agenda Antioquia 2040.....	506
Figura 199. Demandas sociales pilar Territorio Vivo y Salud Integral e Integrada. Agenda Antioquia 2040 .....	506
Figura 200. Demandas sociales pilar Territorio Vivo y Salud Integral e Integrada. Agenda Antioquia 2040 .....	507
Figura 201. Demandas sociales Salud Integral e integrada. Agenda Antioquia 2040. ....	509
Figura 202. Grado de avance Índice de Pobreza Multidimensional Antioquia, 2021 .....	526
Figura 203. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos .....	528
Figura 204. Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.....	529
Figura 205. Curvas de concentración de la desigualdad en salud, Mortalidad menores de 5 años según IPM, 2019-2021. Antioquia .....	532
Figura 206. Gradiente por IPM, Antioquia 2019-2021 a) Porcentaje de embarazo subsecuente en adolescentes y b) Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes .....	533
Figura 207. Tasa de mortalidad por VIH por cien mil habitantes. Antioquia 2015- 2021 .....	534
Figura 208. Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares por cien mil habitantes, Antioquia 2021.....	535
Figura 209. Gradiente por IPM, Antioquia 2019-2021 a) Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares .....	535
Figura 210. Tendencia de la razón de mortalidad materna por grupos etarios. Antioquia, 2019 – 2021 .....	544
Figura 211. Tendencia de la mortalidad materna según área de residencia de la fallecida. Antioquia, 2019 a 2021. ....	545
Figura 212. Tendencia de la mortalidad materna según Pertenencia étnica, período 2019 a 2021. ....	546
Figura 213. Casos de mortalidad materna según causas indirectas y directas. Antioquia, 2019-2021. ....	547
Figura 214. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años en Colombia Año 2020 .....	555
Figura 215. Estado nutricional según indicador peso para la talla en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021. ....	563
Figura 216. Estado nutricional según el indicador de talla para la edad en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021. ....	565
Figura 217. Estado nutricional según indicador peso para la edad en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021. ....	566
Figura 218. Factor de riesgo para neurodesarrollo según indicador perímetro cefálico en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.....	567
Figura 219. Canal endémico de homicidios. Antioquia 2016-2022*(*a semana 39) .....	573
Figura 220. Comportamiento del homicidio por mes de ocurrencia. Antioquia, 2020-2022*(*ene01-sep30) .....	574
Figura 221. Tasa de homicidios, por subregión de ocurrencia. Antioquia, Ene01-sept30-2020-2022.....	576
Figura 222. Distribución de los 10 municipios con la tasa de homicidios más alta. Antioquia, ene 01- sep30-2022 ..	578
Figura 223. Distribución de los 10 municipios con el mayor número de homicidios. Antioquia, ene 01-sep30- 2022	578
Figura 224. Tendencia de las tasas de homicidios, por sexo. Antioquia, 2020-2022*(*hasta el mes de septiembre, semana 39) .....	580
Figura 225. Tasa de homicidios por subregión y sexo. Antioquia, 2022 a 30 de septiembre .....	580
Figura 226. Pirámide poblacional de las muertes por homicidio. Antioquia, Ene01-sept30-2022 .....	581

Figura 227. Tasa de homicidios por grupos de edad y sexo. Antioquia, Ene01-sept30-2022 .....	581
Figura 228. Tasa de homicidios por grupos de edad. Antioquia, Ene01-sep30-2021-2022 .....	582
Figura 229. Número de homicidios por área de ocurrencia, según semana del hecho. Antioquia, 2021-2022* (*ene01-sep30) .....	582
Figura 230. Tasa de homicidios por área de ocurrencia. Antioquia, Ene01-sep30-2021-2022 .....	583
Figura 231. Tasa de homicidios por subregión y área de ocurrencia. Antioquia, ene01-sept30-2022 .....	583
Figura 232. Distribución del número de homicidios, según arma o medio utilizado. Antioquia, ene01-sept30-2020, 2021, 2022 .....	584
Figura 233. Distribución del número de homicidios, según arma o medio utilizado por subregión de ocurrencia. Antioquia, ene01-sept30-2022 .....	584
Figura 234. Distribución del número de homicidios, según estado civil. Antioquia, ene01-sept30-2020, 2021, 2022 .....	585
Figura 235. Distribución del número de homicidios, ocurridos durante el mes de septiembre. Antioquia, 2020, 2021 y 2022 .....	586
Figura 236. Distribución del número de homicidios, según subregión de ocurrencia. Comparativo mes de septiembre 2020, 2021 y 2022 .....	586
Figura 237. Homicidios de miembros de la fuerza pública, por mes. Antioquia, enero 01 a noviembre 11-2022 .....	588
Figura 238. Lesiones a miembros de la fuerza pública, por mes. Antioquia, enero 01 a noviembre 11-2022 .....	590
Figura 239. Distribución de las acciones terroristas, por mes de ocurrencia. Antioquia, enero 01 a septiembre 30 de 2022 .....	591
Figura 240. Granadas incautadas, por subregión. Antioquia, enero 01 a septiembre 30-2022 .....	593
Figura 241. Artefactos explosivos incautados por mes. Antioquia, enero 01-septiembre 30-2022 .....	594
Figura 242. Kilogramos de explosivos incautados por mes. Antioquia, enero 01-septiembre 30-2022 .....	596
Figura 243. Armamento incautado por mes. Antioquia, enero 01 a septiembre 30-2022 .....	597
Figura 244. Municiones incautadas, por mes. Antioquia, enero 01 a septiembre 30-2022 .....	599
Figura 245. Número de hectáreas erradicadas. Antioquia, 2010-2022* (* a septiembre 30) .....	600
Figura 246. Número de laboratorios destruidos por año. Antioquia 2010-2021 .....	602
Figura 247. Toneladas de insumos sólidos incautados por año. Antioquia, 2010-2021 .....	603
Figura 248. Metros cúbicos de insumos líquidos incautados, por mes. Antioquia, 2010-2021 .....	605
Figura 249. Capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes, por año de ocurrencia del hecho. Antioquia, 2020-2021 .....	606
Figura 250. Minas intervenidas por año. Antioquia, enero 01 a 31 de octubre 2022 .....	608
Figura 251. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020 .....	611
Figura 252. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020 .....	612
Figura 253. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020 .....	612
Figura 254. Tasa de incidencia intento de suicidio. Antioquia, 2005 – 2021 .....	615
Figura 255. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, 2021 .....	615
Figura 256. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo y grupo etario. Antioquia, 2021 .....	617
Figura 257. Distribución de los casos de intento de suicidio, por grupo de edad. Antioquia, 2021 .....	617
Figura 258. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, según mecanismo utilizado. Antioquia, 2021 .....	618
Figura 259. Tendencia de la tasa de suicidio Antioquia, 2012-2021 .....	620
Figura 260. Tasa de incidencia suicidio por subregión, Antioquia 2021 .....	620
Figura 261. Incidencia de violencia por subregión. Antioquia, 2021 .....	623
Figura 262. Incidencia de violencia, según naturaleza. Antioquia, 2021 .....	625
Figura 263. Incidencia de violencia intrafamiliar, según naturaleza y ciclo vital. Antioquia, 2021 .....	626
Figura 264. Logros del Proyecto Salud Para el Alma, Salud Mental y Convivencia Social Antioquia, 2021 .....	631
Figura 265. Distribución porcentual de resiliencia por subregión. Antioquia, 2018 .....	634

Figura 266. Determinantes estructurales por subregión y población especial (ejes de desigualdad) Antioquia, 2021 .....	642
Figura 267. Determinantes intermedios (factores conductuales y biológicos, por subregión y población especial. ....	643
Figura 268. Factores consumo de sustancias psicoactivas (SPA) .....	644
Figura 269. Principales entornos causantes de problemas o enfermedades mentales por subregión y población especial.....	645
Figura 270. Trastornos mentales por subregión y población especial .....	645
Figura 271. Distribución de frecuencia de atención de la población étnica en el municipio de Envigado, 2021 .....	670
Figura 272. Pirámide de la población en condición de discapacidad, Grupos étnicos, Antioquia 2022. ....	682

## Lista de Mapas.

Mapa 1. Localización, límites y subregiones del departamento de Antioquia.....	35
Mapa 2. División política administrativa de Antioquia.....	48
Mapa 3. Relieve del departamento de Antioquia .....	55
Mapa 4. Hidrografía del departamento de Antioquia.....	56
Mapa 5. Pérdida anual esperada (AAL) por municipio.....	60
Mapa 6. Amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa y flujos torrenciales .....	63
Mapa 7. Área del departamento de Antioquia en condición de amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa o flujos torrenciales.....	63
Mapa 8. Vulnerabilidad por municipios en Antioquia.....	64
Mapa 9. Índice de riesgo de desastres por municipios en Antioquia.....	64
Mapa 10. Análisis de riesgo por cambio climático en el hábitat humano en Antioquia .....	65
Mapa 11. Análisis de riesgo por cambio climático en la infraestructura en Antioquia.....	66
Mapa 12. Vías de comunicación del departamento de Antioquia. ....	73
Mapa 14. Migración interna entre Antioquia y otros departamentos del país, Censo 2018.....	136
Mapa 15. Inmigración Internacional a Antioquia Censo 2018 .....	136
Mapa 16. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Total, municipal – Antioquia 2021 .....	264
Mapa 17. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona urbana – Antioquia 2021 .....	265
Mapa 18. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona Rural – Antioquia 2021 .....	266
Mapa 19. Certificación sanitaria municipal Urbana en agua potable por municipio. Antioquia .....	268
Mapa 20. Certificación sanitaria municipal Urbana en agua potable por municipio. Antioquia 2021 .....	269
Mapa 21. Certificación sanitaria municipal Rural en agua potable por municipio. Antioquia 2021.....	270
Mapa 22. Visualización de defunciones causadas por enfermedades relacionadas con la calidad del aire en el Área Metropolitana 2018. ....	283
Mapa 23. Visualización de casos de enfermedades relacionadas con la calidad del aire en el Área Metropolitana. (porcentaje del total de los casos de muertes por municipio 2018).....	285
Mapa 24. Mapa de Eventos por amenaza asociada al cambio climático.....	292
Mapa 25. Georreferenciación del índice de pobreza multidimensional, Antioquia 2013-2020 .....	315
Mapa 26. Índice de Necesidades en Salud ASIS Antioquia. 2021.....	520
Mapa 27. Índice de Necesidades en Salud ASIS Antioquia. 2022.....	521
Mapa 28. Índice de pobreza multidimensional, Quintiles Antioquia, 2021.....	530
Mapa 29. Distribución geográfica por Tasa de mortalidad menores 5 años por 100 mil nacidos vivos, Antioquia 2015-2021.....	531
Mapa 30. Distribución geográfica indicadores de Porcentaje de embarazo subsecuente en adolescentes y Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes, Antioquia 2021. ....	533
Mapa 31. Distribución geográfica Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, Antioquia 2015-2021.....	533

2021.....	536
Mapa 32. Distribución geográfica por Tasa de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos, Antioquia 2015-2021. .....	537
Mapa 33. Variación porcentual de homicidios, por subregión de ocurrencia, Antioquia. Enero 01-septiembre 30 2021 vs enero 01 – septiembre 30 2022 .....	575
Mapa 34. Riesgo de homicidios, por subregión de ocurrencia enero 01 – septiembre 30 de 2022. Antioquia. ....	577
Mapa 35. Riesgo de homicidios, por municipio de ocurrencia enero 01 – septiembre 30 de 2022. Antioquia. ....	577
Mapa 36. Variación porcentual de homicidios, según municipio de ocurrencia, Antioquia enero 01 – septiembre 30 de 2022.....	579
Mapa 37. Homicidios personal Fuerza Pública departamento de Antioquia 2022.....	589
Mapa 38. Lesiones personales Fuerza Pública, Antioquia 2022.....	590
Mapa 39. Eventos de terrorismo departamento de Antioquia. 2022.....	592
Mapa 40. Grandes incautaciones departamento de Antioquia 2022. ....	593
Mapa 41. Artefactos explosivos incautados departamento de Antioquia 2022. ....	595
Mapa 42. Kilogramos de explosivos incautados departamento de Antioquia 2022. ....	596
Mapa 43. Armamento incautado departamento de Antioquia 2022. ....	598
Mapa 44. Municiones incautadas departamento de Antioquia 2022.....	599
Mapa 45. Distribución del número de hectáreas erradicadas según municipio del hecho Antioquia, enero 01 septiembre 30 de 2022.....	600
Mapa 46. Número de laboratorios desmantelados por municipio. Antioquia enero 01-septiembre 30 2022 .....	602
Mapa 47. Distribución de incautación de insumos sólidos en toneladas Antioquia, enero 01 – septiembre 30 de 2022 .....	604
Mapa 48. Distribución de incautación de insumos líquidos en metros cúbicos. Antioquia enero 01 – septiembre 30 de 2022.....	605
Mapa 49. Capturados por tráfico, Fabricación y/o porte de estupefacientes. Antioquia, enero 01 – septiembre 30 de 2022.....	607
Mapa 50. Minas intervenidas, Antioquia 2022 .....	608
Mapa 51. Riesgo para Intento de suicidio. Antioquia 2021. ....	616
Mapa 52. Comportamiento del suicidio en Antioquia 2021. ....	621
Mapa 53. Georreferenciación de la Violencia de Género, Antioquia 2021.....	624
Mapa 54. Redes protectoras departamento de Antioquia 2022. ....	630



## INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud del departamento de Antioquia- ASIS 2022, es un documento de planificación territorial el cual permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, identificar las necesidades y prioridades en salud incluyendo las problemáticas de salud, así como sus determinantes, caracterizar las intervenciones mediante la implementación de planes, programas y proyectos apropiados y así mismo evaluar su impacto en salud mediante el trabajo articulado con los diferentes sectores (educación, social, vivienda, infraestructura, entre otros).

El ASIS tiene como finalidad identificar las interacciones entre múltiples variables, de diversas dimensiones: política, social, económica, demográfica, cultural, ecológica, servicios de salud, entre otros; además de identificar los factores explicativos del proceso dinámico salud-enfermedad en la población residente en el departamento.

La elaboración del documento se realiza siguiendo la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual define tres grandes capítulos: el Capítulo I incluye la Caracterización de los Contextos Territorial y Demográfico, el Capítulo II, contiene el Abordaje de los Efectos de Salud y sus Determinantes y el capítulo III, Priorización de los Efectos de Salud. Para el año 2022, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia decide incluir los siguientes capítulos a profundidad dadas las condiciones de salud ocasionadas por el COVID-19 con un efecto evidente post-pandémico que ha afectado la salud de los habitantes del departamento de Antioquia. Es así que se cuenta con el Capítulo IV Atlas de Desigualdades, Capítulo V Salud Materno Infantil, Capítulo VI Seguridad y Justicia, capítulo VII Salud Mental.

La rigurosidad en la metodología permite la comparación entre los diferentes entes territoriales y el país y a su vez facilita la profundización y análisis de la información obtenida, la cual se encuentra disponible según las diferentes fuentes de información.

La información que se analizará en el presente documento permitirá avanzar en la intervención de las necesidades de salud de la población y mejorar su estado de salud con un máximo de equidad, eficiencia y participación social. Se incluye en los contenidos, una descripción de la caracterización poblacional realizada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB quienes, a su vez, identifican anualmente los problemas de salud de su población y le apuntan con sus acciones mejorar las condiciones de salud de sus afiliados. La articulación interinstitucional permite impactar los determinantes de la salud, así como la optimización de recursos.

Antioquia se enfrenta a grandes retos como lo son el de disminuir las inequidades en salud, asumir el envejecimiento poblacional y la transición demográfica dentro del proceso salud-



enfermedad en cada curso de vida y en el marco de la pandemia ocasionada por el COVID-19 lograr mitigar los efectos ocasionados a nivel social y económico.

La información que aquí se presenta está a disposición de la comunidad científica (academia e investigadores), técnica (técnicos, tecnólogos, profesionales u otros), de los tomadores de decisiones (gobernantes) y de todos aquellos grupos de interés. Es una herramienta de gestión imprescindible para el proceso de planificación territorial durante la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas y de los planes, programas y proyectos de salud en cada uno de los territorios, y que responde a las problemáticas priorizadas.



## ENFOQUES

Para la actualización del presente documento se tienen en cuenta los enfoques definidos en la estructura programática contenida en el Plan de Desarrollo departamental Unidos por la Vida con su anexo Plan Territorial de Salud 2020-2023, de tal manera que las decisiones en la gestión pública estén sustentadas teniendo en cuenta las diferentes dinámicas poblacionales y territoriales, con el objetivo de ampliar las oportunidades buscando el bienestar de las comunidades, en escenarios incluyentes.

**Enfoque de Curso de Vida:** Comprensión y reconocimiento del desarrollo humano como interacción entre los entornos y contextos de cada persona, en el continuo de la vida, lo cual trae consigo capacidades, ventajas, beneficios, desventajas y riesgos con efectos acumulativos a nivel individual y colectivo, los cuales se extienden intergeneracionalmente. Esto implica que, si se potencian las capacidades y oportunidades desde la gestación y primera infancia, pasando por la juventud y adultez, los beneficios serán mayores y las desventajas y riesgos menores dentro del proceso de envejecimiento.

**Enfoque de Seguridad Humana:** Contempla el concepto humano céntrico – la vida de las personas como el centro – como una estrategia que consiste en proteger de las amenazas críticas (graves) y omnipresentes (generalizadas), de forma que se realcen las libertades humanas y la plena realización del ser humano, sustentada en los principios de: centrada en las personas, multisectorialidad, integralidad, contextualización y prevención; con dos estrategias de acción: la protección y el empoderamiento. La seguridad humana contempla siete dimensiones: seguridad económica; seguridad alimentaria; seguridad en la salud; seguridad ambiental; seguridad personal; seguridad de la comunidad y seguridad política (PNUD, 2005).

**Enfoque de Derechos y Capacidades:** Concibe la protección, promoción y garantía del goce efectivo de derechos (integrales, interdependientes y universales) de las personas, su bienestar, el reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad como riqueza social, y la corresponsabilidad de los sujetos, como agentes activos portadores de derechos y responsabilidades civiles y ciudadanas, que intervienen en la construcción de su desarrollo personal como también desarrollo social, cultural, económico, ambiental y político. Desde este enfoque se desarrollan las capacidades de quienes garantizan los derechos como de quienes los ejercen, a la vez que se les moviliza a reivindicarlos.

**Enfoque Poblacional:** Reconoce la protección y garantía de los derechos humanos, desde la dinámica demográfica y diversidad poblacional, es decir, a partir del reconocimiento de las particularidades de las personas de acuerdo a sus características biológicas, etarias (momento de su ciclo vital), y entornos sociales, económicos, culturales, ambientales, entre otras, las cuales derivan capacidades, potencialidades y necesidades específicas, aspectos que se configuran en el objeto de la formulación de las políticas públicas.

**Enfoques Diferenciales:** Emergen desde el reconocimiento de aquellas poblaciones, que debido a las situaciones y/o riesgos de vulnerabilidad, desigualdad, exclusión y discriminación que enfrentan, requieren ser equiparadas en el proceso de su desarrollo integral, de cara a la garantía, goce y/o restitución de sus derechos generales y específicos, como de la promoción de capacidades



y oportunidades diferenciales.

**Enfoque de Género:** Reconocimiento de las condiciones de vida y posición social de las mujeres, como las relaciones asimétricas de poder existentes entre ellas y los hombres en los ámbitos social, económico y político, que las sitúa en desventaja frente al acceso a oportunidades y control de recursos. Desde este enfoque se promueve la equidad para la superación de brechas de desigualdad en espacios privados y públicos, promoviendo y potenciando sus capacidades humanas, el empoderamiento para el acceso y beneficios del desarrollo social y territorial que propenda por una igualdad real y efectiva.

**Enfoque Étnico:** Reconocimiento de los pueblos indígenas y de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom que habitan Antioquia, las cuales históricamente han vivido dinámicas de exclusión y desigualdad, requiriendo de una atención diferenciada para el goce efectivo de sus derechos, el acceso a oportunidades y el ejercicio de sus responsabilidades ciudadanas, como también para la salvaguarda de su identidad cultural, ya que son grupos poblacionales poseedores de características genealógicas y de ascendencia, y de prácticas culturales y lingüísticas particulares que involucran el reconocimiento de derechos individuales y grupales (en tanto protección de la identidad cultural, y como sujetos colectivos de derechos).

**Enfoque Territorial:** Entiende el territorio como un escenario socialmente construido, que evoluciona con el paso del tiempo y plantea un marco de acción sobre las bases del ordenamiento territorial sostenible y equitativo, que promueve la generación de oportunidades y la reducción de la desigualdad en las áreas urbanas y rurales, fortaleciendo las capacidades y autonomía de cada entidad territorial. Por lo tanto, este enfoque debe reconocer las características sociales, históricas, culturales, ambientales y productivas del territorio y sus habitantes, sus necesidades diferenciadas y la vocación de los suelos de conformidad con las normas orgánicas de planeación y ordenamiento territorial (Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, 2017).

**Enfoque de Resiliencia:** A través de la historia, la humanidad se ha visto enfrentada, cada vez con mayor frecuencia, a eventos disruptivos asociados a procesos tanto naturales, como generados por los seres humanos, relacionados a epidemias, conflictos, cambio climático y desastres naturales, entre muchos otros. Este tipo de situaciones demandan que los sistemas territoriales y sus poblaciones generen herramientas para poder adaptarse a condiciones cambiantes y crear soluciones oportunas que les permitan, no solo enfrentar estos retos, sino el convertirlos en oportunidades de aprendizaje y desarrollo.





## METODOLOGÍA

Para la construcción del documento ASIS del departamento de Antioquia, se adopta la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), así como las fuentes de información dispuestas por dicha entidad, con el objetivo de obtener datos con criterios homologados, lo que permite al nivel nacional realizar comparaciones entre las entidades territoriales.

Aunque la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA) cuenta con información más actualizada y con una mayor cobertura que la fuente nacional en algunos componentes, por directriz del MSPS la información contenida en este documento corresponde toda fuente Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) o a cálculos realizados por el MSPS. Se usa como fuentes de información las estimaciones y proyecciones de la población del censo 2018 y los indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico. Para el análisis de la mortalidad del departamento de Antioquia, se utiliza la información del período entre el 2005 al 2020, de acuerdo con las bases de datos de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

Se realiza una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, tasas específicas de mortalidad por el método directo, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., todo esto a través de la hoja de cálculo Excel.

Para el análisis de morbilidad se utiliza la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios -RIPS- dispuesta en un visor suministrado por el Ministerio, los datos de los eventos de alto costo y precursores, así como los Eventos de Notificación Obligatoria -ENOS, corresponden a indicadores calculados por el Ministerio y suministrados al ente territorial. El período del análisis para los RIPS es del 2009 al 2021; para los eventos de alto costo y los eventos precursores es el período comprendido entre el 2006 al 2021 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2007 al 2020; se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o proporción, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad. Para estas medidas se les estima los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.; para las estimaciones se utiliza la hoja de cálculo Excel.

Para realizar la priorización de los efectos en salud se utiliza el método de BIT - PASE, a través de la hoja electrónica de Excel y se estimó el Índice de Necesidades en Salud a través del software estadístico EPIDAT versión 3.1.



## GLOSARIO DE TÉRMINOS.

- ASIS:** Análisis de la Situación de Salud  
**AVPP:** Años de Vida Potencialmente Perdidos  
**CAC:** Cuenta de Alto Costo  
**CIE10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10  
**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
**DSS:** Determinantes Sociales de la Salud  
**EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda  
**ENOS:** Eventos de Notificación Obligatoria  
**ESI:** Enfermedad Similar a la Influenza  
**ESAVI:** Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización  
**ERC:** Enfermedad Renal Crónica  
**ETA:** Enfermedades Transmitidas por Alimentos  
**ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual  
**ETV:** Enfermedades Transmitidas por Vectores  
**HTA:** Hipertensión Arterial  
**IC95%:** Intervalo de Confianza al 95%  
**INS:** Instituto Nacional de Salud  
**IRA:** Infección Respiratoria Aguda  
**IRAG:** Infección Respiratoria Aguda Grave  
**LI:** Límite inferior  
**LS:** Límite superior  
**MEF:** Mujeres en Edad Fértil  
**MSNM:** Metros Sobre el Nivel del Mar  
**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social  
**NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas  
**ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud  
**OPS:** Organización Panamericana de Salud  
**RIPS:** Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud  
**RAP:** Riesgo Atribuible Poblacional  
**PIB:** Producto Interno Bruto  
**POT:** Plan de Ordenamiento Territorial  
**SISBEN:** Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios.  
**SGSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud  
**SISPRO:** Sistema Integral de Información de la Protección Social  
**SIVIGILA:** Sistema de Vigilancia en Salud Pública  
**SSSA:** Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia  
**TB:** Tuberculosis  
**TGF:** Tasa Global de Fecundidad  
**COVID 19:** Enfermedad por Coronavirus SARS COV2 2019.





# Caracterización de los contextos **territorial y demográfico**

## CAPÍTULO I



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS



## CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

Este capítulo contiene elementos claves para comprender la relación del territorio con la salud de las personas. Se describen de manera general la localización, la socioeconomía, las características físicas del territorio, los riesgos y amenazas geográficas, el sistema de vías de comunicación, así como la composición demográfica con todos sus indicadores, que permiten precisar el número de personas que utilicen los servicios de salud y esto a su vez como influye en la demanda de los servicios a las instituciones de salud, profesionales, ambulancias, medicamentos y biológicos, entre otros.

La caracterización de estos componentes da pautas al Departamento para determinar la inversión en el sistema de salud y permite ampliar el abordaje de los capítulos posteriores del análisis de la situación de salud.

### 1.1. Contexto territorial

Este componente permite contextualizar la relación entre los elementos geográficos del Departamento con sus habitantes, para entender la relación y dinámica que existe entre ellos, así como el desarrollo de las acciones vitales de los mismos en el territorio.

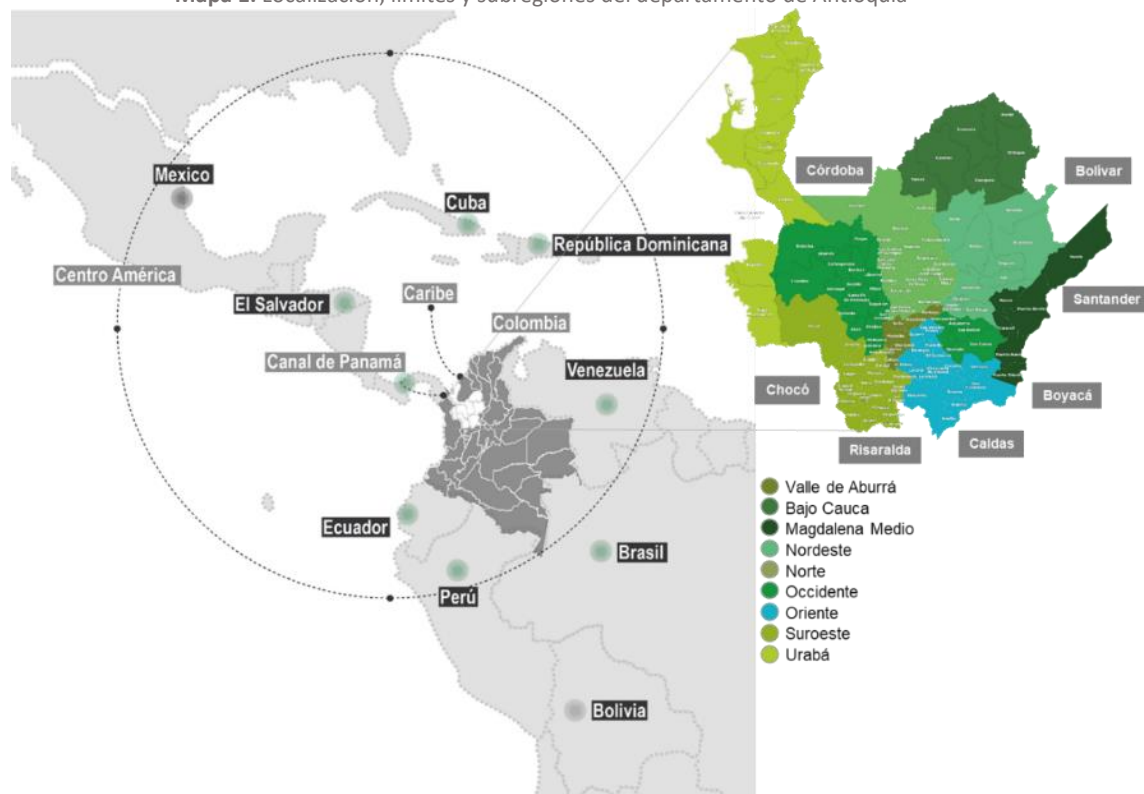
#### 1.1.1. Localización

El Departamento antioqueño está localizado en el noroeste de Colombia, se amplía desde el río Atrato al oeste, hasta el río Magdalena al este, con una franja de costa sobre el golfo de Urabá que se extiende desde la Punta Yerbazal, sobre el costado occidental del golfo de Urabá (límites con el departamento del Chocó), hasta el sitio conocido como El Minuto de Dios, 2.5 kilómetros al norte de Arboletes, en los límites con el departamento de Córdoba.

Al departamento de Antioquia, lo atraviesan dos ramales de la cordillera de los Andes, las cordilleras Occidental y Central. La Occidental se localiza entre el río Atrato y el río Cauca, con alturas que alcanzan los 4.080 msnm en dos páramos (farallones de Citará y páramo de Urrao), y la Central entre el río Cauca y el río Magdalena, con alturas un poco menores (páramos de Sonsón y de Belmira) y extensos altiplanos donde se sitúan aluviones auríferos terciarios.



Mapa 1. Localización, límites y subregiones del departamento de Antioquia



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Antioquia, 2021

### 1.1.2. Departamento / Municipios

Antioquia es uno de los 32 departamentos de Colombia, con un territorio extenso y heterogéneo. Su organización territorial comprende 125 municipios y/o distritos, que se agrupan en nueve subregiones: Bajo Cauca, Magdalena Medio, Nordeste, Norte, Occidente, Oriente, Suroeste, Urabá y Valle de Aburrá, lo que lo ubica como el Departamento con más municipios del país, a diferencia de departamentos como Amazonas, Guainía y San Andrés que estas conformados por 2 municipios. Cuenta con 283 corregimientos y 4.473 veredas, que paradójicamente y a pesar de ser inmensamente rico (biodiverso), aún conserva altos y preocupantes niveles de pobreza por su dinámica poblacional heterogénea.

### 1.1.3. División político-administrativa

Dentro del ámbito municipal, cada municipio divide su área urbana en barrios, los cuales pueden conformar comunas; y su área rural en veredas, que pueden agruparse en corregimientos.

## 1.1.4. Subregiones

### Subregión del Valle de Aburrá



Conformada por 10 municipios (Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Medellín, Envigado, Itagüí, Sabaneta, La Estrella y Caldas) que se ubican en el centro-sur del Departamento, en medio de la cordillera Central de los Andes. De esta subregión hace parte la capital que es Medellín y que junto a los otros 9 municipios concentra el mayor número de población, beneficios del desarrollo y oportunidades. Cuenta con una extensión aproximada de 1.158 km<sup>2</sup>, una longitud aproximada de 60 km y una amplitud variable de unos 6 km de ancho promedio, aunque en su parte más ancha puede alcanzar 8 a 10 km. Está enmarcado por una topografía irregular y pendiente, con alturas que oscilan entre 1.300 y 2.800 msnm. Las cordilleras que lo encierran, dan lugar a la formación de una avenencia urbanística muy particular en cuanto se viene extendiendo la construcción de viviendas hacia las laderas y esto conlleva al diseño de estrategias que se requieren para hacer efectivos los derechos constitucionales en cuanto a servicios públicos domiciliarios, defensa del espacio público y protección del medio ambiente, entre otros.

## Subregión del Bajo Cauca



Está situada en el nororiente del Departamento, en las estribaciones de la cordillera Central antioqueña. Ocupa una extensión aproximada de 8.585 km<sup>2</sup> y la componen seis municipios: Caucasia, El Bagre, Nechí, Tarazá, Cáceres y Zaragoza. La minería es el renglón más importante de la economía. Otras actividades son la producción piscícola, la agricultura y la ganadería. El Bajo Cauca presenta uno de los indicadores sociales más preocupantes de las subregiones de Antioquia, puesto que existe una alta precariedad en las necesidades básicas de la población y un alto número de personas en condiciones de pobreza y miseria. Así mismo, el desplazamiento de personas causados por las actividades ilícitas y la violencia agrava la situación, creando cinturones de pobreza alrededor de los cascos urbanos de los municipios que generan "barrios subnormales" sin apenas servicios públicos, casi siempre ubicados en zonas inadecuadas e inhóspitas



## Subregión Norte



Localizada en plena cordillera Central, entre el área norte del Valle de Aburrá y el nudo de Paramillo, límite de la cordillera Occidental, con una extensión aproximada de 7.516 km<sup>2</sup>. Está conformada por los municipios de Santa Rosa de Osos, San Pedro de los Milagros, San José de la Montaña, Donmatías, Entreríos, Belmira, Carolina del Príncipe, Gómez Plata, Guadalupe, Yarumal, Angostura, Briceño, Campamento, Valdivia, Ituango, Toledo y San Andrés de Cuerquia. Tiene una gran riqueza hídrica, posee 4 grandes cuencas a las que desaguan importantes ríos dentro de su territorio, lo que ha posibilitado la construcción de numerosas hidroeléctricas como la cuenca del Cauca que es la más extensa y posee el embalse de Hidroituango, la cuenca del Nechí donde está el embalse de Miraflores, la Cuenca del Grande que posee los embalses de Quebradona, Riogrande I y II y la cuenca del Guadalupe que posee el embalse de Troneras. Las principales actividades productivas de esta zona son la ganadería de leche, cría de cerdos, cultivo de papa, frijol, maíz, plátano, caña de azúcar, café, hortalizas entre otros. El desarrollo industrial está configurado alrededor de fábricas de lácteos y carnes, en tanto en Donmatías y Entreríos han impulsado la creación de fábricas de confección donde se maquila. En Yarumal existen minas de talco y en Campamento minas de Asbesto.



## Subregión Nordeste



Se extiende sobre las vertientes orientales de la cordillera Central, entre la Serranía de San Lucas y los ríos Porce, Nechí, Nus y Alicante, con una extensión aproximada de 8.645 km<sup>2</sup>. Está conformada por 10 municipios: Amalfi, Anorí, Cisneros, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Segovia, Vegachí y Yalí. La principal actividad económica es la minería aurífera; es la segunda subregión productora de oro en Antioquia. En lo referente a la agricultura, su principal producto es la caña panelera, seguido del cultivo de café, otros productos son el maíz, el frijol y el plátano. En cuanto a la producción ganadera, la carne y la leche son los productos más comercializados. En menor escala, pero no menos importante, se encuentra las actividades piscícolas, la explotación maderera y la actividad comercial. Algunos municipios que se han dedicado a la ganadería se han visto afectados en los últimos años por la presencia de los grupos armados: guerrilla y paramilitares.



## Subregión Suroeste



Esta subregión constituye un lugar de gran tradición de la cultura paisa, y forma parte del Eje cafetero. Se encuentra localizado entre la vertiente oriental de la cordillera Occidental y la vertiente occidental de la cordillera Central, que conforman el cañón del río Cauca y la cuenca del río San Juan, al suroccidente del Departamento, su extensión aproximada es de 6.589 km<sup>2</sup>. La conforman 23 municipios: Amagá, Andes, Angelópolis, Betania, Betulia, Ciudad Bolívar, Caramanta, Concordia, Fredonia, Hispania, Jardín, Jericó, La Pintada, Montebello, Pueblo Rico, Salgar, Santa Bárbara, Támesis, Tarso, Titiribí, Urrao, Valparaíso y Venecia.

Sus principales actividades económicas son la caficultura, la minería de carbón, el turismo, la producción de plátano, caña panelera, frutales, frijón, hortalizas, yuca, papa y maíz; así mismo, la ganadería, la industria maderera y el comercio constituyen otros renglones de la economía. La actividad turística se ha fomentado en los últimos años, convirtiendo las fincas cafeteras y las mismas casas de sus pobladores en hoteles, lo cual ha generado empleos.





## Subregión Occidente



Su superficie abarca una extensión aproximada de 6.571 km<sup>2</sup>, que representa el 10.4% del territorio antioqueño; la conforman 19 municipios: Abriaquí, Cañasgordas, Dabeiba, Frontino, Giraldo, Peque, Uramita, Anzá, Armenia, Buriticá, Caicedo, Ebéjico, Heliconia, Liborina, Olaya, Sabanalarga, San Jerónimo, Santa Fe de Antioquia y Sopetrán. Poseen alturas que van desde los 450 msnm (Dabeiba) hasta los 1.930 msnm (Giraldo), con extremos de temperatura que varían entre los 17°C (Giraldo) y 27°C (Santa Fe de Antioquia). Las principales actividades productivas que se realizan en la zona son la ganadería doble propósito, el cultivo de frutas, de frijol, lulo, café, maíz, plátano, zapote, mango, la explotación de la madera, la minería, industrias avícolas y la industria turística.

El Túnel de Occidente "Fernando Gómez Martínez" es la principal puerta de acceso a esta zona, con 4.600 metros de longitud, y se ubica a sólo 15 minutos del centro de Medellín, dejando el valle del río Cauca a tan sólo una hora de la capital antioqueña. De igual forma carretera que acompaña el Túnel, la conexión vial Guillermo Gaviria Correa, acorta las distancias entre los municipios del Occidente y la capital de la montaña.





## Subregión Oriente



Es la segunda subregión más poblada del departamento de Antioquia, después del Valle de Aburrá, y le sigue a ésta en importancia económica. La subregión se encuentra al suroriente de Antioquia, entre el Valle de Aburrá y el valle del Magdalena Medio con una extensión aproximada de 7.103 km<sup>2</sup>. Es la zona más cercana a Medellín, posee excelentes vías de comunicación, infraestructura e industria, alberga al principal aeropuerto de Antioquia, el aeropuerto José María Córdova, y ofrece variadas opciones al turismo local, nacional e internacional.

Se puede considerar la subregión más productora de energía hídrica en Colombia, esta zona produce cerca del 40% de la energía del país. Es considerada la despensa del Valle de Aburrá con una gran producción de hortalizas, papa, frijol y café. También tiene ganadería, porcicultura e industrias agrícolas. Se le ha dado un gran impulso a la construcción de obras de infraestructura y con los proyectos de generación de energía se ha captado una mano de obra importante.

El Oriente antioqueño se divide en cuatro territorios: Valle de San Nicolás o Altiplano: se encuentran los municipios de El Carmen de Viboral, El Retiro, Santuario, Guarne, La Ceja, Marinilla, La Unión, Rionegro, San Vicente. La zona de Embalses: Alejandría, Concepción, El Peñol, Granada, Guatapé, San Carlos, San Rafael. En la zona de Páramo están: Sonsón, Nariño, Argelia, Abejorral y en la zona de Bosques: Cocorná, San Francisco y San Luis.





### Subregión de Urabá



El Urabá antioqueño es la subregión costera de Antioquia, sobre el mar Caribe, un territorio pleno de paisajes exóticos y con gran diversidad cultural. Con una extensión aproximada de 11.799 km<sup>2</sup>. Es la subregión bananera y platanera más importante del país y despensa de esa fruta tropical en varios mercados internacionales. En esta, se combinan las culturas paísa, chocoana y costeña. El turismo en la zona gira alrededor del agroturismo por los cultivos de plátano y banano.

Negros, blancos, indígenas, mulatos, zambos y mestizos pueblan esta subregión. Hay varios aeropuertos, los más frecuentados son los de Carepa y Turbo; por vía terrestre desde Medellín se cruza a través del Túnel de Occidente, se transita por Santa Fe de Antioquia y se llega luego a Mutatá, puerta del Urabá y asiento de resguardos indígenas.

La subregión del Urabá antioqueño está dividida en tres subzonas: La Norte con los municipios de: Arboletes, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Necoclí. La central conocida como el eje bananero y la de más dinamismo económico, con los municipios de: Apartadó, Carepa, Chigorodó, Turbo y la Sur, caracterizada por paisajes de la selva húmeda tropical, en el valle del río Atrato con los municipios de Mutatá, Murindó y Vigía del Fuerte.



Por su ubicación estratégica, ha sido punto de paso para gran cantidad de migrantes en su recorrido hacia países como Estados Unidos y Canadá, lo que representa para la subregión un reto a nivel de salud pública y una oportunidad económica.

## Subregión del Magdalena Medio



Está situada al oriente de Antioquia en la franja que limita con el río Magdalena, con una extensión aproximada de 4.833 km<sup>2</sup>. Se destacan actividades como la minería: la explotación carbonífera y la extracción de calizas, calcáreos, cuarzo y mármoles (buena parte de la minería se practica sin permisos, o sea de manera ilegal); así mismo, es importante el cultivo de la palma de aceite. Las actividades ganaderas son también un importante renglón en la economía local.

La temperatura oscila entre 20°C y 33°C debido a la cercanía al valle del río Magdalena; esto sumado a la gran abundancia de cascadas y balnearios ubicados en varios municipios, se convierte en un atractivo turístico de la subregión. El bosque húmedo tropical en el cañón del Río Claro, tiene grutas, cuevas, rocas y aguas cristalinas propicias para los turistas. Continuando hasta Puerto Triunfo, un pueblo ideal para la pesca, el visitante puede acceder a diversas actividades deportivas.

Esta subregión antioqueña está compuesta por los municipios de: Caracolí, Maceo, Puerto Berrio, Puerto Nare, Puerto Triunfo y Yondó.

## Provincia de Cartama

Es importante mencionar en este aparte, que a partir de la Legislación Orgánica de Ordenamiento Territorial (LOOT), la cual se concreta con la expedición de la Ley 1454 de 2011, en la que se propone la conformación de esquemas asociativos territoriales, para la libre y voluntaria integración de alianzas estratégicas, que impulsen el desarrollo autónomo y autosostenible de comunidades y territorios. Los mandatarios de 11 municipios del Suroeste antioqueño (Caramanta, Fredonia, Jericó, La Pintada, Montebello, Pueblorrico, Santa Bárbara, Támesis, Tarso, Valparaíso y Venecia) manifestaron interés en la conformación de un esquema asociativo, bajo la figura de “provincia” que les permite gestionar sus intereses de manera mancomunada dado que comparten problemáticas comunes, así como potencialidades y oportunidades que les permiten actuar conjuntamente sobre variables sociales, económicas, culturales y ambientales, con miras a encontrar mejores alternativas de desarrollo para sus pobladores.

Desde el 5 de julio de 2016 se suscribió un acuerdo marco de integración institucional por parte de los burgomaestres, lo que dio inicio al camino para la concreción de la primera provincia administrativa y de planificación del país, la cual se convierte en una oportunidad para incidir desde las subregiones de Antioquia en el ámbito nacional, a partir de la creación e implementación de lo que se considera un modelo exitoso de la asociatividad en Colombia.

Con la Ordenanza Departamental No. 54 de 22/12/2016 que crea la provincia administrativa y de planificación CARTAMA y la Ordenanza No.68 de 2/01/2017 que establece las normas generales para la creación y organización de las provincias administrativas y de planificación - PAP - en el departamento de Antioquia; de conformidad con los principios, parámetros, lineamientos y requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico colombiano, se dan los cimientos legales para la conformación de tal agrupación.

La asociación de estos municipios geográficamente contiguos denominada: “Provincia Administrativa y de Planificación Cartama”, comparte vínculos y un flujo de relaciones y similitudes sobre las cuales pueden actuar de manera articulada, con el fin de mejorar la calidad de vida de sus habitantes, a través de una mejor prestación de los servicios públicos, impulsando la ejecución de proyectos y obras de ámbito regional y facilitando el desarrollo de la gestión ambiental.

Los municipios integrantes de esta provincia, enfrentan cambios inminentes a raíz de proyectos de gran importancia para el Departamento y el país, tales como la construcción de las autopistas Pacífico I, II y III, el parque temático Biosuroeste, el proyecto hidroeléctrico Cañafisto y el proyecto de generación de energía río Conde, entre otros.





Con la construcción de las autopistas se disminuirá considerablemente el tiempo de desplazamiento con el Puerto de Buenaventura, el Puerto de Urabá por la doble calzada, el aeropuerto del Café y el Valle de Aburrá, lo que ubica a los municipios en proceso de asociación en una posición privilegiada para el fortalecimiento de desarrollos productivos, en general, favoreciendo incrementos de la competitividad del territorio. Lo anterior presupone que la subregión se enfrentará a nuevas dinámicas que requerirán de una oportuna planificación y eficiente gestión.

Otras ordenanzas compartidas por la Asamblea Departamental de Antioquia conformando provincias son:

- Ordenanza N°25 (16 agosto 2017): Se modifica un artículo de la Ordenanza 68 del 2 de enero de 2017 por la cual se establece el marco general para la creación y organización de provincias administrativas y de planificación (PAP) en el Departamento.
- Ordenanza N°04 (14 marzo 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) de Penderisco y Sinifaná conformada por los municipios de Amaga, Angelópolis, Anzá, Betulia, Caicedo, Concordia, Titiribí, Urao.
- Ordenanza N°05 (16 marzo 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) de San Juan para Andes, Betania, Ciudad Bolívar, Hispania, Jardín y Salgar.
- Ordenanza N°06 (14 marzo 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) de la Paz con los municipios de Argelia, La Unión, Nariño y Sonsón.
- Ordenanza N°11 (3 julio 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) del agua, bosques y turismo para Alejandría, Cocorná, Concepción, El Peñol, Granada, Guatapé, Marinilla, San Carlos, San Francisco, San Luis, San Rafael y San Vicente Ferrer.
- Ordenanza N°30 (2 septiembre 2019): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) minera agroecológica para Remedios, Segovia, Vegachí, Yalí y Yolombó.

La Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial (LOOT) se constituye como una inmensa posibilidad para avanzar en la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud – RISS, tal como lo ordena la Ley 1438 de 2011 en sus artículos 60 a 64.

Para ello es necesario que se atienda a los “Criterios Determinantes” entre los cuales se destaca que las redes deben tener una población y territorio a cargo, con el fin de atender a las necesidades de salud de las personas lo más cerca posible al lugar donde transcurren sus vidas.

Las provincias y las Regiones Administrativas y de Planificación –RAP- son figuras político-administrativas que facilitan un ordenamiento de las redes de conformidad con los postulados del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), con enfoque territorial y no, siguiendo a las lógicas de las leyes del mercado.



Antioquia con el ánimo de articular esfuerzos en aras de alcanzar objetivos comunes y abordar retos de desarrollo particulares, se ha asociado con diferentes departamentos y han decidido avanzar en la conformación de Regiones Administrativas y de Planificación –RAP, proceso estratégico que establece las bases de un desarrollo regional mucho más ordenado, progresivo y sistemático.

### 1.1.5. Límites geográficos:

Antioquia tiene los siguientes límites:

Al norte con el mar Caribe y el departamento de Córdoba, el cual posee todas las cuencas de los ríos Sinú y San Jorge, lo cual hace que Córdoba se adentre en Antioquia y separe Urabá del Bajo Cauca antioqueño. Del Litoral Caribe, Antioquia tiene el mayor golfo de la costa, el golfo de Urabá, compartido con el departamento del Chocó. La parte antioqueña va desde Bahía Gloria hasta Punta Arenas en el Sur. La otra zona costera de Antioquia va desde Punta Arenas del Sur hasta Punta Arboletes. El límite con Córdoba va desde Punta Arboletes al occidente hasta el río Nechí en el Bajo Cauca.

Al occidente con el departamento del Chocó, siendo éste el límite más extenso que Antioquia tiene con otro departamento colombiano. También limita con parte de Bahía Gloria en el golfo de Urabá, y en la cual se encuentra la desembocadura del río Atrato y se dirige al sur y al oriente hasta encontrar la cordillera Occidental a la altura del Páramo de Frontino, y continúa aún hasta terminar en Bolívar, en límites con el departamento de Risaralda. A pesar de ser el límite más extenso, prácticamente todo el occidente antioqueño, es el menos poblado.

Al sur con los departamentos de Risaralda y Caldas como único límite montañoso que tiene Antioquia: Risaralda le concede la cordillera Occidental hasta el valle del río Cauca que separa a la cordillera Central, la cual penetra desde Caldas en la parte oriental. Sin embargo, el otro 50% en el límite oriental con Caldas se ubica sobre la llanura del valle del río Magdalena hasta sus orillas.

Al oriente con el valle del río Magdalena en la porción de dicho valle conocida como Magdalena Medio. El Departamento sigue la vera del río, que lo separa al sur del departamento de Boyacá, cuyo límite es el más corto y se trata de un brazo boyacense que se extiende hasta el río Magdalena y toca a Antioquia entre Puerto Triunfo y Puerto Berrío para dar paso al territorio del departamento de Santander, el que a su vez ocupa el resto de la vera occidental antioqueña del río Magdalena hasta Yondó. En ese punto Antioquia vuelve a entrar en contacto con la Costa Caribe con la entrada del departamento de Bolívar, que posee la Serranía de San Lucas. El límite oriental termina en el río Nechí.

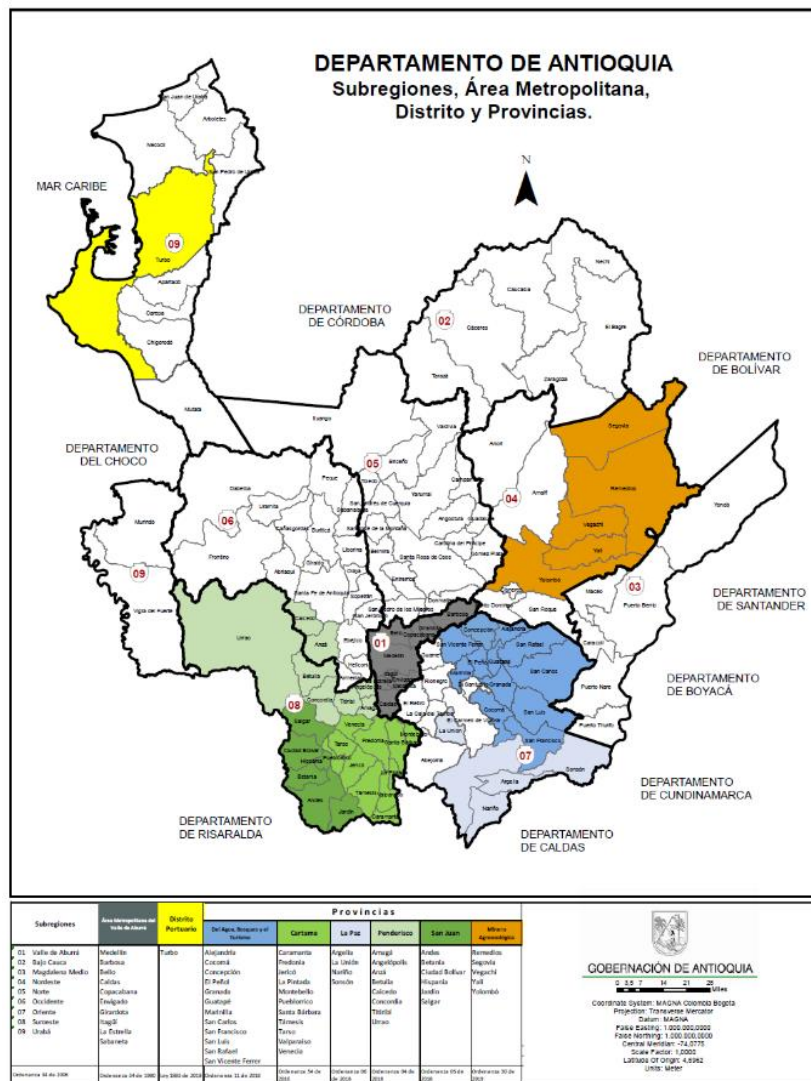


## 1.1.6. Extensión territorial

Antioquia ocupa un área total de 63.612 km<sup>2</sup>, lo que corresponde al 5,56% del territorio nacional continental. El mayor asentamiento humano se encuentra en el área del Valle de Aburrá y sus municipios aledaños, es decir, el área que rodea a la ciudad de Medellín. Tiene además 240 kilómetros de costa sobre el mar Caribe.

Su extensa geografía es comparable en área, con países como Bélgica, Suiza y Holanda. Es el 6º departamento más extenso de Colombia, superado por Amazonas, Vichada, Caquetá, Meta y Guainía y el más poblado, si se tiene en cuenta que el distrito capital de Bogotá es una entidad administrativa especial.

Mapa 2. División política administrativa de Antioquia



Fuente. Anuario Estadístico 2018. Gobernación de Antioquia.





Tabla 1. Distribución de municipios de Antioquia por situación geográfica, extensión territorial, altura y temperatura total por municipio y subregión

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km <sup>2</sup> (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
<b>Total departamento</b>			<b>63.612</b>		
<b>Valle de Aburrá</b>					
Medellín	6° 13' 55"	75° 34' 05"	387	1.550	22
Barbosa	6° 26' 03"	75° 19' 57"	208	1.300	22
Bello	6° 20' 21"	75° 33' 48"	151	1.450	22
Caldas	6° 05' 25"	75° 37' 52"	152	1.750	19
Copacabana	6° 20' 38"	75° 30' 48"	71	1.425	22
Envigado	6° 10' 19"	75° 35' 09"	51	1.575	21
Girardota	6° 22' 32"	75° 27' 08"	71	1.425	22
Itagüí	6° 10' 19"	75° 36' 47"	17	1.550	21
La Estrella	6° 09' 30"	75° 38' 24"	35	1.775	20
Sabaneta	6° 09' 13"	75° 36' 47"	15	1.550	20
<b>Bajo Cauca</b>					
Cáceres	7° 34' 36"	75° 20' 54"	1.996	100	28
Caucasia	7° 58' 46"	75° 11' 40"	1.058	50	28
El Bagre	7° 35' 25"	74° 48' 27"	1.951	50	28
Nechí	8° 06' 22"	74° 46' 33"	925	30	28
Tarazá	7° 34' 45"	75° 23' 45"	1.578	125	28
Zaragoza	7° 29' 27"	74° 51' 59"	1.077	50	28
<b>Magdalena Medio</b>					
Caracolí	6° 24' 01"	74° 45' 28"	263	625	26
Maceo	6° 32' 59"	74° 47' 22"	436	950	23
Puerto Berrio	6° 29' 35"	74° 24' 26"	1.198	125	27
Puerto Nare	6° 11' 40"	74° 35' 09"	668	125	27
Puerto Triunfo	5° 52' 56"	74° 38' 24"	365	150	27
Yondó	7° 04' 04"	73° 54' 09"	1.903	75	28

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km <sup>2</sup> (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
<b>Nordeste</b>					
Amalfi	6° 54' 17"	75° 04' 36"	1.224	1.550	22
Anori	7° 04' 04"	75° 08' 57"	1.447	1.535	21
Cisneros	6° 32' 26"	75° 05' 25"	47	1.050	24
Remedios	7° 01' 21"	74° 41' 48"	2.008	700	25
San Roque	6° 28' 46"	75° 01' 21"	446	1.475	21
Santo Domingo	6° 28' 14"	75° 10' 02"	274	1.975	19
Segovia	7° 04' 28"	74° 41' 56"	1.246	650	24
Vegachi	6° 45' 12"	74° 47' 55"	518	980	23
Yali	6° 40' 19"	74° 51' 10"	483	1.250	23
Yolombó	6° 35' 42"	75° 00' 48"	952	1.450	21
<b>Norte</b>					
Angostura	6° 53' 04"	75° 20' 13"	392	1.675	21
Belmira	6° 36' 14"	75° 40' 27"	279	2.550	14
Briceño	7° 06' 30"	75° 33' 07"	406	1.200	23
Campamento	6° 58' 38"	75° 17' 55"	206	1.700	20
Carolina del Príncipe	6° 43' 34"	75° 17' 06"	168	1.800	19
Donmatías	6° 29' 02"	75° 23' 53"	183	2.200	16
Enterríos	6° 33' 48"	75° 31' 21"	222	2.300	16
Gómez Plata	6° 40' 43"	75° 13' 01"	364	1.800	20
Guadalupe	6° 48' 43"	75° 14' 39"	88	1.875	20
Ituango	7° 10' 10"	75° 46' 09"	2.375	1.550	21
San Andrés de Cuerquia	6° 55' 14"	75° 40' 19"	179	1.475	22
San José de la Montaña	6° 50' 54"	75° 41' 07"	173	2.550	13
San Pedro de los Milagros	6° 27' 41"	75° 33' 31"	232	2.475	14
Santa Rosa de Osos	6° 38' 49"	75° 27' 57"	822	2.550	13
Toledo	7° 00' 40"	75° 41' 40"	141	1.850	19
Valdivia	7° 09' 21"	75° 26' 36"	553	1.165	21
Yarumal	6° 57' 41"	75° 24' 58"	733	2.300	14

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km <sup>2</sup> (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
<b>Occidente</b>					
Abriaquí	6° 38' 08"	76° 03' 31"	293	1.920	18
Anzá	6° 18' 27"	75° 51' 26"	256	625	25
Armenia	6° 10' 02"	75° 47' 22"	111	1.800	19
Buriticá	6° 43' 01"	75° 54' 42"	368	1.625	21
Caicedo	6° 24' 26"	75° 59' 19"	224	1.800	19
Cañasgordas	6° 45' 12"	76° 01' 54"	396	1.300	21
Dabeiba	7° 00' 00"	76° 15' 52"	1.095	450	26
Ebéjico	6° 19' 40"	75° 46' 01"	238	1.150	23
Frontino	6° 46' 33"	76° 07' 36"	1.278	1.350	21
Giraldo	6° 40' 51"	75° 57' 08"	97	1.925	17
Heliconia	6° 12' 45"	75° 43' 50"	118	1.440	21
Liborina	6° 41' 07"	75° 48' 43"	220	700	24
Olaya	6° 37' 36"	75° 48' 11"	91	500	26
Peque	7° 01' 37"	75° 54' 42"	397	1.200	22
Sabanalarga	6° 51' 18"	75° 48' 27"	268	850	25
San Jerónimo	6° 26' 36"	75° 43' 18"	157	780	25
Santa Fe de Antioquia	6° 33' 31"	75° 49' 32"	499	550	27
Sopetrán	6° 30' 16"	75° 45' 12"	226	750	25
Uramita	6° 54' 26"	76° 10' 10"	239	650	25
<b>Oriente</b>					
Abejorral	5° 47' 22"	75° 25' 47"	497	2.125	17
Alejandria	6° 22' 15"	75° 08' 41"	151	1.650	20
Argelia	5° 43' 50"	75° 08' 33"	257	1.750	20
Cocorná	6° 03' 31"	75° 11' 24"	221	1.300	23
Concepción	6° 23' 53"	75° 16' 01"	169	1.875	19
El Carmen de Viboral	6° 04' 53"	75° 20' 21"	453	2.150	17
El Peñol	6° 13' 01"	75° 14' 55"	145	2.000	18
El Retiro	6° 03' 31"	75° 30' 16"	266	2.175	16



# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km <sup>2</sup> (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
El Santuario	6° 08' 24"	75° 16' 01"	76	2.150	17
Granada	6° 08' 24"	75° 11' 24"	185	2.050	18
Guarne	6° 17' 55"	75° 24' 20"	153	2.150	17
Guatapé	6° 14' 07"	75° 09' 30"	70	1.925	19
La Ceja del Tambo	6° 01' 54"	75° 25' 47"	133	2.200	16
La Unión	5° 58' 30"	75° 21' 43"	200	2.500	13
Marinilla	6° 10' 19"	75° 20' 21"	116	2.120	17
Nariño	5° 36' 30"	75° 10' 35"	317	1.650	20
Rionegro	6° 09' 18"	75° 22' 48"	198	2.125	17
San Carlos	6° 11' 07"	74° 59' 35"	719	1.000	23
San Francisco	5° 57' 42"	75° 05' 58"	368	1.250	23
San Luis	6° 02' 26"	74° 59' 51"	458	1.050	24
San Rafael	6° 16' 49"	75° 01' 21"	366	1.000	23
San Vicente Ferrer	6° 17' 06"	75° 20' 05"	246	2.150	17
Sonsón	5° 42' 45"	75° 18' 35"	1.339	2.475	13
<b>Suroeste</b>					
Amagá	6° 02' 42"	75° 42' 13"	85	1.400	21
Andes	5° 39' 13"	75° 53' 37"	449	1.350	22
Angelópolis	6° 06' 47"	75° 43' 01"	87	1.900	18
Betania	5° 44' 55"	75° 58' 46"	170	1.550	22
Betulia	6° 07' 03"	75° 59' 19"	255	1.600	20
Caramanta	5° 32' 59"	75° 38' 57"	87	2.050	17
Ciudad Bolívar	5° 51' 26"	76° 01' 21"	285	1.200	22
Concordia	6° 03' 15"	75° 54' 42"	234	2.000	19
Fredonia	5° 55' 47"	75° 40' 19"	250	1.800	20
Hispania	5° 47' 46"	75° 54' 58"	59	1.000	21
Jardín	5° 35' 58"	75° 50' 05"	227	1.750	19
Jericó	5° 47' 38"	75° 47' 06"	195	2.000	18

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km <sup>2</sup> (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
La Pintada	5° 45' 00"	75° 36' 30"	55	600	25
Montebello	5° 56' 52"	75° 31' 21"	84	2.350	15
Pueblorrico	5° 47' 55"	75° 50' 21"	86	1.800	19
Salgar	5° 57' 41"	75° 58' 14"	423	1.250	23
Santa Bárbara	5° 52' 32"	75° 33' 48"	188	1.800	19
Támesis	5° 40' 02"	75° 43' 34"	246	1.600	21
Tarso	5° 52' 07"	75° 49' 08"	120	1.325	22
Titiribí	6° 04' 04"	75° 47' 38"	144	1.550	21
Urrao	6° 19' 16"	76° 07' 36"	2.585	1.800	20
Valparaiso	5° 37' 03"	75° 37' 52"	132	1.375	21
Venecia	5° 57' 57"	75° 44' 23"	143	1.350	21
<b>Urabá</b>					
Apartadó	7° 52' 40"	76° 37' 44"	607	25	28
Arboletes	8° 51' 10"	76° 26' 03"	718	4	28
Carepa	7° 45' 12"	76° 39' 21"	384	28	28
Chigorodó	7° 39' 30"	76° 41' 07"	615	34	28
Murindó	6° 59' 02"	76° 44' 55"	1.365	25	28
Mutatá	7° 14' 55"	76° 25' 47"	1.119	75	28
Necoclí	8° 25' 39"	76° 46' 58"	1.377	8	28
San Juan de Urabá	8° 46' 22"	76° 31' 46"	241	2	28
San Pedro de Urabá	8° 15' 12"	76° 22' 40"	482	200	27
Turbo	8° 05' 42"	76° 44' 23"	3.090	2	28
Vigia del Fuerte	6° 35' 33"	76° 53' 12"	1.801	18	28

**Nota:** La extensión de los municipios de Antioquia se tomó del libro publicado por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi 2007  
**Fuente:** Antioquia: características geográficas /IGAC. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007. 320

## 1.1.7. Economía

Antioquia, -después de Bogotá- es la segunda economía con más peso en el producto interno bruto (PIB) de Colombia y un poco más de la mitad de su valor agregado es explicado por tres grandes ramas de actividad económica: (1) servicios financieros, empresariales e inmobiliarios, (2) comercio, restaurantes y hoteles, (3) industria manufacturera. Este grupo de actividades se desarrollan en un alto porcentaje en la zona central, Medellín y el Valle de Aburrá. En las otras ocho subregiones del Departamento, además del comercio y de las actividades relacionadas con turismo, las agropecuarias, mineras y de generación de energía cobran mayor relevancia.

Este Departamento representa el 14% del PIB de Colombia y en los últimos 10 años registró un crecimiento económico destacado, con una tasa del 4% promedio anual; este crecimiento se vio reflejado en una disminución significativa de la tasa de desempleo. Sin embargo, aún tiene mucho



por hacer en cuanto a generación de empleo de calidad y en reducción de los índices de pobreza y de desigualdad entre sus subregiones.

Actualmente, la región tiene definidas sus apuestas productivas; desde las subregiones, donde el sector agrícola es predominante, se busca la transformación agroindustrial alrededor del café, los lácteos, el cacao, los cítricos y el caucho, y la consolidación de productos con mayor tradición como flores, banano y plátano. Para todos ellos, los desarrollos tecnológicos y la investigación se han convertido en condición necesaria para su permanencia y acceso a los mercados.

Por su parte, el turismo es una industria que facilita la articulación urbano-regional en el Departamento; comprender las potencialidades de cada territorio y su articulación con Medellín y el Valle de Aburrá es muy relevante; en especial, porque la capital viene creciendo de manera consistente alrededor del turismo de negocios y de ocio.

En Medellín y el Valle de Aburrá se viene trabajando desde hace más de una década en siete clústeres estratégicos: moda textil/confección, energía eléctrica sostenible, construcción (hábitat sostenible), TIC, salud (Medellín Health City), turismo de negocios y café Medellín- Antioquia. No obstante, recientemente se definieron las áreas estratégicas de especialización para Medellín y el Valle de Aburrá, y estas van más allá de los clústeres, por lo que abarcan nuevas actividades económicas que se destacan por su alto contenido de conocimiento y por su potencial para agregar valor. Dichas áreas son las que siguen: medicina avanzada y bienestar, industria sostenible e inclusiva, territorio verde y sostenible, y región inteligente.

### 1.1.8. Características físicas del territorio

Antioquia, resulta ser un verdadero mosaico geográfico y, por tanto, un gran reto para la planificación territorial. La geografía antioqueña conjuga todos los elementos de la geografía nacional: mar, llanuras, montañas, altiplanos, páramos, ríos, ciénagas y bosques.

#### 1.1.8.1. Altitud y relieve

El variado relieve del Departamento está representado, de un lado, por áreas planas que comprenden las dos terceras partes del total del suelo, y que están localizadas en el valle del Magdalena, en Bajo Cauca, y en las zonas próximas al departamento del Chocó y a la subregión costera de Urabá; y por otro lado, el relieve está conformado por una extensa área muy montañosa que hace parte de las cordilleras Central y Occidental de los Andes, que componen una tercera parte del suelo antioqueño, y en la cual sobresalen 202 altos importantes, con elevaciones que oscilan entre los 1.000 y los 4.080 msnm.

La Cordillera de los Andes, al llegar a Colombia, se divide en tres ramales, llamados Cordillera Occidental, Cordillera Central y Cordillera Oriental. La Cordillera Central, a su vez, se ramifica en

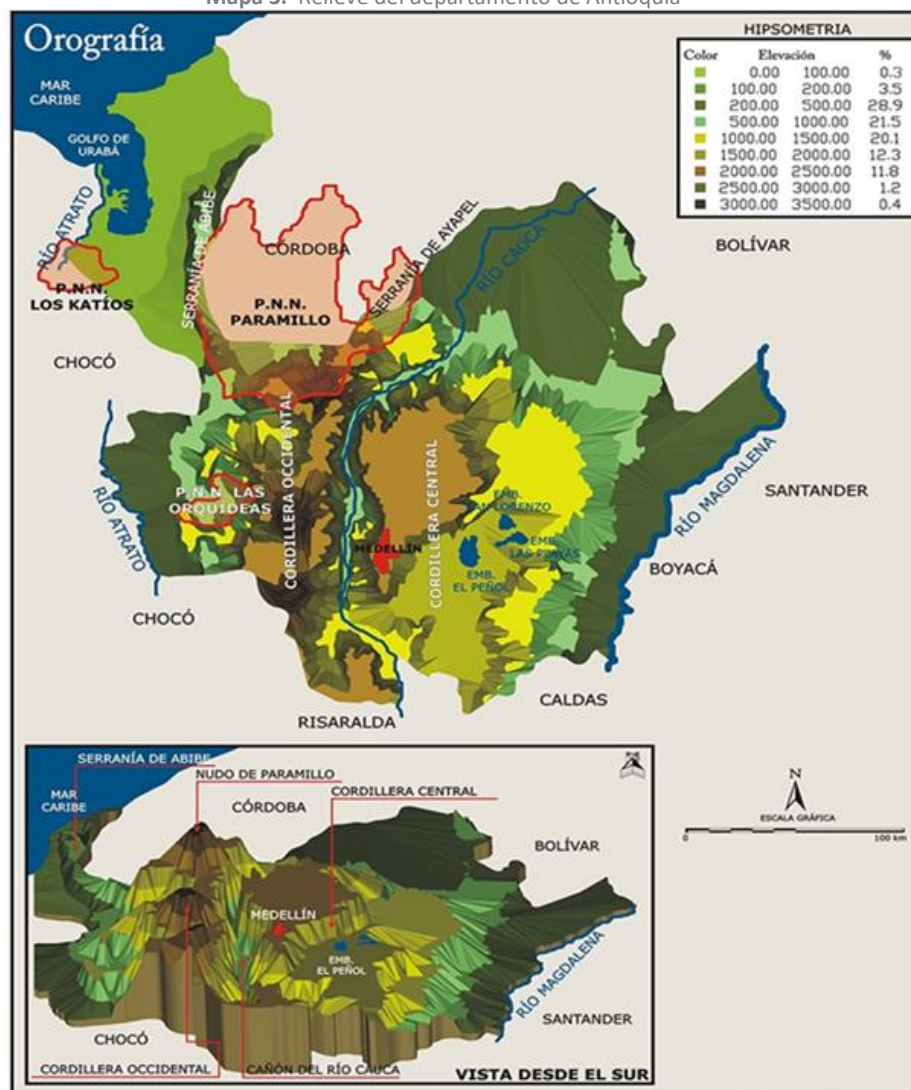




dos ramales al entrar a Antioquia, en medio de un valle conocido como Valle de Aburrá, donde se asienta Medellín. Sobre la Cordillera Central, no solo se asientan la mayoría de los municipios, sino que se forman dos altiplanos geográficos: el que está situado más al norte, llamado Altiplano de Santa Rosa de Osos, y el Altiplano situado más al oriente, llamado Valle de San Nicolás.

El mayor accidente montañoso de Antioquia es el páramo de Frontino, localizado en el municipio de Urrao, con 4.080 msnm; también en esa localidad está situado el morro Campana, con 3.950 msnm. En el municipio de Dabeiba está ubicado el Alto de Paramillo, con 3.960 metros y en el municipio de Andes se localiza el cerro de Caramanta con 3.900 metros de altura. Antioquia está bañada al norte, en sus costas, por el Mar Caribe. Al occidente recibe la humedad del Océano Pacífico en la zona de sus selvas.

Mapa 3. Relieve del departamento de Antioquia

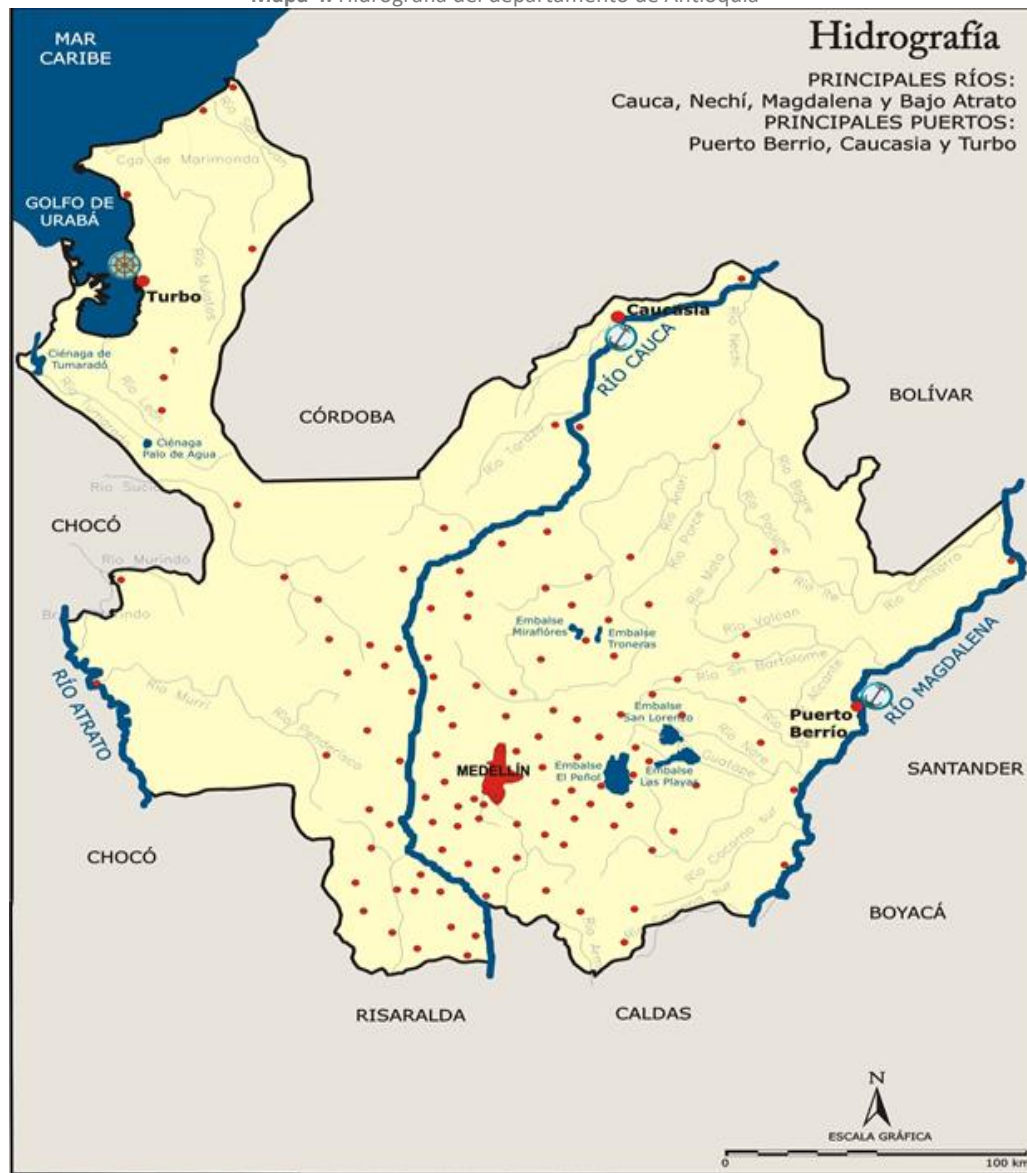


Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia. Atlas de Colombia, IGAC. 2002

## 1.1.8.2. Hidrografía

Las numerosas fuentes hídricas de Antioquia permiten establecer el origen de su potencial hidrográfico e hidroeléctrico. Sus ríos más importantes son el Atrato, que lo separa del departamento del Chocó; el Cauca, que lo atraviesa por el centro y separa la Cordillera Occidental de la Central, en el corazón del departamento; y el Magdalena, que le sirve de límite con el departamento de Santander, en el extremo oriente de la región. La riqueza hídrica departamental también está representada en sus múltiples ciénagas, como las de Buchadó, Los Medios, Tumaradó, Cauca, Nechí, El Bagre, Yondó y Puerto Berrío.

Mapa 4. Hidrografía del departamento de Antioquia



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

## 1.1.9. Zonas de riesgo

Antioquia se caracteriza por tener unas condiciones topográficas, geológicas, hidrológicas y geomorfológicas, muy diversas. Dichas condiciones combinadas con las variables climáticas hacen de su territorio un escenario propicio para la ocurrencia de gran variedad de fenómenos de origen natural como: movimientos en masa, inundaciones, avenidas torrenciales, temporales, sismos e incendios de cobertura vegetal, y fenómenos de origen antrópico.

Las instituciones regionales y municipales dedicadas a la prevención y atención de desastres, como el Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Antioquia DAGRAN, el Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres (DAGR), las corporaciones regionales como la Corporación Autónoma Regional del Centro de Antioquia (CORANTIOQUIA) y la Corporación Autónoma Regional Rionegro-Nare (CORNARE), han llevado un registro permanente de los desastres naturales acaecidos en el departamento de Antioquia durante décadas; sin embargo, dichas instituciones han encontrado que muchas veces los llamados “pequeños” desastres no son reportados por el respectivo municipio a los entes territoriales encargados, ya que sus efectos no son de consideración y el municipio puede afrontar la emergencia en una forma directa. Esto lleva a un subregistro de la información.

Las causas de los desastres naturales pueden ser divididas en naturales y antrópicas, dependiendo del factor detonante del fenómeno; una causa natural puede ser una intensa lluvia que cae sobre un área y puede generar inundaciones, avenidas torrenciales y deslizamientos entre otros; una antrópica es cuando el ser humano interviene en el medio ambiente de una manera desordenada y genera un impacto negativo, por ejemplo: la obstrucción con tierra de los cauces de los ríos, los malos manejos de aguas lluvias y residuales, la deficiente construcción de la infraestructura de alcantarillado, entre otros.

Las principales amenazas en el Departamento están relacionadas en primer lugar con fenómenos hidrometeorológicos, es decir, con períodos muy lluviosos, distribuidos generalmente para el departamento de Antioquia en dos períodos: el primero los meses de abril, mayo y junio, y el segundo los meses de septiembre, octubre y noviembre; ocasionando pérdidas de vidas humanas y destrucción de viviendas, así mismo afectaciones a infraestructuras, ganadería y agricultura y zonas de reserva; su comportamiento desfavorable se potencializa cuando encuentra condiciones de vulnerabilidad alta dadas por: condiciones de vida de la comunidad, la degradación ambiental, la rápida urbanización no planificada, entre otras, convirtiéndose así en complejos escenarios de riesgo. Las amenazas más comunes en nuestro territorio son dadas por:

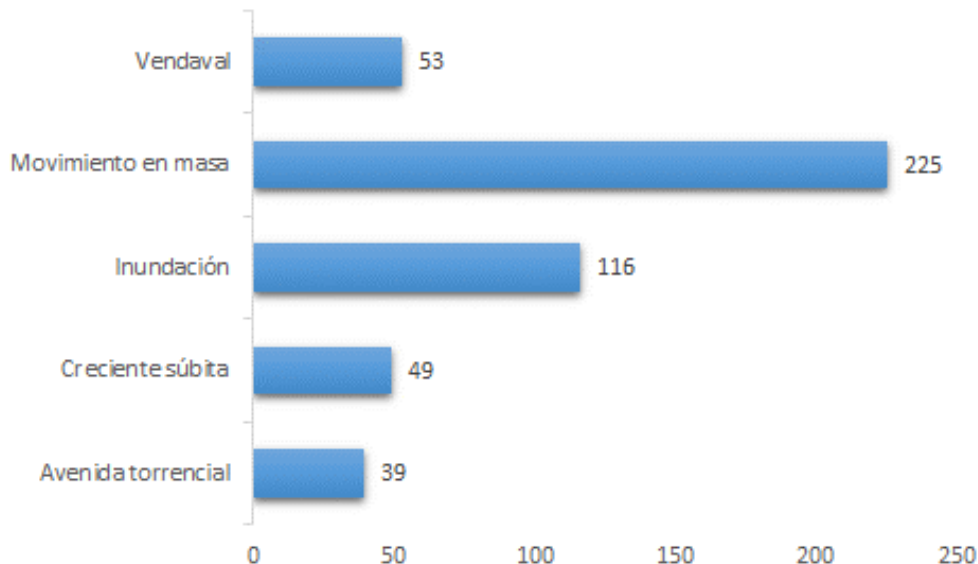
- ✓ Los temporales (o vendavales) que son tormentas con vientos muy fuertes, produciendo afectación parcial de viviendas e infraestructura, árboles, postes de energía y demás objetos que se puedan arrastrar.





- ✓ Avenidas torrenciales que son movimientos de ocurrencia súbita de tierra y lodo, con gran velocidad y poder de arrastre.
- ✓ Movimientos en masa: dado por vibraciones del terreno causadas por un sismo, por las propiedades del suelo, por el agua que actúa como lubricante en las zonas donde se filtra, o por el arrastre de partículas. Son influenciadas por intervenciones del hombre que generan procesos erosivos, y por otros factores, como los cortes para la construcción de carreteras, el manejo inadecuado de laderas para urbanizar, la instalación de redes de infraestructura, las infiltraciones de agua por fugas en los sistemas de acueducto y alcantarillado, la ausencia o insuficiencia de sistemas de recolección de aguas lluvias, la deforestación y la minería, principalmente.
- ✓ Los sismos que tienen su origen en la existencia de fallas geológicas locales, estos movimientos sísmicos generalmente son de menor magnitud, pero al producirse muy cerca de la superficie, tienen un gran poder destructor. Ocurren principalmente en la zona occidental de Colombia que está dentro del denominado “Cinturón de Fuego del Pacífico”, al borde de la zona de subducción con la placa oceánica de Nazca, donde existe una gran actividad tectónica, generadora de un gran número de sismos.

Figura 1. Eventos reportados al 31 de octubre de 2022.



Fuente. DAGRAN 2022



## 1.1.9.1. Personas y familias afectadas 2020 y 2021

De acuerdo con los datos presentados durante el último lustro, se identifica que las inundaciones son los eventos que afectan a mayor cantidad de personas y familias. Sin embargo, la magnitud de los movimientos en masa y las avenidas torrenciales le confieren mayor poder destructivo y son un riesgo para los habitantes de territorios susceptibles a la ocurrencia de estas.

Tabla 2. Personas y familias afectadas 2020 y 2021

Año	2020		2021	
	Personas	Familias	Personas	Familias
Avenida torrencial	1.162	465	20.969	7.975
Inundación	13.353	5.534	147.232	13.177
Movimiento en masa	323	386	64.259	22.521
Vendaval	4.071	2.040	4.316	1.311
Creciente súbito	425	148	26.420	5.677
Total	19.334	8.573	263.196	50.661

Fuente. DAGRAN 2022

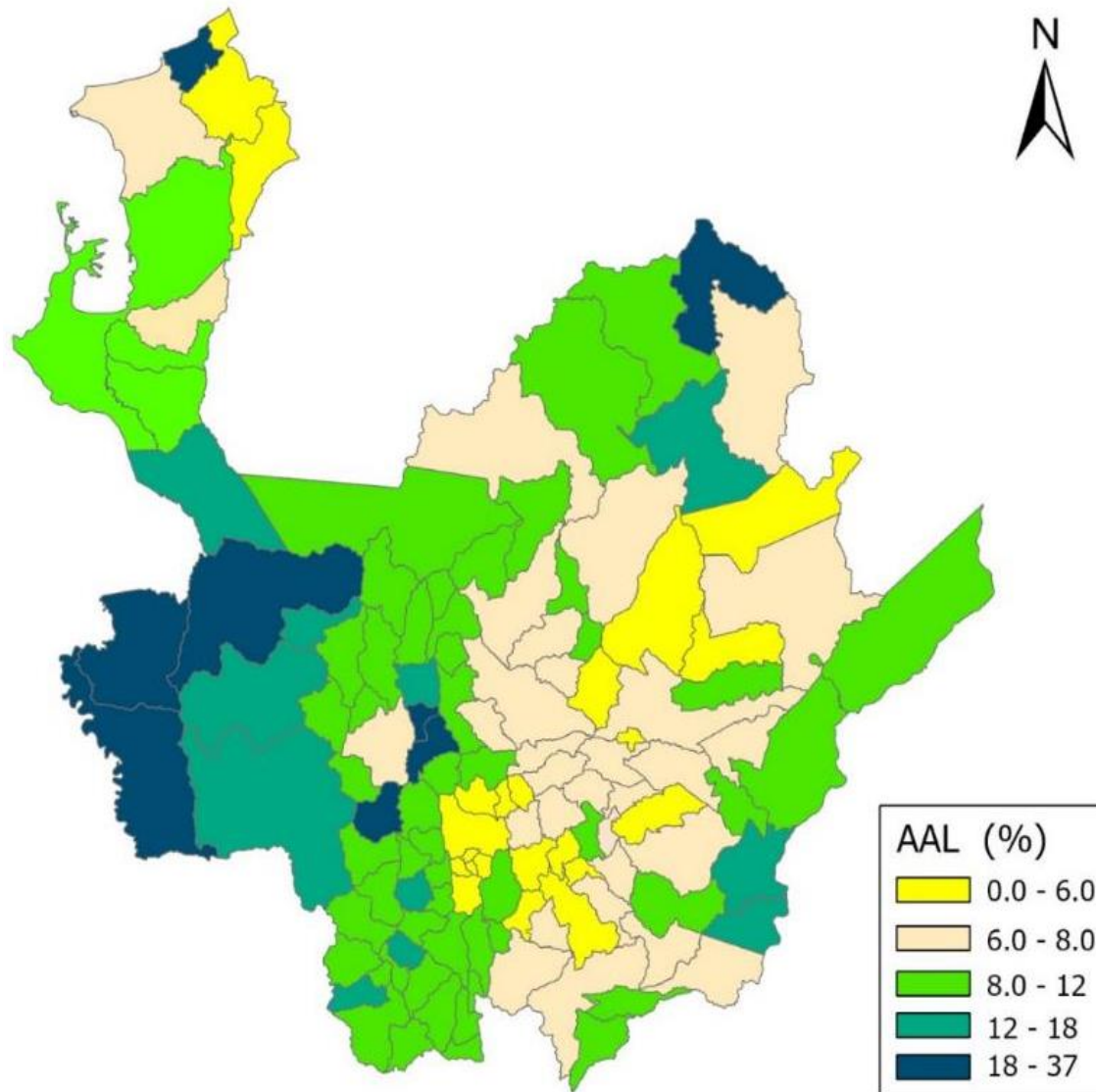
## 1.1.9.2. Escenarios de riesgo

En la diversidad de su contexto, una primera mirada al riesgo de desastres de Antioquia la ofrece el Atlas de Riesgo de Colombia que presenta el perfil de riesgo de cada uno de los departamentos del país, a partir del análisis probabilista del riesgo asociado a cuatro fenómenos amenazantes: sismo, inundaciones, tsunamis y ciclones tropicales, considerando como elementos expuestos a las edificaciones públicas y privadas.

Para el departamento de Antioquia, el atlas considera un valor expuesto de 390.800.661 de pesos sobre los cuales estima una pérdida anual esperada de (AAL) de 2.249.907 millones de pesos, que equivale al 5,76 por mil del valor expuesto. Con esta última cifra, Antioquia ocupa el puesto 16 del ranking nacional departamental (de mayor a menor) (UNGRD, INGENIAR. 2018, p. 103 y 150).

De igual manera, se incluye la estimación del riesgo como pérdida anual esperada para los municipios. En el mapa se presenta los rangos de tanto por mil, donde se observa que las mayores concentraciones de pérdidas están en las subregiones de Urabá, Occidente, Suroeste y Bajo Cauca.

Mapa 5. Pérdida anual esperada (AAL) por municipio  
(en tanto por mil del valor expuesto) en el departamento de Antioquia



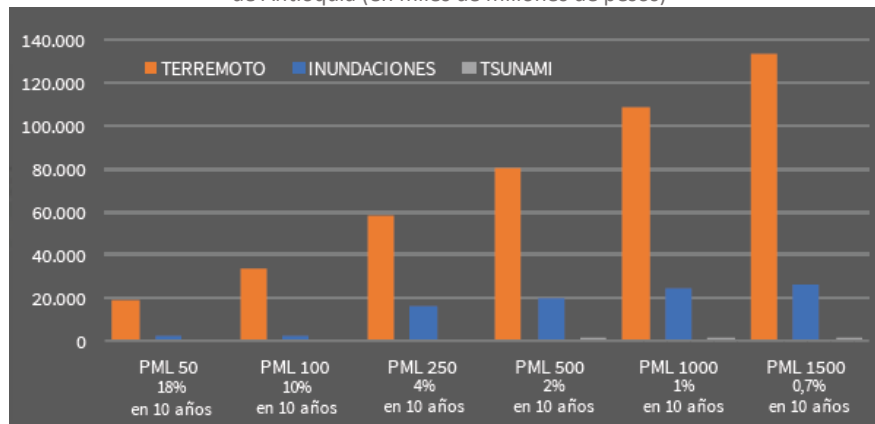
Fuente: A partir de: UNGRD, INGENIAR (2018, p. 150).

La contribución de los fenómenos amenazantes a la pérdida departamental esperada es: terremoto (88,8%), inundación (11,1%) y tsunami (0,04%).

Las pérdidas máximas probables para diferentes períodos de retorno (50, 100, 250, 500, 1000 y 1500 años) se presentan para cada una de estos fenómenos amenazantes en la Ilustración. Se observa la clara preponderancia del fenómeno sismo en el riesgo del departamento. Se advierte que en el atlas no se incluyó los movimientos en masa como parte de esta estimación multi-amenaza del riesgo de desastres.



Figura 2. Pérdida Máxima Probable por sismos, inundaciones y tsunamis para diferentes períodos de retorno en el departamento de Antioquia (en miles de millones de pesos)



Fuente: tomado de UNGRD, INGENIAR (2018, p. 150).

Frente a los escenarios de riesgo priorizados por los planes municipales de gestión del riesgo de desastres de los municipios del departamento, se tienen los siguientes escenarios. Es de anotar que estos fueron tomados de los PMGRD y EMRE que están adoptados:

### 1.1.9.3. Amenazas por Subregiones.

**Subregión Bajo Cauca:** Los escenarios de Inundaciones (asociadas a Hidroituango) y movimientos en masa se presentan en 4 de los 6 municipios de la subregión (Cáceres, Caucasia, Nechí y Tarazá), seguido por los vendavales, accidentes de tránsito e inundaciones en 3 de los 6 municipios (El Bagre, Nechí y Tarazá). Mientras que los escenarios de aglomeraciones de público y accidentes vehiculares solo se tienen para tres municipios (Cáceres, Caucasia y Zaragoza, respectivamente).

**Subregión Magdalena Medio:** Se tienen 12 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los Plan Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres-PMGRD y las Estrategias Municipales de Emergencias-EMRE, siendo la mayor frecuencia inundaciones, que se presentan en los 6 municipios de la subregión, seguido por los escenarios de vendavales y movimientos en masa que se presentan en 4 municipios, seguido por los escenarios de avenidas torrenciales, incendios de la cobertura vegetal, accidentes vehiculares y derrames de hidrocarburos que se presentan en 3 de los 6 municipios.

**Subregión Nordeste:** Movimientos en masa se presentan en los 10 municipios, seguido por incendios de la cobertura vegetal e inundaciones (8 municipios), accidentes mineros y vendavales (6 municipios), sismos, incendios estructurales y accidentes vehiculares (5 municipios), aglomeraciones de público (4 municipios) y avenidas torrenciales, tormentas eléctricas y derrames de hidrocarburos (3 municipios).

**Subregión Norte:** Se tienen 11 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 16 municipios de la subregión, seguido por inundaciones que se presentan en 15 municipios, incendios de la cobertura vegetal en 10 municipios, avenidas torrenciales y sismos, en 8 de los 17 municipios y vendavales en 7 municipios. Finalmente, sequias, incendios estructurales y accidentes vehiculares en 4 municipios.

**Subregión Occidente:** Se tienen 9 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 16 municipios de la subregión, seguido por Incendios de la cobertura vegetal que se presentan en 13 municipios, Inundaciones en 12 municipios, avenidas torrenciales y vendavales en 11 de los 19 municipios, sismos en 10, Incendios estructurales y accidentes vehiculares en 7 municipios. Finalmente, sequias y aglomeraciones de público en 3 municipios.

**Subregión Oriente:** Se tienen 9 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 16 municipios de la subregión, seguido por incendios de la cobertura vegetal que se presentan en 13 municipios, inundaciones en 12 municipios, avenidas torrenciales y vendavales en 11 de los 19 municipios, sismos en 10, incendios estructurales y accidentes vehiculares en 7 municipios. Finalmente, sequias y aglomeraciones de público en 3 municipios.

**Subregión Suroeste:** Se tienen 7 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 15 municipios de la subregión, seguido por incendios de la cobertura vegetal que se presentan en 12 municipios, inundaciones en 10 municipios, avenidas torrenciales en 9 municipios y vendavales en 8 de los 23 municipios, sismos en 5 y accidentes vehiculares en 5 municipios.

**Subregión Urabá:** Se tienen 10 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia inundaciones, que se priorizan en 8 municipios de la subregión, seguido por incendios de la cobertura vegetal que se priorizan en 6 municipios, vendavales y sismos en 5 municipios, accidentes vehiculares y movimientos en masa en 4 municipios y aglomeraciones de público, incendios estructurales, erosión costera y vulcanismo/diapirismo priorizados en 3 municipios.

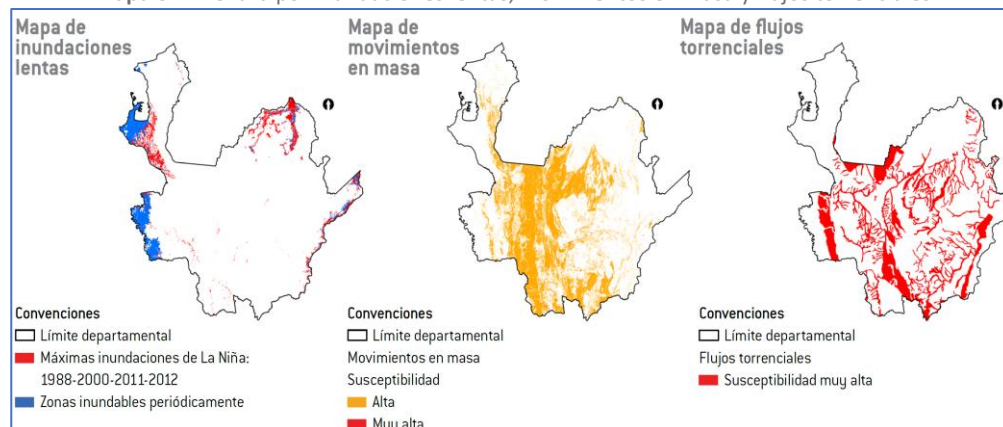
**Subregión Valle de Aburrá:** Se tienen 9 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se priorizan en 6 municipios de la subregión, seguido por avenidas torrenciales que se priorizan en 5 municipios, inundaciones, derrames de hidrocarburos e incendios de la cobertura vegetal en 4 municipios, accidentes vehiculares en 3 municipios y finalmente, incendios estructurales y aglomeraciones de público en 2 municipios.



Otro acercamiento al riesgo de desastres de Antioquia lo permite el Índice Municipal de Riesgo de Desastres generado por el DNP (2019)<sup>1</sup> que prioriza el riesgo asociado con los fenómenos amenazantes más recurrentes en el país, como son las inundaciones lentas, los movimientos en masa y los flujos torrenciales.

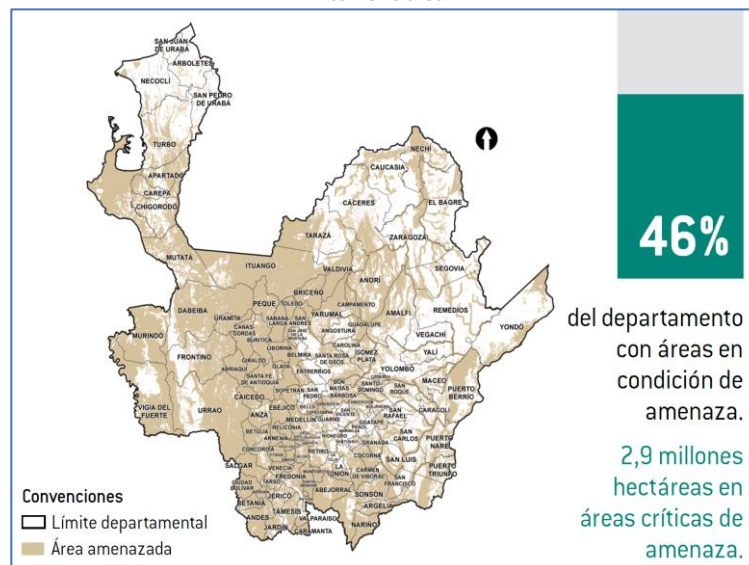
En la ilustración, se presentan las áreas bajo amenaza por estos fenómenos recurrentes, que sumadas dan una cobertura territorial de más de 29.000 km<sup>2</sup> en área crítica de amenaza, equivalentes al 46% del departamento. Es observable que las mayores áreas corresponden a la amenaza por movimientos en masa y por flujos torrenciales.

Mapa 6. Amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa y flujos torrenciales



Fuente: tomado de Índice municipal de riesgo de desastres ajustado por capacidades DNP, 2019, p. 17 – 19

Mapa 7. Área del departamento de Antioquia en condición de amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa o flujos torrenciales



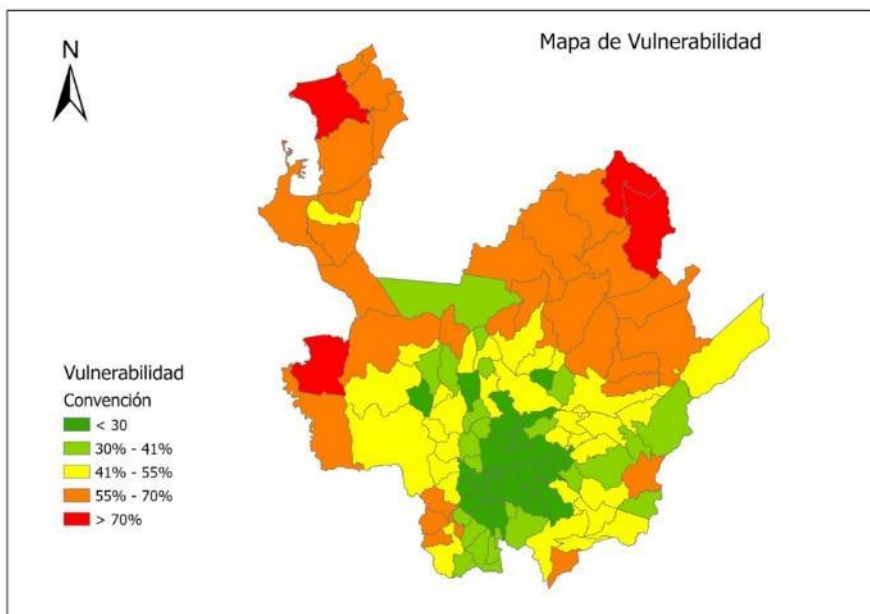
Fuente: tomado de DNP, 2019, p. 38

1 DNP (2019). Índice Municipal de Riesgo de Desastres Ajustado por Capacidades. Bogotá D.C., Colombia.



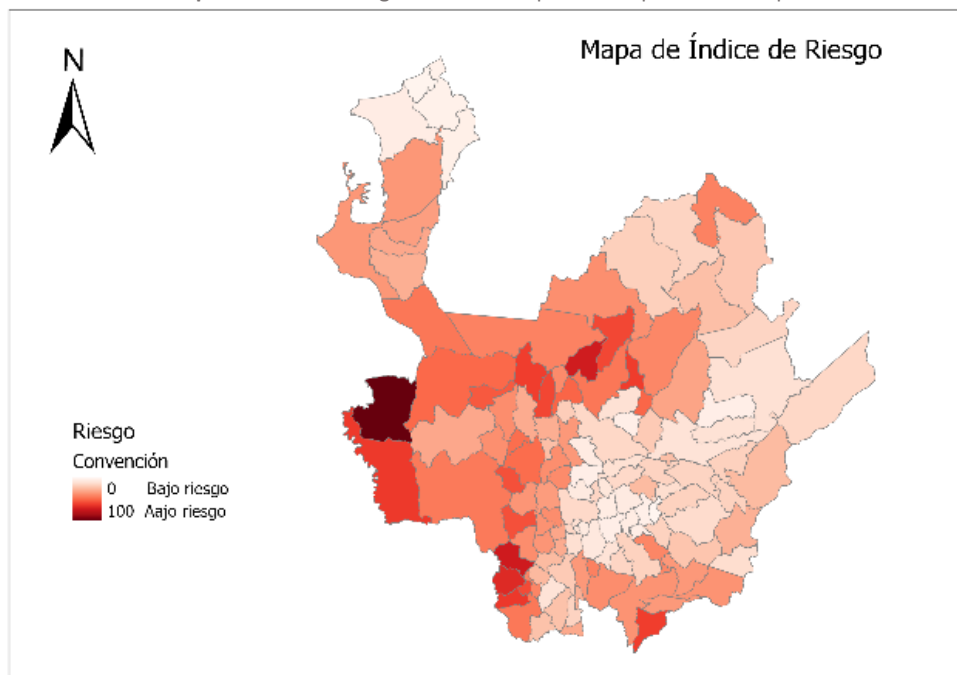
La estimación de la vulnerabilidad y el índice de riesgo se presentan en los siguientes mapas, en donde se observa que las subregiones con mayor índice de riesgo corresponden a las mismas detectadas en el atlas de la UNGRD.

Mapa 8. Vulnerabilidad por municipios en Antioquia



Fuente: tomado de DNP, 2019, p. 39

Mapa 9. Índice de riesgo de desastres por municipios en Antioquia

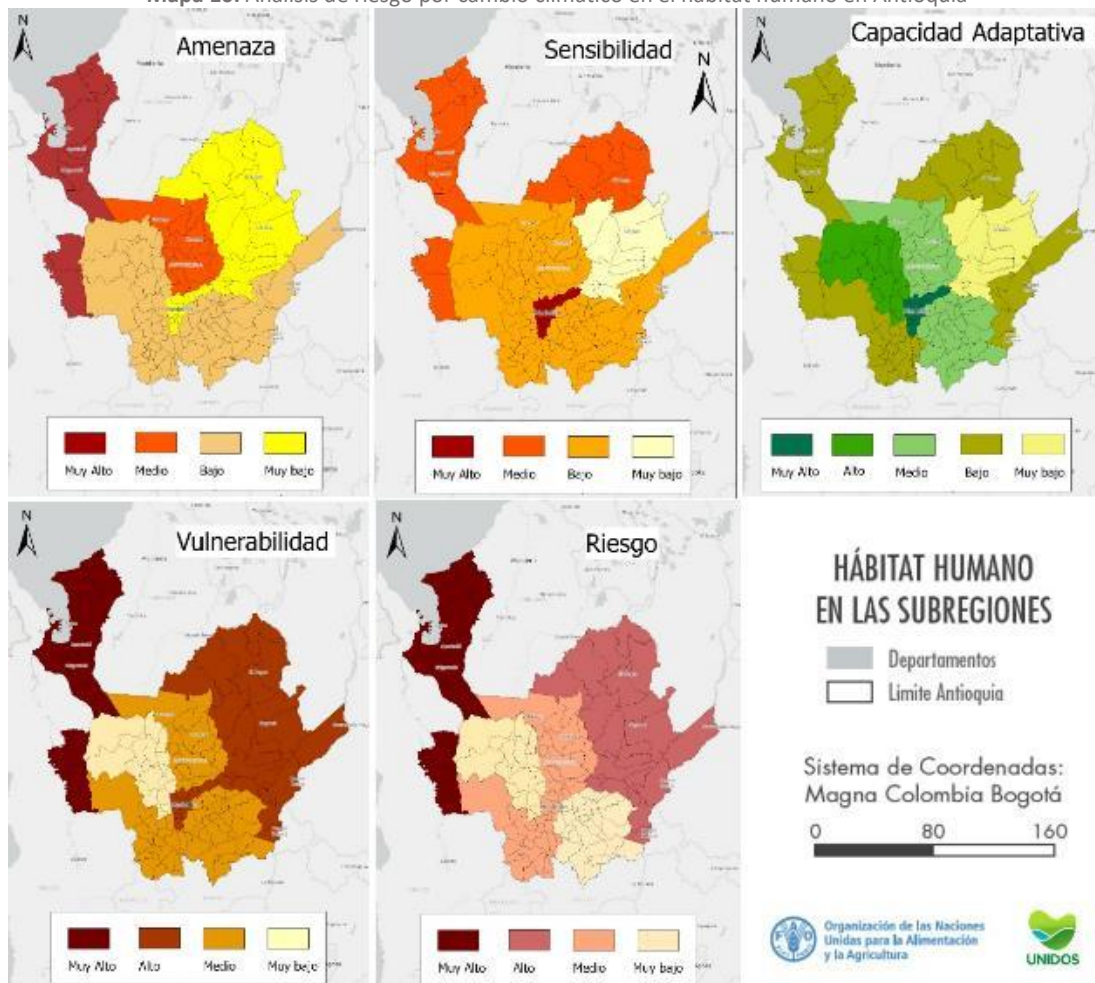


Fuente: tomado de DNP, 2019, p. 39

En una óptica de estudios departamentales recientes, se tiene el Plan Integral de Cambio Climático de Antioquia (PICCA) editado en 2018 y adoptado mediante la Ordenanza 049 de 2019. El PICCA incluye un análisis de vulnerabilidad y riesgo sobre las seis dimensiones que establece la política nacional de cambio climático para el análisis de la vulnerabilidad: seguridad alimentaria, recurso hídrico, biodiversidad y sus servicios ecosistémicos, salud, hábitat humano e infraestructura. Estas dimensiones todas tienen que ver con la gestión del riesgo de desastres, pero son las de hábitat humano e infraestructura las más cercanas si se tienen en cuenta los fenómenos amenazantes significativos, según el atlas y el índice de riesgo.

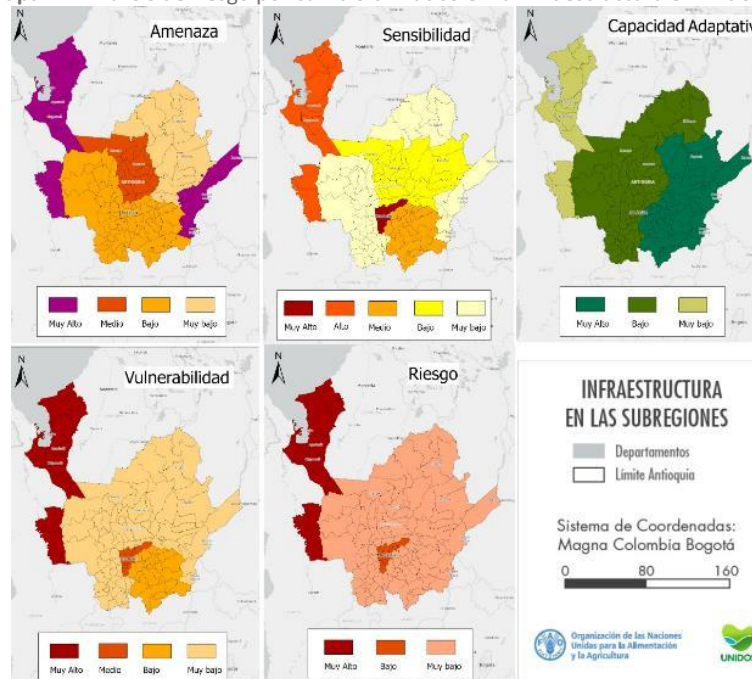
En los siguientes mapas se presentan los análisis del riesgo del PICCA para las dimensiones de hábitat humano e infraestructura.

Mapa 10. Análisis de riesgo por cambio climático en el hábitat humano en Antioquia



Fuente: tomado de FAO, Gobernación de Antioquia (2018, p. 65)

Mapa 11. Análisis de riesgo por cambio climático en la infraestructura en Antioquia

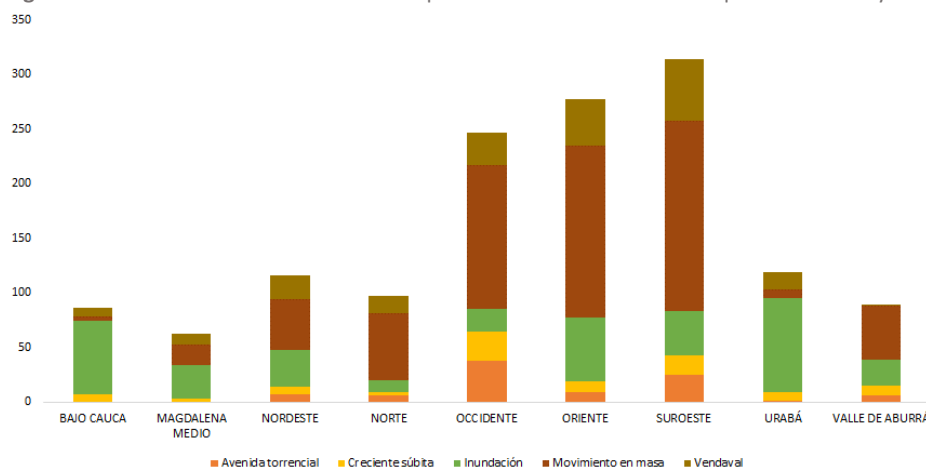


Fuente: tomado de FAO, Gobernación de Antioquia (2018, p. 66)

Se puede observar que para la perspectiva de cambio climático el riesgo de desastres se concentra en las subregiones de Urabá, Bajo Cauca y Magdalena Medio.

Las condiciones de riesgo de desastres de Antioquia se complementan con el diagnóstico presentado en el Plan Departamental de Desarrollo “Unidos por la vida” 2020 – 2023. De este, se resalta la relevancia de fenómenos que no han sido tenidos en cuenta en las miradas desde los estudios nacionales como son los vendavales, los movimientos en masa y los incendios forestales.

Figura 3. Número de eventos recurrente reportados al DAGRAN en Antioquia entre 2019 y 2022



Fuente: Fuente: DAGRAN (2022)



De los anteriores estudios, las condiciones de riesgo de Antioquia se pueden decantar en escenarios de riesgo desde el punto de vista de los fenómenos amenazantes, que pueden considerarse como escenarios de gestión:

- ✓ El mayor riesgo como daños y pérdidas, es el asociado al sismo. Como fenómeno amenazante de origen natural implica gestión innovadora en orden a reducir la vulnerabilidad estructural de las edificaciones y la preparación para la respuesta a desastres por terremoto.
- ✓ La mayor recurrencia de daños y pérdidas está dada por fenómenos contundentes como los movimientos en masa y las inundaciones. Como fenómenos de origen socio-natural, demandan tanto intervenciones correctivas como las prospectivas aportadas por el ordenamiento territorial.
- ✓ Son igualmente relevantes en frecuencia y daños los incendios de la cobertura vegetal y las avenidas torrenciales. Estos fenómenos amenazantes también son de origen socio-natural y demandan la intervención correctiva y prospectiva a nivel de la conservación de cuencas y microcuencas, sobre todo en perspectiva de cambio climático. Igual dada la contundencia de las avenidas torrenciales, la intervención correctiva como el reasentamiento y la prospectiva por medio del ordenamiento territorial se hacen indispensables.
- ✓ Otros escenarios de riesgo se configuran a partir de fenómenos amenazantes como los vendavales, en sumatoria de una condición natural que puede ser exacerbada por el cambio climático y la precariedad de las viviendas de la población más pobre.
- ✓ Además de los escenarios de riesgo asociados a los fenómenos de origen natural y socio-natural, también se tienen condiciones de riesgo por fenómenos de origen tecnológico, sobre todo en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, los corredores de las líneas de flujo de hidrocarburos y los embalses.

En general, todos los escenarios de riesgo demandan gestión en una mejor comprensión de los mismos por parte tanto del sector público como del privado y de la sociedad en general, a nivel individual y colectivo. Asociado con este conocimiento, las acciones de fortalecimiento serán más efectivas, así como las de preparación para la respuesta.

En la mirada territorial, prácticamente se presenta una coincidencia en las subregiones donde están los municipios de mayor pérdida relativa esperada y las que contienen a los municipios de menor índice de capacidades de acuerdo con el índice de riesgo de desastres del DNP (2019, p. 40). Estas subregiones son: Urabá, Occidente, Suroeste y Bajo Cauca. A Excepción de Oriente, estas subregiones también son las de mayor número de eventos en el inventario del DAPARD.

## 1.1.9.4. Avances y estado de la gestión del riesgo de desastres en Antioquia

En los últimos 25 años se ha evidenciado la prioridad que le ha dado el departamento de Antioquia a la reducción del riesgo de desastres, en especial frente al fortalecimiento de la gestión del riesgo de desastres a nivel departamental, subregional y municipal.

Se destacan entre otras acciones la creación en 1995 del Sistema Departamental de Prevención, Atención y Recuperación de Desastres en Antioquia, que incluyó la creación del Departamento Administrativo del Sistema de Prevención, Atención y Recuperación de Desastres, como una entidad adscrita al despacho del Gobernador y que ha tenido varias actualizaciones administrativas.

Este enfoque sistémico se replicó en 2006 en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, por medio del Sistema Metropolitano para la Prevención, Atención y Recuperación de Desastres (RedRiesgos) que incorporó una estructura organizacional, un plan de gestión del riesgo, un sistema de información y un mecanismo financiero.

Posteriormente, la vinculación, articulación y el fortalecimiento del Sistema de Alerta Temprana de Medellín y el Valle de Aburrá - SIATA, un proyecto de Ciencia y Tecnología del Área Metropolitana del Valle de Aburrá y la Alcaldía de Medellín, cuyo objetivo ha sido identificar y pronosticar la ocurrencia de fenómenos origen natural o socio natural que alteren las condiciones ambientales de la región, o puedan generar riesgos a la población; esto a partir de monitoreo en tiempo real y modelación hidrológica y meteorológica ajustada al departamento, ha permitido la entrega oportuna de información a la ciudadanía, que sumada a procesos educativos y al desarrollo de Sistemas de Alerta Temprana Comunitarios, posibilitan la protección de la vida y el medio ambiente en nuestra región.

Alrededor del año 2014, se avanzó en la implementación en el departamento de Antioquia de los SOS que buscan mejorar la capacidad de respuesta a nivel regional y se convierten en centros de acopio y distribución de ayuda humanitaria.

En cumplimiento de la Ley 1523 de 2012, se formuló el Plan Departamental de Gestión del Riesgo y se adoptó en noviembre de 2015, y seguidamente en diciembre del mismo año se conformó el Fondo Departamental para la gestión del Riesgo de Desastres de Antioquia. Este Plan adoptado en 2015 es el que queda reemplazado por el presente Plan Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres.

Igualmente, se elaboró la configuración e implementación del Visor Geográfico y Geoportal que permiten el acceso a la información de forma geolocalizada sobre amenazas de origen natural y presenta alertas por deslizamientos, inundaciones, desabastecimiento de agua, incendio y avenidas torrenciales, contribuyendo así a la toma de decisiones a nivel territorial.



En cumplimiento de la Ley 1931 de 2018 se formuló el Plan Integral de Cambio Climático (PICCA), instrumento que direcciona las acciones conducentes para reducir la vulnerabilidad del departamento ante la variabilidad y cambio climático, teniendo en cuenta el riesgo por eventos extremos de origen climático.

El actual plan de desarrollo departamental Unidos por la Vida, 2020 – 2023 (Gobernación de Antioquia, 2020, p. 339) da cumplimiento a la Ley 1523 de 2012, con relación a “(...) integrar en la planificación del desarrollo departamental, acciones estratégicas y prioritarias en materia de gestión del riesgo, especialmente a través del plan de desarrollo departamental (...)” (Artículo 13, parágrafo1). El plan de desarrollo establece dos indicadores de resultado para el cuatrienio:

- ✓ 80 instrumentos de planificación para la Gestión del Riesgo de Desastres departamental, municipal y/o distrital, formulados y/o actualizados.
- ✓ 60 instrumentos de planificación para la Gestión del Riesgo de desastres departamental, municipal y/o distrital, adoptados y/o en adopción.

Para el logro de estos indicadores se estructuraron tres programas correlacionados con los procesos de la gestión del riesgo de desastres. En la siguiente tabla se resumen las metas de cada programa.

**Tabla 3.** Incorporación de la gestión del riesgo de desastres en el plan de desarrollo de Antioquia “Unidos por la vida” 2020 – 2023

<b>Programa 1: Conocimiento del riesgo</b>	6	Estudios del riesgo elaborados.
	9	Instrumentos piloto de monitoreo del riesgo funcionando.
	125	Municipios y/o distrito capacitados en gestión del riesgo de desastres.
	125	Municipios y/o distrito integrados al Sistema de Información para la Gestión del Riesgo de Desastres
	8	Campañas para la reducción del riesgo realizadas.
<b>Programa 2: Reducción del riesgo</b>	34	Proyectos de intervención correctiva y prospectiva para la reducción del riesgo, realizados.
	125	Municipios y/o distrito capacitados en la incorporación de protección financiera en la gestión del riesgo de desastres.
	125	Municipios y/o distrito capacitados en la actualización de los planes municipales de gestión del riesgo.
	10	Entidades capacitadas en la incorporación de la gestión del riesgo de desastres, en la formulación de proyectos de inversión pública.
<b>Programa 3: Manejo de desastres</b>	125	Municipios y/o distrito capacitados en la formulación y/o actualización de las Estrategias Municipales de Respuesta a Emergencias (EMRE), planes de recuperación y/o planes de acción específicos.
	125	Entidades pertenecientes al sistema dptal de gestión del riesgo de desastres, capacitadas en preparación para la respuesta y la recuperación.
	126	Entidades pertenecientes al sistema dptal y mpal fortalecidas en capacidad de respuesta con herramientas, equipos e insumos para la atención de emergencias.
	1	Centro Ordenador de Emergencias (COE) operando.

Fuente: construcción propia a partir de Gobernación de Antioquia (2020, p. 342 a 346).





En ejecución de este plan de desarrollo, en 2020, mediante Decreto 2567 se determinó la estructura administrativa de la administración departamental que incluyó la ampliación y reorganización del DAPARD como Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres de Antioquia - DAGRAN con la creación de dos nuevas direcciones: conocimiento del riesgo y reducción del riesgo, y dirección de manejo de desastres.

De manera consecutiva, mediante Decreto 777 de 2021 se llevó a cabo la actualización del Consejo Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres, depurando la conformación del mismo y ajustándolo con las actuales entidades públicas del departamento, tanto en la instancia central como en los comités técnicos. Igualmente se incorporaron los diferentes grupos privados de búsqueda y rescate, así como las representaciones indígenas y de comunidades afrodescendientes.

### 1.1.10. Temperatura y humedad

La localización de Antioquia en la zona ecuatorial de América influye en la temperatura y humedad promedio de sus subregiones, desde temperaturas muy altas en las tierras bajas de Urabá y del Nordeste, así como en las tierras bajas de los valles de los ríos Magdalena, Cauca, Porce y Nechí, hasta las muy frías de los páramos de Sonsón y Belmira (cordillera Central) y de Frontino (cordillera Occidental).

En Antioquia la temporada calurosa generalmente ocurre entre abril y julio, la más fresca entre septiembre a inicios de diciembre y la más seca y de mayor calor a mediados de diciembre hasta mediados de marzo. Sin embargo, el clima de casi todo el planeta está controlado por dos fenómenos con un ciclo interanual llamados el Niño y la Niña, que ocurren sobre el océano Pacífico tropical. El Niño es el calentamiento anormal de las aguas del Pacífico (fase caliente) y durante la Niña ocurre un enfriamiento del mar.

Durante el fenómeno del Niño se presentan alteraciones en la circulación de los vientos, así como variaciones en las masas de aire y en las lluvias de las regiones tropicales y subtropicales de la tierra, ocasionando tormentas muy intensas, inundaciones y avalanchas, mientras que en otras ocurren fuertes sequías y olas de calor. Durante la Niña ocurren generalmente los fenómenos opuestos. Tanto el Niño como la Niña ocasionan fuertes impactos sociales, ambientales, ecológicos y económicos.

En Antioquia, durante el Niño se presenta una disminución drástica de las lluvias y de los caudales de los ríos, así como una disminución en la cantidad de agua almacenada en los suelos, y por ende una disminución de la actividad vegetal y la evapotranspiración, y un aumento en las temperaturas del aire. Las alteraciones del clima que ocurren durante el Niño tienen efectos negativos sobre la agricultura, la producción agropecuaria, la generación de energía eléctrica, el transporte fluvial, y ocasionan epidemias de malaria, incendios forestales y olas de calor en Antioquia. Durante la Niña ocurren los efectos contrarios, es decir que se presentan tormentas muy intensas, crecidas de ríos



e inundaciones en las planicies aluviales, con las consecuentes pérdidas de vidas humanas, de infraestructura y de cosechas agrícolas.

### 1.1.11. Accesibilidad geográfica

#### 1.1.11.1. Vías de comunicación.

El departamento de Antioquia cuenta con una red vial amplia que consta de 21.8507 km en 3.970 vías nacionales, departamentales y municipales (Secretaría de Infraestructura física, 2022). Sin embargo, a nivel de competencias, las vías están asignadas a la Agencia Nacional de Infraestructura (ANI), Instituto Nacional de Vías (INVIAS), departamento de Antioquia y sus municipios.

Las principales vías son la troncal de Occidente, cuya longitud es de 308 kilómetros; la troncal de Urabá mide 347.76 kilómetros; la transversal Tribugá - Medellín - Arauca, la cual mide 239 kilómetros; la transversal del Caribe, que une Turbo - Necoclí - Arboletes; la transversal Medellín - Bogotá; y el circuito Medellín - Valle de San Nicolás.

En un análisis general para la red vial a cargo del Departamento, de los 4.966 km, de las cuales sólo 2.017 km (40,6%) se encuentran pavimentados y el 47% se encuentran en regular o mal estado (Secretaría de Infraestructura física, 2022). El atraso en la infraestructura de transporte ha sido uno de los principales obstáculos para el desarrollo económico departamental, dado que complica la integración regional y frena la competitividad, especialmente del campo. Adicionalmente, aumenta el costo del transporte de los productos a los principales centros de consumo, y afecta la prestación de servicios básicos como educación, salud, seguridad y el desarrollo de algunos sectores económicos como el turismo.

Sin embargo, nueve arterias viales darán más vida a la movilidad y la competitividad antioqueña. Se trata de las vías de cuarta generación o 4G, conocidas como las Autopistas para la Prosperidad. Estas superan los \$19 billones de pesos en inversión (Forbes Colombia 2022) y son Mar 1, Mar 2, Pacíficos 1, 2 y 3; Magdalena 1 y Magdalena 2, Autopistas del Nordeste y la Vías del Nus, son las obras que están en ejecución en este momento de las cuales en operación ya se encuentran Pacifico 2 y Vías del Nus.

En materia de vías de comunicación aérea, Antioquia cuenta con alrededor de 39 aeródromos, de los cuales 3 aeropuertos concesionados (Formulación Plan Maestro de Transporte y Logística de Antioquia, 2022), tanto oficiales como particulares; los más importantes son el aeropuerto internacional "José María Córdova", situado en el municipio de Rionegro, y el aeropuerto regional y nacional "Enrique Olaya Herrera". Existen otros, ubicados en los municipios de Arboletes, Cauca, Ituango, Puerto Berrio, Turbo, El Bagre, Amalfi, Carolina del Príncipe, Chigorodó, Frontino, Remedios y Urao, incluyendo zonas selváticas y apartadas, hacia donde no existe comunicación por carretera, que, si bien pueden ser rudimentarios, constituyen la única forma de transporte. Actualmente algunos no están en funcionamiento.



Antioquia cuenta con 12 municipios con líneas férreas no funcionales entre los cuales esta Amagá, Barbosa, Bello, Caldas, Caracolí, Cisneros, Copacabana, Fredonia, Girardota, Puerto Berrio y Puerto Nare. Es por lo anterior que Antioquia se ha comprometido con la recuperación de 305 km del Ferrocarril de Antioquia, destacándose la reactivación de la conexión férrea Medellín-Puerto Berrio, y posteriormente, Medellín-La Pintada, para conectarnos con los puertos marítimos de la costa atlántica y del pacífico, respectivamente. Se contempla también avanzar en un corredor férreo que permita conectar a Medellín y al Valle de Aburrá con el Urabá antioqueño, lo cual significará para la región, un factor detonante del desarrollo regional y la mejora en la competitividad a nivel internacional, en lo relativo al comercio exterior, posicionando al territorio como estratégico para los intereses del país.

La red fluvial principal de Antioquia está conformada por tramos de siete ríos (Magdalena, Cauca, Atrato, León, Cocorná, Nare y Nechí), a través de los cuales se presta el servicio de transporte de pasajeros y de carga a escala municipal, regional o nacional. En total, el sistema fluvial de Antioquia abarca aproximadamente 730 km de tramos navegables, y alrededor de 19 puertos fluviales, cuya operación depende de las condiciones climáticas e hidrológicas de la región. Adicionalmente, la subregión Urabá cuenta con tres (3) puertos de carga (Turbo, Arboletes y Necoclí), los cuales se encuentran concesionados y en operación a través de la Agencia Nacional de Infraestructura (ANI), sin embargo, para mejorar la dinámica del transporte de carga de este modo, se están gestionando tres iniciativas privadas: Puerto Antioquia, Puerto Pisisí y Darién International Port. Estas iniciativas buscan dinamizar la economía, no solo de la subregión Urabá, sino también del Departamento, mediante los cuales se pase del transporte de la producción bananera, a la movilización de otros bienes y productos de exportación e importación, que no sólo generará un gran dinamismo económico - social en la subregión, sino que favorecerá el desarrollo de otras zonas del departamento, más aún si se conciben dichos proyectos portuarios en el marco de grandes proyectos viales como la autopista a Urabá y la transversal de las Américas.

Así mismo debe mencionarse que Medellín cuenta con el sistema “Metro” de línea férrea que recorre la región del Valle de Aburrá de norte a sur y zona occidente. Incluye además el Metrocable integrado a su sistema de transporte masivo permanente, que se ubica al oriente y occidente de la ciudad y el tranvía para la zona centro oriental de la ciudad de Medellín. Asimismo, existen otros siete sistemas de cable, tres en comodato a los municipios, (Yarumal, San Andrés de Cuerquia y Nariño), dos operados por contratistas de la Gobernación, (Jardín y Jericó), y dos operados por las comunidades, (Sopetrán y Argelia).

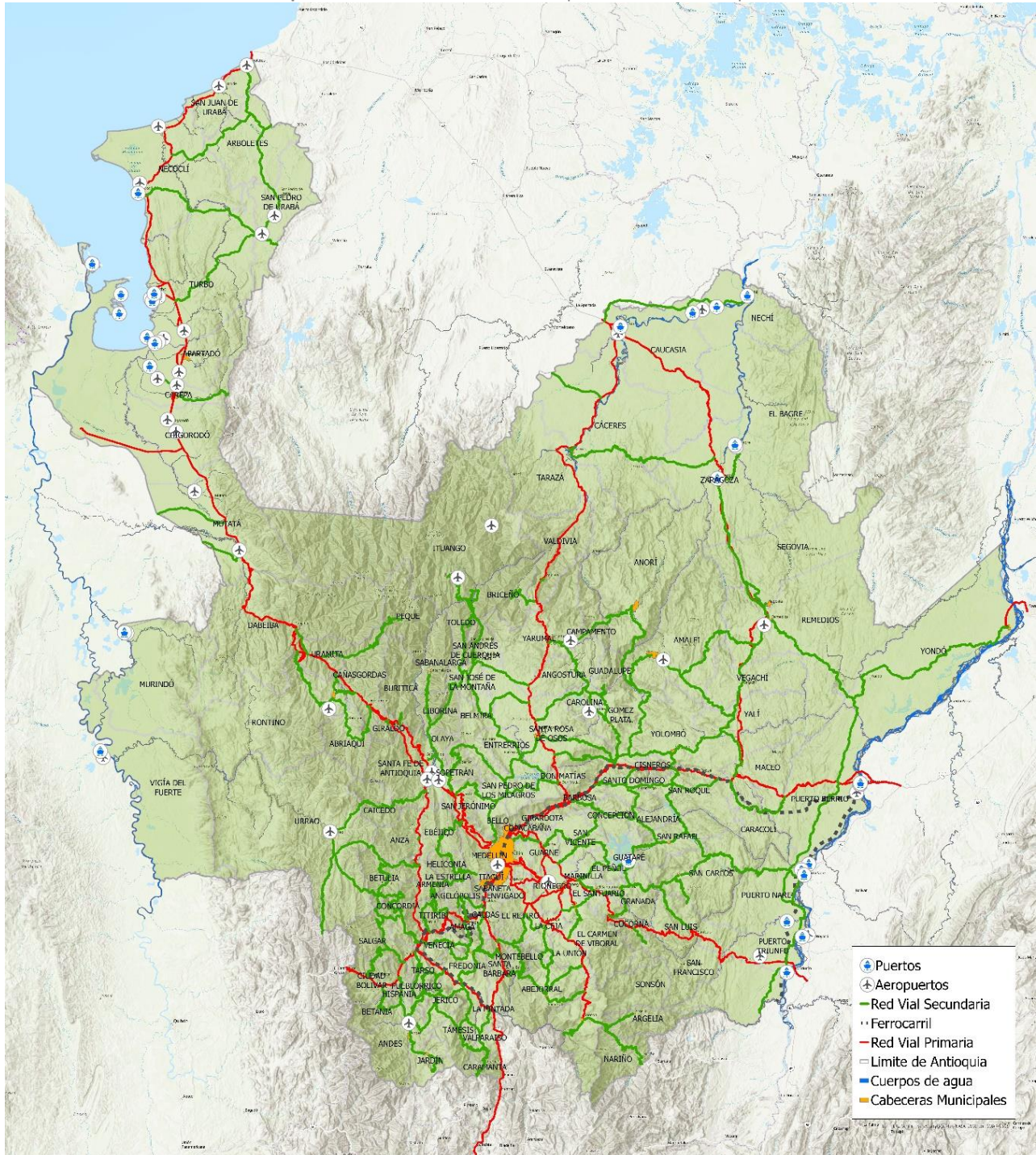
Finalmente, sobre la infraestructura general de transporte, con las Autopistas 4G, con la red vial en el Departamento; los aeropuertos y aeródromos; red férrea; y la construcción del Puerto de Urabá. Antioquia conseguirá tener una mayor competitividad, por medio de una reducción de los costos y distancias para el transporte de bienes y personas a nivel departamental, nacional e internacional, en la que se pueda aprovechar la localización estratégica del Departamento para el





abastecimiento de la economía nacional y el mercado internacional, fortaleciéndose de esta manera las exportaciones.

Mapa 12. Vías de comunicación del departamento de Antioquia.



Fuente: Dirección de Estructuración, Secretaría de Infraestructura. 2022





En la actualidad, las dinámicas de movilidad terrestre están presentando grandes avances mediante la ejecución de grandes proyectos con la construcción del Túnel Guillermo Gaviria Echeverri, que busca ser el punto de conexión entre las concesiones Autopista al Mar 1 y 2 y así disminuir los tiempos de viaje hacia la subregión Urabá y directamente con los puertos actuales y nuevos puertos en el Departamento.

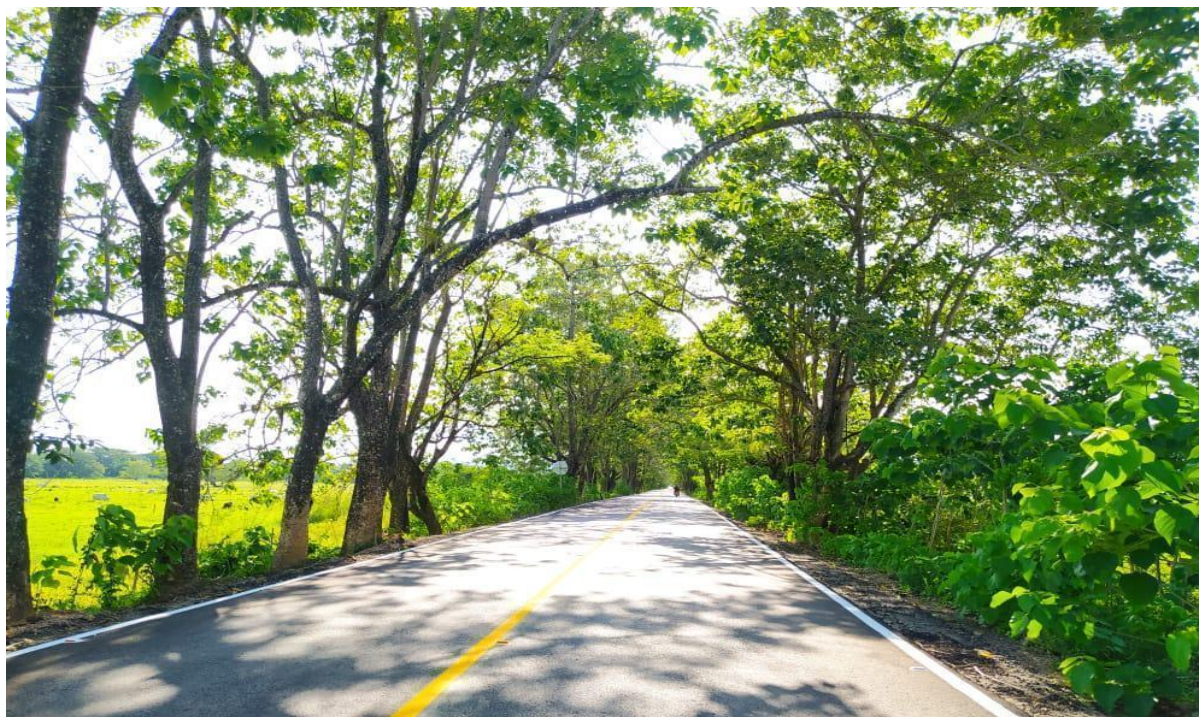


Portal Salida Túnel Principal Guillermo Gaviria Echeverri (GGE).

Fuente: Proyecto Túnel Guillermo Gaviria Echeverri. 2022

Complementario a los grandes proyectos viales, se está desarrollando el programa de Vías departamentales para la equidad y el progreso, el cual gira en torno a la conexión en modo carretero (pavimentado) de las entidades territoriales que aún no la tienen. Este es una de las principales metas que tiene la Secretaría de Infraestructura Física para este cuatrienio. Actualmente, son veintitrés (23) cabeceras que aún requieren de acceso carretero pavimentado.





Vía a Puerto Nare, Magdalena Medio, Puerto Nare.  
Fuente: Secretaría de Infraestructura Física. 2022

### 1.1.11.2. Tiempo de traslado y distancias en kilómetros de regiones de Antioquia.

Existen respecto a este tema grandes contrastes en los 125 municipios por la topografía del Departamento, presentándose un cierto grado de inaccesibilidad geográfica por vía carretable de los centros urbanos a las áreas rurales (corregimientos y veredas), donde el acceso puede darse por caminos y trochas o en algunos casos por vía marítima, que impiden con facilidad la accesibilidad de la población asentada a servicios estatales en algunos lugares del Departamento. Algunos ejemplos son los municipios de Vigía del Fuerte y Murindó que su acceso es en transporte fluvial, o en veredas de Ituango, Dabeiba, Urrao entre otros que para acceder las comunidades a las cabeceras municipales requieren transitar por trochas a pie o a caballo y que pueden durar hasta 3 días para llegar a estas.

La siguiente información emitida por la Secretaría de Infraestructura Física de Antioquia (Dirección de Planeación, 2015). Toma la distancia desde el límite urbano de la ciudad de Medellín hasta el parque principal de cada cabecera municipal, con trayectos por las vías principales y que no necesariamente corresponde al tramo más corto. El tiempo es estimado para camión grande de dos (2) ejes cargados sin descanso y a flujo libre. Las velocidades de cálculo no exceden los 80 km/h en las vías primarias. En promedio las velocidades están entre 30 y 60 km/h debido a la geografía del territorio Antioqueño.



Tabla 4. Tiempo de traslado y distancia estimada por Subregiones y municipios de Antioquia.

Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado	Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado
Abejorral	80,9	2 horas 18 minutos	Chigorodó	280,5	5 horas 37 minutos
Abriaquí	161,6	3 horas 43 minutos	Cisneros	79,1	1 horas 43 minutos
Alejandro	71,5	1 horas 51 minutos	Ciudad Bolívar	96,8	2 horas 11 minutos
Amagá	33,1	40 minutos	Cocomá	74,1	1 horas 27 minutos
Amalfi	136,4	3 horas 11 minutos	Concepción	54,6	1 horas 18 minutos
Andes	107,4	2 horas 20 minutos	Concordia	86,2	2 horas 8 minutos
Angelópolis	31,9	58 minutos	Copacabana	10,6	14 minutos
Angostura	129,2	2 horas 52 minutos	Dabeiba	170,3	3 horas 30 minutos
Anorí	166,6	4 horas 14 minutos	Donmatías	40,9	47 minutos
Anzá	74,0	1 horas 15 minutos	Ebéjico	35,9	56 minutos
Aparadó	303,8	6 horas	El Bagné	355,9	7 horas 15 minutos
Arboletes	461,8	8 horas 45 minutos	El Carmen de Viboral	49,6	1 horas 1 minutos
Argelia	135,4	3 horas 24 minutos	El Peñol	55,9	1 horas 12 minutos
Armenia	30,7	1 horas 1 minutos	El Retiro	31,9	48 minutos
Barbosa	33,5	34 minutos	El Santuario	51,8	52 minutos
Bello	2,0	2 minutos	Entremíos	42,8	1 horas 1 minutos
Belmira	56,4	1 horas 31 minutos	Enviado	5,0	8 minutos
Betania	110,3	2 horas 45 minutos	Fredonia	51,2	1 horas 19 minutos
Betulia	110,1	2 horas 56 minutos	Frontino	137,1	2 horas 52 minutos
Briceno	167,2	4 horas 19 minutos	Girardo	90,9	1 horas 46 minutos
Bunichá	86,9	1 horas 43 minutos	Girardota	17,8	21 minutos
Cáceres	218,8	4 horas 47 minutos	Gómez Plata	81,4	1 horas 56 minutos
Caicedo	89,7	2 horas 8 minutos	Granada	67,0	1 horas 21 minutos
Caldas	16,2	17 minutos	Guadalupe	114,2	3 horas 2 minutos
Campamento	129,7	2 horas 54 minutos	Guarne	23,1	24 minutos
Cañasgordas	109,8	2 horas 10 minutos	Guatapé	70,9	1 horas 42 minutos
Caracolí	134,1	2 horas 59 minutos	Heliconia	21,6	43 minutos
Caramanta	111,7	3 horas 6 minutos	Hispania	91,3	2 horas 7 minutos
Carepa	269,3	5 horas 45 minutos	Itagüí	5,0	5 minutos
Carolina del Príncipe	94,2	2 horas 21 minutos	Ituango	187,2	4 horas 59 minutos
Caucasia	275,1	5 horas 41 minutos	Jardín	124,9	3 horas 15 minutos
Jenó	105,1	2 horas 30 minutos	San Luis	126,3	2 horas 36 minutos
La Ceja del tambo	40,1	57 minutos	San Pedro de los Milagros	32,3	44 minutos
La Estrella	9,5	14 minutos	San Pedro de Urabá	377,3	8 horas 3 minutos
La Pintada	73,5	1 horas 50 minutos	San Rafael	95,5	2 horas 32 minutos
La Unión	54,8	1 horas 18 minutos	San Roque	100,1	2 horas 15 minutos
Liborina	72,4	1 horas 52 minutos	San Vicente Ferrer	42,6	54 minutos
Maceo	126,5	2 horas 49 minutos	Santa Bárbara	45,2	1 horas 8 minutos
Marinilla	40,8	41 minutos	Santa Fe de Antioquia	51,0	51 minutos
Montebello	46,2	1 horas 15 minutos	Santa Rosa de Osos	68,0	1 horas 18 minutos
Murindó (1)	NA		Santo Domingo	63,2	1 horas 29 minutos
Mutá	221,0	4 horas 28 minutos	Segovia	190,6	5 horas 9 minutos
Nariño	135,9	3 horas 24 minutos	Sonsón	104,0	2 horas 19 minutos
Nechí	349,7	6 horas 57 minutos	Sopetrán	42,3	49 minutos
Necoclí	380,3	7 horas 16 minutos	Támesis	103,5	2 horas 49 minutos
Olaya	64,9	1 horas 36 minutos	Tarazá	212,3	4 horas 39 minutos
Peque	199,0	4 horas 51 minutos	Tarso	94,3	2 horas 9 minutos
Pueblomocino	108,5	2 horas 38 minutos	Tárubi	51,3	1 horas 12 minutos
Puerto Berrio	177,3	3 horas 36 minutos	Toledo	164,0	4 horas 14 minutos
Puerto Nare	219,7	5 horas 5 minutos	Turbo	333,8	6 horas 30 minutos
Puerto Triunfo	179,1	3 horas 44 minutos	Uramita	135,9	2 horas 44 minutos
Remedios	181,6	4 horas 50 minutos	Urrao	148,9	4 horas 14 minutos
Ricónegro	40,1	43 minutos	Valdivia	150,0	3 horas 11 minutos
Sabanalarga	107,1	3 horas	Valparaiso	95,2	2 horas 32 minutos
Sabaneta	7,5	9 minutos	Vegachi	138,1	3 horas 50 minutos
Salgar	89,9	2 horas 8 minutos	Venecia	51,6	1 horas 19 minutos
San Andrés de Cuerquia	127,2	3 horas	Vigia del Fuerte (1)	NA	
San Carlos	137,6	3 horas 56 minutos	Yalí	123,6	3 horas 22 minutos
San Francisco	94,7	1 horas 58 minutos	Yarumal	111,2	2 horas 15 minutos
San Jerónimo	30,3	31 minutos	Yolombó	89,5	2 horas 14 minutos
San José de La Montaña	118,0	2 horas 42 minutos	Yondó	330,4	6 horas 27 minutos
San Juan de Urabá	442,5	8 horas 25 minutos	Zaragoza	360,0	7 horas 7 minutos

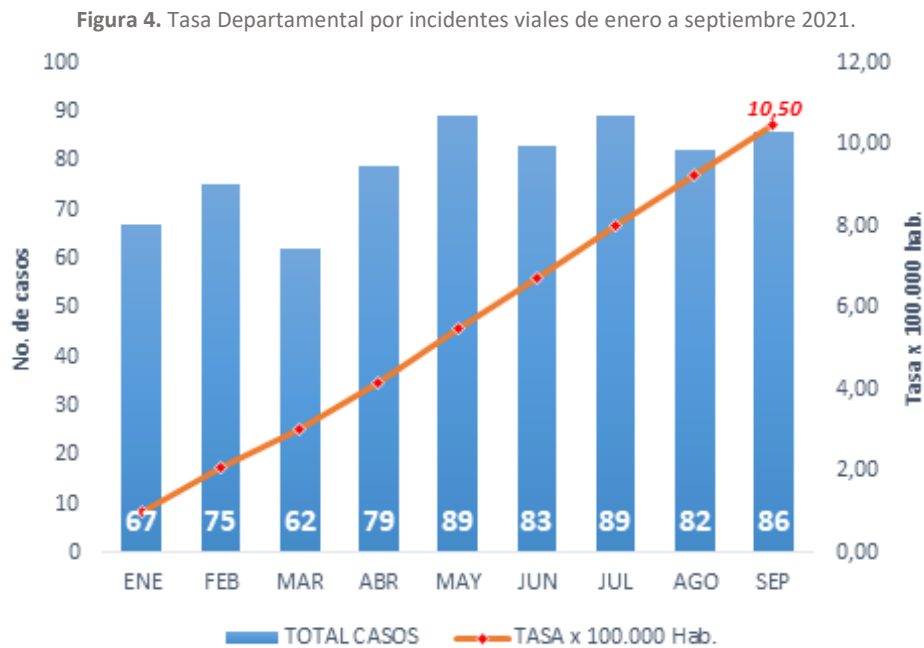
Fuente: Gobernación de Antioquia - Secretaría de Infraestructura Física de Antioquia (Dirección de Planeación Año 2020  
Fecha de consulta: diciembre 2021.



### 1.1.11.3. Siniestros e incidentes viales en el Departamento de Antioquia.

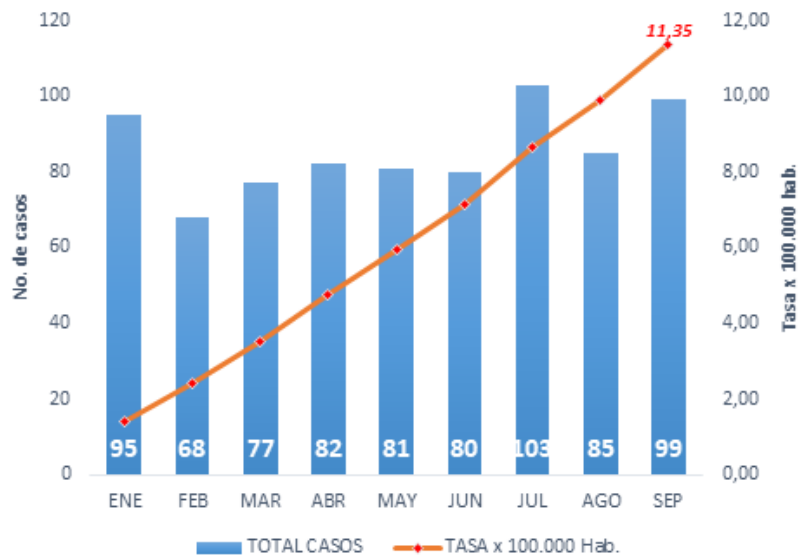
El departamento de Antioquia cuenta con una red vial amplia, en la cual se presentan incidentes viales constantemente. La Gerencia de Seguridad Vial de Antioquia es la dependencia encargada del manejo del indicador de mortalidad en accidentes de transporte y lesiones personales no fatales en incidentes de tránsito, encontrándose adscrito a la Línea 3: Nuestro Planeta Componente 4. Infraestructura Para La Movilidad Sostenible del Plan de Desarrollo 2020-2023 “Unidos por la Vida” y Línea 4: Nuestra Vida Componente 4: Es El Momento De La Movilidad Saludable, Segura Y Sostenible En Antioquia.

A continuación, se evidenciarán las cifras que lleva registrado el Departamento de Antioquia a través del Observatorio Nacional de Seguridad Vial, en cuento a fatalidades por incidentes viales en 2021 y 2022; y las actividades que se tienen programadas para realizar con la finalidad de promover en la población a través de los Alcaldes, Secretarios de Gobierno e Inspectores de Policía y/o Tránsito, medidas que contrarresten y ayuden a disminuir estos datos tan alarmantes, debido a que todas las vidas cuentan.



Fuente: Observatorio Nacional de Seguridad Vial

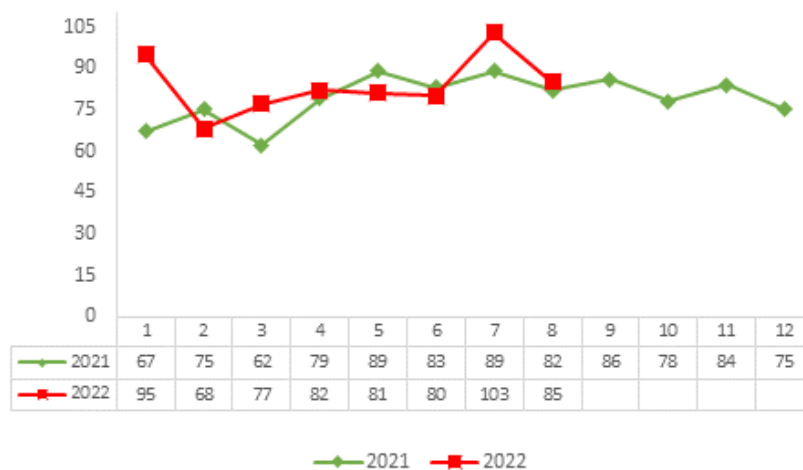
Figura 5. Mortalidad Vs. Tasa Departamental por incidentes viales de enero a septiembre 2022



Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

Se evidencia un incremento en los casos que se han presentado de incidentes viales del 2021 al 2022 con corte a septiembre. La tasa de incidentes viales a septiembre del 2022 se encuentra en 11,35 por 100.000 habitantes comparada con un 10,50 por 100.000 habitantes obtenida en septiembre del 2022, siendo la mayor causa las relacionadas con el factor humano. A continuación, se describen las principales causas de incidentes viales en Antioquia: Exceso de velocidad, falta de señalización, fallas mecánicas, animales sueltos, distracciones causadas por el uso de dispositivos mientras se conduce: teléfono celular, radios, pantallas, etc., ingesta excesiva de alcohol y sustancia psicoactivas entre otros.

Figura 6. Comparativo muertes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022



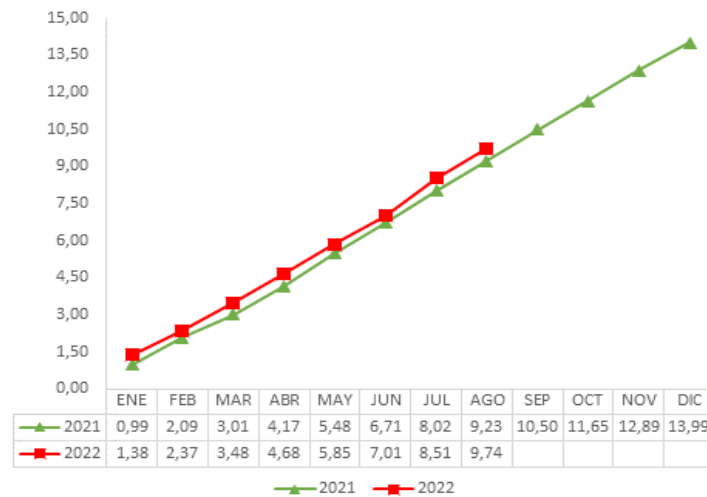
Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial





En cuanto al comparativo de muertes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022, se presenta un incremento en los fallecimientos, con un pico en el mes de julio del 2022 posiblemente relacionado con el período de vacaciones.

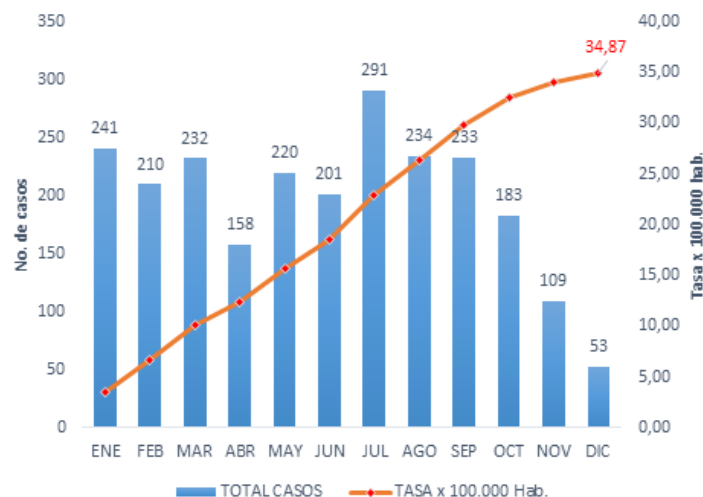
Figura 7. Comparativo muertes tasa x 100.000 habitantes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022.



Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

A continuación, se evidenciarán las cifras que lleva registrado el Departamento de Antioquia a través del Observatorio Nacional de Seguridad Vial, en cuanto a lesionados por incidentes viales en 2021 y 2022. El año 2021 finaliza con una tasa de 34,87 por 100.000 habitantes con un total de 2.365 casos de lesionados reportados y a septiembre del 2022 se tiene una tasa de 26,86 por 100.000 habitantes.

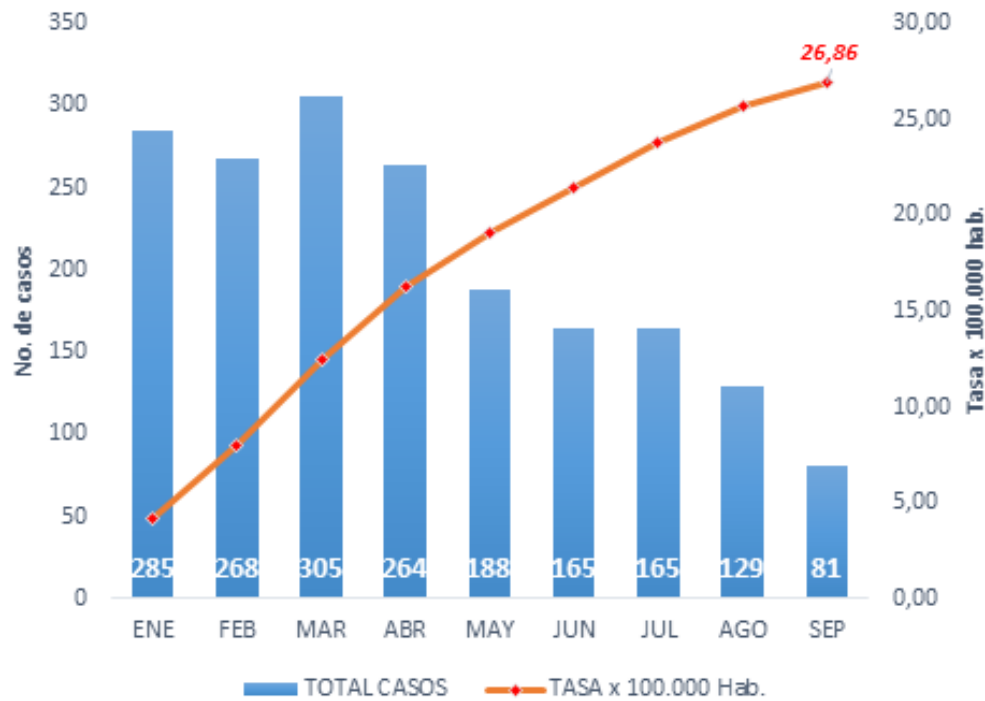
Figura 8. Lesionados vs. Tasa departamental por incidentes viales 2021



Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

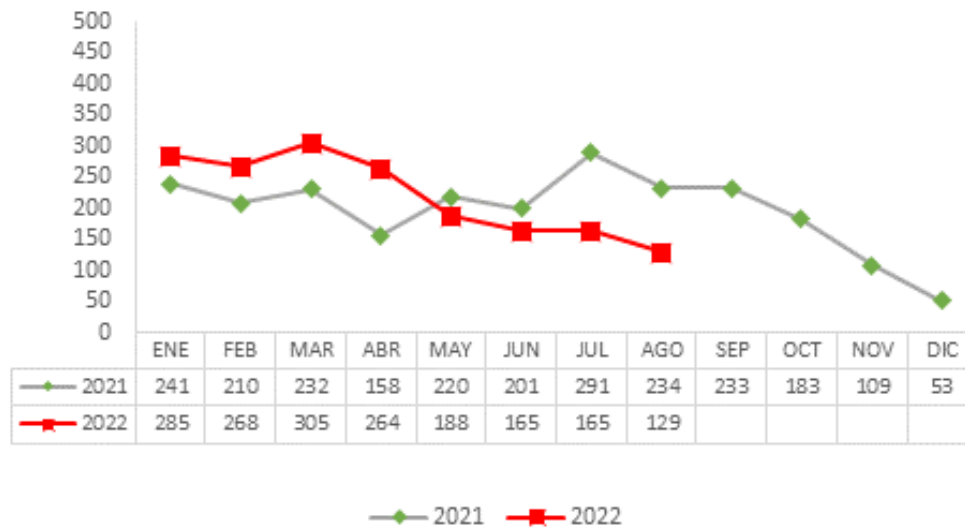


Figura 9. Lesionados vs. Tasa departamental por incidentes viales enero-septiembre 2022.



Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

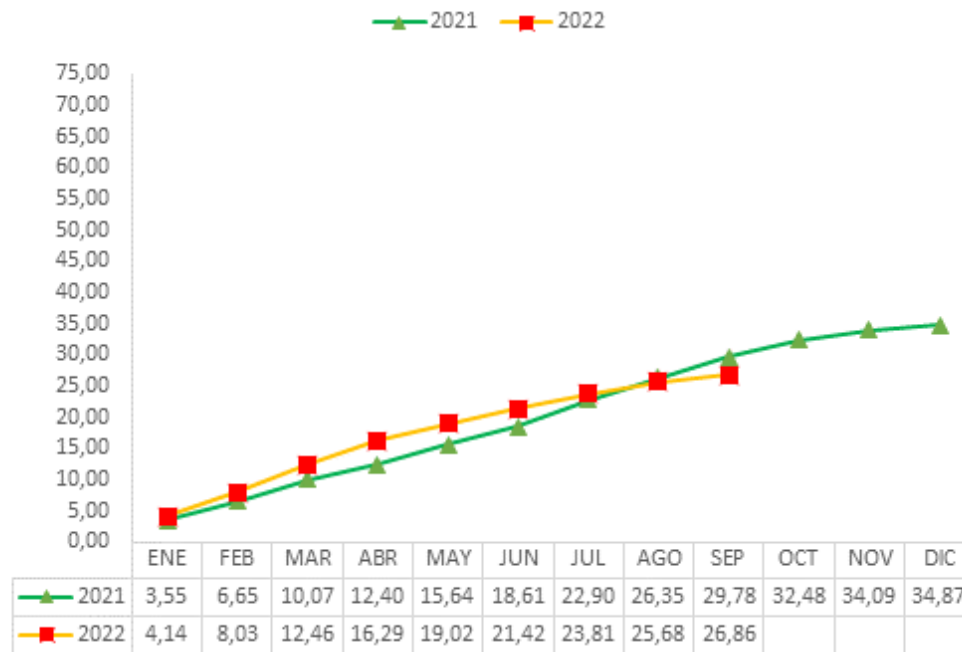
Figura 10. Comparativo lesionados por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022.



Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial



Figura 11. Comparativo lesionados tasa x 100.000 habitantes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022



Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

Las cifras de muertes por incidentes viales siguen aumentando exponencialmente, ya que para septiembre de 2021 y 2022 se presentaron 712 y 770 respectivamente, aumentando en un 10.5% los fallecimientos, indicando aún con todas las medidas que se han implementado, no se ha evidenciado cambio alguno reflejado en las cifras totales del Departamento. Sin embargo, los lesionados hasta el último reporte presenta una disminución de 170 individuos al corte del mes de septiembre, reduciéndose en el presente año en un 8.42% dichas cifras en comparación con el 2021.

Por parte de la Gerencia de Seguridad Vial de Antioquia, se han realizado diferentes foros (Movilidad y transporte Oriente), capacitaciones (Moto-destrezas, capacitación a los agentes de tránsito) y campañas publicitarias con piezas gráficas orientadas a la prevención de incidentes viales, cambio de cascos de motos, señalización vial a los municipios del Departamento entre otras acciones, con el fin de mitigar y prevenir los siniestros viales, algunas de la mano de la Agencia Nacional de Seguridad Vial.

### 1.1.12. Cobertura operación – Programa Aéreo Social del Departamento de Antioquia

En la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, funciona desde hace más de 35 años, el Programa Aéreo Social, cuya misión es la de apoyar por vía aérea las atenciones en salud en emergencias y desastres, el transporte aeromédico de pacientes, la atención de eventos





de interés en salud pública y vigilancia epidemiológica, la realización de brigadas de salud en zonas de difícil acceso y condiciones precarias en salud y la realización de distintas actividades de apoyo humanitario.

La Ordenanza 36 de octubre 5 de 2017, institucionalizo el Programa Aéreo Social de Antioquia – PAS, cuya finalidad, es la desarrollar todas las acciones dirigidas a resolver problemas colectivos sociales del Departamento, que contribuya a superar los determinantes sociales y mejorar las condiciones de vida de las comunidades intervenidas; apoyar la resolución de los problemas colectivos en salud, con énfasis en la promoción, mantenimiento de la salud y gestión del riesgo colectivo en lo social y ambiental.

La Ordenanza Departamental 36 de 2017, fue reglamentada por medio del Decreto Departamental 2018070000944 del 5 de abril de 2018, determinando que del Programa Aéreo Social de Antioquia, hacen parte las Secretarías de: Educación; Agricultura y Desarrollo Social; Productividad y Competitividad; Minas; Participación Ciudadana y Desarrollo Social; Mujeres; Medio Ambiente y la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia; así mismo, las Gerencias de Indígenas; Afrodescendientes, Seguridad Alimentaria y Nutricional - MANA; Infancia, Adolescencia y Juventud y la de Servicios Públicos. Todas ellas garantizan, el acceso integral a la oferta institucional social de la Gobernación de Antioquia.

El cambio de nombre del ayer Programa Aéreo de Salud al hoy Programa Aéreo Social de Antioquia, tiene una gran significancia, ya que está indicando la ampliación de su misión, dado que la intervención a las distintas comunidades vulnerables y de difícil acceso del Departamento será realizada por las secretarías o gerencias de la gobernación, que ofertan programas sociales, además de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, con su componente de salud. Ello permite intervenir los determinantes sociales que les afectan, para mejorar sus condiciones de vida e impactar las condiciones de pobreza de las mismas.

En el departamento de Antioquia, de acuerdo con la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil o Aeronáutica Civil-UAEAC (<http://www.aerocivil.gov.co/Lists/Aerodromos/AllItems.aspx>) cuenta con los siguientes aeropuertos, algunos de estos, son predios privados que requieren permiso de ingreso por parte del explotador o se encuentran suspendidos por la Fuerza Aérea Colombiana y/o UAEAC o tienen problemas de mantenimiento de la pista.

Tabla 5. Lista de aeropuerto y aeródromos departamento de Antioquia 2020.

ID	Nombre AD	Ubicación	Propietario	Explotador	Horario Operación
1	Amalfi - el Rio	Amalfi	Aerocivil	Aerocivil	
2	Antonio Roldan Betancourt	Carepa	Aerocivil	En concesion- SOACN(sociedad operadora de aeropuertos centro norte	
3	Arboletes	Arboletes	Municipio	Municipio	
4	Carolina del Principe	Carolina	Municipio	Municipio	
5	Caucasia-Juan H.White	Caucasia	Empresas Pub.Caucasia	Aerolinea de Antioquia.	
6	Chigorodó-Jaime Ortiz Betancur	Chigorodó	Municipio	Municipio	
7	El bagre - el Tomin	El bagre	Sociedad mineros a/quia	El municipio	
8	El triunfo	Puerto triunfo	Municipio	Municipio	
9	Frontino el plateado	Frontino	Municipio	Municipio	
10	Indira	Turbo	Uniban	Calima s.a	
11	La providencia	Ituango	Municipio	Municipio	
12	Los almendros	Carepa	Sanvel. Ltda.	Fumigaray	Lunes a domingo de 6:00 a 19:00''
13	Los planes	Apartado	Uniban	Calima	
14	Medellín - Olaya Herrera	Medellín	Invias	En concesión-SOACN (sociedad operadora de aeropuertos centro norte)	Lunes a domingo de 6:00 a 18:00''
15	Murindó	Murindó	Alcaldía municipal	Alcaldía municipal	
16	Mutatá	Mutatá	Alcaldía municipal	Alcaldía municipal	
17	Necocli	Necocli	Municipio	Municipio	
18	Nueva fortuna	Nueva fortuna	Municipio	Municipio	
19	Pilmaiquen	Chigorodó	Juan G. Rios C.	Fase Cubides González	
20	Puerto Berrio - Morela	Puerto Berrio	Aerocivil	Aerocivil	Lunes a domingo de 6:00 a 18:00''
21	Puerto Nare	Puerto Nare	Cementos argos s.a.	Cementos argos s.a.	
22	Puerto Perales	Puerto Triunfo	Gobernación	Gobernación	
23	Remedios Otu	Remedios	Aerocivil	Aerocivil	
24	Rionegro-José M. Córdoba	Rionegro	Aerocivil	En concesion-SOACN(sociedad operadora de aeropuertos centro norte)	24 horas
25	San José de Mulatos	San Jose de Mulatos	Municipio	Municipio	
26	San Pedro de Uraba	San pedro	Municipio	Municipio	
27	San Rafael	Turbo	Soc.Aeroportu.Uraba	Soc.Aeroportu.Uraba	
28	Santa Rita de Ituango	Santa Rita de Ituango	Municipio	Municipio	
29	Santillana	Caucasia	Manual A. Bernal Bernal	El Mismo	
30	Turbo - Gonzalo Mejia	Turbo	Aerocivil	Aerocivil	
31	Urrao- Ali Piedrahita	Urrao	Aerocivil	Aerocivil	Lunes a domingo de 6:00 a 18:00''
32	Vigia del fuerte	Vigia del fuerte	Municipio	Municipio	

Fuente. Aerocivil 2021



El Plan de Desarrollo Departamental 2020 – 2023 Unidos por la vida (Ordenanza 11 de 2020), desarrolla el proyecto “Programa Aéreo Social Acortando distancias, 2020-2023”. Ubicado en la línea 4, Nuestra Vida; componente 2, Bienestar Activo y Saludable para Antioquia; Programa 2, Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia.

El Proyecto tiene como objetivo, garantizar a las comunidades vulnerables priorizadas, del Departamento de Antioquia, el acceso a los servicios sociales.

El número de personas objetivo son 4.265, que proceden de las Comunidades de Valle de Perdidas, Urrao; Altos de Murri, Frontino; Cañaverales, Dabeiba; Salado, Vigía del Fuerte; Bachidubi y Turriquitado Alto, Murindó.

La caracterización de las necesidades sociales, desde la perspectiva de los determinantes sociales, por comunidad priorizada es la siguiente.

## COMUNIDAD ALTOS DE MURRI



COMUNIDAD ALTOS DE MURRI  
Fuente. Programa Aéreo Social SSSA.

La comunidad Alto de Murri, del municipio de Frontino, es una comunidad afro descendiente con difícil acceso, está ubicada a 4 días a caballo del casco urbano, por vía aérea un tiempo promedio de 45 minutos y a pie aproximadamente 3 días de cabecera municipal.

La población total de esta comunidad es de 2.760 habitantes, en sitio hay 1560 y confluyen 2760 personas. Altos de Murri es una comunidad afrodescendiente que hace parte de un Consejo Comunitario, estos Consejos son las figuras organizativas que tienen las comunidades negras, estos son la máxima autoridad de administración los territorios afrodescendientes. El Consejo



tiene una titulación colectiva de tierras de tierra establecido mediante la resolución 2726 del 2001 del INCORA. Este territorio tiene jurisdicción en los municipios de Frontino y Urrao, por ser territorio colectivo pueden tener presencia en varios municipios, pues no responde a las divisiones administrativas municipales.

El Consejo está conformado por 7 comunidades: Barrancón, esta es la comunidad madre, fue fundada a principios del siglo XX. Cuando se habla de comunidad madres, se hace referencia a la comunidad fundadora y de la que se desprenden las demás comunidades. Vásquez, en la cual está establecido el comercio que abastece las demás. Brazo Seco; Murrí Medio, Altos de Murrí, Curvata, Pacurichichí. Cada comunidad tiene una Junta de Acción Comunal, que es acogida por el Consejo, estas dos figuras organizativas agrupan a las comunidades.

En la zona hay alrededor de alrededor de 130 excombatientes del Frente 34 de las FARC, que hacen parte del proceso de Paz, por esta razón en las comunidades hacen presencia la Agencia de Reincorporación y Normalización, y la Misión de verificación de la ONU. Es posible presumir el accionar actores armados al margen de la ley como: las autodefensas Gaitanistas y el ELN.

La principal actividad de subsistencia minería aluvial, la minería de barequeo en las riberas del río Murrí. Si bien manifiestan que no hay utilización de mercurio, se puede inferir que al tener presencia de dragas y maquinaria pesada está explotación de oro si utilizan mercurio.

### Alto de Murrí, limita con las siguientes comunidades:

- La blanquita dos días y medio a pie (conformada por población indígena, mestiza y afro descendientes), esta comunidad ya tiene absceso vía terrestre.
- Arquia 3 días a pie (comunidad indígena)
- Nevatá 2 horas (comunidad indígena)
- Curvata 5 a 6 horas (comunidad indígena)
- Penderisco 2 horas (comunidad indígena)
- Gordito 5 horas (comunidad indígena)
- Paracurichichi 2 horas (comunidad afro)
- Mande Vásquez 5 horas (comunidad afro)
- Rancho quemado 5 horas (comunidad afro)
- Barrancón 6 horas (comunidad afro)
- Murrí medio 2 horas (comunidad afro)

Alto Murrí es uno de los corregimientos más ricos y más diversos en sus economías. Por las condiciones climáticas, es de clima muy variado su máxima altura la encontramos en el páramo de frontino, el cual se encuentra a 4.080 metros sobre el nivel del mar y la más pequeña que corresponde a la confluencia de los ríos Curvata y Murrí los cuales están a 68 metros sobre el nivel del mar. Los climas que podemos encontrar en la comunidad clima frío y a la vez cálido. La temperatura oscila entre los 12°C y 31°C.



Esta región tiene importancia ambiental por su ecosistema de selva húmeda tropical, que posibilita el flujo genético de especies de fauna y flora. Los bosques se encuentran en un buen estado de conservación.

Moderadamente modificado en su estructura por la extracción selectiva del cedro (*Cedrela odorata*) con fines comerciales, que a su vez lleva al desplazamiento de la fauna, en la parte más baja se encuentran la mayoría de cultivos, rastrojo y herbáceas, es donde hay mayor concentración de comunidades campesinas y donde la actividad agropecuaria se desarrolla con mayor intensidad.

En cuanto a proyectos productivos para la comunidad hay dos iniciáticas uno de caña y otro de arroz, pero ambos se encuentran suspendidos, ya que dejaron montajes de maquinaria, pero no avanzaron en capacitación o capacidad instalada para que los proyectos avanzaran.

La principal actividad de subsistencia minería aluvial, la minería de barequeo en las riberas del río Murri. Si bien manifiestan que no hay utilización de mercurio, se puede inferir que al tener presencia de dragas y maquinaria pesada está explotación de oro si utilizan mercurio.

En la comunidad de alto de Murri, predominan las viviendas hechas en tablas puestas de manera horizontal con ligeras inclinaciones para evitar las rendijas, chambranas de macana y techo de latón, o las casas que se construyen con tablas dispuestas de manera vertical con pequeñas tablillas que cubren las rendijas, sin chambranas y techo de zinc. También encontramos viviendas construidas en Bareque (caña brava, tierra colorada mezclada con estiércol vacuno) por lo general son pequeñas con sus servicios sanitarios y cocina desligadas de los dormitorios.

Los habitantes de esta comunidad tienen una alimentación variada de origen animal y vegetal, en general el consumo de alimentos es suficiente ya que la tierra es muy cultivable y por lo tanto procura la sostenibilidad de las personas que hacen buen uso de ella; encontramos alimentos como: (maíz, plátano, yuca, pescado, casa de animales de monte, aves de corral, ganado, cerdos, y algunos árboles frutales), las verduras son muy aceptadas en la dieta diaria.

Esta comunidad no cuenta con un sistema de acueducto y alcantarillado, tampoco con pozo séptico (solo existe una para la escuela, pero se llena con facilidad y contamina su alrededor), las necesidades básicas y de aseo las realizan en el río Murri, que atraviesa la comunidad. El agua para el consumo la toman de una pequeña quebrada que está cerca al caserío.

En cuanto a los procesos educativos de la comunidad Altos de Murri, hay que mencionar que cuenta con una sede educativa rural adscrita a la Institución Educativa Rural Blanquita de Murri. Allí se imparten clases con un docente que trabaja multigrado de primero a quinto de primaria. El centro rural tiene una matrícula de 27 niños y niñas que están en los distintos grados de la primaria.



Al visitar la sede educativa, se hace evidente la necesidad de realizar mejoras educativas en cuanto a la infraestructura. También, es necesario fortalecer y acompañar la formación del maestro que hace presencia allí, darle herramientas pedagógicas para que mejore las prácticas educativas que allí se implementan.

Una necesidad sentida, ampliar la cobertura de la escuela a los niveles de sexto a octavo, así se garantizaría que muchos jóvenes continúen sus estudios y no abandonen el proceso escolar al llegar a quinto grado, ya que, si desean continuar sus estudios, implicaría desplazarse a otras comunidades, abandonando sus hogares.

En Altos de Murrí, la atención de salud a sus pobladores, es exclusiva del Programa Aéreo Social de Antioquia, con apoyo de la E.S.E. Hospital María Antonia Toro de Elejalde.

## COMUNIDAD DE CAÑAVERAL



COMUNIDAD DE CAÑAVERAL  
Fuente. Programa Aéreo Social SSSA.

La comunidad Cañaveral, del municipio de Dabeiba, es una comunidad indígena con difícil acceso, está ubicada a un día y medio para llegar a Dabeiba, debido a que en la primera estación que es la Blanquita solo sale un bus en la mañana y deben amanecer allí.

La población total de esta comunidad es de 700 habitantes, en sitio hay 200 y confluyen 500 personas. Está constituida como resguardos indígenas Embera Katio, sólo una pequeña parte son afrocolombianos y mestizos.



El resguardo indígena de cañaverales Antadó, está ubicado en el sector occidental del municipio de Dabeiba, limita con otras comunidades indígenas como: Antadó Guavina, Antadó Arenal, Genaturadó y Amparrado medio. La comunidad de Cañaverales la atraviesan la quebrada cidra y pasan cerca los ríos Antadó y Amparradó.

La población se abastece de las fuentes hidrológicas cercanas, pero no cuenta con agua potable ni alcantarillado. Por lo general, los habitantes hacen sus necesidades fisiológicas en las quebradas, volviendo las fuentes hídricas en fuentes de contaminación. Aunque el clima de Dabeiba está clasificado como tropical, en el resguardo indígena de Cañaverales Antadó, se puede presentar en horas de la madrugada, temperaturas muy bajas.

El resguardo cuenta con la presencia de animales domésticos sin ningún cuidado, cría de peces, cría de cerdos comunes, perros, caballos, gallinas, ranas y diversidad de insectos.

La población perteneciente a la comunidad indígena de Cañaverales y comunidades confluyentes, evidencian que no cuentan, con las condiciones requeridas para el cubrimiento de sus necesidades básicas, de ser posible se deben intervenir diversos aspectos sociales, económicos, ambientales, educativos, sanitarios, atención en salud, infraestructura, todo esto para disminuir los niveles de inequidad, pobreza, subdesarrollo, educación precaria, hábitos desfavorables, contaminación, enfermedades infectocontagiosas, índices de morbilidad en medicina , higiene oral.

## Educación

En el resguardo indígena de cañaverales, se encuentra una escuela con una infraestructura en condiciones muy precarias: sin piso, techo roto, sin pupitres, sin tablero, sin biblioteca y sin otros enceres necesarios para una buena educación, cuenta con un profesor del mismo resguardo, con 20 estudiantes, solo se puede cursar hasta quinto de primaria, para que sus habitantes terminen sus grados escolares se deben desplazar hasta la blanquita, la cual está ubicada a 4 horas por camino de herradura, la jornada de estudio es en la mañana y se extiende hasta las 2 p.m. Hay muchos niños en edad escolar que no asisten a clase por la lejanía. Cuentan con un panel solar para dar luz a este sitio.

## Vivienda

Los tambos son las viviendas tradicionales de los Embera, consiste en una armazón de madera de planta circular o rectangular, construida sobre pilotes a una altura de 1.50 o 2.00 metros sobre el nivel del suelo, con techo cónico de hojas de palma o zinc. Se asciende por una escalera hecha en un tronco de madera al que se le han realizado muescas a manera de peldaños. No tiene paredes exteriores ni divisiones internas; el piso se hace de esterilla de palma, sobre una base de tierra se construye el fogón y a su alrededor se desarrollan todas las actividades cotidianas diurnas y nocturnas.



Son hábiles en la cestería, los tejidos en chaquiras; también en la pintura facial y corporal y en el fortalecimiento de su tradición oral. La base de la alimentación es el primitivo (murrapo), maíz, caña, pesca y caza. Algunos pobladores tienen 2 o 3 cabezas de ganado y un cultivo de alevinos tilapia roja.

## Actividades productivas

Por las condiciones climáticas, se presta para llevar a cabo en esta región importantes proyectos agropecuarios. Siendo la cría de cerdos su principal actividad, la siembra de maíz y plátano para el consumo y engorde de algunos animales y en los últimos renglones está la ganadería y la extracción de maderables, que, aunque es poco por los lejos que están quedando su explotación, todavía se saca en cedro rojo.

## Aspectos Sanitarios

No se realiza vacunación periódicamente por parte de funcionario de la E.S.E Hospital del municipio de Dabeiba, ya que el ingreso a la zona es muy difícil. Hay un micro puesto de salud en malas condiciones, con una nevera para guardar los biológicos de vacunación, esta se encuentra dañada y llena de cucarachas, no está prestando ningún servicio, tienen un pequeño panel solar para el funcionamiento de la misma que toca revisar y hacerle algún tipo de mantenimiento. El puesto de salud no cuenta con ningún personal capacitado en el área de la salud.

## COMUNIDAD DE BACHIDUBI



COMUNIDAD DE BACHIDUBI

Fuente. Programa Aéreo Social SSSA

La comunidad de Bachidubi se encuentra ubicada en el municipio de Murindó, resguardo indígena de Rio Murindó, en zona rural dispersa al noreste del municipio de Murindó, clima húmedo



tropical, topografía selvática, lugar de difícil acceso, mediante vía aérea desde el municipio de Murindó son 15 minutos en helicóptero o por vía fluvial desde el municipio de son aproximadamente 5 horas en bote o chalupa y 4 horas a pie o a lomo de mula, lo que implica un recorrido aproximado de 9 a 10 horas. La comunidad se encuentra dividida en tres sectores: parte alta, parte media y parte baja.

A pesar de que hay gran número de ellos que salen a la zona urbana después de 2 jornadas de camino la población adulta mayor y menor se abstienen por la dificultad del camino y por las minas antipersonas que se encuentran al redor de este lugar, por lo que hay una gran demanda cuando del Programa Aéreo Social hace presencia.

La población total de esta comunidad es de 358 habitantes, en sitio hay 178 y confluyen 180 personas.

Según el censo levantado por los integrantes del Cabildo, la comunidad la conforman 39 familias con 178 personas de las cuales 81 son hombres y 97 son mujeres, 39 son niños y niñas menores de cinco años, 72 son niños, niñas mayores de 6 años y adolescentes, 47 son adultos y 20 son adultos mayores.

## Gobernabilidad y Gobernanza

La comunidad está organizada de acuerdo a su jurisdicción especial indígena, se reconocen figuras como el Cabildo local conformado por una autoridad tradicional llamada Gobernador el señor Luis Ángel Domico Bailarín, elegido de manera democrática en asamblea general para un periodo de dos (2) años, el cabildo también cuenta con un suplente y un secretario, la vigilancia y control social de la comunidad y el territorio está a cargo de la guardia indígena.

## Condiciones habitacionales

Las viviendas, son construcciones precarias, en madera en forma de “tambo”, con techo de zinc, construida en un segundo nivel, elevado del piso aproximadamente a un metro, se accede a través de un tronco con muescas, las viviendas en su mayoría son de un solo ambiente, donde se desarrollan todas las actividades cotidianas.

No cuentan con camas, colchonetas, solo algunas cobijas que tienden en el piso para dormir. Cuentan con algunos elementos de menaje para la preparación de los alimentos.

## Tipología Familiar y relaciones intrafamiliares

La comunidad está conformada por 4 parentelas, varias familias han llegado hasta la comunidad provenientes de otras comunidades de los municipios de Frontino y Dabeiba, la conformación de





familia está basada en sus usos y costumbres, las mujeres y los hombres inician la conformación de hogar y tenencia de los hijos a temprana edad en el curso de vida de la adolescencia. No se evidenciaron ni expresaron situaciones de violencias, tampoco de ideación o conductas suicidas.

## Servicios públicos y medio ambiente

La comunidad no cuenta con energía eléctrica, tampoco plantas eléctricas, pero si tienen un panel solar, sin acueducto, sin agua potable, el agua utilizada para el consumo y uso humano proviene del río llamado “ají” en el cual realizan también las necesidades fisiológicas, no cuentan con alcantarillado o pozo séptico, hacen quema de basuras sin una disposición adecuada, generando riesgos ambientales.

## Educación

La comunidad cuenta con dos docentes y dos escuelas ubicadas en la comunidad parte media y parte baja, en deficientes condiciones de infraestructura y dotación, los niños, niñas y adolescentes, reciben solo básica primaria. Cuentan con el programa de alimentación escolar - PAE. Los niños y niñas menores de cinco años no reciben atención para la primera infancia. Los docentes requieren capacitación, actualización, recursos modernos e integración de mujeres indígenas en la docencia. Las mujeres pueden ser excelentes traductoras si se las coordina con tiempo y se les estimula y apoya socioeconómicamente.

Existen dos casetas que sirven como escuela. Existen niños desescolarizados por la lejanía de sus viviendas.

## Servicios de Salud y nutrición

Los habitantes de la comunidad están afiliados a la EPS- AIC (asociación indígena del Cauca), régimen subsidiado con UPC diferenciada, cuentan con promotor de salud que hace un recorrido por 15 comunidades en el municipio de Murindó, para atención hospitalaria se deben dirigir hasta la cabecera municipal. En la comunidad no tienen médico tradicional para su atención acuden al médico o “jaibona” de otra comunidad. Las enfermedades más frecuentes es la malaria, IRA y EDA. Con relación al acceso a los alimentos lo hacen a través de la práctica agrícola, la base de la alimentación es el plátano en variedades, maíz y arroz, también practican la caza, la pesca, y la cría de animales como cerdos y gallinas para el consumo y algunos para la venta para adquirir otros productos alimentarios.

Las observaciones más comunes dadas por el personal médico y social es la falta de preparación del equipo para atender demandas en la atención a planificación familiar. Esto evidencia una real preocupación por parte de las mujeres (también se da casos de un padre que llegó con sus dos muchachas y se fueron bajo la promesa de que en la próxima visita tendríamos atención para ellas).



## Estado nutricional según indicadores antropométricos

En el grupo de niños y niñas de 0 a 4 años 11 meses y 29 días de edad, se utilizarán los siguientes indicadores antropométricos a nivel individual: Peso para la Talla - P/T, Talla para la Edad - T/E y Peso para la edad – P/E para determinar la evolución del crecimiento y parte del desarrollo de los niños y niñas, tomando el peso para la talla como indicador trazador tanto para déficit como para exceso de peso.

En la población entre 5 a 17 años, se utilizarán los siguientes indicadores antropométricos a nivel individual: Talla para la Edad - T/E IMC para la edad – IMC/E para determinar el estado nutricional.

Para evaluar el estado nutricional de los niños y niñas, se debe analizar de forma conjunta los indicadores propuestos además de otros factores como son el estado de salud, los antecedentes de alimentación y los controles anteriores de peso y talla, por lo cual es fundamental el seguimiento periódico.

Las niñas y niños menores de 5 años identificados con desnutrición aguda severa mediante el indicador Peso para la Talla - P/T deben ser atendidos conforme a lo establecido en la ruta específica y el lineamiento para la atención integrada de la desnutrición aguda de acuerdo con la Resolución 5406 de 2015.

Se realizó valoración antropométrica a 26 niños y niñas con edades entre los cero meses y hasta los 4 años, 11 meses y 29 días. De acuerdo al indicador antropométrico peso para la talla se observó de manera alarmante que el 35% de los menores tienen presente riesgo o evidente malnutrición, siendo mayor la malnutrición por exceso identificada en 31% de los niños del presente grupo, condición que evidencia un alto consumo calórico y un deficiente aporte de micronutrientes que incluso se correlaciona con los signos físico tales como la piel reseca, cabello débil, apatía, lesiones en la piel e insuficiente crecimiento.

Si bien es cierto que solo se identificó 1 niño con desnutrición aguda severa, su condición presente amerito la activación de ruta y de manera urgente la niña fue trasladada a un centro de atención en la ciudad de Medellín donde fue hospitalizada.

En relación al indicador talla para la edad se observó que sólo el 12% (3) de los niños de este grupo presentaron un crecimiento favorable de acuerdo a la edad, el 88% de los niños restantes (23), presentaron riesgo o seria afectación en su talla lo cual evidencia la limitación prolongada de nutrientes, la falta de acceso a agua potable y saneamiento básico, presentes en casi la totalidad de los niños que tienen alterado dicho indicador.

## Recreación y deporte



La comunidad practica sus propios rituales y ceremonias acorde a sus usos y costumbres, no cuentan con ningún escenario deportivo, tienen un espacio improvisado para eventos deportivos como el fútbol, sin elementos adecuados. También tienen prácticas culturales artesanales, con materiales como chaquiras e hilos de nylon, con los cuales elaboran diferentes piezas decorativas como collares, manillas, aretes, para su uso y comercialización a baja escala. Esta comunidad también hace uso de la pintura facial y corporal para adornar su cuerpo y también cumple las funciones de protección espiritual, la pintura es sacada de la semilla del árbol de “jagua”. Los niños juegan en un terreno que simula una cancha donde también duermen las vacas. No hay espacios adecuados y la escuela tampoco tiene y, por lo tanto, no ofrece actividades lúdicas, de aprendizaje e intercambios.

## Oferta institucional

El cabildo y la comunidad manifiesta que solo cuenta con un programa de la Gerencia de Mana para la atención de algunos niños y niñas, no para la totalidad, además les toca caminar aproximadamente 5 horas para recibir el complemento alimentario, también cuentan con el programa de alimentación escolar – PAE para los niños, niñas y adolescentes matriculados en la escuela. Dicen que hay materiales para una escuela en la parte 1 del resguardo que está dividido después de una inundación, pero siguen haciendo comunidad entre ambos espacios geográficos.

## Observaciones Generales

Del dialogo intercultural realizado con las mujeres se puede concluir, que las actividades domésticas están a su cargo, como el cuidado, crianza y educación de los hijos, la preparación de los alimentos, pilar maíz y arroz para su consumo, la cría de animales domésticos, cargar el agua desde el rio para su consumo, también manifestaron que tienen pocas oportunidades de acceso a la educación las mujeres adultas no saben leer ni escribir en español ni en embera que es su idioma propio dado que no han realizado ningún grado de escolaridad, las mujeres más jóvenes han realizado estudios básicos de primaria, posteriormente conforman hogar y a muy temprana edad inician la maternidad, con un promedio de tres a cuatro hijos, expresan también que varias de ellas han sufrido las consecuencias del abandono de los maridos dejándolas a cargo de la crianza y sostenimiento económico de los hijos.

Las mujeres dicen que tienen pocas oportunidades de continuar estudios secundarios, técnicos y profesionales por la falta de recursos económicos, algunas afirman que les gustaría seguir estudiando para tener una mejor calidad de vida. Algunas manifestaron la necesidad de contar con apoyo económico para generar acciones de emprendimiento como proyectos productivos agropecuarios y/o artesanales y de esta manera mejorar la calidad de vida de sus familias y perder enviar a sus hijos a continuar estudios secundarios en la cabecera municipal. También consideran que se debe apoyar a las mujeres con capacitaciones para ejercer cargos de liderazgo dentro de la comunidad pues consideran que tienen muchas potencialidades. Dentro de las entrevistas





realizadas no se identificaron sucesos de ideación o conductas suicidas, tampoco de casos de violencias, sin embargo, este tema debe ser abordado ya que en un taller con jóvenes y en un conversar con expresaron que nunca se habla de esos temas que “medianamente conocen”, han oído y/o saben que a alguien le ha pasado y le llaman “el ahorcamiento”. En las próximas intervenciones cuando se haya generado una mayor confianza y se tenga traductor es importante generar estos espacios de manera lúdica.

## COMUNIDAD VALLE DE PERDIDAS



COMUNIDAD VALLE DE PERDIDAS  
Fuente. Programa Aéreo Social SSSA

Urrao está al sur occidente del Departamento en un valle enclavado en la cordillera occidental, sin embargo, administrativamente se le considera situado en el suroeste lejano. Está situado a 1.800 msnm, con una temperatura promedio de 23°C, a una distancia de Medellín de 157 Km. Se caracteriza por su riqueza cultural y étnica, y se destacan las comunidades indígenas Eyábida distribuidas a lo largo del territorio en tres resguardos principales: Majoré, Amburá-Andabú y Valle de Pérdidas, con sus respectivas comunidades.

Las comunidades indígenas de Urrao están ubicadas en tres resguardos: Valle de Perdidas, Majoré y Andabu, la población indígena pertenece al pueblo Embera Katio el 90% y el 10 % a Embera Chami de la población total. El Embera Chamí comparte el territorio y el gobierno con los Katio de la comunidad de Valle de Pérdidas, en la actualidad se encuentran 11 comunidades activas repartidas en los tres Resguardos, Valle de Perdidas cuenta con las siguientes comunidades: Caña Honda, Guavina, Manza, Retiro Penderisco, Caliche, Cruces, Remolino, Benancio, Sanguijuela y Guavina; el Resguardo de Majoré tiene 2 comunidades; Santa María-Majoré y Jacinto – Amburá y el Resguardo de Andabú, tiene 5 comunidades: Playón, Arenales, Andabú, Ocaidó Alto y Maní.

La comunidad Valle de Perdidas, del municipio de Urrao, es una comunidad indígena.



El medio de transporte que se utiliza para llegar a estas comunidades es a lomo de mula o a pie a dos días de camino en medio de grandes montañas y bosques, por camino de herradura en mal estado y algunas veces rodeado de fincas campesinas, por ser una zona de mucho bosque, hay presencia de grupos armados a su alrededor, que muchas veces deambulan en el territorio indígena.

Dada la ubicación de la comunidad indígena de valle de perdidas en área rural dispersa del municipio de Urrao, hace susceptible de la incursión en su territorio de grupos armados al margen de la ley, lo pone en riesgo la vida y la integridad de los indígenas. situaciones de confinamiento, reclutamiento forzado y violencias, además de minado del territorio agudizan las condiciones de vulnerabilidad de la población.

Hasta el momento no ha sido posible tener un censo poblacional de todo el resguardo, debido a que han sufrido diferentes desplazamientos internos que les ha imposibilitado consolidar datos puntuales de la población, sin embargo, durante esta vista se pudo hacer un ejercicio con los líderes, el cabildo y el docente para levantar un censo base de la población de la comunidad valle de perdida.

La población total de esta comunidad es de 1.335 habitantes, en sitio hay 27 familias con 135 y confluyen 1200 personas.

## Viviendas

Las viviendas, en la comunidad de Valle de Perdidas, son construcciones precarias, en madera en forma de “tambo”, con techo de zinc, construida en un segundo nivel, elevado del piso aproximadamente a un metro, se accede a través de un tronco con muescas, las viviendas en su mayoría son de un solo ambiente, donde se desarrollan todas las actividades cotidianas. No cuentan con camas, colchonetas, solo algunas cobijas que tienden en el piso para dormir. Cuentan con algunos elementos de menaje para la preparación de los alimentos.

La necesidad manifiesta de la comunidad en este aspecto es el mejoramiento de vivienda acorde a sus usos y costumbres y con proyectos de acceso a los servicios públicos básicos.

## Educación

Actualmente en el centro educativo valle de perdida tienen matriculados 25 niños y niñas en diferentes grados. De acuerdo al análisis y a la caracterización realizada, se evidencia la falta de algunas dotaciones para la escuela en relación a las silleterías, libros y materiales didácticos, tableros y la remodelación de la infraestructura en general. No se hacen procesos de capacitación y educación continua con los docentes.



Se observa la necesidad de que las mujeres aprendan el español básico para las comunicaciones cotidianas interculturales. Se requiere que las mujeres sean intérpretes y educadoras y por ende transformadoras y cuidadoras del medio ambiente.

La dificultad para el acceso a la educación secundaria, técnica y superior está generando abandono escolar por parte de los y las adolescentes y jóvenes, existe un alto porcentaje de deserción escolar, debido a que deben asumir roles de cuidadoras de sus hermanos menores y también por embarazos tempranos y falta de estímulos y oportunidades.

En diálogo intercultural con los y las adolescentes, se pudo evidenciar la falta de oportunidades en el tema de educación, recreación y deporte, es necesario articular acciones que permitan atender esta población con proyectos o programas que fortalezcan sus potencialidades, habilidades y destrezas, evitar el embarazo en adolescentes y el reclutamiento por grupos armados; garantizándoles una mejor calidad de vida.

## Agricultura

La economía de la comunidad de Valle de perdidias, anteriormente era de subsistencia soportada en la recolección, pesca y cacería, sin embargo, en los últimos años la agricultura ha tomado un papel importante dentro de su economía, siendo los productos más cultivados el maíz, el plátano y han ido implementado la cría de especies como aves y porcinos lo cual les ha permitido ampliar la base de su economía y su dieta alimentaria.

Acorde a lo anterior se identifica la necesidad de fortalecer la economía de las familias en proyectos productivos agrícolas, pecuarios y artesanales, que le den a la comunidad mayor autonomía alimentaria y generación de ingresos y evitar el riesgo de la producción de cultivos ilícitos.

### Participación Ciudadana

La organización social Emberá tiene como elemento base y estructurante a la familia o parentela; la cual se compone tradicionalmente de un padre, una madre y su respectiva descendencia. La autoridad es ejercida por el jefe de familia, el cual en la mayoría de los casos es representado por una persona mayor. La familia Emberá, es considerada la unidad social más importante ya que desde ella se toman las decisiones trascendentales de la comunidad y se resuelven los conflictos internos. Un aspecto importante dentro de la organización social Emberá es la existencia de la figura del "Jaibaná", el cual se configura como un sabio tradicional no hereditario que aprende los conocimientos de su labor por medio de maestros experimentados en la naturaleza, la salud, la subsistencia, la regulación de la vida y el poder mágico espiritual. El Jaibaná, mantiene relación y comunicación con los Jai (espíritus) para mantener el equilibrio de la naturaleza y la vida. Dentro de sus actividades en la sociedad Emberá se encuentra, la curación de enfermedades, la curación de la tierra, las zonas de cultivo y las viviendas, guiar espiritualmente a la comunidad y fungir como consejero, entre otros.





La comunidad la rige en su estructura sociopolítica y de control social, se reconocen figuras como el Cabildo local conformado por una autoridad tradicional llamada Gobernador, el cabildo también cuenta con un suplente y un secretario, la vigilancia y control social de la comunidad y el territorio está a cargo de la guardia indígena.

## Mujeres

En la comunidad de Valle de Pérdidas, se evidencia la falta de oportunidades para las niñas y las mujeres, encontrándose un número significativo de mujeres cabeza de hogar, a cargo del sostenimiento económico, educación y crianza de los hijos, situación que pone en riesgo la calidad de vida y proyectos de vida de las mujeres, quienes además, en su gran mayoría solo hablan la lengua propia nativa, en desigualdad con los hombres que son bilingües con el castellano, se reconoce en esta comunidad la desigualdad en la garantía de los derechos de las mujeres.

## Servicios Públicos

La comunidad no cuenta con energía eléctrica, tampoco plantas eléctricas, sin acueducto, sin agua potable, el agua utilizada para el consumo y uso humano proviene del río llamado “aji” en el cual realizan también las necesidades fisiológicas, no cuentan con alcantarillado o pozo séptico, hacen quema de basuras sin una disposición adecuada, generando riesgos ambientales.

## Seguridad Alimentaria

De acuerdo a la caracterización realizada durante la brigada en la comunidad de Valle de perdidas, se puede concluir que la mayoría de los menores de edad valorados presentaron un estado de riesgo de malnutrición, si se toma como indicador trazador el peso y talla para la edad, es importante resaltar que la dieta alimentaria no es balanceada ni variada, lo que hace que se presenten riesgos de malnutrición, el acceso a la oferta de los alimentos es deficiente.

## Productividad

La comunidad de valle de perdidas, presenta grandes dificultades para el acceso a la equidad en materia de recursos técnicos, humanos y financieros, que permitan incidir positivamente en el desarrollo de la comunidad.

Es necesario promover la diversificación de cultivos acorde a sus prácticas culturales, para garantizar su autonomía alimentaria y nutricional, fomentar el trueque como mecanismo propio de intercambio con otras comunidades. Instaurar procesos productivos y de circulación del dinero en las comunidades.



## COMUNIDAD DE TURRIQUITADO



COMUNIDAD DE TURRIQUITADO  
Fuente. Programa Aéreo Social SSSA

La Comunidad Indígena de Turriquitadó Llano se encuentra ubicada en jurisdicción del Municipio de Murindó en las riberas del río Turriquitadó. Es una región selvática a la cual se accede vía fluvial o aérea. Con un clima cálido húmedo, es hábitat de fauna y flora propias de zona de bosque húmedo.

A la comunidad se llega después de navegar 6 horas en lancha desde la cabecera municipal, y es por este medio que se abastecen de víveres y de los elementos que requieren.

Pertenece al Resguardo Chagueradó que comprende las comunidades de Turriquitadó Alto, Turriquitadó Llano, Turriquitadó Bajo, Chagueradó, Yarangué y Chibugadó en una extensión de 42.000 Kms. cuadrados.

Esta comunidad es nucleada, donde hay 30 viviendas y 250 habitantes, así mismo, confluyen 220 personas; viven en tambos de dos (2) o tres (3) familias, muchos de ellos en hacinamiento, la mayoría de los tambos necesitan mejoramiento.

### Contexto Social

En la comunidad visitada se encuentran asilados 165 personas que pertenecen a la comunidad de Turriquitadó Alto y que se desplazaron por causa del conflicto que vive la zona, en donde estructuras del ELN y de las AGC se vienen enfrentando por el control de la zona.

El frente de guerra occidental del ELN, al mando de Ogli Padilla, alias “Fabián” se ha venido enfrentando a la subestructura de las Autodefensas Gaitanistas de Colombia al mando de alias “Pastrana”. Este enfrentamiento ha causado el desplazamiento de varias comunidades en Alto y



Bajo Baudó y en las zonas del Atrato Medio en límites con el Departamento del Chocó. La situación ha generado angustia toda vez que en la comunidad receptora se han venido escaseando los alimentos y los cultivos están agotándose. Además, se presenta hacinamiento, por lo cual los líderes han decidido regresar aún sin condiciones de seguridad.

Existe alto contagio de malaria y las condiciones de atención son precarias. Se evidencia pobreza extrema y la comunidad carece de servicios públicos; si bien, se encuentran organizados, falta gestión por parte de los líderes para mejorar las condiciones de vida de los habitantes.

Preocupa que dentro del área del resguardo existen cultivos de coca pertenecientes a miembros de la comunidad. No hay control por parte del gobernador de la comunidad para evitar dicho fenómeno. Esta práctica alimenta la presencia y el accionar de los grupos armados generándose así una espiral de afectación a otras comunidades de la región.

Por el momento no existe decisión de terminar con esta práctica y ello podrá ocasionar nuevos fenómenos de desplazamiento, victimización y a la postre, muertes de algunos miembros de la misma comunidad.

## Hidrología, fuentes de abastecimiento y de contaminación

La comunidad la atraviesa el Río Turriquitado Llano. La población se abastece de las fuentes hidrológicas cercanas, pero no cuenta con agua potable ni alcantarillado. Por lo general, los habitantes hacen sus necesidades fisiológicas en aguas del río, volviendo las fuentes hídricas en fuentes de contaminación.

**Climatología.** Presenta un clima tropical.

## Fauna y flora

Existe presencia de fauna nociva, plagas, vectores, fuentes de contaminación. El resguardo cuenta con la presencia de animales domésticos, jaguares, culebras, guaguas, tatabras, venados, gurrees, entre otros.

## Educación

En el poblado existe una infraestructura para la escuela (C.E.R. Indigenista Turriquitado Llano) con código DANE 205475000316. Cuenta con un docente oficial que atiende a 24 estudiantes y un docente por cobertura que atiende a 22 estudiantes. Sólo cubren la básica primaria y los estudiantes que continúan secundaria lo deben hacer en jornada sabatina en los municipios de Murindó o Vigía del Fuerte. Las instalaciones están adecuadas, tienen buen material didáctico y de textos. El amoblamiento está deficiente y el restaurante escolar se presta de manera impuntual.





Existe una unidad de energía solar que no está siendo usada debido a que se dañó el transformador. Aún está todo el equipamiento, incluyendo las baterías. Se recomienda revisar y verificar si puede de nuevo volver a ser funcional. Los docentes refirieron tener varias necesidades, como falta de acceso a internet para sus estudiantes, dotación de libros ya que no cuentan con biblioteca, escritorios, sillas, impresoras y fotocopidora.

Si bien es cierto que trabajan con modelo educativo para pueblos indígenas que hace énfasis en la preservación de su dialecto, su cultura y su cosmovisión, hace falta un acompañamiento curricular que permita que la escuela pueda tener una visión con mayor enfoque de género. No se trata de romper con su tradición, pero sí con implementar de manera paulatina elementos que configuren la equidad de género desde una práctica de masculinidades no hegemónicas de manera que los roles domésticos puedan ser compartidos.

## Vivienda

Los tambos son las viviendas tradicionales de los Emberas, construida sobre pilotes a una altura de 1.50 o 2.00 metros sobre el nivel del suelo, el techo es de zinc y muchos de paja, son viviendas en mal estado, sobre una base de tierra se construye el fogón. Duermen en hacinamiento con sus mascotas.

## Cultura

Son hábiles en la cestería, los tejidos en chaquiras; también en la pintura facial y corporal y en el fortalecimiento de su tradición oral. La base de la alimentación es el primitivo (murrapo), maíz, yuca.

## Mujeres

Se presenta en la comunidad varias manifestaciones de violencia hacia las mujeres. Por ejemplo: embarazos a muy temprana edad, poca participación en los procesos de la comunidad, roles definidos y asumidos por la mujer (cocina, cuidado de los niños, poco acceso a la educación)

## Actividades productivas

Por las condiciones climáticas se propicia la siembra de maíz y plátano para como alimento para la misma población. Según los habitantes del resguardo, nunca han contado con proyectos productivos.

## Servicios públicos



100

La comunidad no cuenta con servicios de acueducto, alcantarillado ni energía eléctrica, pero si cuentan con un panel solar que está ubicado al lado de la escuela, actualmente no está en funcionamiento.

## Minería

Presencia de acciones ilegales de explotación minera. Sumado a esto está el uso del mercurio en los procesos de la minería. Esto está acabando también en los procesos ancestrales y artesanales de la explotación minera.

### COMUNIDAD DE SALADO



COMUNIDAD DE SALADO

Fuente. Programa Aéreo Social SSSA

La Comunidad Indígena de El Salado se encuentra ubicada en jurisdicción del Municipio de Vigía del Fuerte en las riberas del río Salado. Es una región selvática en la cual se accede vía fluvial o aérea. Con un clima cálido húmedo, es hábitat de fauna y flora propias de zona de bosque húmedo. A la comunidad de El Salado se llega después de navegar 3 hora en lancha desde la cabecera municipal, y es por este medio que se abastecen de víveres y de los elementos que requieren.

Mediante Resolución 022-26/03/1990 se asigna el territorio con una extensión de 6250 Hectáreas. Y posteriormente se aumentan 9894 Hectáreas. Mediante Resolución 026-22/08/2003, para un total de 16.144.



101

## Contexto Social

Comunidad indígena perteneciente a la familia Embera dóbiba (hombre de río). Su tiempo de asentamiento en el lugar es de 26 años, cuando tres familias provenientes de Buchadó (Corregimiento de Vigía del Fuerte) empezaron a conformar lo que hoy es el Resguardo Indígena El Salado. Actualmente cuenta con 225 habitantes distribuidos así: 0-11 años: 92; 12-28 años: 63; 29-59 años 45; 60 o más: 25, confluyen 45 personas, para una población total de 270 habitantes.

Conforman grupos familiares extensos y conservan el estilo patriarcal de autoridad. Las mujeres se dedican al cuidado de los hijos y a las labores domésticas y los hombres a la provisión de alimentación. Basan su dieta en productos cultivados por ellos mismos, principalmente plátano y practican la caza y pesca.

La autoridad civil la ejerce el Gobernador Jorge Duave, quien es elegido cada año y el cuidado del territorio está a cargo de la Guardia Indígena la cual dirige también los conflictos que se presentan.

Mantienen vivas sus tradiciones culturales y tratan de que su cosmovisión no se vea afectada por costumbres traídas de afuera. Su relación con los espíritus del río y de la selva los han llevado a conformar y a cohesionar la comunidad en torno a la conservación de las tradiciones; de tal manera que la figura del Jaibaná se convierte en eje central para el ceremonial de pedir permiso a los espíritus buenos y vencer a los espíritus malos.

A pesar del peso ancestral que tiene la figura del Jaibaná, se evidencia una falta de formación en las nuevas generaciones para preservar los valores culturales y carecen de espacios para la conservación de las tradiciones; así, los usos culturales se han venido mezclando con propuestas foráneas que a veces no son bien elaboradas para llevar a cabo una inculturación que favorezca la preservación de su acervo cultural.

La figura de la Guardia Indígena es indispensable para mantener su territorio sin injerencia de actores armados a los cuales se le reclama la autonomía de los pueblos indígenas, su decisión de no hacer parte de conflictos armados y de preservar su territorio libre de economías ilegales; además de establecer los controles de convivencia dentro de la comunidad.

## Hidrología, fuentes de abastecimiento y de contaminación

La comunidad la atraviesa el Río Salado. La población se abastece de las fuentes hidrológicas cercanas, pero no cuenta con agua potable ni alcantarillado. Por lo general, los habitantes hacen sus necesidades fisiológicas en el río volviendo las fuentes hídricas en fuentes de contaminación.

**Climatología.** Presenta un clima tropical.





## Fauna y flora

Existe presencia de fauna nociva, plagas, vectores, fuentes de contaminación. El resguardo cuenta con la presencia de animales domésticos, cazan animales silvestres como: guaguas, tatabros, venados, gurre, entre otros.

## Educación

En el poblado existe una infraestructura para la escuela (C.E.R. Indigenista El Salado) con código DANE 205873000393. Cuenta con tres docentes, uno de los cuales se contrata por cobertura a través de la OIA (Organización Indígena de Antioquia).

Hay 78 estudiantes en primaria y 7 en secundaria, estos últimos se desplazan a Vigía de Fuerte cada semana.

La comunidad no cuenta con escuela, el espacio que tenían para educación se deterioró por completo, se está utilizando unos espacios asignados para casas comunitarias construidas por un programa de recursos internacionales.

Los educadores refirieron tener varias necesidades como el apoyo con otro educador, acceso a internet para sus estudiantes, dotación de libros ya que no cuentan con biblioteca, escritorios, impresoras, fotocopidora entre otros.

Existe una unidad de energía solar que no está siendo usada debido a que se dañó el transformador. Aún está todo el equipamiento, incluyendo las baterías. Se recomienda revisar y verificar si puede de nuevo volver a ser funcional.

Para que los estudiantes terminen sus programas escolares deben desplazarse hasta la comunidad de Bachidubi Ubicada a una hora en bote o trasladarse hasta el municipio de Vigía del Fuerte a 4 horas de distancia.

Si bien es cierto que trabajan con modelo educativo para pueblos indígenas que hace énfasis en la preservación de su dialecto, su cultura y su cosmovisión, hace falta un acompañamiento curricular que permita que la escuela pueda tener una visión con mayor enfoque género. No se trata de romper con su tradición, pero sí con implementar de manera paulatina elementos que configuren la equidad de género desde una práctica de masculinidades no hegemónicas de manera que los roles domésticos puedan ser compartidos.

La mayoría de sus habitantes hablan y entienden español.

## Vivienda



Los tambos son las viviendas tradicionales de los Embera, construida sobre pilotes a una altura de 1.50 o 2.00 metros sobre el nivel del suelo, el techo es de zinc y muchos de paja, son viviendas en mal estado, sobre una base de tierra se construye el fogón, aunque muchas viviendas ya están utilizando fogones a gas. A pesar de tener vías peatonales pavimentadas no cuentan con mejoramiento de vivienda.

Servicios públicos

La comunidad no cuenta con servicios de acueducto, alcantarillado, pero si con energía eléctrica, a través de una empresa de energía fueron instalados 32 paneles solares para 40 viviendas, quedando pendiente solo 8 de ellas.

## Cultura

Son hábiles en la cestería, los tejidos en chaquiras; también en la pintura facial y corporal y en el fortalecimiento de su tradición oral, existen 4 médicos tradicionales una mujer y 3 hombres. La base de la alimentación es el primitivo (murrapo), maíz, yuca.

## Actividades productivas

Por las condiciones climáticas, se presta para llevar a cabo en esta región importantes proyectos agropecuarios. Siendo la cría de cerdos su actividad principal, la siembra de maíz y plátano para el engorde de los mismos.

Según los habitantes del resguardo nunca han contado con planes productivos, excepto que en alguna ocasión emprendieron un proyecto de gallinas ponedoras el cual no funcionó porque a las pollitas donadas les cortan el pico y no pueden alimentarse con otro producto (maíz) que no sea el cuido que solo lo entregan por dos meses y como consecuencia se mueren.

## 1.2. Contexto demográfico

Es necesario considerar las características demográficas de la población en las distintas zonas del Departamento como factor importante en el diseño e implementación de las políticas de todo orden. El número de niños y jóvenes, así como de adultos y ancianos, hombres y mujeres y demás indicadores en la población, determinan la demanda esperada en los servicios de salud y, como consecuencia, la influencia en la necesidad de recursos. Es decir, esta caracterización ayuda a determinar la inversión que un país, departamento o municipio debe realizar en el sistema de salud.

En este contexto se describirán los aspectos demográficos claves, que permiten la caracterización de la población antioqueña, con el propósito de implementar una adecuada planeación en salud.



## 1.2.1. Tamaño poblacional

### 1.2.1.1. Población total

El departamento de Antioquia para el año 2022 tiene una población estimada de 6´887.306 habitantes, que comparado con el año 2015 ha representado diferencia porcentual de 10,9 para ese entonces correspondía a 6´134.953 personas. Para el año 2022 dicha población está representada en un 52% por mujeres (3´557.129) y en un 48% por los hombres (3´330.177) cuya relación corresponde a 94 hombres por cada 100 mujeres, para el año 2015 fue de 93 hombres por cada 100 mujeres.

Por subregiones los datos poblacionales varían ampliamente registrando para el Valle de Aburrá la mayor concentración de población con alrededor del 61%, seguido por las subregiones de Oriente, Urabá y Suroeste lo cual se explica por la dinámica económica de cada subregión. El predominio de empresas textiles, floricultura y servicios en el Valle de Aburrá y el Oriente antioqueño, así como la agroindustria, la agricultura y la ganadería en las subregiones de Urabá y Suroeste; resultan atractivos, tanto para los habitantes del territorio como para personas de otras ciudades del país en la búsqueda de oportunidades laborales, educativas y sociales. Caso contrario sucede en las subregiones del Bajo Cauca, Norte, Occidente, Nordeste, y Magdalena Medio donde es menor la concentración poblacional pero la razón hombre/mujer es superior a 100. Aspecto que se traduce en el hecho de que en estas zonas algunas tareas como la minera son las dominantes y son ejercidas preferencialmente por mano de obra masculina.

Se calcula que para el 2022, el 72% de los municipios presentan como 30.000 habitantes, solo 3 municipios tienen una población mayor a 250.000 habitantes, lo que reafirma alta concentración de habitantes en pocos municipios.

Tabla 6. Distribución de la población total y relación hombre/mujer por subregiones. Antioquia 2022

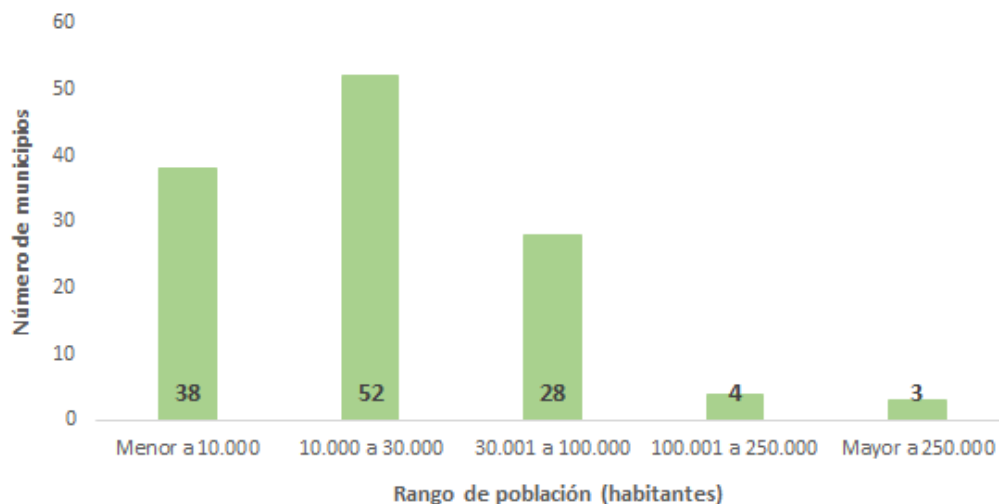
SUBREGION	Total	%	Relación Hombre/Mujer
MAGDALENA MEDIO	110.358	1,6	1,04
BAJO CAUCA	268.848	3,9	0,99
URABA	542.171	7,9	0,96
NORDESTE	208.590	3,0	1,02
OCCIDENTE	219.073	3,2	1,03
NORTE	256.188	3,7	1,03
ORIENTE	717.384	10,4	0,98
SUROESTE	382.087	5,5	1,01
VALLE DE ABURRA	4.182.607	60,7	0,90
<b>TOTAL DEPARTAMENTO</b>	<b>6.887.306</b>	<b>100</b>	<b>0,94</b>

Fuente: DANE - Proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018





Figura 12. Distribución de los 125 municipios del departamento de Antioquia por rangos de población



Fuente: Construcción propia a partir de datos DANE, 2022

### 1.2.1.2. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

El reconocimiento de la densidad poblacional con relación a la extensión del territorio, permite prever en el Departamento, dentro de la combinación del análisis demográfico y de salud; quienes, y donde se concentra la carga de la enfermedad, así como otros impactos sociales y de salud.

Para el Departamento se estiman 108 personas por cada kilómetro cuadrado de extensión, comportamiento similar al de departamentos cercanos como Caldas, Santander, Córdoba, Sucre y Bolívar, quienes registran entre 61.21 y 123.77 habitantes por Km<sup>2</sup>. La densidad poblacional en conjunto con el nivel de urbanización, implica retos de mejoramiento continuo en calidad de vida y de los entornos, donde se concentra la población. La subregión del Valle de Aburrá es la que presenta la mayor densidad poblacional, con 3.612 habitantes por Km<sup>2</sup>.

De los municipios que conforman el Valle de Aburrá, sobresalen, Itagüí (17.594 Hab/km<sup>2</sup>) como el municipio más densamente poblado del país, seguido en la misma subregión por Medellín (6.750 Hab/km<sup>2</sup>). En los municipios del Valle de Aburrá, los niveles de urbanización se encuentran en su mayoría por encima de 90%, acorde con el desarrollo de la industria en dicha zona. La menor densidad en esta subregión se encuentra en Barbosa (269Hab/Km<sup>2</sup>).

En cuanto a la subregión de Oriente, los municipios más densamente poblados en su orden son Guarne (789 Hab/km<sup>2</sup>), Rionegro (745 Hab/km<sup>2</sup>) y Marinilla (526 Hab/km<sup>2</sup>), con proporciones de urbanismo menor a 80%, índice acorde a la mano de obra necesaria para las labores del campo en dichos territorios. Las densidades más bajas de esta subregión fueron en los municipios de San

<sup>2</sup> DANE, Geo visor indicadores regionales, Colombia 2018

Francisco (17 Hab/km<sup>2</sup>) y San Carlos (23 Hab/km<sup>2</sup>), respectivamente a expensas de la ruralidad.

En la subregión de Urabá, los municipios de Apartadó y Carepa son los más densos con 217 y 137 hab/km<sup>2</sup> respectivamente. Lo anterior es explicado en parte, por la ubicación de las agroindustrias bananeras asentadas en dichos municipios, lo que motiva a pobladores del resto de la subregión a desplazarse a éstos, en búsqueda de oportunidades laborales.

En la subregión del Suroeste, los municipios más poblados son Amagá (380 Hab/km<sup>2</sup>) afín a la explotación minera, La Pintada (159 Hab/km<sup>2</sup>) y Santa Bárbara (149 Hab/km<sup>2</sup>) respectivamente.

En la subregión del Nordeste, el municipio más densamente poblado es Cisneros con 218 Hab/km<sup>2</sup> y el menos poblado es Anorí con 14 Hab/km<sup>2</sup>.

En la subregión del Magdalena Medio, el municipio más densamente poblado es Puerto Triunfo, con 54 Hab/km<sup>2</sup>. Esta situación no solo se explica en parte por su industria minera y agrícola, sino también por ser un eje de desarrollo turístico. El municipio con menor densidad poblacional es Yondó con 11 Hab/km<sup>2</sup>.

En la subregión del Bajo Cauca el municipio más densamente poblado es Caucasia con 93 Hab/km<sup>2</sup>, lo cual se explica, por la concentración de la industria y las oportunidades laborales consecuentes a la misma. El municipio con menor densidad poblacional es Cáceres con 16 Hab/km<sup>2</sup>.

Tabla 7. Población por subregión y municipio, según área de residencia y densidad poblacional. Antioquia, 2022

Subregion	NombreMunicipio	Población 2022				Nivel de		Densidad poblacional	Extensión
		Total	Cabecera	%	Resto	%	Urbanización		
BAJO CAUCA	Cáceres	31.309	7.064	22,56	24.245	77,44	22,56	16	1996
	Caucasia	98.423	87.807	89,21	10.616	10,79	89,21	93	1058
	El Bagre	55.525	36.941	66,53	18.584	33,47	66,53	28	1951
	Nechí	28.213	15.433	54,70	12.780	45,30	54,70	31	925
	Tarazá	28.868	14.687	50,88	14.181	49,12	50,88	18	1578
	Zaragoza	26.510	13.015	49,09	13.495	50,91	49,09	25	1077
<b>Total BAJO CAUCA</b>		<b>268.848</b>	<b>174.947</b>	<b>65,07</b>	<b>93.901</b>	<b>34,93</b>	<b>65,07</b>	<b>31</b>	<b>8585</b>
MAGDALENA MEDIO	Caracolí	4.673	2.960	63,34	1.713	36,66	63,34	18	263
	Maceo	8.505	3.540	41,62	4.965	58,38	41,62	20	436
	Puerto Berrio	41.983	36.391	86,68	5.592	13,32	86,68	35	1198
	Puerto Nare	14.890	5.314	35,69	9.576	64,31	35,69	22	668
	Puerto Triunfo	19.566	3.969	20,29	15.597	79,71	20,29	54	365
	Yondó	20.741	11.339	54,67	9.402	45,33	54,67	11	1903
<b>Total MAGDALENA MEDIO</b>		<b>110.358</b>	<b>63.513</b>	<b>57,55</b>	<b>46.845</b>	<b>42,45</b>	<b>57,55</b>	<b>23</b>	<b>4833</b>

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

Subregion	NombreMunicipio	Población 2022				Nivel de		Densidad poblacional	Extensión
		Total	Cabecera	%	Resto	%	Urbanización		
NORDESTE	Amalfi	27.921	16.614	59,50	11.307	40,50	59,50	23	1224
	Anorí	19.704	9.090	46,13	10.614	53,87	46,13	14	1447
	Cisneros	10.246	9.082	88,64	1.164	11,36	88,64	218	47
	Remedios	30.559	13.836	45,28	16.723	54,72	45,28	15	2008
	San Roque	22.271	7.794	35,00	14.477	65,00	35,00	50	446
	Santo Domingo	12.708	3.350	26,36	9.358	73,64	26,36	46	274
	Segovia	40.607	33.726	83,05	6.881	16,95	83,05	33	1246
	Vegachi	12.414	8.996	72,47	3.418	27,53	72,47	24	518
	Yalí	7.921	4.020	50,75	3.901	49,25	50,75	16	483
	Yolombó	24.239	8.077	33,32	16.162	66,68	33,32	25	952
<b>Total NORDESTE</b>		<b>208.590</b>	<b>114.585</b>	<b>54,93</b>	<b>94.005</b>	<b>45,07</b>	<b>54,93</b>	<b>24</b>	<b>8645</b>
NORTE	Angostura	11.896	3.145	26,44	8.751	73,56	26,44	30	392
	Belmira	6.307	1.944	30,82	4.363	69,18	30,82	23	279
	Briceño	8.373	3.095	36,96	5.278	63,04	36,96	21	406
	Campamento	9.531	3.034	31,83	6.497	68,17	31,83	46	206
	Carolina	4.096	3.164	77,25	932	22,75	77,25	24	168
	Dormatías	20.328	13.704	67,41	6.624	32,59	67,41	111	183
	Entreríos	12.096	6.594	54,51	5.502	45,49	54,51	54	222
	Gómez Plata	10.230	5.701	55,73	4.529	44,27	55,73	28	364
	Guadalupe	6.873	2.632	38,29	4.241	61,71	38,29	78	88
	Ituango	28.656	8.618	30,07	20.038	69,93	30,07	12	2375
	San Andrés de Cuerquia	7.508	3.329	44,34	4.179	55,66	44,34	42	179
	San José de La Montaña	3.882	2.577	66,38	1.305	33,62	66,38	22	173
	San Pedro	23.603	13.858	58,71	9.745	41,29	58,71	102	232
	Santa Rosa de Osos	39.058	23.024	58,95	16.034	41,05	58,95	48	822
	Toledo	5.200	1.983	38,13	3.217	61,87	38,13	37	141
Valdivia	14.542	4.496	30,92	10.046	69,08	30,92	26	553	
Yarumal	44.009	32.330	73,46	11.679	26,54	73,46	60	733	
<b>Total NORTE</b>		<b>256.188</b>	<b>133.228</b>	<b>52,00</b>	<b>122.960</b>	<b>48,00</b>	<b>52,00</b>	<b>34</b>	<b>7516</b>
OCCIDENTE	Abriaquí	2.820	959	34,01	1.861	65,99	34,01	10	293
	Anzá	7.393	1.638	22,16	5.755	77,84	22,16	29	256
	Armenia	5.232	1.980	37,84	3.252	62,16	37,84	47	111
	Buriticá	9.934	2.774	27,92	7.160	72,08	27,92	27	368
	Caicedo	8.802	2.124	24,13	6.678	75,87	24,13	39	224
	Cañasgordas	16.037	5.906	36,83	10.131	63,17	36,83	40	396
	Dabeiba	24.242	10.316	42,55	13.926	57,45	42,55	22	1095
	Ebéjico	12.512	2.838	22,68	9.674	77,32	22,68	53	238
	Frontino	21.346	9.843	46,11	11.503	53,89	46,11	17	1278
	Giraldo	5.929	2.446	41,25	3.483	58,75	41,25	61	97
	Heliconia	5.563	2.626	47,20	2.937	52,80	47,20	47	118
	Liborina	10.405	2.774	26,66	7.631	73,34	26,66	47	220
	Olaya	3.274	371	11,33	2.903	88,67	11,33	36	91
	Peque	8.543	2.839	33,23	5.704	66,77	33,23	22	397
	Sabanalarga	9.567	3.556	37,17	6.011	62,83	37,17	36	268
	San Jerónimo	16.520	7.851	47,52	8.669	52,48	47,52	105	157
	Santa Fe de Antioquia	27.844	18.559	66,65	9.285	33,35	66,65	56	499
	Sopetrán	15.996	7.509	46,94	8.487	53,06	46,94	71	226
Uramita	7.114	2.484	34,92	4.630	65,08	34,92	30	239	
<b>Total OCCIDENTE</b>		<b>219.073</b>	<b>89.393</b>	<b>40,81</b>	<b>129.680</b>	<b>59,19</b>	<b>40,81</b>	<b>33</b>	<b>6571</b>



# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

Subregion	NombreMunicipio	Población 2022				Nivel de		Densidad poblacional	Extensión
		Total	Cabecera	%	Resto	%	Urbanización		
ORIENTE	Abejorral	20.920	8.721	41,69	12.199	58,31	41,69	42	497
	Alejandro	4.845	2.814	58,08	2.031	41,92	58,08	32	151
	Argelia	7.780	3.838	49,33	3.942	50,67	49,33	30	257
	Cocotá	15.296	7.275	47,56	8.021	52,44	47,56	69	221
	Concepción	4.906	2.226	45,37	2.680	54,63	45,37	29	169
	El Carmen de Viboral	64.546	39.525	61,24	25.021	38,76	61,24	142	453
	El Santuario	37.747	27.814	73,69	9.933	26,31	73,69	260	145
	Granada	10.069	5.772	57,32	4.297	42,68	57,32	38	266
	Guarne	59.985	22.122	36,88	37.863	63,12	36,88	789	76
	Guatapé	8.981	6.096	67,88	2.885	32,12	67,88	49	185
	La Ceja	70.470	61.901	87,84	8.569	12,16	87,84	461	153
	La Unión	23.094	14.697	63,64	8.397	36,36	63,64	330	70
	Marinilla	70.024	50.675	72,37	19.349	27,63	72,37	526	133
	Nariño	10.257	3.604	35,14	6.653	64,86	35,14	51	200
	Peñol	22.448	12.678	56,48	9.770	43,52	56,48	194	116
	Retiro	25.534	14.506	56,81	11.028	43,19	56,81	81	317
	Rionegro	147.484	95.502	64,75	51.982	35,25	64,75	745	198
	San Carlos	16.304	7.897	48,44	8.407	51,56	48,44	23	719
	San Francisco	6.074	2.904	47,81	3.170	52,19	47,81	17	368
	San Luis	13.532	8.410	62,15	5.122	37,85	62,15	30	458
San Rafael	16.151	8.631	53,44	7.520	46,56	53,44	44	366	
San Vicente	23.170	6.909	29,82	16.261	70,18	29,82	94	246	
Sonson	37.767	19.199	50,84	18.568	49,16	50,84	28	1339	
<b>Total ORIENTE</b>		<b>717.384</b>	<b>433.716</b>	<b>60,46</b>	<b>283.668</b>	<b>39,54</b>	<b>60,46</b>	<b>101</b>	<b>7103</b>
SUROESTE	Amagá	32.259	16.452	51,00	15.807	49,00	51,00	380	85
	Andes	45.577	23.160	50,82	22.417	49,18	50,82	102	449
	Angelópolis	6.023	2.563	42,55	3.460	57,45	42,55	69	87
	Betania	10.605	4.113	38,78	6.492	61,22	38,78	62	170
	Betulia	16.392	5.181	31,61	11.211	68,39	31,61	64	255
	Caramanta	4.793	2.385	49,76	2.408	50,24	49,76	55	87
	Ciudad Bolívar	27.134	17.250	63,57	9.884	36,43	63,57	95	285
	Concordia	22.364	8.539	38,18	13.825	61,82	38,18	96	234
	Fredonia	25.526	9.287	36,38	16.239	63,62	36,38	102	250
	Hispania	5.765	3.837	66,56	1.928	33,44	66,56	98	59
	Jardín	15.293	8.613	56,32	6.680	43,68	56,32	67	227
	Jericó	14.133	8.448	59,77	5.685	40,23	59,77	72	195
	La Pintada	8.726	7.889	90,41	837	9,59	90,41	159	55
	Montebello	6.848	2.254	32,91	4.594	67,09	32,91	82	84
	Pueblorrico	9.007	4.995	55,46	4.012	44,54	55,46	105	86
	Salgar	18.831	7.805	41,45	11.026	58,55	41,45	45	423
	Santa Bárbara	28.034	13.858	49,43	14.176	50,57	49,43	149	188
	Támesis	16.706	8.203	49,10	8.503	50,90	49,10	68	246
	Tarso	6.425	3.734	58,12	2.691	41,88	58,12	54	120
	Titiribi	11.053	5.354	48,44	5.699	51,56	48,44	77	144
Urao	31.839	18.080	56,79	13.759	43,21	56,79	12	2585	
Valparaiso	6.674	4.025	60,31	2.649	39,69	60,31	51	132	
Venecia	12.080	5.808	48,08	6.272	51,92	48,08	84	143	
<b>Total SUROESTE</b>		<b>382.087</b>	<b>191.833</b>	<b>50,21</b>	<b>190.254</b>	<b>49,79</b>	<b>50,21</b>	<b>58</b>	<b>6589</b>

Subregion	NombreMunicipio	Población 2022				Nivel de		Densidad poblacional	
		Total	Cabecera	%	Resto	%	Urbanización		
URABA	Apartadó	131.754	111.579	84,69	20.175	15,31	84,69	217	607
	Arboletes	31.462	11.690	37,16	19.772	62,84	37,16	44	718
	Carepa	52.749	38.954	73,85	13.795	26,15	73,85	137	384
	Chigorodó	61.714	52.594	85,22	9.120	14,78	85,22	100	615
	Murindó	5.398	2.072	38,38	3.326	61,62	38,38	4	1365
	Mutata	14.838	6.101	41,12	8.737	58,88	41,12	13	1119
	Necocli	45.503	13.709	30,13	31.794	69,87	30,13	33	1377
	San Juan de Urabá	21.608	7.978	36,92	13.630	63,08	36,92	90	241
	San Pedro de Uraba	33.150	15.098	45,54	18.052	54,46	45,54	69	482
	Turbo	134.278	57.656	42,94	76.622	57,06	42,94	43	3090
	Vigia del Fuerte	9.717	3.674	37,81	6.043	62,19	37,81	5	1801
<b>Total URABA</b>		<b>542.171</b>	<b>321.105</b>	<b>59,23</b>	<b>221.066</b>	<b>40,77</b>	<b>59,23</b>	<b>46</b>	<b>11799</b>
VALLE DE ABURRA	Barbosa	56.053	26.064	46,50	29.989	53,50	46,50	269	208
	Bello	569.488	553.990	97,28	15.498	2,72	97,28	3771	151
	Caldas	86.042	70.252	81,65	15.790	18,35	81,65	566	152
	Copacabana	84.389	69.766	82,67	14.623	17,33	82,67	1189	71
	Envigado	249.800	241.863	96,82	7.937	3,18	96,82	4898	51
	Girardota	56.148	33.004	58,78	23.144	41,22	58,78	791	71
	Itagui	299.098	274.987	91,94	24.111	8,06	91,94	17594	17
	La Estrella	77.888	68.098	87,43	9.790	12,57	87,43	2225	35
	Medellin	2.612.958	2.570.327	98,37	42.631	1,63	98,37	6752	387
	Sabaneta	90.743	80.340	88,54	10.403	11,46	88,54	6050	15
<b>Total VALLE DE ABURRA</b>		<b>4.182.607</b>	<b>3.988.691</b>	<b>95,36</b>	<b>193.916</b>	<b>4,64</b>	<b>95,36</b>	<b>3612</b>	<b>1158</b>
<b>Total general</b>		<b>6.887.306</b>	<b>5.511.011</b>	<b>80,02</b>	<b>1.376.295</b>	<b>19,98</b>	<b>80,02</b>	<b>108</b>	<b>63612</b>

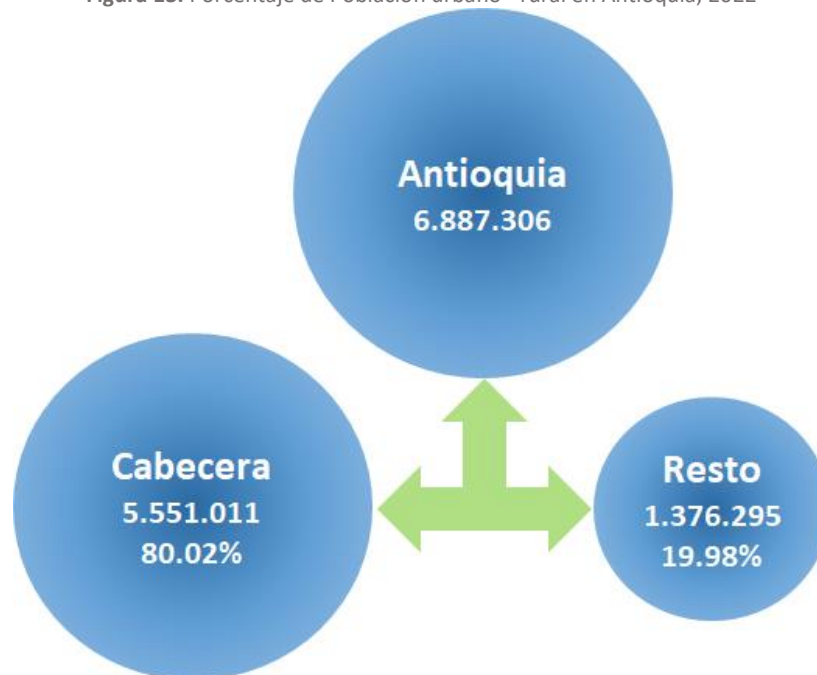
Fuente: Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia - Dirección Sistemas de Indicadores, Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.

Nota: El área urbana (cabecera) está delimitada por los Planes de Ordenamiento Territorial (POT) del respectivo municipio e incluye áreas urbanas de los corregimientos. En algunos municipios la densidad poblacional es alta por falta de actualización catastral. Léase el nivel de urbanización como el porcentaje de población que reside en áreas urbanas respecto a la población total.

### 1.2.1.3. Población por área de residencia urbano/rural

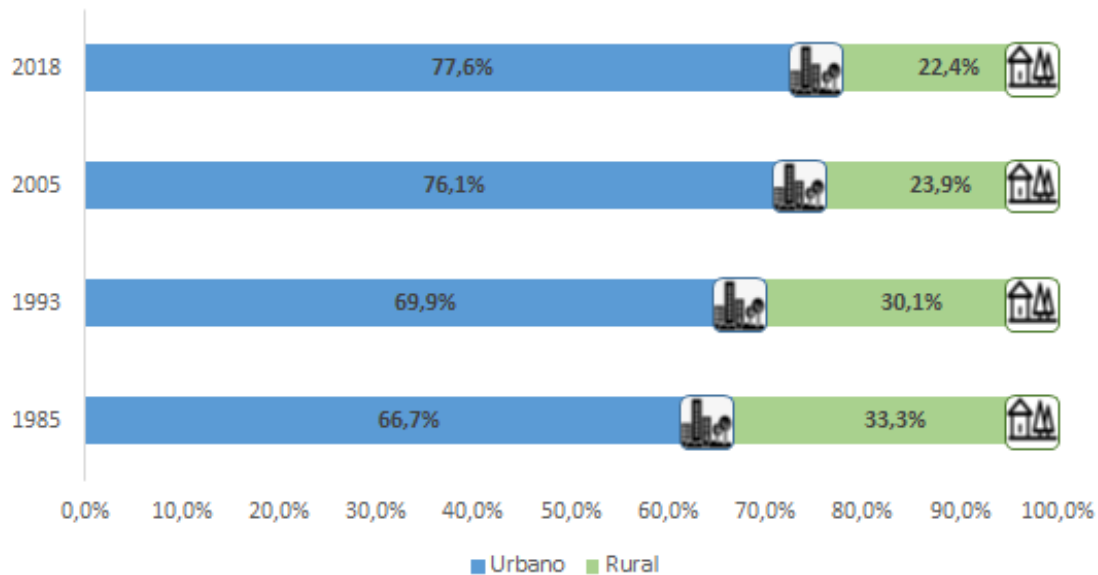
De acuerdo con el último registro censal (2018) un 77,6% de la población habitaba las áreas urbanas del Departamento. Para el año 2022 se proyecta un aumento de aproximadamente 2 puntos porcentuales alcanzando el 79,7%. Se espera que continúe creciendo como ha sucedido en los últimos 35 años. Lo anterior puede explicarse por la concentración de servicios en esta zona: educación, salud especializada, empleo. Por otra parte, la violencia y el desplazamiento forzado de las zonas rurales a las cabeceras municipales, han generado una menor población en la ruralidad; lo que insta a la generación de políticas públicas encaminadas al fortalecimiento del campo en temas como: el agroturismo, la implementación de tecnologías, educación, salud y seguridad en los territorios.

Figura 13. Porcentaje de Población urbano - rural en Antioquia, 2022



Fuente: Construcción propia a partir de datos DANE, 2022

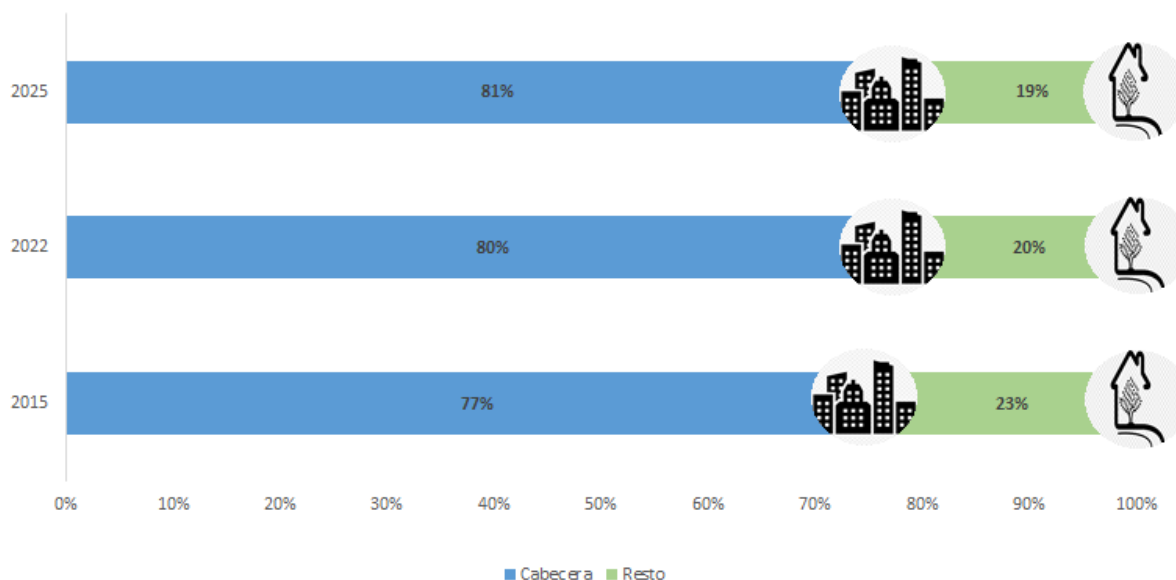
Figura 14. Porcentaje de población censal urbano - rural en Antioquia, censos 1985, 1993, 2005 y 2018



Fuente: Revista Antioquia en Datos. Planeación Departamental 2018



Figura 15. Porcentaje de Población proyectada urbano - rural en Antioquia 2015, 2022 y 2025



Fuente: DANE

## 1.2.1.4. Número y condiciones de viviendas y hogares

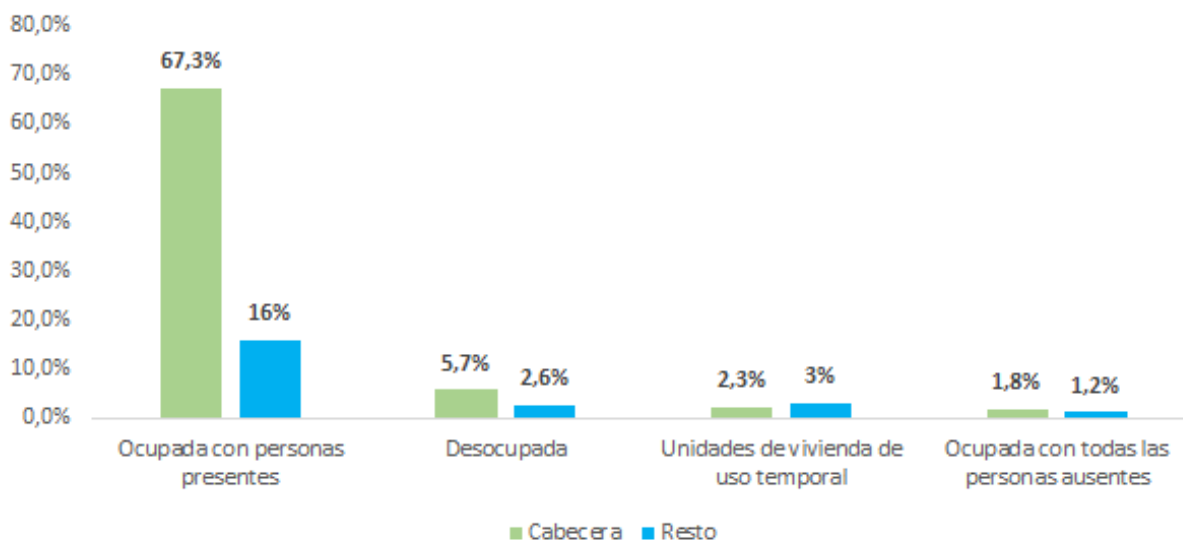
### 1.2.1.4.1. Viviendas

Las viviendas son esos espacios físicos acondicionados para que habiten las personas. Según la publicación Antioquia en datos, que detalla información del censo de 2018, existen 2'322.286 viviendas en el Departamento. La densidad residencial corresponde a 30,8 viviendas por kilómetro cuadrado, donde el 77,5% están ubicadas geográficamente en zona urbana y el 22,5% en la rural.

De este total, el censo indicó que el 83,3% se encontraban ocupadas, el 8,3% estaban desocupadas, el 5,4% tenían ocupación temporal y el 3,1% eran habitadas con personas ausentes al momento del registro.

Según la Encuesta de Calidad de Vida 2019, la tenencia de la vivienda propia totalmente pagada correspondió al 43,5%, propia y la están pagando el 4,4%, en arriendo o subarriendo el 39,7%, con permiso del propietario, sin pago alguno (usufructuario) el 10,4%, con posesión sin título (ocupante de hecho) el 0,9% y propiedad colectiva el 1.1%.

Figura 16. Condición de ocupación de la vivienda, según ubicación geográfica en Antioquia, 2018



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Censo 2018

Según la Ley 142 de 1994, los inmuebles residenciales, se clasifican por estratos económicos en atención al régimen de los servicios públicos domiciliarios. Es una clasificación que se realiza principalmente para cobrar de manera diferencial los servicios públicos domiciliarios, permitiendo asignar subsidios y cobrar contribuciones en esta área. De esta manera, quienes tienen más capacidad económica pagan más por los servicios públicos y contribuyen para que los estratos bajos puedan pagar sus facturas. En este orden de ideas, la estratificación está relacionada con la ubicación de los inmuebles residenciales y no con la población. La clasificación del inmueble o vivienda, se mide con la conexión a energía y según el maestro de facturación del censo 2018 en Antioquia existen 2'192.556 conexiones residenciales de los 2'322.286 viviendas reportadas anteriormente, es decir el 94,4%, el resto 5,6% no cuenta con reporte de conexión.

Los inmuebles con conexión clasificados en estrato uno (1) son el 23,7% de las viviendas (el maestro de facturación reporta 22,3% facturables para este estrato), en estrato dos (2) están el 37,1% con energía eléctrica y el maestro de facturación reporta el 36,9%, en estrato 3 el 26,3% con facturación en el mismo rango, en estrato 4 el 6,9%, en estrato 5 y 6 el 4,2% y 1,9% respectivamente, con maestros de facturación similares.

### 1.2.1.4.2. Hogares

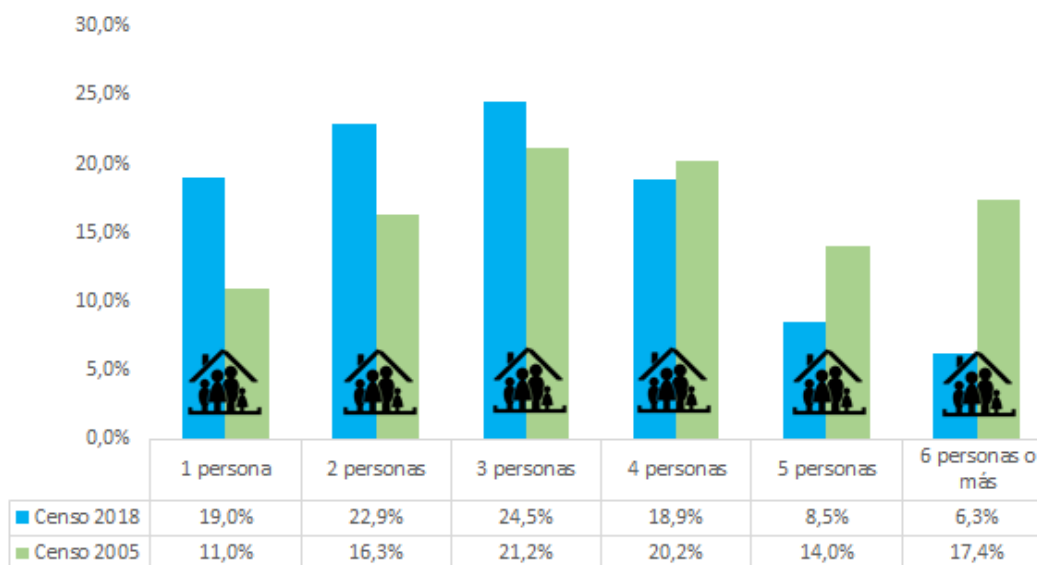
Las viviendas se relacionan entre otras condiciones, con el número de hogares entendiendo este último como el lugar donde un individuo o grupo de individuos habita, creando en ellos la sensación de seguridad y calma. En demografía, el hogar se define en función de la manera en que las personas subvienen o solventan sus necesidades alimenticias y otras necesidades vitales. En este sentido, el censo 2018 relacionó 1'983.566 hogares, es decir, 85 hogares por cada 100

viviendas, aspecto que explica factiblemente hogares conformados por una sola persona o varios hogares o grupos de individuos en una misma vivienda.

Según el censo, la conformación promedio de los hogares fue de tres personas. Este número de personas a través de los censos poblacionales ha disminuido entre 2005 y 2018. Hace 13 años, el promedio de habitantes por hogar en el Departamento era de cuatro y hoy se observan tres personas. Este promedio de tres personas según el censo lo ponderan el 66,4% de los hogares, cifra que es superior a la reportada en el censo de 2005 cuyo porcentaje era del 48,5%.

Los hogares con más de cuatro personas han disminuido en el tiempo pasando del 51,6% en 2005 al 33,7% según la encuesta. Esto insinúa un cambio en el comportamiento de la natalidad, aspecto que estudiaremos más adelante y una conformación familiar con tendencia a la disminución de los integrantes del hogar.

Figura 17. Tamaño de los hogares en Antioquia, Según Censo 2005 y 2018



Fuente: DANE 2018

Considerando otras variables de análisis en este ítem, la encuesta de calidad de vida 2019, reportó que el 44,2% de los hogares antioqueños tienen una mujer como jefe de hogar, porcentaje que supera el indicador nacional que se encuentra en un 38%.

Es importante resaltar que, del total de hogar con jefatura femenina, el 73,5%, no tienen cónyuge en el caso de los jefes de hogar hombres, solo el 29,9% expresan no tener un cónyuge.

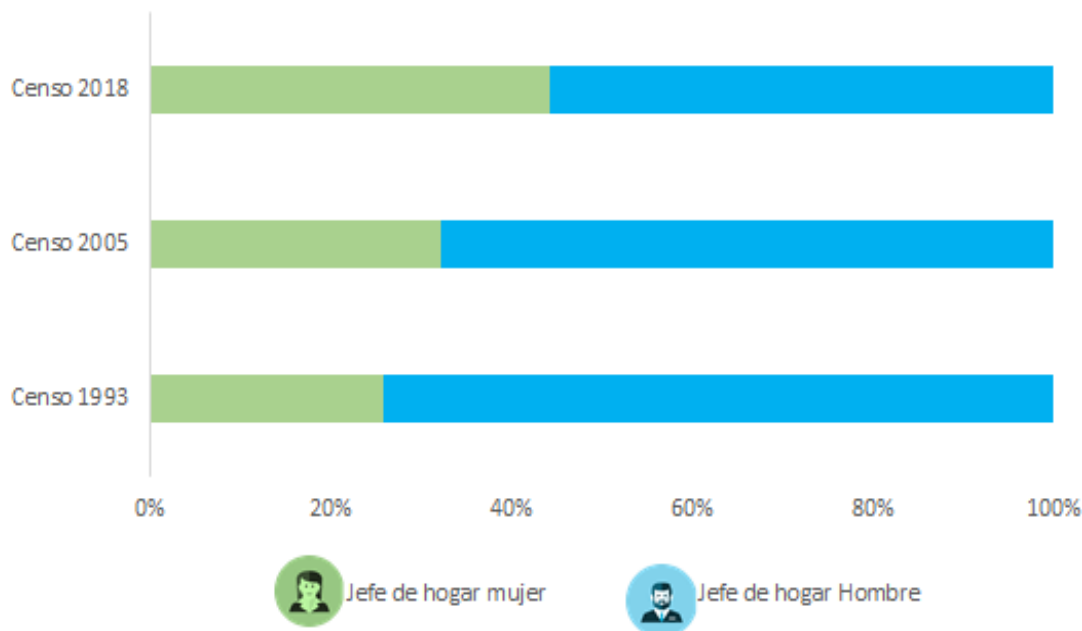
A nivel urbano el panorama sigue revelando una gran diferencia con un 74,2% de mujeres y un 30,9% de hombres, ambos jefes de hogar solteros, este mismo comportamiento se repite en los centros poblados y rural disperso, donde las mujeres solteras jefes de hogar representan el 68,9%





y los hombres el 26,6%. Esta gran diferencia denota una brecha importante que repercute en todos los aspectos familiares por lo que vale la pena investigar más a fondo esta tendencia y su impacto

Figura 18. Jefatura del hogar por sexo en Antioquia. Censos 1993, 2005 y 2018



Fuente: Revista Antioquia en datos Planeación Departamental 2019

## 1.2.2. Estructura demográfica

La estructura poblacional refleja la historia reciente de una comunidad en un momento concreto en el tiempo, e indica entre otras el grado de desarrollo de la población que se representa. Se analizarán la pirámide poblacional, los grupos de edad y el género, así como otros indicadores demográficos de interés.

### 1.2.2.1. Pirámide Poblacional

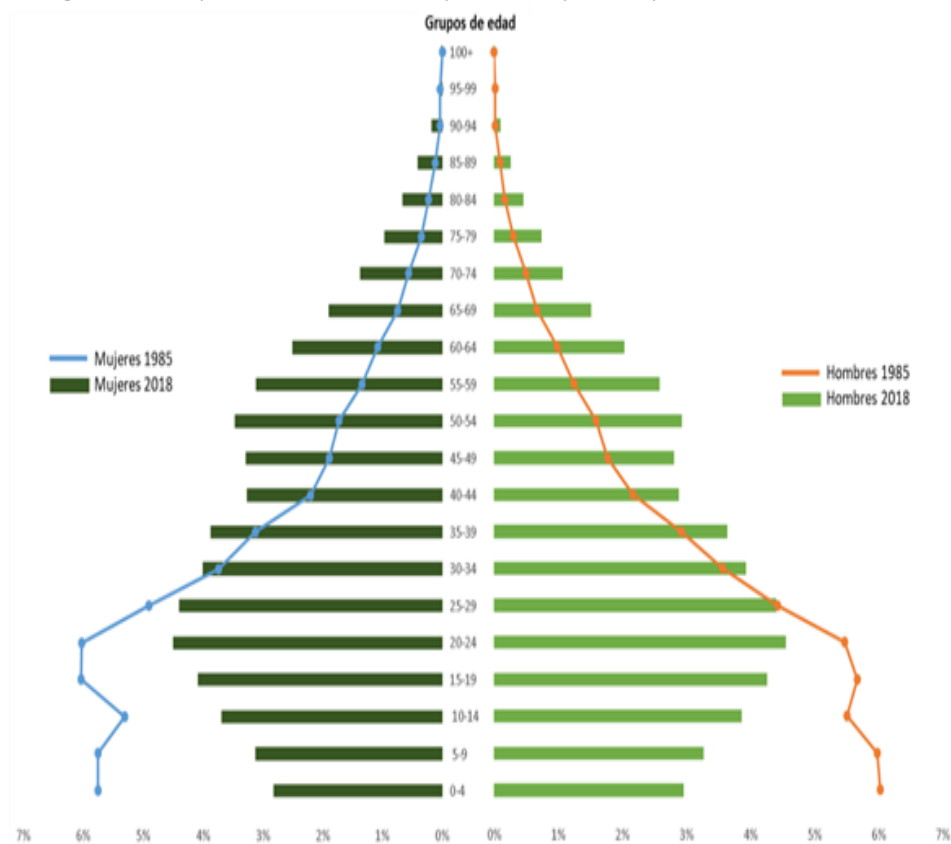
Esta representa la proporción de habitantes por grupos de edades quinquenales en contraste con el género y su análisis permite identificar cambios graduales en el comportamiento de la población debido a las transformaciones socioeconómicas inducidas por diferentes actores.

La distribución antioqueña ha cambiado pasando de tener una población joven en 1985 a una madura en 2018. Esta transición, determinada por el índice de Friz, que representa el porcentaje de población de menos de 20 años, con respecto al grupo de población entre los 30 y los 49 años, indicó que los jóvenes entre 0 y 19 años han disminuido en los últimos 6 años, pasando de 116,6% en 2015 a 101,7% en 2021. Por otro lado, la proporción de personas ubicadas del

cúspide de la pirámide, han evolucionado hacia el ensanche a causa del descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida de los antioqueños, con tendencia a convertirse con el pasar de los años en una estructura envejecida si alcanza un índice de Friz menor al 60, lo que implica para los gobernantes, incluir desde ahora, proyectos orientados a dicha población, garantizando condiciones dignas de salud, seguridad social, entre otros.

Además, es primordial dar continuidad y trabajar en el perfeccionamiento de las políticas ya implementadas que han permitido llegar al punto de desarrollo actual. (Departamento Administrativo de Planeación 2018), dado que se tiene hoy una mayor concentración de la fuerza laboral y en función del aprovechamiento de esta condición se debe procurar aumentar la generación de empleo y la educación en el territorio, con el fin de impulsar el desarrollo del Departamento

Figura 19. Comparativo de la estructura poblacional por sexo para los censos 1985 - 2018



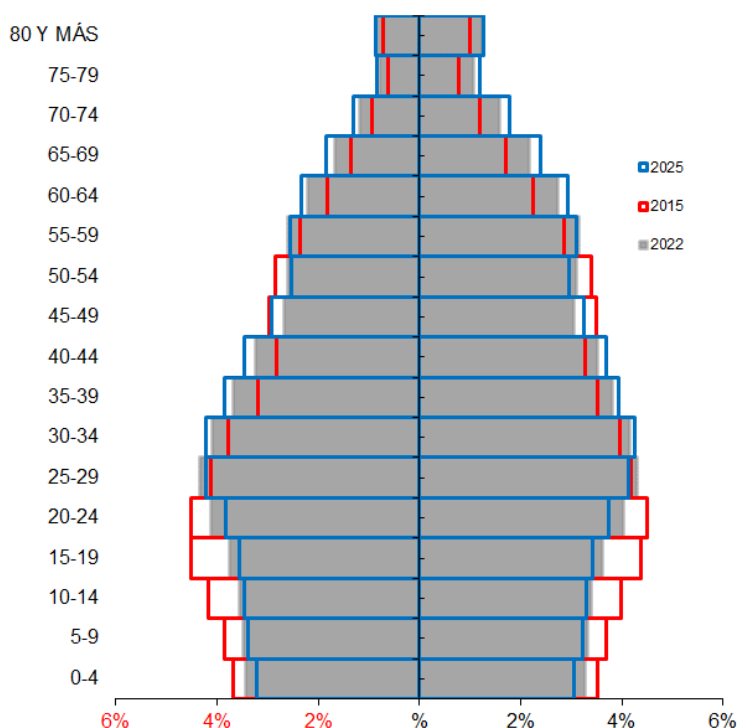
Fuente: Censo DANE, 2018

Con relación al año en curso, la estructura piramidal va mostrando un descenso gradual de la base, con respecto al año comparativo 2015 y futuro 2025, mientras que la cúspide experimenta un incremento de personas mayores, situación posiblemente motivada por el incremento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad temprana por una parte y por otra, la inmigración o retorno de población al Departamento en sus años de retiro, debido a que Antioquia



es un atractivo turístico, por su ubicación geográfica y oferta de servicios de salud entre otras, que hacen del territorio un lugar seductor.

Figura 20. Pirámide poblacional. Antioquia, 2015, 2022, 2025



Fuente: DANE. 2020.

Cuando se analiza la estructura piramidal de cada una de las subregiones, se refleja claramente la diversidad de la composición de la población antioqueña, determinada por fenómenos naturales como la natalidad y mortalidad y por los efectos migratorios propios de cada subregión, sin embargo, lo disímil de las estructuras etarias puede ser también el resultado de fenómenos vinculados, por un lado; al claro mejoramiento de la calidad de vida en los años de sobrevivencia y al empeño de los gobiernos de mejorar las condiciones de vida del territorio donde se vive, aspectos que se logran determinar durante este análisis.

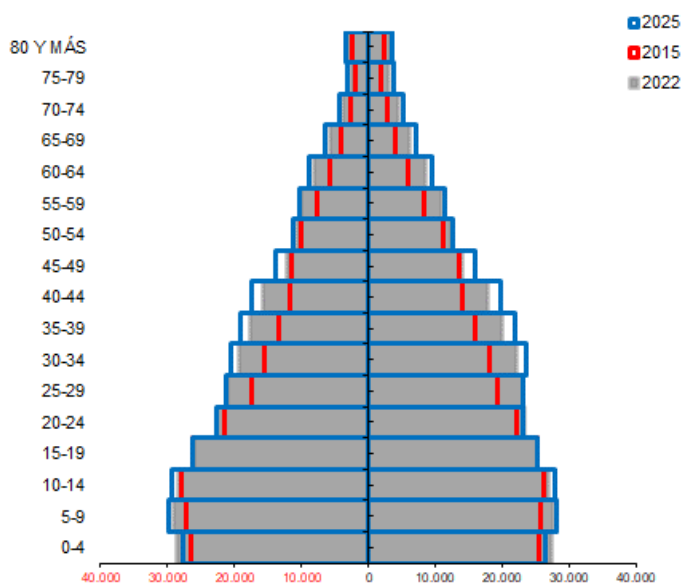
Para las subregiones de Urabá, Magdalena Medio, Bajo Cauca y Occidente, se observan pirámides con bases anchas y vértices angostos, comportándose como estructuras progresivas, mostrando poblaciones jóvenes con una alta proporción de niños y adolescentes y baja cantidad de adultos y adultos mayores, resultado posiblemente relacionado a un bajo control de la natalidad, supervivencia poblacional corta o patrón de migración muy alto.



En tanto las subregiones de Oriente, Suroeste, Norte y Nordeste tienen una disminución en la base y un ensanchamiento gradual en la población adulta, fenómeno favorecido probablemente por la inmigración de población de otros municipios a estos por su desarrollo industrial, o porque han mantenido la natalidad y mortalidad constantes durante el período, entre otros.

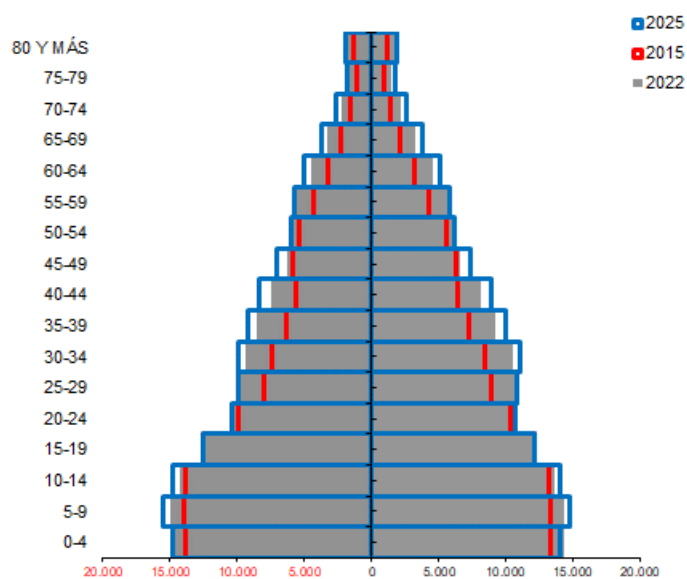
El Valle de Aburrá presenta una estructura piramidal de características regresivas, es decir, base estrecha y cúspide mayor, lo que puede explicarse por fenómenos como el descenso de la natalidad, esperanza de vida acorde a la estadística, fenómeno migratorio importante y constante en el tiempo, y mercado laboral. A continuación, se presentan las estructuras piramidales por subregiones de Antioquia y su respectiva proyección a 2025 para observar las dinámicas poblacionales a corto plazo.

Figura 21. Pirámide poblacional subregión de Urabá. Antioquia, proyección 2025



Fuente: DANE. 2022.

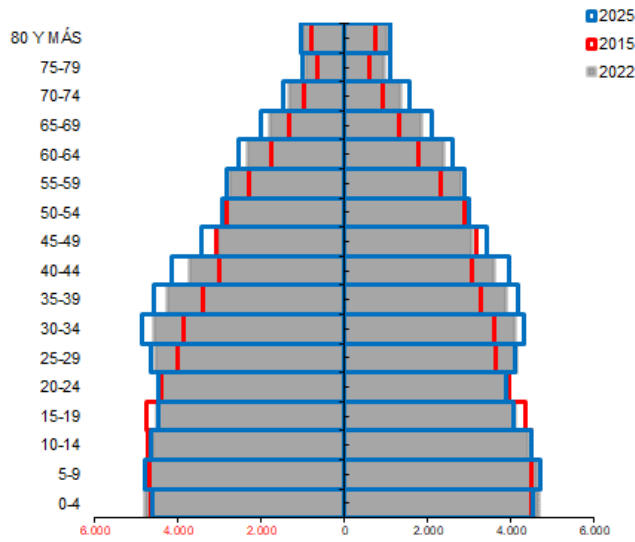
Figura 22. Pirámide poblacional subregión de Bajo Cauca. Antioquia, proyección 2025



Fuente: DANE. 2022.

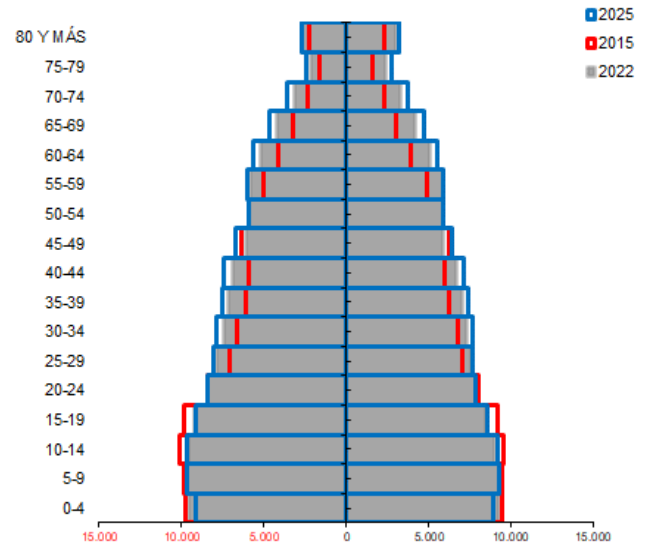
Figura 23. Pirámide poblacional subregión de Magdalena medio. Antioquia, proyección 2025

Figura 24. Pirámide poblacional subregión de Occidente. Antioquia, proyección 2025



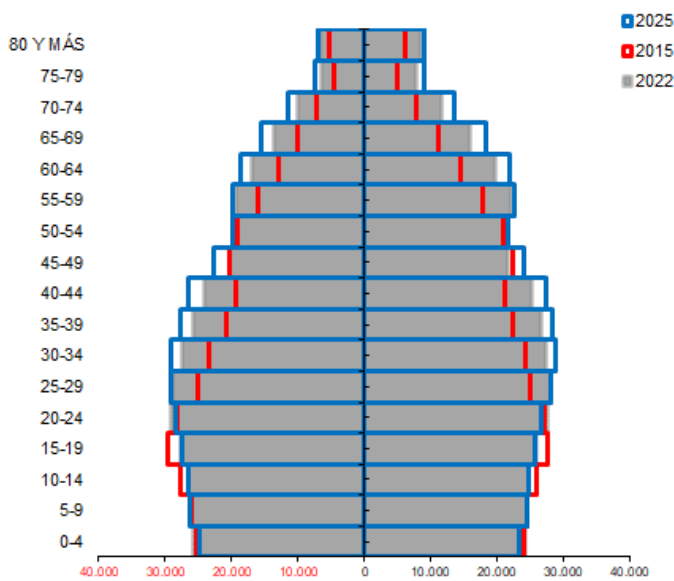
Fuente: DANE. 2022.

Figura 25. Pirámide poblacional subregión de Oriente, Antioquia, proyección 2025

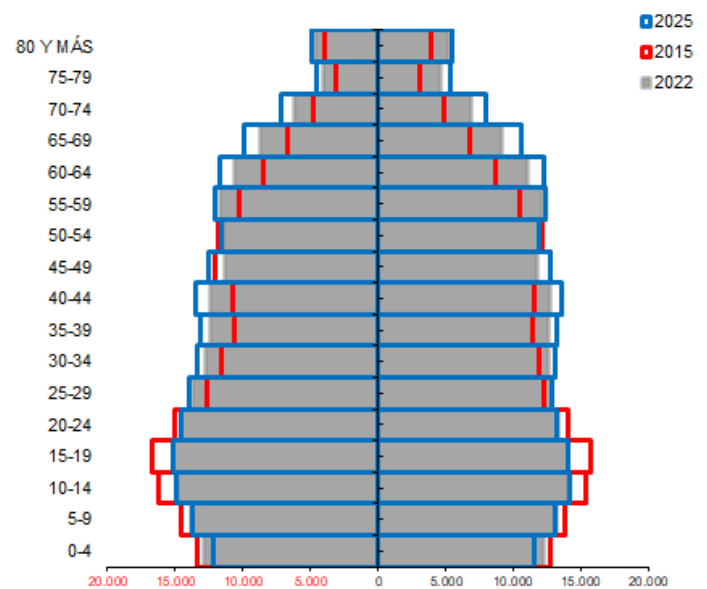


Fuente: DANE. 2022.

Figura 26. Pirámide poblacional subregión de Suroeste, Antioquia, proyección 2025

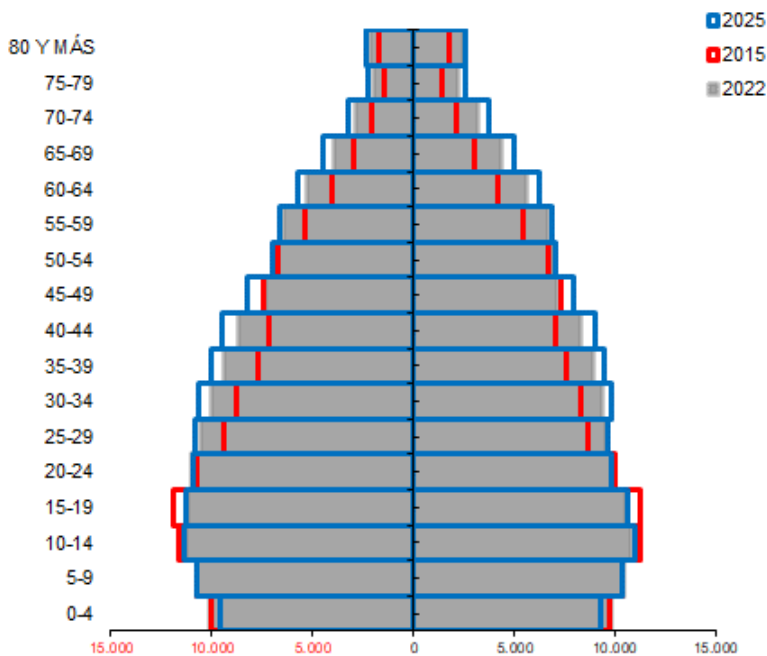


Fuente: DANE.2022



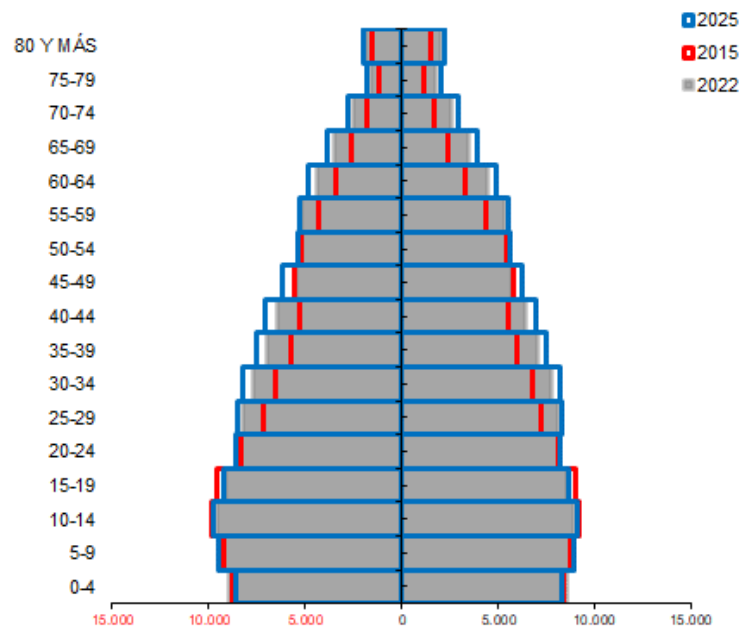
Fuente: DANE.2022

Figura 27. Pirámide poblacional subregión Norte, Antioquia, proyección 2025



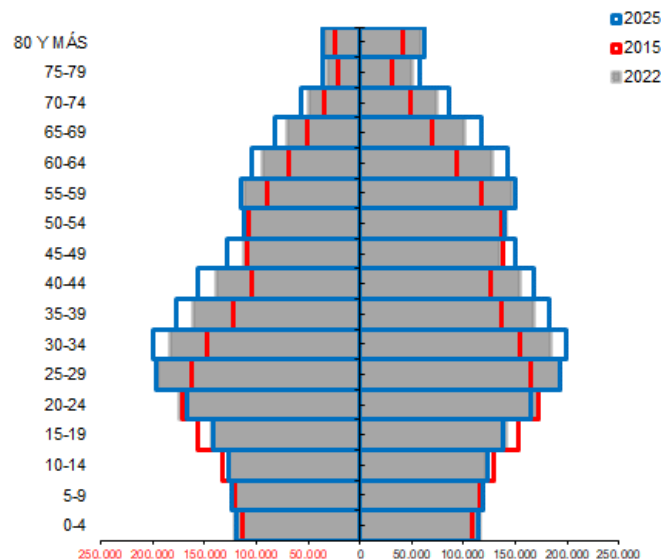
Fuente: DANE.2022

Figura 28. Pirámide poblacional subregión Nordeste, Antioquia, proyección 2025



Fuente: DANE.2022

Figura 29. Pirámide poblacional subregión del Valle de Aburra, Antioquia, proyección 2025



Fuente: DANE. 2022.

## 1.2.2.2. Población por género

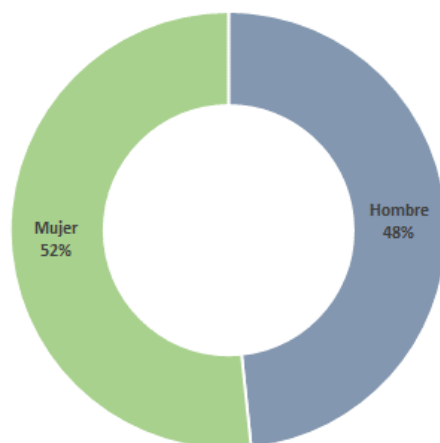
En las estructuras piramidales, predominan en la generalidad las mujeres, posiblemente motivado por el incremento en la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad temprana, la efectividad



alcanzada en los programas de detección temprana y tratamientos e intervenciones en salud oportunas, para las cuales se ha documentado mayor adherencia por parte de las mujeres a estas acciones.

De acuerdo al censo 2018, la distribución por género indica un mayor porcentaje de mujeres (51,7%), escenario que no difiere de 2022, y los hombres solo representan el 48,3% de los habitantes, esta situación es una consecuencia, entre otras, de que la mortalidad masculina en la mayoría de los casos está asociada con problemas de orden público y accidentalidad.

Figura 30. Distribución porcentual de la población, según sexo. Antioquia, 2022



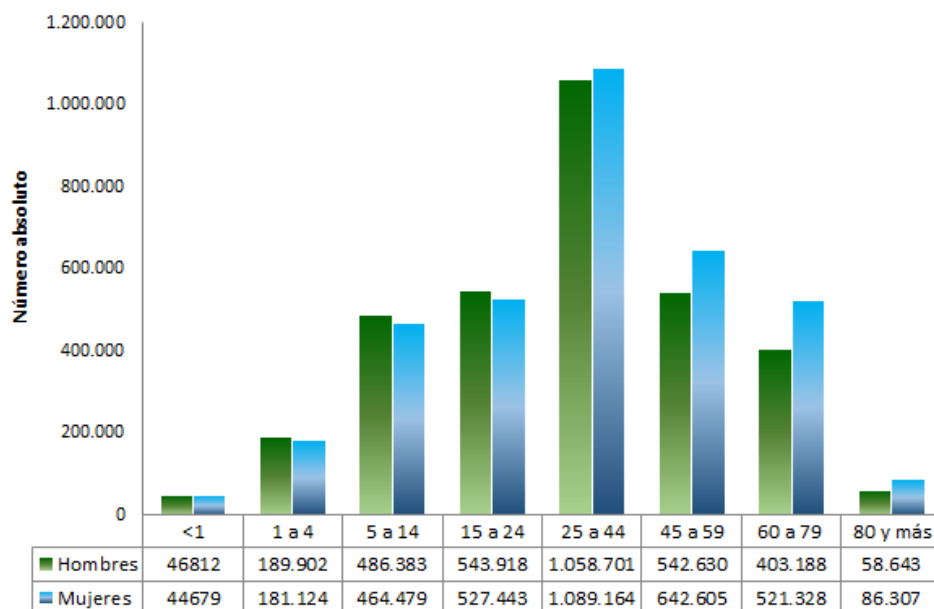
Fuente: DANE. 2022

La razón hombre/mujer, en Antioquia, indicó que por cada 100 mujeres hay 94 hombres. El valor de este indicador se mantiene constante entre el año 2022 y la proyección a 2025.

En un aparte previo de este contexto se había mencionado por subregiones, los patrones de poblamiento por género, aludiendo que, para el Valle de Aburrá, la relación hombre/mujer tiende a favorecer el predominio demográfico de la mujer, así como, en Bajo Cauca, Oriente y Urabá; caso contrario sucedía en las subregiones Norte, Suroeste, Occidente, Nordeste, y Magdalena Medio, donde la razón hombre/mujer es superior a 100.

Si bien existe una constante universal de que nacen más hombres que mujeres, estas últimas sobreviven más y como lo muestra la siguiente figura es a partir de los 25 años hasta el final de la vida que este fenómeno predomina, lo cual puede ser explicado en parte, por la esperanza de vida que en las mujeres es mayor y/o por tener más adherencia y rigurosidad con los cuidados de su salud y/o por las consecuencias generadas por el conflicto armado.

Figura 31. Población por género y grupo de edad. Antioquia 2022



Fuente: - DANE.

### 1.2.2.3. Población por ciclos de vida.

El ciclo de vida, es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades durante las diferentes etapas del desarrollo humano y reconoce las experiencias que se acumulan a lo largo de éstas. Las intervenciones en una generación pueden repercutir en las siguientes, y el mayor beneficio de un grupo de edad, puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior.

La participación poblacional por ciclo vital, tiene como objeto, reconocer qué proporción de la población se concentra en determinadas edades y a nivel de intervenciones y definición de políticas, saber con certeza la dimensión de la población que se pretende impactar, en medio de sus diversidades culturales, sociales e individuales.

Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida. Por ejemplo, un envejecimiento activo es la consecuencia de potenciar las oportunidades de salud, participación y seguridad a lo largo del ciclo de vida, buscando un mayor bienestar físico, social y mental acorde con sus necesidades, deseos y capacidades. Es reflejo de los efectos acumulativos que tiene el aprovechamiento de las ventanas de oportunidades en los diferentes momentos del curso de la vida para el desarrollo de las capacidades humanas.

Antioquia, tiene una proporción importante de habitantes en edad económicamente activa (15 a 64 años), el 69% del total de personas en el Departamento, situación que se conoce como ventana

demográfica de oportunidades o bono demográfico, que indica que la población en edad productiva supera la proporción de las personas económicamente dependientes (menores de 15 años y mayores de 65). Esta característica exige a los gobiernos repensar políticas, favorecer programas que promuevan la generación de empleo y cualificar la fuerza laboral, lo cual permitirá generar un mayor ahorro o inversión y asignar más recursos, debido al crecimiento de la población envejecida en el departamento.

Por otra parte, factores como la calidad de vida y los hábitos de salud adquiridos, pueden influir de forma positiva o negativa en esta fase. Un adulto saludable en términos físicos y emocionales afrontará la ancianidad con una mejor perspectiva, de allí que sea importante crear oportunamente las condiciones y hábitos para que así sea. Igual ocurre con los grupos de edades previos.

En los ciclos vitales definidos por la juventud (19-26) y la adultez (27-59) es preciso realizar considerables inversiones en capital humano, sobre todo en los jóvenes para que se traduzca en ventajas reales para la sociedad y dar respuesta, en particular, a “la oferta laboral de una población activa creciente y simultáneamente, disminuir la inseguridad, la precariedad y la informalidad típicas del mercado laboral”. CEPAL, 2004 y 2006<sup>3</sup>.

Tabla 8. Proporción de la población por ciclo vital. Antioquia, 2015, 2022 y 2025.

Ciclo vital	2015		2022		2025	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	532.792	8,7	556.396	8,1 ↓	544.851	7,6 ↓
Infancia (6 a 11 años)	567.118	9,2	566.786	8,2 ↓	576.079	8,0 ↓
Adolescencia (12 a 18)	739.346	12,1	694.147	10,1 ↓	693.106	9,6 ↓
Juventud (19 a 26)	875.632	14,3	905.464	13,1 ↓	882.518	12,3 ↓
Adultez (27 a 59)	2.660.606	43,4	3.095.047	44,9 ↑	3.296.884	45,8 ↑
Persona mayor (60 y más)	759.459	12,4	1.069.466	15,5 ↑	1.205.430	16,7 ↑
<b>TOTAL</b>	<b>6.134.953</b>	<b>100</b>	<b>6.887.306</b>	<b>100</b>	<b>7.198.868</b>	<b>100</b>

Fuente: DANE.

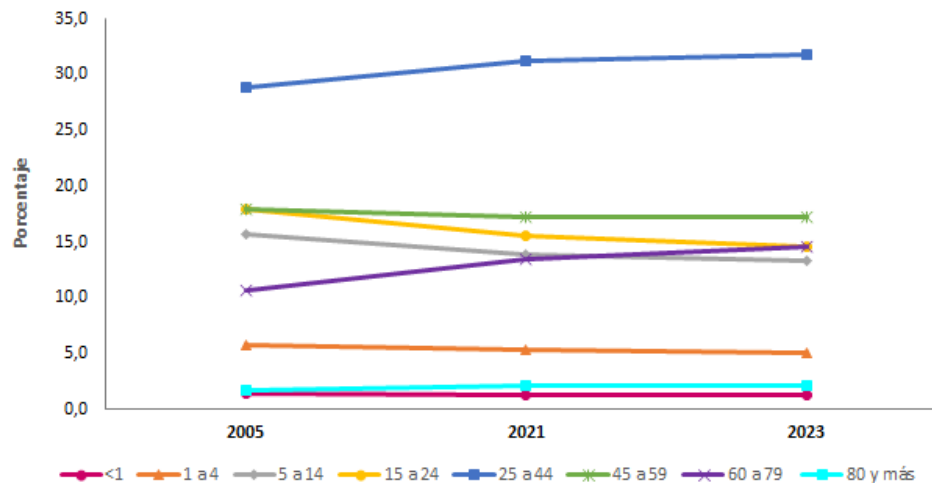
Las variaciones más evidentes, se experimentan en los grupos de edad de 5 a 14 y 15 a 24 años con un comportamiento decreciente, que puede estar explicado por la disminución en las tasas de fecundidad, así como las tasas de mortalidad infantil, los nuevos patrones de causa de muerte, mayores coberturas en el uso de métodos anticonceptivos, lo cual permite que el crecimiento disminuya y la población envejezca, esto último identificado en el incremento de del grupo poblacional de 60 a 79 años. Por otra parte, el grupo etario de 25 a 44 años ha presentado un

<sup>3</sup> CEPAL, Naciones Unidas. Notas de Población, 2018.



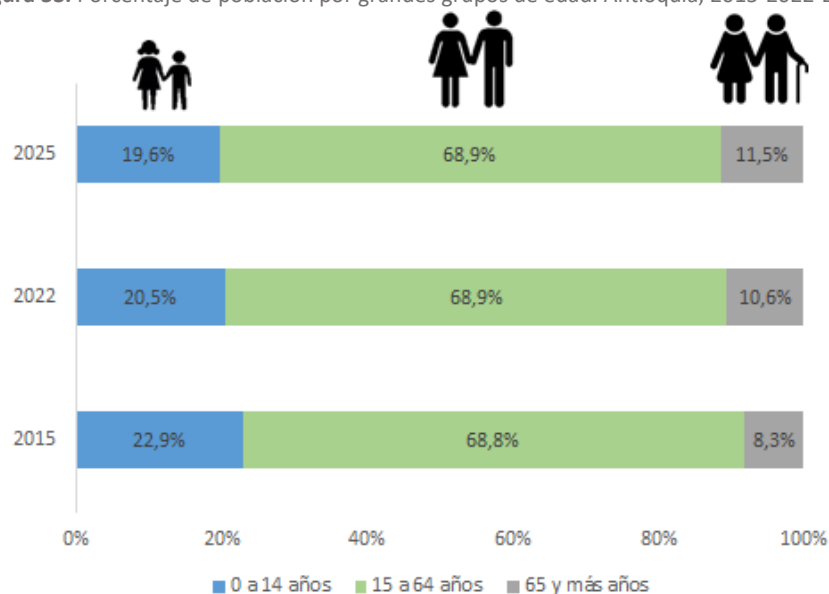
incremento, posiblemente a causa de la migración de población en edad productiva que ingresa al Departamento en busca de mejorar su calidad de vida.

Figura 32. Cambio en la proporción de población por grupo etario. Antioquia, 2005, 2021 y 2023.



Fuente: - DANE.

Figura 33. Porcentaje de población por grandes grupos de edad. Antioquia, 2015-2022-2025.



Fuente: DANE.

### 1.2.2.4. Enfoque en curso de vida

La Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, ha promovido en Colombia la implementación de este enfoque, el cual considera a la salud como una dimensión importante del desarrollo humano y no como un fin en sí mismo, convirtiéndola en un proceso

dinámico, que requiere ir más allá de las intervenciones dirigidas a enfermedades específicas, traducido en la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno y otros factores, así como las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida. La salud es considerada entonces como un recurso esencial para la producción y el mantenimiento de capacidades en individuos y poblaciones.

Este enfoque aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo, influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

Desde el punto de vista epidemiológico, el curso de la vida, es el estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad, de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (Kuh y cols., 2003).

Los conceptos claves que explican el enfoque de curso de vida son: la trayectoria, la transición, los momentos significativos o sucesos vitales, las ventanas de oportunidad y los efectos acumulativos.

La trayectoria, es el recorrido que realiza un ser humano por los diferentes roles o dominios en los que transcurre la vida. El análisis de todas las trayectorias vitales de un individuo y su interrelación con otros individuos, su familia y la sociedad, es lo que conforma el curso de vida.

La transición, es un proceso de adaptación del ser humano a los diferentes cambios que debe realizar el individuo, para afrontar los momentos vitales o sucesos significativos (hitos o eventos) que se presentan en su vida. Estos momentos pueden ser favorables o desfavorables y se consideran oportunidades para el desarrollo de las personas y sus familias.

Las ventanas de oportunidad, son aquellos momentos óptimos para la implementación de respuestas, que permitan a las personas desarrollar ciertas características, conductas, habilidades o capacidades, que repercutan en los resultados en salud y en las etapas futuras de su desarrollo.

Los efectos acumulativos se refieren al proceso por medio del cual a partir de las experiencias a lo largo de la vida se facilita el desarrollo del individuo y su familia, esto debido a la ocurrencia de situaciones que generan ganancias o pérdidas que conllevan a que se vayan construyendo las bases para el desarrollo de cada etapa, viéndose como un proceso acumulativo que genera un estado de crecimiento y madurez, con sus respectivos aprendizajes de vida.

En la construcción del documento del Análisis de la Situación de Salud (ASIS), se caracteriza y analiza el comportamiento de la morbimortalidad en cada uno de los ciclos vitales, los cuales se

desarrollan por etapas, dando una idea lineal del proceso de salud durante la vida. Sin embargo, dentro de la planeación de la salud, el departamento de Antioquia, acoge la invitación realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social y avanza hacia la implementación del enfoque de curso de vida, para la definición de las intervenciones a los problemas de salud identificados, asumiendo, que el desarrollo es un proceso vital, que se construye a lo largo de la vida e incide tanto en el individuo, las familias, la comunidad y la sociedad en general.

En este contexto, son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), la herramienta clave para el desarrollo armónico del curso de vida, en cada uno de sus momentos vitales, identificados en busca del bien-estar del individuo, su familia y la comunidad: Primera infancia (0-5 años), infancia (6-11 años), adolescencia (12-17 años), juventud (18-28 años), adultez (29-59 años) y vejez (60 años y más) y adicionalmente tienen el objetivo de promover y mantener la salud durante el desarrollo de ese continuo de la vida.

### 1.2.2.5. Otros indicadores demográficos en el Departamento

**La razón niños/mujer:** por cada 100 mujeres del Departamento que se encuentran en edad reproductiva, para el año 2022, hay 25 niños menores de 5 años. En los años analizados se viene observando una disminución de este indicador como efecto del control de la natalidad. Las subregiones que presentan el mayor número de niños por mujer son: Bajo Cauca con 43 y Urabá con 39, en contraste con Valle de Aburrá, que presenta 21 niños por cada 100 mujeres en edad fértil.

**El índice de envejecimiento:** en el departamento de Antioquia, por cada 100 personas menores de 15 años, había 54 adultos mayores de 65 años en el 2015, 76 para el 2022 y 85 para el 2025, lo que evidencia un envejecimiento progresivo de la población. Las subregiones que presentan un índice más alto de envejecimiento son, el Valle de Aburrá con 96 y el Suroeste 88 adultos mayores de 65 años por 100 personas menores de 15 años. En respuesta, Antioquia por medio de la Ordenanza No. 48 del 4 de diciembre de 2014, implementó la Política Pública de envejecimiento humano y vejez, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor a través de 4 ejes temáticos: Promoción y garantía de los derechos humanos de los adultos mayores, protección social integral, envejecimiento activo y formación del talento humano e investigación.

**El índice demográfico de dependencia:** Éste índice se observa para los años 2005 y 2022 con igual resultado, permaneciendo en 45 personas menores de 15 años o de 65 años y más por cada 100 personas entre los 15 a 64 años. Ello es positivo en términos demográficos, debido a que el escenario es propicio para el crecimiento económico del territorio ya que la población en edad de trabajar es mayor que el volumen de personas dependientes. Las subregiones que tienen mayor y menor índice de personas, en edades dependientes son, Bajo Cauca, con 63 y el Valle de Aburrá, con 40 personas que cumplen esta condición.



126



**Índice dependencia infantil:** la disminución en la natalidad en los últimos años ha impactado en el comportamiento del índice de dependencia infantil, pasando de 33 en 2015 a 30 niños entre 0 y 14 años, que dependen de 100 personas entre 15 y 64 años. La subregión que presenta una menor dependencia infantil es Valle de Aburrá, con 24 niños entre 0 y 14 años, que dependen de 100 personas entre 15 y 64 años; a diferencia de las subregiones de Bajo Cauca y Urabá que presentan el índice de dependencia infantil más alto, con 52 y 49 niños entre 0 y 14 años, que dependen de 100 personas entre 15 y 64 años para el año 2022, respectivamente.

**Índice de dependencia de mayores:** este indicador se proyecta creciente para años futuros, encontrándose para el año 2022, que 15 personas mayores de 65 años dependían de 100 personas entre 15 a 64 años, aunado a esto, es necesario profundizar en el análisis de la dependencia, dada por el acceso de esta población al modelo de seguridad social en Colombia en los últimos años, donde muchos de estos no hicieron parte de la fuerza laboral y menos de la jubilación, aumentándose la brecha de dependencia, especialmente en la población rural del Departamento. Las subregiones que presentan el mayor índice son, el Suroeste, seguido de Occidente y Oriente, con 20, 18 y 17, respectivamente.

**Índice de Friz:** El indicador para el Departamento, en 2022 fue de, 98,8, encontrando la población en un patrón de madurez. Este resultado viene decreciendo paulatinamente en el departamento de Antioquia. En el 2015 se ubicó en 117,6 por tanto, se considera que Antioquia es una población madura y para el año 2022 continuó dentro de esta categoría. El comportamiento de este indicador presenta algunas variaciones al analizarse por subregiones, debido a los factores sociales y culturales, propios de cada territorio. Se resaltan las subregiones de Bajo Cauca y Urabá, que se consideran como una población joven, con un indicador de 168 y 158 respectivamente, mientras las subregiones de Valle de Aburrá y Oriente, presentan una población más madura.

Tabla 9. Otros indicadores de estructura demográfica. Antioquia, 2015, 2022 y 2025.

Índice Demográfico	Año		
	2015	2022	2025
Poblacion total	6.134.953	6.887.306	7.198.868
Poblacion Masculina	2.964.069	3.330.177	3.482.295
Poblacion femenina	3.170.884	3.557.129	3.716.573
Relación hombres:mujer	93,48	93,62	93,70
Razón niños:mujer	26,38	25,31	23,76
Indice de infancia	22,91	20,52	19,63
Indice de juventud	26,23	24,21	22,91
Indice de vejez	12,38	15,53	16,74
Indice de envejecimiento	54,04	75,67	85,29
Indice demografico de dependencia	45,36	45,14	45,16
Indice de dependencia infantil	33,30	29,79	28,50
Indice de dependencia mayores	12,06	15,36	16,66
Indice de Friz	117,63	98,80	90,06

Fuente: - DANE.



**Tabla 10.** Otros indicadores de estructura demográfica por subregión. Antioquia 2022

Índice Demográfico	Bajo Cauca	Magdalena Medio	Nordeste	Norte	Occidente	Oriente	Suroeste	Uraba	Valle de Aburra
Población total	268.848	110.358	208.590	256.188	219.073	717.384	382.087	542.171	4.182.607
Población Masculina	133.718	56.391	105.151	129.956	110.950	354.171	191.776	265.511	1.982.553
Población femenina	135.130	53.967	103.439	126.232	108.123	363.213	190.311	276.660	2.200.054
Relación hombres:mujer	99	104	102	103	103	98	101	96	90
Razón niños:mujer	43	35	34	31	37	27	28	39	21
Índice de infancia	32	25	26	25	26	21	21	31	17
Índice de juventud	25	23	24	24	23	23	22	26	24
Índice de vejez	10	14	14	13	16	16	19	9	17
Índice de envejecimiento	31	54	52	54	63	77	88	29	96
Índice demográfico de dependencia	63	53	55	51	59	48	52	59	40
Índice de dependencia infantil	52	39	40	37	41	31	32	49	24
Índice de dependencia mayores	11	14	14	14	18	17	20	10	16
Índice de Friz	168	121	134	123	136	103	112	158	82

Fuente: - DANE.

### 1.2.3. Dinámica demográfica

La dinámica poblacional, depende de distintos fenómenos demográficos, entre los que se encuentran: la natalidad, la mortalidad y las migraciones (internas y entre países). Las combinaciones de estos fenómenos, interdependientes entre sí, supone la velocidad de las modificaciones de la población y dan cuenta de la transición demográfica, que en sus inicios pretendió explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos, que se produjeron en los países desarrollados y establecieron una relación de causalidad entre población, desarrollo y crecimiento demográfico. Hoy día la transición demográfica evalúa el efecto de cuatro grandes riesgos sociodemográficos: la alta mortalidad, la elevada fecundidad, el acelerado crecimiento demográfico y la estructura etaria joven. Actualmente el país y territorio han pasado por distintas etapas y esta dinámica, puede decirse que se ubica en una transición avanzada, con natalidad y mortalidad moderadas, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1%.

#### 1.2.3.1. Natalidad

Según el DANE, en el año 2020, en Antioquia se presentaron 71.783 nacimientos (10,7 por mil habitantes). Se observa en los últimos años, una tendencia en la disminución de la tasa de natalidad en el Departamento.

La mujer viene posicionándose como cabeza visible de muchos hogares dentro del territorio y teniendo más control sobre su propio derecho de reproducción y toma de decisiones frente a éste. Se debe prestar especial atención a factores sociales, económicos y culturales, que determinan cambios en las tasas de natalidad como:

- Acceso a los programas de planificación familiar, con una mejor cobertura en todas las subregiones del Departamento y el ingreso a éstos a temprana edad, tanto para hombres

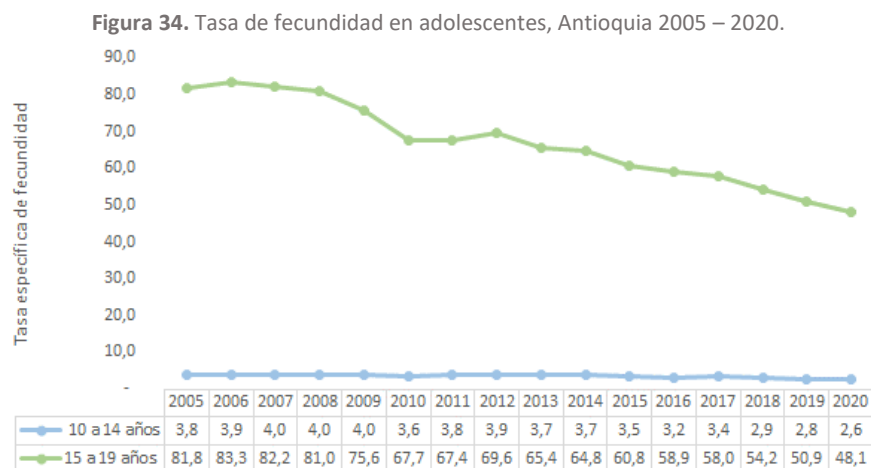


- como para mujeres.
- La disponibilidad en cobertura educativa hacia la mujer, lo cual ha permitido que ellas tengan más acceso al mercado laboral, siendo las líderes en sus hogares, han dejado de un lado las grandes diferencias entre el número de hijos, según el grado educativo, condición social y procedencia (urbana o rural). Hoy en los hogares, no se piensa en una familia numerosa a diferencia de años anteriores.
  - La inclusión en el mercado laboral, que muchas veces influye para postergar la edad de tener hijos en las familias, además de la construcción de un proyecto de vida en la población joven, lo que incide en el aplazamiento de la maternidad – paternidad o la decisión de no tener hijos.

La natalidad está asociada con la fecundidad, dada la relación existente entre el número de nacimientos y la cantidad de hijos por mujer. Se estima que, durante el año 2020 en Antioquia, la tasa general de fecundidad fue de aproximadamente 42,31 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 49 años, y el promedio de hijos por mujer fue aproximadamente de uno.

El comportamiento de la tasa de fecundidad en mujeres menores de 19 años, mostró una tendencia a la disminución, derivada principalmente por el comportamiento en el grupo de 15 a 19 años, que han sido objeto de múltiples campañas de prevención del embarazo adolescente y promoción de la planificación familiar. Llama la atención, que si bien, en los últimos 10 años, la tasa de fecundidad en las adolescentes de 10 a 14 años ha disminuido esta, continúa siendo elevada (2,6). En este grupo no deberían ocurrir gestaciones, sin embargo, se presentan en la mayoría de las veces por efectos de la violencia contra las niñas y adolescentes, confirmando que el fenómeno no ha tenido los suficientes controles a pesar de las políticas y programas implementados.

A nivel subregional se destacan las subregiones de Urabá y Bajo Cauca que presentan las mayores tasas de fecundidad, superando ampliamente los indicadores departamentales.



Fuente: DANE.





Tabla 11. Tasa bruta de natalidad y tasas de fecundidad por subregión. Antioquia 2020

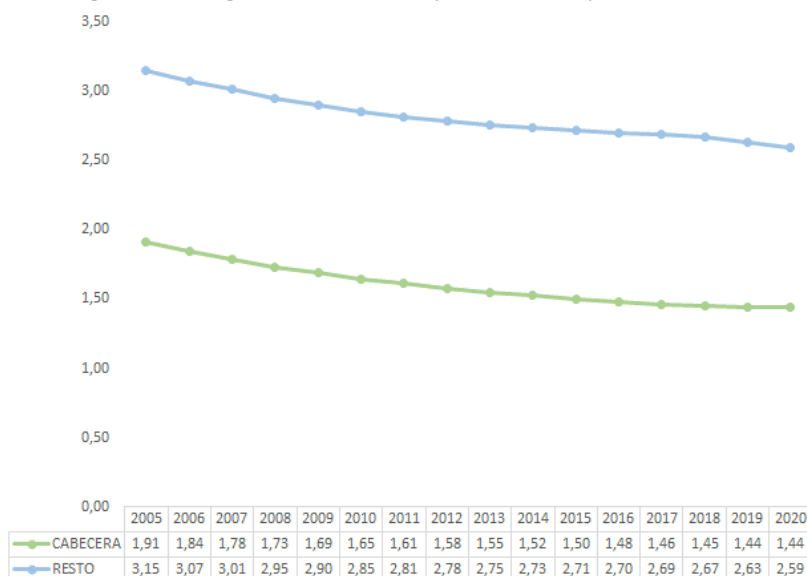
SUBREGION	Tasa bruta mortalidad	Tasa bruta natalidad	Tasa global fecundidad	Tasa general fecundidad	Total	Tasa específica de fecundidad 2020									
						10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	
						Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	Tasa por 1000 mujeres	
TOTAL DEPARTAMENTO	5,22	10,75	1,38	42,31	75.612	2,85	50,21	78,29	64,09	47,00	25,98	7,85	0,52	0,05	
MAGDALENA MEDIO	5,64	11,90	1,63	49,58	1.301	4,57	75,79	92,16	73,87	42,86	24,98	9,53	0,67	0,67	
BAJO CAUCA	5,21	15,64	1,93	62,89	4.153	6,10	90,52	115,18	80,18	56,11	29,49	8,34	0,78	0,16	
URABA	4,22	19,58	2,43	78,32	11.057	7,62	108,37	142,63	107,82	72,21	34,82	11,21	1,10	0,08	
NORDESTE	5,02	11,62	1,56	49,12	2.483	3,73	69,51	93,41	70,49	42,33	22,27	8,67	0,90		
OCCIDENTE	5,27	9,97	1,42	43,70	2.173	3,24	55,07	81,69	67,34	41,27	26,37	8,81	0,35		
NORTE	4,89	10,29	1,38	42,66	2.650	2,06	53,45	82,35	62,99	39,18	26,06	9,62	0,43		
ORIENTE	4,77	10,69	1,47	44,34	7.913	1,99	43,49	81,17	74,27	54,92	28,71	9,49	0,52	0,05	
SUROESTE	5,70	8,78	1,27	37,75	3.332	2,21	53,42	77,19	60,74	36,14	16,90	6,94	0,52	0,08	
VALLE DE ABURRA	5,40	9,48	1,18	36,06	40.550	1,63	35,26	65,91	56,21	43,94	25,15	7,04	0,44	0,03	

Fuente: DANE. Procesada: SSSA

Nota: Aproximación de embarazos ocurridos en el año. Suma de nacimientos y muertes fetales.

A nivel de zonas geográficas, la tasa de fecundidad global en el Departamento, tiene una incidencia mayor en las áreas rurales que las urbanas.

Figura 35. Tasa global de fecundidad por área, Antioquia 2005 -2020



Fuente: DANE.

### 1.2.3.2. Mortalidad

La información de mortalidad, es básica para el conocimiento de las condiciones de salud, del nivel de vida y del acceso a servicios médicos de buena calidad, y resulta especialmente útil para formular políticas y adoptar decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios de asistencia, además del aporte desde la visión demográfica, en la estimación de la población y el crecimiento de la misma. Conocer esta información, permite establecer medidas preventivas para

los grupos poblacionales que más las necesitan y de esta forma, optimizar la distribución de los recursos disponibles, con las consiguientes mejoras en la atención de la salud.

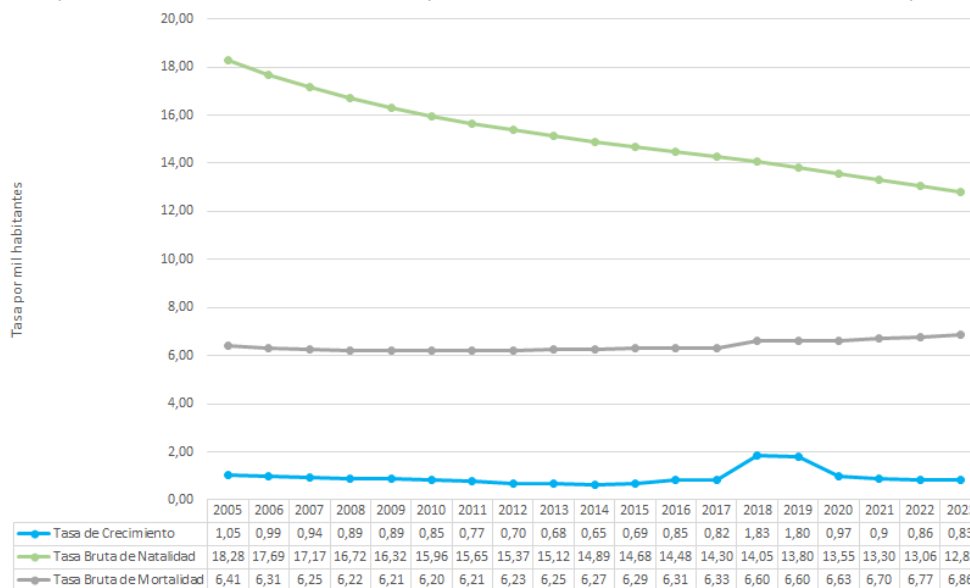
Al comparar y visualizar las tasas de crecimiento natural, natalidad y mortalidad, y teniendo en cuenta la actualización que realizó el DANE, en cuanto a los datos de población que proyectó y reajustó a partir del censo 2018, los cambios en las tasas de los indicadores de la dinámica demográfica que antes se presentaban pueden llamar la atención frente a las cifras. En general, los indicadores muestran un comportamiento descendente en los últimos 15 años, producto de la transición demográfica que se vive en Antioquia.

A pesar de que el Departamento tiene una tendencia de aumento en su población, las tasas de crecimiento natural muestran que el incremento o velocidad en que ocurre es cada vez menor, es decir, la población antioqueña ha venido creciendo a un ritmo lento; muy afín al panorama nacional.

La variación entre 1973 y 2018 (último censo DANE) muestran ese comportamiento pasando de tasas de crecimiento poblacional intercensal moderadas del 2% a una tasa baja con cifras inferiores al 1% en 2018, pero positivas, indicando aún, que hay mayor número de nacimientos que de muertes en nuestro territorio.

De acuerdo con la dinámica demográfica de las subregiones se presentan variaciones en estos indicadores de crecimiento poblacional, que son ilustradas en las siguientes figuras:

**Figura 36.** Comparación entre la tasa de crecimiento y las tasas brutas de natalidad, mortalidad. Antioquia 2005 – 2023.

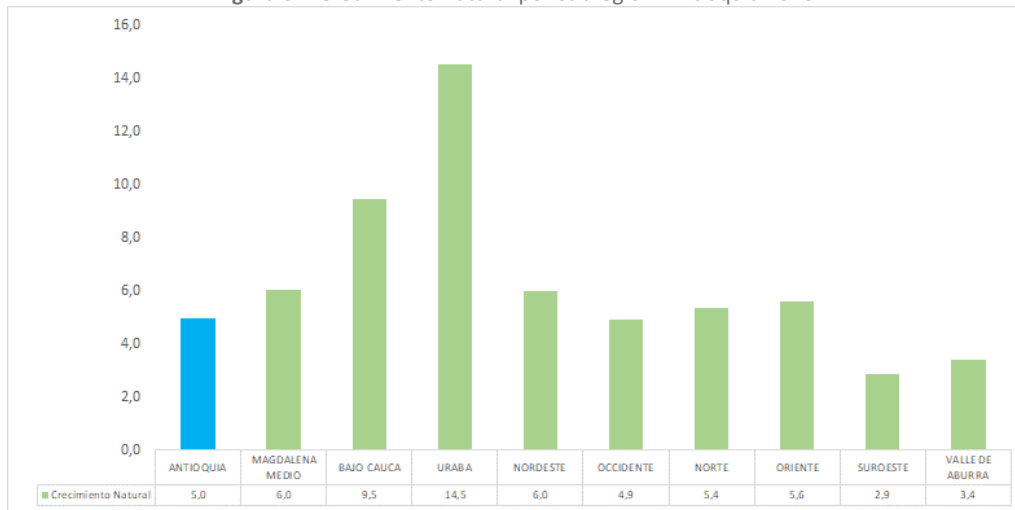


Fuente: DANE.

Nota: Estimaciones años 2005-2017; Proyecciones años 2018-2023



Figura 37. Crecimiento natural por subregión. Antioquia 2020.



Fuente: DANE 2020. Procesa SSSA

Figura 38. Comparación de tasas de crecimiento poblacional intercensal 1973, 1985, 1993, 2005 y 2018, subregiones y total departamento



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Cálculos Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia - Dirección Sistemas de Indicadores.

El comportamiento de los indicadores demográficos ha sido de interés histórico, es por lo que a lo largo del tiempo encontramos múltiples estudios, encaminados a conocer la dinámica de estos y





los factores que influyen en sus resultados, lo anterior, como mecanismo para identificar aquellas causas que afectan negativamente la población y la mejor forma de intervenirlos.

En resumen Antioquia, es un departamento con gran riqueza y heterogeneidad a nivel geomorfológico, cultural y poblacional, lo que implica que cada subregión presenta un comportamiento diferente en sus condiciones y estilos de vida, por tanto, se debe analizar de forma individualizada, para entender las diferentes necesidades de intervención y las estrategias, programas y proyectos por subregión, según sus características únicas y la forma de llegar a sus habitantes, respetando su cultura y su idiosincrasia.

Es así como el Departamento cuenta dentro de su territorio con subregiones donde su población es mucho más joven frente a otras, condición que se considera que pueda incidir en las altas tasas de fecundidad y natalidad, situación que se refleja en las subregiones de Urabá y Bajo Cauca.

En cuanto a la tasa bruta de mortalidad se destaca la subregión de Urabá que presenta la menor; mientras que las subregiones del Suroeste y Magdalena Medio presentan las mayores tasas brutas de mortalidad para el departamento de Antioquia en el último año revisado.

Lo anterior permite comprender de cierta manera, que las subregiones de Urabá y Bajo Cauca presentan una mayor tasa de crecimiento natural.

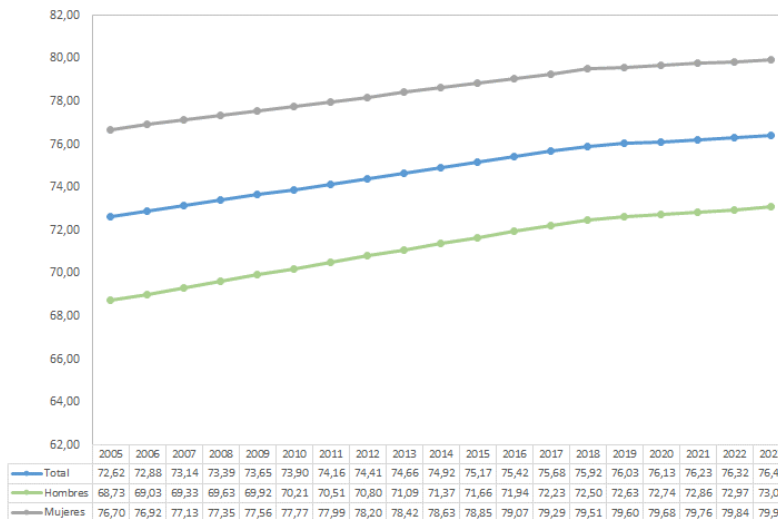
Es importante mencionar que, para el departamento de Antioquia, se realiza el análisis de la fecundidad, tomando como numerador una aproximación de las gestaciones, éste es calculado como la sumatoria de los nacidos vivos, más las muertes fetales; lo anterior debido a que el Departamento ha considerado relevante conocer el resultado de la gestación independiente de su desenlace.

### 1.2.3.3. Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida, es la expresión del desarrollo socioeconómico del país y del desarrollo integral del sistema de salud, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad. (Banco Mundial, 2013)

Desde el censo de 2005 las cifras vienen mostrando un aumento progresivo de la esperanza de vida de la población en el Departamento; para ese entonces cuando nacía un antioqueño, se esperaba que viviera 72 años, hoy día, se espera que viva 76 años. Sin embargo, la esperanza de vida ha mantenido diferencias por género, específicamente para el caso de las mujeres, donde su expectativa es de 6 años más (79 años).

Figura 39. Esperanza de vida al nacer por sexo. Antioquia 2005-2023



Fuente: DANE.

## 1.2.4. Migraciones.

Las migraciones ocurren en dos sentidos: como emigración o salida de un país a otro, entre regiones o lugares y como inmigración o entrada a un país, región o lugar, de personas procedentes de otros lugares. Los individuos y las poblaciones buscan permanentemente elevar su bienestar y calidad de vida y es por esta razón que las personas migran a territorios en donde las oportunidades de mejorar sean más amplias y con mejores proyecciones.

Los espacios de asentamiento que carecen de oportunidades o por lo menos son escasas, conducen al abandono de los territorios y a la disminución de la población o al freno de su crecimiento ya sea a nivel urbano o rural. Aspectos como la pobreza, el desempleo, la violencia generalizada, las violaciones masivas de los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores, pueden alterar drásticamente el orden público, y se convierten en razones que impulsan a la migración humana, generalmente del campo hacia los grandes centros urbanos, que son los más importantes receptores de migrantes.

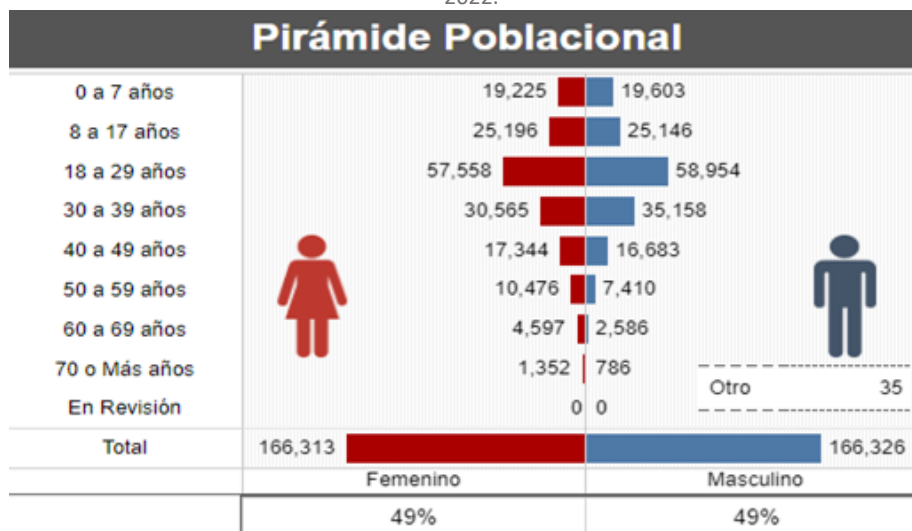
De acuerdo con el informe publicado por Migración Colombia, la población venezolana en el mes de agosto del 2021 en el Departamento de Antioquia pasó a registrar un total de 264.148 migrantes venezolanos entre población con estatus regular e irregular, frente a 157.939 que registraban en enero del mismo año, ubicando al Departamento en el segundo lugar con más población migrante venezolana con el 14.34%, seguida de la Capital Distrito de Bogotá que tiene el 21.37%.

Para el 2022, según los datos aportados por Migración Colombia, con la implementación del Estatuto por Protección Temporal, el Departamento de Antioquia con corte al 31 de mayo, contó



con un total de 337.329 solicitudes de pre-registro, por lo que se podría esperar que el mismo número de personas se regularicen y accedan al plástico tipo -Permiso por Protección Temporal.

Figura 40. Pirámide población migrantes venezolanos con pre-registro. Estatuto por Protección Temporal. Antioquia, mayo de 2022.



Fuente. Página WEB <https://public.tableau.com/app/profile/migraci.n.colombia/viz/EstatutoTemporaldeProteccion-Preregistros/Pre-registrosPublic> Periodo: 05/05/2021 a 31/05/2022

Como se puede observar en la Figura 35 en la pirámide poblacional, la proporción de migrantes venezolanos en Antioquia es similar para hombres y mujeres, llama la atención el grueso de población en edad altamente productiva con la oportunidad de acceder a la fuerza laboral y en consecuencia cotizar al sistema de salud.

#### 1.2.4.1. Dinámica migratoria.

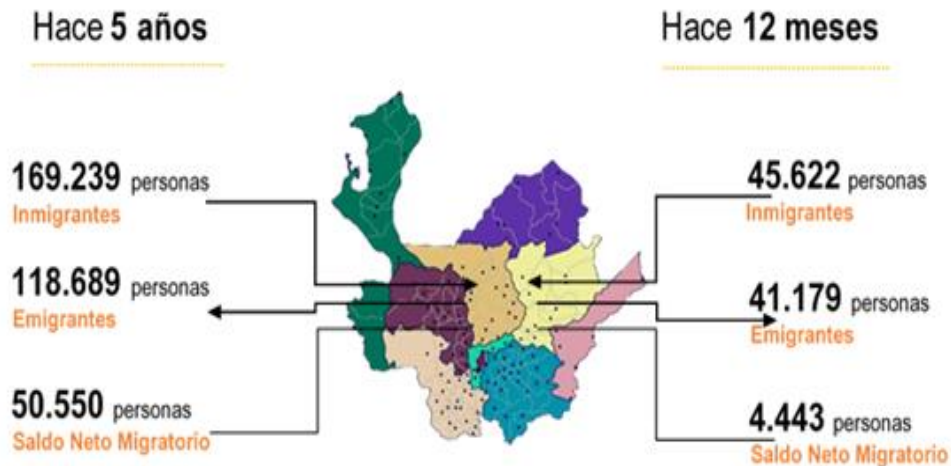
Colombia ha sido un país receptor de inmigrantes, y fueron diferentes las zonas en que se asentaron alemanes, italianos, españoles, árabes y judíos, que influyeron en sectores específicos de la economía regional y ejercieron influencia importante sobre las economías asociadas con el café, el tabaco, el transporte y el sistema bancario, en las diferentes regiones y dentro de éstas, el departamento de Antioquia.

Un aspecto importante en la migración, es conocer si el territorio tiene un comportamiento expulsor o receptor de población, para esto es necesario conocer el saldo migratorio, que corresponde a la diferencia entre las tasas de inmigración y emigración. Cuando el saldo migratorio es positivo, la población aumenta y hay más inmigrantes que emigrantes; caso contrario ocurre cuando el saldo es negativo.



Según el censo 2018, Antioquia tiene un saldo neto migratorio positivo, lo que indica que hay más inmigrantes en el Departamento, convirtiéndose en territorio receptor de población en los últimos 5 años.

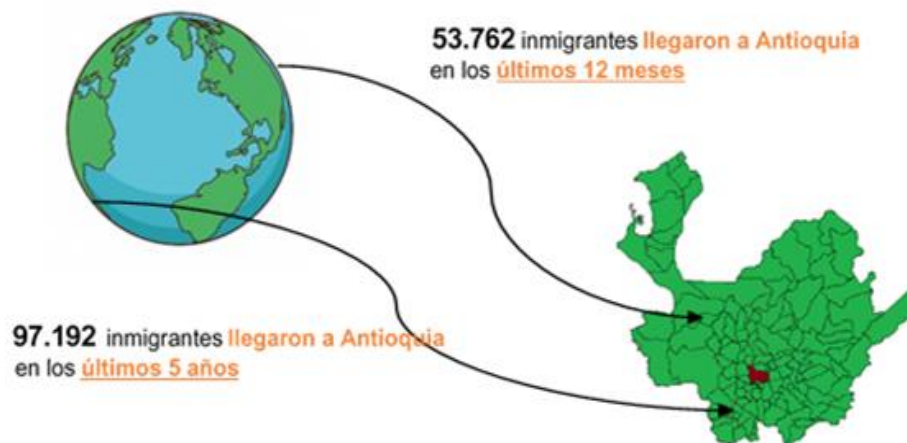
Mapa 13. Migración interna entre Antioquia y otros departamentos del país, Censo 2018



Fuente: Revista Antioquia en Datos. Departamento Administrativo de Planeación 2019.

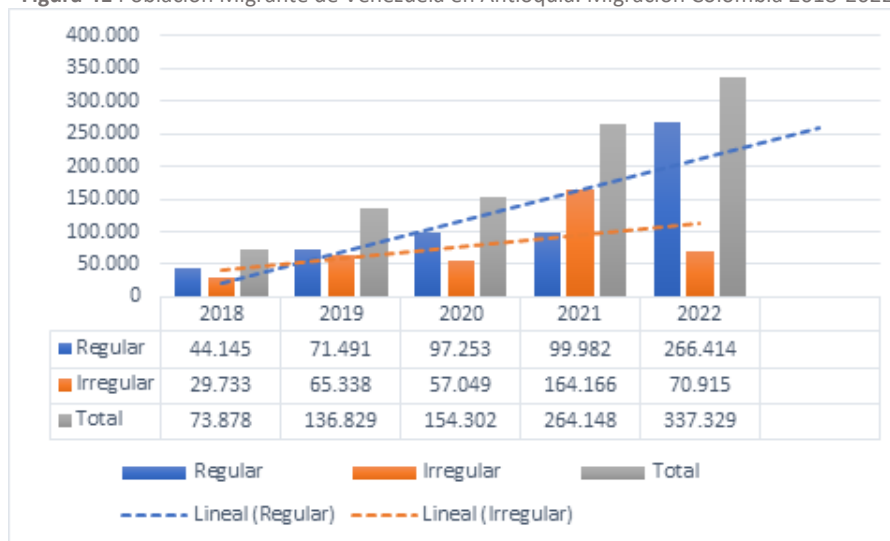
Dada la situación coyuntural sobre la llegada de venezolanos al país, las cifras de migración del censo 2018, hacen un énfasis especial en la inmigración de dicha población. En Antioquia tenemos que, en los últimos 5 años, han llegado al territorio un total de 97.192 extranjeros, de los cuales, el 78,5% son venezolanos (264.148 personas) y el 21,5% provienen de otros países.

Mapa 14. Inmigración Internacional a Antioquia Censo 2018



Fuente: Revista Antioquia en Datos. Departamento Administrativo de Planeación 2019

Figura 41 Población Migrante de Venezuela en Antioquia. Migración Colombia 2018-2022



Fuente: Migración Colombia agosto 2022-

Página WEB. <https://public.tableau.com/app/profile/migracioncolombia/viz/EstatutoTemporaldeProteccion-Prerregistros/PrerregistrosPublic> Periodo: 05/05/2021 a 31/05/2022- Para el año 2022 de la población regular, se tiene como fuente: migrantes con Permiso por Protección Temporal, cifras entregadas por el Ministerio de Salud al 30/06/2022 en articulación con Migración Colombia.

## 1.2.4.2. Población migrante, residente en Antioquia, con afiliación al sistema de salud

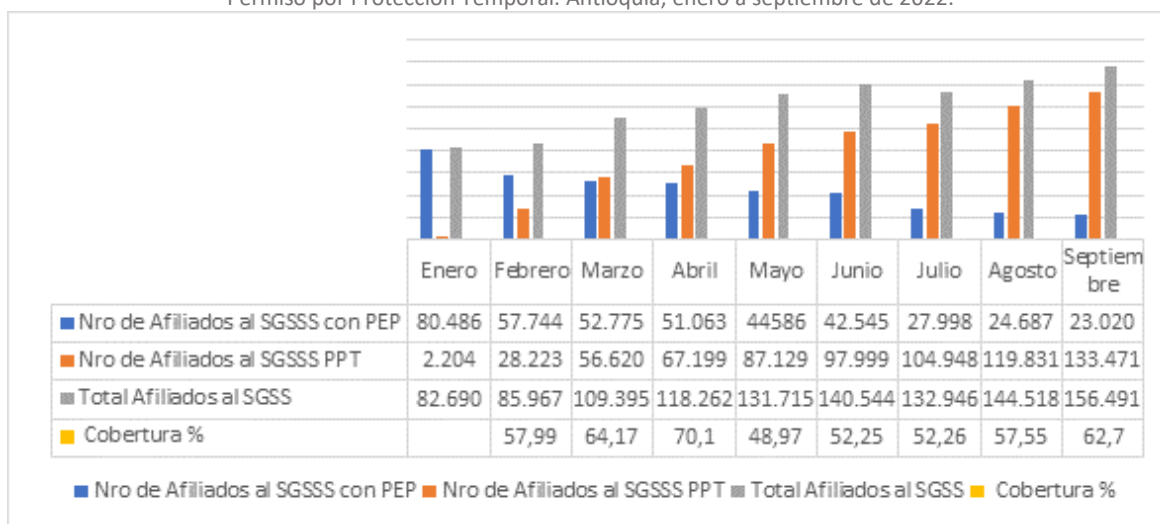
La Secretaría Seccional de Salud de Antioquia en aras de garantizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social de los Migrantes Venezolanos beneficiados del Estatuto por Protección Temporal, y que según información suministrada por el Ministerio de Salud en articulación con Migración Colombia con corte al 30 de Junio de 2022, se tienen 266.414 migrantes regularizados por este mecanismo potenciales a registrarse en el sistema de salud Colombiano, instauró dentro de su perfil orgánico y funcional acciones para el aseguramiento en salud de esta población así:

- Expedición de actos administrativos alusivos a la promoción, definición de rutas y seguimiento a la Afiliación al SGSSS, socializados con los actores del sistema.
- Asistencia Técnica a las Secretarías de Salud e IPS para la definición de competencias, unificación de criterios, implementación y divulgación de rutas de afiliación al SGSSS, disponibilidad de contactos de los referentes o coordinadores para gestionar directamente los procesos de afiliación.
- Disposición de una plataforma en página web de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia denominada “cero oportunidades perdidas de afiliación al régimen subsidiado” para proceder con la afiliación oficiosa excepcional, solo en los casos que no se pueda realizar la afiliación en el Sistema de Afiliación Transaccional –SAT.
- Capacitación a líderes migrantes venezolanos, entre otras organizaciones como IPS, sector floricultor en articulación con las entidades de la Cooperación que protegen los derechos de los migrantes, entre las entidades asesoradas están: OIM, USAID y Migración Colombia, este último, para todo lo relacionado con los diferentes estatus migratorios adoptados en

- Colombia, en especial del Estatuto de Protección Temporal.
- Apoyo a las jornadas masivas de afiliación en el Departamento de Antioquia promovidas por los territorios municipales o por los diferentes Cooperantes como USAID.
- Monitoreo al proceso de afiliación al SGSSS en todo el territorio Antioqueño y presentación de los resultados por los diferentes medios de comunicación que tiene la SSSA.

La articulación con las diferentes entidades del sector salud ha permitido que a 31/09/2022 estén asegurados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud un total de 156.491 nacionales de Venezuela, identificados con Permiso por Protección Temporal (133.471) y Permiso Especial de Permanencia (23.020), los cuales gozan de las mismas condiciones como los colombianos respecto al Plan de Beneficios en Salud y tecnologías en salud explícitos en el acto administrativo correspondiente a cada vigencia que expida el Ministerio de Salud..

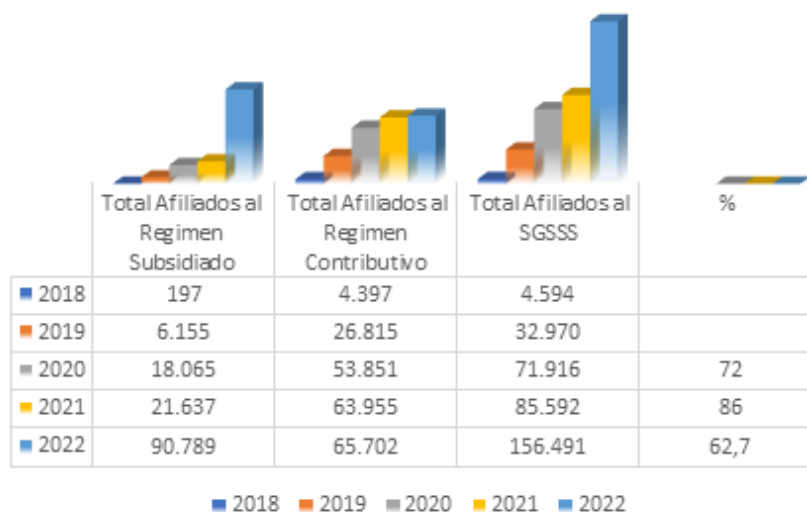
**Figura 42.** Tendencia de la afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con Permiso Especial de Permanencia y Permiso por Protección Temporal. Antioquia, enero a septiembre de 2022.



Fuente. Maestro del régimen subsidiado y contributivo Ministerio de Salud

Al comparar los datos de afiliación al SGSSS desde que inició el fenómeno migratorio con la inclusión de los migrantes venezolanos, una vez fueron sujetos de las diferentes medidas de regularización a través del Permiso Especial de Permanencia desde el 2018 hasta el año 2021 (Transitoriamente hasta febrero del 2023 se mantendrán afiliados con tipo de documento Permiso Especial de Permanencia los 23.020), y desde el año 2022 con el Estatuto de Permiso por Protección Temporal, se infiere que ha sido un avance y un trabajo satisfactorio para la institucionalidad, alcanzándose una cobertura de afiliación del 62.7% por ambos tipos de regularización y con la información disponible de Permiso Por Protección Temporal entregados por el Ministerio de Salud.

**Figura 43.** Tendencia de la afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con Permiso Especial de Permanencia y Permiso Por Protección Temporal. Antioquia, 2018-2022.



Fuente: Ministerio de Salud 2018- 2022.

Nota: Para los años 2018 y 2019 no se tiene cálculo de cobertura dado que se desconoce el número de migrantes venezolanos con Permiso Especial de Permanencia para esos cortes de fecha. Migración Colombia inicia en el 2020 con la publicación de la información en página web posibilitando el cálculo del indicador para los periodos 2020 y 2021. Para el año 2022 se tiene como fuente: migrantes con Permiso por Protección Temporal, cifras entregadas por el Ministerio de Salud al 30/06/2022 en articulación con Migración Colombia.

**Tabla 12.** Población migrante de Venezuela identificada con por protección temporal y Permiso Especial de Permanencia afiliada al SGSSS en el departamento de Antioquia, por subregión.

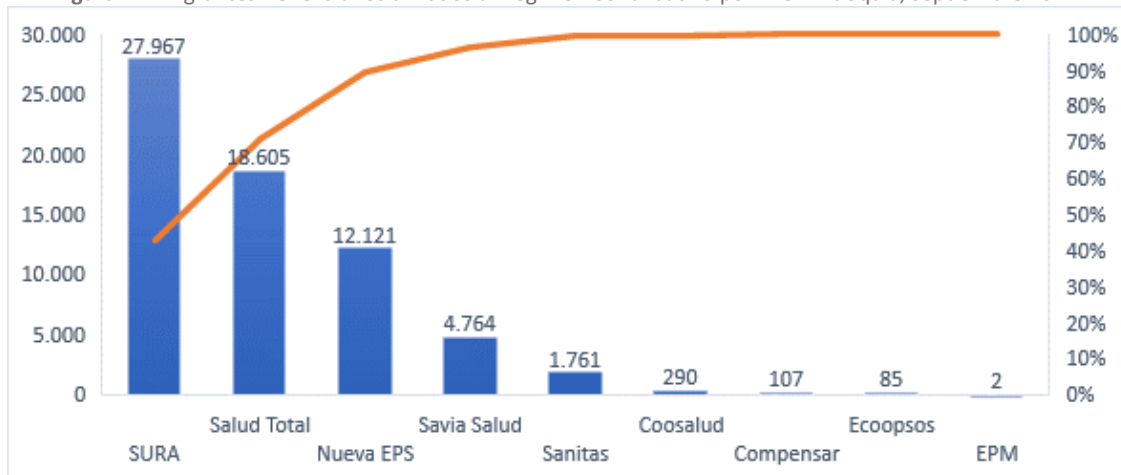
MUNICIPIO	Total, Población Migrante Venezolana que han solicitado PPT	Total, Afiliados con PEP	Total, Afiliados con PPT	Total, Afiliados	% Afiliación con PPT	% Afiliación con PPT+ PEP
DEPARTAMENTO	226.414	23.020	133.471	156.491	59	62,7
VALLE ABURRA	176.455	18.241	98.810	117.051	56	60,1
ORIENTE	26.047	2.765	17.599	20.364	67,6	70,7
URABA	9285	618	7043	7.661	75,9	77,4
OCCIDENTE	3.062	329	2.222	2.551	72,6	75,2
SUROESTE	2.889	315	2.028	2.343	70,2	73,1
NORDESTE	2.405	121	1.758	1.879	73,1	74,4
NORTE	2.140	302	1.789	2.091	83,6	85,6
MAG/ MEDIO	2.125	111	1.141	1.252	53,7	56
BAJO CAUCA	2.006	218	1.081	1.299	53,9	58,4

Fuente: Ministerio de Salud PPT entregados por migración Colombia 30/06/2022(1)- afiliados al SGSSS. Sept. 2022

La distribución de la afiliación al SGSSS de Migrantes Venezolanos por Empresa Promotora de Salud- EPS en el Departamento, en primer lugar, se encontró la EPS Sura con el 42.57% seguida de la EPS Salud Total con el 28.32% con afiliados al régimen contributivo. Por su parte, para el régimen subsidiado se ubicó en una primera posición la EPS Savia Salud con el 82.3%, y el porcentaje restante estuvo dividido en las demás EPS habilitadas en Antioquia.

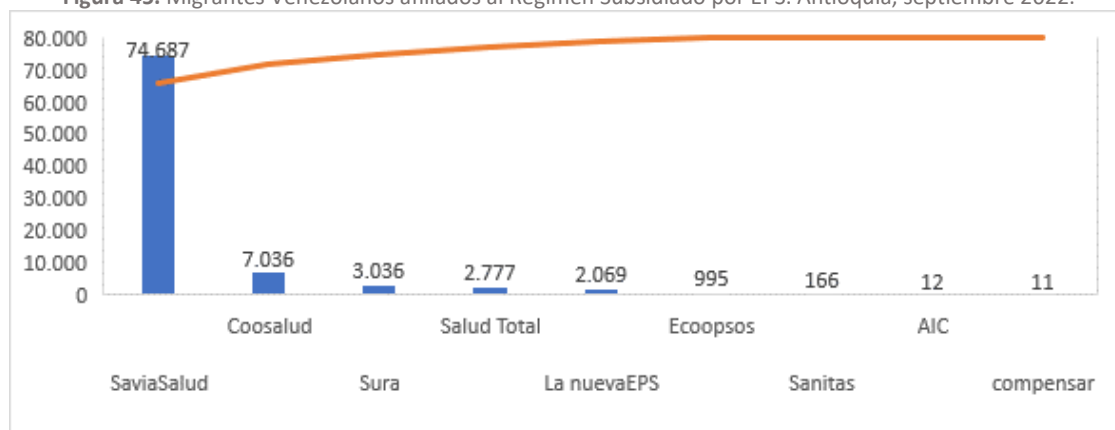


Figura 44. Migrantes Venezolanos afiliados al Régimen Contributivo por EPS. Antioquia, septiembre 2022.



Fuente: Ministerio de Salud -BDUA 2022

Figura 45. Migrantes Venezolanos afiliados al Régimen Subsidiado por EPS. Antioquia, septiembre 2022.

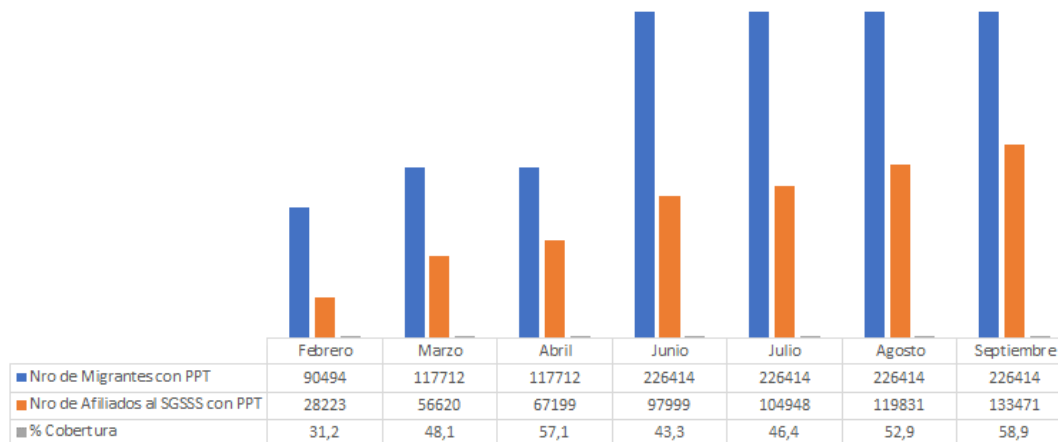


Fuente: Ministerio de Salud -BDUA 2022

Para el año 2022 se avanza en la regularización por el Estatuto por Protección Temporal, por lo que el indicador oficial en el plan de desarrollo Unidos 2020-2023 cambia, y pasa a calcularse teniendo en cuenta solo la población migrante que recibe Permiso por Protección Temporal y los afiliados al SGSSS con este mismo tipo de documento. Para el corte a 30 de septiembre 2022, el departamento de Antioquia alcanzó los 133.471 afiliados con Permiso por Protección Temporal.

De acuerdo a los datos entregados por el Ministerio de Salud con corte al 30 de junio de 2022, 266.414 migrantes han recibido su Permiso por Protección Temporal y son potenciales a la afiliación, por lo que el cálculo de la cobertura de afiliación al SGSSS de los usuarios con documento Permiso por Protección Temporal se calcula a partir de esta fuente y se encuentra en 58.95 %, esto, sin tener en cuenta los afiliados migrantes de Venezuela con Permiso Especial de Permanencia.

**Figura 46.** Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con Permiso por Protección Temporal. Antioquia, febrero – septiembre 2022.



Fuente: Ministerio de Salud según los datos reportados por Migración Colombia 30/06/2022

### 1.2.4.3. Afiliación al régimen subsidiado de migrantes de Venezuela en el marco de la temporalidad (sin SIBEN) y con SISBEN clasificación d: no pobre no vulnerable.

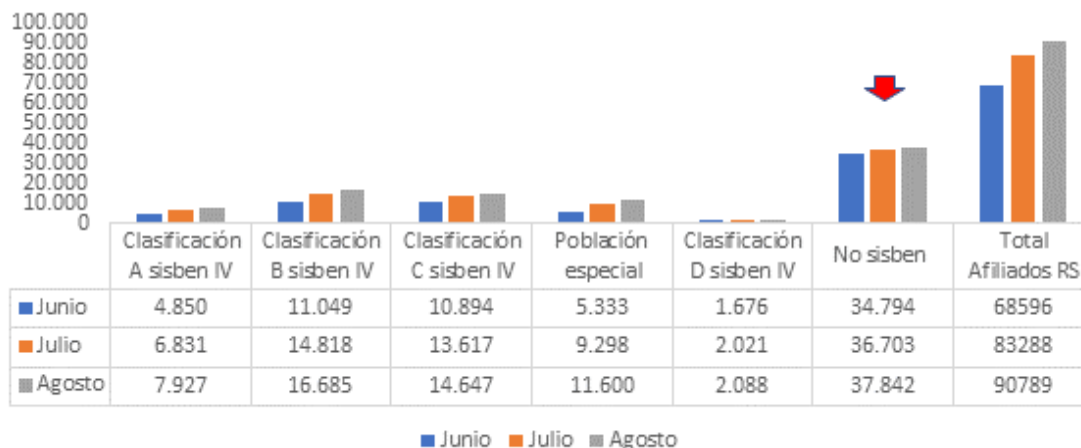
Por medio del Decreto No. 064 de 2020 y la Resolución No. 1128 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, se definen competencias por parte de las IPS y Entidad Territorial - ET – respecto a la afiliación oficiosa, y así mismo establece que cuando una persona demande servicios de salud o sea focalizada o identificada por la entidad territorial y en ambos casos, no se encuentre afiliada al SGSSS o registre con novedad de terminación de la inscripción a la Entidad Promotora de Salud - EPS-, se efectuará su inscripción de manera inmediata a través del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT o directamente ante la EPS en coordinación con la Entidad Territorial municipal, y de esta manera alcanzar la meta de cobertura universal propuesta por el Gobierno Nacional.

El artículo 3 del Decreto No. 064 de 2020, ha definido que son afiliados al régimen subsidiado los migrantes venezolanos sin capacidad de pago, pobres y vulnerables con Permiso Especial de Permanencia – PEP vigente; cuya caracterización e ingreso al listado censal, se encuentra a cargo de las alcaldías municipales o distritales. Los migrantes identificados con Permiso por Protección Temporal no serán parte del listado Censal y deberán acceder a la encuesta del Sisbén en clasificación A, B o C para permanecer en el régimen subsidiado.

Con corte a septiembre 2022 se tiene 37. 842 migrantes venezolanos que se afiliaron en el marco de la temporalidad al régimen subsidiado (Afiliados sin Sisbén), quienes tendrán, a partir de allí, un plazo de 4 meses para la aplicación de la Encuesta de Sisbén, por su parte al indagar sobre los migrantes de Venezuela que se afiliaron y a la fecha ya cuentan con encuesta de Sisbén IV, hay un total de 2.088 migrantes afiliados al régimen subsidiado que quedaron clasificados en el grupo D: Población No pobre No vulnerable; para ambos casos expuestos, la Entidad Territorial de ac...

a las verificaciones y debidos procesos de acuerdo al código contencioso administrativo y Decreto 616 del 2022, artículo 2.1.5.1.3 “verificación de condiciones en el régimen subsidiado” podría proceder con el retiro de los usuarios en BDUA, de acuerdo a las semanas de procesos y tipo de novedades establecidas en la Resolución 2153 del 2021.

**Figura 47.** Población Afiliada al Régimen Subsidiado con Documentos de Identificación Permiso Especial de Permanencia o Permiso Por Protección Temporal según Encuesta de Sisbén o Población Especial. Antioquia 2022



Fuente: Ministerio de Salud 2022

**Tabla 13.** Migrantes Venezolanos identificados con Permiso Especial de Permanencia o Permiso por Protección Temporal Afiliados al Régimen Subsidiado y que no registraban Sisbén versión IV o con clasificación D por región. Antioquia, junio 2022.

Afiliados al Régimen Subsidiado	No Sisbén IV	% de participación	Con Sisbén IV clasificación D	% de participación
<b>Total, Departamento</b>	<b>37.842</b>	<b>100</b>	<b>2.088</b>	<b>100</b>
<b>Valle de Aburrá</b>	<b>28.510</b>	<b>75</b>	<b>1.624</b>	<b>78</b>
<b>Urabá</b>	<b>3.598</b>	<b>10</b>	<b>36</b>	<b>2</b>
<b>Oriente</b>	<b>3244</b>	<b>8,57</b>	<b>315</b>	<b>15</b>
<b>Occidente</b>	<b>447</b>	<b>1,18</b>	<b>33</b>	<b>2</b>
<b>Suroeste</b>	<b>687</b>	<b>1,82</b>	<b>34</b>	<b>2</b>
<b>Nordeste</b>	<b>441</b>	<b>1,17</b>	<b>9</b>	<b>0</b>
<b>Norte</b>	<b>387</b>	<b>1,02</b>	<b>20</b>	<b>1</b>
<b>Magdalena Medio</b>	<b>322</b>	<b>0,85</b>	<b>9</b>	<b>0</b>
<b>Bajo Cauca</b>	<b>206</b>	<b>0,54</b>	<b>8</b>	<b>0</b>

Fuente: Ministerio de Salud 2022.

## 1.2.4.4. Situaciones que pueden afectar el indicador de cobertura de afiliación al SGSSS son:

- Desconocimiento del migrante venezolano con Permiso Especial de Permanencia vigente o Permiso por Protección Temporal sin capacidad de pago que puede acceder al aseguramiento a través del régimen subsidiado en el marco de la afiliación oficiosa temporal, es decir, que podrá afiliarse al régimen subsidiado y tendrá cuatro meses para aplicarse la encuesta del Sisbén.
- Desconocimiento del migrante venezolano con Permiso Especial de Permanencia vigente o Permiso por Protección Temporal sin capacidad de pago que se afilia al régimen subsidiado RS y debe encuestarse en Sisbén, de lo contrario se procede con el retiro.
- Desconocimiento del migrante venezolano con Permiso Especial de Permanencia vigente o Permiso por Protección Temporal sin capacidad de pago que se afilia al régimen subsidiado y una vez encuestado en Sisbén y se obtiene clasificación D: No pobres No vulnerable debe retirarse del Sisbén o pagar la contribución solidaria.
- Alta rotación del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, multifunciones en las Secretarías de Salud Municipales que debilitan la capacidad de respuesta en los procesos de afiliación de migrantes, que repercute que en algunas ocasiones se interpongan barreras administrativas dilatando o perdiendo oportunidades de afiliación al SGSSS.
- Los contactos telefónicos de migrantes venezolanos dispuestos a los municipios por el Ministerio de Salud a través del Sistema de Afiliación Transaccional no corresponden a la realidad, toda vez que durante los procesos de verificación el contacto está fuera de servicio, no contestan o ya no viven en el domicilio indicado.
- Los migrantes venezolanos que han expedido Permiso Especial de Permanencia o Permiso por Protección Temporal en Colombia, pueden retornar al País de Venezuela o dirigirse hacia otros países, información que desconocen las Secretarías de Salud, quedando el usuario registrado para el municipio, sea en las bases de datos del SISBEN, en el listado censal o en las estadísticas de migración, sin posibilidad de afiliación alguna, lo que ocasiona que el registro permanezca y al calcular el indicador de afiliación no sea el esperado o no se evidencie aumento del mismo.
- Se ha identificado que el migrante venezolano está omitiendo el documento de identidad sea PEP o PPT ante las diferentes entidades de salud, lo que ocasiona que el usuario ante la urgencia en salud sea atendido como población no afiliada a cargo de las entidades territoriales y no se pueda proceder con la afiliación del migrante.
- El Decreto 064 estableció que los migrantes venezolanos deben notificar novedad de permanencia en el País cada 4 meses, de no hacerlo, las entidades territoriales procederán a su retiro del régimen subsidiado.



## Retos:

- Alcanzar el 90% de afiliación al SGSSS de los Migrantes Venezolanos con Permiso por Protección Temporal en el Departamento de Antioquia al finalizar el año 2022. En la medida que aumente el porcentaje del aseguramiento en salud de la población migrante, se podrá bajar la carga que tienen los Departamentos y Municipios para el reconocimiento de las atenciones en salud con sus recursos propios.
- Fortalecer la asistencia técnica a los actores del SGSSS, en especial a Secretarías de Salud Municipales, a Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, las diferentes entidades cooperantes de protección a migrantes, y los mismos migrantes venezolanos en los diferentes espacios creados por esta Secretaría para ello.
- Establecer una red entre los municipios del Departamento de Antioquia y resto de Colombia para que, en los casos de la verificación de datos dispuestos por el SAT, si el migrante ya no reside en el sitio que fue reportado por el Ministerio de Salud, inmediatamente se active una alerta en el municipio que manifiesta ya estar viviendo y se proceda con la afiliación inmediata.
- Articulación efectiva con Migración Colombia para:
  - La retroalimentación mensual de estadísticas de PPT entregada por municipio en Antioquia.
  - La retroalimentación de estadísticas de PPT dados de baja en el Departamento de Antioquia.
  - Retroalimentación de la programación de entrega de PPT en cada municipio del Departamento de Antioquia con anterioridad a su ejecución con el propósito de adherirnos a la oportunidad de captar los usuarios que reciben su PPT.
- Divulgación de pauta publicitaria por los diferentes medios masivos de comunicación en el Departamento de Antioquia para empoderar a los migrantes venezolanos en el tema del aseguramiento, en especial los deberes y derechos adquiridos.

## Acciones realizadas por la dirección de DDHH de la gobernación de Antioquia en materia de derechos de la población migrante y refugiada

### Antecedente:

La Dirección de Derechos Humanos de la Secretaría de Asuntos Institucionales Paz y No Violencia, suscribió en marzo de 2021 un convenio con el ACNUR hasta diciembre de 2023, para el fortalecimiento de las capacidades institucionales para la atención a la población migrante y



refugiada en Antioquia, en función de atender a las más de 343.000 personas migrantes de Venezuela, de acuerdo con cifras de Migración Colombia<sup>4</sup>

Bajo este convenio, se logró la contratación de un profesional responsable de asesorar a los municipios en el marco internacional de protección de la población refugiada y socializar en Estatuto Temporal de Protección para la población migrante venezolana, conforme con el decreto 216 del 1 de marzo de 2022.

Asimismo, realizar en articulación con Migración Colombia, ACNUR, OIM entre otras entidades de cooperación internacional y nacional, jornadas de atención a la población migrante en las etapas de regularización y expedición de los PPT Permisos por Protección Temporal.

## Objetivo del convenio indicadores y actividades:

### Objetivo:

Fortalecer la capacidad institucional de la Gobernación de Antioquia para el abordaje de la situación de la población de interés del ACNUR y brindar asistencia técnica orientada a mejorar las

### Indicadores:

- 260 funcionarios capacitados para fortalecer el entorno de protección
- 52 entidades fortalecidas para la respuesta
- Número de personas que han recibido información de manera individual a través de diferentes canales de comunicación

### Actividades:

- Asesoría y orientación respecto a la implementación del Estatuto Temporal de Protección de migrantes venezolanos- ETPV y jornadas de No Discriminación a servidores públicos en los 52 municipios priorizados
- Asistencia técnica en la implementación del Estatuto Temporal de Protección de migrantes venezolanos- ETPV y acceso a derechos de la población Migrante y Refugiada en los 52 municipios priorizados
- Jornadas de atención y orientación para el acceso al Estatuto Temporal de Protección de migrantes venezolanos- ETPV.

## Resultados a diciembre 2022

<sup>4</sup> Cifra con corte a septiembre de 2022

Indicador	Meta	Resultados marzo-diciembre 2022	Porcentaje de cumplimiento
# de funcionarios capacitados para fortalecer el entorno de protección	260	308	116%
Indicador	Meta	Resultados marzo-diciembre 2022	Porcentaje de cumplimiento
# de municipios asesorados	52	45	86%

Detalle municipios asesorados de septiembre a diciembre 2022

registro participantes asesoria tecnica a servidores publicos SEP-NOV 2022					
municipio	hombres	mujeres	total	rango edad	fecha
Marinilla	1	1	2		26/09/2022
Santuario	2	1	3	18-59	26/09/2022
Rionegro	3	10	13	18-59	27/09/2022
Guarne	5	3	8	18-59	27/09/2022
Santa Fe de Antioquia	6	7	13	18-59	5/10/2022
El Retiro	5	3	8	18-59	6/10/2022
Carmen de Viboral	1	5	6	18-59	7/10/2022
Chigorodò	3	10	13	18-59	24/10/2022
Apartadò	5	13	18	18-59	24/10/2022
Turbo	1	1	2	18-59	26/10/2022
Necocli	4	3	7	18-59	28/10/2022
San Juan de Urabá	2	5	7	18-59	27/10/2022
Arboletes	1	6	7	18-59	27/10/2022
Sonsón (La Danta)	3	3	6	18-59	9/11/2022
Puerto Triunfo	0	8	8	18-59	10/11/2022
Yondó	3	3	6	18-59	11/11/2022
La Ceja	3	11	14	18-59	21/11/2022
San Luis	1	6	7	18-59	23/11/2022
Guatapé	2	4	6	18-59	24/11/2022
El Peñol	6	12	18	18-59	24/11/2022
Sopetrán	2	3	5	18-59	6/12/2022
<b>Total a 25-11-2022</b>	<b>59</b>	<b>118</b>			

Indicador propio del proyecto	Meta	Resultados marzo-diciembre 2022	Porcentaje de cumplimiento
# de personas que han recibido información de manera individual a través de diferentes canales de comunicación	4.160	2.868	69%



## Impactos del proyecto en el acceso a derechos para la población migrante y refugiada.

- 307 servidores públicos, informados sobre el marco internacional de protección y el Estatuto Temporal de Protección de migrantes venezolanos- ETPV. (secretarios de Gobierno, de Salud, de Educación, SISBEN, Comisaría de familia, Personería)
- 565 PPT entregados de septiembre a noviembre 2022 en 12 jornadas
- 426 personas atendidas en las etapas de pre-registro virtual y biométrico (entre septiembre y noviembre del 2022)
- 304 personas han logrado el aseguramiento en salud (entre septiembre y noviembre 2022)
- 273 personas han logrado inscripción en el SISBEN (entre septiembre y noviembre 2022)
- 90 designados municipales para la atención a la población migrante y refugiada

## Sinergias institucionales con:

- Con entidades de Cooperación Internacional del Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos- GIFMM para la realización de las jornadas de atención para migrantes y refugiados, y el enlace con los municipios para articulación de acciones en atención básica complementaria.
- Con líderes de organizaciones venezolanas del Oriente Antioqueño, para el análisis de desafíos, oportunidades para la atención e integración de la población migrante y refugiada.
- Con la Secretaría de Asuntos institucionales, paz y Noviolencia departamental, para plantear alternativas frente a las dificultades y barreras en educación, salud
- Con las diferentes alcaldías, entre ellas Carmen de Viboral, Sonsón, El Peñol para diseñar propuesta en temas de convivencia ciudadana, prevención del delito, educación, emprendimiento socio económico

## Hallazgos en el desarrollo de las acciones.

Identificados escenarios de articulación entre ente territorial municipal y entidades de cooperación, para la atención básica en el primer nivel, a manera de acciones de subsidiariedad:

- Programas de promoción y prevención salud sexual y reproductiva
- Atención de especialidades médicas, ejemplo salud mental, personas con discapacidad
- Aulas móviles, transporte escolar para estudiantes desde la zona urbana a la rural, programas de refuerzo escolar con personas en extra edad.
- Se requiere un trabajo con Juntas de Acción Comunal, para indagar sobre la presencia de población migrante regular e irregular en los barrios y veredas, para enfocar las acciones.





- Importante trabajar con las comunidades locales en temas de prevención del delito, convivencia ciudadana, iniciativas culturales
- Fortalecer iniciativas o emprendimientos productivos realizados por mujeres cabeza de hogar (Carmen de Viboral, San Juan de Urabá) y jóvenes (Turbo)
- Otros hallazgos:
- Preocupa el subregistro de la población irregular, en promedio 80 servicios de atención de urgencias en salud al mes, lo que esto significa para el municipio.
- Sistema de registro en red hospitalaria, programas de primera infancia y matrícula para educación básica y secundaria, se puede sondear la población migrante irregular en los municipios. Se requiere estandarizar el registro.
- Los empleadores y métodos informales de cubrimiento de la salud de trabajadores venezolanos (foco de atención) trabajo de sensibilización a nivel municipal, con entidades de vigilancia y control, etc.
- Derribar mitos: “migración nos va a deportar” “mejor trabajar sin deducción de carga prestacional”,
- Imaginarios culturales sobre el venezolano.

## Desafíos para la gobernación de Antioquia en materia de migración.

- Identificar las herramientas de información y registro de población migrante, buscando en lo posible incluir información sobre población irregular, con la instrucción que los municipios recojan esta información de manera estandarizada.
- Ofrecer de manera periódica información actualizada sobre la población migrante regular e irregular, de manera que se pueda fortalecer como referentes de fuente de consulta actualizada para todos los grupos de interés
- Identificar los factores generadores de xenofobia y las estrategias más adecuadas para su abordaje. para difundir piezas de comunicación audiovisual en los canales internos de la gobernación y hacia afuera
- Definir estrategia de abordaje e interrelación con empresas, cámara de comercio de Medellín, sector financiero, en promoción derechos laborales para la población migrante
- Como lograr integración local
- Como lograr la convivencia ciudadana con los venezolanos
- Establecer rutas de trabajo o institucionales para abordar las necesidades de los diferentes tipos migratorios.
- La expedición de PPT de los estudiantes

## 1.2.5. Movilidad forzada

Todas las formas de migración, muestran un panorama de conexión con un contexto mundial de movilidad humana, en el que las guerras internas, juegan un papel vital, con las cuales, desde la perspectiva de las personas se experimenta miedo, desarraigo, deslocalización y trashumancia, sin dejar atrás los grupos sociales, la lucha, no solo para salvar la vida, sino para integrarse y ser reconocidos en esas nuevas sociedades, ya sea en otro país, región u otra ciudad e incluso otro barrio de la misma localidad.

La diferenciación del hecho victimizante del desplazamiento forzado respecto de las demás violaciones a los derechos humanos- DDHH e infracciones al derecho internacional humanitario- DIH reconocidos por la Unidad de Atención y Reparación a las víctimas- UARIV, responde a las necesidades de caracterización y atención adicionales derivadas del cumplimiento a la sentencia T-025 de 2004, por la cual se declaró el Estado de Cosas Inconstitucional, señalando que se ha configurado una violación masiva, generalizada y estructural de los derechos fundamentales de la población desplazada. En relación al desplazamiento forzado a nivel del territorio colombiano, del total de personas víctimas, 8.352.320 están reconocidas bajo este hecho victimizante, representando un 89% del total de la población; para Antioquia están reconocidas 1.590.276, representando un 84.5% del total de víctimas del territorio.<sup>5</sup>

Es importante mencionar que la ley 1448 de 2011 establece la siguiente categorización de hechos victimizantes para recoger a toda la población víctima del conflicto armado: Acto terrorista – Atentados- Combates- Enfrentamientos- Hostigamientos, Amenaza, Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado, Desaparición forzada, Desplazamiento forzado, Homicidio, Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado, Secuestro, Tortura, Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados, Abandono o Despojo Forzado de Tierras, Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles, Lesiones Personales Físicas, Lesiones Personales Psicológicas y Confinamiento.

## Víctimas del conflicto armado

El concepto de víctima del conflicto armado se define dentro de la Ley 1448 de 2011 como “Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.”<sup>6</sup>

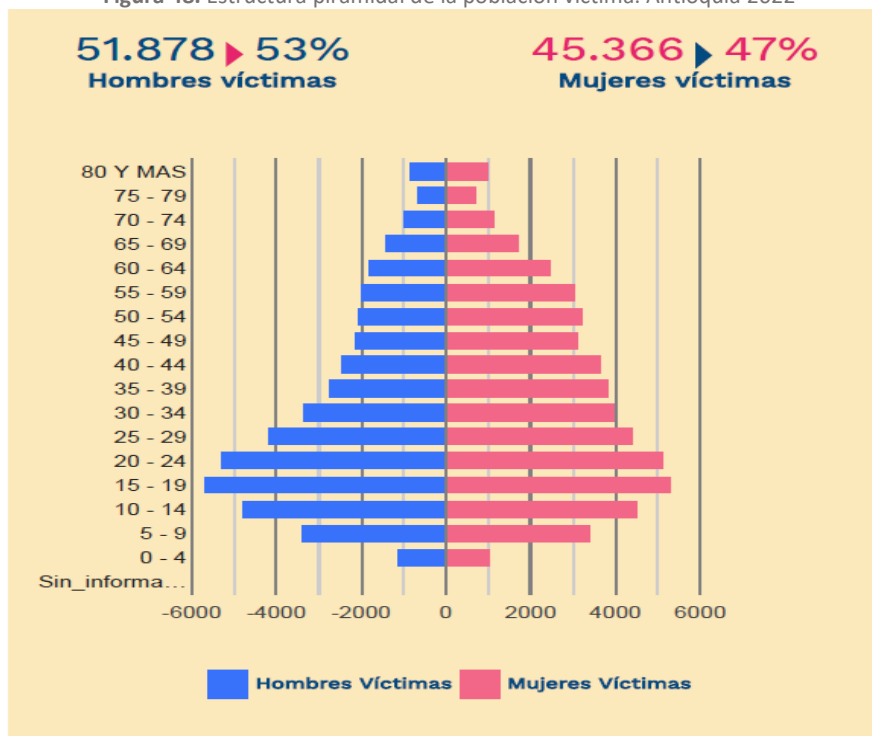
<sup>5</sup> Registro Único de Víctimas – RUV- Unidad de atención y reparación integral a víctimas (UARIV)

<sup>6</sup> Ley 1448 de 2011 Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

De acuerdo con la información disponible de población víctima del conflicto armado, según cifras suministradas por la Red Nacional de Información, administrada por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas- UARIV, al 30 de octubre de 2022 para el país se reportan: 9'379.858; con probable residencia en el departamento de Antioquia, se tenían identificadas un total de 1'881.525 personas víctimas de ocurrencia y 1'518.814 por ubicación. Cifra que representa el 22% de la población, superando la cifra global para el país del 18%.<sup>7</sup>

Las víctimas acceden a la reparación integral enmarcada en la Política Pública de atención y reparación a las víctimas del conflicto armado, compuesta por cinco medidas: restitución, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición y rehabilitación, siendo esta última medida concerniente al sector salud. El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas- PAPSIVI- hace tangible la medida de rehabilitación en salud y se define como “El conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial. Podrán desarrollarse a nivel individual o colectivo y en todo caso orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante”, con el objetivo mitigar el sufrimiento emocional y físico de las víctimas y adicionalmente reconstruir el tejido social en sus comunidades.<sup>8</sup>

Figura 48. Estructura piramidal de la población víctima. Antioquia 2022



Fuente: Unidad para la Atención de Víctimas 2022.

7 Registro Único de Víctimas – RUV- Unidad de atención y reparación integral a víctimas (UARIV)

8 Artículo 164 del decreto 4800 de 2011 Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones.

La identificación de la configuración de la pirámide poblacional víctima, permitirá proyectar la dinámica de crecimiento y tránsito generacional de su población, así como identificar la afectación por sexo/grupo etario, identificándose mayor proporción de hombres a nivel global, pero con predominio de mayor afectación a hombres en etapa de adolescencia y adulto joven, así como mujeres en el grupo de adulto medio. Esto permitirá al sector salud establecer planes, programas y proyectos que atiendan a las necesidades reales de la población víctima.

Tabla 14. Población víctima según subregión de residencia en Antioquia.

Subregión	Total Población		Población Víctima	
	Número de habitantes	%	Número de víctimas	%
Bajo Cauca	260.681	3,9	114.937	7,0
Magdalena Medio	107.013	1,6	23.055	1,4
Nordeste	202.261	3,0	50.048	3,1
Norte	248.422	3,7	60.656	3,7
Occidente	212.446	3,2	80.595	4,9
Oriente	695.596	10,4	213.095	13,1
Suroeste	370.530	5,5	75.432	4,6
Uraba	525.685	7,9	427.592	26,2
Valle de Aburra	4.055.296	60,7	586.420	35,9
<b>Total general</b>	<b>6.677.930</b>	<b>100</b>	<b>1.631.830</b>	<b>100</b>

Fuente: RUV - SISPRO – 2020

Actualmente la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia ejecuta el PAPSIVI, una de las estrategias para la territorialización de la medida, desde la que se “diseña, coordina y monitorea las estrategias, planes y acciones de atención psicosocial y de salud integral con enfoque psicosocial a víctimas, tomando en consideración las particularidades de carácter individual y colectivo, y teniendo en cuenta las diferencias de género, ciclo vital, etnia y territorio”<sup>9</sup> según disposiciones del Decreto 4800 de 2011, por ello, incluye orientaciones metodológicas que permiten brindar una atención concertada con cada víctima considerando los hechos victimizantes y haciendo uso de anexos técnicos específicos para la atención psicosocial con carácter diferencial.

El programa consta de dos componentes: Atención integral en salud y Atención psicosocial. Para la atención psicosocial desde el 2017. El Ministerio de Salud y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia han dispuesto equipos de profesionales de disciplinas psicosociales, en cada uno de los municipios de residencia de las víctimas reconocidas en el Registro Único de Víctimas, cobijadas por órdenes judiciales, procesos de justicia y paz, restitución de tierras, medidas cautelares, búsqueda de personas desaparecidas y violencias basadas en género. Dichas atenciones se brindan en modalidad individual, familiar o comunitaria, según los lineamientos del

9 Artículo 165 del decreto 4800 de 2011 Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones.



Ministerio de Salud y Protección Social. Al 31 de diciembre del 2021, el programa ha intervenido 109 de los 125 de los municipios con 94.963 atenciones en las diferentes modalidades del componente de atención psicosocial.

El segundo componente del programa se enmarca dentro del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y diferencial a Víctimas que brinda orientación técnica, por medio de 5 líneas: Coordinación, Caracterización de la Población, Formación, Atención y Seguimiento. Cada línea cuenta con diferentes acciones y responsables para lograr la articulación y finalmente la oferta de una atención en salud, como ya se ha mencionado con enfoque psicosocial y diferencial. El desarrollo de este componente es directa responsabilidad de los actores del SGSSS, para los que se cuenta con asesorías y asistencias técnicas de manera permanente para la implementación de dicho protocolo de atención.

Es importante anotar que se reconoce que las entidades del sector salud no fueron pensadas como entidades de atención a población víctima, sino que han tenido que adaptarse poco a poco para recibir y manejar esta demanda, el protocolo pues, se constituye como un aporte específico para tal adaptación sectorial de los procesos encaminados a la atención de población víctima.

Las EAPB con su red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS–, son las directamente responsables de implementar la atención en salud y ofrecer los planes de atención en una ruta donde las víctimas sean atendidas según las indicaciones técnicas del protocolo. Al respecto la Secretaría de Salud Departamental, en el marco de sus competencias, asiste técnicamente a las EAPB e IPS en los lineamientos de implementación de dicho protocolo. Para esto cuenta con dos escenarios que transversalizan el seguimiento a la implementación como la Mesa Técnica de las EAPB, que sesiona periódicamente; el otro escenario es en el que se realiza seguimiento a cada una de ellas, a través de las visitas de inspección y vigilancia, para garantizar el cumplimiento de la norma.

Desde el componente de formación del protocolo de atención en salud y según las disposiciones de la Resolución 1166 de 2018,<sup>10</sup> la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, viene generando articulación con instituciones de educación superior e instituciones para el trabajo y el desarrollo humano, con el objetivo de fortalecer la formación y certificación en atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, de los servidores de las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas-SNARIV y talento humano de las entidades del sector salud.

Desde el 2018 la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia se articula con el Centro de Servicios de Salud del SENA Regional Antioquia y actualmente se han formado y

<sup>10</sup>Resolución 1166 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado y se dictan otras disposiciones.



certificado un total de 586 personas en todo el departamento. Desde el 2020 se oferta el curso de formación en modalidad virtual.

La mesa de talento humano, creada con el ánimo de divulgar, socializar e implementar la formación en atención con enfoque psicosocial desde las entidades académicas, sesiona periódicamente, sus integrantes son representantes de las diferentes facultades de salud o socio humanísticas (Enfermería, psicología, trabajo social) de la ciudad, dando cumplimiento a lineamientos de la resolución en relación a la adquisición de la competencia en atención con enfoque psicosocial; dicha formación se contempla transversalmente en los diferentes niveles para el talento humano en salud (pre y posgrados).

### 1.2.5.1. Distribución de la población víctima

Hasta el 30 de octubre de 2022 en Colombia se han registrado 9'379.858 víctimas, según los reportes entregados por la Unidad para las Víctimas, de estas 7'451.797 son sujetos de reparación y/o atención.

En el departamento de Antioquia la cifra de víctimas asciende a un total de 1'881.525 registradas. El hecho preponderante es el desplazamiento forzado con 1'590.276 personas, seguido del homicidio con 318.952 personas afectadas y la tercera condición son las víctimas de amenaza con 119.059, además de otras formas de violencia como las que se encuentran en la siguiente tabla.

Tabla 15. Cifras de los hechos victimizantes en Antioquia desagregados

Hecho Victimizante	Víctimas
Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	8.220
<b>Amenaza</b>	<b>119.059</b>
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	5.225
Desaparición forzada	46.442
<b>Desplazamiento forzado</b>	<b>1.590.276</b>
<b>Homicidio</b>	<b>318.952</b>
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	2.454
Secuestro	8.373
Tortura	1.760
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados	1.633
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	6.376
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	11.531
Lesiones Personales Físicas	2.883
Lesiones Personales Psicológicas	3.247
Confinamiento	4.662
Sin información	7.157

Fuente: Registro Único de Víctimas 2022



Para el año 2022, al 30 de octubre se contaba con la siguiente situación de aseguramiento de la población víctima del conflicto armado a nivel departamental.<sup>11</sup>

- Total, población víctima afiliada para el presente año 860.673, predominando Savia Salud EPS como la EAPB con mayor número de usuarios activos desde el régimen subsidiado. Dato muy similar a la EAPB de afiliación de población general.
- Porcentaje de afiliación al Régimen Subsidiado de población víctima residente en la Entidad Territorial: 45.74%.<sup>12</sup>
- El porcentaje de afiliación al Régimen Contributivo o especial y discriminación por EAPB aún no se encuentra disponible en el BDUA.

## Conclusiones Generales al contexto territorial y demográfico

Antioquia es un departamento con una ubicación estratégica dentro de Colombia, que abastece la economía nacional y el mercado internacional, constituyéndose en un territorio que impulsa estrategias de desarrollo por su amplia diversidad geográfica, hidrológica, multicultural, económica, y de innovación, entre otras, permitiéndole construir progresos regionales sólidos, para el bienestar de sus pobladores. Sin embargo, los avances son desiguales entre subregiones y en ellas las áreas urbanas y rurales, siendo estas últimas las menos favorecidas, lo que indica, la necesidad de dirigir proyectos innovadores de emprendimiento rural que fortalezcan estas zonas.

Sobre la infraestructura vial y de transporte, el Departamento ha venido obteniendo avances importantes con las construcciones de las vías de Cuarta Generación o 4G, conocidas como las Autopistas para la Prosperidad y en general con la red vial del Departamento y la construcción del puerto de Urabá, que no sólo generará un gran dinamismo económico - social, sino que favorecerá el desarrollo de varias zonas del Departamento, aumentando la competitividad, por medio de una reducción de costos y distancias para el transporte de bienes y personas a nivel departamental, nacional e internacional. No obstante, el atraso en la infraestructura de vías secundarias y terciarias ha sido uno de los principales obstáculos para el desarrollo económico departamental, dado que complica la integración regional y frena la competitividad, especialmente del campo.

Adicionalmente, aumenta el costo del transporte de los productos a los principales centros de consumo, y afecta la prestación de servicios básicos, como, educación, salud, seguridad y el desarrollo de algunos sectores económicos como el turismo. Este aspecto es de relevancia para los gobiernos, por lo tanto, se debe avanzar en la construcción y mejoramiento de vías y rutas veredales, hacia los centros poblados para disminuir tiempo y pérdida de bienes y productos.

El factor climático en Antioquia, como en otras partes del mundo, le ocasiona fuertes impactos sociales, ambientales, ecológicos y económicos. Las alteraciones del clima, tienen efectos negativos, sobre la agricultura, la producción agropecuaria, la generación de energía eléctrica, el

11 Estadísticas cobertura de aseguramiento octubre 2022 SSSPSA

12 Fuente: Maestro subsidiado Ministerio de Salud y Protección Social - BDUA

transporte fluvial, y ocasionan desastres naturales, con las consecuentes pérdidas de vidas humanas y de infraestructura, entre otras, por lo que se debe tratar de mitigar el impacto de estos desastres con planes de gestión de riesgos funcionales y acordes a los territorios.

Las minorías étnicas en el Departamento, como afrodescendientes, raizales, indígenas, palenqueros y gitanos, tienen determinantes diferenciales y sus expectativas de calidad de vida, sus recursos y sus opciones de acceso al bienestar y la salud son limitados, convirtiéndolos en una población vulnerable para las diferentes formas de violencia y de otros hechos victimizantes. La creación hoy día de organismos gubernamentales para el goce de sus derechos, son hechos que se vienen materializando para disminuir las brechas existentes en dichas poblaciones y conocer más de ellas.

La población migrante en Antioquia, va en aumento convirtiéndose el territorio en un asentamiento receptor de población en los últimos años, lo que representa un reto para el Departamento en términos de planeación, eficiencia y oportunidad de las estrategias creadas, por los gobiernos locales para su población nativa, dado que la vulnerabilidad de estas personas y la ilegalidad de muchos, aumenta los asentamientos en las periferias lo cual viene, generalmente, acompañado de problemáticas sociales, aumentando el fenómeno de informalidad y el subempleo que tienen a su vez un impacto negativo en la cobertura de aseguramiento.

Antioquia concentra un grupo de población en edad económicamente activa importante, por la que deberá seguir fortaleciendo e impulsando programas educativos a nivel técnico, tecnológico y superior que suplan las necesidades del talento que se requiere según la oferta laboral, así como promover proyectos de generación de empleo, apuntando a solucionar problemas reales de competitividad, productividad y disminución de la pobreza en el Departamento.

Antioquia avanza en el proceso de transición demográfica y como resultado, la estructura de la población por edad se envejece, hay disminución en la natalidad y la fecundidad, y un aumento en la esperanza de vida por lo que, deberán planearse, estrategias que garanticen y soporten una adecuada calidad de vida de las personas adultas. Antioquia tiene una proporción importante de habitantes en edad económicamente activa (15 a 64 años), con cerca del 69% del total de personas; esta fuerza laboral, deberá aprovecharse, procurando aumentar la generación de empleo y acceso a la educación, lo que impacta de manera positiva en las condiciones de vida y estado de salud de la población antioqueña.







Abordaje de los  
efectos de  
**salud y sus  
determinantes**

CAPÍTULO II



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

## CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

### 2.1. Análisis de la mortalidad

Según la Organización Mundial de la Salud - OMS, para el 2019, las enfermedades no transmisibles aportaron 7 de las 10 primeras causas de muerte, evidenciando un aumento con relación al año 2000, en el que solo eran cuatro de las 10 primeras causas, lo que sugiere, la priorización de políticas tendientes a la prevención y tratamiento de estas enfermedades.

El 74% de las muertes en el mundo son debido a las Enfermedades no Transmisibles, ENT, responsables de 41 millones de fallecimientos anuales, de los cuales 17 millones corresponden a personas menores de 70 años, y de éstos el 86% se presenta en los países de ingresos bajos. La región de las Américas aporta 2.2 millones de estas muertes.

En el mundo cuatro grupos de enfermedades aportan el 80% de las muertes, 17.9 millones mueren debido a las enfermedades cardiovasculares, 9.3 millones por cáncer, 4.1 millones por enfermedades respiratorias y 2 millones por diabetes y enfermedad renal a causa de la misma. El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.

Las cardiopatías, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer de pulmón y la neumopatía obstructiva crónica provocaron en conjunto 100 millones más de años de vida saludable perdidos en 2019, en comparación con 2000. Los traumatismos son otra importante causa de discapacidad y muerte: se ha registrado un aumento considerable de los traumatismos debidos al tránsito en la Región de África desde 2000, con un aumento de casi el 50 % en el número de muertes y en los años de vida saludable perdidos. Aumentos similares, pero ligeramente inferiores (alrededor del 40%) se observaron también en la Región del Mediterráneo Oriental. A nivel mundial, las muertes debidas a traumatismos causados por los accidentes de tránsito corresponden en un 75% de los casos a hombres.

Se evidencia que las enfermedades transmisibles, han presentado un descenso, no obstante, representan aún un desafío para los países pobres; siendo la neumonía y otras afecciones respiratorias las que más aportaron a la mortalidad. En general en este grupo de causas es notoria la reducción; por ejemplo, se evidencia que patologías como el VIH/SIDA, ha pasado de ser la octava causa de muerte a la 19, debido a las estrategias implementadas para la prevención y la mejora en el acceso al diagnóstico y tratamiento en una gran parte de países, situación similar ocurre con la tuberculosis, en la cual se destaca que actualmente no se encuentra dentro de las 10 primeras causas de muerte.





Es importante resaltar que los descensos de las causas de enfermedades transmisibles no son tan evidentes en los países pobres, donde aún siguen cobrando un gran número de vidas, ocupando 6 puestos entre las 10 primeras causas; dentro de éstas se destacan: la malaria (sexta causa), tuberculosis (octava) y VIH/SIDA (novena).

En las Américas, la mortalidad atribuible al consumo de drogas casi se ha triplicado y se ha convertido en un factor determinante en la discapacidad, por lo que este consumo ha sido factor principal en la pérdida de años de vida saludables debido a las muertes y la discapacidad, en las otras regiones este factor no se evidencia en las primeras 25.

En Colombia, la principal causa de muerte corresponde a enfermedades cardiovasculares, seguida por enfermedades tumorales, pulmonares y por traumas, en los hombres; se observa que las enfermedades cardiovasculares a partir de los 50 años explican más del 20% de la tasa bruta de mortalidad; los traumas, causan más del 80% de los fallecimientos de personas entre los 15 y 25 años; y las enfermedades tumorales explican más del 20% de la mortalidad a partir de los 50 años. En las mujeres la mortalidad relacionada según la edad es: las cardiovasculares a partir de los 50 años, aporta un 23%; a partir de los 30, son los tumores con un 25%, y las enfermedades endocrinas, nutricionales y los traumas en mujeres jóvenes, pero en menor proporción que en los hombres.

### 2.1.1. ¿Cómo ha cambiado la mortalidad en Antioquia?

El análisis de la mortalidad por grandes causas, se realizó para el período 2005 - 2020 con estimación y ajuste por sexo, éste se hizo con base en el listado 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud.

En Antioquia en el período evaluado el número de muertes por año, presenta una tendencia al aumento, pasando de 34.185 en 2019 a 40.034 en 2020, un incremento del 17%, con respecto al año anterior.

Al evaluar la mortalidad por grupo de edad, encontramos que la tasa (por tanto el riesgo de morir) se incrementa con la edad, lo cual está en relación a que las primeras causas de mortalidad en el Departamento, que son las enfermedades crónicas, las cuales en términos generales aumentan con la edad y al ser crónicas, acumulan en quienes las padecen afecciones que van deteriorando su salud; es así como la tasa más alta se encuentra en el grupo de 65 y más años con 41 defunciones por 100.000 personas de este grupo en el departamento; entre las subregiones se observa diferencias en el riesgo de morir por grupo etario siendo Bajo Cauca y Urabá con 53 y 51 defunciones por 100.000 habitantes de 65 y más años, las subregiones con tasas más altas; este comportamiento, se observa en todos los quinquenios a partir del grupo de 50 a 54 años.

Al realizar el análisis por subregiones del Departamento, en el año 2020, se observa que la mayor proporción de fallecimientos, se presenta en el Valle de Aburrá, subregión en la cual se presentaron el 63% de las defunciones del territorio, cabe anotar que este comportamiento está relacionado con la alta concentración de la población en esta subregión.

En ese mismo año, al realizar el análisis del riesgo de morir, por subregiones, se evidencia que Bajo Cauca y Valle de abura, con 6.5 y 6.3 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente, exhibieron las tasas más altas de mortalidad en el departamento.

## 2.1.2. Mortalidad general por grandes causas

El perfil de mortalidad por grandes causas, evidencia el riesgo de morir asociado a una variedad de factores, que van desde las características biológicas de los individuos, como edad, sexo, respuesta inmune, entre otras; la calidad y acceso a los servicios de salud; el comportamiento de los individuos, sus hábitos y estilos de vida y los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, baja escolaridad, la convivencia social, los diferentes tipos de violencia, entre otros, que se relacionan en un complejo entramado de circunstancias que llevan a una mayor o menor afectación, en los diferentes municipios y grupos sociales del departamento.

La primera causa de mortalidad en el Departamento desde el año 2005 hasta el año 2020 corresponde al grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, con tasas que oscilaron durante el período evaluado, entre 171 defunciones por 100.000 habitantes en 2005 y 138 casos por 100.000 en 2020, observándose durante este último año un leve incremento respecto al año inmediatamente anterior, aunque la tendencia general es hacia el decremento. Este comportamiento, coinciden con lo reportado a nivel país y en el mundo, donde las patologías cardiovasculares son la primera causa de muerte.

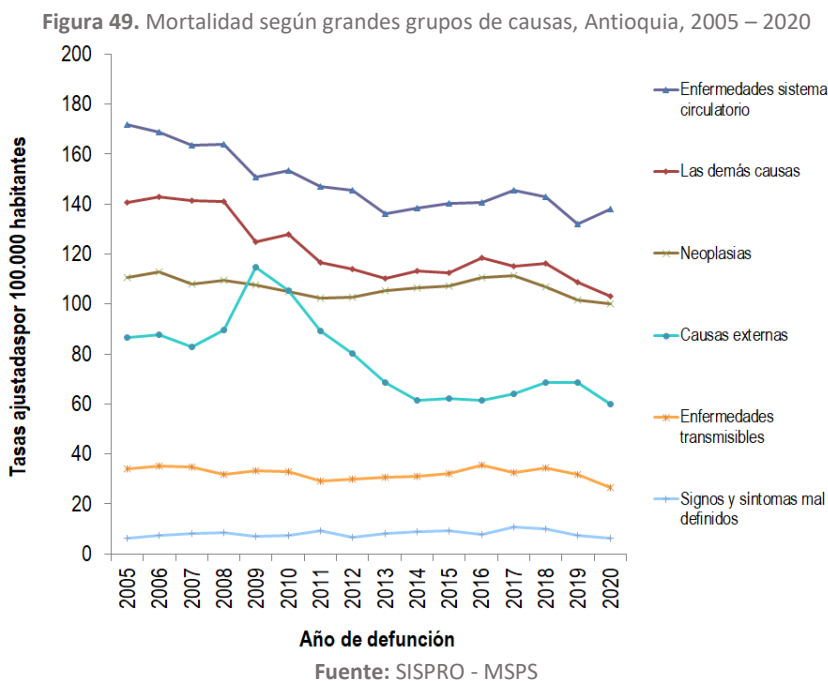
El grupo de las demás causas, entre las que se incluye la diabetes y la enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores, ocupa el segundo lugar como causa de muerte, grupo que presenta igualmente, una tendencia general hacia el decremento, con tasas que van desde 143 defunciones por 100.000 habitantes, la más alta, observada en 2006 a 103 defunciones por 100.000 habitantes, la más baja, en 2020. Muy cerca a este grupo se encuentran las defunciones por neoplasias y tumores, que ocuparon un tercer lugar dentro de las principales causas de muerte con 100 defunciones por 100.000 habitantes; la tendencia de este grupo de enfermedades se ha mantenido estable, con leves fluctuaciones a lo largo del periodo estudiado.

Las causas externas se ubican en cuarto lugar. Después del pico observado en el año 2009, en el que se presentaron 115 defunciones por cada 100.000 habitantes, comenzó un descenso que duró hasta el año 2014, a partir del cual, se observa cierta estabilidad en el indicador alrededor de las 62 defunciones por 100.000 habitantes, con un leve incremento entre los años 2018 y 2019, pero



volviendo a caer en el 2020 hasta 60 defunciones por 100.000 habitantes, el dato más bajo en todo el periodo analizado.

Las enfermedades transmisibles son el grupo con la menor tasa de mortalidad con 26,7 defunciones por 100.000 habitantes, un dato que se ha mantenido muy estable desde el 2005, con una leve tendencia a la disminución en los últimos 2 años.



### 2.1.2.1. Tasas de mortalidad por sexo

Al analizar la mortalidad por sexo, se observan tasas más altas en hombres que en mujeres en todos los grupos de causas de defunción, sin embargo, la principal causa de muerte en ambos sexos es el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, con 171 defunciones por 100.000 hombres y 112 defunciones por 100.000 mujeres en el 2020; si bien la tendencia general en ambos grupos es hacia la disminución, durante este año se observa un incremento en las tasas, para los hombres el aumento fue del 8,2% y para las mujeres del 0,7%, respecto al 2019.

La segunda causa más frecuente de defunción también es la misma para hombres y mujeres, y corresponde al grupo de las demás causas. Este comportamiento ha sido muy fluctuante entre los hombres, mientras que, en las mujeres, el grupo de las demás causas ha permanecido como segunda causa de muerte durante todo el periodo analizado.

En el 2020, la tasa de mortalidad por las demás causas en los hombres se situó en 117 defunciones por cada 100.000 hombres, un valor inferior a la tasa del año inmediatamente anterior, y se

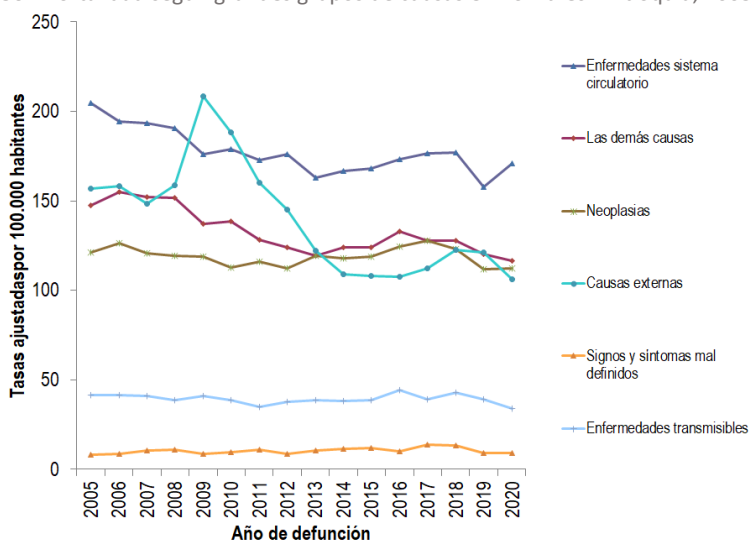
observa una tendencia general al descenso. Para las mujeres, la tasa fue de 92,6 por cada 100.000 mujeres, el valor más bajo que se ha observado en el periodo de estudio, y también presenta una marcada tendencia hacia el decremento.

Las neoplasias se ubican en el tercer lugar de frecuencia de causas de defunción en el departamento, tanto en hombres como en mujeres. En los hombres, esta tasa fue muy similar a la del año 2019, sin embargo, el comportamiento ha variado, entre el 2013 y el 2017 se presentó un incremento, llegando hasta las 128 defunciones por 100.000 hombres durante este último año, pero posteriormente dicha tendencia cambia y para 2020 fue de 112 defunciones por 100.000 hombres. En las mujeres, también se observa una ligera tendencia al incremento entre el 2011 y 2016, a partir de entonces ha disminuido hasta ubicarse en 92 defunciones por 100.000 habitantes, tasa más baja en todo el periodo analizado.

La cuarta causa de defunción en los hombres es el grupo de causas externas, con tasas muy cercanas a los grupos de neoplasias y las demás causas, con un valor de 106 defunciones por 100.000 hombres, mientras que, en las enfermedades transmisibles, que se ubicaron en el último lugar, se presentaron 34 defunciones por 100.000 hombres. En las mujeres, la cuarta causa más frecuente de defunción es el grupo de enfermedades transmisibles, muy por debajo de las neoplasias, con una tasa de 21 defunciones por 100.000 mujeres, seguido muy de cerca por las causas externas con una tasa de 17 defunciones por 100.000 mujeres.

Sin lugar a duda, la principal diferencia en la mortalidad entre ambos sexos se encuentra en las causas externas, en las que por cada mujer que fallece por estas causas, se presentan 5 fallecimientos en hombres, sin embargo, es de resaltar que la tasa observada en el 2020 para los hombres ha sido la más baja de todo el periodo analizado en esta población.

Figura 50. Mortalidad según grandes grupos de causas en hombres. Antioquia, 2005 – 2020

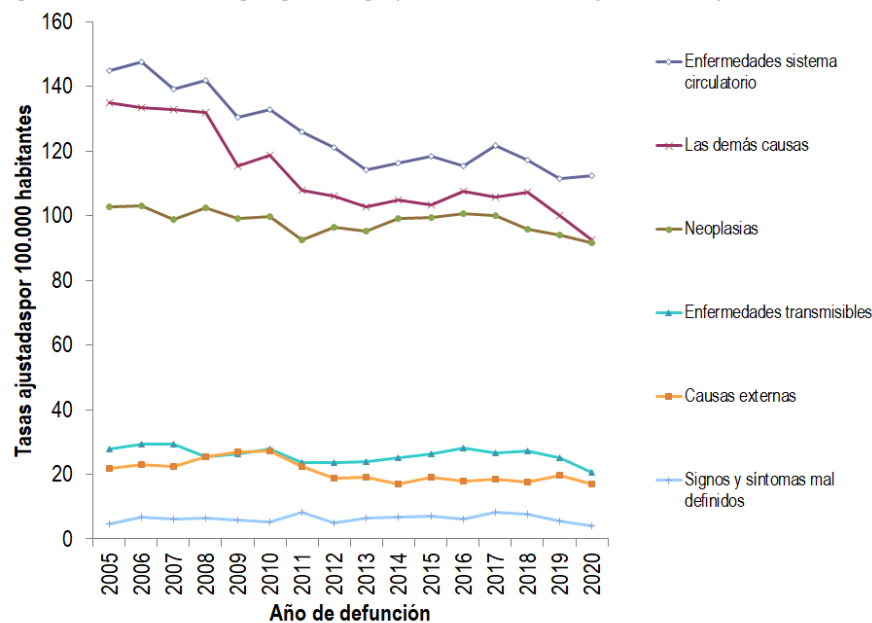


Fuente: SISPRO – MSPS



161

Figura 51. Mortalidad según grandes grupos de causas en mujeres. Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO – MSPS

## 2.1.2.2. Años de vida potencialmente perdidos

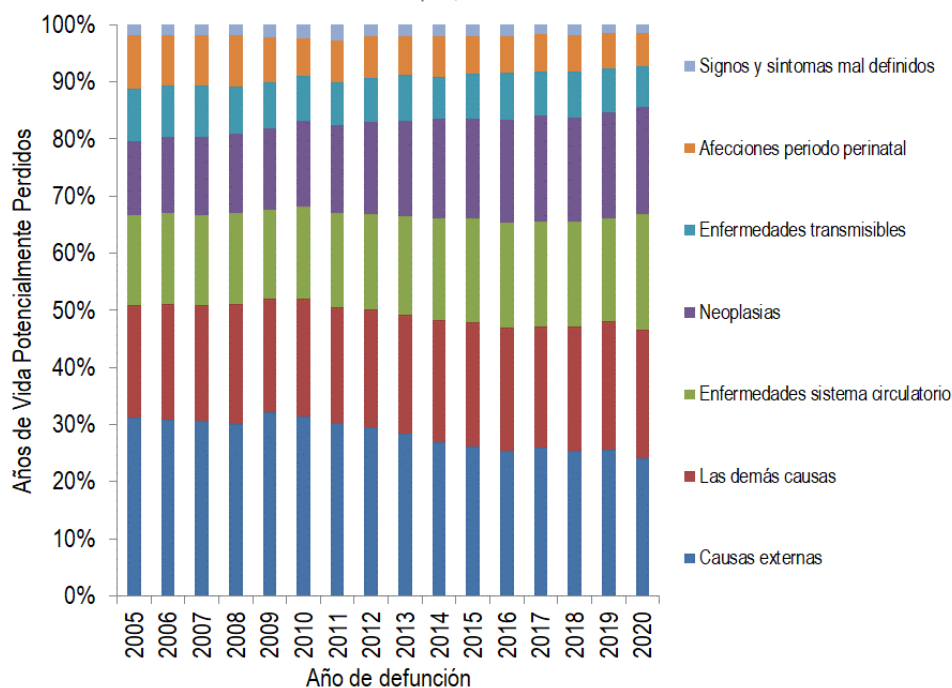
El indicador de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) permite evidenciar la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de las muertes prematuras, es decir, personas jóvenes.

Para el caso de Antioquia, la carga más alta de AVPP se encuentra en las defunciones debidas a causas externas, con una proporción del 24% del total de AVPP en el 2020, no obstante, se observa una disminución progresiva de dicho porcentaje en la última década. En segundo lugar, se ubican las demás causas con un 22%, seguido muy de cerca por las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias con un 20% y un 18%, respectivamente; todas estas enfermedades crónicas, estaría aportando en conjunto casi un tercio de los AVPP en el departamento.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, el aporte a los AVPP en el 2020 fue del 7% y el de las afecciones del periodo perinatal fue del 6%.

Es preocupante que continúen las causas externas contribuyendo a este indicador, debido a que son causas en parte prevenibles y que además afectan personas en la edad económicamente productiva, afligiendo no solo a la familia, sino a la sociedad en general, alterando el desarrollo económico y social del territorio.

Figura 52. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP según grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2020.



Fuente: SISPRO – MSPS

### 2.1.2.3. Años de vida potencialmente perdidos por sexo

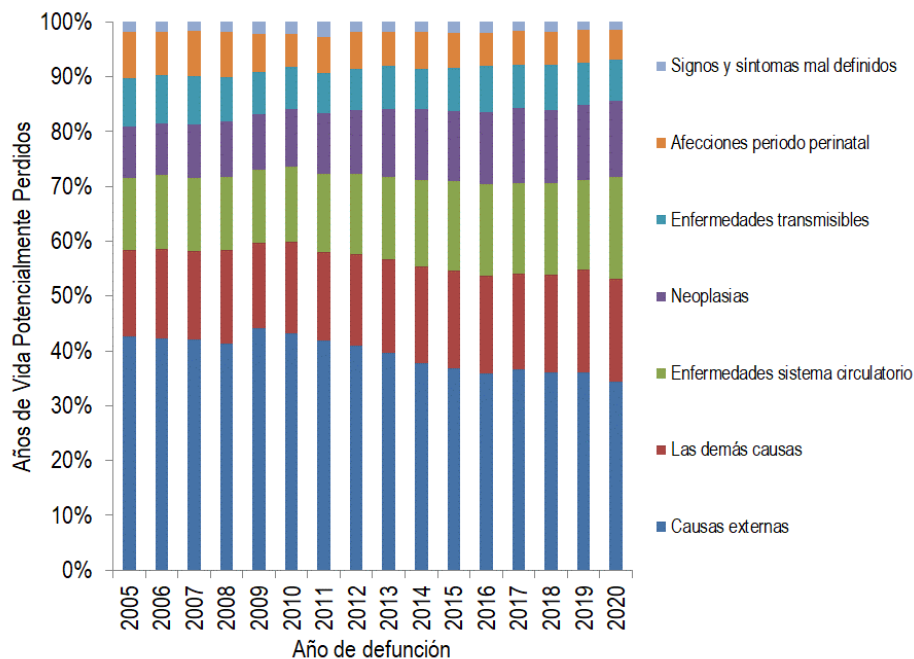
Los hombres aportan el 60% de todos los AVPP, equivalentes a 2.931.980 años perdidos durante el año 2020, lo que significa que ellos tienen más riesgo de morir prematuramente que las mujeres, quienes aportan 1.957.345 de AVPP. El mayor número de AVPP en los hombres está dado por las causas externas, registrando en el año 2020 un total de 1.008.242 AVPP, 34% del total de años perdidos en este grupo poblacional; estos datos evidencian una vez más la gran afectación de los hombres con las causas externas de muerte, para lo cual se requiere la intervención de varios sectores de la sociedad. Muy por debajo de las causas externas, se encuentran los AVPP debido a los grupos de las demás causas de mortalidad y las enfermedades del sistema circulatorio, aportando cada uno un 19% del total del AVPP en los hombres.

En las mujeres, son las enfermedades crónicas las que aportan el mayor número de AVPP. En primer lugar, se encuentran las demás causas de mortalidad con 550.285 AVPP, lo que corresponde a un 28%, seguido de las neoplasias con 511.599 AVPP y un 26%, y las enfermedades del sistema circulatorio con 442.553 AVPP y una proporción del 23%. Muy por debajo de estos tres grupos se encuentran las causas externas, aportando el 9% del total de AVPP en las mujeres. En ambos sexos, las enfermedades transmisibles y las afecciones del periodo perinatal ocuparon el quinto y sexto lugar, respectivamente, con proporciones inferiores al 10% de los AVPP en cada grupo poblacional.



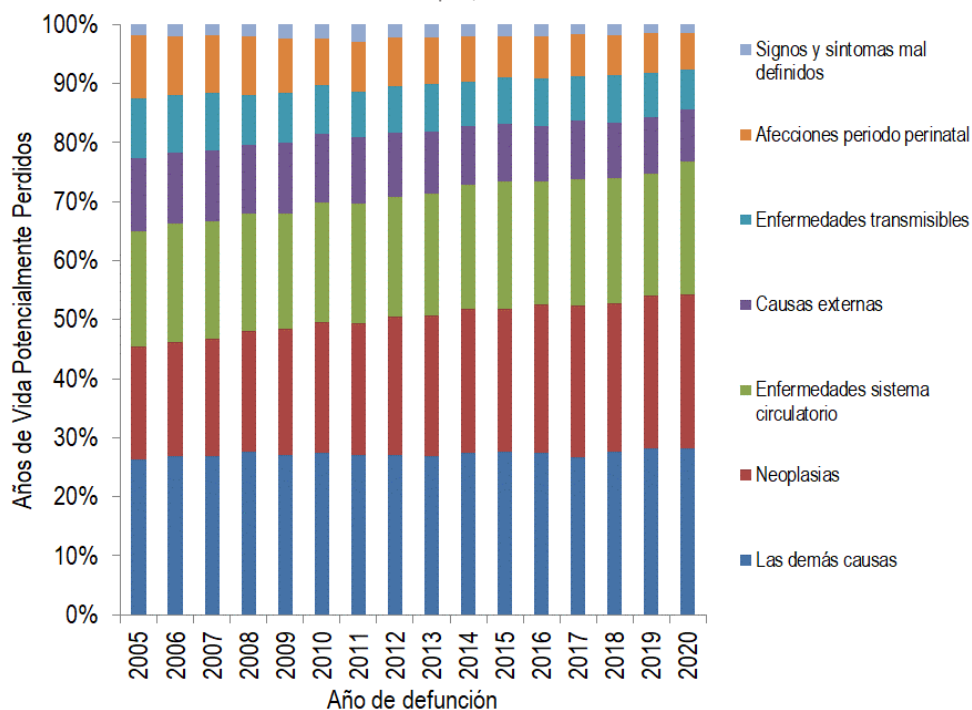


Figura 53. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en hombres según grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO – MSPS

Figura 54. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en mujeres según grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2020



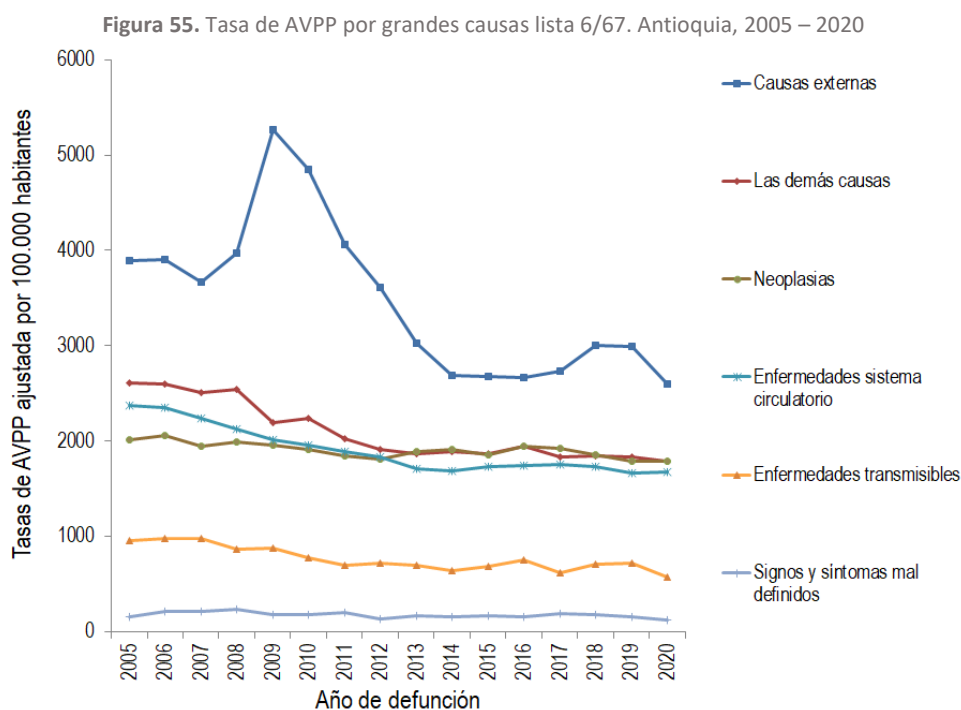
Fuente: SISPRO - MSPS



Durante el período evaluado la principal causa de AVPP en el departamento es el grupo de causas externas, las cuales en el período 2009 y 2010 presentaron las tasas más altas con 9498,5 y 8566,8 AVPP ajustadas por 100.000 habitantes, como puede apreciarse en la gráfica; a partir de este año se observó una tendencia franca hacia el descenso que se mantuvo hasta 2018, donde se observa nuevamente un incremento que continúa hasta el 2019, sin embargo, vuelve a descender en el 2020 hasta 4561,0 AVPP ajustadas por 100.000 habitantes.

La tasa ajustada de AVPP del grupo de las demás causas de mortalidad y las neoplasias fue muy similar, con 1793,7 y 1788,3 AVPP por 100.000 habitantes, respectivamente, seguidas muy de cerca por las enfermedades del sistema circulatorio con 1680,4 AVPP por 100.00 habitantes.

En último lugar y muy debajo de los demás grupos de causas de mortalidad, se encuentran las enfermedades transmisibles, con una tasa de 570,0 AVPP ajustadas por 100.000 habitantes.



Fuente: SISPRO – MSPS

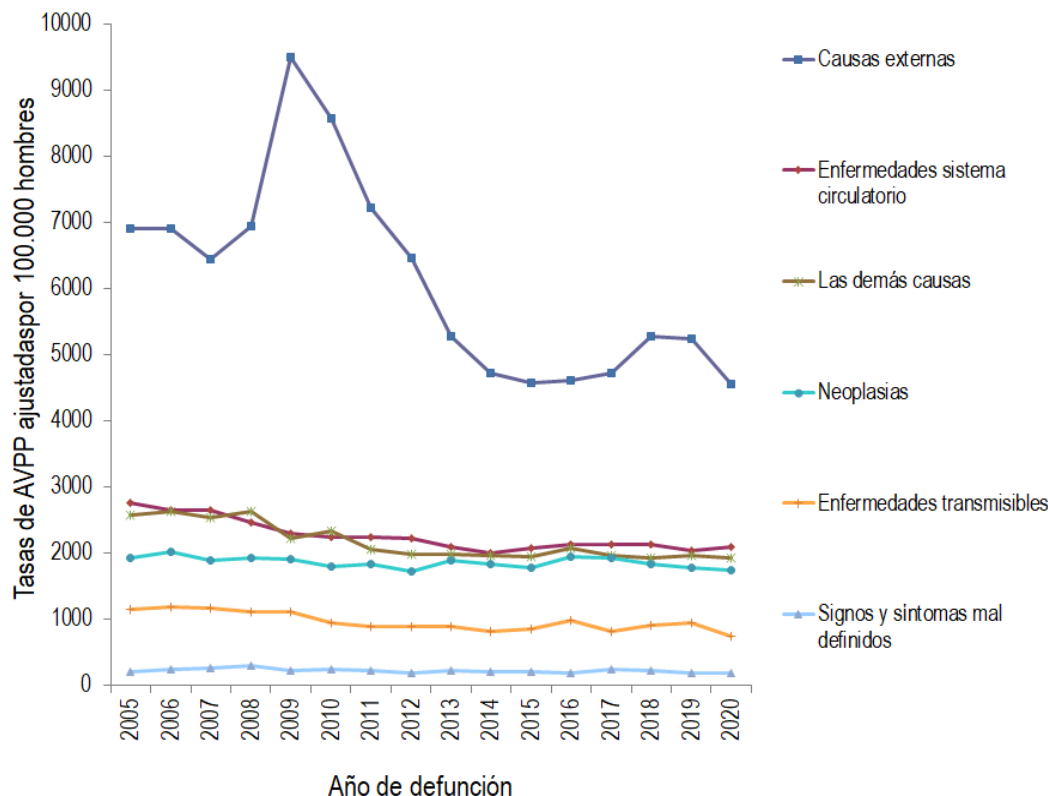
Al observar el comportamiento de las tasas de AVPP en hombres y mujeres, se encuentran marcadas diferencias entre ambos grupos poblaciones.

En los hombres, las tasa de AVPP más alta corresponde a las causas externas con 4561,0 AVPP ajustadas por 100.000 hombres, esto es, más del doble de la tasa de las enfermedades del sistema circulatorio, que se ubica en el segundo lugar con 2084,1 AVPP ajustadas por 100.000 hombres. Con valores muy similares, se encuentran los grupos de las demás causas de mortalidad y las

neoplasias, mientras que la tasa de las enfermedades transmisibles ocupa en último lugar con 743,5 AVPP por cada 100.000 hombres.

Con excepción de las enfermedades del circulatorio, todas las tasas de AVPP ajustadas en los hombres disminuyeron en el 2020, respecto a lo observado en el 2019.

Figura 56. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en hombres. Antioquia, 2005-2020



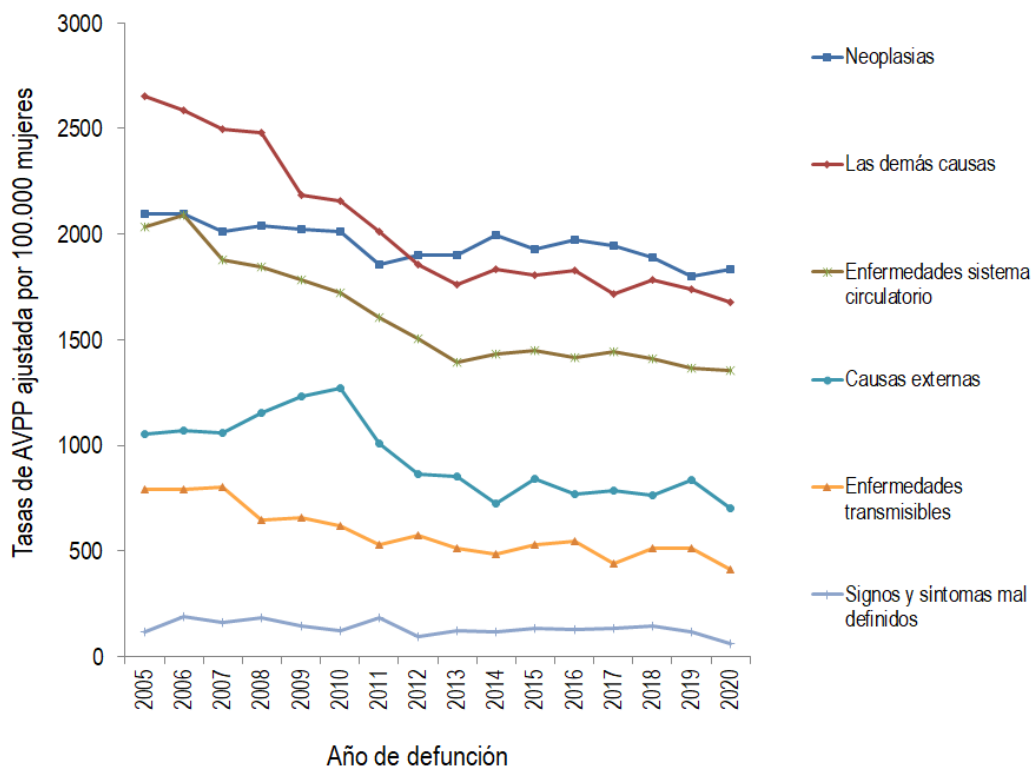
Fuente: SISPRO – MSPS

En las mujeres, desde al año 2012, la tasa más alta de AVPP ajustada es la de las neoplasias. En el 2020, dicha tasa fue de 1832,0 AVPP por 100.000 mujeres, seguida del grupo de las demás causas de mortalidad con 1677,7 AVPP por 100.000 mujeres y enfermedades del sistema circulatorio con 1354,7 AVPP por 100.000 mujeres.

A diferencia de lo que ocurre con los hombres, la tasa de AVPP ajustada de las causas externas es de las más bajas en las mujeres con 701,2 AVPP por cada 100.000 mujeres.

Con excepción de las neoplasias, todas las tasas de AVPP ajustada disminuyeron respecto al año inmediatamente anterior.

Figura 57. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en mujeres. Antioquia, 2005-2020



Fuente: SISPRO - MSPS

Hasta este punto se ha analizado la mortalidad por grandes causas, a continuación, se va a revisar cómo se desagregan esos grandes grupos y poder hacer una mayor focalización de las causas, de tal manera que este análisis aporte más elementos para los tomadores de decisiones.

### 2.1.3. Mortalidad específica por subgrupo

### 2.1.4. Tasas ajustadas por la edad.

#### 2.1.4.1. Enfermedades transmisibles

La mortalidad por enfermedades transmisibles es la que aporta la menor carga dentro de todos los grupos de causas de defunción analizados y no ha presentado mayores fluctuaciones dentro del periodo de estudio.

Al interior de este grupo de causas se encuentran las infecciones respiratorias agudas, liderando, con mucha ventaja las causas de mortalidad, con una tasa de 14,9 defunciones por 100.000 habitantes; en segundo lugar, se encuentra enfermedad por el VIH (SIDA) con una tasa cuatro veces más baja de 3,7 defunciones por 100.000 habitantes; seguido de tuberculosis con 2,1 defunciones por 100.000 habitantes y enfermedades infecciosas intestinales con 1,8 defunciones por 100.000 habitantes.



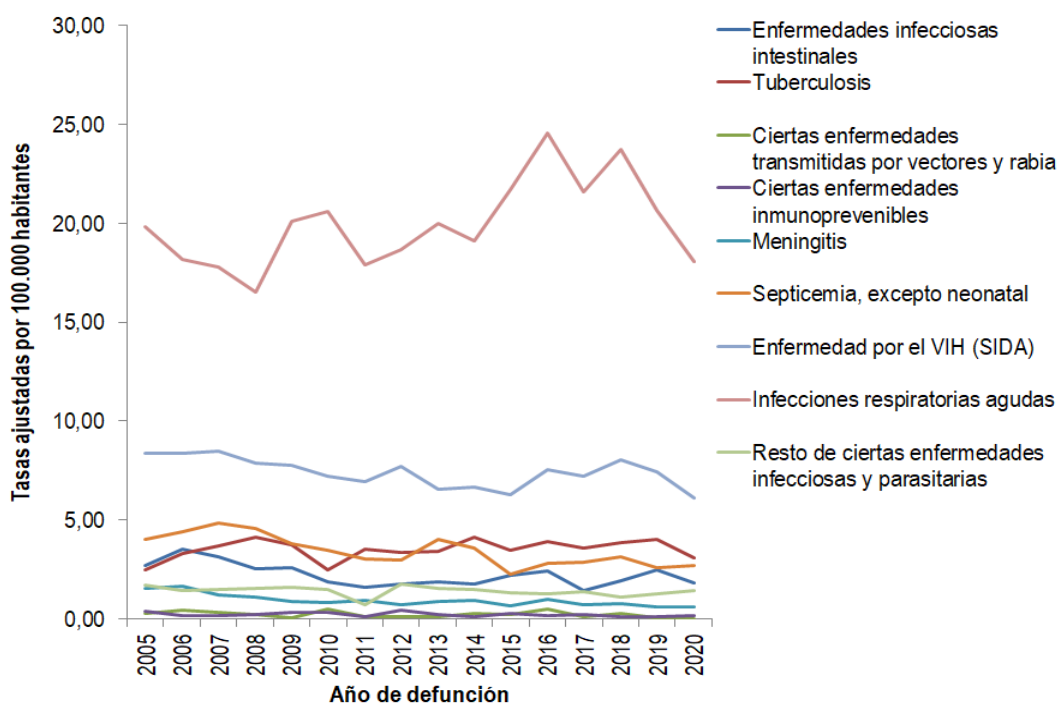


En el análisis por sexo, se observa que en ambos la principal causa de defunción por enfermedades transmisibles es el grupo de las infecciones respiratorias agudas con 18,0 defunciones por cada 100.000 hombres y 12,5 defunciones por cada 100.000 mujeres, con una tendencia en los últimos dos años hacia la disminución.

Para las demás causas, el comportamiento es muy diferente entre hombres y mujeres. En los hombres, la segunda causa de mortalidad de este grupo es la tuberculosis con una tasa de 6,1 defunciones por 100.000 hombres, seguida de ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia con 3,1 defunciones por 100.000 hombres. Mientras que, en las mujeres, la segunda causa de mortalidad por enfermedades transmisibles es la septicemia, excepto neonatal, con una tasa de 2,1 defunciones por 100.000 mujeres, seguida de enfermedades infecciosas intestinales con 1,8 defunciones por 100.000 mujeres.

Estas diferencias pueden estar relacionadas con los distintos niveles de exposición o propensión a los distintos factores de riesgo de las enfermedades transmisibles, como ocurre en el caso de los hombres, en los que lo que es más frecuente el consumo de cigarrillo y el trabajo a la intemperie, factores de riesgo conocidos para tuberculosis y enfermedades transmitidas por vectores, respectivamente. Otra diferencia que llama la atención es en la tasa de mortalidad por enfermedad por VIH (SIDA), en las mujeres es más del doble que en los hombres, con un valor de 1,5 y 0,6 defunciones por cada 100.000 mujeres y hombres, respectivamente.

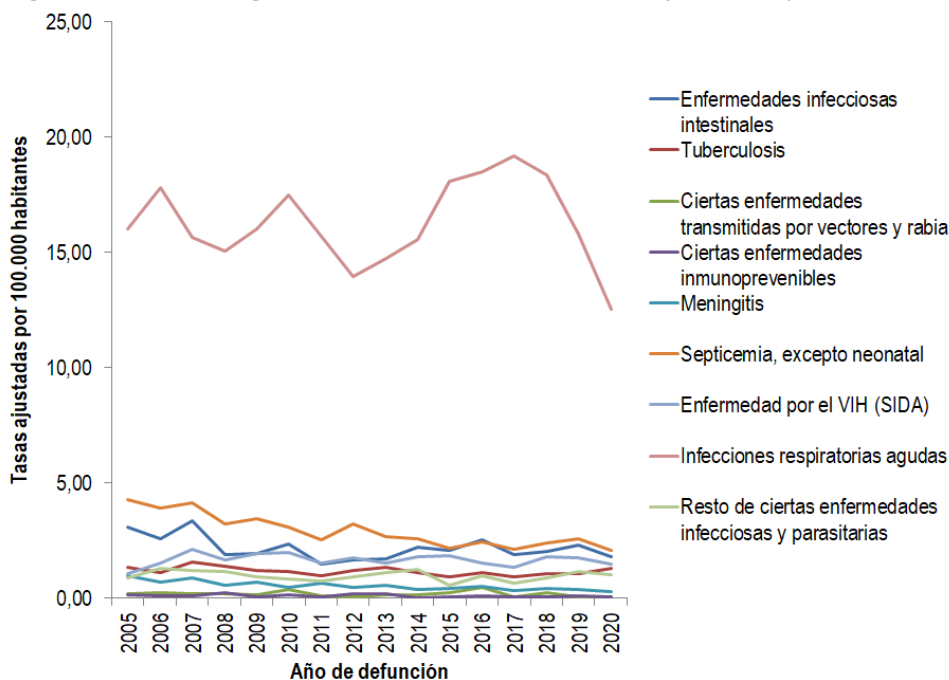
Figura 58. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en hombres. Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO - MSPS



Figura 59. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en mujeres. Antioquia 2005 – 2020



Fuente: SISPRO – MSPS

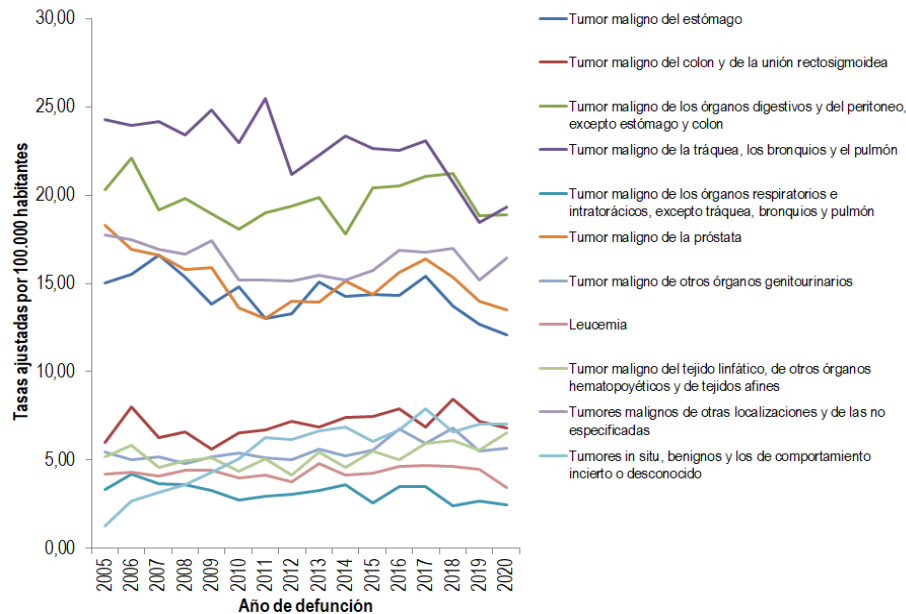
## 2.1.4.2. Neoplasias.

En los últimos 6 años el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon ha presentado las tasas más altas y sostenidas de mortalidad en el grupo de las neoplasias, se reporta para el año 2020 una tasa de 18 muertes por 100.000 habitantes, valor un poco mayor al observado el año anterior. El tumor maligno de tráquea, los bronquios y pulmones, presenta un comportamiento estable con respecto al año anterior, en este período se observa una tasa de 14.8 muertes por 100.000 habitantes.

El tumor de próstata es la cuarta causa de muerte para hombres y el cáncer de mama la tercera causa de mortalidad en las mujeres, con tasas de 13.5 defunciones por 100.000 hombres y 12 defunciones por 100.000 mujeres, respectivamente; en su tendencia se observa un comportamiento estable en los últimos tres años para el cáncer de mama y leve tendencia a la disminución para el cáncer de próstata. Dada la importancia del cáncer en general y de estos dos tipos de cáncer en particular, en el país se expidió la resolución 3280 de 2018 la cual incluye entre otros, el tamizaje para cáncer de mama y próstata a la población de más alto riesgo; si bien la implementación de ésta es variable en los diferentes territorios, ésta apunta a un diagnóstico precoz que favorezca una mayor supervivencia de los pacientes diagnosticados. La implementación de consultorios rosados en las diferentes EAPB es una estrategia exitosa que favorece la detección temprana y el tratamiento temprano de las personas con cáncer de mama, incidiendo en el aumento de la sobrevivencia y disminuyendo el riesgo de morir por esta causa.

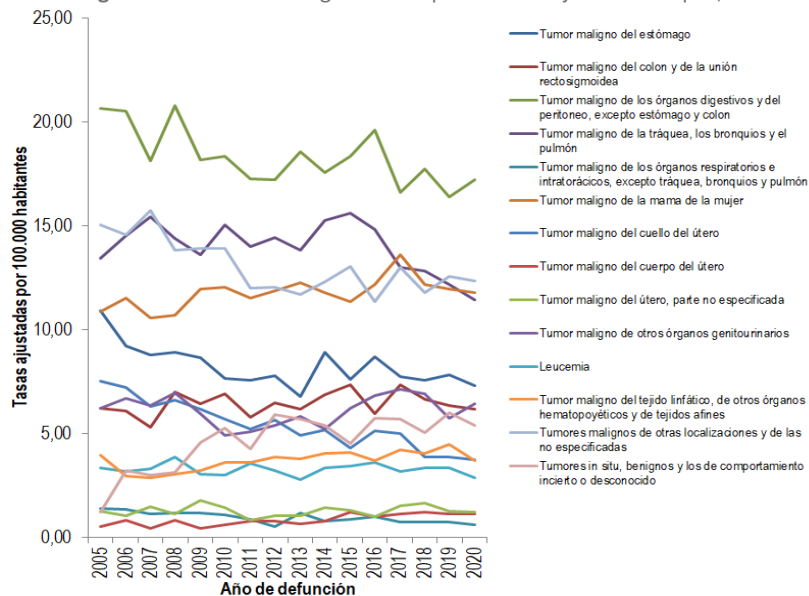


Figura 60. Mortalidad según las neoplasias en hombres. Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO – MSPS

Figura 61. Mortalidad según las neoplasias en mujeres. Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO – MSPS

### 2.1.4.3. Enfermedades del sistema circulatorio.

Como se describió anteriormente, en Antioquia, las enfermedades del sistema circulatorio son el grupo de causas de fallecimiento que ocupa el primer lugar, este comportamiento es consistente con lo observado en Colombia y el mundo en general, y está relacionado con el tabaquismo, la



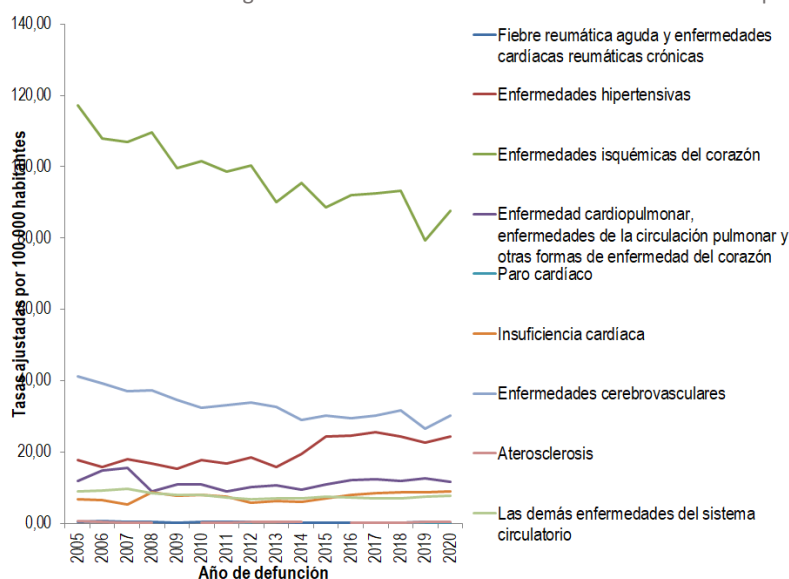
edad, el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, las dislipidemias, alto nivel de estrés, la diabetes, entre otros; esta suma de factores ha incrementado las afecciones cardiacas y factores como barreras para acceder a los servicios, poca adherencia a los tratamientos, la progresión de la enfermedad debido a factores propios de ésta, entre otros, favorecen la alta mortalidad que se viene presentando.

Los hombres tienen más riesgo de tener una patología cardiovascular que las mujeres; los expertos atribuyen esto a que las hormonas femeninas ejercen un efecto protector; de hecho, con la menopausia, se produce un aumento del índice de las enfermedades de corazón en la mujer.

El riesgo de morir en el Departamento por enfermedad cardiovascular está dado en primer lugar por las enfermedades isquémicas del corazón, con tasas que oscilan en el período 2005 -2020, entre 63.1 y 91,4 fallecidos por 100.000 habitantes, para el año 2020 la tasa fue de 67.2 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de las enfermedades cerebrovasculares, con tasas que oscilan entre 27,4 y 24,9 fallecimientos por 100.000 habitantes. Las enfermedades hipertensivas presentaron una tasa de 20 casos por 100.000 habitantes el año 2020, tasa que se ha mantenido estable en los últimos tres años.

Estas tres primeras causas de mortalidad en el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, son comunes para ambos sexos; no obstante se observa una diferencia asociada al sexo con relación al impacto de las enfermedades cardiovasculares, en contra de los hombres, grupo poblacional en el cual se observan tasas más altas en cada uno de estos grupos en comparación con el indicador en las mujeres; por ejemplo se observan 36 muertes más por enfermedad isquémica del corazón en los hombres frente a las mujeres.

Figura 62. Mortalidad en hombres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia 2005 – 2020

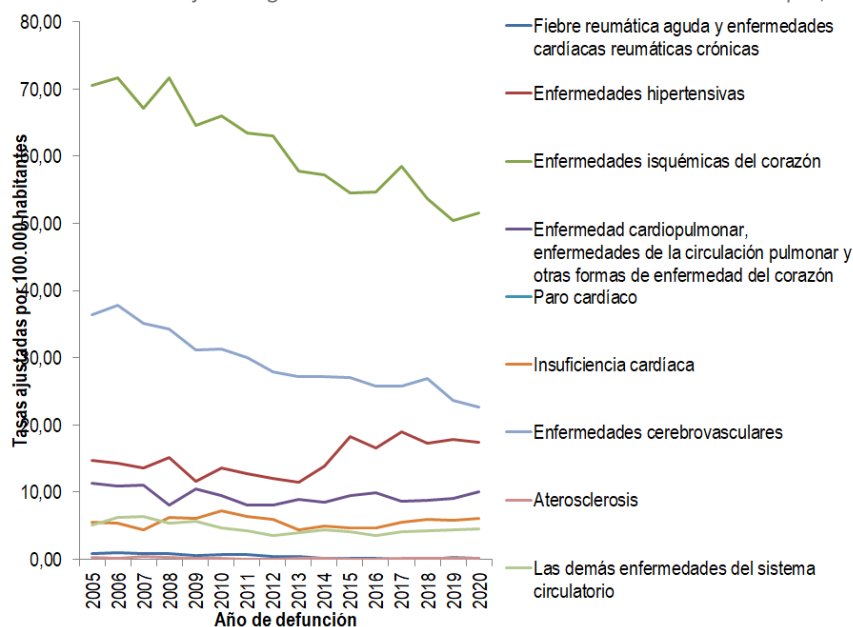


Fuente: SISPRO - MSPS





Figura 63. Mortalidad en mujeres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO – MSPS

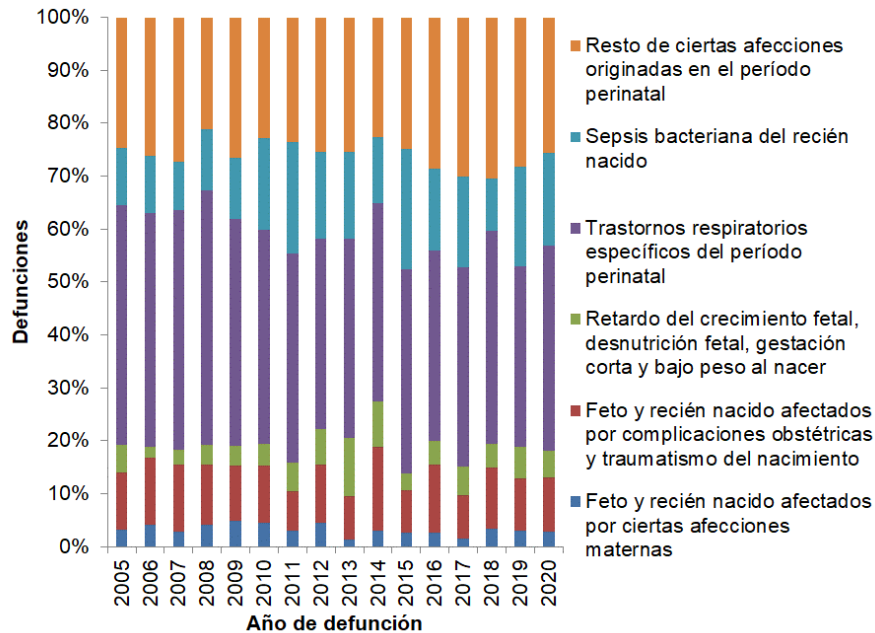
#### 2.1.4.4. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal

Con relación a este grupo de causas, se evidencia que las subcausas de trastornos respiratorios específicos del período perinatal, generaron el 35% del total de muertes presentadas en este grupo, pasando de 327 en 2005 a 104 muertes en el año 2020, periodo en el cual se observa una disminución del 15% con respecto al año anterior; desde el 2017 se observa una tendencia a la disminución en la mortalidad por este grupo de causas. El segundo porcentaje de muertes (30%) lo aportan el resto de las afecciones del período perinatal, con 88 muertes.

El tercer grupo de muertes está dado por la sepsis bacteriana, con cifras anuales, que van desde 70 casos (año 2005) a 56 (año 2020) evidenciando una tendencia a la disminución hoy ubicado en el 18.8%. Según frecuencia, las muertes relacionadas con el feto y recién nacido afectado por las complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento se ubican en un cuarto lugar con el 9% del total de muertes perinatales ocurridas en el 2020, en menor frecuencia otras causas como lo son: el retardo del crecimiento fetal, la desnutrición fetal, la gestación corta y el bajo peso al nacer

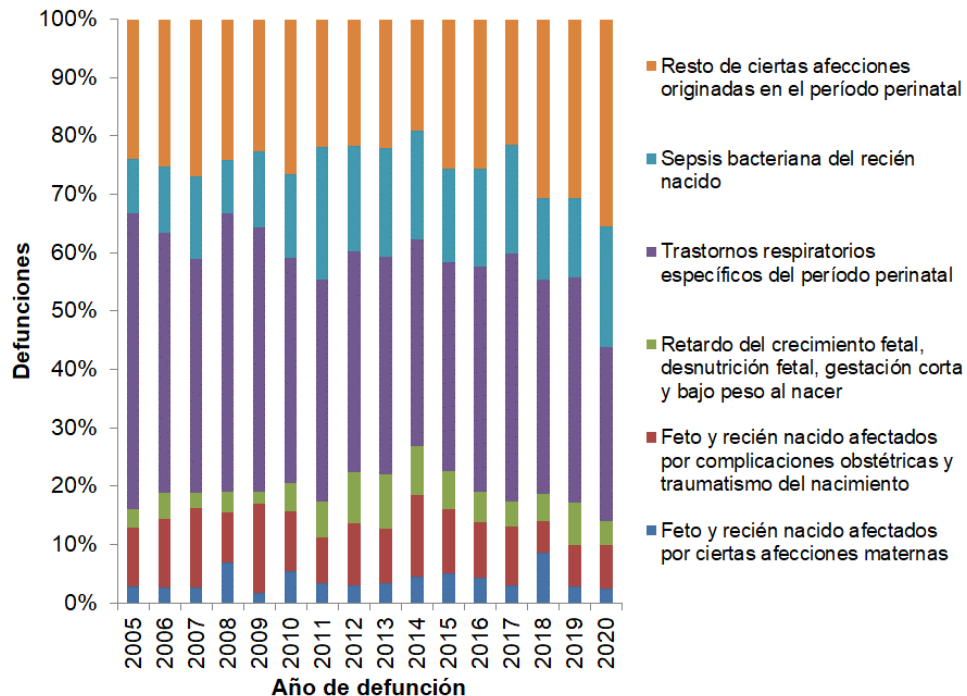
En general, podría decirse que la tendencia a la reducción de las muertes originadas en el período perinatal, pueda deberse a diferentes estrategias como son la mejora en la calidad de los servicios prestados durante el embarazo, el parto y el puerperio, el fortalecimiento de estrategias como tamizajes y a un aumento en la adherencia a las guías de práctica clínica en la atención a la embarazada y el recién nacido. Por sexo del recién nacido, se observa una diferencia en cuanto al orden de las causas de muertes en el período perinatal, siendo en las niñas el grupo del resto de las afecciones del período perinatal, con 68 casos, la primera causa de mortalidad.

Figura 64. Defunciones en hombres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO – MSPS

Figura 65. Mortalidad en mujeres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2020



- Fuente: SISPRO – MSPS

## 2.1.4.5. Causas externas.

El grupo de las causas externas, aporta a la mortalidad un riesgo tanto para hombres como para mujeres, no obstante, el riesgo de los hombres es mucho mayor. Al desagregar en cada subgrupo, es evidente que las agresiones (homicidios), se posicionan como la causa que origina el mayor riesgo de muerte dentro de este grupo de causas, en la población general durante los 14 años evaluados, ha generado tasas que van de 26,2 a 75,9 muertes por 100.000 habitantes, si bien ha presentado un descenso drástico, comparado con el año 2009, en el cual se observó la tasa más alta en el departamento; en los años 2018 y 2019 se aprecia un incremento, para luego tender a la disminución los años 2019 y 2020.

La segunda causa de muerte corresponde a los accidentes de transporte terrestre, con tasas que oscilan entre 18,8 y 10,7 muertes por 100.000 habitantes; siendo esta última la cifra reportada en el año 2020. Las lesiones autoinfligidas (suicidios), presentan una tendencia estable, con tasas de 5 a 6,3 muertes por 100.000 habitantes, es de anotar que todas son causas potencialmente evitables, que obedecen entre otros factores, al comportamiento, la tolerancia y convivencia social de la población.

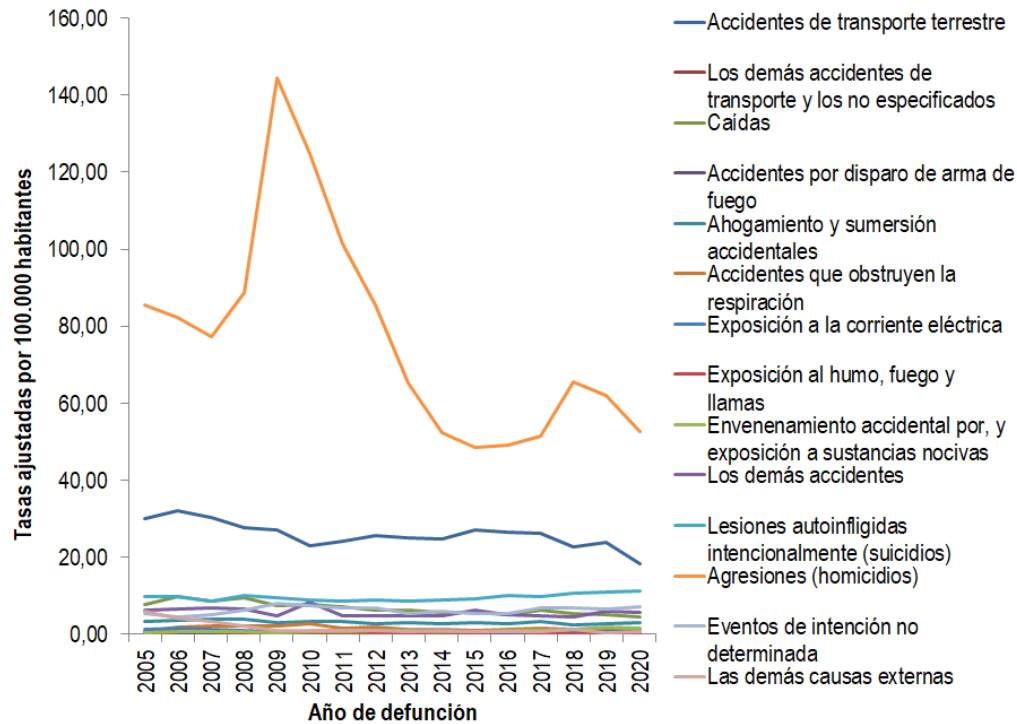
Al analizar el grupo de causas externas por sexo, se evidencia que la muerte por homicidios es la primera causa, no obstante, el riesgo para los hombres es mucho mayor, toda vez que por cada mujer que falleció, en el año 2020 por homicidios, fallecieron 12.7 hombres por la misma causa.

Los accidentes de transporte terrestre representan la segunda causa de muerte en este grupo, tanto en hombres como en mujeres, con tasas de 3.7 fallecimientos por 100.000 mujeres y 18.3 defunciones por 100.000 hombres; evidenciándose disminución en la tasa para ambos sexos.

Las lesiones autoinfligidas (suicidios) ocupan el tercer lugar de riesgo, tanto para los hombres como para las mujeres; la tasa más alta de muerte por lesiones autoinfligidas se observó en el año 2020 (6.3 suicidios por 100.000 habitantes); no obstante, el riesgo es mayor para los hombres, toda vez que, por cada suicidio observado en 2020, en una mujer se observaron 5.8 casos por 100.000 hombres en el mismo período.

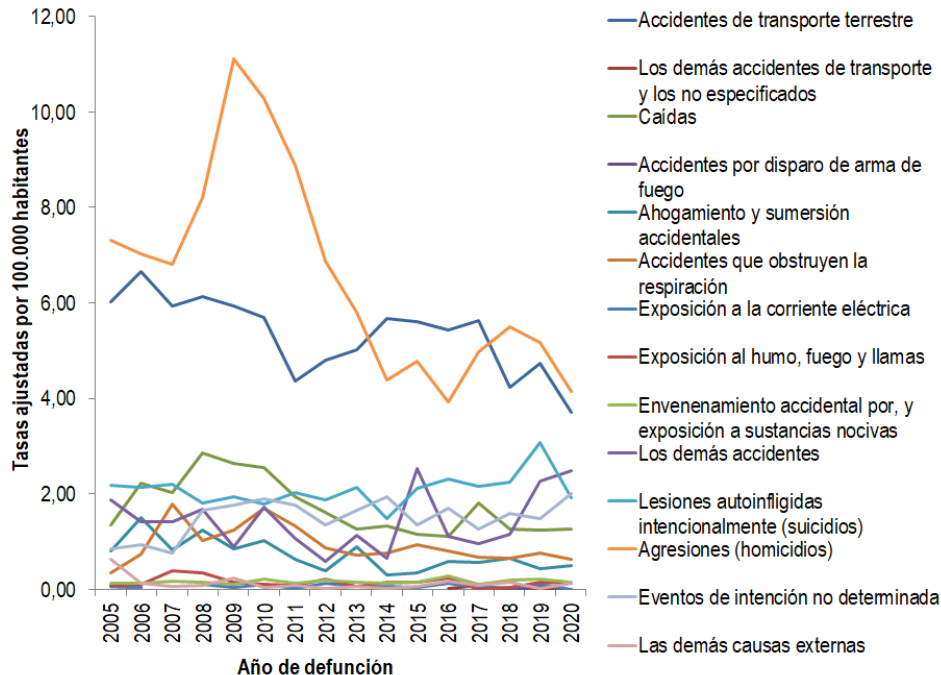
En cada una de estas tres causas dentro del grupo analizado, pudo observarse un mayor riesgo para los hombres con respecto a las tasas presentadas en las mujeres.

Figura 66. Mortalidad en hombres según causas externas. Antioquia, 2005 – 2020.



Fuente: SISPRO - MSPS

Figura 67. Mortalidad en mujeres según causas externas. Colombia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO – MSPS





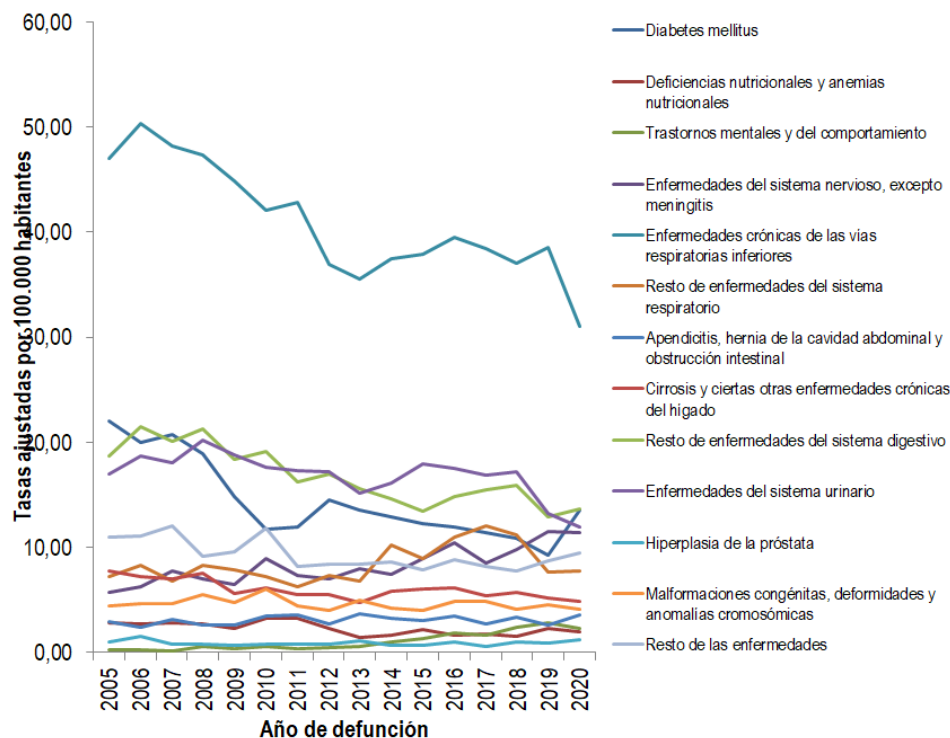
## 2.1.4.6. Demás causas de mortalidad

En el grupo de las demás causas, se encuentran la diabetes, la hiperplasia de próstata, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, siendo ésta última la condición que genera el mayor número de muertes, tanto en el total, como en la diferenciación por sexo. Para el año 2020 se registra una tasa de 26 muertes por 100.000 habitantes, observándose una disminución del 22% en este indicador con respecto al año anterior. Para el último año analizado, la tasa en los hombres fue de 31.0 por 100.000 hombres y en las mujeres 22.2 muertes por 100.000 mujeres, presentando una tendencia a la reducción en ambos sexos.

En segundo lugar, aparece la diabetes mellitus con una tasa de 12.5 fallecimientos por 100.000 habitantes; en las mujeres también genera esta patología la segunda causa de muerte en este subgrupo, con una tasa de 11.8 muertes por 100.000 mujeres; observándose un aumento en las tasas de mortalidad por esta patología.

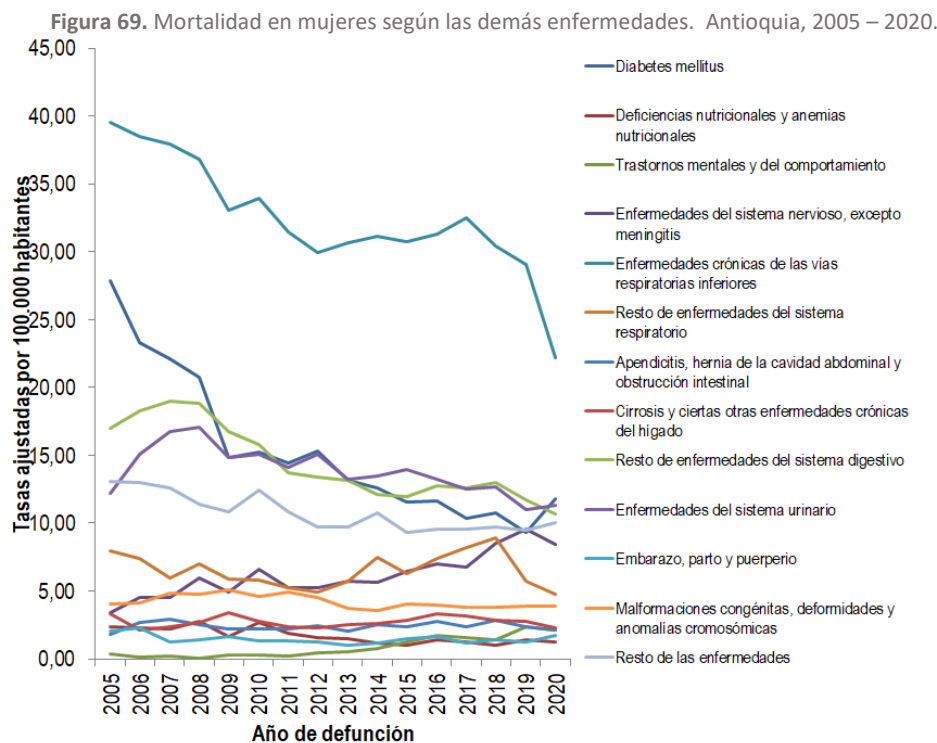
En el grupo de los hombres la segunda causa de mortalidad en este subgrupo es resto de enfermedades del sistema digestivo, con una tasa de 13.7 decesos por 100.000 hombres el año 2020.

Figura 68. Mortalidad en hombres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2020.



Fuente: SISPRO - MSPS





La semaforización de la mortalidad por causas específicas de Colombia y Antioquia facilita la comparación, permitiendo evidenciar que en general no hay diferencia estadísticamente significativa entre las tasas de Antioquia y el país para el año 2020, no obstante, se identifica para el Departamento un aumento en las tasas de defunciones por diabetes mellitus y la mortalidad específica asociada a la exposición a las fuerzas de la naturaleza.

Tabla 16. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Antioquia, 2005 – 2020

Causa de muerte	Colombia. 2020	Antioquia . 2020	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	11,29	10,67	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,33	11,80	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,22	3,73	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	13,28	13,49	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	9,30	9,41	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	17,55	12,53	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinflingidas intencionalmente	5,29	6,38	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,19	2,23	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	24,07	27,84	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,03	0,01	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	28,63	26,69	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,33	0,73	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		

Fuente: SISPRO – MSPS



## 2.1.5. Mortalidad materno – infantil y en la niñez

### 2.1.5.1. Tasas específicas de mortalidad

### 2.1.5.2. Mortalidad infantil

Al evaluar la mortalidad por los 16 grandes grupos de causas por sexo en los menores de un año (mortalidad infantil), se observa que la mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal durante los 15 años analizados presenta una tendencia al descenso, pasando de una tasa de 7,28 en el año 2005 a 4,06 muertes por mil nacidos vivos durante 2020. Las malformaciones congénitas presentan una tendencia estable durante el período evaluado, con tasas de 2,3 en el año 2005 a 2,34 muertes por mil nacidos vivos en el año 2020. Las muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias presentan tendencia a la disminución pasando de 0,91 a 0,11 muertes por mil nacidos vivos en el año 2020.

En la mortalidad infantil para niñas y niños, no se evidencian diferencias en cuanto al peso que aportan las principales causas de muerte; en los niños se presenta un mayor riesgo de morir debido a las afecciones originadas en el período perinatal con una tasa de 4,72 muertes por mil niños nacidos vivos, en comparación a 3,36 muertes por mil niñas nacidas vivas para el año 2020. En ambos grupos la tendencia es a la reducción de muertes por esta causa.

La mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y las enfermedades del sistema respiratorio, no evidencian diferencias por sexo, presentando una tendencia a la disminución en el período evaluado.

La mortalidad neonatal aporta alrededor del 60% de la mortalidad infantil, razón por la cual el departamento de Antioquia viene desarrollando desde el año 2012 acciones de vigilancia epidemiológica intensificada de ésta, lo que ha permitido evidenciar una reducción de las muertes en este grupo, de edad.

Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas. Antioquia, 2005 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,91	0,72	0,69	0,67	0,50	0,31	0,38	0,48	0,45	0,30	0,28	0,16	0,08	0,19	0,33	0,11
Tumores (neoplasias)	0,03	0,04	0,08	0,02	0,07	0,06	0,04	0,06	0,05	0,07	0,07	0,08	0,04	0,05	0,04	0,01
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,10	0,07	0,09	0,04	0,07	0,03	0,01	0,06	0,05	0,03		0,04	0,03	0,03	0,05	0,04
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,39	0,36	0,26	0,37	0,21	0,18	0,20	0,12	0,17	0,24	0,13	0,20	0,13	0,16	0,19	0,13
Enfermedades del sistema nervioso	0,32	0,32	0,47	0,23	0,27	0,22	0,20	0,18	0,20	0,10	0,25	0,23	0,26	0,16	0,21	0,15
Enfermedades del oído y de la apósis mastoides													0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,21	0,16	0,31	0,15	0,31	0,14	0,18	0,19	0,17	0,12	0,16	0,15	0,23	0,12	0,12	0,06
Enfermedades del sistema respiratorio	1,63	1,27	1,19	1,08	0,97	0,75	0,72	0,76	0,62	0,62	0,57	0,55	0,42	0,43	0,47	0,29
Enfermedades del sistema digestivo	0,11	0,19	0,21	0,10	0,17	0,20	0,09	0,06	0,15	0,17	0,13	0,07	0,12	0,07	0,07	0,11
Enfermedades del sistema genitourinario	0,06	0,09	0,06	0,16	0,03	0,06	0,03	0,06		0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,01	0,03
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7,28	6,27	6,37	6,34	5,48	3,20	5,44	4,98	4,90	5,31	4,27	4,25	4,55	4,34	4,64	4,06
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,30	2,50	2,71	2,72	2,65	2,99	2,72	2,41	2,73	2,28	2,45	2,72	2,77	2,51	2,18	2,36
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,14	0,23	0,23	0,30	0,22	0,28	0,20	0,17	0,21	0,10	0,14	0,08	0,14	0,08	0,12	0,06
Todas las demás enfermedades	0,02	0,01	0,01			0,01	0,03			0,03	0,04		0,03	0,00	0,00	0,01
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,20	0,41	0,59	0,45	0,45	0,54	0,47	0,30	0,21	0,18	0,22	0,20	0,18	0,16	0,04	0,11

Fuente: SISPRO - MSPS

Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad infantil en hombres, según causas. Antioquia, 2005 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,82	0,77	0,68	0,68	0,57	0,27	0,38	0,43	0,60	0,31	0,31	0,13	0,08	0,10	0,32	0,16
Tumores (neoplasias)	0,02	0,04	0,06		0,07	0,05		0,05	0,05	0,10	0,08	0,03	0,03	0,08	0,05	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,14	0,08	0,08	0,04	0,09	0,05		0,10	0,08	0,05		0,05	0,03	0,03	0,08	0,03
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,39	0,37	0,17	0,42	0,16	0,15	0,18	0,20	0,21	0,18	0,15	0,18	0,15	0,10	0,19	0,19
Enfermedades del sistema nervioso	0,37	0,27	0,46	0,19	0,32	0,30	0,18	0,18	0,18	0,18	0,15	0,23	0,41	0,16	0,24	0,19
Enfermedades del oído y de la apósis mastoides													0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,23	0,19	0,44	0,21	0,27	0,15	0,20	0,20	0,23	0,13	0,18	0,23	0,18	0,08	0,16	0,05
Enfermedades del sistema respiratorio	1,58	1,29	1,35	1,17	1,00	0,77	0,84	0,83	0,83	0,66	0,56	0,73	0,31	0,34	0,74	0,27
Enfermedades del sistema digestivo	0,12	0,19	0,19	0,13	0,20	0,35	0,10	0,08	0,18	0,20	0,15	0,03	0,10	0,05	0,13	0,14
Enfermedades del sistema genitourinario	0,06	0,15	0,08	0,19	0,05	0,07	0,05	0,08		0,05	0,08	0,05	0,08	0,08	0,03	0,03
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,29	7,61	7,50	7,51	5,46	5,98	6,06	5,64	5,65	5,84	4,81	4,75	4,66	4,88	5,33	4,72
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,40	2,61	2,64	2,93	2,54	3,30	2,62	2,32	3,10	2,40	2,43	2,91	3,16	2,48	2,28	2,58
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,18	0,21	0,21	0,25	0,23	0,40	0,13	0,20	0,26	0,10	0,18	0,05	0,25	0,13	0,16	0,11
Todas las demás enfermedades		0,02				0,02	0,05				0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,21	0,54	0,51	0,51	0,43	0,60	0,56	0,25	0,18	0,26	0,23	0,18	0,23	0,21	0,03	0,16

Fuente: SISPRO – MSPS

Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres, según causas. Antioquia, 2005 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,00	0,67	0,71	0,66	0,43	0,34	0,38	0,53	0,30	0,30	0,24	0,19	0,08	0,28	0,34	0,06
Tumores (neoplasias)	0,04	0,04	0,09	0,05	0,07	0,08	0,08	0,08	0,06	0,03	0,05	0,14	0,05	0,03	0,03	0,03
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,04	0,07	0,09	0,05	0,05		0,03	0,03	0,03			0,03	0,03	0,03	0,03	0,06
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,39	0,35	0,35	0,32	0,26	0,21	0,22	0,03	0,14	0,30	0,11	0,22	0,11	0,22	0,20	0,06
Enfermedades del sistema nervioso	0,26	0,37	0,47	0,27	0,22	0,13	0,22	0,19	0,22	0,03	0,35	0,22	0,11	0,17	0,17	0,11
Enfermedades del oído y de la apósis mastoides													0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,20	0,13	0,18	0,09	0,36	0,13	0,16	0,19	0,11	0,11	0,14	0,05	0,29	0,17	0,08	0,06
Enfermedades del sistema respiratorio	1,68	1,26	1,02	0,98	0,93	0,74	0,59	0,70	0,38	0,56	0,57	0,36	0,53	0,52	0,17	0,32
Enfermedades del sistema digestivo	0,09	0,20	0,22	0,07	0,14	0,05	0,08	0,05	0,11	0,13	0,11	0,11	0,13	0,08	0,00	0,09
Enfermedades del sistema genitourinario	0,07	0,02	0,04	0,14	0,02	0,05		0,05		0,05	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,03
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,21	5,88	5,18	6,32	5,50	4,38	4,79	4,28	4,10	4,76	3,66	3,72	4,42	3,98	3,91	3,36
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,20	2,37	2,79	2,49	2,78	2,66	2,83	2,51	2,34	2,15	2,47	2,52	2,37	2,50	2,07	2,12
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,09	0,26	0,24	0,34	0,22	0,16	0,27	0,13	0,16	0,11	0,11	0,11	0,03	0,03	0,08	0,00
Todas las demás enfermedades		0,02	0,02	0,02						0,05	0,05		0,05	0,00	0,00	0,03
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,20	0,28	0,69	0,39	0,48	0,47	0,38	0,35	0,25	0,11	0,19	0,19	0,13	0,11	0,06	0,06

Fuente: SISPRO – MSPS

### 2.1.5.3. Mortalidad en menores de 1 a 4 años.

Las principales causas de mortalidad en los menores de 1 a 4 años están dadas por causas externas de morbilidad y mortalidad, con tendencia a la disminución y tasas que van desde 22,7 en el 2005 a 7,57 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años, en el año 2020, seguido de las enfermedades del sistema respiratorio, con tasas que oscilan entre 12,93 y 2,43 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años en el año 2020, situación que puede deberse al impacto de las estrategias del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que ha incluido nuevos esquemas y vacunas de protección del niño de 1 a 4 años, alcanzando coberturas que favorecen la reducción de la mortalidad en este grupo.





En el último año estudiado en este grupo de edad, se observa disminución en el riesgo de morir por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, pasando de una tasa de 4,55 en 2005 a 3,24 muertes por cien mil niños de 1 a 4 años para el 2020; por sexo no hay una diferencia marcada en las niñas y niños en las diferentes causas.

**Tabla 20.** Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																			
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020				
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,22	7,94	8,46	6,78	5,57	4,11	3,62	3,60	3,11	2,85	2,36	2,81	2,56	2,55	2,46	1,08				
Tumores (neoplasias)	3,83	5,54	3,63	5,57	3,88	4,60	4,59	3,60	4,78	4,51	3,54	2,11	4,19	2,78	4,09	4,05				
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,24	0,72	0,97	1,70	0,24	0,24	1,21	0,48	0,72	1,43	0,24	1,17	0,93	0,93	1,09	0,81				
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,79	2,89	3,14	3,88	2,67	4,11	2,41	1,92	1,91	3,33	2,36	1,64	1,16	1,62	2,18	1,35				
Enfermedades del sistema nervioso	4,31	4,09	5,56	6,30	4,85	7,26	4,59	2,64	5,26	3,80	4,96	6,56	2,79	2,32	2,73	2,43				
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas					0,24								0,00	0,00	0,00	0,00				
Enfermedades del sistema circulatorio	3,35	2,89	2,66	1,94	2,67	2,18	0,97	1,68	2,63	0,95	1,42	1,17	1,63	1,62	0,82	0,27				
Enfermedades del sistema respiratorio	2,93	4,68	11,12	10,18	8,97	8,47	4,83	5,53	2,39	3,80	4,48	3,75	4,66	2,78	6,00	2,43				
Enfermedades del sistema digestivo	2,39	3,13	2,90	1,70	1,21	1,45	1,45	0,96	0,96	2,38	1,42	0,94	0,47	0,23	1,36	1,08				
Enfermedades del sistema genitourinario	1,68	0,72	1,21	0,48	0,48	0,24	0,97	0,48	0,48	1,66	0,47	1,17	0,23	0,00	0,00	0,00				
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal							0,24	0,24	0,48	0,95	0,47	0,70	0,47	0,70	0,55	0,81				
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,55	2,89	3,38	5,33	5,82	7,26	4,34	5,77	4,54	3,56	4,48	6,56	2,10	4,41	4,09	3,24				
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,63	2,65	1,45	3,39	3,15	2,90	0,72	1,20	0,96	0,95	1,18	1,64	1,16	1,64	1,64	0,27				
Todas las demás enfermedades	0,24			0,24			0,24	0,24	0,24	0,48	0,24	0,47	0,00	0,23	0,00	0,27				
Causas externas de morbilidad y mortalidad	22,74	22,15	21,75	21,56	16,00	19,12	4,48	2,02	11,71	13,06	9,91	9,37	11,18	7,32	9,28	7,56				

Fuente: SISPRO – MSPS

**Tabla 21.** Tasas específicas de mortalidad en hombres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																			
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020				
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5,62	9,42	7,56	9,47	6,15	3,78	3,30	2,82	3,27	3,25	2,31	3,20	3,64	2,72	3,20	1,05				
Tumores (neoplasias)	3,28	6,12	3,31	6,63	4,73	3,31	5,19	4,23	5,14	5,11	2,77	2,75	5,46	4,08	5,87	3,69				
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		0,47	0,95	2,84			0,94	0,47	1,40	1,86	0,46	0,92	0,91	1,81	2,14	1,58				
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,22	2,83	3,78	3,31	3,31	4,25	2,36	2,35	2,80	2,78	1,84	0,46	0,46	1,81	2,67	1,05				
Enfermedades del sistema nervioso	4,22	4,71	6,14	6,63	4,73	6,15	1,89	3,29	4,20	4,64	6,92	7,32	3,19	1,36	2,14	3,16				
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas					0,47								0,00	0,00	0,00	0,00				
Enfermedades del sistema circulatorio	3,75	1,88	2,84	1,42	1,89	2,84	1,41	1,88	3,74	0,93		1,37	1,37	2,72	0,53	0,00				
Enfermedades del sistema respiratorio	9,37	3,19	8,51	1,36	8,52	6,62	5,19	5,16	3,27	3,71	3,23	3,66	5,46	3,63	5,87	1,58				
Enfermedades del sistema digestivo	2,81	2,83	2,84	1,42	0,47	0,47	1,89	1,88	0,47	2,32	1,84	0,92	0,00	0,45	2,14	2,11				
Enfermedades del sistema genitourinario	2,34	0,94	0,95	0,95			1,41	0,94	0,93	1,39	0,46	1,37	0,46	0,00	0,00	0,00				
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal								0,47	1,39	0,46	1,37	0,46	0,00	0,53	0,53	0,53				
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,69	3,77	2,84	5,21	5,21	8,51	4,71	4,70	5,60	6,03	3,69	8,24	2,28	3,44	5,87	1,58				
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,34	1,88	2,36	2,84	4,26	3,78	1,41	1,88	0,93	1,39	1,38	0,92	0,00	0,45	2,14	0,53				
Todas las demás enfermedades	0,47			0,47					0,47			0,46	0,00	0,45	0,00	0,53				
Causas externas de morbilidad y mortalidad	29,06	24,02	27,41	19,88	17,99	18,91	16,50	15,03	1,67	16,24	8,30	10,07	2,29	7,70	9,61	6,33				

Fuente: SISPRO – MSPS

**Tabla 22.** Tasas específicas de mortalidad en mujeres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																			
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020				
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,85	6,40	9,40	3,97	4,97	4,46	3,96	4,43	2,94	2,43	2,42	2,40	1,43	2,37	1,67	1,10				
Tumores (neoplasias)	4,40	4,92	3,96	4,47	2,98	5,95	3,96	2,95	4,41	3,89	4,35	1,44	2,86	1,42	2,23	4,42				
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,49	0,98	0,99	0,50	0,50	0,50	1,48	0,49		0,97		1,44	0,95	0,00	0,00	0,00				
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,38	2,95	2,47	4,47	1,99	3,97	2,47	1,48	0,98	3,89	2,90	2,88	1,91	1,42	1,67	1,66				
Enfermedades del sistema nervioso	4,40	3,45	4,95	5,95	4,97	8,43	7,42	1,97	6,36	3,92	2,90	5,76	2,38	3,32	3,35	1,66				
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas														0,00	0,00	0,00				
Enfermedades del sistema circulatorio	2,94	3,94	2,47	2,48	3,48	1,49	0,49	1,47	0,97	2,90	0,96	1,91	0,47	1,12	0,55	0,00				
Enfermedades del sistema respiratorio	18,64	18,25	18,85	8,93	9,44	10,42	4,45	5,91	1,47	3,89	5,80	3,84	3,82	1,90	6,14	3,31				
Enfermedades del sistema digestivo	1,96	3,45	2,97	1,98	1,99	2,48	0,99		1,47	2,43	0,97	0,96	0,95	0,00	0,56	0,00				
Enfermedades del sistema genitourinario	0,98	0,49	1,48		0,99	0,50	0,49			1,95	0,48	0,96	0,00	0,00	0,00	0,00				
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal							0,49	0,49	0,49	0,49	0,48		0,48	1,42	0,56	1,10				
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,40	1,97	3,96	5,46	6,46	5,95	3,96	6,89	3,43	0,97	5,32	4,80	1,91	3,32	2,23	4,97				
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,94	3,45	0,49	3,97	1,99	1,98		0,49	0,98	0,49	0,97	2,40	1,91	1,90	1,12	0,00				
Todas las demás enfermedades							0,49	0,49		0,97	0,48	0,48	0,00	0,00	0,00	0,00				
Causas externas de morbilidad y mortalidad	18,15	20,19	18,83	23,32	19,91	19,35	2,36	8,86	1,75	9,73	1,61	8,64	10,02	7,12	8,93	8,84				

Fuente: SISPRO – MSP



## 2.1.5.4. Mortalidad en la niñez

La mortalidad en la niñez (menores de 5 años), evidencia como primera causa de muerte ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con tendencia a la reducción, registrando tasas entre 11,98 en el 2005 a 52,70 muertes por 100.000 en el año 2020. El segundo grupo de causas corresponde a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con tasas que oscilan entre 43,22 en las 2005 y 36,78 muertes por 100.000 menores de cinco años en el 2020 con marcada tendencia a la disminución.

La tercera causa son las enfermedades respiratorias, con tendencia importante a la disminución pasando de 43,61 en el año 2005 a 7,53 muertes por 100.000 menores de cinco años en el año 2020. Las causas externas, si bien, presentan una reducción en la mortalidad, persisten como una causa de muerte en este grupo poblacional, situación que amerita una intervención desde diferentes sectores, para prevenir muertes relacionadas con diferentes tipos de accidentes, las tasas oscilan entre 16,5 a 7,97 muertes por 100.000 menores de cinco años en el año 2020.

Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas. Antioquia, 2005 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	23,57	17,38	20,23	14,71	11,13	8,72	8,68	11,38	6,63	6,21	5,40	4,59	2,28	5,69	6,70	1,77	
Tumores (neoplasias)	4,32	4,74	4,76	4,37	3,58	5,94	4,34	3,53	4,29	3,49	4,24	3,06	3,05	1,52	2,23	3,99	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoyéticos	1,18	1,98	2,38	1,19	1,19	0,40	1,58	0,79	0,39	0,78	1,53	1,14	0,38	0,45	0,89		
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,39	8,69	8,33	9,14	5,96	6,34	5,13	1,57	2,73	7,37	3,86	5,36	3,05	4,17	4,47	2,21	
Enfermedades del sistema nervioso	8,25	9,48	12,29	9,54	7,55	8,72	9,07	4,32	8,19	2,72	7,33	7,66	3,43	4,93	5,36	3,10	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas													0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	5,89	5,53	5,16	3,58	8,74	3,17	2,76	3,92	2,73	2,33	4,24	1,53	5,71	2,66	2,23	1,33	
Enfermedades del sistema respiratorio	43,61	35,95	29,35	24,25	23,04	19,42	12,23	14,91	6,63	11,25	12,72	8,04	10,66	8,72	7,60	7,53	
Enfermedades del sistema digestivo	3,14	6,32	6,35	2,78	3,97	2,77	1,97	0,79	2,73	3,88	2,31	2,30	2,66	1,14	0,45	1,33	
Enfermedades del sistema genitourinario	1,96	0,79	1,98	2,38	1,19	1,19	0,39	0,79		2,33	0,77	1,15	0,00	0,00	0,00	0,44	
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	111,98	106,68	92,80	110,10	91,38	65,78	70,63	63,19	68,53	69,04	52,44	52,06	63,58	56,14	62,11	52,70	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	43,22	44,65	53,14	47,70	51,26	44,78	44,59	42,39	35,90	31,81	39,33	39,05	35,40	27,17	26,41	36,78	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,93	7,51	4,76	9,14	5,17	3,96	3,95	2,36	3,12	1,94	2,31	3,45	1,90	1,90	2,23	0,00	
Todas las demás enfermedades		0,40	0,40	0,40				0,39	0,39		1,55	1,16	0,38	0,76	0,00	0,00	0,44
Causas externas de morbilidad y mortalidad	16,50	21,34	24,99	25,44	19,07	22,59	15,39	12,17	12,88	9,31	11,95	9,57	9,90	7,21	8,04	7,97	

Fuente: SISPRO – MSPS

Tabla 24. Tasas específicas de mortalidad en niños, según causas. Antioquia, 2005 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	19,54	21,51	18,16	19,71	14,40	7,18	8,29	8,62	11,18	7,03	6,25	4,38	3,99	3,62	7,69	3,38
Tumores (neoplasias)	3,01	5,66	3,78	5,31	4,93	4,40	4,15	4,12	4,84	5,55	3,31	2,56	4,72	4,34	5,55	2,96
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematópoyéticos	2,63	1,89	2,27	3,03	1,52	0,76	0,75	1,87	2,24	2,22	0,37	1,46	1,09	1,81	2,99	1,69
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	10,52	9,06	6,05	10,23	5,30	5,67	4,52	4,87	5,22	4,81	3,68	2,92	2,54	2,89	5,12	3,80
Enfermedades del sistema nervioso	10,15	8,68	13,24	8,72	9,09	9,45	4,15	5,25	5,96	6,29	7,72	9,13	8,35	3,26	5,55	5,50
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas					0,38								0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	7,14	4,91	10,21	4,93	6,06	4,54	4,15	4,50	6,34	2,59	2,57	4,38	3,63	3,26	2,99	0,85
Enfermedades del sistema respiratorio	36,46	33,96	31,02	29,94	23,49	17,02	16,58	16,50	14,53	12,59	10,66	13,14	8,71	7,60	16,66	5,50
Enfermedades del sistema digestivo	4,51	5,66	5,67	3,41	3,79	5,67	3,01	2,62	2,98	4,81	3,68	1,10	1,45	1,09	3,84	3,80
Enfermedades del sistema genitourinario	3,01	3,40	2,27	4,17	0,76	1,13	1,88	1,87	0,75	1,85	1,47	1,83	1,45	1,09	0,43	0,42
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	151,85	138,49	154,80	134,15	91,32	91,13	89,69	83,99	81,24	83,88	69,48	67,91	66,81	64,75	86,27	73,98
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	47,73	50,56	49,56	56,46	46,61	57,10	42,58	38,25	48,82	39,61	37,87	47,47	46,84	38,71	41,42	41,43
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,26	5,28	5,67	6,82	7,20	9,08	3,01	4,50	4,47	2,59	3,68	1,46	3,63	2,17	4,27	2,11
Todas las demás enfermedades	0,38	0,38		0,38		0,38	0,75		0,37		0,37	0,37	0,00	0,36	0,00	0,42
Causas externas de morbilidad y mortalidad	27,06	29,06	31,02	25,01	21,60	24,20	21,48	15,75	11,93	16,66	9,93	10,59	13,07	9,04	8,11	7,61

Fuente: SISPRO – MSPS



Tabla 25. Tasas específicas de mortalidad en niñas, según causas. Antioquia, 2005 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	23,57	17,38	20,23	14,71	11,13	8,72	8,68	11,38	6,63	6,21	5,40	4,59	2,28	5,69	6,70	1,77
Tumores (neoplasias)	4,32	4,74	4,76	4,37	3,58	5,94	4,34	3,53	4,29	3,49	4,24	3,06	3,05	1,52	2,23	3,99
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,18	1,98	2,38	1,19	1,19	0,40	1,58	0,79	0,39	0,78		1,53	1,14	0,38	0,45	0,89
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,39	8,69	8,33	9,14	5,96	6,34	5,13	1,57	2,73	7,37	3,86	5,36	3,05	4,17	4,47	2,21
Enfermedades del sistema nervioso	8,25	9,48	12,29	9,54	7,55	8,72	9,07	4,32	8,19	2,72	7,33	7,66	3,43	4,93	5,36	3,10
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas													0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	5,89	5,53	5,16	3,58	8,74	3,17	2,76	3,92	2,73	2,33	4,24	1,53	5,71	2,66	2,23	1,33
Enfermedades del sistema respiratorio	43,61	35,95	29,35	24,25	23,04	19,42	12,23	14,91	6,63	11,25	12,72	8,04	10,66	8,72	7,60	7,53
Enfermedades del sistema digestivo	3,14	6,32	6,35	2,78	3,97	2,77	1,97	0,79	2,73	3,88	2,31	2,30	2,66	1,14	0,45	1,33
Enfermedades del sistema genitourinario	1,96	0,79	1,98	2,38	1,19	1,19	0,39	0,79		2,33	0,77	1,15	0,00	0,00	0,00	0,44
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	111,98	106,68	92,80	110,10	91,38	65,78	70,63	63,19	58,53	69,04	52,44	52,06	63,58	56,14	62,11	52,70
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	43,22	44,65	63,14	47,70	51,26	44,78	44,59	42,39	35,90	31,81	39,33	39,05	35,40	37,17	34,41	36,76
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,93	7,51	4,76	9,14	5,17	3,96	3,95	2,36	3,12	1,94	2,31	3,45	1,90	1,90	2,23	0,00
Todas las demás enfermedades		0,40	0,40	0,40			0,39	0,39		1,55	1,16	0,38	0,76	0,00	0,00	0,44
Causas externas de morbilidad y mortalidad	16,50	21,34	24,99	25,44	19,07	22,59	15,39	12,17	12,88	9,31	11,95	9,57	9,90	7,21	8,04	7,97

Fuente: SISPRO – MSPS

Con relación a la semaforización de la mortalidad materno infantil y niñez, a pesar de observarse en el último periodo tendencia en la razón de la mortalidad materna en Antioquia hacia el aumento, en el 2020 esta tasa es inferior al indicador nacional, diferencia estadísticamente significativa.

La mortalidad por desnutrición y por Infección Respiratoria Aguda (IRA), presentan para el Departamento cifras inferiores al país, al evaluar la desnutrición, Antioquia presenta una disminución para el 2020, alcanzado una tasa de 1,5 defunciones por 100.000 niños, inferior a aquella del año 2019 que fue de 2,2; el comportamiento en el período ha tenido una tendencia marcada a la disminución, que puede obedecer a las estrategias implementadas en el ámbito de la seguridad alimentaria y nutricional, con acciones de complementación alimentaria, agricultura - autoconsumo y atención de la desnutrición aguda, las cuales han tenido impacto y se ve reflejado en este tipo de resultados.

La mortalidad en la niñez por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) presenta para el año 2020 una tendencia a la disminución con respecto al año anterior, con valores de 0,65 muertes por cien mil menores de 5 años y 3,9 en el año 2019. El departamento de Antioquia presenta una tasa inferior a la nación estadísticamente significativa.

Con relación a la mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, el departamento de Antioquia presenta una tasa de 4,97 en el año 2020, inferior a la nación que es de 6,8 muertes por cien menores en dicho rango de edad. Al comparar la tasa con el año 2019, que fue de 10,5, la actual, se reduce a la mitad su valor.



Tabla 26. SemafORIZACIÓN y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Antioquia, 2005 – 2020

Causa de muerte	Colombia	Antioquia	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Razón de mortalidad materna	65,78	47,36	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad neonatal	6,70	5,18	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad infantil	10,12	7,73	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad en la niñez	12,11	9,14	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	6,77	4,97	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,41	0,65	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,75	1,51	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		

Fuente: SISPRO - MSPS

La mortalidad materna es un problema de salud pública, resultado de una serie de factores determinantes entre los cuales se destaca la situación de desventaja económica, la educación, el acceso y la calidad de los servicios de salud para la atención materna y la planificación familiar que refleja las brechas en el territorio expresadas en un mayor riesgo de morir.

Factores como la inequidad y la desigualdad, la lejanía entre las viviendas y los centros de salud, no disponer de información suficiente y veraz además de algunas prácticas culturales inciden en que las gestantes retrasen o no accedan a la atención en salud materna de manera oportuna lo que representa un mayor riesgo de complicaciones que potencialmente amenazan la vida y pueden generar un desenlace fatal si no se intervienen.

Las principales causas de muerte materna son la hemorragia obstétrica severa, preeclampsia severa, eclampsia, infecciones y el aborto inseguro. Las muertes maternas se clasifican en causas directas (relación con la gestación): hemorragias obstétricas, sepsis de origen obstétrico, trastornos hipertensivos asociados al embarazo (THAE), procesos tromboticos; y en causas indirectas: cáncer, sepsis no obstétrica, hemorragias subaracnoideas, accidentes cerebrovasculares, procesos hepáticos, endocrinos, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, choque anafiláctico, entre otros.

En la tendencia de la mortalidad materna en Antioquia en 2005 a 2020, se observa un comportamiento fluctuante; el año con mayor mortalidad materna fue 2006 cuando se presentaron 69 muertes maternas por cada 100.000 nacidos, y el año con menor mortalidad fue 2017 con 27 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Es importante resaltar que ningún año estuvo por encima de la razón de mortalidad materna nacional. Cabe mencionar, el comportamiento inusual presentado en el 2020 donde hubo un aumento inusitado de casos con respecto al año anterior, pero manteniéndose por debajo de la Razón de Mortalidad Materna nacional explicado la pandemia COVID-19 que tuvo un impacto socioeconómico que ha derivado en una crisis sanitaria a nivel mundial, donde la política de la



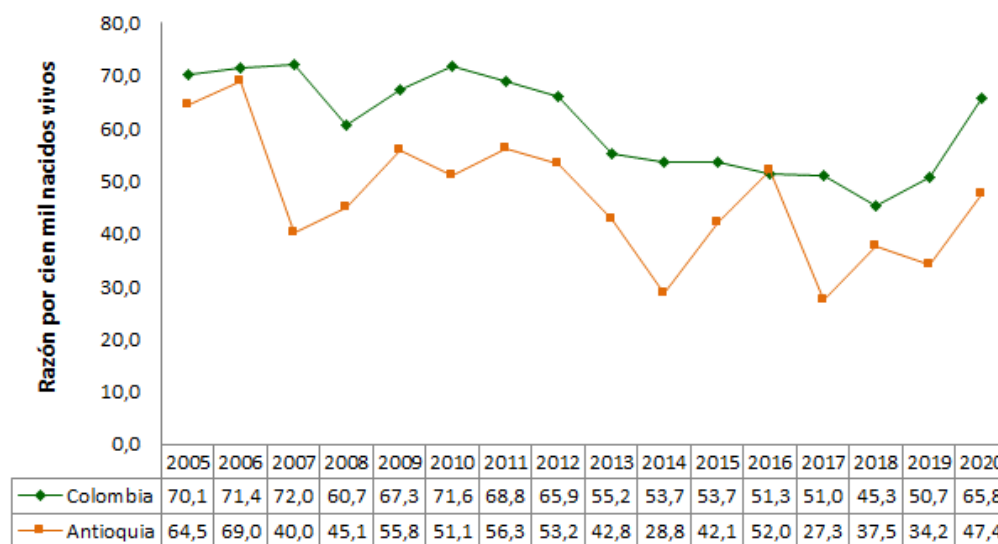
maternidad segura sufrió el impacto de diversas maneras, ejemplo de esto fue el desconocimiento de la vulnerabilidad de las mujeres gestantes frente a la infección respiratoria por el Sars-COV-2. Los retos para superar las complicaciones durante la gestación se incrementaron y es mandatorio propender por la protección de la salud materno-infantil desde una mirada colectiva.

La mortalidad materna no afecta a todas las subregiones del departamento de igual manera, situación que puede estar determinada por la variable fecundidad y natalidad presentada en las subregiones, así como por la oportunidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud, además de factores socioculturales.

Al interior del departamento se presentan diferencias tanto en el número de las muertes maternas como en el número de nacimientos vivos en los territorios lo que puede afectar de manera importante la Razón de Mortalidad Materna.

Al observar el año 2020, se encuentra que, la subregión con más casos de MM fue Urabá y la subregión con el mayor RMM fue Occidente.

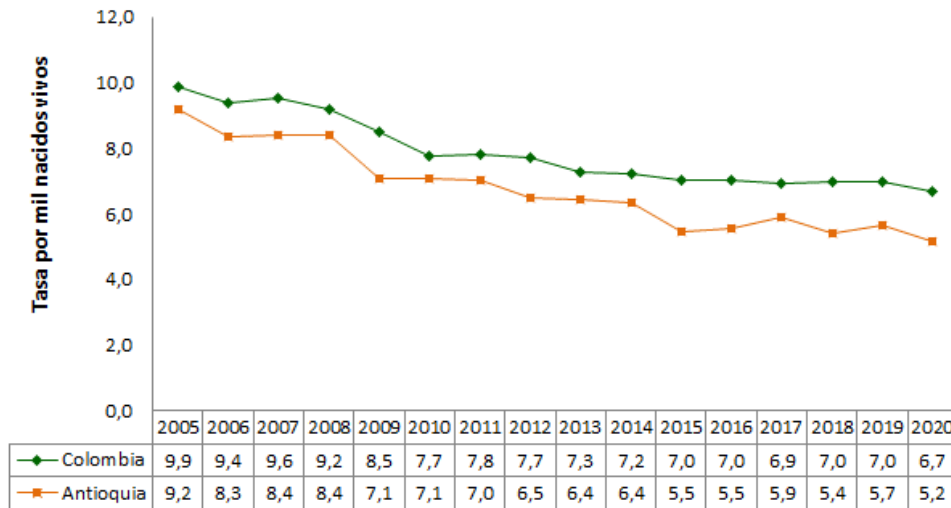
Figura 70. Razón de mortalidad materna. Colombia y Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO - MSPS

La siguiente figura muestra la tendencia en la mortalidad neonatal entre Colombia y Antioquia. En esta se observa que el Departamento siempre ha estado por debajo del valor nacional, adicionalmente, presentó una reducción marcada durante el período evaluado, cuando se compara la mortalidad del año 2005 al 2020. Sin embargo, en el quinquenio 2016-2020 se observa una tendencia estacionaria. Antioquia en el año 2020, registró una tasa de 5,2 muertes por 1.000 nacidos vivos.

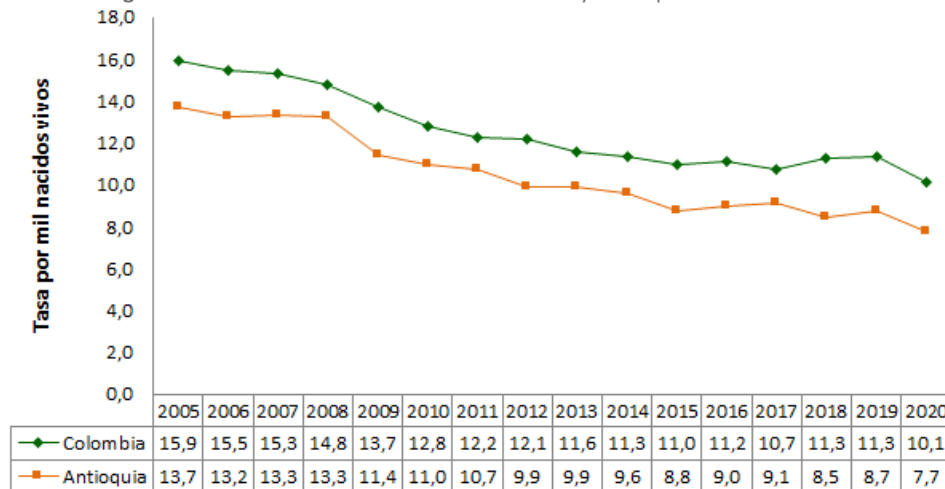
Figura 71. Tasa de mortalidad neonatal. Colombia y Antioquia 2005 – 2020



Fuente: SISPRO - MSPS

La mortalidad infantil presenta tendencia a la disminución, tanto para el país como para el Departamento, evidenciando una tasa más baja en Antioquia, de 7,7 defunciones por 1.000 nacidos vivos en el año 2020.

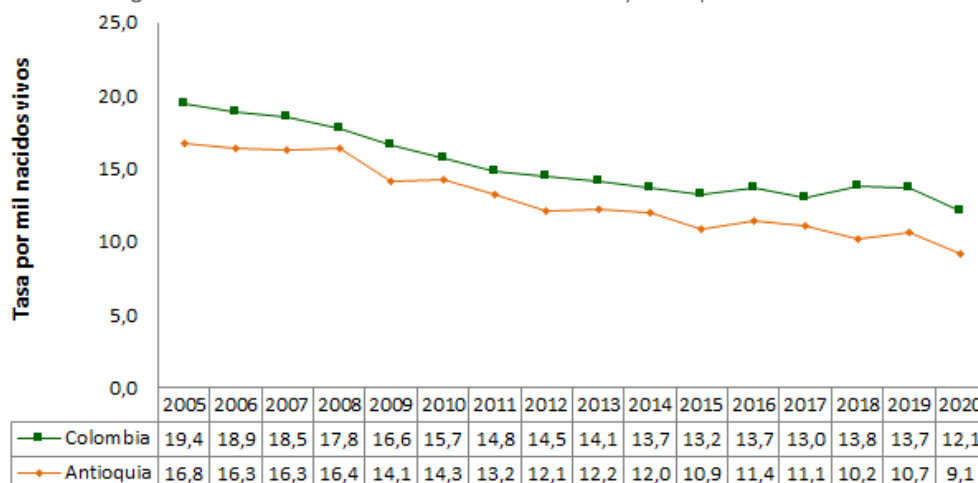
Figura 72. Tasa de mortalidad infantil. Colombia y Antioquia 2005 – 2020



Fuente: SISPRO – MSPS

La mortalidad en la niñez, presenta a través de los años analizados, una tendencia a la reducción, comportamiento que está en concordancia con la información emitida por la Organización de Naciones Unidas, que desde el año 2000 “las muertes infantiles se han reducido prácticamente a la mitad y las muertes maternas han disminuido en más de un tercio, principalmente gracias a un mejor acceso a servicios de salud asequibles y de calidad”. En el año 2020 la tasa de mortalidad en la niñez en Antioquia fue de 9,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos, 3 defunciones menos por 1.000 nacido vivos en comparación con el país.

Figura 73. Tasa de mortalidad en la niñez. Colombia y Antioquia 2005 – 2020

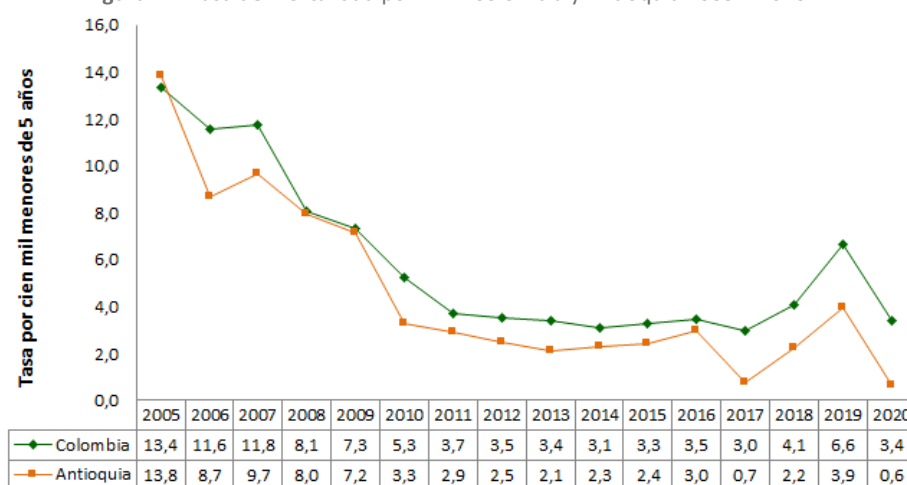


Fuente: SISPRO – MSPS

Se aprecia en la gráfica la tendencia a la disminución en la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda-EDA, desde el 2005 hasta el 2020, año en el que se evidenció la tasa más baja en el período, de 0,6 muertes por cien mil menores de 5 años. En los años 2018 y 2019 se presentó un cambio en la tendencia, con una pendiente positiva.

Dentro de los factores que se han identificado como posibles contribuyentes a la mortalidad por EDA en el departamento, se aprecian: los retrasos tipo 4 relacionados con la prestación de los servicios de salud, la falta en el reconocimiento en los signos de alarma, así como barreras geográficas y económicas.

Figura 74. Tasa de mortalidad por EDA. Colombia y Antioquia 2005 – 2020



Fuente: SISPRO - MSPS

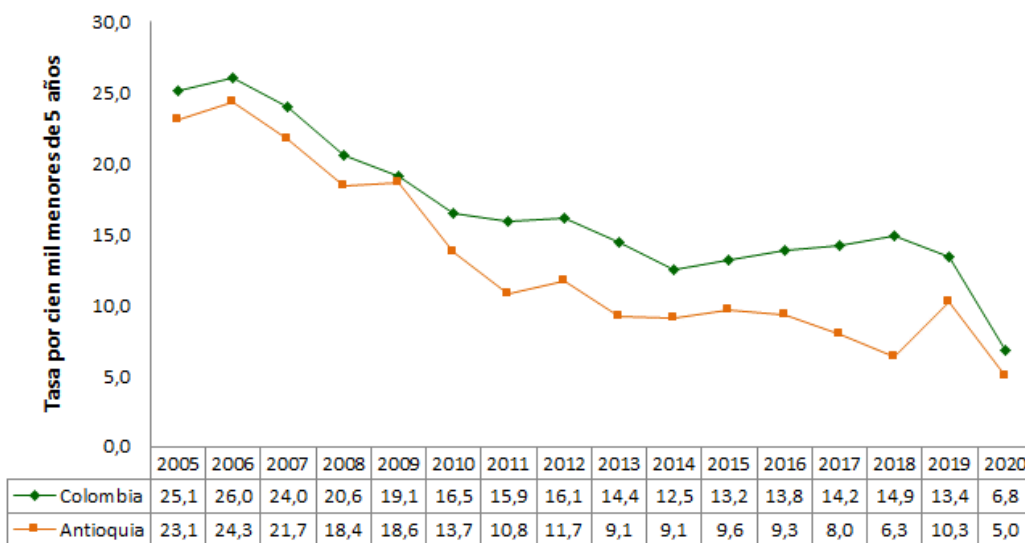


La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el 2020 en Antioquia, presenta disminución con relación al año 2019, pasando de 10,3 defunciones por cien mil menores de 5 años, a 5,0 muertes en el año 2020. Presentando la tasa más baja del período desde el año 2005.

Es importante tener en cuenta que la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA), en los menores de cinco años, está asociada al bajo peso al nacer, la malnutrición, la falta de lactancia materna durante el primer año de vida, el hacinamiento, la poca accesibilidad a la prestación de servicios, las coberturas no óptimas de vacunación y la calidad del servicio de salud.

Los determinantes sociales, tales como la pertenencia a grupos étnicos, (indígenas y afrocolombianos), ser víctima del conflicto, la alta ruralidad, evidencian la vulnerabilidad de los menores de cinco años a morir por las condiciones descritas, las cuales son susceptibles de intervención con estrategias costo - efectivas que pueden reducir en gran medida las muertes en los menores de 5 años.

Figura 75. Tasa de mortalidad por IRA. Colombia y Antioquia 2005 – 2020



Fuente: SISPRO - MSPS

La desnutrición predispone a las personas a un mayor riesgo de enfermarse y morir por enfermedades y condiciones comunes, cuando un niño muere por malnutrición, demuestra el grado de desarrollo de un país y las inequidades de las poblaciones vulnerables, las cuales tienen menor acceso a las políticas de estado, contribuyendo a la mortalidad por EDA e IRA. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el 45% de las muertes en menores de cinco años, está asociada a factores relacionados con la nutrición.

La tendencia de la tasa de mortalidad por desnutrición aguda en el período analizado, es hacia la disminución, observándose en el año 2020, un valor de 1,5 muertes por 100.000 menores de 5



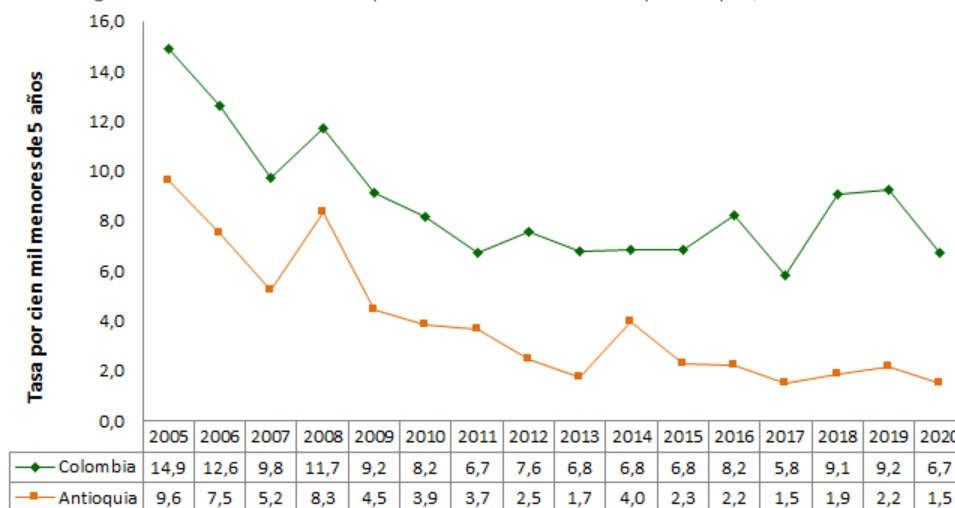


años, 0,7 menos que el año 2019. En comparación con el país, las tasas de Antioquia están por debajo de los valores nacionales, desde el 2005 al 2020.

Es necesario fortalecer las estrategias para que los niños y las niñas no mueran por falta de alimentos; tales como el ingreso a la ruta de promoción y prevención al mes de nacimiento, los controles periódicos para evaluar su estado nutricional, el seguimiento a los esquemas de vacunación y la promoción de la lactancia materna en el primer año de vida.

La mortalidad por desnutrición es un intolerable en cualquier sociedad, que evidencia claramente las inequidades en el territorio antioqueño.

Figura 76. Tasa de mortalidad por desnutrición. Colombia y Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO – MSPS

Las defunciones que se presentan por enfermedad respiratoria (IRA), enfermedad diarreica (EDA) y desnutrición (DNT), las cuales son patologías prevalentes de la infancia, dan cuenta de la situación de salud y sobrevivencia de los niños y niñas menores de cinco años del territorio.

Las muertes por estos eventos, son consideradas indicadores de desarrollo de una región, y reflejan la situación de salud pública de la niñez; como una respuesta a estos eventos, se han implementado en el país y por consiguiente en el departamento diversas políticas, las cuales buscan garantizar el acceso a la atención en salud, entre otros, para alcanzar el bienestar y desarrollo integral de la población en la primera infancia.

Con base en los hallazgos de las unidades de análisis realizadas en el marco de la vigilancia integrada de la mortalidad en menores de 5 años por IRA, EDA y desnutrición, se han identificado los siguientes factores asociados:



- Las tasas más altas de mortalidad se encuentran en los menores de un año, residentes en áreas rurales y afiliados al Régimen Subsidiado.
- Las subregiones más afectadas siguen siendo Urabá, Bajo Cauca y el occidente antioqueño.
- La pertenencia a la comunidad indígena, es un factor de riesgo para la mortalidad en los tres eventos.
- Son comunes las barreras geográficas, la deficiencia en el saneamiento básico, inseguridad alimentaria, la ausencia de programas de detección temprana y protección específica, entre otros.

Es necesario realizar seguimiento estrecho al cumplimiento de las guías técnicas nacionales por parte de las IPS en los eventos de interés en los menores de 5 años, en el marco de la Resolución 3100 del 2019, donde se promueve que las Instituciones Prestadoras de Salud se adhieran a las guías con la mayor evidencia disponible en la ocurrencia del evento.

El retraso tipo uno, la falta de reconocimiento oportuno por parte de los cuidadores de los signos de alarma, sigue teniendo mucho peso en la mortalidad integrada. La educación a la comunidad, la promoción de la lactancia materna, la prevención de las enfermedades prevalentes en la infancia, son parte de las obligaciones pendientes de realizar por todos los actores responsables de la salud y bienestar de esta población. La falta de aseguramiento, la pertenencia al Régimen Subsidiado, la no asistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo, esquemas de vacunación incompletos, son factores identificados asociados a la mortalidad en los menores de 5 años.

En las zonas donde se presentan las muertes para la mortalidad integrada, es importante implementar las acciones de saneamiento básico y agua potable a través de alianzas intersectoriales que contribuyan a la mejor calidad del agua y aumenten su cobertura.

Es necesario promover la calidad y capacidad técnica de los equipos y promotores rurales, en las áreas más afectadas por el evento en el departamento de Antioquia.

Las principales dificultades encontradas en las unidades de analizadas han sido:

- Desconocimiento por parte de la comunidad y de los cuidadores de los signos de alarma, para acudir en forma oportuna al servicio de salud.
- La alta ruralidad y las dificultades de transporte son factores que retrasan la atención de los pacientes menores de 5 años en el departamento de Antioquia.
- El bajo nivel educativo en especial de las madres obstaculiza el reconocimiento de los signos de alarma y la atención oportuna.
- En la mayoría de los casos de mortalidad, los niños presentaban vacunación incompleta y no estaban ingresados a la ruta de atención integral en la primera infancia.
- El retraso tipo 4 se convierte uno de los principales factores de intervención que puede modificar en forma positiva la mortalidad integrada en los menores de 5 años.
- Cuando el paciente acude al servicio de salud, la falta de triage adecuado retarda la



atención de los pacientes.

- En el diligenciamiento inadecuado de la historia clínica, se destacan: el desarrollo de la enfermedad actual de forma incompleta, no se realiza la revisión por sistemas, no se toman en forma habitual todos los signos vitales, no se cuantifica la relación del peso para la talla.
- No se realiza la estabilización del paciente en urgencias.
- No se documenta una evaluación horaria del paciente crítico.
- Se remite el paciente sin estabilización previa de sus signos vitales.
- Las EAPB no garantizan una red de atención adecuada en las subregiones para los niños gravemente enfermos.

La atención de estas falencias tiene la capacidad de modificar la mortalidad en la primera infancia en el departamento de Antioquia.

### 2.1.6. Mortalidad por salud mental

La Organización Mundial de la Salud para el año 2019, ha reportado, que la depresión es una de las principales causas de discapacidad, afectando 264'000.000 de personas, los trastornos mentales se evidencian antes de los 14 años, cerca de 1 de cada 5 adolescentes presenta un trastorno mental, el 10% de la carga de la enfermedad se debe a los trastornos mentales, neurológicos y consumo de sustancias.

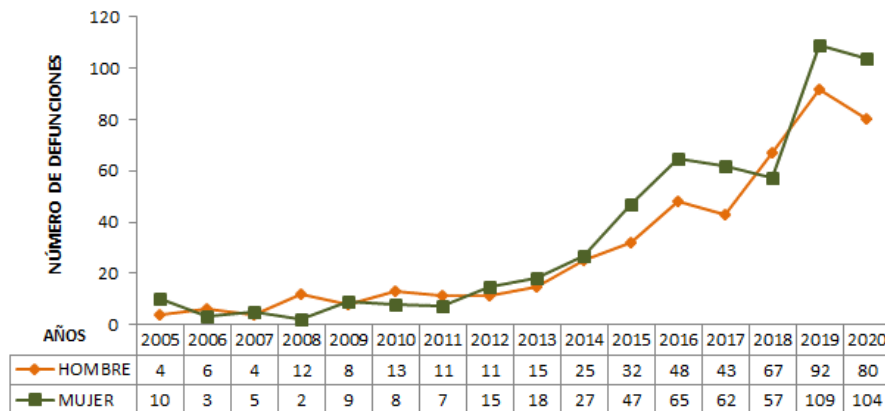
Cada año se suicidan cerca de 800.000 personas, siendo esta la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Una de cada nueve personas que viven en territorios que han presentado conflictos, desarrollan trastorno mental, que va desde moderado a grave, los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) de las personas con trastorno mental, evidencian un riesgo de morir de 10 a 20 años antes que la población sin trastornos mentales.

En Antioquia, de acuerdo con la información del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO, se encuentra que, el número de personas fallecidas por trastornos mentales y del comportamiento ha ido en ascenso, pasando de 14 muertes en el año 2005 a 184 en 2020, situación que puede deberse a que no hay un adecuado registro que evidencie la realidad, teniendo en cuenta los niveles de violencia que ha vivido el Departamento.

En los quince años evaluados, se han notificados 835 fallecidos, de los cuales 47% (391) son hombres y 53% son mujeres (444), esa diferencia entre géneros puede deberse, a que la mujer consulta con mayor frecuencia y por ende puede tener un diagnóstico previo al fallecimiento, el cual facilita la concordancia en el certificado de defunción. Se evidencia, además, una tendencia clara al ascenso en ambos grupos poblacionales.



Figura 77. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020

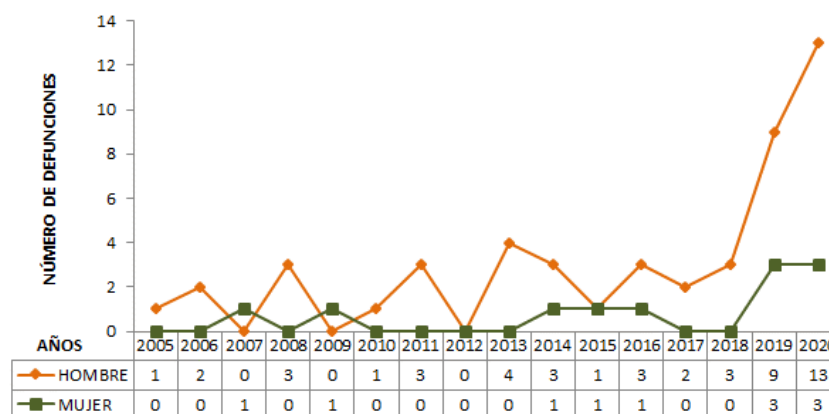


Fuente: SISPRO - MSPS

El consumo de sustancia de psicoactivas es un problema que no solo afecta la población antioqueña, sino que es reconocido a nivel nacional e incluso a nivel mundial, éste en sus cifras se puede ver enmascarado en otro tipo de muerte violenta, como los accidentes de tránsito, suicidios y homicidios de los cuales no se registra como causa básica de muerte, pero pueden estar presentes cuando sucede la defunción.

En total para el período analizado se presentaron 43 muertes por consumo de sustancias psicoactivas, siendo los hombres los que aportan la mayor proporción de defunciones (82%). Llama la atención que el 28% de estas se reportaron en el año 2019; esto puede deberse a un incremento en el número de casos o una mejor caracterización de la causa de la muerte.

Figura 78. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020



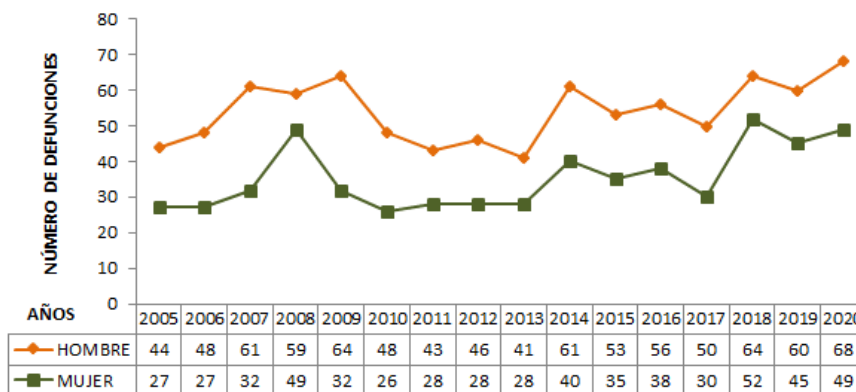
Fuente: SISPRO – MSP

La epilepsia como enfermedad crónica incluida dentro de la salud mental ha presentado 1.315 fallecidos durante el período evaluado y es dentro de los tres grupos de estas enfermedades, la



que más presenta mortalidad, la Organización Mundial de la Salud - OMS, informa que la muerte prematura es tres veces más frecuente en personas con epilepsia.

Figura 79. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO - MSPS

## 2.1.7. Mortalidad infantil y Necesidades Básicas Insatisfechas

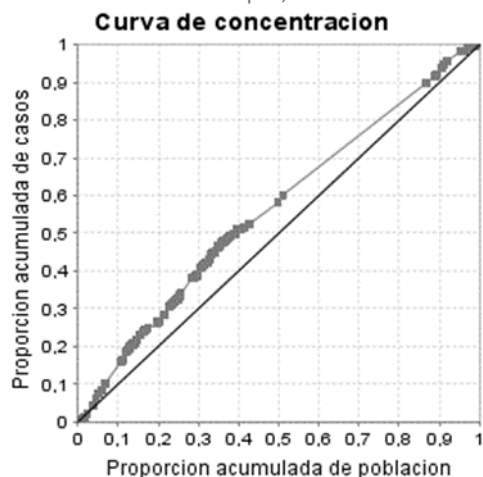
La literatura especializada sostiene que la tasa de mortalidad infantil (TMI), la cual indica el riesgo de muerte para los niños menores de un año, no sólo señala la ocurrencia del fenómeno biológico, sino que sugiere condiciones de vivienda, alimentación, educación, saneamiento ambiental y otros factores que caracterizan el estilo y la calidad de vida de la población. Por lo tanto, dado que la TMI se relaciona con el bienestar y el cuidado general de la atención de la salud puede ser considerada una variable indicadora del nivel de calidad de vida y utilizarse para relacionar el estado de salud de la población con el nivel de desarrollo de un país. (WHO, 2007; The World Bank, 2007; Reidpath y Allotey, 2003). (14).

El comportamiento de la mortalidad infantil según las necesidades básicas insatisfechas presentó en 2020 una conducta a favor de las poblaciones más pobres, identificando que más de la mitad de los fallecimientos en menores de un año por cada mil nacidos vivos estaban concentrados en el 50% de la población más pobre del departamento. Para este mismo periodo, 83 municipios presentaron casos de muerte en menores de un año.

En Antioquia, tal como se evidencia en el capítulo I, Contexto Territorial y Demográfico, en la dinámica poblacional existen diferencias en los indicadores sociales y económicos, tanto a nivel subregional, como al interior de los mismos municipios, lo cual determina el comportamiento de indicadores como la mortalidad infantil y materna.

Figura 80. Índice de concentración de la mortalidad infantil vs NBI. Antioquia, 2019-2020

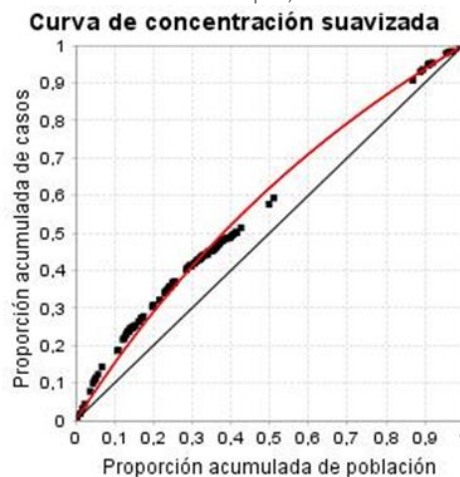
Índice de concentración de la mortalidad infantil vs NBI. Antioquia, 2019



Fuente: NBI: Ministerio de Salud y Protección Social 2019

Tasa de Mortalidad: SISPRO – MSPS 2019  
Nacidos Vivos: DANE 2019

Índice de concentración de la mortalidad infantil vs NBI. Antioquia, 2020



Fuente: NBI: Ministerio de Salud y Protección Social 2020

Tasa de Mortalidad: SISPRO – MSPS 2020  
Nacidos Vivos: DANE 2020

### 2.1.7.1. Mortalidad Materna con Índice de calidad de vida:

La identificación y medición de las diferencias en las condiciones de salud y de vida de las gestantes constituyen un paso importante para reconocer las inequidades en salud como barreras que afectan la salud materno perinatal, y, por lo tanto, para el diseño y ejecución de acciones tendientes a disminuirlas y, eventualmente, eliminarlas.

No obstante, atribuir las diferencias en las condiciones de salud solamente a los determinantes socioeconómicos medidos a partir de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), no es suficiente ya que existen factores culturales, sociales, medioambientales, de infraestructura, entre otros, que influyen sobre las condiciones de salud, que no están totalmente captados por dicho indicador. Por lo tanto, para una mejor comprensión de la dinámica de las diferencias de salud, es necesaria la construcción de una red de causalidad, capaz de representar no sólo las relaciones entre los factores socioeconómicos y el indicador de salud bajo análisis, sino también, los efectos que intervienen en las acciones de salud, que conjuntamente con los primeros, pueden afectar intensamente los desenlaces.

En las últimas décadas, diversas investigaciones muestran la relación entre los bajos ingresos y la pobreza de la población en relación al déficit de salud materna. En efecto, en los países que han alcanzado menor nivel de desarrollo, se evidencian mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio comparado con países de mayor desarrollo, y dentro de cada país, las gestantes de bajos ingresos tienen más problemas de salud que las de altos ingresos.

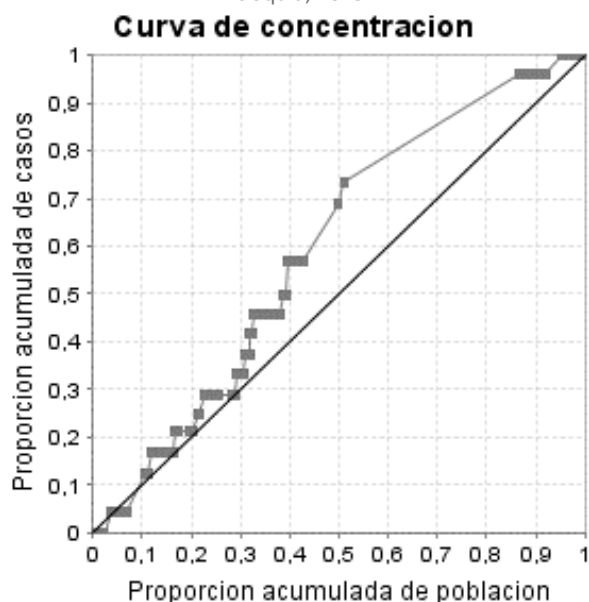
En este sentido, los grupos de gestantes que presentan las condiciones socioeconómicas y culturales más desfavorables tienen menor acceso a los servicios de salud, que, a su vez, en general, son de baja calidad. Esto redundará en una mayor prevalencia de morbilidad y mortalidad.

En Antioquia durante el 2020, se presentaron 34 casos de muerte materna en 19 de los 125 municipios del Departamento; se realiza la curva de concentración teniendo en cuenta el cálculo de la tasa de mortalidad materna para el último año del período evaluado, utilizando el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas.

En los municipios del Departamento que presentaron casos de muertes maternas durante 2020, se puede observar que alrededor del 74% de éstas, se concentran en el 50% de la población más pobre de Antioquia. No se evidencia una asociación clara entre los municipios que presentan una menor proporción para el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y los casos de muerte materna, lo anterior, debido a que este indicador solo afecta al 12,8% de los municipios del Departamento.

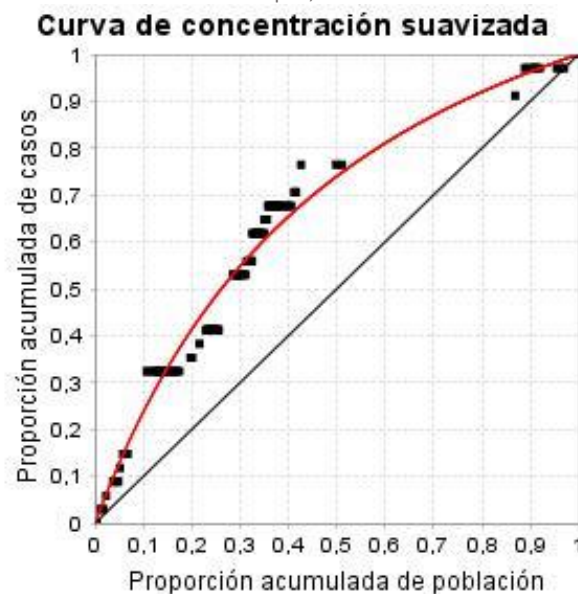
Figura 81. Índice de concentración de la mortalidad Materna vs NBI. Antioquia, 2019-2020

Índice de concentración de la mortalidad Materna vs NBI.  
Antioquia, 2019



Fuente: NBI: Ministerio de Salud y Protección Social 2019  
Tasa de Mortalidad: SISPRO – MSPS 2019

Índice de concentración de la mortalidad Materna vs NBI.  
Antioquia, 2020



Fuente: NBI: Ministerio de Salud y Protección Social 2020  
Tasa de Mortalidad: SISPRO – MSPS 2020

### 2.1.7.2. Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI.

Los índices estimados se basaron en comparaciones dos a dos, para categorías ordenadas con la variable socioeconómica de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

### 2.1.7.3. Mortalidad Materna y necesidades básicas insatisfechas

La mortalidad materna, es un evento influenciado por las condiciones de vida y acceso a los servicios de salud de las mujeres en un esfuerzo por acercarse a estas condiciones de vida, se realiza el análisis de la mortalidad materna con relación a la proporción de Necesidades Básicas Insatisfechas-NBI. A partir de lo anterior, se describen los siguientes indicadores:

**El cociente de tasas extremas:** La tasa de mortalidad materna es 5.2 veces más alta en los municipios con una mayor proporción de NBI, que en los municipios con menor NBI.

**El cociente ponderado de tasas extremas:** La tasa de mortalidad materna del municipio que tiene mayor NBI es 0.40 veces más alta que la tasa de mortalidad materna del municipio que tiene menor NBI.

**Las diferencias de tasas extremas ponderadas:** Los municipios con mayor proporción de NBI presenta 144,34 muertes maternas más por cada 100.000 nacidos vivos que los municipios con menor proporción de NBI

**El riesgo atribuible poblacional:** Si el departamento lograra tener la misma proporción de NBI, del observado en los municipios con mejor indicador, se reduciría la mortalidad materna en 47,90 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

**El riesgo atribuible poblacional relativo:** Si todos los municipios de Antioquia, tuvieran la misma proporción de NBI, que los municipios con el mejor índice, las muertes maternas se reducirían en un 58,3%

### 2.1.7.4. Mortalidad Infantil y Necesidades Básicas Insatisfechas

Para el análisis de las desigualdades, la población se agrupa en quintiles de población, en orden ascendente, según el porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Así, el primer quintil incluye al 20% de la población con el menor porcentaje de NBI, es decir, la de mayor nivel socioeconómico. Mientras que el último quintil, agrupa al 20% de la población con el menor nivel socioeconómico, esto es, el mayor porcentaje de hogares con NBI. Luego de este agrupamiento para cada quintil se calcula el promedio del porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), y la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), a partir del total de niños menores de un año fallecidos y el total de niños nacidos vivos en el período evaluado.

**El cociente de tasas extremas:** La tasa de mortalidad infantil es el doble de alta en el municipio con mayor porcentaje de pobreza que en el municipio con menor porcentaje de pobreza.

**El Cociente ponderado de tasas extremas:** La tasa de mortalidad infantil del municipio que tiene mayor porcentaje de pobreza es 0.46 veces más alta que la tasa de tasa de mortalidad infantil del



municipio que tiene menor porcentaje de pobreza ajustando por el tamaño poblacional de cada grupo.

**Las diferencias de tasas extremas ponderadas:** El municipio con mayor porcentaje de pobreza tiene 1.6 muertes infantiles más por cada 100.000 habitantes que el municipio con menor porcentaje de pobreza, ajustando por el tamaño poblacional de cada grupo.

**El Riesgo Atribuible Poblacional:** Si todos los municipios tuvieran la misma tasa de mortalidad infantil que el municipio con menor porcentaje de pobreza se incrementaría la mortalidad infantil en 1.5 muertes por cada 100.000 habitantes.

**El riesgo atribuible poblacional relativo:** Si todos los municipios tuvieran la misma tasa de mortalidad infantil que el municipio con menor porcentaje de pobreza se incrementaría la mortalidad infantil en un 19.12%

Tabla 27. Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI. Antioquia, 2020

Índice	Mortalidad Materna	Mortalidad infantil
Cociente de tasas extremas	5,215	2,121
Cociente ponderado de tasas extremas	0,4	0,468
Diferencia de tasas extremas	144,394	7,39
Diferencia ponderada de tasas extremas	11,075	1,63
Riesgo atribuible poblacional	47,908	1,559
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	58,307	19,125

Fuente: DANE - SISPRO – MSPS

## 2.1.8. Situación del COVID-19 debido al virus SARS\_COV2

### 2.1.8.1. Epidemiología del SARS-COV-2 Cronología de una pandemia

En diciembre del 2019, China reporta los primeros casos de infección por neumonía de origen desconocido, con un aumento exponencial de casos que rápidamente se convierte en un brote, y solo hasta el 3 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS), advierte al mundo la existencia de estos casos con alta transmisibilidad, rápida diseminación y un alto impacto social.

Se logra identificar el agente causal como un coronavirus denominado SARS-COV-2 que causa la enfermedad COVID-19. El 30 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud declara la Emergencia Sanitaria Internacional, y para el 7 de marzo del 2020, la OMS categoriza la COVID-19 como una pandemia y lo clasifica como una ESPII.



Gracias al análisis genómico realizado durante estos años, se ha logrado identificar diferentes linajes genéticos de COVID-19 de las cuales se destacan Alfa, Beta, Gamma, Delta, Mu, y Ómicron como variante de preocupación.

Con corte a 12 de diciembre del 2022 el número acumulado de casos confirmados en el mundo asciende a 650.813.008 y unos 6.657.474 fallecimientos asociados al evento.

En Colombia para el año 2020, se notificaron un total de 1.814.208 casos confirmados de COVID-19 y un total de 51.170 fallecimientos, mientras que para el año 2021 se reportaron 3.566.099 casos positivos y 80.347 muertes por COVID-19. Entre el 1 de enero del 2022 y el 13 de diciembre del 2022 se han presentado 943.050 casos totales y 10.426 fallecidos, lo que representa un acumulado para el país de 6.323.357 casos y una letalidad de 2,24%.

La actual pandemia de COVID19 en estos dos años logro extenderse a más de 200 países. Los mecanismos de transmisión del coronavirus, SARS COV2/COVID-19, o nuevo virus, identificados son por gotas respiratorias al toser y estornudar, contacto indirecto por superficies inanimadas y aerosoles por microgotas.

Los pacientes pueden ser asintomáticos, es decir aquellos que no presentan síntomas evidentes o sintomáticos que pueden presentar fiebre, escalofrío, pérdida del gusto y el olfato, tos, diarrea, dolor de garganta, rinorrea, estornudos, malestar general, dolor muscular, fatiga cansancio y hasta dificultad respiratoria y puede generar como consecuencia la presencia de neumonía, complicaciones sistémicas en órganos vitales y hasta la muerte.

### 2.1.8.2. Mortalidad por COVID-19

Para el análisis de mortalidad la fuente utilizada corresponde a los datos reportados por el Instituto Nacional de Salud (INS), en este sentido se hace la aclaración que no se tuvo en cuenta el reporte del DANE dado que el reporte oficial del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para este evento tiene como fuente al INS.

Antioquia ha acumulado un total de 18.542 personas fallecidas por COVID 19, de las cuales 1.400 (7,5%) ocurrieron durante el 2022, la tasa de mortalidad acumulada al 2022 fue de 273,49 por cada 100.000 habitantes y una letalidad de 2%. En 2022, la tasa de mortalidad fue 20,6 por cada 100.000 habitantes mientras que en el 2021 fue de 172 por cada 100.000 habitantes, una disminución del 88%.

El 2022 inició tanto con aumento de casos, personas hospitalizadas y fallecimientos por COVID-19, en el mes de enero se presentaron un total de 946 personas fallecidas para el departamento con un promedio de 31 casos por día. Posteriormente se observó un descenso gradual de la mortalidad, estabilizándose en un promedio de 2,4 fallecidos por día. Sin embargo, en el mes de junio y julio



se evidenció un ascenso en el número de fallecidos, en esta ocasión se alcanzó un pico máximo de 10 fallecidos el 20 de junio.



Fuente: Base Reporte INS

Igualmente, para efectos de este análisis se presentan los resultados de mortalidad según fuente de información DANE el cual reportó 5.584 fallecimientos en el 2020, y 12.255 en el año 2021.

Durante el 2021, el 58,7% de los casos se presentaron en mujeres, y los mayores de 65 años fueron el mayor porcentaje de fallecimientos en dicho año. El 61% se presentaron en población subsidiada y 10.962 de los casos se encontraban en la cabecera municipal.

En conclusión, se recomienda fortalecer las estrategias con relación al autocuidado, bioseguridad y vacunación de la población antioqueña que puedan generar acciones multisectoriales basadas en los determinantes sociales de la salud.

Se recomienda la intensificación de vigilancia epidemiológica para COVID 19 bajo la dinámica de promoción, prevención y control.

Es importante establecer mecanismos que permitan el flujo de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención en salud que permitan la oportunidad, calidad en la atención para reducir las consecuencias de COVID-19 en la población Antioqueña, pensando en una postpandemia.

## 2.1.9. Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno - infantil

Tabla 28. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno – infantil del departamento de Antioquia, 2020.

Mortalidad	Prioridad	Antioquia 2020	Colombia 2020	Tendencia 2005 a 2020	Grupo de Riesgo (MIAS)	Problema identificado 2020-Proyecto
<b>General por grandes causas</b>	1. Enfermedades del sistema circulatorio	137,9	141,5	Decreciente	1	Problema 7
	2. Las demás causas	103,1	110,8	Decreciente	2	
	3. Neoplasias	100,2	86,9	Estable	7	Problema 7
	4. Causas externas (en hombres)	60,1	94,01	Decreciente	12	Problema 7
<b>Específicas por subcausas o subgrupos</b>	1. Enfermedades del sistema circulatorio: enfermedades isquémicas del corazón	67,2	77,2	Decreciente	1	Problema 7
	2. Enfermedades del sistema circulatorio: enfermedades cerebrovasculares	25,9	27,03	Decreciente	1	Problema 7
	3. Todas las demás: Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	26	21,2	Decreciente	2	Problema 7
	4. Neoplasias: Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	14,8	8,1	Decreciente	7	Problema 7
	5. Neoplasias: Tumor maligno de mama	11,8	12,3	Estable	7	Problema 7
	6. Tumor maligno de prostata	13,5	13,3	Decreciente	7	Problema 7
	7. Causas externas: Agresiones (homicidios) (en hombres)	52,5	45,07	Decreciente	12	Problema 15
	8. Causas externas: Accidentes de tránsito	10,7	11,3	Decreciente	12	Problema 31
<b>Mortalidad infantil de la niñez - 16 grandes causas</b>	1. Ciertas afecciones del período perinatal (menores de un año)	4,1	5,5	Estable	8	Problema 13
	2. Causas externas de morbilidad y mortalidad (de 1 a 4 años)	7,6	9,9	Estable	0	Problema 10
<b>Mortalidad Materno infantil y en la niñez:</b>	1. Mortalidad materna	47,4	65,8	Aumento	8	Problema 13
	2. Mortalidad en la niñez	9,1	12,1	Decreciente	8	Problema 10
	3. Mortalidad por IRA(en menores de cinco años)	5	6,8	Decreciente	0	Problema 10
	4. Mortalidad por desnutrición (en menores de cinco años)	1,5	6,8	Decreciente	3	Problema 9

Fuente: Elaboración propia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2022.

## Conclusiones

En el año 2020, la subregión de Valle de Aburrá concentró la mayoría de los fallecimientos en el territorio.

Durante el último año del análisis, Bajo cauca y Valle de aburra con 6.5 y 6.3 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente, exhibieron las tasas más altas de mortalidad en el departamento.

La primera causa de mortalidad en el Departamento desde el año 2005 hasta el año 2020, corresponde al grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, con tasas que oscilaron durante el período evaluado, entre 171 defunciones por 100.000 habitantes en 2005 y 137.9 casos



por 100.000 en 2020; la enfermedad isquémica del corazón es el padecimiento que genera el mayor número de estas muertes.

En segundo lugar, como causa de mortalidad general aparece el grupo de las demás causas, en éste la enfermedad pulmonar obstructiva es el padecimiento con la tasa más alta en 2006 de 143 defunciones por 100.000 habitantes.

Al comparar las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres podemos observar dos diferencias importantes:

- Primero, si bien es cierto que el grupo de enfermedades del sistema circulatorio es el que genera más fallecimientos en ambos grupos, las tasas en los hombres son más altas que en las mujeres, observándose 58 fallecimientos más en hombres, por esta causa en el año 2020.
- En segundo lugar, en ambos grupos aumentaron los fallecimientos por causas externas pero el impacto es muy diferente, pues por cada mujer que falleció por causas externas en el año 2020, fallecieron 6 hombres por esta misma causa.

Identificando las AVPP como indicador de mortalidad prematura, se observa que el 24% de dicha mortalidad en el año 2020, es atribuido a causas externas. En segundo lugar, se ubican las demás causas con un 22%, seguido muy de cerca por las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias con un 20% y un 18%, respectivamente

En el grupo de enfermedades transmisibles la tasa más alta de mortalidad fue por infecciones respiratoria para ambos sexos, como segunda causa en hombres fue la tuberculosis y en mujeres correspondió septicemia (excepto neonatal).

La mortalidad infantil según las necesidades básicas insatisfechas presentó en 2020 una conducta a favor de las poblaciones más pobres, identificando que más de la mitad de los fallecimientos en menores de un año por cada mil nacidos vivos estaban concentrados en el 50% de la población más pobre del departamento.

La mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal, durante el período evaluado, ha sido la primera causa de mortalidad en el grupo de menores de un año, no obstante, se observa tendencia a la disminución,

Las principales causas de mortalidad en los menores de 1 a 4 años están dadas por, causas externas de morbilidad y mortalidad, con tendencia a la disminución y tasas que van desde 22,7 a 9,3 muertes por 100.000.

El tumor maligno de pulmón y de órganos digestivos y del peritoneo son las causas de mayor mortalidad por neoplasias en ambos sexos, siendo el cáncer de próstata y el cáncer de mama los que presentan las tasas de mortalidad en hombres y mujeres respectivamente.

En general durante el período evaluado se observó una disminución en la muerte por IRA, EDA y desnutrición en menores de cinco años, en el departamento; no obstante, en el año 2019, se observó un incremento en la mortalidad por IRA y EDA en este grupo poblacional.

El riesgo de morir en Antioquia por enfermedad cardiovascular esta dado en primer lugar por las enfermedades isquémicas del corazón seguido de las enfermedades cerebrovasculares.

La mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal, durante el período evaluado, ha sido la primera causa de mortalidad en el grupo de menores de un año, no obstante, se observa tendencia a la disminución.

Los homicidios son el grupo de causas externas que genera mayor mortalidad en hombres y mujeres.

La mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal ha disminuido 44% entre 2005 y 2020.

El número de fallecimientos por trastornos mentales ha venido en aumento en ambos sexos; las muertes en los hombres por consumo de sustancias, se han incrementado en un 333% entre 2018 y 2020.

Las tasas de mortalidad materna en Antioquia, para el año 2020, fueron menores que las tasas nacionales y esa diferencia fue estadísticamente significativa; alrededor del 74% de estos fallecimientos se concentran en el 50% de la población más pobre de Antioquia.

Los grupos étnicos indígena y afrodescendiente están en mayor desventaja con respecto a la salud materna e infantil que la población que no pertenece a estas minorías, evidenciado en el alto riesgo de morir durante el embarazo, parto o puerperio o durante los primeros años de vida.

## 2.2. Análisis de la morbilidad

Morbilidad se define por la real academia de la lengua como a la “Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población”. Mientras que la OMS la define como: “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar”.

Para conocer de forma adecuada el estado de salud de la población y generar indicadores acordes a la realidad del país, es necesario avanzar en un sistema de información que permita la trazabilidad del paciente y que se pueda identificar las atenciones de primera vez, para poder realizar el cálculo adecuado de las tasas de incidencia y prevalencia de las patologías que afectan a la población, debido a lo anterior en el análisis de morbilidad, solo se puede hablar de utilización de servicios de salud por parte de la población y no de las enfermedades que originan la atención y por las cuales se ve afectada en mayor proporción dicha población.



Solo se habla de número de consultas por una enfermedad, debido a la forma como se registran las atenciones en los servicios de salud, pues en el registro individual de prestación de servicios de salud, se consigna el número de veces que un usuario consulta por la misma causa y no la atención única por cada patología. Evidenciándose además problemas de calidad del dato, lo que se soporta, en que un 13,0% de las consultas corresponden a signos y síntomas mal definidos, cifra que equivale a 22.662.169 consultas durante el período analizado (2009 a 2021); lo cual amerita procesos de capacitación continua en codificación de causas, al personal médico, que permitan a corto plazo elaborar perfiles de salud más ajustados a la realidad y que den cuenta de las verdaderas causas de enfermar y morir de la población antioqueña.

En esta descripción se analizará la morbilidad agrupada por sexo y curso de vida, cuya fuente de datos son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud– RIPS.

## 2.2.1. Morbilidad atendida

Durante el período de análisis 2009-2021 los Antioqueños han realizado un total de 174.018.983 atenciones en salud, de las cuales el 61,1% se presentaron en las mujeres, con una relación de hombre mujer de 0,63 a 1, lo que significa que por cada mujer que asistió a los servicios de salud, lo hicieron 0,63 hombres. Siendo un hecho conocido que las mujeres asisten en mayor proporción a los servicios de salud. Según el estudio "Género, equidad y acceso a servicios de salud", patrocinado en el año 2001 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se describe que la mayor utilización de servicios en salud por las mujeres no constituye necesariamente una expresión de un privilegio social. Las diferencias en los patrones de utilización de servicios entre hombres y mujeres son el reflejo de: 1) principalmente, distintos tipos de necesidades de atención; 2) patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas y la percepción de la enfermedad.

Las mujeres tienen una necesidad objetiva de servicios de salud mayor que los hombres. Además de los problemas que comparten con ellos, las funciones reproductivas femeninas generan un conjunto de necesidades particulares de atención referidas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio. Así mismo, en comparación con los hombres, las mujeres presentan tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida y, por su mayor longevidad, tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas asociadas con la edad.

El 68,2% de consultas se presentaron por enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales están determinadas por múltiples factores de riesgo, entre los que se destacan hábitos alimentarios no saludables, con alto contenido en grasas saturadas, azúcares y sal y la baja ingesta de frutas y verduras, la inactividad física, consumo de tabaco y exceso de alcohol. Lo que sugiere que el departamento de Antioquia debe priorizar en sus programas y proyectos acciones de educación a la comunidad, las cuales deben estar focalizadas en hábitos alimenticios saludables y campañas que conduzcan a la disminución del consumo de licor y cigarrillo y aumento de la práctica de



actividad física. En segundo lugar, se ubicaron los signos y síntomas mal definidos con 13,0% seguidas de condiciones transmisibles y nutricionales 11,1%, lesiones 5,7% y condiciones materno perinatales 1.8% respectivamente.

### 2.2.1.1. Principales causas de consulta por ciclo vital

Analizando el uso de servicios de salud desde el enfoque de ciclos de vida, las atenciones en los servicios de salud en el departamento de Antioquia durante el período de análisis se concentraron en los adultos de 27-59, aportando un 42,9% del total, situación que puede ser explicada por la amplitud del rango en este ciclo vital, además porque en este grupo de edad empiezan a tener un mayor impacto las enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que los adultos mayores utilizaron los servicios de salud en un 24,1% durante el período de análisis, porcentaje que estuvo determinado por la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles en este rango de edad, la cual osciló entre un 80,4% y 83,4% del total de patologías presentadas en los adultos mayores.

Teniendo en cuenta esta línea de comportamiento en las consultas, la primera causa en todos los grupos de edad son las enfermedades no transmisibles con 118.690.783 y porcentajes que van aumentando proporcionalmente a medida que aumenta la edad, impactando en mayor grado a los adultos mayores. Para los demás grupos de patologías no existe un comportamiento generalizado en los diferentes ciclos de vida, mientras que en primera infancia e infancia en segundo lugar se ubicaron las condiciones transmisibles y nutricionales con porcentajes de 36,2% y 17,5% respectivamente, los signos y síntomas mal definidos se ubican en segundo lugar para el resto de ciclos vitales presentando porcentajes de 9,8% hasta 17,5%, situación que amerita una revisión por parte del departamento porque esta situación denota graves problemas de calidad del dato, lo que puede impactar negativamente en la salud y la vida del paciente al cual no se le realiza un diagnóstico adecuado por parte del personal de salud.

Las lesiones impactaron en mayor medida a los adolescentes y jóvenes con porcentajes entre 8,5% y 8,0% respectivamente por lo que es importante activar estrategias desde los entornos educativos que permitan crear espacios relacionados a una buena convivencia en comunidad.

En condiciones maternas los ciclos de vida juventud y adultez demandaron en mayor proporción los servicios de salud por este grupo de evento, presentando una tendencia hacia incremento durante los últimos tres años.

Durante el período de análisis, los eventos por los que han consultado principalmente los antioqueños descartando los signos y síntomas mal definidos (13%), corresponden en su orden a los eventos cardiovasculares (16,9%) y las enfermedades musculoesqueléticas (14,5%). Respecto a las condiciones transmisibles y nutricionales, las infecciones respiratorias ocuparon el primer lugar 50,9%. Entre el grupo de lesiones, los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, tuvieron un predominio del 92,8%. Finalmente, las condiciones materno –



perinatales y las condiciones maternas aportaron el 84,7%.

Tabla 29. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo de vida. Antioquia 2009-2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total													Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		Δ pp 2020-2021
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44,20	44,17	43,06	39,90	39,09	37,83	35,83	36,80	36,13	33,88	31,44	22,03	22,25	0,22	
	Condiciones perinatales	2,68	3,35	3,60	3,96	3,53	3,70	3,72	2,93	2,96	3,26	3,36	8,90	8,18	-0,72	
	Enfermedades no transmisibles	33,43	33,72	34,94	36,39	38,47	40,31	41,62	41,00	40,78	41,45	42,01	42,85	44,70	1,84	
	Lesiones	4,39	4,46	4,58	5,06	4,97	5,02	5,09	4,88	4,74	4,67	5,72	8,58	6,74	-1,84	
	Condiciones mal clasificadas	15,31	14,29	13,82	14,69	13,94	13,14	13,74	14,39	15,39	16,74	17,47	17,63	18,13	0,50	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,05	24,54	19,88	18,84	18,65	18,12	16,85	7,57	7,38	15,27	14,58	10,72	7,95	-2,77	
	Condiciones maternas	0,08	0,16	0,04	0,04	0,05	0,08	0,24	0,07	0,06	0,09	0,11	0,11	0,05	-0,05	
	Enfermedades no transmisibles	51,00	51,10	57,36	56,78	57,78	59,51	60,47	59,22	57,19	58,52	58,74	59,78	64,11	4,33	
	Lesiones	6,81	7,02	6,26	6,62	6,65	7,19	7,17	7,43	7,69	7,47	7,78	10,52	10,04	-0,48	
	Condiciones mal clasificadas	16,07	17,19	16,46	17,72	16,87	15,11	15,27	15,71	17,67	18,67	18,80	18,87	17,84	-1,03	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,63	15,41	12,58	11,78	11,60	11,14	9,97	11,15	11,08	9,55	8,79	7,25	5,13	-2,12	
	Condiciones maternas	3,70	3,24	3,03	3,44	3,51	3,27	3,01	2,14	2,34	2,28	2,39	4,28	3,69	-0,59	
	Enfermedades no transmisibles	55,92	56,93	60,65	60,07	59,89	61,18	62,49	61,74	59,87	61,33	61,70	61,33	64,85	3,47	
	Lesiones	7,07	7,60	7,33	7,66	7,65	8,57	8,83	9,14	9,47	8,74	8,69	9,31	9,93	0,53	
	Condiciones mal clasificadas	16,68	16,81	16,40	17,05	17,35	15,84	15,70	15,84	17,25	18,04	18,43	17,79	16,40	-1,39	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,18	16,72	17,12	15,60	15,58	15,18	15,43	17,97	16,23	15,27	14,12	11,21	7,80	-3,41	
	Condiciones maternas	6,86	6,18	6,01	5,90	6,15	5,71	5,39	4,22	4,52	4,42	4,81	9,04	7,41	-1,63	
	Enfermedades no transmisibles	55,03	56,30	55,91	56,46	55,82	56,83	56,62	55,20	55,50	57,07	57,03	52,98	56,73	3,75	
	Lesiones	5,94	6,20	6,33	6,72	6,90	8,65	8,39	8,95	8,89	8,08	8,37	9,16	9,44	0,28	
	Condiciones mal clasificadas	16,00	14,59	14,63	15,31	15,55	13,63	14,16	13,66	14,86	15,16	15,67	17,61	18,62	1,00	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,14	10,64	9,74	9,34	9,63	9,56	9,57	10,68	9,85	9,25	8,50	7,37	5,69	-1,69	
	Condiciones maternas	1,47	1,38	1,28	1,08	1,12	1,02	1,06	0,86	0,91	0,91	0,92	1,50	1,38	-0,12	
	Enfermedades no transmisibles	69,82	71,11	72,75	72,21	72,22	73,05	72,43	71,13	71,18	71,42	71,50	70,90	71,79	0,89	
	Lesiones	4,56	4,63	4,51	4,93	4,97	5,78	5,66	6,10	5,74	5,53	5,75	6,47	6,53	0,06	
	Condiciones mal clasificadas	14,01	12,24	11,72	12,44	12,06	10,58	11,28	11,24	12,32	12,90	13,33	13,75	14,61	0,86	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,09	5,49	5,13	5,47	4,80	4,83	4,85	4,64	4,67	4,48	4,13	4,41	2,63	-1,78	
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	80,54	81,63	82,65	80,52	82,72	83,58	82,89	82,38	80,39	79,78	80,84	82,78	84,21	1,43	
	Lesiones	3,35	3,81	3,52	4,05	3,68	4,01	3,68	4,78	3,62	3,65	3,83	3,84	4,00	0,16	
	Condiciones mal clasificadas	11,00	9,05	8,71	9,95	8,79	7,58	8,57	8,20	11,32	12,08	11,18	8,95	9,15	0,19	

Fuente: SISPRO - RIPS

## 2.2.1.2. Principales causas de morbilidad en hombres

En los hombres se evidencia un comportamiento similar al observado en la población general, con un aumento y mayor proporción de consultas en las enfermedades no transmisibles en todos los cursos de vida sobresaliendo el grupo de 0 a 11 años con 4,21 puntos por encima frente al año anterior; en el año 2021, el 82,4% de las consultas en los antioqueños se dieron por este grupo de enfermedades.

Para este año se observa una tendencia similar en el comportamiento de lesiones en los cursos de vida adolescencia, juventud, adultez y adultos mayores sumando un incremento de 3,99 puntos por encima frente al año anterior. En cuanto a las consultas por condiciones transmisibles y nutricionales y condiciones maternas estas presentan un descenso en todos los cursos de vida a excepción de primera infancia donde solo se observa disminución en condiciones perinatales. Este

comportamiento podría estar relacionado con la pandemia por COVID-19 y el confinamiento, así como el incremento de la virtualidad en la atención.

Al comparar la distribución de las consultas entre los años 2020 y 2021, se puede observar una disminución de 11,77 en la proporción de consultas por enfermedades transmisibles y nutricionales todos los cursos de vida. En la primera infancia disminuyen las lesiones, mientras que entre la población adulta mayor bajan las consultas por enfermedades transmisibles y nutricionales.

Tabla 30. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en hombres. Antioquia, 2009 –2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres													Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		Δ pp 2020-2021
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44,11	44,38	43,02	39,81	38,84	37,79	35,89	36,73	36,30	33,96	31,50	22,17	22,42	0,25	
	Condiciones perinatales	2,70	3,09	3,33	3,62	3,40	3,65	3,68	3,02	2,98	3,26	3,30	8,95	8,23	-0,71	
	Enfermedades no transmisibles	33,34	33,75	35,25	36,92	38,79	40,26	41,60	41,26	40,87	41,62	42,07	42,75	44,83	2,09	
	Lesiones	4,81	4,82	4,97	5,38	5,32	5,43	5,43	5,18	4,92	4,76	6,08	9,05	6,89	-2,16	
	Condiciones mal clasificadas	15,04	13,96	13,43	14,27	13,66	12,88	13,40	13,81	14,93	16,39	17,04	17,09	17,62	0,53	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	25,49	23,87	19,23	18,22	18,04	17,57	16,44	16,92	17,00	14,84	14,26	10,50	7,88	-2,62	
	Condiciones maternas	0,04	0,20	0,03	0,04	0,05	0,07	0,23	0,12	0,08	0,11	0,10	0,03	0,03	-0,01	
	Enfermedades no transmisibles	50,33	50,49	57,20	56,55	57,61	59,34	60,36	59,36	57,31	58,87	58,89	59,73	63,94	4,21	
	Lesiones	8,41	8,52	7,59	7,97	7,99	8,55	8,43	8,58	8,67	8,29	8,67	11,64	10,97	-0,67	
	Condiciones mal clasificadas	15,74	16,92	15,95	17,22	16,31	14,46	14,53	15,03	16,93	17,89	18,08	18,10	17,18	-0,91	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,31	16,65	13,13	12,67	12,50	11,99	10,44	11,84	11,95	10,25	9,51	7,77	5,58	-2,19	
	Condiciones maternas	0,12	0,18	0,05	0,05	0,03	0,05	0,09	0,13	0,08	0,09	0,08	0,25	0,29	0,04	
	Enfermedades no transmisibles	54,24	55,67	60,06	59,67	60,11	61,19	62,54	60,97	59,11	61,40	62,08	63,05	65,97	2,91	
	Lesiones	11,73	11,52	11,43	11,75	11,96	13,12	13,45	13,43	13,66	12,12	11,76	13,00	13,14	0,14	
	Condiciones mal clasificadas	15,59	15,98	15,32	15,85	15,40	13,65	13,49	13,63	15,20	16,14	16,57	15,93	15,03	-0,90	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,11	20,22	20,55	18,80	19,12	18,15	17,95	21,07	19,55	18,55	17,21	14,81	10,64	-4,18	
	Condiciones maternas	0,07	0,07	0,04	0,04	0,05	0,03	0,09	0,09	0,06	0,03	0,06	0,47	0,53	0,06	
	Enfermedades no transmisibles	53,74	54,77	54,91	55,35	55,14	55,11	55,03	52,41	52,63	54,79	55,37	52,91	55,21	2,30	
	Lesiones	12,11	11,83	11,71	12,37	12,97	16,06	15,80	15,70	15,93	14,33	14,39	16,27	16,86	0,58	
	Condiciones mal clasificadas	13,96	13,11	12,79	13,44	12,73	10,64	11,13	10,74	11,82	12,30	12,96	15,54	16,77	1,23	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,87	12,56	11,31	11,03	11,62	11,47	11,13	12,75	12,00	11,14	10,30	9,54	7,99	-1,55	
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,04	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	67,29	68,28	70,68	69,89	69,57	70,13	69,80	67,82	67,82	68,68	69,03	67,74	67,82	0,08	
	Lesiones	7,96	7,75	7,32	7,84	8,06	9,34	9,33	9,65	9,49	8,88	9,05	10,19	10,57	0,38	
	Condiciones mal clasificadas	12,87	11,40	10,69	11,23	10,74	9,06	9,73	9,78	10,69	11,29	11,62	12,49	13,57	1,08	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,00	5,50	5,11	5,52	4,84	4,99	4,88	4,67	4,91	4,65	4,36	4,94	2,98	-1,96	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	-0,01	
	Enfermedades no transmisibles	80,36	81,26	82,58	80,28	82,23	83,01	82,50	82,21	80,05	79,73	80,84	81,33	83,46	2,13	
	Lesiones	3,52	3,91	3,49	4,27	3,97	4,40	4,10	5,05	4,05	4,04	4,15	4,41	4,46	0,05	
	Condiciones mal clasificadas	11,12	9,33	8,82	9,93	8,96	7,59	8,52	8,07	10,99	11,59	10,65	9,90	9,09	-0,22	

Fuente: SISPRO – RIPS

### 2.2.1.3. Principales causas de morbilidad en mujeres

Durante el período evaluado en las mujeres se evidencia una disminución importante de las consultas por enfermedades transmisibles y nutricionales en todos los grupos de edad a excepción de primera infancia donde se presenta un leve incremento. Para el año 2021 se observa un comportamiento similar al de los hombres en cuanto a la principal causa de consulta la cual estuvo relacionada con enfermedades no transmisibles en todos los ciclos de vida con mayor proporción en jóvenes, infantes y adolescentes respectivamente. En contraste con las condiciones perinatales estas presentan una disminución de 0,7% en 2021 con respecto al año 2020 en este mismo ciclo

de vida donde se evidenciaba un aumento. Es importante resaltar que las consultas relacionadas con lesiones se mantuvieron con leve incremento con un mayor predominio en adolescentes y jóvenes. Las condiciones mal clasificadas aumentaron en las mujeres sobresaliendo en el grupo de primera infancia, juventud, adultez y vejez. Al observar las condiciones maternas también se encuentra disminución.

Tabla 31. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en mujeres. Antioquia, 2009 –2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres													Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		Δ pp 2020-2021
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44,29	43,93	43,10	40,01	39,38	37,88	35,76	36,88	35,94	33,79	31,36	21,87	22,04	0,18	
	Condiciones maternas	2,66	3,65	3,91	4,34	3,68	3,75	3,78	2,83	2,93	3,25	3,43	8,85	8,11	-0,74	
	Enfermedades no transmisibles	33,52	33,68	34,58	35,79	38,10	40,37	41,63	40,68	40,69	41,25	41,93	42,98	44,53	1,56	
	Lesiones	3,91	4,06	4,14	4,70	4,58	4,56	4,71	4,54	4,54	4,56	5,31	8,05	6,57	-1,48	
	Condiciones mal clasificadas	15,62	14,68	14,26	15,15	14,26	13,44	14,12	15,07	15,90	17,15	17,97	18,25	18,74	0,49	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,62	25,25	20,57	19,50	19,29	18,71	17,30	18,31	17,80	15,72	14,93	10,95	8,02	-2,93	
	Condiciones maternas	0,11	0,12	0,04	0,04	0,06	0,08	0,25	0,02	0,04	0,06	0,11	0,19	0,08	0,11	
	Enfermedades no transmisibles	51,70	51,74	57,52	57,03	57,96	59,68	60,59	59,07	57,05	58,13	58,57	59,83	64,30	4,47	
	Lesiones	5,16	5,41	4,87	5,16	5,22	5,72	5,78	6,13	6,64	6,58	6,81	9,30	9,03	0,28	
	Condiciones mal clasificadas	16,40	17,47	17,00	18,26	17,46	15,81	16,08	16,47	18,47	19,51	19,57	19,72	18,56	-1,16	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,50	14,44	12,18	11,12	10,98	10,54	9,63	10,61	10,43	9,03	8,26	6,88	4,81	-2,07	
	Condiciones maternas	6,11	5,66	5,21	5,95	5,92	5,55	5,17	3,69	4,02	3,90	4,10	7,18	6,14	-1,05	
	Enfermedades no transmisibles	57,05	57,94	61,08	60,37	59,74	61,17	62,45	62,35	60,43	61,37	61,43	60,17	64,04	3,87	
	Lesiones	3,93	4,50	4,33	4,62	4,66	5,34	5,41	5,80	6,35	6,24	6,40	6,64	7,63	0,99	
	Condiciones mal clasificadas	17,41	17,47	17,20	17,93	18,70	17,40	17,34	17,55	18,77	19,46	19,81	19,13	17,39	-1,74	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,35	14,91	15,22	13,79	13,73	13,52	14,07	16,05	14,27	13,37	12,28	9,02	6,08	-2,93	
	Condiciones maternas	9,99	9,34	9,32	9,23	9,35	8,89	8,26	6,78	7,14	6,97	7,63	14,25	11,57	-2,68	
	Enfermedades no transmisibles	55,62	57,10	56,46	57,10	56,17	57,78	57,48	56,93	57,18	58,39	58,02	53,03	57,65	4,62	
	Lesiones	3,08	3,29	3,36	3,51	3,72	4,50	4,39	4,76	4,76	4,45	4,80	4,84	4,96	0,12	
	Condiciones mal clasificadas	16,95	15,36	15,64	16,37	17,03	15,30	15,80	15,48	16,65	16,83	17,27	18,86	19,74	0,87	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,28	9,65	8,88	8,38	8,56	8,49	8,72	9,50	8,68	8,20	7,47	6,01	4,31	-1,70	
	Condiciones maternas	2,19	2,09	1,98	1,69	1,72	1,59	1,63	1,34	1,40	1,41	1,45	2,43	2,18	-0,25	
	Enfermedades no transmisibles	71,07	72,58	73,88	73,52	73,63	74,68	73,85	73,00	73,01	72,94	72,93	72,89	74,16	1,27	
	Lesiones	2,88	3,01	2,98	3,29	3,32	3,81	3,68	4,09	3,69	3,67	3,85	4,13	4,12	-0,01	
	Condiciones mal clasificadas	14,57	12,68	12,28	13,13	12,77	11,43	12,12	12,06	13,21	13,78	14,31	14,55	15,23	0,68	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,15	5,48	5,14	5,45	4,78	4,74	4,83	4,63	4,53	4,38	3,98	4,04	2,41	-1,64	
	Condiciones maternas	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	80,64	81,85	82,69	80,67	83,02	83,93	83,13	82,48	80,60	79,82	80,85	83,79	84,69	0,90	
	Lesiones	3,25	3,76	3,53	3,91	3,50	3,76	3,43	4,61	3,36	3,41	3,62	3,44	3,70	0,26	
	Condiciones mal clasificadas	10,94	8,89	8,63	9,97	8,69	7,56	8,59	8,27	11,52	12,39	11,54	8,71	9,19	0,48	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

## 2.2.2. Morbilidad específica por subgrupo

Para el análisis de la morbilidad específica por subgrupo se utiliza la lista de estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), que permite analizar las siguientes categorías de grandes causas de morbilidad, la cual está compuesta por: condiciones transmisibles y nutricionales que a su vez se clasificaron en: deficiencias nutricionales, enfermedades infecciosas y parasitarias e infecciones respiratorias.



En las condiciones maternas y perinatales se encuentran: las derivadas durante el período perinatal y las condiciones maternas; y las enfermedades no transmisibles se clasifican en: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades musculo-esqueléticas, enfermedades de los órganos de los sentidos, enfermedades de la piel, enfermedades genitourinarias, enfermedades digestivas, enfermedades endocrinas, diabetes mellitus, condiciones neuropsiquiátricas, condiciones orales, neoplasias malignas, otras neoplasias y anomalías congénitas.

Para el grupo de lesiones se incluyeron, lesiones de intencionalidad indeterminada, lesiones intencionales, lesiones no intencionales, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

Por último, signos y síntomas no definidos que se clasifican como condiciones mal clasificadas.

### 2.2.2.1. Condiciones transmisibles y nutricionales

Los habitantes del departamento de Antioquia, durante el período de análisis, realizaron un total de 694.310 atenciones para este grupo de enfermedades, lo que equivale al 3.57% del total de consultas de 2009-2021, para el año 2021 las enfermedades infecciosas y parasitarias aportaron el 56,8%, con un aumento de 3,87 con respecto al año anterior, mientras que las infecciones respiratorias se ubicaron en el segundo lugar presentando una disminución del 5,97%.

Evaluando el comportamiento general de las enfermedades transmisibles y nutricionales, en el último año del período la principal causa de consulta de este grupo, se debe a enfermedades infecciosas y parasitarias, lo que se puede inferir es que la calidad del agua para el consumo humano principalmente en el área rural de algunos municipios del departamento no son las más adecuadas y adicionalmente se evidencia bajas condiciones higiénico-sanitarias de algunas viviendas en ciertos territorios del departamento; lo que generar una alerta a las autoridades departamentales, para que en los proyectos y programas que se implemente a futuro se incluyan acciones que impacten en forma positiva estos factores de riesgo.

Analizando el comportamiento por sexo, en los hombres, se observa que el mayor número de aporte a las consultas fue por enfermedades infecciosas y parasitarias aportando el 62.2% con un aumento de 4.86.

Para el grupo de las mujeres también se observa un aporte del 51.1% de las consultas realizadas por enfermedades infecciosas y parasitarias con un aumento del 2.55, siendo el mayor aporte de estas consultas comparado con el año anterior.



**Tabla 32.** Distribución porcentual de condiciones transmisibles y nutricionales. Antioquia 2009 – 2021

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2021	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias	41,44	46,16	43,24	44,64	44,09	44,76	46,44	47,94	44,51	45,52	46,46	52,96	56,83	3,81		
	Infecciones respiratorias	55,91	51,54	54,45	52,85	52,99	52,20	50,44	49,33	52,51	51,12	50,01	42,63	36,66			-5,97
	Deficiencias nutricionales	2,64	2,30	2,31	2,51	2,92	3,04	3,12	2,73	2,98	3,36	3,53	4,41	6,51			

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres													Δ pp 2020-2021	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias	43,57	48,49	46,13	48,00	47,46	48,76	50,05	52,14	48,93	49,85	50,97	57,40	62,26	4,35		
	Infecciones respiratorias	54,59	49,93	52,29	50,44	50,57	49,26	47,85	46,07	48,95	47,80	46,66	39,99	33,80			-6,19
	Deficiencias nutricionales	1,84	1,59	1,57	1,56	1,98	1,98	2,10	1,79	2,11	2,34	2,36	2,61	3,94			

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2020-2021	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias	39,76	44,25	40,89	41,82	41,33	41,41	43,58	44,40	40,77	41,88	42,54	48,63	51,19	2,55		
	Infecciones respiratorias	56,96	52,86	56,20	54,87	54,97	54,66	52,07	52,07	55,51	53,90	52,92	45,20	39,63			-5,57
	Deficiencias nutricionales	3,28	2,89	2,91	3,30	3,70	3,93	3,92	3,52	3,71	4,22	4,54	6,17	9,18			

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

## 2.2.2.2. Condiciones materno perinatales

Durante el período evaluado (2009-2021), se presentaron 2.932.260 atenciones por condiciones maternas perinatales, lo que equivale al 2,75% del total de consultas. Al observar los subgrupos de causas de morbilidad se encuentra que el denominado “condiciones maternas” aportan el mayor impacto, con proporciones que fluctuaron entre 81,2% y 87,2% evidenciándose una disminución de 2,11% en el 2021, con respecto al año anterior.

Entre hombres y mujeres se presenta un comportamiento diferente en las subcausas, las mujeres aportan el 90,74% de consultas en las condiciones maternas en el 2021, mientras que, para los hombres, la principal causa de consulta fueron las condiciones derivadas del período perinatal, aportando el 83.58%, en el mismo periodo de tiempo evaluado.

**Tabla 33.** Morbilidad específica en condiciones maternas – perinatales. Antioquia 2009 – 2021

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas	86,54	84,77	86,37	86,32	85,06	81,23	82,28	85,65	86,05	84,91	87,27	84,48	82,37	-2,11	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	13,46	15,23	13,63	13,68	14,94	18,77	17,72	14,35	13,95	15,09	12,73	15,52	17,63		

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas	5,18	6,37	3,29	3,31	2,10	1,15	3,25	2,54	2,56	2,42	14,73	14,66	16,42	1,15	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	94,82	93,63	96,71	96,69	97,90	98,85	96,75	97,46	97,44	97,58	85,27	85,34	83,58		

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas	91,85	90,62	92,34	92,19	90,90	87,60	89,28	93,22	93,06	92,24	93,55	92,18	90,74	-1,44	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	8,15	9,38	7,66	7,81	9,10	12,40	10,72	6,78	6,94	7,76	6,45	7,82	9,26		

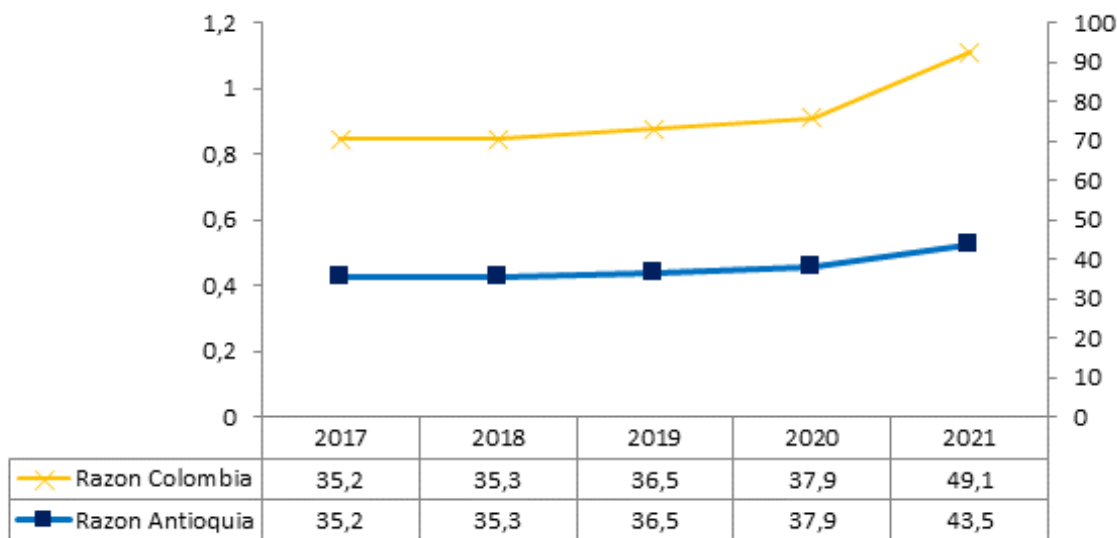
Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

## 2.2.2.2.1. Comportamiento de la morbilidad materna extrema, Antioquia 2021

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo. Es considerado un evento de interés en salud pública que tiene un impacto importante al evaluar los servicios de salud ya que una atención oportuna y de calidad en una mujer con una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal.

La razón de MME indica la prevalencia del evento, el cual durante el año 2021 presentó un aumento significativo a nivel nacional asociado a los efectos en la salud que la pandemia por Covid-19 tuvo en las gestantes; aun así, en el departamento de Antioquia se ubicó en 43.5 casos por cada 1.000 Nacidos vivos (NV) pero se mantuvo por debajo de la media del país de 49.1.

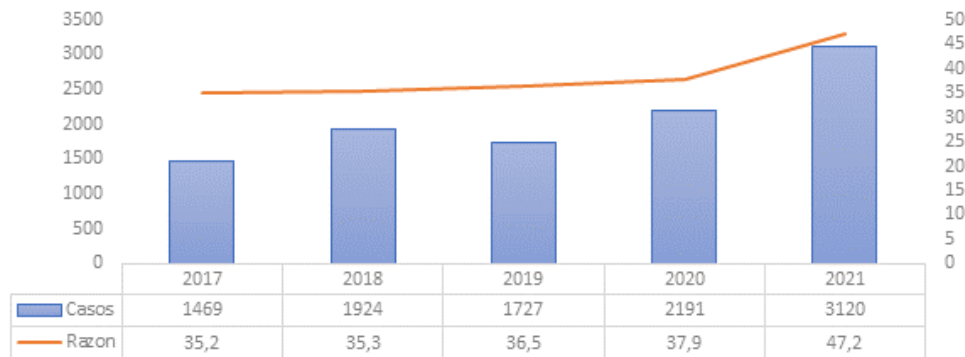
Figura 83. Comparativo de la Morbilidad Materna Extrema en el departamento de Antioquia – Colombia 2017-2021



Fuente. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>

Analizando el número de casos y la tendencia de la razón de MME en el departamento, tienden alta durante los años 2017 a 2020; en el 2021, debido a la emergencia sanitaria se evidencia un aumento inusitado de la razón de MME (47.2.), lo que significa un 10% en comparación con el año inmediatamente anterior.

Figura 84. Número de casos y tendencia de la razón de MME en Antioquia 2017 -2021

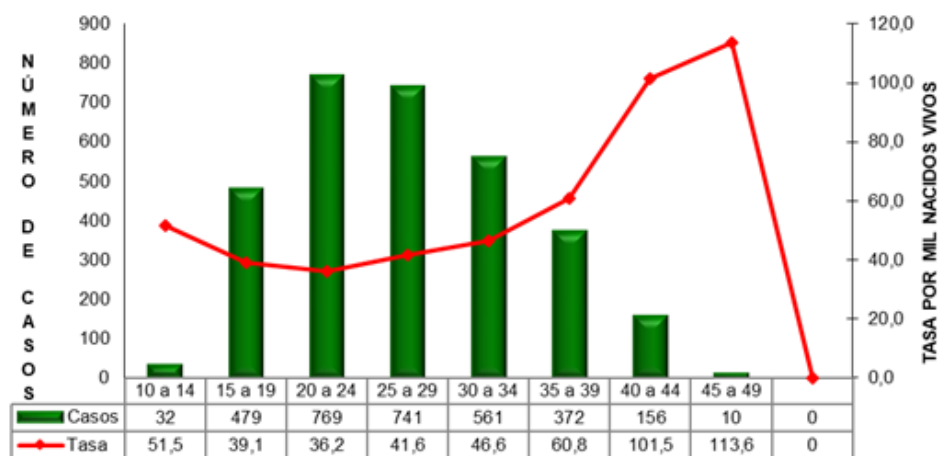


Fuente. Sivigila Antioquia 2021

## 2.2.2.2. Características sociodemográficas relacionadas con la morbilidad materna.

Para Antioquia, durante el año 2021 se puede evidenciar que el mayor número de eventos asociados a MME según edad, fueron notificados en el rango de 20 a 24 años con 24.6% (769 casos) para una Tasa de Incidencia (TI) de 36.2 por 1.000 Nacidos Vivos (NV) seguida del rango de edad de 25 a 29 años con 23.8% (741 casos) y TI 41.6, es importante resaltar que el grupo de edad de 10 a 14 años se presentaron 32 casos MME con una TI de 51,5 por 1.000 NV, mientras que en menor representación de casos se encontraron las edades comprendidas entre los 45 a 49 años con 10 casos pero con la tasa de incidencia más elevada con un valor de 103.3 casos por cada 1.000 NV; este grupo llama la atención por ser embarazos en edades extremas, que solo por pertenecer a este rango de edad es clasificado como embarazo de alto riesgo, debido a que la gestante puede presentar comorbilidades preexistentes principalmente HTA y obesidad, además de otros factores de riesgo asociados a la edad u otras condiciones que incrementan la probabilidad de complicaciones maternoperinatales

Figura 85. Número de casos y tasa de incidencia, Morbilidad Materna Extrema según Grupo de Edad, Antioquia 2021

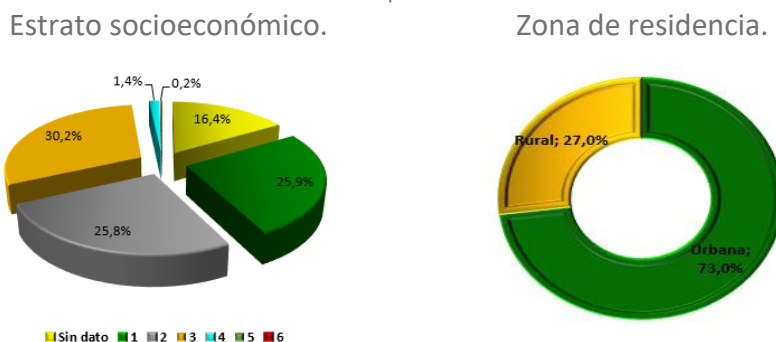


Fuente. Sivigila Antioquia 2021.

Con relación a la distribución de los casos de MME según el Estrato Socioeconómico, se puede evidenciar que en el estrato 3 se presentaron las cifras más altas con un 30,2%, seguido del estrato 1 con el 25,9%. El estrato 2, ocupa el 3 puesto con un 25,8%, lo cual concuerda con que entre a menores oportunidades presenten las gestantes con relación a sus recursos económicos, se traduce en mayores barreras para acceder a satisfacer las necesidades básicas tales como alimentación, vivienda, acceso a los servicios básicos y servicios de salud, entre otros, e influyen negativamente en la salud materno perinatal. No se tiene datos en el 16% de los registros, siendo esto una oportunidad de mejora para la revisión de garantías de la calidad del dato y la obtención de la información en la prestación del servicio.

Según la distribución del área de residencia en el departamento de Antioquia, el mayor número de casos se encuentra ubicado en la zona urbana con un 73%, en contraste se encuentra la zona rural, que aporta un 27% de los casos. Este resultado se puede deber a que, en la zona urbana, cabeceras municipales, está concentrada la población, y las gestantes no son ajenas a esta condición.

Figura 86. Distribución Porcentual de los casos de MME según estrato socioeconómico y zona de residencia. Departamento de Antioquia 2021.



Fuente. SIVIGILA, 2021

En cuanto a la distribución porcentual de los casos de MME según la afiliación al régimen de seguridad social, las gestantes que presentaron alguna alteración de salud, asociada a su embarazo, se encontraban afiliadas al régimen contributivo con un 45,3% seguido de las gestantes afiliadas al régimen subsidiado con un 41,7%. De lo anterior se puede inferir que no existen desigualdades entre los dos regímenes de salud subsidiado y contributivo, y no debería presentarse limitantes para las personas sin capacidad de pago, debido a que los regímenes están unificados en el plan de beneficios en salud.

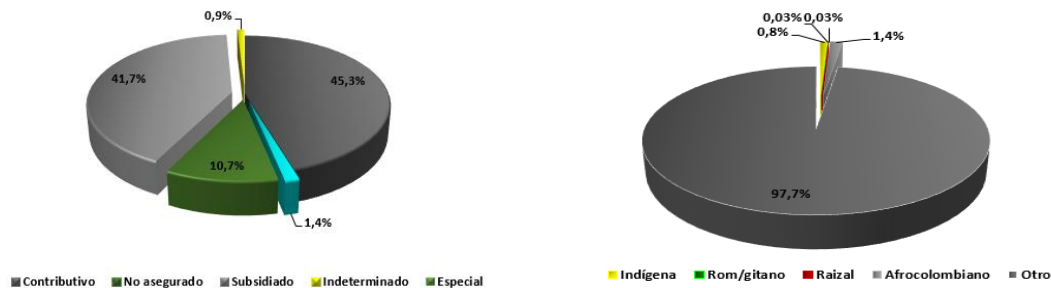
Según al grupo étnico, las afrocolombianas representan el 1,4%, población indígena con un 0,8% y en menor proporción se encontró al grupo poblacional raizal con 0,3%. Llama la atención que el 97,7%, no especificó su condición étnica.

En Antioquia la atención con enfoque diferencial en salud, se encuentra en etapa de



implementación, por lo cual aún se evidencian algunas limitantes en la atención y la asistencia a los servicios de salud, por parte de las comunidades indígenas, pero se resalta que desde el componente de maternidad segura se realizan diálogos de saberes, encuentros interculturales y fortalecimiento de las competencias a los entes municipales, EAPB e IPS del departamento en el marco de la resolución 3280 del año 2018 para atención a la gestante.

Figura 87. Distribución porcentual de los casos de MME, según Régimen de Seguridad Social y Etnia. Antioquia, 2021



Fuente. SIVIGILA, 2021

### 2.2.2.2.3. Caracterización según condiciones de salud.

En el 93,7 % de los casos con diagnóstico de MME requirieron hospitalización, llama la atención el 6,3% de los casos que presentaron un evento grave que pone en peligro la vida de la materna y no fueron hospitalizados situación que amerita fortalecimiento de guías de práctica clínica en el talento humano en salud. Las patologías asociadas a la MME, con mayor incidencia son: la preeclampsia con un 64,2%, seguida de la Hemorragia con un 23,7%, la cual es potencialmente grave durante la gestación y pueden ser ocasionadas por distintas causas entre ellas, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, entre otros, y con menor proporción se encontró la sepsis con 6.8%.

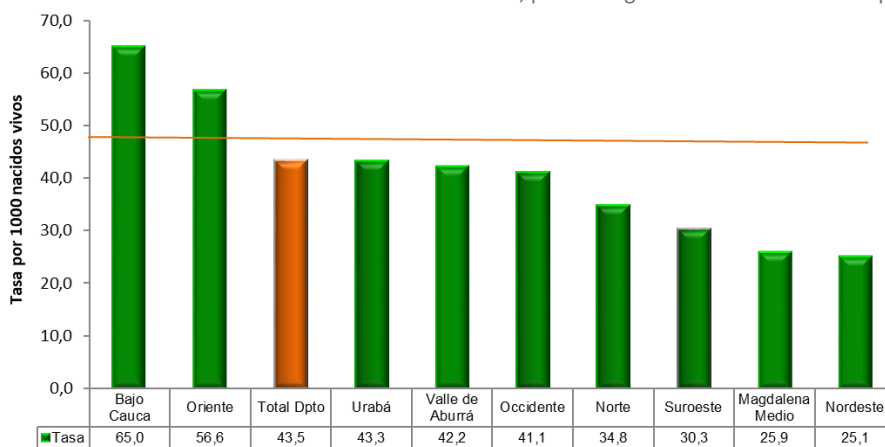
Figura 88. Distribución porcentual de casos Morbilidad Materna Extrema según conducta y relacionado con enfermedad específica. Antioquia 2021



Fuente. SIVIGILA, 2021

Según la Tasa de incidencia de la MME por subregión de residencia, la más representativa se encuentra en Bajo Cauca con 65 casos por 1.000 NV, dentro de la caracterización se evidencia déficit en el acceso a servicios de salud, la falta de vías terrestres y fluviales, lo que deja ver las desigualdades sociales, por lo anterior se puede inferir que dada las condiciones en las que convive la población de esa región del departamento, las maternas pueden padecer complicaciones asociadas a su condición de embarazo, En segundo lugar, se encuentra la subregión del oriente con 56 casos por 1.000 NV; ambas subregiones por encima de la tasa departamental la cual se encuentra en 43.3; similar a la tasa nacional se encuentra las subregiones de Urabá y Valle de Aburrá con 43.3 y 42.2 respectivamente y en menor proporción la subregión del Nordeste con 25.1 casos por cada 1.000 NV

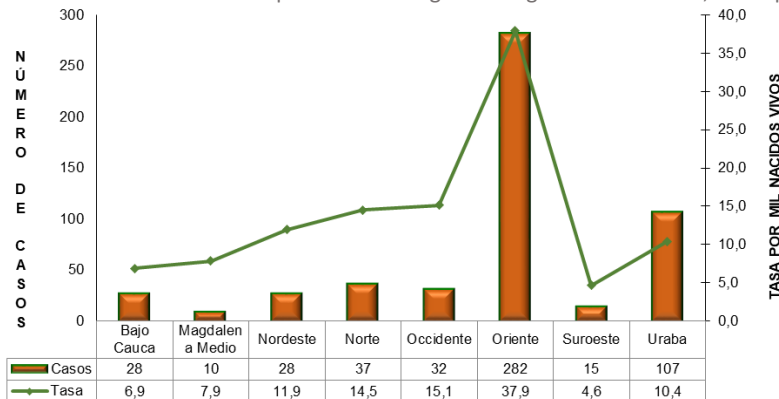
Figura 89. Tasa de incidencia de Morbilidad materna extrema, por subregión de residencia. Antioquia 2021



Fuente. SIVIGILA, 2021

Al analizar la tasa de incidencia (TI) MME por Covid-19 por cada a 1.000 Nacidos vivos (NV) en las diferentes subregiones del Departamento de Antioquia, durante el año 2021 se puede evidenciar que el mayor número de eventos se presentaron en Oriente con 282 casos con una TI 37,9 por 1.000 NV, seguida de Urabá con 107 casos y una TI 10,4.

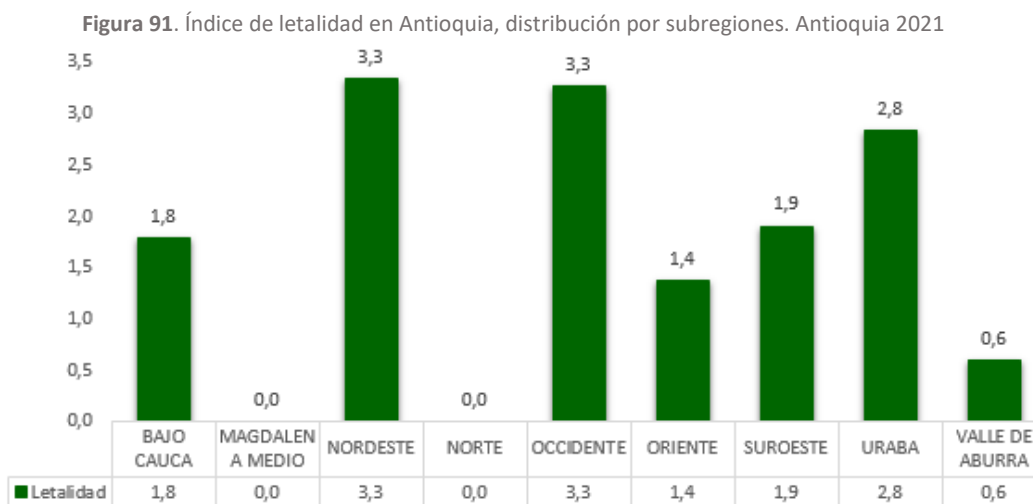
Figura 90. Número de casos de MME por Covid-19 Según subregión de residencia, Antioquia 2021



Fuente. Base de datos gestantes Covid-19

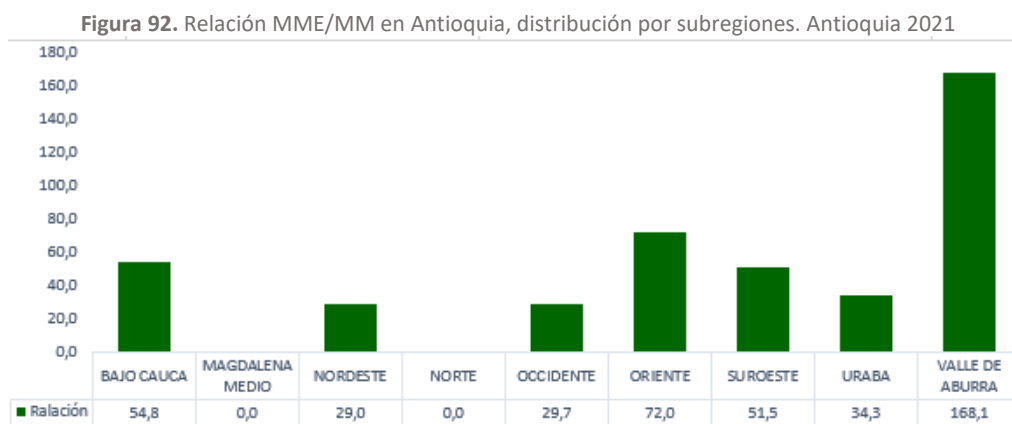


En lo que respecta al índice de letalidad en Antioquia distribuido por subregiones durante el año 2021 encontramos que Nordeste y Occidente fallecen 3.3 mujeres por cada 100 casos de MME, seguido de la subregión de Urabá con 2.8 muertes por cada 100 casos de MME.



Fuente. SIVIGILA, 2021

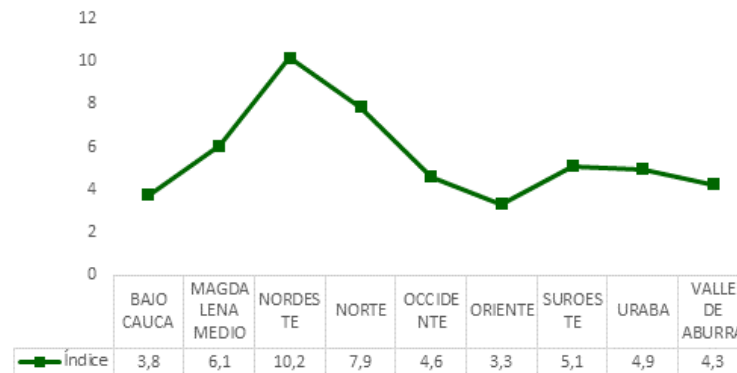
En la relación de MME y Mortalidad materna (MM) por subregiones del departamento de Antioquia en el 2021, tuvo su mayor proporción en la subregión de Valle de Aburrá con 168.1 casos de MME por cada muerte, seguido de la subregión de Oriente con 72 casos de MME por muerte



Fuente. SIVIGILA, 2021

El mayor índice de la Mortalidad Perinatal y neonatal tardía (IMP) por MME por subregiones en el Departamento de Antioquia de 2021, corresponde a la subregión de Nordeste con un 10,2 casos de MP por cada 100 casos de MME, seguido de la Subregión de Norte con 7,9 MP por cada 100 casos, el de menor índice es Oriente con 3,3 y Bajo Cauca con 3,8. El bienestar del producto de la gestación depende en gran medida del estado de salud de la madre y de ésta en su relación con los determinantes sociales de la salud de los territorios lo que limita la intervención continua e integrada de la exposición diferencial a los riesgos.

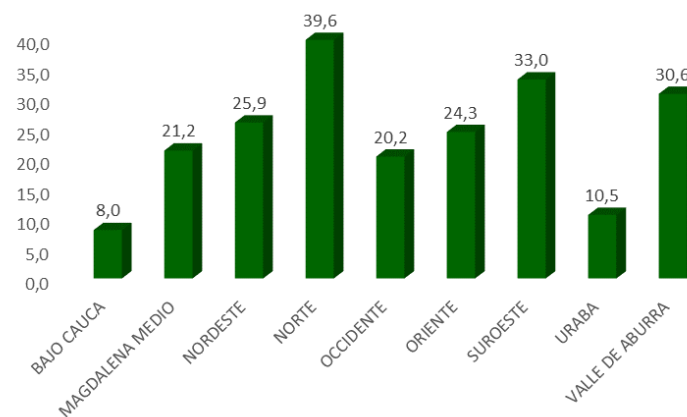
Figura 93. Índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía por MME distribuido por subregiones en Antioquia 2021.



Fuente. SIVIGILA, 2021

En cuanto a la notificación de casos de MME con 3 o más criterios por subregiones en el departamento de Antioquia encontramos que Norte obtuvo la mayor proporción con un 39.6 %, seguido de Suroeste con un 33% y las subregiones con menor notificación de 3 o más criterios fueron Bajo Cauca con un 8% y Urabá con un 10.5, lo cual difiere con los indicadores de RMM por ser las subregiones con mayor afectación en el evento, el departamento de Antioquia realiza acompañamiento y seguimiento al manejo de la emergencia obstétrica en los municipios con sus respectivas UPGD que conforman estas subregiones.

Figura 94. Porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión por Subregión en Antioquia 2021.



Fuente. SIVIGILA, 2021

Es importante recalcar que la oportunidad en la notificación para MME en el departamento es del 75%, lo cual se interpreta como un cumplimiento regular según la semaforización propuesta por el INS, pero inferior al porcentaje nacional que se encuentra en 82% con la misma semaforización. Se concluye entonces, que la razón de morbilidad materna extrema en Antioquia es de 43 casos, inferior al resultado nacional el cual es equivalente a 48 casos de MME por cada 1000 NV. La letalidad en las mujeres que padecen una MME en el departamento de 1,3%, inferior al porcentaje



nacional que es de 1.6%, lo cual se traduce que por cada 100 mujeres que padecen alguna complicación grave durante la gestación o el postparto, fallecen en promedio 1 - 2 mujeres.

En el departamento, se continúa con la articulación de acciones entre el ente departamental y municipal de acuerdo con sus competencias, deberes y funciones, en cada uno de los niveles de gestión para impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud y los indicadores de resultados. Continuar en el fortalecimiento en la implementación y aplicación de las Rutas Integrales de atención Materno perinatal desde las acciones individuales, colectivas y poblacionales en los territorios es uno de los pilares fundamentales en la reducción de las complicaciones materno perinatales en el departamento.

### 2.2.2.3. Enfermedades no transmisibles

Durante el período de análisis, la mayor proporción de uso de servicios de salud para el departamento de Antioquia, la aportan las enfermedades no transmisibles, con 71.8% del total de consultas (n= 8.622.297), con una tendencia fluctuante en el tiempo. En el año 2019 se registró el mayor número de consultas por estas patologías con 15.673.406 atenciones en salud y una disminución del 8.34% para el 2021, con respecto al año anterior.

En este subgrupo de enfermedades las cardiovasculares registraron la mayor proporción de consultas aportando durante el período de análisis el 18.1%, de las consultas generales, pasando de 20.9% en 2020 a 18.11% en 2021, lo que representa un aumento del 4.65, seguido de las enfermedades músculo- esqueléticas 13.84%, y condiciones neuropsiquiátricas con el 11.56%, con respecto al año anterior.

En el análisis por sexo, se evidencia que el mayor impacto en las consultas por las patologías crónicas, lo aportaron las mujeres con un 62% en las atenciones, con una relación de 1:2 es decir que por cada consulta por enfermedades que no corresponden al grupo de crónicas, se realizaron 2 consultas correspondientes a las enfermedades crónicas, mientras que la relación hombre mujer es de 1:1,6, lo que significa que por cada hombre que utilizó los servicios de salud debido a enfermedades no transmisibles, lo hicieron 1,7 mujeres.

Tabla 34. Morbilidad específica en enfermedades no transmisibles. Antioquia 2009 – 2020

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Enfermedades no transmisibles	Neoplasias malignas	1,16	1,43	1,46	1,96	1,66	1,80	2,14	2,02	2,02	1,97	2,15	3,11	3,07	0,97	
	Otras neoplasias	0,98	1,10	1,19	1,34	1,22	1,23	1,28	1,24	1,18	1,21	1,28	1,35	1,64	0,07	
	Diabetes mellitus	2,72	3,51	3,90	3,06	3,02	3,11	3,15	3,65	3,96	3,93	4,11	5,18	4,49	1,07	
	Desórdenes endocrinos	5,08	5,19	5,61	6,07	5,63	5,44	5,25	5,47	5,59	5,99	6,09	6,18	7,20	0,09	
	Condiciones neuropsiquiátricas	6,68	6,74	6,54	7,17	7,25	7,43	8,20	8,83	8,42	9,29	9,63	10,78	11,56	1,15	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	8,40	7,87	7,09	7,02	7,58	6,92	7,77	7,87	7,85	7,19	6,98	6,84	7,29	-0,14	
	Enfermedades cardiovasculares	18,63	19,21	18,63	15,50	16,44	16,66	14,89	14,66	16,31	16,17	16,24	20,89	18,11	4,65	
	Enfermedades respiratorias	5,94	5,47	5,33	5,07	4,84	4,47	4,37	4,48	4,79	4,64	4,26	4,49	4,39	0,22	
	Enfermedades digestivas	6,86	6,68	6,30	6,67	6,47	6,25	6,05	6,14	5,91	6,05	6,12	6,04	5,58	-0,08	
	Enfermedades genitourinarias	12,33	11,24	10,77	11,38	11,20	11,24	11,02	10,73	10,81	10,89	10,70	10,49	10,10	-0,20	
	Enfermedades de la piel	6,49	5,93	5,85	5,78	5,70	5,38	5,14	5,34	5,29	5,33	5,13	4,82	5,22	-0,11	
	Enfermedades músculo-esqueléticas	13,07	12,61	12,96	13,81	13,83	14,27	14,73	15,68	16,02	16,01	15,42	13,57	13,84	1,15	
	Anomalías congénitas	0,45	0,48	0,48	0,56	0,59	0,55	0,61	0,62	0,56	0,56	0,54	0,64	0,64	-0,02	
	Condiciones orales	11,20	12,54	13,97	14,59	14,58	15,24	15,40	13,27	11,29	10,78	11,33	5,73	6,86	-5,40	



Grandes causas de morbilidad		Subgrupos de causa de morbilidad		Hombres																	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ pp 2020-2021	Tendencia			
Enfermedades no transmisibles	Neoplasias malignas	1,25	1,50	1,56	2,10	1,82	1,98	2,29	2,20	2,19	2,13	2,36	3,45	3,51	0,06						
	Otras neoplasias	0,72	0,81	0,87	0,98	0,90	0,92	0,96	0,94	0,86	0,91	0,93	1,04	1,23	0,19						
	Diabetes mellitus	2,97	3,78	4,22	3,33	3,07	3,22	3,22	3,72	4,07	4,15	4,38	5,54	4,89	-0,65						
	Desordenes endocrinos	3,64	3,78	3,96	4,32	4,03	3,93	3,73	3,90	4,02	4,27	4,41	4,27	5,09	0,82						
	Condiciones neuropsiquiátricas	6,03	6,47	6,10	6,91	7,25	7,55	8,43	8,85	8,41	9,50	9,74	11,05	11,69	0,64						
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	9,70	8,81	7,75	7,63	8,20	7,46	8,12	8,35	8,43	7,68	7,45	7,15	7,71	0,56						
	Enfermedades cardiovasculares	18,35	18,85	18,69	15,86	16,16	16,29	14,66	14,69	16,38	16,40	16,68	21,48	18,85	-2,63						
	Enfermedades respiratorias	7,68	6,93	6,49	6,13	6,04	5,44	5,35	5,46	5,89	5,60	5,05	5,06	4,95	-0,11						
	Enfermedades digestivas	6,50	6,48	6,21	6,62	6,45	6,29	6,10	6,31	6,15	6,33	6,42	6,50	6,16	-0,34						
	Enfermedades genitourinarias	7,17	7,12	7,31	8,13	7,54	7,57	8,09	8,15	8,16	8,33	8,40	9,34	8,91	-0,43						
	Enfermedades de la piel	8,03	7,18	6,93	6,76	6,72	6,27	5,89	6,08	6,03	5,99	5,72	5,27	5,50	0,23						
	Enfermedades musculo-esqueléticas	13,80	12,80	13,16	13,87	14,06	14,65	14,74	16,58	15,79	16,66	14,86	12,90	13,03	0,13						
	Anomalías congénitas	0,58	0,59	0,58	0,66	0,73	0,68	0,76	0,75	0,69	0,67	0,68	0,61	0,77	0,15						
	Condiciones orales	13,59	14,90	16,19	16,69	17,04	17,76	17,66	16,02	12,93	12,38	12,91	6,34	7,71	1,37						

Grandes causas de morbilidad		Subgrupos de causa de morbilidad		Mujeres																	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ pp 2020-2021	Tendencia			
Enfermedades no transmisibles	Neoplasias malignas	1,11	1,39	1,40	1,87	1,56	1,69	2,06	1,92	1,92	1,87	2,01	2,89	2,80	-0,09						
	Otras neoplasias	1,12	1,26	1,39	1,57	1,41	1,41	1,46	1,43	1,37	1,40	1,50	1,55	1,90	0,35						
	Diabetes mellitus	2,59	3,36	3,71	2,89	2,99	3,05	3,10	3,60	3,90	3,79	3,95	4,95	4,25	-0,70						
	Desordenes endocrinos	5,87	6,00	6,61	7,16	6,56	6,35	6,14	6,41	6,51	7,02	7,14	7,41	8,49	1,08						
	Condiciones neuropsiquiátricas	7,04	6,90	6,81	7,34	7,25	7,37	8,06	8,82	8,42	9,16	9,56	10,60	11,48	0,88						
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	7,69	7,34	6,70	6,64	7,22	6,60	7,56	7,58	7,51	6,89	6,68	6,64	7,02	0,38						
	Enfermedades cardiovasculares	18,78	19,41	18,44	15,28	16,60	16,88	15,03	14,64	16,27	16,03	15,96	20,51	17,66	-2,85						
	Enfermedades respiratorias	4,99	4,65	4,64	4,42	4,14	3,89	3,79	3,89	4,14	4,06	3,77	4,11	4,04	-0,07						
	Enfermedades digestivas	7,05	6,79	6,36	6,70	6,48	6,23	6,02	6,03	5,76	5,89	5,93	5,74	5,22	-0,52						
	Enfermedades genitourinarias	15,14	13,58	12,84	13,39	13,33	13,43	12,76	12,28	12,37	12,43	12,13	11,24	10,84	-0,41						
	Enfermedades de la piel	5,65	5,21	5,20	5,18	5,11	4,84	4,69	4,89	4,85	4,94	4,76	4,52	5,05	0,53						
	Enfermedades musculo-esqueléticas	12,68	12,50	12,85	13,77	13,69	14,04	14,73	15,73	16,16	16,22	15,78	14,01	14,33	0,33						
	Anomalías congénitas	0,38	0,41	0,42	0,49	0,51	0,48	0,52	0,53	0,49	0,48	0,48	0,48	0,56	0,07						
	Condiciones orales	9,90	11,20	12,64	13,30	13,14	13,74	14,07	12,22	10,33	9,81	10,34	5,33	6,34	1,01						

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

## 2.2.2.4. Morbilidad oral

La morbilidad oral, es la enfermedad crónica del diente más frecuente, que afecta a la humanidad, sin distinción, de sexo, raza, estratos socioeconómico y grupos de edad y empieza tan pronto hacen erupción los dientes.

Según la Organización Panamericana de la Salud, las enfermedades de la cavidad oral constituyen una importante carga para el sector de la salud de muchos países y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte. Además, son enfermedades que comparten factores de riesgo con otras importantes enfermedades no transmisibles.

El estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017 (Global Burden of Disease Study 2017), indica que la caries dental sin tratar en dientes permanentes, es el trastorno de salud más frecuente y la mayoría de los países de ingresos medianos y bajos afectados, por un constante incremento de la urbanización y cambios en las condiciones de vida, aumenta la prevalencia de las enfermedades bucodentales.

Las enfermedades bucodentales afectan de forma desproporcionada a los segmentos más pobres y socialmente desfavorecidos de la sociedad. Existe una relación muy fuerte y persistente entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucodentales. Esta asociación existe desde la infancia hasta la vejez, y en todas las poblaciones de los países de ingresos bajos, medianos y altos.



Las patologías bucodentales se encuentran entre las principales causas de consulta, son consideradas un problema de salud pública por su alta prevalencia e impacto en los individuos y en la sociedad, en nuestro Departamento para el año 2020 ocupa el 8 lugar en la morbilidad específica de las enfermedades no transmisibles.

### 2.2.2.5. Morbilidad bucodental

El componente de salud bucal sigue siendo un aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población, su importancia radica en que tiene gran parte de la carga global de la morbilidad, por los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

Las patologías bucales más prevalentes en el mundo, así como en nuestro departamento, son la caries dental, las enfermedades gingivales y periodontales.

Los resultados de los estudios de carga mundial de morbilidad, en cuanto a las patologías orales no han cambiado significativamente, es una constante en los países de ingresos medios y bajos, que las patologías orales tengan un aumento en su prevalencia. Las causas continúan siendo las mismas, una exposición insuficiente al flúor (en el suministro de agua y en los productos de higiene bucodental, como el dentífrico) y al acceso inadecuado a servicios de atención de salud bucodental en la comunidad, distribución desigual de los profesionales de la salud bucodental; la comercialización de bebidas y alimentos ricos en azúcar, así como el tabaco y el alcohol, se constituyen en factores riesgo no solo para los trastornos de salud bucodental, sino para otras enfermedades no transmisibles.

La Organización Mundial de la Salud en su centro de prensa publicado el 25 de marzo de 2020, muestra una serie de cifras preocupantes como las siguientes:

- La periodontitis grave, puede provocar la pérdida de dientes, esta afecta casi el 10% de la población mundial.
- El cáncer bucal (cáncer de labio o de boca) es uno de los tres cánceres de mayor incidencia en algunos países de Asia y el Pacífico.
- El tratamiento de los trastornos de salud bucodental es caro y por lo general no forma parte de la cobertura sanitaria universal (CSU). En la mayoría de los países de ingresos altos, el tratamiento odontológico representa el 5% del gasto total en salud y el 20% de los gastos directos de los pacientes.

La OMS igualmente ha definido estrategias esenciales para mejorar la salud bucodental, centrándose en las poblaciones marginadas y de ingresos bajos, con más limitaciones para acceder a la atención bucodental. Entre dichas estrategias se incluyen:



- El fomento de una dieta equilibrada baja en azúcares libres y que incluya muchas frutas y hortalizas, y en la que la bebida principal sea el agua.
- La interrupción del consumo de tabaco en todas sus formas
- La reducción del consumo de alcohol.
- El fomento del uso de equipo de protección para la práctica de deportes y los desplazamientos en bicicletas y motocicletas (para reducir el riesgo de traumatismos faciales).

La exposición suficiente al flúor es un factor esencial en la prevención de la caries, se puede obtener un nivel óptimo de flúor a través de diversas fuentes, entre ellas el agua potable, la sal, la leche y el dentífrico fluorados. Debe alentarse el cepillado con dentífrico fluorado (de 1000 a 1500 ppm) al menos dos veces al día.

En nuestro país la última Encuesta de Salud Bucal es la publicada en el año 2012 el ENSAB IV, en el cual vemos que el panorama de nuestro país no es muy diferente al del resto del mundo, a pesar que contamos con todas las actividades preventivas en nuestros planes de beneficios y tenemos una cobertura en salud del 95.07% de acuerdo a información dada desde el Ministerio de Salud y Protección Social para noviembre del 2020, este último estudio nos indica que el 92% de las personas entre 12 y 79 años ha tenido caries dental en algún momento de su vida. Pasa igual con el 33% de los niños de 1, 3 y 5 años, quienes también han presentado antecedentes de la enfermedad. Además, los distintos grupos poblacionales presentan una baja accesibilidad a los servicios de salud.

Dicho estudio ha identificado, además, que a partir de los 20 años las personas empiezan a tener pérdida dental y que el número de dientes que se pierde se incrementa a medida que se aumenta la edad. Es así como el 70,4% de las personas adultas en el país ha perdido algún diente a lo largo de su vida, siendo muy importante señalar que la pérdida es mayor en las mujeres (73,0%) frente a los hombres (67,6%) y que el 5,2% de las personas son edéntulos totales (han perdido todos sus dientes), presentándose con mayor frecuencia en las personas entre 65 y 79 años (32,87% del total de los edéntulos); siendo múltiples las razones que llevan a esta condición y dentro de ellas se han identificado varias que conducen a esta situación: las campañas de salud bucodental se han dirigido principalmente a la población infantil y escolar, con poca o ninguna continuidad y sostenibilidad para educar en cuidados bucales en las personas jóvenes y adultas; también se ha identificado que las personas perciben que la responsabilidad del cuidado bucal es individual, a pesar de que no siempre se cuenta ni se les brinda información que les permita mejorar su condición, para realizar los cuidados adecuados. Otra de las razones es que aún persisten barreras de acceso, especialmente para las zonas rurales, para llegar a los servicios de salud y a que en ellos priman los procesos curativos y asistenciales, que conllevan pérdidas progresivas de tejido dental hasta llevar a la pérdida dental, por encima de los procesos de educación y de mantenimiento de la salud bucal.





En la Resolución 2292 del 23 de diciembre del 2021 se establecen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC, en la cual están incluidos procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, incluidas la atención preventiva en salud bucal actividad de obligatorio cumplimiento bajo el aseguramiento con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, esta actividades preventivas permiten limitar el daño y mejorar las condiciones de salud; estas actividades están encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población las cuales son: 1) control y remoción de placa bacteriana en mayores de 2 años, 2) aplicación de flúor en niños y jóvenes entre 5-19 años, 3) aplicación de sellantes en población de 3-15 años, 4) detartraje supragingival (control mecánico de placa) en mayores de 12 años, respectivamente, todos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud.

Los trastornos de salud bucodental más comunes en los registros de prestación de servicios en Antioquia en el 2020, muestran que la caries y la pulpitis son las 2 primeras causas de consulta.

La caries dental se produce cuando la placa bacteriana que se forma en la superficie de los dientes convierte los azúcares libres (todos los azúcares añadidos a los alimentos por los fabricantes) en ácidos, causando daños de forma permanente en la superficie de los dientes que se convierten en pequeñas aberturas u orificios.

La pulpitis es la inflamación de la pulpa dentaria producida por caries sin tratar, traumatismos o múltiples arreglos. Su síntoma principal es el dolor.

Realizando un análisis de la distribución de las consultas odontológicas en el Departamento se encuentra que la subregión del Valle de Aburra tiene el 32.5% de las consultas seguido de la subregión de Oriente y Suroeste con un 18.6% y 12% respectivamente.

Los servicios odontológicos se vieron afectados con las medidas restrictivas tomadas en el país con la llegada del COVID-19; durante gran parte del año 2020 los servicios odontológicos tuvieron que limitar las atenciones solo a las consultas de urgencias, es así como se ve que las consultas odontológicas de valoración disminuyeron en un 43.6% con respecto a las del 2019, pero de igual forma las consultas odontológicas de urgencias disminuyeron en un 10.9%. Las subregiones que tuvieron una mayor disminución en las consultas durante el año 2020 con respecto al 2019, fueron occidente con un 54.3%, Magdalena Medio con un 52.5% y Suroeste con un 50%; la subregión del Valle de Aburrá que es la que tiene un mayor porcentaje de atenciones en el Departamento, tuvo una disminución del 36.5%.



Tabla 35. Morbilidad general salud bucal. Antioquia 2015 – 2020, Antioquia

Causa de morbilidad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tendencia
K021 - Caries de la dentina	9,65	9,72	8,77	8,34	7,77	9,59	
K040 - Pulpitis	5,85	5,54	5,85	5,91	5,83	7,14	
K083 - Raiz dental retenida	6,6	6,1	6,3	6,0	5,8	6,7	
K051 - Gingivitis crónica	5,9	6,3	5,7	5,4	5,2	5,1	
K053 - Periodontitis crónica	3,9	3,2	4,2	4,3	4,5	4,7	
K041 - Necrosis de la pulpa	4,2	3,4	4,1	4,3	4,4	4,6	
K031 - Abrasión de los dientes	3,4	3,6	3,4	3,6	3,7	3,5	
K006 - Alteraciones en la erupción dentaria	2,7	2,3	2,8	3,0	2,7	2,9	
K050 - Gingivitis aguda	2,5	2,6	2,7	2,9	2,8	2,8	
K047 - Absceso periapical sin fistula	2,0	1,6	2,2	2,4	2,5	2,8	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

## 2.2.2.6. Lesiones

Durante el período de análisis 2009 al 2021 las lesiones aportaron el 6.4% del total de consultas, con una mayor prevalencia en el curso de vida adultez en los cuales se registraron un total de 324.528 atenciones en salud por este tipo de eventos, lo que representa un porcentaje de 6.5% de las consultas en este ciclo vital.

Las causas que más impactaron las atenciones en este subgrupo son: traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con un 91.57% para el año 2021 y lesiones no intencionales con 7.71%. Al realizar el comparativo de proporción de atenciones por sexo se observa un comportamiento similar para ambos, aunque es importante resaltar que las lesiones no intencionales impactaron en mayor proporción a las mujeres.

Tabla 36. Morbilidad específica en lesiones. Antioquia 2009 – 2021

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Lesiones	Lesiones no intencionales	3,76	3,88	4,62	5,07	3,78	4,56	4,13	11,15	5,37	7,20	9,73	8,69	7,71	-0,98	
	Lesiones intencionales	0,34	0,43	0,45	0,38	0,44	0,43	0,48	0,41	0,58	0,60	0,69	0,75	0,68	-0,07	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,03	0,04	0,08	0,05	0,06	0,04	-0,01	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	95,86	95,64	94,90	94,51	95,74	94,97	95,35	88,41	94,01	92,13	89,53	90,50	91,57	1,07	
Lesiones	Lesiones no intencionales	3,09	3,20	3,64	4,09	3,21	3,71	3,48	7,92	4,47	5,43	7,27	6,81	6,03	-0,79	
	Lesiones intencionales	0,22	0,31	0,26	0,28	0,31	0,27	0,29	0,24	0,36	0,34	0,45	0,55	0,46	-0,08	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,04	0,05	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,04	0,08	0,04	0,06	0,05	-0,01	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	96,65	96,44	96,07	95,60	96,43	95,99	96,20	91,81	95,13	94,15	92,23	92,58	93,46	0,88	
Lesiones	Lesiones no intencionales	4,71	4,82	5,95	6,42	4,56	5,76	5,06	15,48	6,60	9,51	12,91	11,36	9,98	-1,38	
	Lesiones intencionales	0,50	0,60	0,70	0,52	0,60	0,66	0,76	0,63	0,87	0,93	0,98	1,04	0,97	-0,07	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,05	0,03	0,03	0,06	0,04	0,05	0,04	0,04	0,05	0,07	0,06	0,05	0,04	-0,02	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	94,73	94,54	93,32	93,01	94,80	93,53	94,14	83,84	92,48	89,49	86,05	87,55	89,01	1,46	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS



### 2.2.3. Morbilidad de eventos de alto costo

Las Enfermedades de alto costo representan un alto riesgo para el equilibrio financiero de las empresas en salud y pueden ser un factor determinante para su supervivencia en el mercado, es por esta razón que resulta esencial conocer su comportamiento para así poder generar estrategias que permitan prever el impacto que puede generar en el sistema de seguridad social en salud y así mismo orientar la gestión del riesgo en salud en los territorios, garantizando la disponibilidad de recursos y el sostenimiento del sistema de salud <sup>13</sup>. Para conocer cuáles son las patologías que se clasifican como de Alto costo, hay que tener en cuenta que las poblaciones no representan un riesgo estándar, por lo tanto hay subgrupos dentro de ella que de acuerdo al estado de salud, tendrán probabilidad de demandar más los servicios sanitarios; se estima que entre un 20% a 30% de la población consume el 70% de los recursos gastados, mientras que el resto, solo requiere servicios que representan el 30% del gasto.<sup>14</sup> En Colombia, la ley 100 de 1993 y la ley 1122 de 2007, el gobierno definió una lista de eventos de alto costo, en la cual incluyeron patologías, tratamientos específicos y ámbitos de prestación; se establecen entonces a través de la resolución 2565 de 2007 y la resolución 3978 de 2009 las patologías consideradas de alto costo: Enfermedad Renal Crónica, Cáncer (Cérvix, mama, estomago, colon, recto próstata, leucemia linfocítica aguda y mielocítica aguda, linfoma hodking y no hodking, epilepsia, artritis reumatoide, VIH/SIDA)

La Cuenta de Alto Costo -CAC, es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante el Decreto 2699 de 2007 que obliga a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB de ambos regímenes y demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC a asociarse para abordar el alto costo y opera como un Fondo auto gestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo.

Constituye un «Frente Común» para el abordaje del alto costo como fenómeno de gran impacto en el país, mediante articulación de Sociedades Científicas, Instituciones Prestadoras, Asociaciones de pacientes y EAPB, que promueve la gestión de riesgos en EPS e IPS mediante pedagogía, difusión de experiencias exitosas, instrumentación y creación de referentes técnicos, para disminuir la tendencia de nuevos casos de alto costo y procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes con el fin de disminuir los eventos evitables derivados.

La CAC tiene un modelo de gestión de la información para el manejo estandarizado de las patologías: Enfermedad Renal Crónica, VIH/SIDA, Cáncer, Hemofilia y Artritis Reumatoide a través

<sup>13</sup> David D. Inés Milena, Medina P. Ana María, Martínez L Elkin. Enfermedades de alto costo en afiliados a un sistema institucional de aseguramiento y prestación de servicios de salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2006 July [cited 2022 Dec 28]; 24(2): 98-104. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2006000200010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000200010&lng=en).

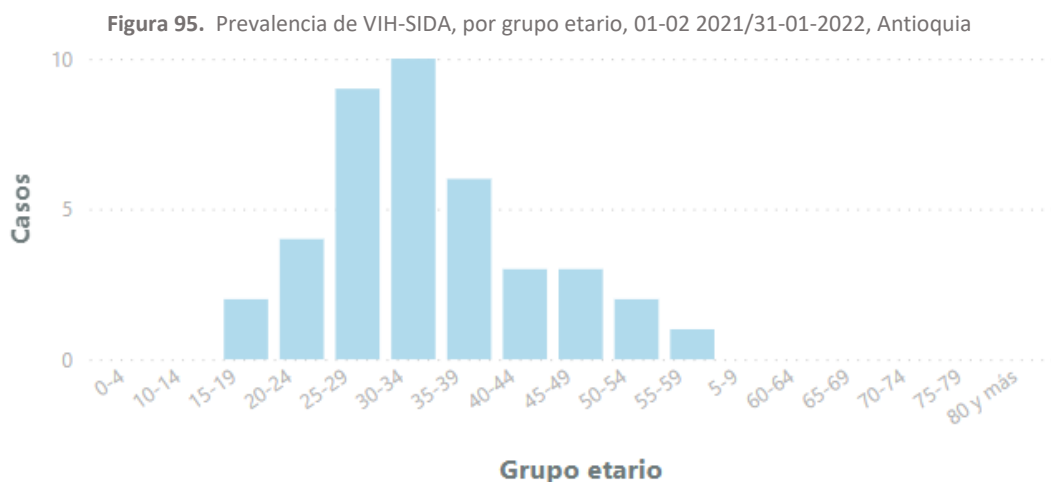
<sup>14</sup> Criterios para identificar patologías de alto costo en Colombia, Ministerio de salud protección social. Colombia





el 35.92% de los casos fueron diagnosticados tardíamente (fase sida). La razón hombre mujer fue 3.43:1, el 50% de los casos diagnosticados en hombres tenían 29 años o menos (RIC: 24-37 años) y en las mujeres fue de 34 años o menos (RIC: 25-45 años); la mayor concentración de casos nuevos se identificó en la región central (27.39%) seguido por Bogotá (24.69%); el 95.28% de las personas que viven con VIH en el marco del aseguramiento reciben terapia antirretroviral.<sup>15</sup>

Entre 01-02-2021 y 31-01-2022 en Antioquia se reportaron 26.658 personas con diagnóstico de VIH reportadas en el periodo (01 febrero 2021 al 31 de enero de 2022), es decir 0.39 casos de VIH por 100 habitantes, lo anterior significa un incremento del 10% con respecto al periodo anterior. Por grupo de edad, la mayor frecuencia se encuentra entre 30 y 39 años; en cuanto a municipios, son Medellín y Armenia los que presentan mayor prevalencia de VIH en el departamento, 0.66 y 0.56 por 100 habitantes respectivamente, mientras que San José de la montaña no registra casos para este periodo.



Fuente: Cuenta de Alto Costo 2022.

La incidencia cruda del VIH aumentó un 49% en consideración al reporte previo, pasando de 24.14 a 33.50 casos de VIH por 100.000 habitantes. Medellín presenta la mayor incidencia en Antioquia (54.10 casos por 100 mil habitantes), seguido de Carepa y La Unión (48.13 y 37.97 casos por 100 mil habitantes).

El incremento en prevalencia e incidencia para el departamento, puede ser explicado por la implementación de estrategias para la oportunidad en el diagnóstico, así mismo el despliegue de actividades de búsqueda activa que desde el departamento se están ejecutando intensivamente (aplicación pruebas rápidas en territorios con alta concentración de población de riesgo, capacitación de talento humano para realización de pruebas rápidas, priorización de territorios sin

<sup>15</sup> Situación del VIH y sida en Colombia, 2021. Cuenta de Alto costo, febrero 2022.

reporte de casos para tamizaje de población de riesgo, entre otras), las cuales han permitido favorecer la captación e identificación de los casos oportunamente.

La mortalidad fue definida según el reporte de la novedad administrativa informada por las entidades en el periodo (01 febrero 2021 al 31 de enero de 2022) y el cruce con el Registro Único de Afiliados (RUAF) del Ministerio de Salud y Protección social; así las cosas, para Antioquia en el periodo de reporte se presentaron 326 fallecimientos por esta causa, es decir un incremento del 6% con respecto al año anterior; los municipios con mayor mortalidad estandarizada fueron Murindó, Hispania y Venecia con tasas de 26.55, 21.27 y 18.87 muertes por VIH por 100.000 habitantes, respectivamente.

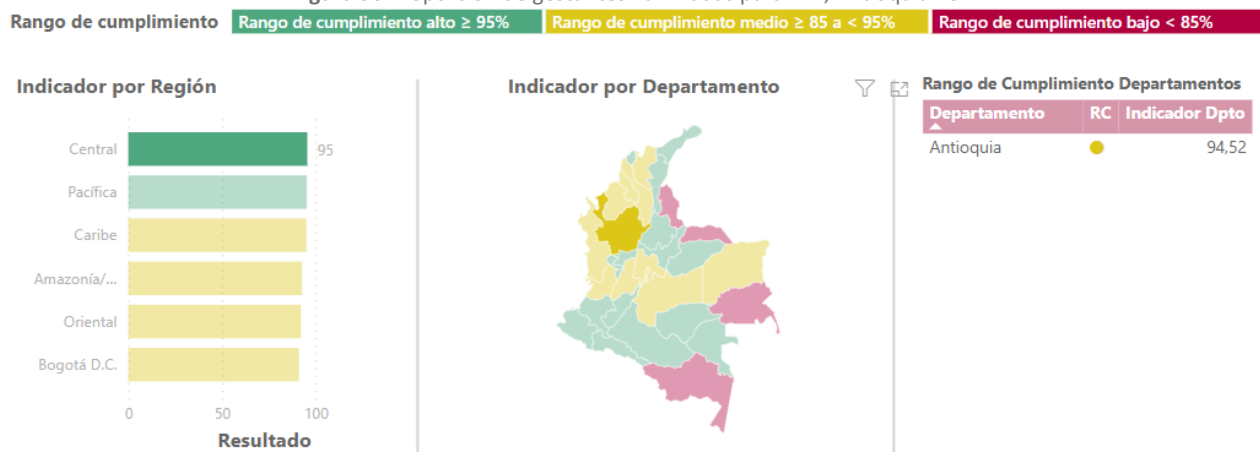
La terapia antirretroviral es el tratamiento de las personas infectadas con VIH la cual busca reducir la mortalidad y morbilidad entre la población afectada por este virus y además previene la transmisión del VIH, mejorando la calidad de vida de los pacientes y comunidades. Dentro de las estrategias de respuesta mundial a la epidemia del VIH, se estableció el concepto 95-95-95, el cual contempla los siguientes objetivos al 2030:

- El 95% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico
- El 95% de las personas diagnosticadas con VIH reciban terapia antirretroviral continuada
- El 95% de las personas que reciben terapia antirretroviral, tengan supresión viral

Para 2022 en Antioquia, la cobertura de terapia antirretroviral sería de 88.58%; este resultado indicaría que la población del departamento que vive con VIH y conoce su diagnóstico, está recibiendo el tratamiento antirretroviral, es decir que no se estaría dando cumplimiento a la meta establecida por ONUSIDA para el segundo objetivo 95-95-95, a pesar de que en 2021 la cobertura fue 94.27%.

Por otra parte, dentro de los logros que se destacan en salud pública, está la implementación de políticas y estrategias que buscan reducir el riesgo de la transmisión materno infantil del VIH como problema en salud pública, buscando aprovechar todas las oportunidades de diagnóstico de esta infección en la gestante e implementar una adecuada prevención de estos eventos. El tamizaje para VIH en las mujeres embarazadas ha venido incrementando su cobertura a lo largo de los años tanto en la región de las Américas, Colombia y en Antioquia, sin embargo, para el 2020 y 2021 se ha presentado una disminución promedio del 2% para este indicador pasando de 96.48% en 2021 a 94.52% en 2022, atribuido al manejo de la pandemia por el COVID 19 el cual generó barreras en la atención en salud para toda la población en general, incluyendo la población gestante.

Figura 96 Proporción de gestantes Tamizadas para VIH, Antioquia 2022.



Fuente: Indicadores de gestión del riesgo, Cuenta de alto costo. 01-02-2021-31-01-2022

En cuanto a los indicadores de gestión para la población menor de 6 meses, se evidencia una disminución en las coberturas de 2021 a 2022 tanto del estudio y profilaxis de los menores de 6 meses expuestos al VIH:

- **Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos:** Los menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH para Antioquia pasaron de un 100% en 2021 a 78.79% en 2022, siendo Apartadó (50%), Caucasia (66.67%) y Medellín (77.42%) los municipios con menor proporción para el departamento. Si bien, la información disponible en aseguramiento para este indicador, no está desagregada por departamento, es posible evidenciar que a nivel nacional son las aseguradoras indígenas y adaptadas las de menor proporción (75%), seguida de las públicas y mixtas (85%), en donde se destaca Savia salud con un 71.74% de cobertura en el seguimiento y Nueva EPS Contributivo 91.67%, ambas con presencia en Antioquia.
- **Proporción de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH:** Se identifica una disminución del 10% en la proporción de los menores de 6 años con profilaxis posnatal para VIH con respecto al periodo anterior, pasando de 94.87% en 2021 a 78.79% en 2022; se identifica 1 caso en Zaragoza el cual no tuvo suministro de esta. En Colombia es el régimen contributivo el de menor porcentaje en el suministro de profilaxis posnatal para VIH en menores de 6 meses (72%), siendo las EPS Sura (16%), Salud total (58.82%) y Sanitas (83.83%) las de menor cobertura.

### 2.2.3.2. Artritis Reumatoide.

La Artritis Reumatoide -AR, es una enfermedad inflamatoria sistémica autoinmune y persistente principalmente de las articulaciones de manos y pies, produciendo su destrucción progresiva y

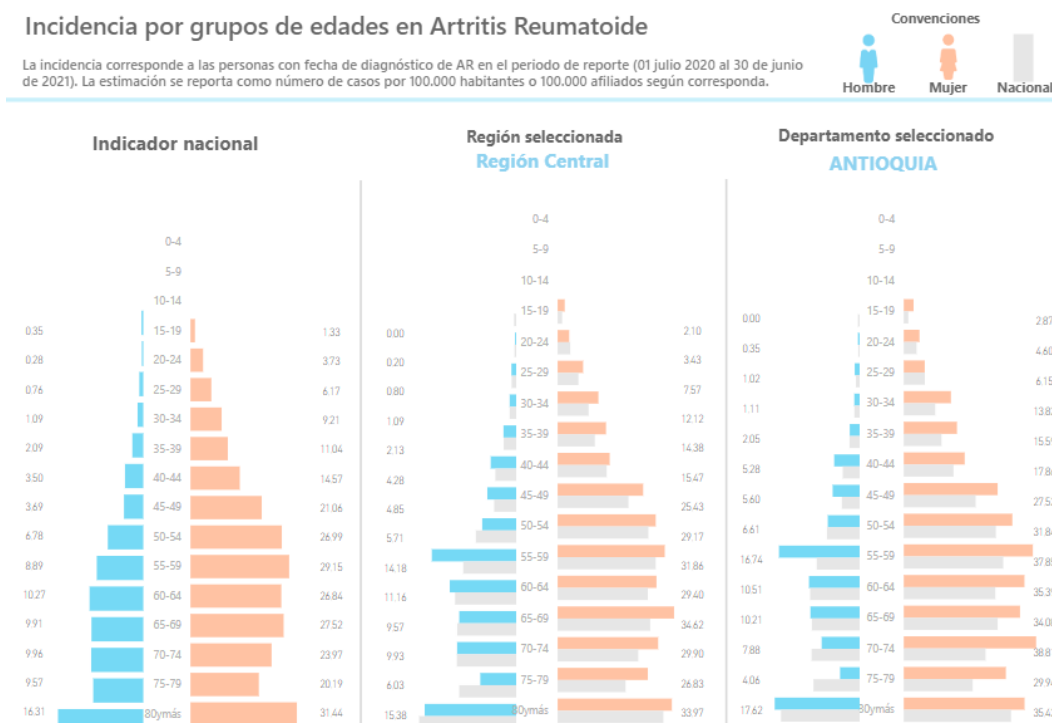
generando distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. Este trastorno es de etiología desconocida, pero el factor autoinmune predomina en la progresión de la enfermedad.

A partir de la Resolución 1393 de 2015 se establece la obligatoriedad del reporte para el registro de pacientes con AR a la Cuenta de Alto Costo-CAC por parte de las EAPB.

A 30-07-2020, Colombia reporta 99.858 casos de AR, es decir 0.27 casos por 100 habitantes, de los cuales fueron diagnosticados entre el 01-07-2020 y el 30-07-2022 un total de 3.614 casos (incidencia ajustada 9.66 casos AR por 100.000 habitantes; para este mismo periodo se presentaron 8.52 fallecimientos por 100.000 habitantes (mortalidad ajustada).

En Antioquia, de acuerdo con la información disponible en la CAC y en el período comprendido entre 01-07-2020 al 30-07-2020 hubo 17.463 personas con diagnóstico de AR lo cual se traduce en una prevalencia ajustada de 0.34 casos por 100 habitantes. En cuanto a la incidencia, es un evento que afecta en mayor proporción a las mujeres y se concentra en las edades entre 55 a 74 años, la tasa de incidencia ajustada por edad es de 12.99 casos por 100.000 habitantes. La tasa ajustada de mortalidad cruzada con RUAF para este periodo, correspondió a 507 fallecidos para una tasa de 10.2 muertes por 100.000 habitantes.; los municipios con mayor número de casos son Armenia, Caldas y Medellín.

Figura 97. Incidencia de AR, por grupo etario, Antioquia, 2021



Fuente: Tablero indicadores, Cuenta de Alto Costo





### 2.2.3.3. Hemofilia

La hemofilia es un trastorno hereditario de la coagulación caracterizado por una deficiencia de los factores VIII (hemofilia A) o IX (hemofilia B), debido a una mutación en los genes que los regulan. En el mundo, se ha estimado una prevalencia de 17,1 y 3,8 casos por 100.000 hombres para la hemofilia A y B, respectivamente. La hemofilia A es la más frecuente, agrupando cerca del 85% del total de casos. La presentación clínica es heterogénea y depende de la severidad de la enfermedad, que puede ir desde formas leves a severas dependiendo del tipo de mutación.

La CAC en cumplimiento de la Resolución 0123 del 2015, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, maneja el registro nacional de hemofilia y otras coagulopatías, al que los aseguradores reportan anualmente con corte al 31 de enero.

Según la CAC en Colombia el número de personas con hemofilia A y B es de 2624 casos a 2021 equivalente a 5.21 casos por 100 habitantes. El período reportado hace referencia a 01-02-2020 a 31-01-2021, se estimó para la hemofilia A y B, una incidencia de 0.97 casos por cien mil habitantes con un total de 49 casos nuevos. La mortalidad se cruza con la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA, reporta 17 personas fallecidas para una tasa de mortalidad de 0.34 por 100.000 habitantes.

Para Antioquia de acuerdo a lo reportado por la CAC en 2021, la incidencia fue de 1.42 casos por 100.000 habitantes correspondientes a 9 casos, siendo Medellín el municipio con la mayor tasa en el departamento (3.69 por 100.000 habitantes). La prevalencia fue de 5.48 por 100.000 habitantes correspondiente a 362 casos de hemofilia A y B. Medellín reporta el mayor número de casos 181 del total de Antioquia, seguido de Bello, Itagüí, Envigado y Copacabana, el municipio con la prevalencia más alta es Tarso con 82.23 por 100 habitantes equivalentes a 5 casos, seguido de Concepción con 3 casos y una tasa de 65.98 por 100 habitantes. Para el período informado se reporta 1 fallecimientos, para una tasa de mortalidad ajustada de 0.43 por 100.000 habitantes.

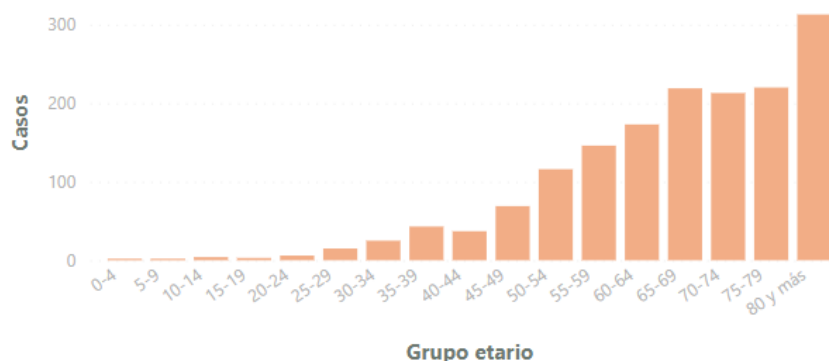
### 2.2.3.4. Cáncer

La CAC, da cuenta que en Colombia mediante la Resolución 0247 de 2014 se inició el registro de la información de las personas con cáncer atendidas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En esa primera medición se reportaron 139.789 casos en el país, cifra que ha ascendido a 34.575 personas en el 2021 con algún tipo de cáncer. En este mismo período, el número de Casos Nuevos Reportados-CNR fue de 37.706 y se informaron 33.600 fallecimientos.

En cuanto a prevalencia, Antioquia estimó 1.096.94 casos de cáncer en 100.000 habitantes en la población general, representando un incremento del 15.8% respecto al 2020 donde la prevalencia pasó de 386.71 en 2020 a 946.97 casos por 100.000 habitantes en 2021. Los grupos de edad que concentraron la mayoría de los casos fueron los mayores de 65 años.



Figura 98. Casos de cáncer por grupo etario, Antioquia, 2021



Fuente: Tablero indicadores, Cuenta de Alto Costo

El cáncer de mama, fue el de mayor frecuencia entre los 11 tipos priorizados y además sigue siendo el más común en las mujeres, su prevalencia en Antioquia para el 2021 fue de 412 casos por 100.000 habitantes en la población adulta, seguido el cáncer de próstata (253.90 por 100.000 habitantes en la población adulta) y el cáncer de cérvix (89.66 por 100.000 habitantes en la población adulta).

Tabla 38. Prevalencia y mortalidad de Cáncer adulto, por tipo, por 100.000 habitantes. Antioquia,2021

Tipo cáncer	Numerador	Denominador	Valor crudo	Valor ajustado	IC_95_inf	IC_95_sup
Cérvix	3.285	3.449.916	95,22	89,66	86,62	92,78
Pulmón	1.570	6.677.930	23,51	22,27	21,18	23,4
Melanoma	1.185	6.677.930	17,75	16,93	15,98	17,92
Mama	15.327	3.449.916	444,27	412,06	405,55	418,64
Próstata	8.348	3.228.014	258,61	253,9	248,48	259,42
Colon y recto	5.343	6.677.930	80,01	75,87	73,84	77,93

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Somos una de las entidades territoriales que a nivel país presenta altas cifras de prevalencia y diagnóstico de cáncer general y específica (tumores en mama, próstata y cérvix), comportamiento que puede ser explicado por la alta red de prestadores para el diagnóstico y la atención del cáncer disponibles en el territorio, lo cual favorece a una mayor concentración poblacional en busca de atención sanitaria oportuna y de calidad; es por esto que se deben fortalecer las estrategias de gestión del riesgo para cada uno de estos eventos, sobre todo aquellos que cuentan con pruebas de tamizaje que permiten un diagnóstico temprano como lo son el cáncer de mama, cérvix, próstata y colon; del mismo modo fortalecer la articulación entre los diferentes actores del SGSSS para disminuir los tiempos de espera para el inicio del tratamiento, principalmente aquellos casos que son diagnosticados tempranamente.

## 2.2.3.5. Cáncer pediátrico.

De acuerdo a la CAC, evidencia en el período 02/01/2020 a 01/02-2021 2.474 casos diagnosticados de cáncer en menores de 18 años en Colombia para una tasa de 170.09 por 1.000.000 menores de 18 años, una mortalidad de 72.03 equivalente a 1047 fallecimientos en este grupo de edad.

Para Antioquia, la prevalencia del total de cáncer en los menores de 18 años, corresponde una tasa de 647.20 por 1.000.000 menores de 18 años con 1.120 casos, la tasa de mortalidad fue de 29.61 por 1.000.000 menores de 18 años equivalente a 51 casos en el período reportado. Al desagregar por los tipos de cánceres más frecuente en los menores de 18 años se observó que la leucemia linfocítica aguda presentó la tasa más alta, luego el segundo tipo son los tumores del sistema nervioso central y en tercer lugar el Linfoma No Hodgkin.

Tabla 39. Prevalencia y mortalidad de Cáncer pediátrico, por tipo, por 1.000.000 < 18 años, Antioquia, 2021

Tipo cáncer	Numerador	Denominador	Valor crudo	Valor ajustado	IC_95_inf	IC_95_sup
Linfoma No Hodgkin	113	1.717.259	65,8	46,31	37,59	56,62
Linfoma Hodgkin	69	1.717.259	40,18	33,24	25,21	43
Sistema Urinario	74	1.717.259	43,09	43,13	33,87	54,15
Leucemia linfocítica aguda	299	1.717.259	174,11	173,31	154,22	194,11
Leucemia mieloide aguda	45	1.717.259	26,2	26,15	19,08	35
Sistema Nervioso central	141	1.717.259	82,11	81,24	68,38	95,82

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

## 2.2.3.6. Enfermedad renal crónica.

La Enfermedad Renal Crónica -ERC se define como la presencia de alteraciones progresivas e irreversibles de la estructura o la función renal por 3 meses o más, con implicaciones a la salud.

En Colombia en el período reportado por la CAC entre el 1 de julio del 2020 y 30 de junio del 2021, se reportaron 154.688 casos de ERC, para una tasa de 3.05 por 100.000 habitantes, la prevalencia fue de 1.75 por 100.000 habitantes correspondiente a 889.123 personas con este diagnóstico, una mortalidad cruzada con RUAF de 74.44 por 100.000 habitantes y 37.751 personas fallecidas. En este período fueron diagnosticadas con ERC estadio 5, 4.518 personas, con una tasa de 8.91 por 100.000 habitantes. Para una prevalencia de 81.34 por 100.000 habitantes con 41.246 casos, mortalidad de 14.55 por 100.000 habitantes y 7.380 fallecidos. En el departamento de Antioquia, la ERC presenta en el período notificado un total de 89.751 casos, una incidencia de 1.17 por 100.000 habitantes, la prevalencia es de 1.29 por 100.000 habitantes y un total de 107.312 casos, la mortalidad fue de 5.738 fallecidos con 3.83 por 100.000 habitantes.

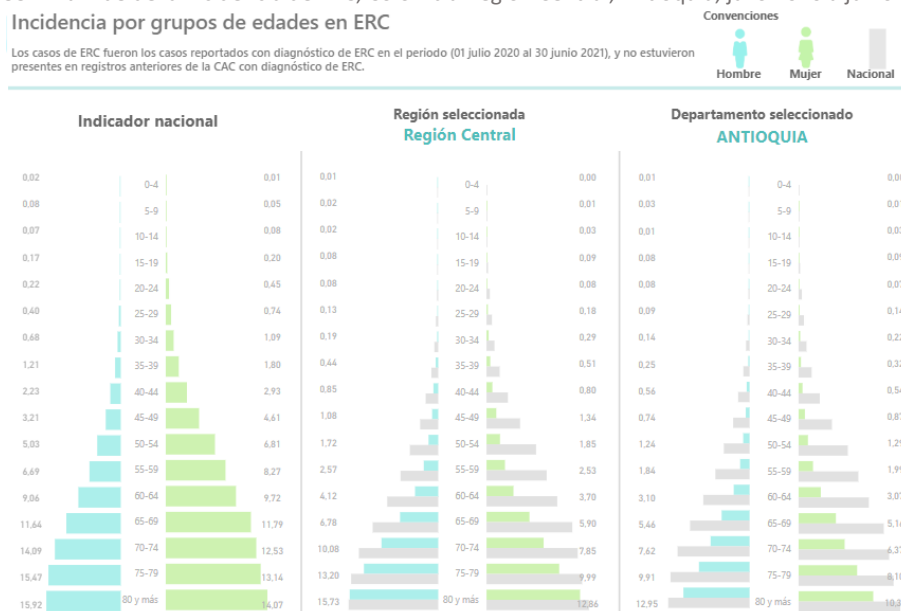
Para la ERC estadio 5 la incidencia es de 9.39 por 100.000 habitantes y 632 casos, la prevalencia es de 110 por 100.000 habitantes, 7.403 personas diagnosticadas, el total de fallecidos fue de 1.113



personas, tasa de 16.54 por 100.000 habitantes, es importante resaltar que las tasas de incidencia más altas se encuentran en los municipios de Cisneros con 27.65 casos por 100.000 habitantes, Abriaquí 27.06 casos por 100.000 habitantes, Venecia que reporta 26.88 casos por 100.000 habitantes. Los municipios con mayor tasa de mortalidad fueron Santa Rosa, San Luis y Puerto Berrio con 39.41, 37.81 y 34.12 por 100.000 habitantes respectivamente.

Al comparar la incidencia con respecto a la del país, se evidencia que tanto en hombres como en las mujeres a partir de los quinquenios del grupo de edad de 65 años y más, es mayor que en el resto de edades.

Figura 99. Pirámide de la incidencia de ERC, Colombia Región Central, Antioquia, julio 2020 a junio del 2021

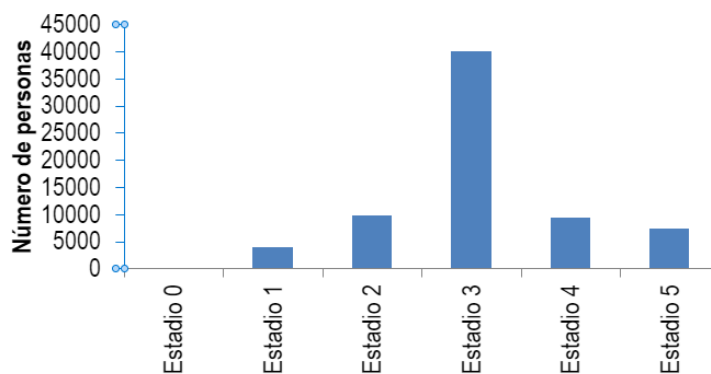


Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Para Antioquia, la incidencia de terapia de remplazo renal -TRR, definida como las personas que para el período iniciaron bien sea, hemodiálisis, diálisis peritoneal, tratamiento médico como dialítico, o trasplante es de 8.47 por 100.000 habitantes con 570 casos, Mutata, Caramanta, San Francisco y Venecia son los municipios que presentan las tasas más altas en el Departamento con 41.87, 21.64, 21.20 y 20.75 por 100.000 habitantes respectivamente. La prevalencia es de 99.8 por 100.000 habitantes para 6.717 casos evidenciando una tasa mayor que la del país, algunos de los municipios Valdivia, Rionegro e Itagüí presentan cifras de prevalencias altas con 145.91, 125.29 y 124.32 por 100.000 habitantes respectivamente. La mortalidad por TRR es de 12,64 por 100.000 habitantes correspondiente a 905 personas fallecidas y se encuentra por debajo de la tasa nacional que es de 13.10 por 100.000 habitantes.



Figura 100. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Antioquia, 2020



Fuente: Cuenta de alto costo – SISPRO-MSPS

### 2.2.3.6.1. Morbilidad de eventos precusores

El grado de afectación en la Enfermedad Renal Crónica-ERC se determina mediante la medición de la tasa de filtración glomerular -TFG menor a 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> o la presencia de daño renal demostrado directa o indirectamente, mediante marcadores como la albuminuria. Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y regular los electrolitos en la sangre, siendo la Hipertensión Arterial -HTA y la Diabetes Mellitus -DM las principales precursoras.

La HTA, en Antioquia de acuerdo a la CAC, presenta una prevalencia de 12,35 casos por 100.000 habitantes que corresponden a 831.216 personas con este diagnóstico al 30/06/2020. Caldas con 13.921 casos representa el municipio con mayor prevalencia por esta causa en el departamento, seguido de Medellín con tasa de 13.85 por 100.000 habitantes con 400.172 casos. La incidencia de 5.8 casos nuevos de HTA por 100.000 habitantes con 41.895 casos, la mortalidad reporta 25.353 fallecidos para una tasa de 367.35 por 100.000 habitantes.

Para la Diabetes Mellitus- DM, la incidencia es de 2,9 por 100.000 habitantes, con 20.696 personas con el diagnóstico de DM en el período reportado, el municipio con mayor tasa es San Luis con 9.32 por 100.000 habitantes y 117 casos. Con relación a la mortalidad la tasa del Departamento es de 144,36 por 100.000 habitantes y 4.498 casos, Carepa es el municipio que presenta la mortalidad más alta con una tasa de 287.55 por 100.000 habitantes para 77 casos, seguido del Apartado con 287.955 por 100.000 habitantes con 172 casos, en tercer lugar, se encuentra Chigorodó con 216.73 por 100.000 habitantes y 3 casos.

La semaforización del 2020 de las tasas de los eventos precursoras como la HTA y la DM evidencia que no hay diferencia entre las tasas del departamento de Antioquia con relación al país.

Tabla 40. Eventos precursoros. Antioquia, 2020

Evento	Colombia 2021	Antioquia 2021	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Prevalencia de diabetes mellitus	2,94	3,63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	8,75	11,54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: Cuenta de alto costo - SISPRO MSPS

## 2.2.4. Morbilidad COVID-19.

### 2.2.4.1. Caracterización de casos y pruebas diagnósticas

Durante estos tres años de pandemia (marzo de 2020 a diciembre de 2022), en Antioquia se realizaron un total de 4.940.702 pruebas entre RT-PCR y antígeno y se presentó una positividad acumulada del 19,8%. En el 2022 se diagnosticaron un total de 801.990 personas y la positividad acumulada fue de 18,3%, es decir que en el 2022 se presentó una disminución del 72% en las pruebas realizadas con respecto al 2021. Esto puede ser explicado por el ingreso de la variante Ómicron al país y al departamento, lo que obligo por parte del Ministerio de Salud a realizar una priorización de pruebas que incluye población menor de 3 años, mayor de 60 años y con comorbilidades entre los 3 y los 60 años, incluyendo gestantes.

En el año 2022, un total de 126.741 personas fueron positivas para COVID-19, representando una tasa de incidencia sin ajustar de 1.869 casos por cada 100.000 habitantes. En comparación con los casos presentados en el año 2021 se observó una disminución de 76,3% con respecto al 2021, donde se notificaron un total de 535.609 personas positivas.

Tabla 41. Indicadores epidemiológicos para COVID 19 en Antioquia, 2020 a 2022

Indicadores	Total	2020	2021	2022
Número de pruebas	4.940.702	1.236.413	2.902.299	801.990
Porcentaje de positividad	19,8	22,8	18,4	18,3
Número de casos positivos	944.532	282.182	535.609	126.741
Incidencia por 100.000 habitantes	13.926	4.160	7.897	1.869
Número de personas recuperadas	922.302	275.788	522.628	123.886
Proporción de personas recuperadas	97,7	97,7	97,6	97,7
Número de hospitalizados	52.289	15.936	29.556	6.797
Proporción de casos hospitalizados en UCI	26,8	32,6	31,9	15,9
Proporción de casos hospitalizados en sala general	67,8	67,4	68,1	59,4
Número de casos fallecidos	18.542	5479	11663	1.400
Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes	273,4	80,8	172	20,6
Porcentaje de letalidad	1,7	1,9	2,2	1,1

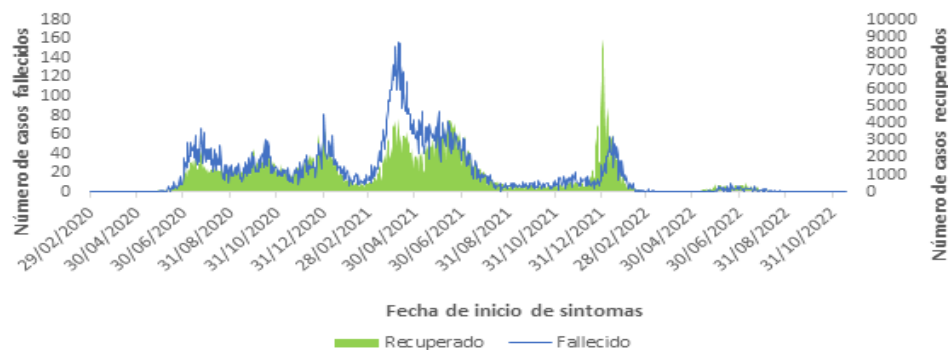
Fuente: Base Reporte INS

La distribución de los casos positivos, señaló que la curva de COVID-19 es de tipo propagada, y que durante 2020 a 2022 en el departamento se presentaron ocho picos, indicando un mayor número de casos en ese periodo de tiempo; estos picos estuvieron comprendidos en los siguientes meses: el primero se presentó en Julio del 2020 y el segundo entre finales de septiembre e inicios de octubre del 2020. El tercer pico inició desde mediados de diciembre de 2020 y se extendió hasta

finales de enero de 2021; posteriormente se observó un descenso en el número de casos, sin embargo desde mediados del mes de marzo de 2021 hasta finales del mes de abril se presentó el cuarto aumento y en menos de un mes se reportó el quinto pico, estableciéndose desde mayo hasta inicios del mes de agosto 2021; durante septiembre hasta mediados de diciembre la transmisión fue baja, momento en el que se notificaron 345 casos en promedio al día; finalmente, en los últimos quince días de diciembre se observó el sexto pico en la notificación de positivos, que se extendió hasta enero 2022 relacionándose con la identificación de la circulación de la variante Ómicron en el departamento.

Para el 2022 se presentó el séptimo pico entre el mes de junio y julio, aunque no se presentó con la misma magnitud que los picos anteriores posiblemente por el número de pruebas realizadas a nivel departamental y las altas coberturas de vacunación en la población; por último, se avcina un octavo pico que posiblemente comenzó su ascenso en la semana epidemiología 45.

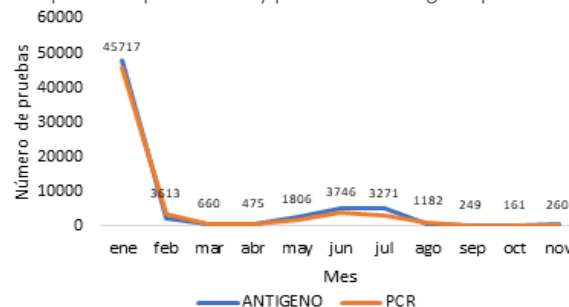
Figura 101. Evolución de casos por COVID 19 según fecha de inicio de síntomas en Antioquia, 2022.



Fuente: Base Reporte INS

Con relación al tipo de técnica empleada para el diagnóstico de los casos de COVID-19 durante el 2022, un total de 65,601 (51,7%) casos fueron diagnosticados por antígeno y 61.140 (48,3%) por reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) y en los meses de enero, junio y julio se observó el mayor número de personas positivas, en estos meses respectivamente las pruebas positivas identificadas fueron en total de 45.717, 3.746 y 3.271.

Figura 102. Número casos positivos por RT-PCR y pruebas de antígeno para COVID-19 en Antioquia, 2022

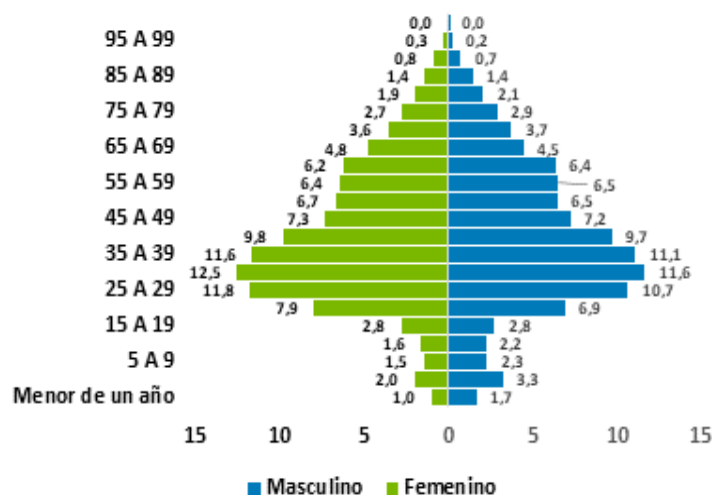


Fuente: Base Reporte INS



Al analizar características como el sexo y la edad de las personas positivas por COVID 19, se encontró que para el 2020 el promedio de edad fue 41,8 años con una desviación estándar de  $\pm 17,2$  años, el mayor grupo de personas presentó una edad entre 25 y 44 años. En relación al sexo se observó que el 55,7% correspondieron a mujeres, consolidándose en los diferentes grupos de edad un mayor número de casos con respecto a los hombres, excepto en menores de 19 años donde se presentó un mayor número de infectados en los hombres.

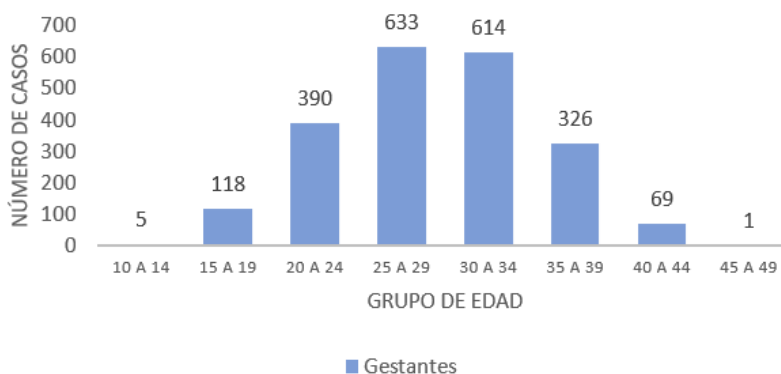
Figura 103. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos positivos en Antioquia, 2022



Fuente: Base Reporte INS

Uno de los grupos especiales evaluados son las gestantes, donde se identificaron para el 2022 un total de 2.156 mujeres infectadas, la edad promedio fue de 28,8 años con una desviación estándar de  $\pm 19,6$  años y el rango de edad estuvo comprendido entre los 14 a 45 años, durante el 2022, fallecieron 2 gestantes diagnosticadas con COVID-19 pero con otras causas.

Figura 104. Porcentaje de gestantes diagnosticadas por COVID 19 según grupo de edad y subregión de Antioquia, 2022.

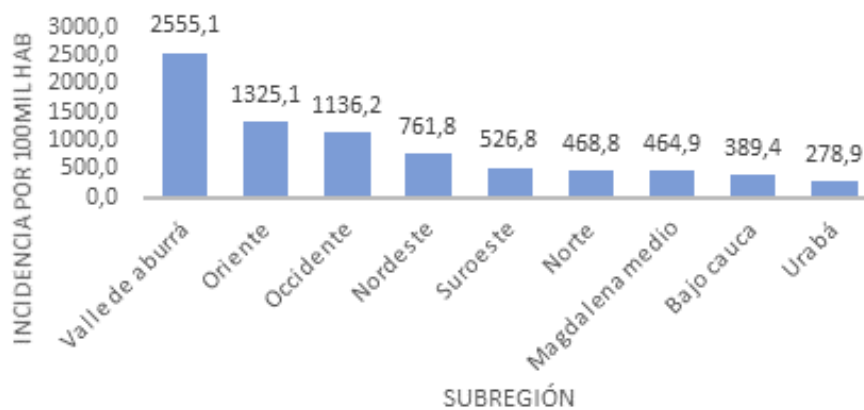


Fuente: Base Reporte INS



En el departamento según la incidencia de casos, subregiones como el Valle de Aburrá y el Oriente presentaron una tasa de incidencia sin ajustar de 2.555,1 y 1.325,1 casos por cada 100.000 habitantes.

Figura 105. Distribución de incidencia por Covid19 según subregión de Antioquia. 2022



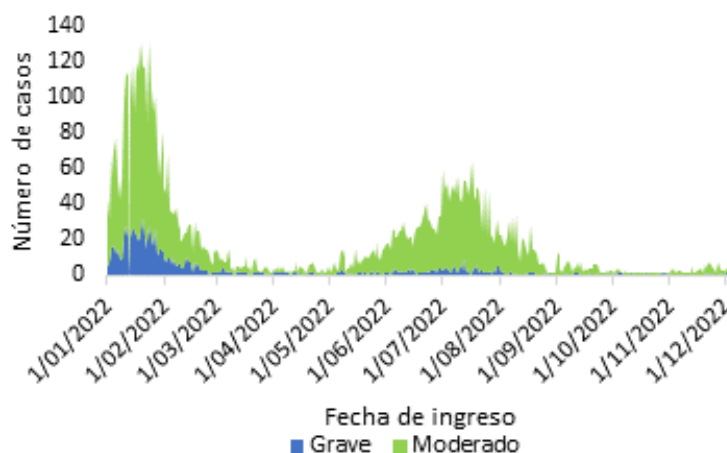
Fuente: Base Reporte INS

## 2.2.4.2. Caracterización casos hospitalizados por COVID -19.

De los 944.532 casos confirmados durante 2020 a 2022, 52.289 pacientes (5.53%) requirieron ser hospitalizadas, y en el 2022 el total de personas que requirió del servicio fue de 6.797, presentándose una disminución del 77% con respecto al 2021, en relación al tipo de servicio requerido el 59,4% fue atendido en hospitalización general y 15,9% en UCI (Tabla 35).

Según la evolución de los casos que ingresaron a hospitalización en 2022 pudo observarse que, durante mediados de enero y julio a agosto, fue el periodo donde se registraron el mayor número de atenciones tanto en hospitalización general como en UCI.

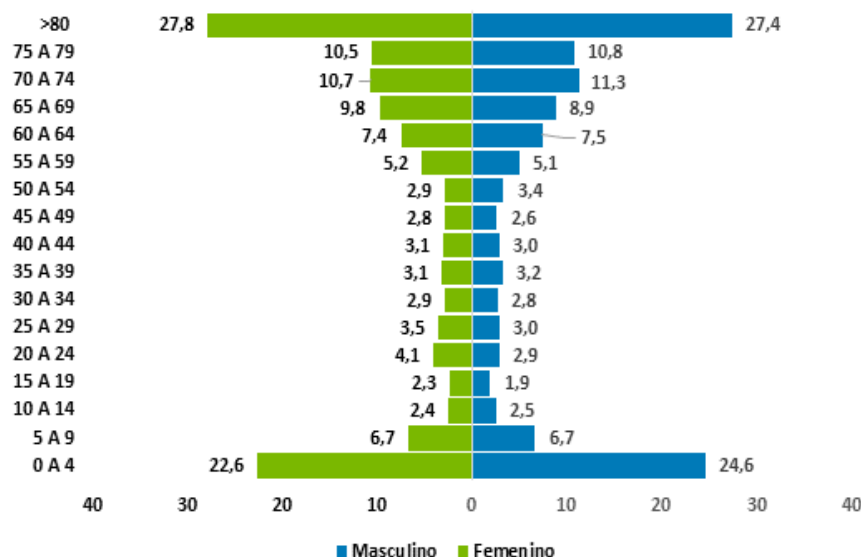
Figura 106. Distribución de casos hospitalizados por COVID-19 en Antioquia durante el 2022.



Fuente: Base hospitalizados Antioquia

Según las variables de sexo y edad de los pacientes hospitalizados por COVID-19, se observó un mayor número de mujeres con un 65,7% de casos hospitalizados en relación a los hombres. Con referencia a la edad, se obtuvo un promedio de 58 años con una desviación estándar  $\pm 26,9$ , el grupo de 60 años o más aportó el 41,6% de los casos se resalta que los menores de 14 años representan el 26,5% de las hospitalizaciones para ese año.

Figura 107. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos hospitalizados en Antioquia, 2022



Fuente: Base hospitalizados Antioquia

## 2.2.5. Morbilidad en la población migrante

Al evaluar el tipo atención que recibieron los migrantes en el departamento de Antioquia en el año 2021, se evidencia que, la mayor concentración de servicios utilizados por esta población es en su orden, consultas ambulatorias (37%) y procedimientos (35%), este comportamiento es similar en Colombia.

El 16% de las atenciones, están relacionadas con la entrega de medicamentos y el 4% de estas son hospitalizaciones; al observar la pirámide construida con la población que accede a estas atenciones, se observa que una alta proporción son mujeres en edad reproductiva, cuyas atenciones pueden estar relacionadas con el embarazo y parto. En general las personas que requieren internación en una institución de salud fueron pocas en comparación con todas las atenciones brindadas, no obstante, este tipo de atención que implica un cuadro clínico más complejo puede indicar un deterioro de las condiciones de salud de esta población, y resulta necesario ahondar en las condiciones de salud de los migrantes, para identificar prioridades de atención y proponer acciones que las favorezcan.

Estas estadísticas dan cuenta de los extranjeros que viven en el departamento de Antioquia y que

acceden a algún tipo de atención, dadas las difíciles condiciones de supervivencia que se conocen a través de los medios de comunicación, es posible que algunos o muchos de ellos, aun necesitando atención no accedan a ésta.

En el año 2021, en Antioquia se realizaron el 18% de las atenciones prestadas a población migrante en Colombia.

Tabla 42. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante. Antioquia, 2021

Tipo de atención	Antioquia		Colombia		Concentración Antioquia
	2021	Distribución	2021	Distribución	2021
Consulta Externa	111.457	37%	604.726	37%	18,4%
Servicios de urgencias	19.371	6%	92.909	6%	20,8%
Hospitalización	13.029	4%	98.221	6%	13,3%
Procedimientos	103.968	35%	550.168	33%	18,9%
Medicamentos	47.808	16%	277.801	17%	17,2%
Nacimientos	5.310	2%	31.509	2%	16,9%
<b>Total</b>	<b>300.943</b>	<b>100%</b>	<b>1.655.334</b>	<b>100%</b>	<b>18,2%</b>

Fuente: SISPRO

Al analizar el país de procedencia de la población migrante que es atendida en algún servicio de salud en Colombia para el año 2021, se encuentra que el 75% de esta población es originaria de la República Bolivariana de Venezuela, mientras que, en Antioquia esa misma población corresponde al 74% de toda la población migrante atendida para el mismo año.

De la distribución de población migrante venezolana a lo largo y ancho del territorio nacional, el 17.7% se encuentra en Antioquia. Estas atenciones en salud muestran solo una parte del total de ciudadanos venezolanos que actualmente viven en Colombia.

Tabla 43. Comparativo departamental y nacional de atenciones en salud de población migrante según procedencia. Antioquia, 2021

Antioquia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Colombia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Concentración de la atención población migrante
		2021	Proporción			2021	Distribución	2021
Entidad territorial	Brasil	178	0%	Entidad territorial de referencia	Brasil	2590	0%	6,9%
	Ecuador	449	0%		Ecuador	5105	1%	8,8%
	Nicaragua	17	0%		Nicaragua	266	0%	6,4%
	Otros	38372	25%		Otros	162139	19%	23,7%
	Panamá	206	0%		Panamá	1477	0%	13,9%
	Perú	434	0%		Perú	3140	0%	13,8%
	República Bolivariana de Venezuela	111897	74%		República Bolivariana de Venezuela	632354	75%	17,7%
	Sin identificador de país		0%		Sin identificador de país	34106	4%	0,0%
<b>Total</b>		151553	100%	<b>Total</b>		841177	100%	18,0%

Fuente: SISPRO

El 34.8% de las atenciones de Antioquia se brindan a población no asegurada, 2.348 personas de este grupo, además de no estar aseguradas, están en condición de desplazamiento, o sea,

sufriendo las problemáticas sociales del país e indicando sus precarias condiciones de vida. Solo el 24.9% están afiliados al Régimen Contributivo.

En el Departamento y el país viven extranjeros procedentes de muy variados países, pero en los últimos años, se ha presentado una migración masiva de ciudadanos venezolanos, no solo en la capital sino en la mayoría de los municipios, alcanzando diferentes niveles de integración social, con un alto porcentaje de ellos en la informalidad y algunos en la delincuencia, lo que ha favorecido actitudes de discriminación de una parte de la sociedad.

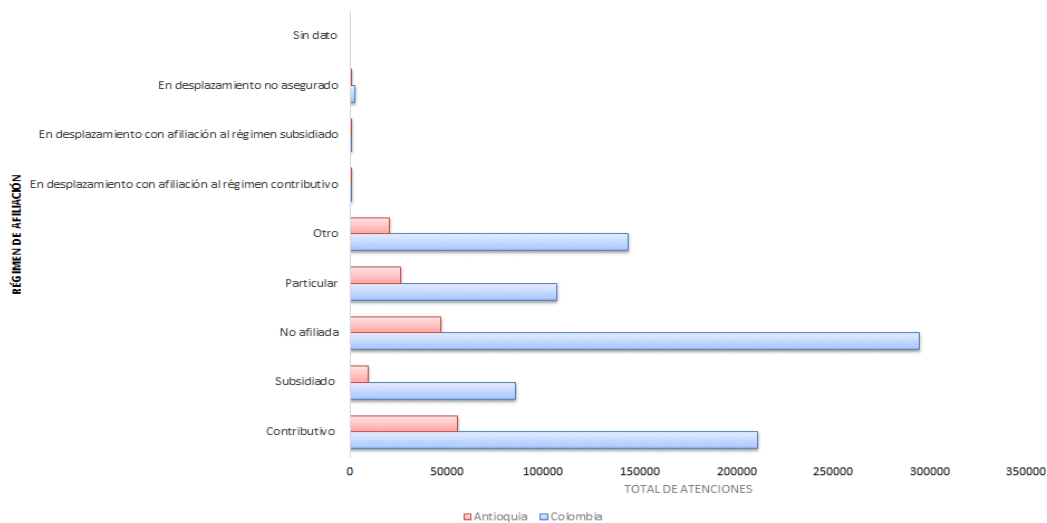
Se debe ahondar en el estudio de sus condiciones de vida y salud, de cara a ofrecerles mejores condiciones de vida.

Tabla 44. Atenciones en salud de población migrante según régimen de afiliación. Antioquia, 2021

Regimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud en la entidad territorial	%	Total de migrantes con atenciones en salud en la entidad territorial de referencia	%	Concentración
Contributivo	55721	34,9	210666	24,9	26,4%
Subsidiado	9514	6,0	85769	10,1	11,1%
No afiliada	46767	29,3	294250	34,8	15,9%
Particular	26451	16,6	106804	12,6	24,8%
Otro	20317	12,7	143861	17,0	14,1%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	316	0,2	1078	0,1	29,3%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	164	0,1	357	0,0	45,9%
En desplazamiento no asegurado	345	0,2	2348	0,3	14,7%
Sin dato		0,0		0,0	
<b>Total de migrantes atendidos</b>	<b>159595</b>	<b>100</b>	<b>845133</b>	<b>100</b>	<b>18,9%</b>

Fuente: SISPRO

Figura 108. Atenciones en salud de población migrante según régimen de afiliación. Antioquia, 2021



Fuente: SISPRO





## 2.2.6. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) es un proceso esencial para la seguridad sanitaria nacional que tiene entre otras funciones, el identificar y recolectar información para el análisis y comprensión de las situaciones en salud de los territorios, se basa en una serie de eventos definidos como prioritarios para el país y las acciones al interior del sistema están soportadas en la normatividad vigente, que define las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema general de Seguridad Social en el territorio nacional.

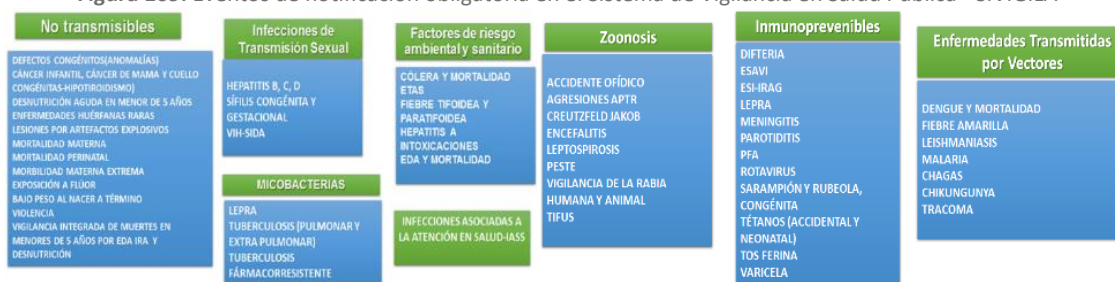
La priorización de los eventos se basa en criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público, entre otros.

El flujo de la información desde el nivel local hasta el Instituto Nacional de Salud-INS, se realiza a través del software SIVIGILA y el ingreso de información y acciones relacionadas con los diferentes eventos, se soportan en los lineamientos del INS, plasmados en los protocolos y fichas de notificación.

El Departamento cuenta con una red de operadores conformada por diferentes actores categorizados como UPGD (Unidades Primarias Generadoras de Datos) y UI (Unidades Informadoras), que de acuerdo al flujo de información son los que captan y notifican los eventos de interés en salud pública. Desde el nivel central cuenta con un grupo de profesionales encargados de brindar asistencia técnica a los municipios, hacer seguimiento al comportamiento de estos eventos, y orientar acciones de intervención de acuerdo a los hallazgos.

Los siguientes son los eventos que por componentes integran el SIVIGILA

Figura 109. Eventos de notificación obligatoria en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA



Fuente: Instituto Nacional de Salud - INS

La distribución de estos eventos en el territorio está supeditada a factores como la pirámide poblacional, la cual determina mayor o menor cantidad de personas susceptibles a ciertos eventos, coberturas de vacunación, clima y costumbres que favorecen la supervivencia de vectores, entre muchos otros.

Frente a los eventos se realizan una serie de acciones tanto desde el sector salud como otros sectores, que tienen como finalidad su prevención y control. No obstante, por una sumatoria de factores medio ambientales, de la persona y de la prestación de los servicios de salud, se presentan defunciones relacionados con los eventos de importancia en salud pública; en el año 2020 la patología que presentó una mayor letalidad fue por causa de Leptospirosis, con un incremento de los casos desde 2019; al comparar este comportamiento con el nivel nacional no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa.

**Tabla 45.** Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública. Antioquia, Colombia 2006 – 2020

Causa de muerte	Colombia 2020	Antioquia 2020	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Letalidad de accidente ofídico	1,39	1,95	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	-	✓	-	✓			
Letalidad de dengue	0,13	0,14	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de Dengue grave	0,46	0,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de eventos adversos seguidos a vacunación	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Letalidad de fiebre tifoidea y paratifoidea	1,92	0,00	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de hepatitis A	0,30	0,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de hepatitis B, C y confección B-D	0,16	0,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de hipotiroidismo congénito	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,42	0,61	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	38,81	28,72	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de intoxicaciones	1,21	0,97	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de leishmaniasis	0,05	0,00	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de leishmaniasis cutánea	0,00	0,00	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de leishmaniasis mucosa	3,39	0,00	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de Lepra	0,46	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Letalidad de leptospirosis	100,00	83,33	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de Malaria	0,04	0,02	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de malaria asociada	2,24	1,52	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de malaria falciparum	0,01	0,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de malaria vivax	0,00	0,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de Meningitis Neisseriameningitidis (Nm)	11,54	7,69	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de Meningitis por Haemophilus influenzae - Hi	11,76	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Letalidad de Meningitis Streptococpneumoniae (Spn)	4,23	14,29	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de meningitis tuberculosa	8,78	8,45	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de parotiditis	0,04	0,15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Letalidad de sífilis congénita	1,47	0,56	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de tétanos accidental	52,00	66,67	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de tétanos Neonatal	50,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Letalidad de tosferina	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	8,21	6,81	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de Tuberculosis farmacorresistente	9,78	7,50	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de tuberculosis pulmonar	8,76	7,01	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Letalidad de Varicela	0,08	0,10	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
<b>Tasas de incidencia PDSP</b>																				
Tasa de incidencia de chagas	0,22	0,11	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tasa de incidencia de dengue	261,17	95,41	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tasa de incidencia de dengue grave	3,03	1,56	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tasa de incidencia de leptospirosis	0,06	0,20	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,80	2,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

Fuente: SIVIGILA – SISPRO MSPS

En cuanto al comportamiento de los eventos de importancia en salud pública en el año 2021, encontramos que nuevamente la violencia de género intrafamiliar y sexual fue el evento que más frecuentemente se notificó en el departamento de Antioquia a pesar de la disminución en los casos reportados como puede verse en la gráfica; en segundo lugar están las agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, seguido de la Malaria, luego las intoxicaciones y finalmente el intento de suicidio; en todos estos eventos se observó una menor notificación con respecto al año inmediatamente anterior. A continuación, hacemos una ampliación del comportamiento de estos eventos.



### 2.2.6.1. Malaria

La Malaria continúa siendo para Colombia, un grave problema de salud pública, debido a que cerca del 85% del territorio es rural, está situado por debajo de los 1.600 metros sobre el nivel del mar y presenta condiciones geográficas, climáticas, ambientales y de vulnerabilidad social que favorecen la transmisión endemo epidémica persistente y la transmisión estacional contingencial. Se estima que aproximadamente 10 millones de personas se encuentran en riesgo de enfermar o morir por esta causa en 350 municipios endémicos. Se registran anualmente en promedio entre 50.000 a 80.000 casos. Cerca del 60% de los casos son producidos por *P. vivax*, excepto en la región Pacífica donde predomina *P. falciparum*. Se observan ciclos epidémicos que ocurren cada 2 a 7 años, relacionados con la ocurrencia del fenómeno del Niño-Oscilación Sur. Desde el año 2000, se advierte una tendencia a la disminución en el comportamiento secular de la morbilidad por malaria, pero persiste la aparición periódica estacional.

En Antioquia de los 125 municipios, el 45% presentan condiciones geográficas, climáticas, ambientales y de vulnerabilidad social, favorables para la transmisión de la Malaria y presencia de especies de anopheles, consideradas vectoras. Un total de 617.309 personas que están ubicadas en zona rural y periurbana de 32 municipios de las subregiones Bajo Cauca, Urabá, Nordeste, Occidente y Suroeste, con población mestiza, afrodescendiente e indígena, siendo esta última la de menor proporción, están en riesgo alto y medio para esta enfermedad. La subregión que más casos aporta, es la de Urabá que entre los años 2017 y 2021 reportó 12.857 siendo Vigía del Fuerte el municipio más afectado, seguida por Bajo Cauca con 11.284 donde el más afectado es El Bagre.

El total de casos de malaria en el departamento han presentado un descenso sostenido pasando de 81.555 en el año 1995 a 6.544 en 2021. En los últimos años el descenso es mucho menor, lo que lleva a pensar que se requieren nuevas estrategias y herramientas de control, pues con las actuales ya no se logra mejorar el impacto.

El aporte que el departamento hace al total de casos del país muestra un gran descenso de forma sostenida, del año 1999 en que el caso de Antioquia representaba el 40% de los registrados en el país, pasando en el año 2002 al 37%, en el 2003 al 33%, en el 2019 al 9,25 y en el año 2021 al 8,8 % (Fuente: Programa ETV, Sivigila Antioquia, Sivigila INS), lo que muestra que las estrategias utilizadas en el departamento, han dado resultado y que mucha de la disminución de casos en el país, la aporta Antioquia.

Los esfuerzos deben dirigirse a las subregiones de Urabá, Bajo Cauca que están aportando en 2021 el 78,72% del total del departamento y más específicamente a los municipios de Vigía del Fuerte, El Bagre, Zaragoza, Apartadó, Mutatá, Cáceres, Murindó, Urrao, reforzando principalmente la red de diagnóstico y tratamiento en la RIA malaria, con énfasis en los puestos de microscopia veredales y los hospitales locales, las acciones de promoción de la salud en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, mejoramiento de vivienda, como acción intersectorial del sector



vivienda a nivel municipal y departamental y continuando con las acciones de control, donde se presentan brotes. Estas acciones, aportan al objetivo 3 Salud y bienestar y 10 Reducción de las desigualdades, de los Objetivos de desarrollo sostenible.

## 2.2.6.2. Intoxicaciones

Tanto las sustancias tóxicas de origen natural como los productos químicos manufacturados pueden generar daño a la salud humana y aumentar la carga de enfermedad. Los problemas de salud y las muertes con frecuencia están asociados a la exposición laboral y a intoxicaciones accidentales o intencionales.

Según el Instituto Nacional de Salud, se estima que la carga de enfermedad atribuida a exposición ambiental y manejo de sustancias químicas asciende a 4,9 millones de muertes (8,3 % de la carga global) y 86 millones de años de vida ajustados por discapacidad - AVAD (5,7 % del total) (3). De acuerdo con los Datos de Salud Mundial, el último estudio de carga de enfermedad para el 2019, se estimó que 4.011,383 AVAD, estaban relacionados con 77.162 muertes por intoxicaciones por sustancias químicas. Agrega además que, El Informe de la Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el 2012 presentó la exposición a contaminantes químicos como un problema de salud pública sin la atención requerida. La producción y demanda mundial de químicos durante los últimos cuarenta años se ha incrementado diez veces y en la región de Latinoamérica y del Caribe, entre 1999 y 2009, el valor de la producción de químicos pasó de 127 500 a 260 500 millones de dólares.

A nivel país, y entre los años 2018 y 2020 se notificaron 114.590 casos de intoxicaciones agudas por sustancias químicas. Estos casos incluyen aquellos notificados dentro del evento y los intentos de suicidio no consumados (evento 356) cuando las sustancias químicas fueron el método utilizado. La mayor notificación fue para 2018 con 40 913 casos y la menor para 2020 con 33 165 casos, situación que puede obedecer a la disminución en la notificación general o en su ocurrencia debido a la dinámica de la pandemia de COVID-19.

En cuanto al comportamiento por grupo de sustancia química, se observa que, para los tres años en mención, la mayor notificación correspondió a las intoxicaciones por medicamentos (45.823 casos, 39,99 %), seguido de intoxicación por sustancias psicoactivas (23.940 casos, 20,89 %) y la intoxicación por plaguicidas (23.139 casos, 20,19 %), en cuarto lugar, estuvo el grupo de otras sustancias químicas (15.027 casos, 13,11%) y en octavo y último lugar se ubicó el metanol (780 casos, 0,78%).

Una Intoxicación, es todo el proceso patológico en el cual se presentan signos y síntomas causados por una sustancia química y dentro de la vigilancia en Antioquia y según el protocolo que rige para tal fin, se abarcan únicamente las exposiciones de tipo agudo, es decir aquella que genera efectos adversos dentro de un corto plazo (máximo 14 días), después de la administración de una dosis o





tras exposiciones múltiples en 24 horas (6), y para que suceda una intoxicación, se requiere de la dosis, la ruta y el tiempo de exposición.

### 2.2.6.2.1. Comportamiento de las Intoxicaciones en el departamento de Antioquia.

Las intoxicaciones en el departamento de Antioquia fueron el cuarto Evento de Interés en Salud Pública más notificado para el año 2020, alcanzando una incidencia de 90,9 casos por 100.000 habitantes, una cifra con tendencia a la disminución posiblemente presentado por adherencia adecuada a la notificación de acuerdo al evento correspondiente y las actividades de intervención realizadas en los territorios con mayores necesidades identificadas de acuerdo al comportamiento epidemiológico y a los factores de riesgo propios de la región. Para el año 2021, el departamento registró una incidencia de 88,6 casos por cien mil habitantes, con 6.010 casos.

En Antioquia, durante el año 2021 se reportaron 6.010 casos de intoxicaciones, de las cuales, 2.629 fueron por sustancias químicas y 3.381 intentos suicidas haciendo uso de las sustancias químicas, para una tasa de incidencia 88.6 casos por cien mil habitantes. La tendencia al aumento es considerable a partir del año 2008, año en el que se reportó una incidencia de 19.6 casos por cien mil habitantes, con una tendencia decreciente, pasando de 111,4 casos por cien mil habitantes en 2019 a 88,6 casos por cien mil habitantes en 2021.

Figura 110. Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas Antioquia 2008 – 2021

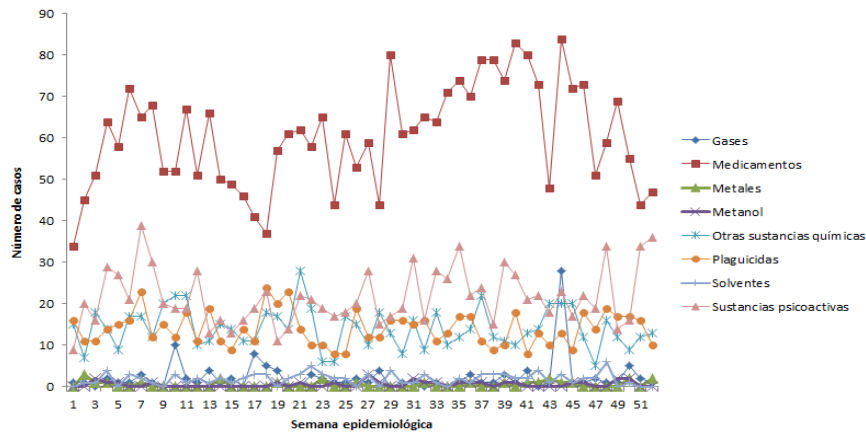


Fuente. SIVIGILA 2021

Los medicamentos, Las sustancias psicoactivas y los plaguicidas, se ubican en los tres primeros grupos con las mayores tasas de incidencia, tal como se aprecia en la tabla siguiente. Si bien, dentro de las menores tasas está el grupo Metanol, no resta importancia dado el alto impacto de un solo evento que se logre evidenciar como intoxicación por licor adulterado y los daños severos a la salud del consumidor.

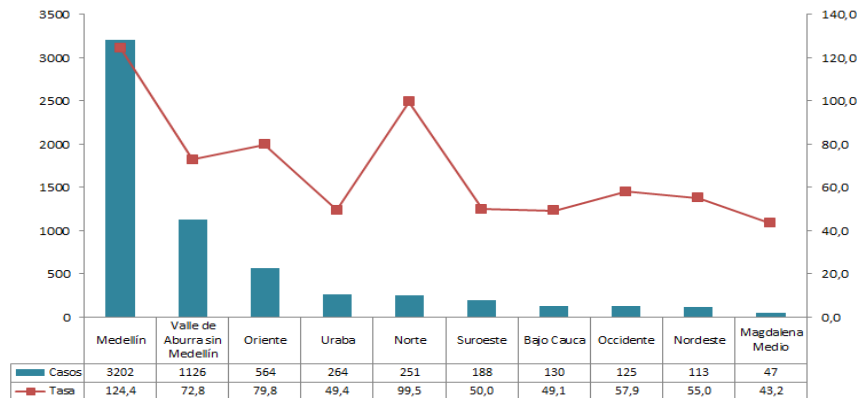


Figura 111. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, según tipo por semana epidemiológica. Antioquia 2021.



Fuente. SIVIGILA 2021

Figura 112. Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas según subregión de procedencia. Antioquia 2021.

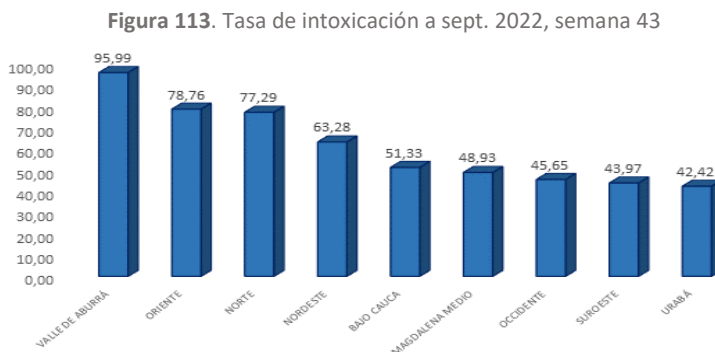


Fuente. SIVIGILA 2021.

A septiembre de 2022, y como datos preliminares acumulados a la semana 43, Antioquia registró un total de 5.600 casos de intoxicación, incluyendo el intento de suicidio con mecanismo de intoxicación, para una tasa de incidencia de 81.31 por cien mil habitantes, inferior a lo observado en el año inmediatamente anterior. Los grupos de medicamentos, sustancias psicoactivas y plaguicidas, ocupan los tres primeros lugares en intoxicación por sustancias químicas, con 45.58, 15.46 y 8.83 eventos por cada cien mil habitantes, respectivamente.

La región del Valle de Aburrá es la de mayor número de notificaciones y la de mayores tasas de incidencia, seguido de las Subregiones de Oriente y Norte. Para medicamentos, las tasas de incidencia para las tres Subregiones anteriores fueron de 54.80, 54.36 y 37.86 por cien mil habitantes, respectivamente. Para las sustancias psicoactivas el comportamiento por Subregión, fue el siguiente en términos de tasa: 22.67 para Valle de Aburrá, 11,87 para Occidente y 8.16 para Magdalena Medio, por cien mil habitantes. Es de anotar que la menor tasa la registró la Subregión de Urabá con 2.21 por cien mil habitantes. El grupo de plaguicidas tuvo el siguiente comportamiento en las tasas y para los tres primeros lugares: Norte con 20.30; Bajo Cauca con

15.99 y Oriente con 14.36, respectivamente; los municipios de Toledo con 61,89 y Valdivia con 57.69, fueron los de mayor tasa.



Fuente. SIVIGILA 2021.

El conocimiento de estos comportamientos, es fundamental para poder generar la intervención dirigida y no general, logrando que el impacto sea mayor. Los niños siguen siendo un grupo de alto riesgo y principalmente con medicamentos, lo que los identifica como una población de riesgo para ser intervenido a través de sus hogares, escuelas y colegios, bajo acciones de promoción y prevención en Salud, igualmente, se constituyen en grupos prioritarios todos aquellos que se identifican con su actividad económicamente productiva.

Concluyendo, podría decirse entonces que “Reducir la exposición a riesgos químicos hace parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3, 6 y 12, por tanto, conocer el comportamiento de las sustancias es preciso para implementar las políticas correspondientes para alcanzarlos”.

### 2.2.6.3. Eventos de zoonosis

#### 2.2.6.3.1. Accidente Ofídico.

En Antioquia el accidente ofídico es un evento de gran prioridad en salud pública, de notificación obligatoria, que requiere atención y tratamiento inmediato. Las poblaciones que habitan en zonas rurales son más vulnerables a los accidentes ofídicos, por las actividades agrícolas, algunas dificultades de acceso a los servicios de salud y debido a la cultura en algunas ocasiones llevan a cabo prácticas no médicas, lo que representa demoras para el acceso a los servicios de salud.

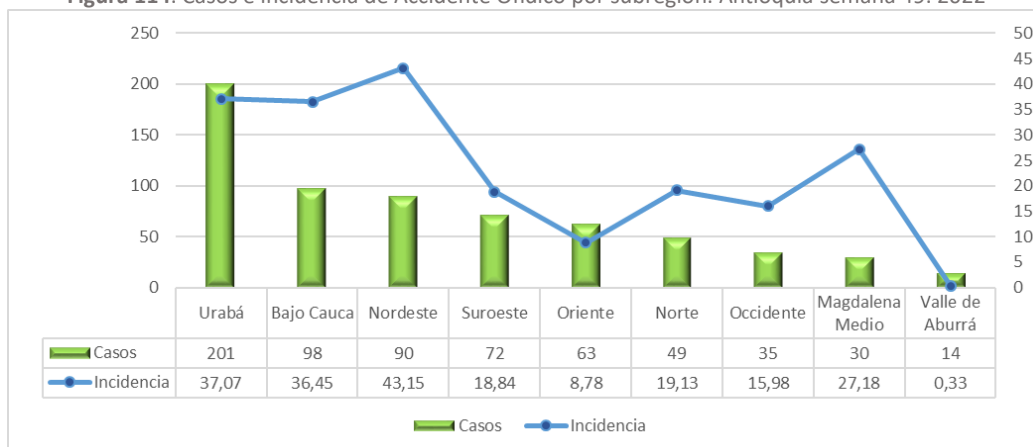
A diferencia de lo que ocurre en otros eventos, en accidente ofídico, se tiene un tratamiento efectivo que administrado de manera oportuna tiene una alta probabilidad de éxito y evitar la muerte o incapacidades permanentes. La mayoría de las muertes y las consecuencias graves por mordeduras de serpiente son totalmente prevenibles si se logra una mayor disponibilidad y accesibilidad de antídotos seguros y eficaces. Los antídotos de alta calidad son el único tratamiento eficaz para evitar o anular la mayoría de los efectos tóxicos de las mordeduras de serpiente, estos figuran en la lista de medicamentos esenciales de la OMS y deben formar parte del arsenal

terapéutico de todo centro de atención primaria, en lugares donde se tiene conocimiento de la presencia de serpientes venenosas.

Con relación al comportamiento epidemiológico, hasta la semana epidemiológica 49 del año 2022, en Antioquia han sido notificados 652 casos de accidente ofídico, donde la subregión de Urabá reportó el mayor número con 201 casos (30,83%), le siguen la subregión del Bajo Cauca con 98 casos (15,03%), Nordeste con 90 casos (13,80 %), Suroeste con 72 casos (11,04%), Oriente 63 casos (9,66%), Norte con 49 (7,50 %), Occidente con 35 casos (5,37%), Magdalena Medio con 30 casos (4,60%), y finalmente Valle de Aburrá con 14 casos (2,15%).

No obstante, al revisar lo anterior, se observa por incidencia una distribución diferente, donde se ubica el Nordeste con la mayor tasa registrada correspondiente al el 43,15; en el siguiente orden las subregiones de Urabá con una tasa de 37,07, Bajo Cauca con una tasa de 36,45; Magdalena Medio con una tasa de 27,18; Norte con 19,13; Suroeste con 18,84; Occidente con 15,98; Oriente con 8,78 y finalmente Valle de Aburrá con una tasa de 0,33. por cada 100.000 habitantes.

**Figura 114.** Casos e incidencia de Accidente Ofídico por subregión. Antioquia semana 49. 2022



Fuente: SIVIGILA

Según la conducta de manejo médico de los accidentes ofídicos el 34,8% de los casos fueron tratados intrahospitalariamente, debido a la gravedad de los signos y síntomas presentados, el resto de los casos (65,2%) fue manejado de manera ambulatoria.

Hasta la semana epidemiológica 49 del año 2022 en el departamento de Antioquia se reportan seis- (6) casos con condición final muerto (1%), en cinco subregiones, donde la subregión de Urabá notifica el mayor número de casos para el evento.



**Tabla 46.** Casos de muertes por Accidente Ofídico, según subregión y municipio de procedencia. Antioquia, Semana epidemiológica 49 de 2022

Subregión/Municipio	Casos
<b>Nordeste</b>	<b>1</b>
Remedios	1
<b>Occidente</b>	<b>1</b>
Frontino	1
<b>Oriente</b>	<b>1</b>
San Carlos	1
<b>Suroeste</b>	<b>1</b>
Jericó	1
<b>Urabá</b>	<b>2</b>
Necoclí	1
San Pedro de Urabá	1
<b>Total general</b>	<b>6</b>

Fuente: SIVIGILA

Las acciones realizadas desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social Antioquia, se dirigen a brindar un acompañamiento continuo a los municipios desde las acciones individuales y colectivas, las cuales buscan garantizar el cumplimiento del protocolo de vigilancia en salud pública y de los lineamientos nacionales, por lo anterior desde la salud pública se incluyen diferentes actividades de información, educación y comunicación tanto a las comunidades como a los profesionales de la salud, así mismo desde la vigilancia epidemiológica se da el seguimiento a las notificaciones del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, se coordina la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo y de las unidades de análisis cuando son requeridas.

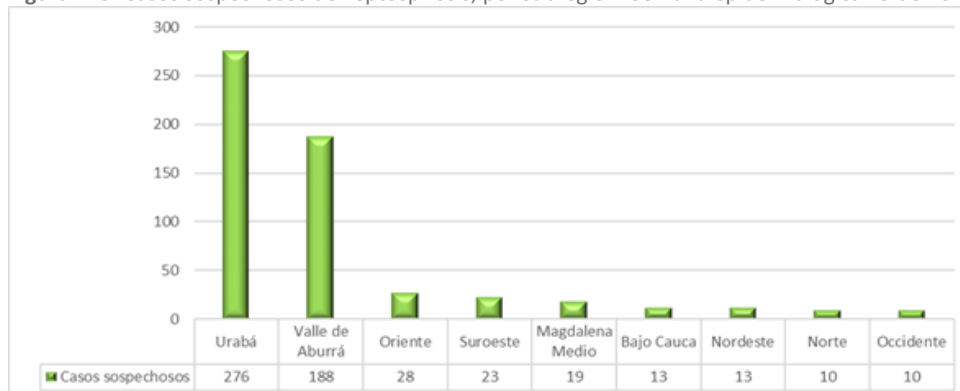
### 2.2.6.3.2. Leptospirosis.

La Leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial; sin embargo, afecta con mayor frecuencia países tropicales de medianos y bajos ingresos. Es un evento de interés en salud pública y su vigilancia se realiza con el fin de determinar la magnitud y distribución del evento según variables de persona, lugar y tiempo, además de establecer los factores determinantes.

Condiciones deficientes de saneamiento básico, inadecuada disposición de residuos sólidos, infestación de roedores, zonas ribereñas y de inundaciones favorecen la presencia de la leptospira, y por ende aumenta el riesgo de padecer la enfermedad.

Con relación con el comportamiento epidemiológico, hasta la semana epidemiológica 49 del año 2022 en Antioquia, se cuenta con un registro en el SIVIGILA de 580 casos sospechosos y únicamente fueron reportados 15 casos confirmados de Leptospirosis por medio de prueba de aglutinación microscópica – MAT recibidas por el Laboratorio Departamental de Salud Pública–LDSP y confirmadas por el Instituto Nacional de Salud- INS. La incidencia para el año 2022 se calculó para el departamento de Antioquia en 0,22 casos por cada 100.000 habitantes.

Figura 115. Casos sospechosos de Leptospiriosis, por subregión. Semana epidemiológica 49 de 2022



Fuente: SIVIGILA

Con el objetivo contribuir en la salud pública del departamento de Antioquia, se ejecuta acciones con los municipios tanto individuales como colectivas, con la realización de asistencias técnicas en el protocolo de vigilancia en salud pública y el protocolo de vigilancia por laboratorio para el evento de Leptospiriosis con el fin de garantizar la aplicación de los criterios de confirmación o descarte de casos que permitan la toma oportuna de decisiones, acompañamiento desde la vigilancia epidemiológica desde el seguimiento a la notificación, realización de las correspondientes investigaciones epidemiológicas de campo y unidades de análisis ante todo caso de muerte sospechosa o confirmada por leptospiriosis, haciendo énfasis en la identificación de personas con síntomas compatibles con la definición de caso, antecedentes epidemiológicos de riesgo, contacto con roedores o animales enfermos, aguas estancadas, condiciones de saneamiento ambiental y educación a la comunidad.

### 2.2.6.3.3. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia - APTR

La rabia humana es una de las enfermedades zoonóticas de mayor importancia en la salud pública en Colombia y se encuentra en proceso de erradicación, siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud- OMS, la Organización Mundial de Sanidad Animal- OMSA; La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura- FAO y La Alianza Global para Lucha Contra la Rabia- GARC. Si bien en el departamento de Antioquia no se han presentado casos de muertes humanas por Rabia en los últimos 20 años, las estrategias de control de la enfermedad y vigilancia de la transmisión del virus de la rabia deben seguir activas por el riesgo de adquirir la infección.

Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia continúan ocupando los primeros lugares en los Eventos de Interés en Salud Pública de mayor notificación en el departamento de Antioquia de acuerdo al número de casos notificados y la incidencia registrada para el año 2022.

En el departamento de Antioquia el 100% de los municipios registró agresiones por animales



potencialmente transmisores de rabia hasta la semana epidemiológica 49 del año 2022, con un total de 15264, donde el mayor número de reportes se presentó en Medellín (Valle de Aburrá) con 5266 casos y el municipio con menor número de agresiones reportadas fue Vigía del Fuerte (Urabá) con 1 caso.

Tabla 47. Casos de Exposición rábica por subregión. Antioquia 2022

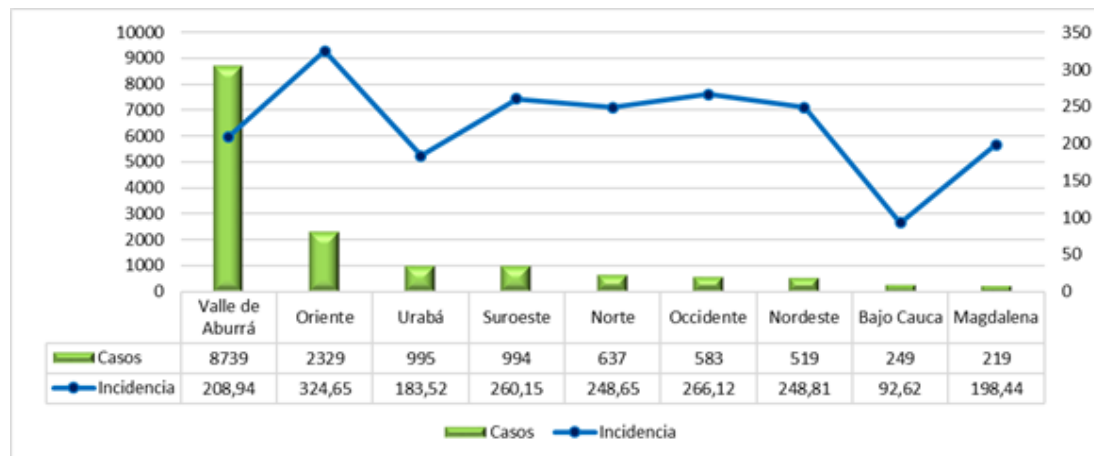
SUBREGIÓN/MUNICIPIO	CASOS	SUBREGIÓN/MUNICIPIO	CASOS	SUBREGIÓN/MUNICIPIO	CASOS
<b>BAJO CAUCA</b>	<b>249</b>	<b>OCCIDENTE</b>	<b>583</b>	<b>SUROESTE</b>	<b>994</b>
Cáceres	25	Abriaquí	10	Amaga	95
Caucasia	107	Antioquia	163	Andes	102
El Bagre	31	Anzá	13	Angelópolis	18
Nechí	16	Armenia	19	Betania	33
Taraza	27	Buriticá	32	Betulia	34
Zaragoza	43	Caicedo	18	Bolívar	67
<b>MAGDALENA MEDIO</b>	<b>219</b>	Cañasgordas	13	Caramanta	7
Caracolí	18	Dabeiba	49	Concordia	68
Maceo	26	Ebéjico	27	Fredonia	49
Puerto Berrio	85	Frontino	20	Hispania	20
Puerto Nare	10	Giraldo	21	Jardín	53
Puerto Triunfo	47	Heliconia	17	Jericó	53
Yondó	33	Liborina	22	La Pintada	40
<b>NORDESTE</b>	<b>519</b>	Olaya	14	Montebello	12
Amalfi	28	Peque	11	Pueblorrico	12
Anorí	41	Sabanalarga	19	Salgar	34
Cisneros	33	San Jerónimo	59	Santa Bárbara	55
Remedios	98	Sopetrán	46	Támesis	50
San Roque	49	Uramita	10	Tarso	30
Santo Domingo	32	<b>ORIENTE</b>	<b>2329</b>	Titiribí	21
Segovia	151	Abejorral	56	Urao	67
Vegachí	26	Alejandro	3	Valparaiso	27
Yalí	15	Argelia	21	Venecia	47
Yolombó	46	Carmen De Viboral	149	<b>URABÁ</b>	<b>845</b>
<b>NORTE</b>	<b>637</b>	Cocorná	50	Apartado	237
Angostura	14	Concepción	19	Arboletes	62
Belmira	17	Granada	15	Carepa	86
Briceño	10	Guarne	306	Chigorodó	107
Campamento	12	Guatapé	55	Murindó	3
Carolina	12	La Ceja	196	Mutatá	23
Don Matías	82	La Unión	100	Necoclí	113
Entreríos	39	Marinilla	234	San Juan De Urabá	41
Gómez Plata	19	Nariño	23	San Pedro De Urabá	32
Guadalupe	5	Peñol	50	Turbo	141
Ituango	33	Retiro	92	<b>VALLE DE ABURRÁ</b>	<b>8739</b>
San Andrés	14	Rionegro	485	Barbosa	184
San José De La Montana	9	San Carlos	28	Bello	1096
San Pedro	112	San Francisco	11	Caldas	260
Santa Rosa De Osos	140	San Luis	51	Copacabana	199
Toledo	7	San Rafael	65	Envigado	475
Valdivia	18	San Vicente	71	Girardota	214
Yarumal	94	Santuario	153	Itagüí	522
		Sonsón	96	La Estrella	271
				Medellín	5266
				Sabaneta	252

Fuente: SIVIGILA



Se evidencia en el departamento de Antioquia, hasta la semana epidemiológica 49 del año 2022, de acuerdo con la notificación, que la subregión con el mayor número de casos es el Valle de Aburrá con 8.739 casos en total, mientras que la mayor incidencia del evento la registra la subregión de Oriente con 324,65 casos por cada 100.000 habitantes.

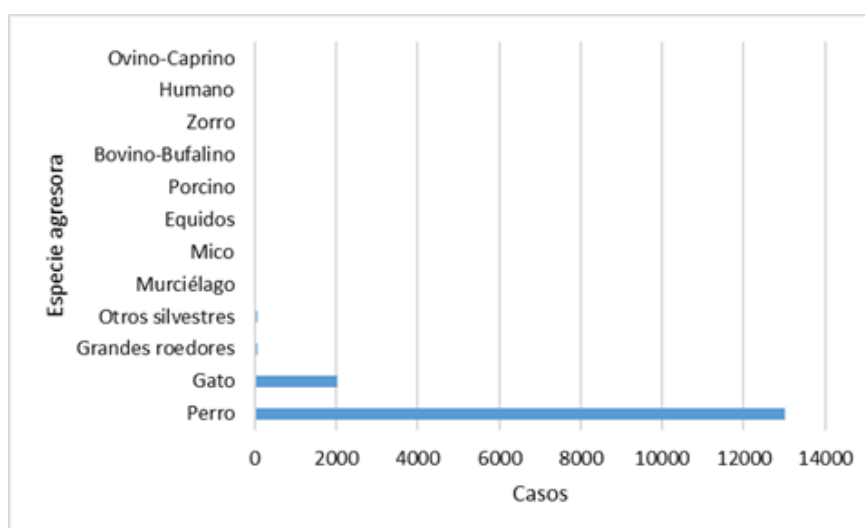
Figura 116. Casos e incidencia de Exposición rábica por subregión. Antioquia 2022



Fuente: Sivigila

Respecto a las principales especies agresoras, los perros continúan siendo los más frecuentes con el 85,31% (13021) de las agresiones, lo que guarda relación con el principal tipo de agresión que fueron las mordeduras, seguidos de un 13,22% (2018) por los gatos que causan los arañazos y los rasguños.

Figura 117. Distribución de casos de Exposición rábica, de acuerdo a la especie agresora. Antioquia 2022

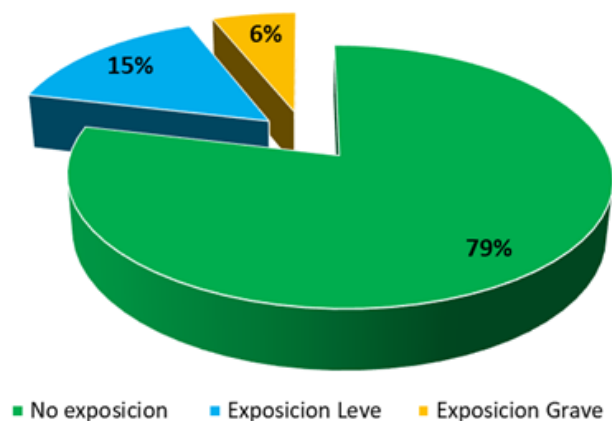


Fuente: SIVIGILA



En cuanto al tipo de exposición para a la semana epidemiológica 49 de 2022 en el departamento de Antioquia, el 79% se clasificó como no exposición (12017 casos), 15% como exposición leve (2318 casos) y 6% (929 casos) como exposición grave.

Figura 118. Distribución porcentual de casos de Exposición rábica, de acuerdo al tipo de exposición. Antioquia 2022



Fuente: Sivigila

Para mantener los indicadores de morbilidad y mortalidad de rabia humana en cero, se realizan intervenciones en diferentes frentes como vacunación antirrábica, la cual se constituye en la estrategia más económica y segura de prevenir la rabia en humanos y que hace parte de las actividades misionales de los Técnicos Área de la Salud de la Secretaría Seccional de Salud y protección Social de Antioquia; además se adelantan acciones adicionales, tales como procesos contractuales orientados a fortalecer la vacunación antirrábica en zonas rurales de los municipios categoría 4, 5 y 6 del departamento de Antioquia, con especial atención en los municipios donde se han identificado focos de rabia silvestre (Dabeiba, Urao, Frontino, Valdivia, Briceño, Ituango, Puerto Berrio y Barbosa) y municipios con amplia extensión geográfica rural. Además, se hace acompañamiento en las subregiones de Urabá y Bajo Cauca que por sus características geográficas y sociodemográficas requieren apoyo.

Las intervenciones de vacunación antirrábica durante el año 2022 se realizan mediante la estrategia de punto fijo en parques y sitios estratégicos de cabeceras urbanas, centros poblados y veredas y se complementa con la estrategia de barrido casa a casa que permite aumentar las coberturas de vacunación.

La estrategia de vacunación se articula con intervenciones tales como investigaciones epidemiológicas de campo, seguimiento a perros y gatos agresores que son observables y acciones de control de foco, en cada zona donde es reportado un caso positivo de rabia animal, tanto silvestre como urbana. Desde la vigilancia epidemiológica se realiza con los municipios revisión

continúa del protocolo de vigilancia integrada de rabia humana, para garantizar la adecuada clasificación de la agresión y a su vez orientar el correcto ajuste en el SIVIGILA de los casos reportados, con el fin de garantizar la calidad del dato, adicionalmente de promover en la población desde los entes municipales, la tenencia responsable de animales para velar por la salud pública en los territorios.

## 2.2.7. Análisis de la población en condición de discapacidad

De acuerdo con el Informe Mundial sobre Discapacidad del 2011, existe un 15 % de personas en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; esto equivale a más de mil millones de personas.

En el Departamento, el año 2021 se reportaron 413.400 discapacidades en 205.548 personas, dado que algunas de estas pueden tener más de una discapacidad. El tipo de alteración permanente más frecuentemente identificada en Antioquia el año, es el relacionado con el sistema nervioso, con un 53,7% del total reportado, seguido de la alteración del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas 50.26%; estos dos subgrupos son los que habitualmente aparecen en los primeros lugares. Al margen del tipo y número de sistemas afectados es necesario impulsar estrategias de rehabilitación en esta población, con el objetivo de alcanzar la mayor independencia y adaptación social de ellos.

Tabla 48 Distribución de las alteraciones permanentes. Antioquia, 2021

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	103.314	50,26
El sistema nervioso	110.372	53,70
Los ojos	52.217	25,40
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	34.275	16,67
Los oídos	27.486	13,37
La voz y el habla	44.841	21,82
La digestión, el metabolismo, las hormonas	17.100	8,32
El sistema genital y reproductivo	13.758	6,69
La piel	5.722	2,78
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	4.313	2,10
Ninguna	2	0,00
<b>Total</b>	<b>205.548</b>	

\*\* Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

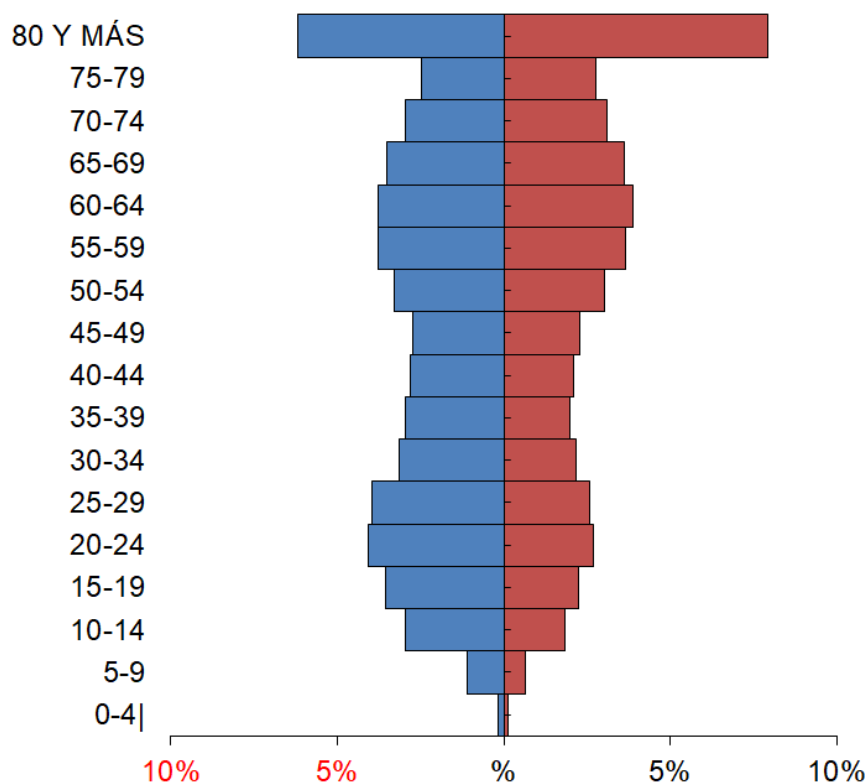
En cuanto a la pirámide poblacional, si bien es cierto que se observan casos en todos los grupos de edad, es igualmente cierto, que los casos se acumulan en la población de mayor edad, siendo el 39.6% de las personas caracterizadas mayores de 60 años; este comportamiento puede explicarse en parte por el deterioro progresivo asociado al envejecimiento, sumado esto a la prevalencia de condiciones como la diabetes mellitus, la cual puede generar ceguera por neuropatía. No obstante, no se debe considerar que el avance hacia la vejez necesariamente está ligado inexorablemente a



la discapacidad y dependencia, se deben promover estilos de vida saludable que les permitan a las personas no solo más años de vida, sino de mejor calidad.

De otro lado, por no tenerse acceso a la causa de la discapacidad, no se puede ponderar el impacto de los accidentes de tránsito, especialmente de motocicletas, los cuales son responsables de morbilidad, discapacidad y costo de los servicios de salud en el Departamento y el país.

Figura 119. Pirámide de la población en situación de discapacidad. Antioquia, 2021.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad

## 2.2.8. Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Para la priorización de la morbilidad atendida, de eventos de morbilidad general por grandes causas, específica por subgrupos, alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria en el departamento de Antioquia, se tiene en cuenta su prevalencia y letalidad, las tendencias en los últimos cinco años y la comparación con el nivel nacional, siendo la Tuberculosis la tercera causa de mortalidad dentro de las enfermedades transmisibles y con una de las mayores tasas de letalidad reportada. Las enfermedades crónicas no transmisibles, como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus con prevalencias iguales al comportamiento nacional, se priorizaron por ser trazadoras y precursoras de la mortalidad causada en el sistema cardiocirculatorio.

Tabla 49. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Antioquia 2020

Morbilidad	Prioridad	Antioquia	Colombia	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Condiciones transmisibles y nutricionales (primera infancia)	22%		Fluctuante	003
	2. Enfermedades no trasmisibles (adultez)	71.8%		Fluctuante	000
	3. Lesiones (Infancia)	10%		Fluctuante	012
	4. Condiciones maternas (adolescencia)	3.7%		Fluctuante	008
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades cardio-vasculares (Total)	18.1%		Fluctuante	001
	2. Condiciones neuro-Psiquiátricas (Total)	11.6%		Fluctuante	004
	3. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (Juventud)	9%		Fluctuante	004
	4. Enfermedades musculoesqueléticas (mujeres)	14.3%		Fluctuante	000
Alto Costo	1. Prevalencia en diagnósticos de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	110	81,3	Fluctuante	001
	2. Tasa de incidencia de VIH notificada	24,14	20,0	Fluctuante	009
	3. Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,8	0,51	Fluctuante	007
	4. Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfocítica (menores de 15 años)	2,91	2,94	Fluctuante	007
Precursores	1. Prevalencia de diabetes mellitus	3,63	2,94	Fluctuante	001
	2. Prevalencia de hipertensión arterial	11,54	8,75	Fluctuante	001
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Letalidad por tuberculosis pulmonar	7,0	8,8	Fluctuante	009
	2. Letalidad de Meningitis Streptococcus pneumoniae (Spn)	14,3	4,23	Fluctuante	009
	3. Letalidad por tetanos accidental	66,7	52,0	Fluctuante	009
Discapacidad	1. Sistema nervioso	53,7		Fluctuante	000
	2. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	50,3		Fluctuante	000
	3. Los ojos	25,4		Fluctuante	000

Fuente: Cuenta de Alto Costo - SIVIGILA - RIPS - SISPRO MSPS

## Conclusiones Morbilidad

En el departamento de Antioquia en todos los ciclos vitales, la principal causa de uso de servicios de salud corresponde a las enfermedades crónicas no transmisibles, con mayor impacto en el grupo de adulto mayor, sin embargo, llama la atención el aumento gradual de este tipo de patologías en los primeros años de vida. Este comportamiento es similar para ambos sexos.

En la población menor de 1 año las condiciones perinatales persisten como la primera causa de morbilidad en este curso de vida; las consultas por enfermedades infecciosas y parasitarias predominan en la infancia y las lesiones en los cursos de vida adolescencia, juventud y adultez prevalecen en estas edades.





Al observar la morbilidad por subgrupo, se resalta que, dentro de las condiciones transmisibles y nutricionales, las enfermedades infecciosas y parasitarias continúan con un aumento para el año 2021 para hombres y mujeres.

En el grupo de las enfermedades no transmisibles, se destacan las enfermedades cardiovasculares, en coherencia la presencia de las enfermedades del corazón en las primeras causas de muerte que afectan a la población antioqueña; por lo cual la Secretaría de Salud ha venido promoviendo acciones que impactan esta problemática, no obstante, estas son difíciles de impactar dada la estructura demográfica del departamento.

Incremento de la morbilidad materna extrema en un 10% con respecto al 2020, destacándose las siguientes características sociodemográficas como las más prevalentes para este evento: edades entre 20 y 29 años, estrato socioeconómico 3, residencia en zona urbana, afiliación al SGSSS del 87% de los casos, 1.4% pertenecían a la población indígena. Bajo Cauca, Oriente y Urabá fueron las subregiones con mayores tasas de MME; Nordeste y Occidente tuvieron el índice de letalidad para MME más alto en el departamento.

Los trastornos de salud bucodental más comunes en Antioquia para el 2020, muestran que la caries y la pulpitis son las 2 primeras causas de consulta.

La prevalencia e incidencia de Enfermedad Renal Crónica - ERC estadio V en fase de reemplazo renal y las tasas de incidencia de VIH/SIDA notificada y de leucemias linfocítica y mielocítica agudas, es similar en Antioquia y Colombia.

Incremento de la incidencia y mortalidad por VIH entre 2021 y 2022 y disminución e incumplimiento de las metas establecidas para las coberturas de los siguientes indicadores: terapia antirretroviral, tamizaje para VIH en las mujeres embarazadas, estudio de transmisión de VIH en menores de 6 meses expuestos y proporción de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH.

Incremento en prevalencia e incidencia de cáncer, siendo el tumor de mama el de mayor frecuencia en las mujeres y el tumor de próstata en los hombres.

Cisneros, Abriaquí y Venecia reportan la mayor incidencia en el departamento por ERC y Santa Rosa, San Luis y Puerto Berrio los de mayor mortalidad por esta causa. La mayoría de las personas con Enfermedad Renal Crónica - ERC se encuentran en estadios 3, 4 y 5, lo que implica el importante papel en prevención secundaria y el seguimiento a los casos por parte de las aseguradoras en salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, mediante los programas de promoción y prevención.

La prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial ha venido en aumento y además supera las estimaciones para el país, lo anterior acorde a la primera causa de consulta en Antioquia, que



son las enfermedades no transmisibles

Disminución de la morbilidad por COVID 19 del 76.3% con respecto al 2021; La edad promedio de los pacientes fue 42 años, el sexo femenino el de mayor proporción en todos los grupos de edad a excepción de los menores de 19 años; en hospitalización, el grupo de 60 años o más aportó el 41,6% de los casos y el de menores de 14 años representaron el 26,5% de las hospitalizaciones para ese año.

La población migrante utiliza los servicios ambulatorios en su mayoría, seguido de los procedimientos, manteniendo una conducta similar a la de Colombia. El 18% del total de atenciones generadas en 2021 se realizaron en esta población.

La violencia de genero intrafamiliar y sexual fue el evento que más se notificó al sistema de vigilancia en salud publica en Antioquia, en segundo lugar están las agresiones por animales potencialmente trasmisores de la rabia, posteriormente Malaria, intoxicaciones y finalmente el intento de suicidio; en todos estos eventos se observó una menor notificación con respecto al año inmediatamente anterior.

El tipo de alteración permanente más prevalente en Antioquia es la relacionada con el sistema nervioso, seguido de la alteración del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas; en total a 2021, se reportaron 205.548 personas con algún tipo de discapacidad, siendo los mayores de 60 años los que concentran la mayoría de los casos.

### 2.3. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud.

El análisis sobre los determinantes intermedios aborda el contexto de las circunstancias materiales de la población, organizadas en cinco aspectos: las condiciones de vida, seguridad alimentaria y nutricional; factores psicológicos y culturales; sistema sanitario y condiciones de trabajo.

#### 2.3.1. Condiciones de vida

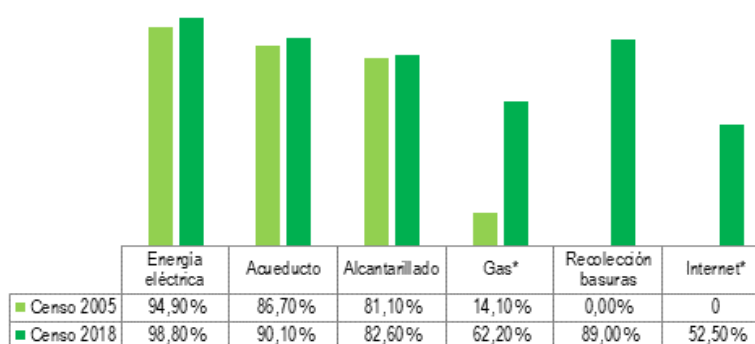
En general, los porcentajes de cobertura captados por los censos 2005 y 2018, evidencian un aumento en la prestación de los servicios domiciliarios en Antioquia, siendo el gas el servicio con el incremento más significativo; sin embargo, es necesario seguir trabajando por alcanzar una mejor cobertura. El servicio con más baja cobertura es internet, situación que requiere una pronta acción que propicie su acceso y contribuya en los diferentes ámbitos de formación y trabajo de la población.

Entre los servicios de acueducto, alcantarillado, agua potable y aseo existe una estrecha relación en pro de una adecuada salubridad. El agua potable, mejora significativamente el bienestar de las familias influyendo positivamente sobre la salud así como de otros aspectos, el agua es conducida



a través del sistema de acueducto hasta las viviendas para ser utilizada por sus habitantes; luego las redes de alcantarillado tienen como función la conducción de las aguas negras hacia las plantas de tratamiento y por último, el servicio de aseo se ocupa de la recolección y adecuado manejo de los residuos sólidos generados por la población. Es importante tener en cuenta que el servicio de acueducto cumple con la función de transportar el agua hasta las viviendas y contar con este no implica poseer agua potable, ya que la potabilidad depende del estado y el funcionamiento de la planta de tratamiento.

**Figura 120.** Cobertura de acceso a servicios públicos en Antioquia Censo 2005 – 2018



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

\* El denominador no incluye las viviendas en las que no se respondió a esta pregunta, es decir, no incluye “sin información”

### 2.3.2. Cobertura de servicios de electricidad

Para el departamento de Antioquia, la cobertura de servicios de electricidad es de 99,47% para la vigencia 2020, mientras que para Colombia es de 96,5%, valor superior al del país. En el área urbana tiene una cobertura residencial de 99.91 y en el área rural del 97.82 % para el mismo año.

### 2.3.3. Cobertura de acueducto

En el departamento de Antioquia, las coberturas totales de acceso del servicio de acueducto registran un incremento del 3,48%, pasando en el 2005 del 86,8% al 90.28% para la vigencia 2020, registrando una cobertura superior al promedio nacional del 71.0%<sup>16</sup> para la misma vigencia. La subregión del Valle de Aburrá es la única que presenta una cobertura superior al promedio departamental con un 88.4%. Las demás subregiones del Departamento están por debajo del promedio departamental, siendo las subregiones del Bajo Cauca (72.06%); Nordeste (65,85%) y Urabá (71.40%) las más rezagadas.

<sup>16</sup> Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - Informe Nacional de Coberturas de los Servicios Públicos de Acueducto, Alcantarillado y Aseo- 2020.

En el ámbito urbano se han incrementado en 1,5% las coberturas del servicio de acueducto, pasando de 96,3% en el año 2005 a 97,99% en el 2020, registrando una cobertura superior al promedio nacional de 85 % para la misma vigencia. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (98,48%), Magdalena Medio (98.16 %) Occidente (98.10%), Norte (98,62%), Oriente (99.39%) Suroeste (98,61%).

En el área rural, a pesar de los problemas de acceso, se han incrementado un 9,5% las coberturas, pasando de 54,4% en el año 2015 a 65.13% en el 2020, registrando una cobertura superior al promedio nacional de 37 % para la misma vigencia. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (88,83%), Magdalena Medio (72.55%), Occidente (65.68%) y Oriente (73.08%). Las subregiones más rezagadas son, Bajo Cauca (30.47%), Nordeste (35,56%), Norte (47.16%), Suroeste (57.49%) y Urabá (39.22%) para el mismo año.

### 2.3.3.1. Cobertura de Acceso al Agua Potable:

En el departamento de Antioquia, las coberturas totales de acceso al agua potable registran un incremento del 12.2%, pasando en el 2005 de 70,4% a 82.60% para la vigencia 2020. debido a los grandes esfuerzos realizados por las administraciones municipales y departamentales mediante los Planes Departamentales de Agua para el mejoramiento de los sistemas de acueductos de agua potable en el ámbito urbano, pasando de 24 en 2004 a 150 en el 2020. Por otro lado, la desigualdad entre subregiones es notoria, ya que mientras para el 2020 el Valle de Aburrá cuenta con una cobertura del 95.29%, superior al promedio departamental, el resto de las subregiones presenta coberturas inferiores, siendo las subregiones de Bajo Cauca (60.07%), Nordeste (50.40%), Occidente (45.99%), Occidente (45.99%) y Norte (53.19) las más rezagadas.

En el ámbito urbano, se han mejorado sustancialmente las condiciones de suministro de agua potable, pasando de una cobertura en 2005 de 85,7% a 96.97% en el 2020, registrando una cobertura superior al promedio nacional del 97.3%<sup>17</sup> (Línea Base 2015). Las subregiones del Valle de Aburrá (98,48%), Magdalena Medio (98.16%), Occidente (97.57%), Suroeste (98.29 %) y Oriente (97.62%) presentan valores superiores al promedio departamental. Las demás subregiones presentan coberturas inferiores al promedio departamental, siendo las subregiones de Urabá (83.10%), Norte (88.47%), Nordeste (89.63%) las más rezagadas.

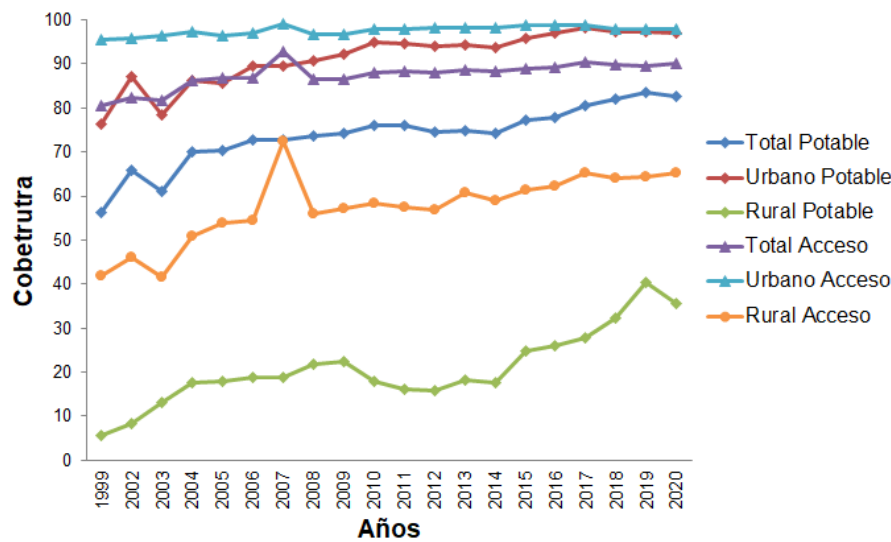
En el ámbito rural, si bien se ha logrado un aumento significativo del 14,4% de las coberturas pasando en 2005 de 17,82% a 35.72% en el 2020, registrando una cobertura superior al promedio nacional del 74.3 % (Línea Base 2015). Todas las subregiones presentan un rezago, siendo las subregiones de Valle de Aburrá (70.09%) y Oriente (41.86%) las que presentan mejores coberturas, superiores al promedio departamental. El resto de las subregiones presenta coberturas inferiores al promedio departamental, siendo las subregiones de Bajo Cauca (0,0%), Nordeste (4,59%), Norte (13%); Occidente (9.99%); Suroeste (18.42%) y Urabá (21.79%) las más rezagadas.

<sup>17</sup> Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio – Resolución número 0288 de 2022



En la siguiente grafica se registra el comportamiento de la cobertura total, urbana y rural del acceso al servicio de acueducto y de acceso al agua potable en el Departamento de Antioquia durante el periodo 1999 al 2020.

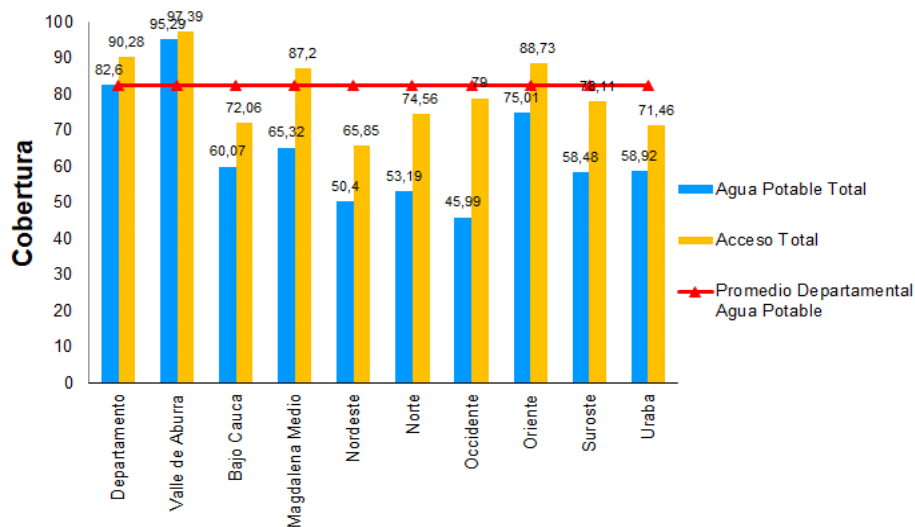
Figura 121. Cobertura Total, Urbano y Rural Acceso Acueducto y Agua Potable Antioquia - Colombia 1999 - 2020.



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia - 2020

En la siguientes graficas se registra la cobertura Total, Urbana y Rural de acceso al servicio de acueducto y de agua potable en el Departamento de Antioquia por subregión para la vigencia 2020.

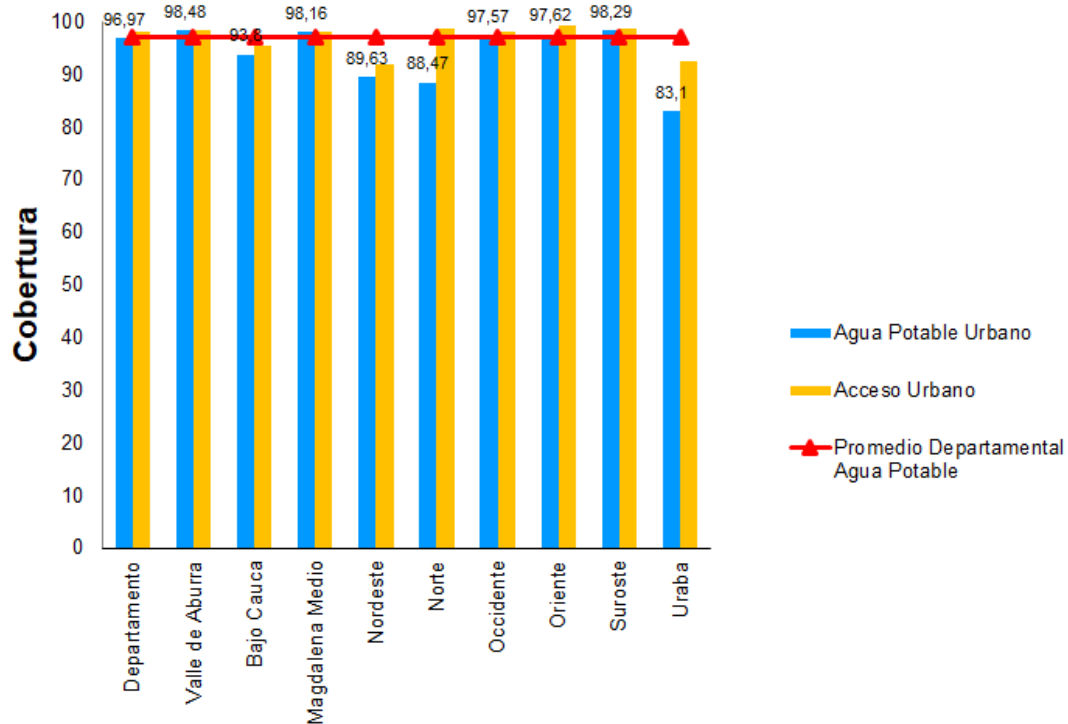
Figura 122. Cobertura Total por Subregión Acceso Acueducto y Agua Potable Antioquia - Colombia 2020



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia - 2020

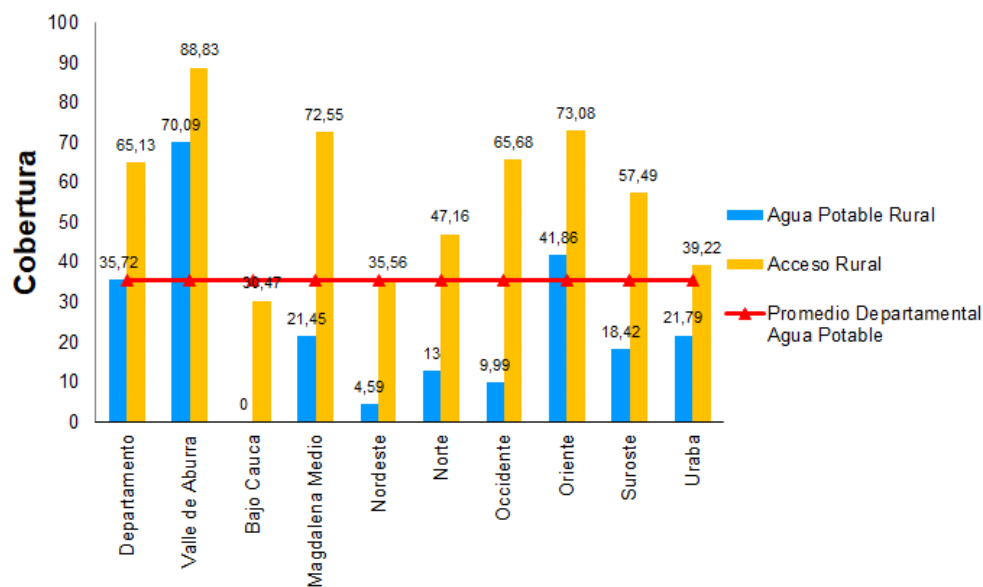


Figura 123. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de acueducto y al agua potable por subregión – Antioquia 2020



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – 2020

Figura 124. Cobertura Rural de viviendas con acceso al servicio de acueducto y al agua potable por subregión – Antioquia 2020



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – 2020

En la medición del Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) se tiene la siguiente clasificación:

Tabla 50. Clasificación de los índices para medición del riesgo - IRCA.

IRCA (%)	Riesgo
0 - 5,0	Sin Riesgo
5,1 - 14	Bajo
14,1 - 35	Medio
35,1 - 80	Alto
80,1 - 100	Inviabile Sanitariamente

Fuente: Resolución 2115 de 2007, Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio.

Cuando el IRCA en el período evaluado se encuentra entre 0% y 5% se considera apta para el consumo humano y cuando se encuentra entre el 5,1% y el 100% se considera que el agua no es apta para el consumo humano y se procede a realizar las respectivas notificaciones del riesgo a las diferentes instancias para la toma de medidas preventivas y correctivas pertinentes.

Para el año 2021, el Departamento de Antioquia presentó un IRCA promedio ponderado con relación al número de suscriptores residenciales de 6.7% (Riesgo Bajo), mientras que para la Colombia es de 8,56% (Riesgo Bajo). En el ámbito urbano, el IRCA promedio ponderado departamental fue 1,42 (Sin Riesgo), mientras que el promedio nacional fue de 5,73% (Riesgo Bajo). En la zona rural, el IRCA obtuvo un promedio ponderado departamental de 39.3 % (Riesgo Alto) y el promedio nacional reporta un valor de 16,23 % (Riesgo Medio).

En las nueve (9) subregiones del departamento de Antioquia para la vigencia 2021, se obtuvo los siguientes promedios tal y como se ilustran en las siguientes tabla y figura:

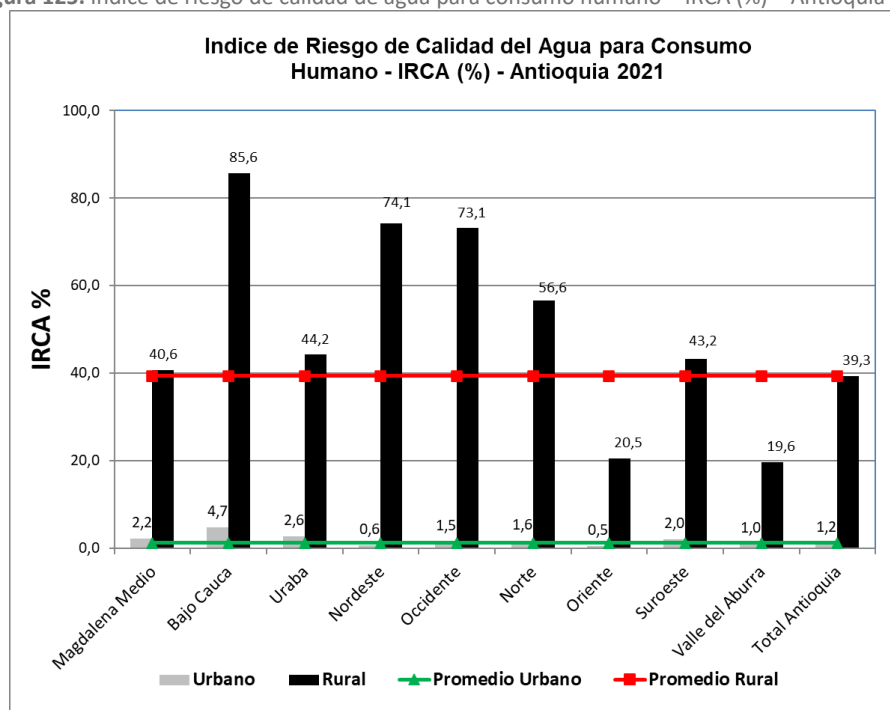
Tabla 51. Promedio Ponderado del Índice de Riesgo de Calidad de Agua Potable - IRCA- (%) por Subregión - Antioquia 2021.

Subregión	IRCA Urbano	IRCA Rural
Magdalena Medio	2,2	40,6
Bajo Cauca	4,7	85,6
Urabá	2,6	44,2
Nordeste	0,6	74,1
Occidente	1,5	73,1
Norte	1,6	56,6
Oriente	0,5	20,5
Suroeste	2	43,2
Valle del Aburra	1	19,6
<b>Total, Antioquia</b>	<b>1,2</b>	<b>39,3</b>

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



Figura 125. Índice de riesgo de calidad de agua para consumo humano – IRCA (%) – Antioquia 2020

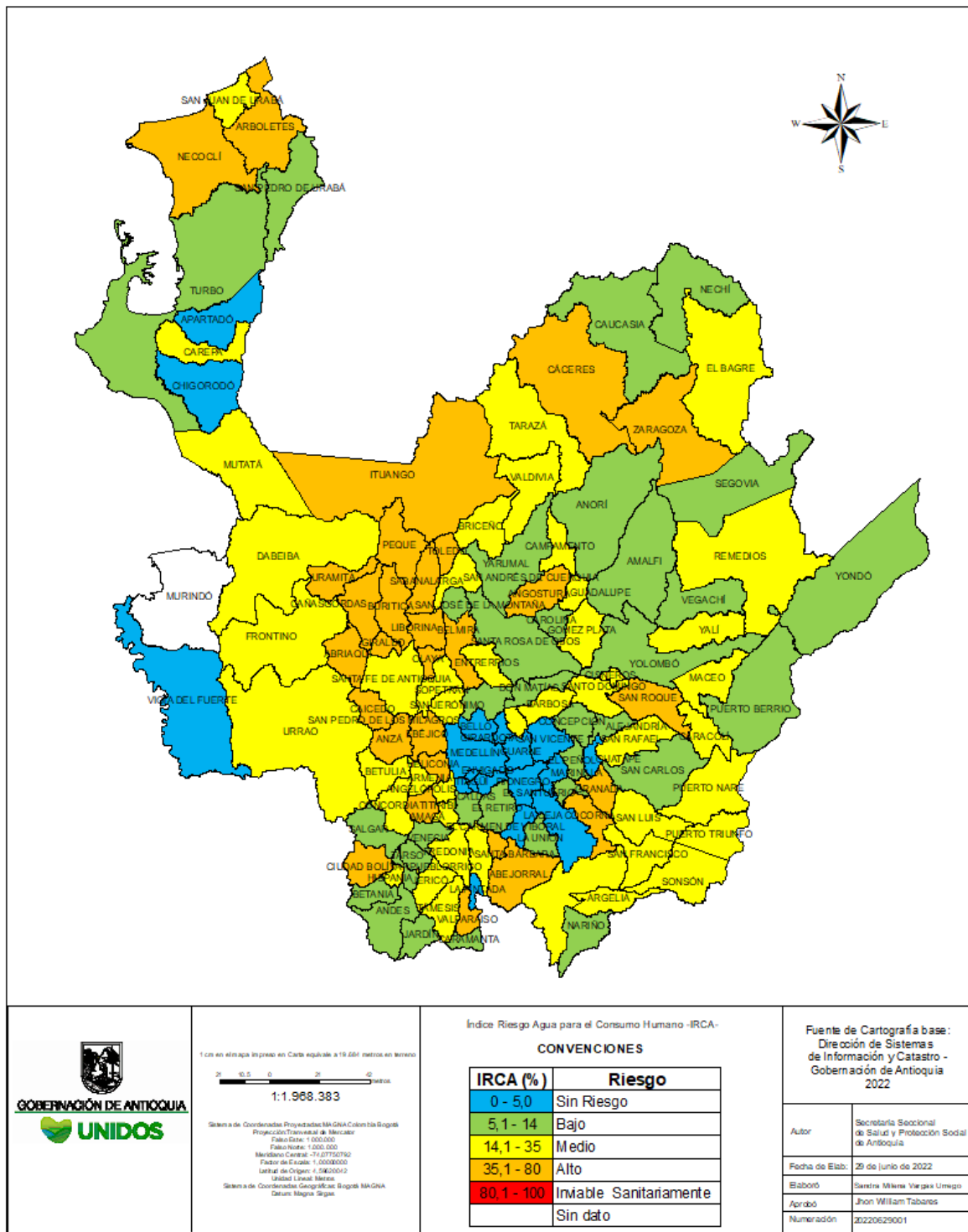


Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

El Índice de Riesgo de Calidad del Agua para Consumo Humano- IRCA— total municipal promedio ponderado de acuerdo con el número de suscriptores residenciales de todas las personas prestadoras del servicio público de acueducto de cada localidad se registra en el siguiente mapa para la vigencia 2021.



Mapa 15. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Total, municipal – Antioquia 2021

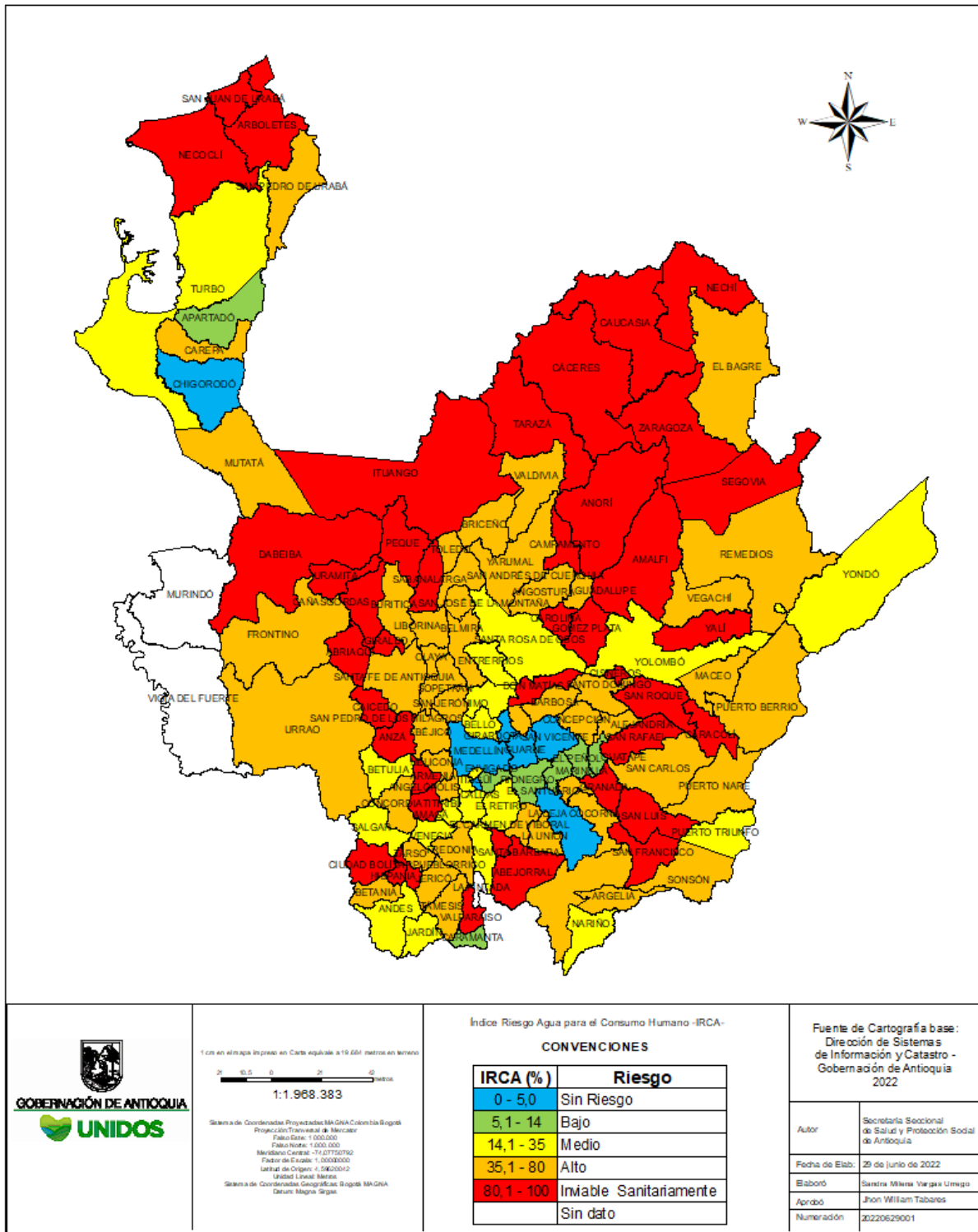


Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia





Mapa 17. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona Rural – Antioquia 2021



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



## 2.3.3.2. Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable (CSM):

La certificación consolida en forma ponderada, de acuerdo con el número de suscriptores residenciales los siguientes instrumentos, los cuales son evaluados en la visita de inspección sanitaria a las personas prestadoras del servicio público de acueducto, dentro de los límites del municipio: a) Índice de Riesgo de Calidad del Agua IRCA municipal, b) Índice de Riesgo por Abastecimiento municipal – IRABA ; c) Buenas Prácticas Sanitarias municipal- BPS y se acredita en cumplimiento de las normas y criterios de la calidad del agua para consumo humano en cada localidad.

En la determinación del puntaje para la Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable se tiene la siguiente clasificación:

Rango de Puntaje	Calificación
0 - 10	Favorable
10.1 - 40	Favorable con Requerimientos
40.1 - 100	Desfavorable

Para la vigencia 2021 se obtuvo una calificación total departamental de 7.1 (Favorable), En el ámbito urbano un valor de 3.3 (Favorable) y en el ámbito rural un puntaje de 42.3 (Desfavorable).

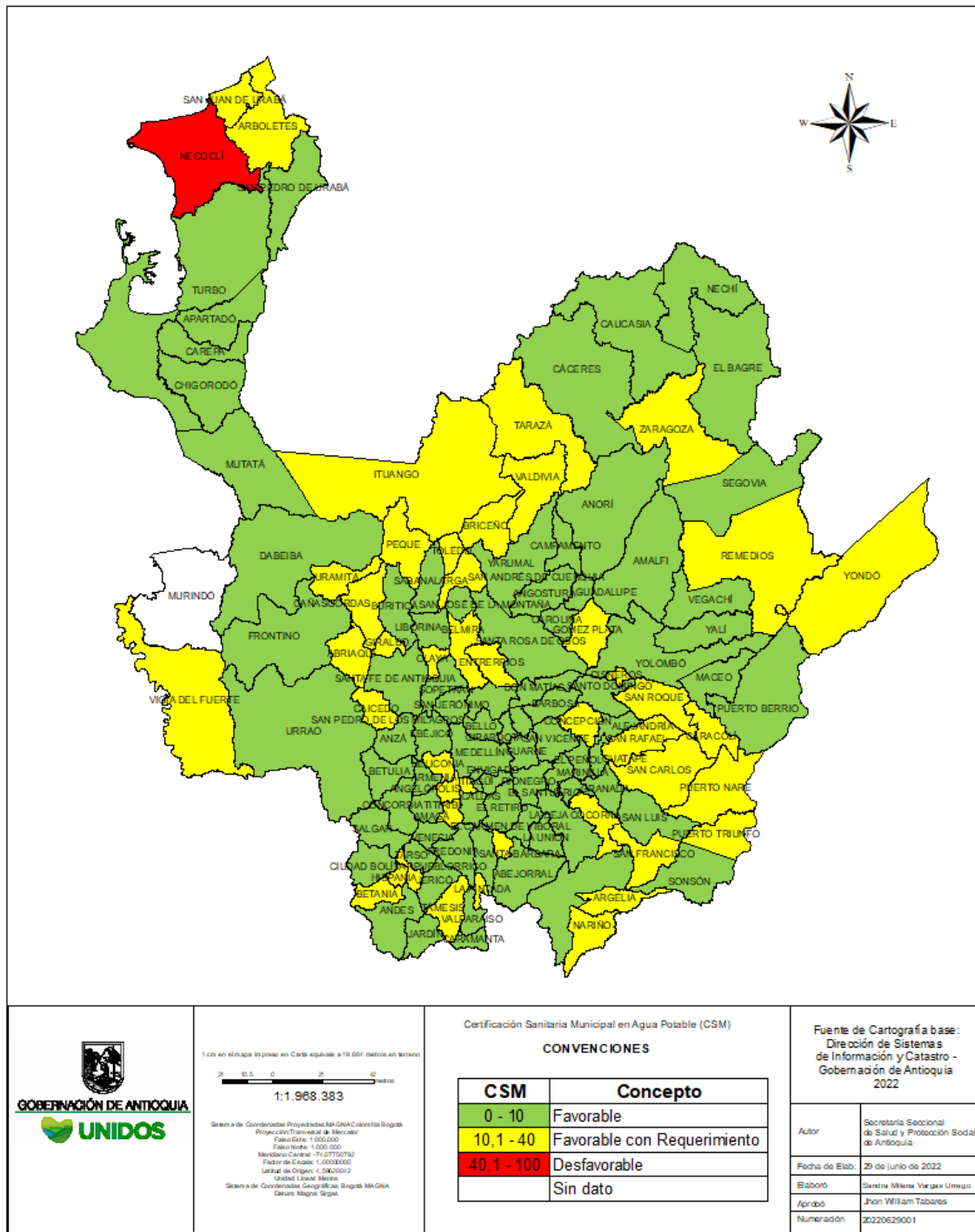
La Calificación Total Municipal obtenida por cada localidad de la Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable -CSM-, se registra en el siguiente mapa para la vigencia 2021







Mapa 19. Certificación sanitaria municipal Urbana en agua potable por municipio. Antioquia 2021

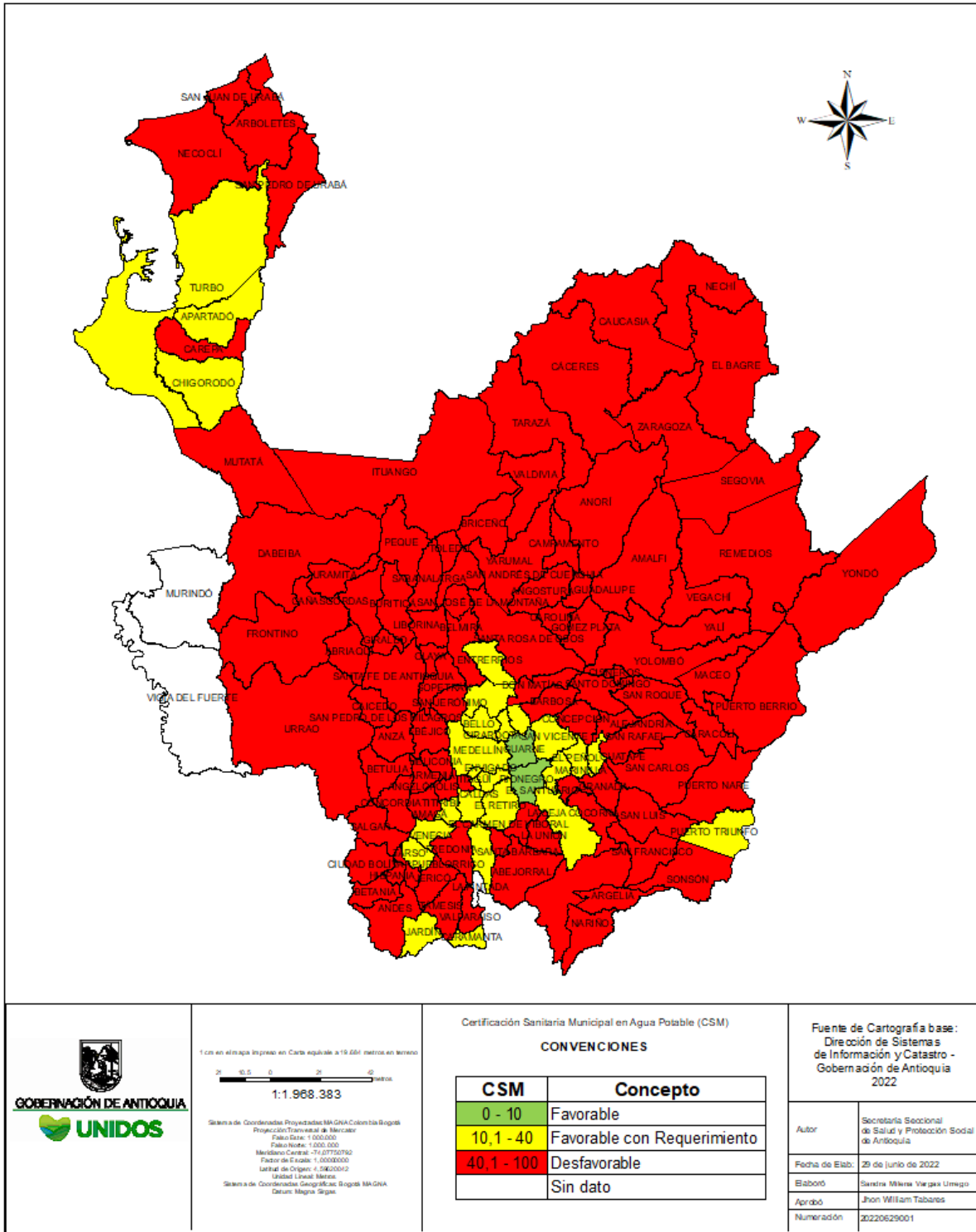


Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La Calificación Rural Municipal obtenida por cada localidad de la Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable -CSM-, se registra en el siguiente mapa para la vigencia 2021



Mapa 20. Certificación sanitaria municipal Rural en agua potable por municipio. Antioquia 2021



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



## 2.3.4. Cobertura de alcantarillado

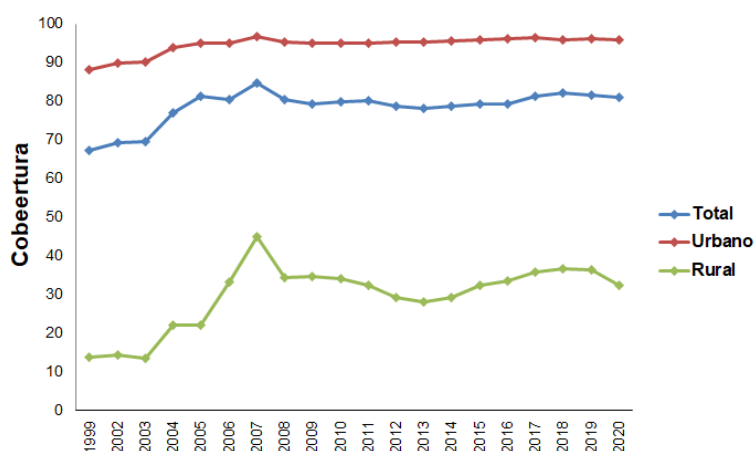
En Antioquia la cobertura total de alcantarillado para la vigencia 2020 alcanza un valor del 80.93% mientras que para el país es del 63%<sup>18</sup>, siendo superior para el Departamento. La subregión del Valle de Aburrá es la única que presenta una cobertura superior al promedio departamental, con un 95,49%. Las demás subregiones del Departamento están por debajo del promedio departamental, siendo las subregiones del Nordeste (46.90%) y Occidente (45.55%) las más rezagadas.

En el ámbito urbano se han incrementado las coberturas del servicio de alcantarillado pasando de 95% en el 2005 a 95.77% en el 2020, mientras que para la Colombia es del 81 % para la misma vigencia. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (98,09%), Norte (96,54%) y Oriente (98,3%), siendo las subregiones del Bajo Cauca (75,67%); Nordeste (78,22%) y Urabá (82.68%) las más rezagadas.

En el área rural, las coberturas han presentado aumento en el período, pasando de 33,6% en el 2015 a 32.50% en el 2020, mientras que para la Colombia es del 16 % para la misma vigencia. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (75.01%) y Magdalena Medio (39.84%) y las subregiones más rezagadas son Bajo Cauca (21.85%), Nordeste (10.32%), Norte (9.85%); Occidente (11.88%), Oriente (8.71%), Suroeste (19.78%) y Urabá (13.18 %) para el mismo año.

En la siguiente grafica se registra el comportamiento de la cobertura total, urbana y rural de alcantarillado en el Departamento de Antioquia durante el periodo 1999 al 2020

Figura 126. Comportamiento Cobertura de Alcantarillado- Total, Urbano y Rural -Antioquia 1999- 2020



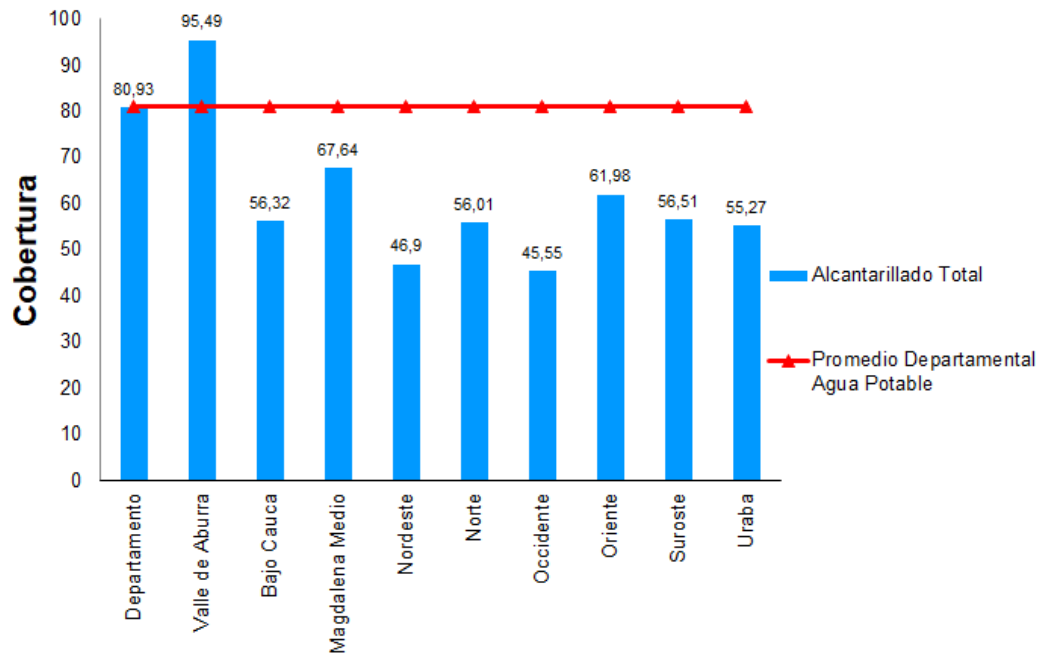
Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia

<sup>18</sup> Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - Informe Nacional de Coberturas de los Servicios Públicos de Acueducto, Alcantarillado y Aseo- 2020



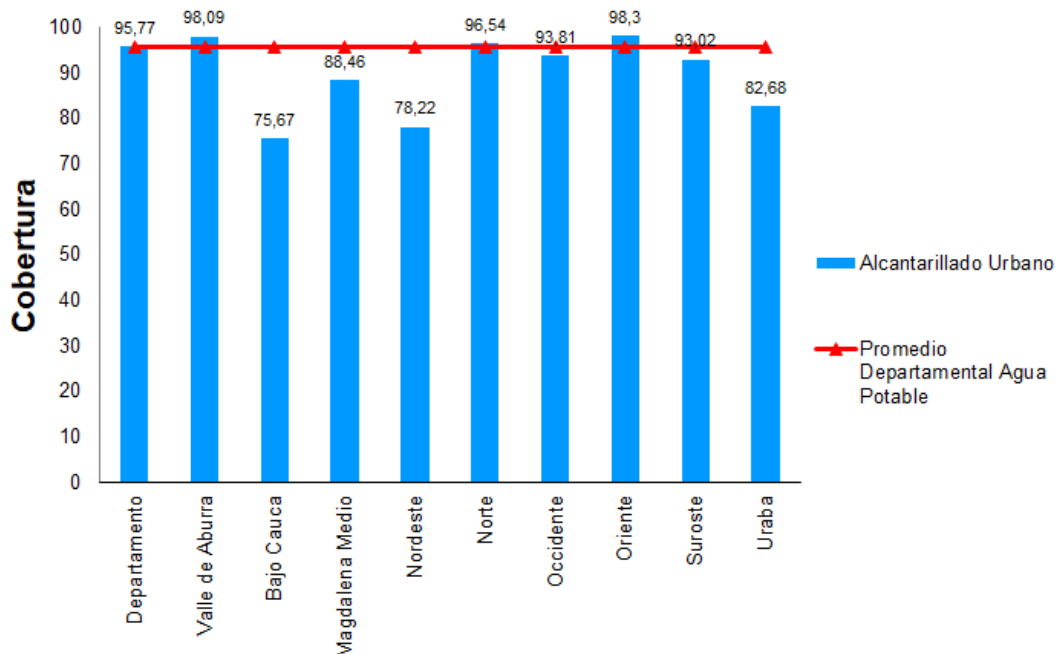
En las siguientes gráficas se registra la cobertura Total, Urbana y Rural de acceso al servicio de alcantarillado en el Departamento de Antioquia por subregión para la vigencia 2020.

Figura 127. Cobertura Total de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2020



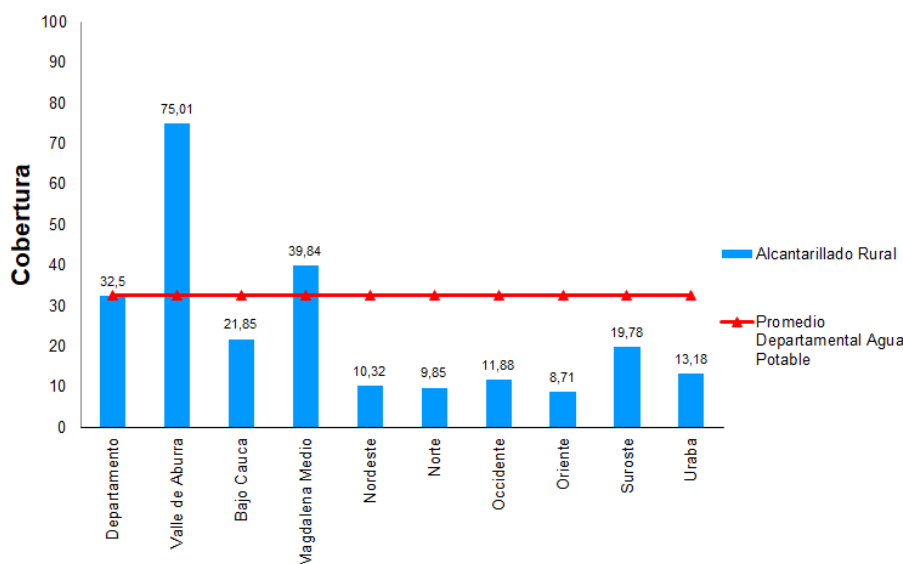
Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – 2020

Figura 128. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2020



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – 2020

Figura 129. Cobertura Rural de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2020



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – 2020

### 2.3.5. Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada:

En Antioquia el valor de este índice es 13,1% y en Colombia es 11,7%, siendo inferior para la nación.

### 2.3.6. Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas:

En Antioquia el valor de este índice es 14,3% y en Colombia es 11,6%, siendo superior en el Departamento. La disposición inadecuada de las excretas es una de las principales causas de enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias, particularmente en la población infantil y en áreas rurales, donde no se cuenta un adecuado abastecimiento de agua, ni instalaciones para el saneamiento básico.

### 2.3.7. Cobertura de Aseo

En Antioquia la cobertura total de aseo para la vigencia 2020 alcanza un valor del 87,86% mientras que para el país es del 64%<sup>19</sup>, siendo superior para el Departamento. La subregión del Valle de Aburrá es la única que presenta una cobertura superior al promedio departamental, con un 96,47%. Las demás subregiones del Departamento están por debajo del promedio departamental, siendo las subregiones del Norte (64,88%) y Occidente (53,05%) las más rezagadas.

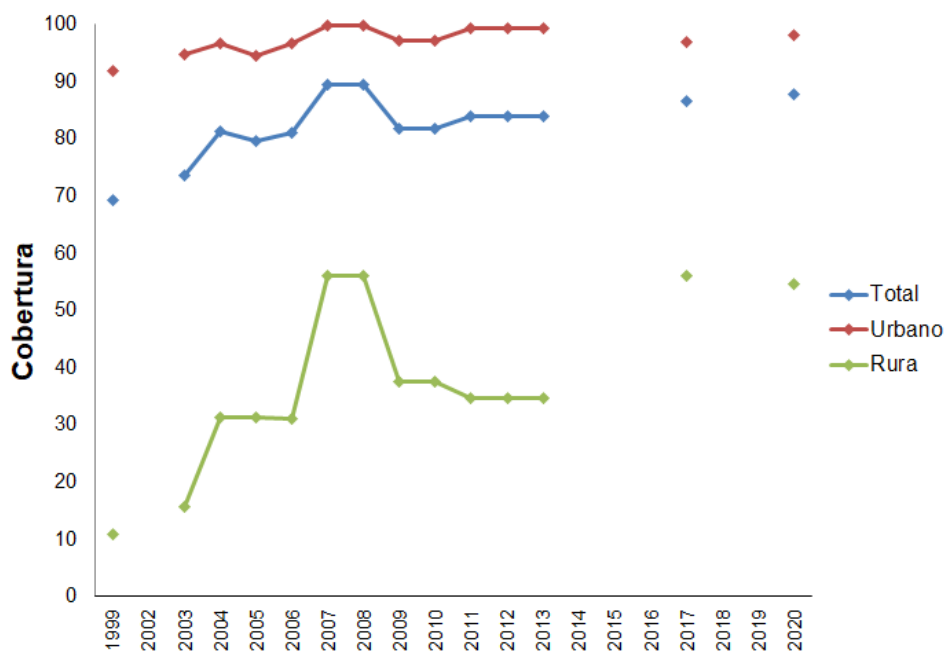
<sup>19</sup> Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - Informe Nacional de Coberturas de los Servicios Públicos de Acueducto, Alcantarillado y Aseo- 2020

En el ámbito urbano se han incrementado las coberturas del servicio de alcantarillado pasando de 79.6% en el 2005 a 98.04% en el 2020, mientras que para la Colombia es del 81 % para la misma vigencia. Las subregiones que presentan valores inferiores al promedio departamental son: Valle de Aburra (97.74%) y Urabá (97.81

En el área rural, las coberturas han presentado aumento en el período, pasando de 31.3% en el 2005 a 54.64% en el 2020, mientras que para la Colombia es del 20 % para la misma vigencia. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (86.42%), Magdalena Medio (67.18 %) y las subregiones más rezagadas son Bajo Cauca (31.1) y Occidente (21.11%) para el mismo año.

En la siguiente grafica se registra el comportamiento de la cobertura total, urbana y rural de aseo en el Departamento de Antioquia durante el periodo 1999 al 2020. Durante los años 2014, 2015, 2016, 2018 y 2019 no se reportan datos en el Anuario Estadístico de Antioquia.

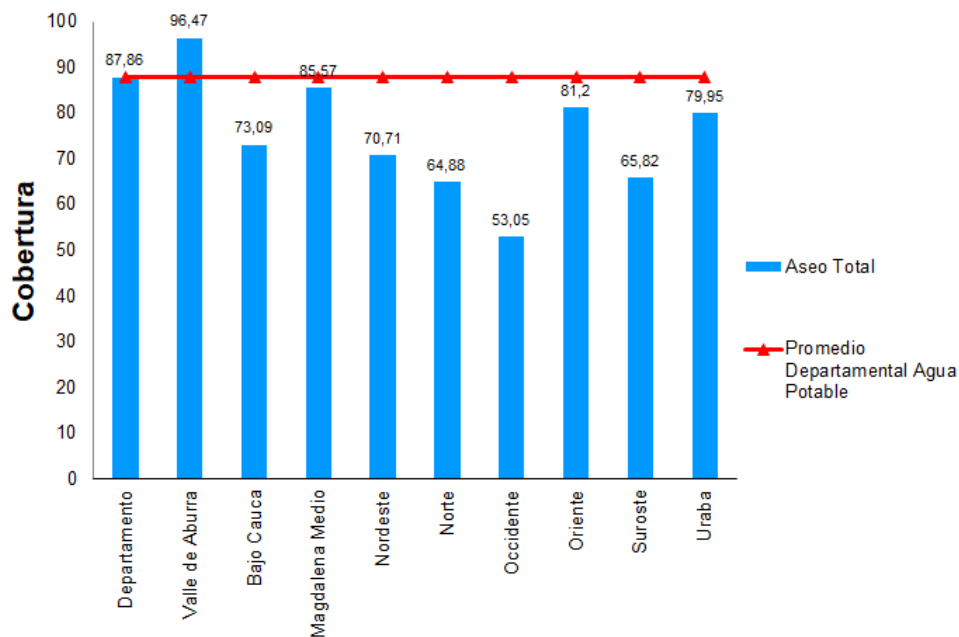
Figura 130. Comportamiento Cobertura de Aseo- Total, Urbano y Rural -Antioquia 1999- 2020



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia

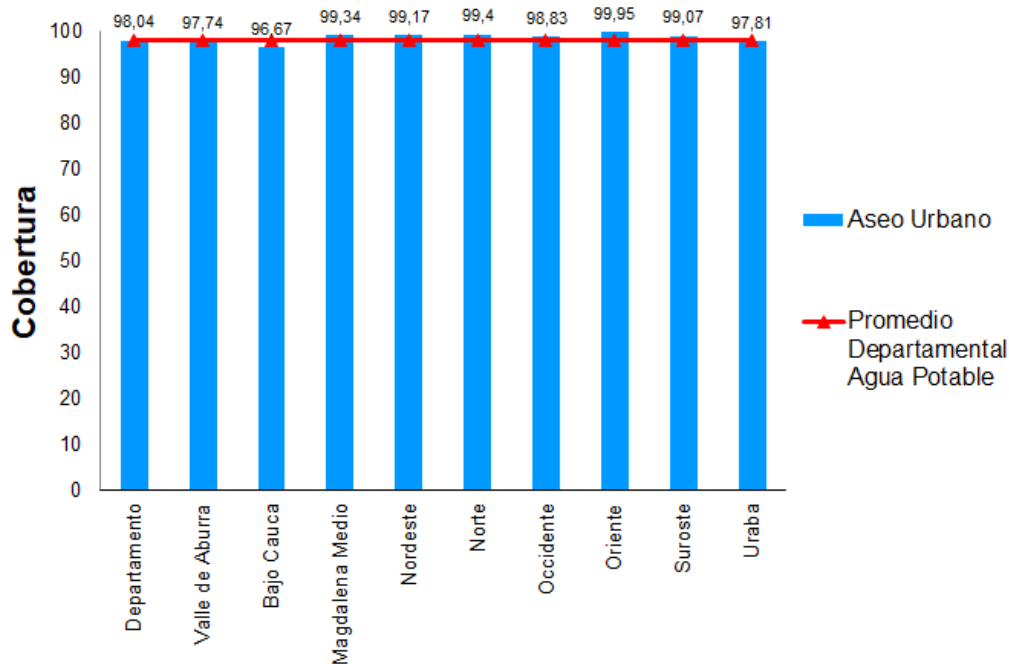
En la siguientes graficas se registra la cobertura Total, Urbana y Rural de acceso al servicio de alcantarillado en el Departamento de Antioquia por subregión para la vigencia 2020.

Figura 131. Cobertura Total de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2020



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia

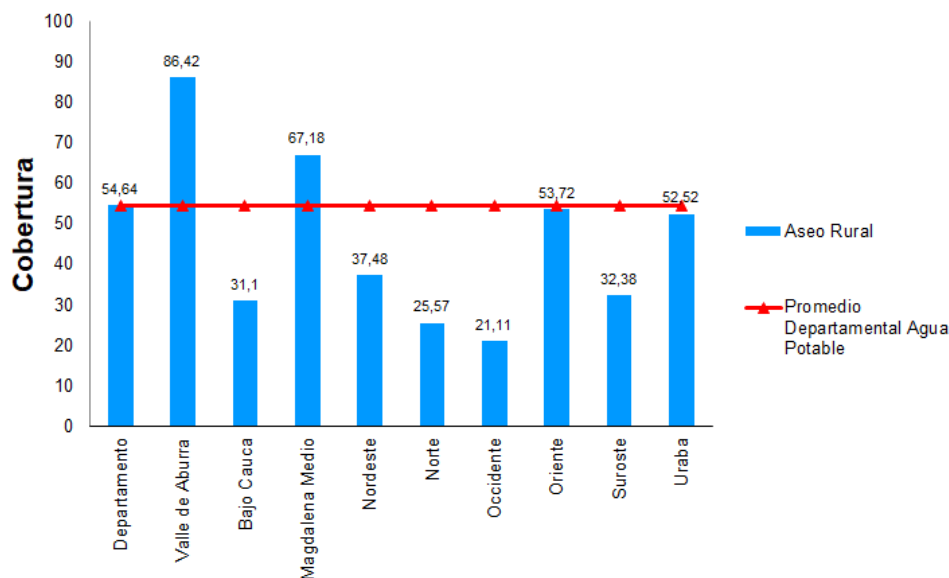
Figura 132. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2020



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia



Figura 133. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2020.



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia

Al comparar las condiciones de vida del departamento de Antioquia con las condiciones del país, se encuentran diferencias en los indicadores, tales como que la cobertura de electricidad, acueducto y alcantarillado, son mayores en Antioquia, no obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 52. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida. Antioquia, 2005 – 2020

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Antioquia
Cobertura de servicios de electricidad	96,9	99,4
Cobertura de acueducto	71,1	90,3
Cobertura de alcantarillado	63,0	80,9
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	8,6	6,7
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	11,7	13,1
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	11,6	14,3

Fuente: Índice de Cobertura de Energía Eléctrica - ICEE 2018, Información disponible a nivel departamental acueducto y alcantarillado Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP DANE. Indicadores de pobreza multidimensional.

Al revisar las coberturas de servicios de electricidad, acueducto, alcantarillado y aseo de los de los 125 municipios del Departamento, se evidencia en las cabeceras presentan coberturas del 99.91% en electricidad y del 97,82% para el área rural, la diferencia entre estos no es estadísticamente significativa; en cuanto a la cobertura de acceso al servicio acueducto, se observa que el área urbana presenta una cobertura del 97,99%, mientras que el área rural es del 65.13%. Con relación al acceso al agua potable para el área urbana se presenta una cobertura del 96.97% y del 35.72% en la zona rural. Con relación al acceso a la cobertura de alcantarillado se presenta para el área urbana un porcentaje de 95.77% y de 3.25% en la zona rural. Con relación al sistema de aseo residencial se presenta el área urbana una cobertura del 98.04% y del 56.07 % en la zona rural.

Así mismo, existiendo en el área rural una baja cobertura en acueducto, acceso al agua potable, alcantarillado y aseo, lo que incide para que en el departamento de Antioquia se presenten riesgos para las enfermedades transmitidas por aguas contaminadas, si se tiene en cuenta las bajas coberturas de acueducto y de alcantarillado.

Tabla 53. Cobertura de acceso a servicios públicos según desagregación urbano-rural. Antioquia, 2020

Determinantes intermedios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	99,9	97,8
Cobertura de acueducto	97,9	65,1
Cobertura de alcantarillado	95,8	32,5

Fuente: Índice de Cobertura de Energía Eléctrica - ICEE 2018, Información disponible a nivel departamental acueducto y alcantarillado

Es importante para el Departamento, aumentar las coberturas totales de acceso del servicio de acueducto, agua potable y saneamiento básico (alcantarillado, plantas tratamiento de aguas residuales, acceso al servicio de aseo y disposición final de residuos) especialmente en las zonas rurales, dado que contribuye en forma determinante en la calidad de vida de la población.

Se plantea, como objetivo al 2023, que el departamento de Antioquia contribuya a aumentar las coberturas de acceso al servicio de acueducto, agua potable y saneamiento básico en el ámbito rural mediante una correcta gestión (planeación, gestión de proyectos y ejecución de recursos de manera eficiente), el fortalecimiento de la articulación transectorial, la asistencia técnica adecuada en los aspectos relacionados con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la vigilancia en salud pública y control de los factores de riesgo ambientales en la zona rural, adaptación de la normatividad al contexto regional para esquemas de suministro de agua potable que garantizan la sostenibilidad, organismos de control con capacidad de respuesta, fortalecimiento del sistema de información sanitario de los sistemas de acueducto, gestión eficiente de aspectos ambientales que dificultan el suministro de agua potable con lo cual se contribuye a la disminución de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (cáncer) y las

transmisibles (enfermedades diarreicas, Hepatitis A, Cólera, Leptospirosis, intoxicaciones químicas, fluorosis, etc.)

Para el establecimiento de indicadores de resultado y de producto, asociados a la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, por parte de las autoridades sanitarias se tuvo en cuenta las diferentes metas establecidas a nivel mundial, nacional, así como las políticas establecidas a en el territorio nacional que se detallan a continuación:

- El Objetivo de Desarrollo Sostenible número 6 “Agua Limpia y Saneamiento” para garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos, una de cuyas metas es “De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos...”
- Plan de Desarrollo Nacional “Pacto por la calidad y eficiencia de los servicios públicos” el cual tiene como meta “Tres millones de colombianos nuevos con agua potable y manejo de aguas residuales” y “11.867 nuevas personas con acceso a soluciones adecuadas de agua potable.”
- Agua al Campo; Programa del Gobierno Nacional que busca, a través del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, cerrar las brechas en materia de cobertura, continuidad y calidad en las zonas rurales del país, el cual tiene planteada la siguiente meta “... Al 2022, con Agua al Campo se espera incrementar la cobertura en acueducto y alcantarillado en los municipios priorizados, pasando del 24% al 40% en acueducto y del 10% al 22% en alcantarillado...”
- Los Objetivos del Plan Decenal de Salud Pública de la Dimensión de Salud Ambiental componente Hábitat Saludable: “Reducir las brechas de inequidad en el acceso al agua potable, coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo”.
- Política para el suministro de agua potable y saneamiento básico en la zona rural. Documento CONPES 3810 del 2014.
- Los objetivos sanitarios desarrollados para el Plan Territorial en Salud 2020-2023.
- El objetivo del componente 1. Antioquia Hábitat Sostenible de la Línea Estratégica 3. Nuestro Planeta del anteproyecto del Plan de Desarrollo “Unidos por la Vida 2020 – 2023” de “Construir un hábitat sostenible para Antioquia a través de la generación, mejoramiento, titulación y legalización de viviendas, el acceso a agua potable, saneamiento y aseo, así como la consolidación de la infraestructura física de los municipios del Departamento como garantía de equidad social y territorial...”

### 2.3.8. Indicadores de resultado Plan Territorial de salud

Los indicadores estipulados en el Plan Territorial de Salud para la evaluación de las gestiones realizadas para el fortalecimiento de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y propender que esta es suministrada a la comunidad sea apta para su consumo son los siguientes:



- Índice de Riesgo Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) Urbano
- Índice de Riesgo Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) Rural

### Indicadores de Producto:

- Muestras analizadas para evaluar el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano y Uso Recreativo
- Acueductos vigilados, inspeccionados y controlados en los Municipios

### Estableciendo como metas a implementar para su cumplimiento las siguientes estrategias:

- Fortalecimiento del programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y uso recreativo con los insumos de equipos, necesarios para garantizar la vigilancia sanitaria.
- Fortalecimiento del recurso humano encargado del programa de vigilancia sanitaria mediante la asesoría y asistencia técnica y la certificación de competencia laborales en toma de muestras.
- Descentralización del manejo del Sistema de Información para la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano (SIVICAP)
- Fortalecimiento de la coordinación intersectorial, a través de la mesa de agua potable y saneamiento básico del Comité Territorial de Salud Ambiental del Departamento de Antioquia (COTSADA); La mesa de relacionamiento de las autoridades sanitarias del Departamento y Empresas Públicas de Medellín y la Sala Especializada de Piscinas y Estructuras Similares del departamento de Antioquia (SEPISA).
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante las emergencias sanitarias por problemas de salud pública y/o fenómenos de variabilidad climática.
- Reglamentación del instrumento metodológico para la elaboración de plan de trabajo correctivo para la reducción del riesgo como parte del proceso de la implementación del mapa de riesgo de agua para consumo humano.
- Implementación del protocolo de vigilancia de calidad del agua para prestadores rurales, reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 622 de 2020.

### Las acciones específicas que se adelantan por las autoridades sanitarias para desarrollo la implementación de las estrategias incluyen los siguientes aspectos:

- Visitas de inspección sanitaria a los sistemas de acueductos urbanos y rurales.
- Elaboración del plan de acción y seguimiento, para atender emergencia por desabastecimiento de agua, en los sistemas de acueductos, por fenómenos de variabilidad climática, que incluyen las siguientes acciones:
- Conocimiento de la emergencia
- Solicitar la activación y socialización del plan de contingencia a las personas prestadoras del





- servicio público de acueducto
- Elaborar y remitir informe de la emergencia en el formato preestablecido.
  - Coordinación intersectorial (Comité Municipal de Gestión del Riesgo, Puesto de Mando Unificado (PMU), mesa de seguimiento de la Gobernación de Antioquia)
  - Participar en el Comité de Vigilancia Epidemiológica municipal
  - Seguimiento de casos Malaria, Dengue y EDA
  - Acciones de información, educación y comunicación (IEC)
  - Realizar censo de los carros y tanques de almacenamiento provistos para el suministro de agua a la comunidad
  - Vigilancia sanitaria de la calidad del agua suministrada (control de pH, cloro residual libre, presencia y ausencia de coliformes totales y E-Coli.
  - Controles a carro tanques y tanques de almacenamiento
  - Participar en la identificación y definición de propuestas alternativas para el suministro de agua.
  - Certificación de la calidad del agua suministrada al 100 % de las personas prestadoras de servicio público en el ámbito urbano, teniendo como base el Índice de Riesgo de Calidad del Agua Potable (IRCA), acorde con las directrices emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, notificándose a las personas prestadoras del servicio público de acueducto, administraciones municipales, direcciones locales de salud, la Procuraduría General y la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, para lo de su competencia, para los acueductos rurales se realiza a demanda. Igualmente, se elabora consolidado departamental con la información de los municipios categorías Especial, 1, 2 y 3 “IRCA Acueductos Urbanos Antioquia, 2019” para su publicación en la página web de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.
  - Certificación Sanitaria Municipal de la Calidad del Agua Potable al 100 % de los municipios, teniendo como base el Índice Promedio Ponderado, de acuerdo al número de suscriptores de los todos los sistemas de acueducto en cada localidad del Índice de Riesgos de Calidad del Agua Potable (IRCA), el Índice de Riesgo de Abastecimiento (IRABA) y las Buenas Prácticas Sanitarias (BPS), notificándose a las administraciones municipales.
  - Elaboración Plan de Contingencia Aislamiento y Respuesta ante presencia del nuevo coronavirus SARS COV2/COVID-19 en el componente de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y uso recreativo y la remisión de orientaciones a los referentes de los 125 municipios del Departamento.
  - Asesoría presencial para la descentralización del manejo del sistema de información para la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano – SIVICAP, nueva versión, a cincuenta referentes de los municipios.
  - Contratación de los análisis de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano de los sistemas de acueductos urbanos y uso recreativo.
  - Participación en la mesa de relacionamiento entre las autoridades sanitarias y las Empresas Públicas de Medellín (EPM), sobre temas relacionados con la calidad del agua para consumo humano.

- Trámite del 100% de las autorizaciones sanitarias favorables para la concesión de aguas para consumo humano.
- Elaboración de mapas de riegos de agua para consumo humano en los municipios priorizados acorde con la metodología establecida por la Resolución 4716 de 2010 del Ministerio de Salud y Protección Social: a) Actualización; b) Expedición acto administrativo; c) Socialización proceso actores, visita de inspección ocular; d) Monitoreo en bocatoma y red, e) Seguimiento sistemas Valle de Aburrá.
- Campañas promoción de las condiciones sanitarias del agua.

### 2.3.9. Componente salud ambiental y cambio climático

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado a la contaminación atmosférica como el principal riesgo ambiental para la salud en las Américas, sus riesgos y efectos en la salud no están distribuidos equitativamente en la población, es así que las personas con enfermedades previas, los niños menores de cinco años y los adultos entre 50 y 75 años de edad son los más afectados, al igual que las personas pobres de bajos recursos, aquellas que viven en situación de vulnerabilidad, las mujeres embarazadas y sus hijos, las personas que utilizan estufas tradicionales de biomasa para cocinar y calentarse<sup>20</sup>.

Para Colombia, el Estudio de Carga de Enfermedad Ambiental, realizado por el Observatorio Nacional de Salud-ONS del Instituto Nacional de Salud-INS, ubica a la contaminación atmosférica como el principal factor de riesgo ambiental, por encima de la mala calidad del agua y la exposición a metales tóxicos o peligrosos, y con el potencial de ocasionar 15.681 muertes anuales en Colombia en el año 2016, asociadas a diferentes enfermedades respiratorias, cardíacas y cerebro vasculares<sup>21</sup>.

La información de calidad de aire se genera a partir de las estaciones de monitoreo asociadas a los Sistemas de Vigilancia, administrados por las Corporaciones Autónomas Regionales y Autoridades Ambientales de los grandes centros urbanos y al Subsistema de Información Sobre Calidad del Aire –SISAIRE, durante el año 2020 en el departamento de Antioquia, operaron 60 estaciones de monitoreo entre fijas e indicativa<sup>22</sup>

<sup>20</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). Calidad del aire. <https://www.paho.org/es/temas/calidad-aire>

<sup>21</sup> Instituto Nacional de Salud (INS), Observatorio Nacional de Salud (ONS), Carga de Enfermedad Ambiental; Décimo Informe Técnico Especial. Bogotá, D.C., 2018.

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/10%20Carga%20de%20enfermedad%20ambiental%20en%20Colombia.pdf>

<sup>22</sup> (SISAIRE - IDEAM, n.d.) Consulta de mediciones disponibles 2020.

<http://sisaire.ideam.gov.co/ideam-sisaire-web/consultas.xhtml>



Tabla 54. Estaciones de monitoreo de calidad del aire por Autoridad Ambiental – 2018.

AUTORIDAD AMBIENTAL	NÚMERO DE ESTACIONES	MUNICIPIOS EVALUADOS
<b>ESTACIONES DE MONITOREO FIJAS</b>		
AMVA	41	Barbosa (3), Bello (3), Caldas (2), Copacabana (2), Envigado (1), Girardota (2), Itagüí (5), La Estrella (2), Medellín (17), Sabaneta (4)
CORANTIOQUIA	3	Caucasia, Envigado, Medellín
CORNARE	1	Guarne
<b>ESTACIONES DE MONITOREO INDICATIVAS</b>		
CORANTIOQUIA	31	Amagá, Caldas, Copacabana, Don Matías, El Bagre, Entreríos, Envigado, Fredonia, Girardota, Itagüí, Jericó, La Estrella, La Pintada, Liborina, Olaya, Puerto Berrío (2), Medellín, San Jerónimo, Segovia, Sopetrán, Santa Bárbara, Santa Rosa Osos, Tarso, Titiribi, Vegachí, Yarumal.

Fuente: IDEAM. Informe del estado de la calidad del aire en Colombia 2018.

La contaminación atmosférica ambiental se deriva principalmente de la quema de combustibles fósiles, los procesos industriales, la incineración de residuos, las prácticas agrícolas y los procesos naturales como los incendios, las tormentas de polvo y las erupciones volcánicas. Las principales fuentes de contaminación atmosférica varían de las áreas urbanas a las áreas rurales, aunque ninguna, es estrictamente hablando, más segura.

Basada en las evidencias de los efectos sobre la salud según la exposición a la contaminación del aire, la Organización Mundial de la Salud-OMS actualizó la guía de calidad de aire el año 2005 2021 donde se recomienda, basada en las evidencias de los efectos sobre la salud según la exposición a la contaminación del aire, una exposición anual máxima de 20 15  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  para  $\text{PM}_{10}$  y una exposición anual máxima de 10 5  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  para  $\text{PM}_{2,5}$ . Así mismo, la OMS incluye valores criterio para  $\text{CO}_2$  para exposición a corto tiempo de 10  $\text{mg}/\text{m}^3$  en 8 horas. Según la OMS casi el 80% de las muertes relacionadas con las  $\text{PM}_{2,5}$  podrían evitarse en el mundo si los niveles actuales de contaminación del aire se redujeran a los propuestos por las directrices actualizadas. Al mismo tiempo, la consecución de las metas intermedias daría lugar a una reducción de la carga de morbilidad, cuyo mayor beneficio se observaría en los países con altas concentraciones de partículas finas ( $\text{PM}_{2,5}$ ) y territorios sobrepoblados. ya que por cada 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  para  $\text{PM}_{2,5}$  sobre el valor límite incrementa el riesgo relativo en mortalidad en un 6,2% y por cada incremento de 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  en la concentración diaria de  $\text{PM}_{10}$ , el riesgo de mortalidad prematura, relacionadas con la contaminación del aire, por este contaminante en un 0,5%<sup>23</sup>.

## Mortalidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 249.000 muertes prematuras fueron atribuibles a la contaminación del aire exterior y alrededor de 83.000 muertes

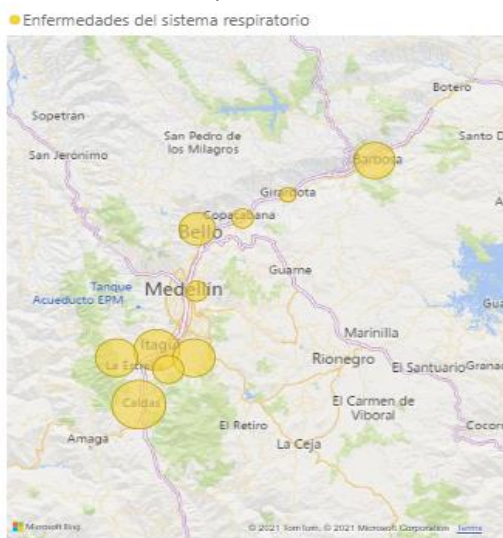
<sup>23</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre. 2006. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/air-quality/publications/pre2009/air-quality-guidelines.-global-update-2005.-particulate-matter,-ozone,-nitrogen-dioxide-and-sulfur-dioxide>

prematuras fueron atribuibles a la contaminación del aire debido al uso de combustibles sólidos, en la vivienda en las Américas en 2016<sup>24</sup>.

En un análisis por factor de riesgo y enfermedad, se observa que la fracción atribuible de PM<sub>2,5</sub> para la enfermedad isquémica del corazón, para la carga total de esta enfermedad es de 15,8% a nivel nacional, y de 17,1% para el departamento de Antioquia<sup>25</sup>.

Según investigación realizada por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), donde se estableció la asociación entre el promedio diario de PM<sub>10</sub>, PM<sub>2,5</sub> y Ozono (O<sub>3</sub>) y la mortalidad según eventos centinela respiratorios y cardiovasculares en los 10 municipios del Valle de Aburrá, para el municipio de Medellín los porcentajes de incremento en las muertes por cada 10 µg/m<sup>3</sup> de exposición de corto plazo a PM<sub>10</sub> fueron de 0,5% por todos los eventos centinela en todas las edades, de 0,6% igualmente por todos los eventos, pero en la población de 65 años y más, de 0,3% en esta última población debido a enfermedad respiratoria. Así mismo, la distribución de las defunciones por eventos centinela de tipo crónico fue mayor para los municipios de Caldas y Copacabana. Por otro lado, el AMVA determinó que entre los años 2008-2017 se presentaron 184.519 defunciones de las cuales el 13,2 % correspondieron a eventos centinela de tipo crónico. El 91,7 % se debieron a enfermedades del sistema respiratorio y los tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos Medellín, Bello, Itagüí y Envigado contribuyeron con el 90,6 % de las defunciones.<sup>26</sup>

**Mapa 21.** Visualización de defunciones causadas por enfermedades relacionadas con la calidad del aire en el Área Metropolitana 2018.



Fuente: Plataforma SIVISA, <https://sivisa.metropol.gov.co/Eventos-de-Salud/Mortalidad#gsc.tab=0>

<sup>24</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). Calidad del aire. <https://www.paho.org/es/temas/calidad-aire>

<sup>25</sup> Instituto Nacional de Salud (INS), Observatorio Nacional de Salud (ONS), Carga de Enfermedad Ambiental; Décimo Informe Técnico Especial. Bogotá, D.C., 2018.

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/10%20Carga%20de%20enfermedad%20ambiental%20en%20Colombia.pdf>

<sup>26</sup> Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Contaminación atmosférica y sus efectos sobre la salud de los habitantes del Valle de Aburrá. 2018



**Tabla 55.** Magnitud del riesgo de muertes por eventos centinela asociado al incremento de 10 µg/m<sup>3</sup> en el promedio diario de PM<sub>10</sub>, PM<sub>2.5</sub> y O<sub>3</sub>, Medellín 2008-2016 (rezagos 0-7)

Contaminante	Edad	Evento centinela		
		Respiratoria % incremento del riesgo	Circulatoria % incremento del riesgo	Todos los eventos % incremento del riesgo
PM <sub>10</sub>	65 o más años	0,3	0,8	0,6
	Menores de 65	1,0	1,2	0,3
	Todas	2,1	SA	0,5
PM <sub>2.5</sub>	65 o más años	S.A	0,3	0,4
	Todas	S.A	S.A	0,2
	65 o más años	S.A	0,8	0,3
O <sub>3</sub>	Menores de 65	S.A	0,9	S.A
	Todas	0,3	0,4	0,3

Fuente: Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Contaminación atmosférica y sus efectos sobre la salud de los habitantes del Valle de Aburrá. 2018

## Morbilidad

Hay efectos de la contaminación del aire sobre la salud a corto y largo plazo, siendo la exposición a largo plazo la más significativa para la salud pública, aumentando la carga de morbilidad derivada de accidentes cerebrovasculares, tumores de pulmón/traque/laringe y neumopatías crónicas y agudas, entre ellas el asma.

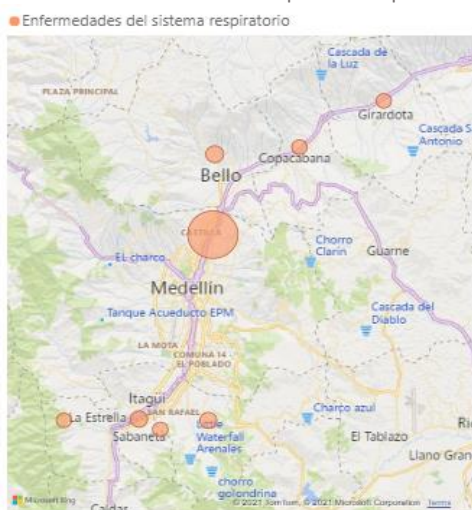
El análisis global para el Valle de Aburrá, según la investigación de los efectos en la salud de los habitantes del Valle de Aburrá, relacionados con la contaminación atmosférica 2008 a 2017 por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), evidencia una alta heterogeneidad en las estimaciones de los riesgos de enfermedad para los 9 municipios con resultados válidos a excepción del municipio de Barbosa, en los menores de 5 años, los incrementos de 10 µg/m<sup>3</sup> en PM<sub>10</sub> aumentan significativamente el 6% los casos de enfermedades respiratorias en el mismo día de la exposición; estos casos se incrementan igualmente en 12,8% con una exposición acumulada de 15 días. En el caso de la exposición a PM<sub>2.5</sub> el mismo día, se evidencia aumento de 9% y de 25% para el rezago de 15 días en los casos de enfermedad respiratoria por incrementos de 10 µg/m<sup>3</sup> en el contaminante<sup>27</sup>.

El análisis de morbilidad por eventos centinela (respiratorios y circulatorios) asociados a la exposición aguda a PM<sub>10</sub>, PM<sub>2.5</sub> y O<sub>3</sub>, el estudio del AMVA, indica relación para los 10 municipios del Valle de Aburrá entre enfermedades respiratorias y los tres contaminantes analizados, y relación entre enfermedades circulatorias y los contaminantes PM<sub>2.5</sub> y O<sub>3</sub>. En todos los análisis se enfatizó en la interpretación de indicador de rezago acumulado de 0 hasta 15 días (0-15) del contaminante, y rezago puntual, y en algunos eventos para específicos grupos de edad, teniendo en cuenta el incremento de 10 µg/m<sup>3</sup> en la concentración. Finalmente, el AMVA concluyó que los años 2008-2017 se presentaron 810.007 casos de eventos crónicos, predominantes en los adultos

<sup>27</sup> Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Informe ejecutivo Avances del Sistema de Vigilancia en Salud Ambiental componente aire y salud y resultados investigación Efectos crónicos en la salud de los habitantes del Valle de Aburrá relacionados con la contaminación atmosférica 2008 a 2017. 2018

y adultos mayores. Las enfermedades del sistema respiratorio predominaron en todos los municipios que constituyen el Valle de Aburrá.

**Mapa 22.** Visualización de casos de enfermedades relacionadas con la calidad del aire en el Área Metropolitana. (porcentaje del total de los casos de muertes por municipio 2018)



Fuente: Plataforma SIVISA, <https://sivisa.metropol.gov.co/Eventos-de-Salud/Morbilidad#gsc.tab=0>

**Tabla 56.** Magnitud del riesgo para enfermedad respiratoria, asociada al incremento de 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  en el promedio diario de PM10, PM2.5 y O3, por municipios de AMVA 2008-2015 (rezago 0-15)

Municipio	Población	PM10 % incremento del riesgo	PM2.5 % incremento del riesgo	O3 % incremento del riesgo
Medellín	Menores de 5 años	13	18,3	8,3
	Hombres de 65 o más años	S.A	27,7	1,0
	Mujeres de 65 o más años	0,4	12,6	1,6
Barbosa	Menores de 5 años	21,7	S.A	15,5
	Hombres de 65 o más años	1,8	S.A	S.A
Bello	Menores de 5 años	33,5	S.A	S.A
	Caldas	Menores de 5 años	23,1	29,6
Copacabana	Menores de 5 años	33,8	S.A	S.A
	Envigado	Menores de 5 años	S.A	43,3
Girardota	Hombres de 65 o más años	3,5	19,9	S.A
	Menores de 5 años	6,2	37,2	S.A
Itagüí	Menores de 5 años	22,5	14,4	12,3
	Hombres de 65 o más años	S.A	2	1,6
La Estrella	Menores de 5 años	33,1	25,2	S.A
	Menores de 5 años	4	S.A	S.A
Sabaneta	Mujeres de 65 o más años	3,9	S.A	S.A

Fuente: Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Contaminación atmosférica y sus efectos sobre la salud de los habitantes del Valle de Aburrá. 2018

**Tabla 57.** Magnitud del riesgo para enfermedad circulatoria, asociada a de 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  en el promedio diario de PM2.5 y O3 por grupos poblacionales, Medellín 2008-2015 (rezago 0-15)

Población	PM2.5 % incremento del riesgo	O3 % incremento del riesgo
Hombres de 65 o más años	29,7	8,3
Mujeres de 65 o más años	27,7	9,5

Fuente: Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Contaminación atmosférica y sus efectos sobre la salud de los habitantes del Valle de Aburrá. 2018

A partir del documento “Avance del Plan de Adaptación al Cambio Climático”, construido por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia, se considera importante incluir dentro de los factores de riesgo analizados, los siguientes elementos: el índice de Breteau, con la finalidad de rastrear las subregiones más vulnerables a la ocurrencia de enfermedades transmitidas por el vector *Aedes Aegypti*. Así mismo las fuentes de energía utilizadas para cocción de alimentos (Biomasa) a nivel departamental, debido a que, según la Organización Mundial de la Salud, se considera un factor causante de muchas muertes a nivel mundial.

## El Vector *Aedes Aegypti* como factor de riesgo.

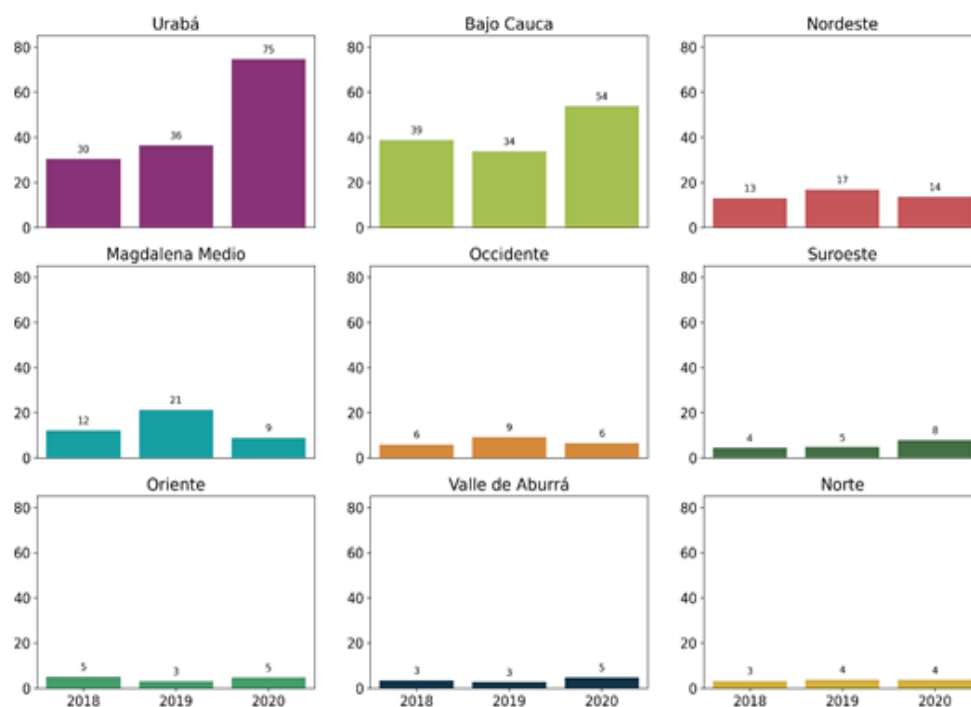
La vigilancia de los vectores es importante para establecer políticas de control, por lo cual la Organización Panamericana de la Salud -OPS, plantea procesos para fortalecer los programas dedicados a la prevención y control del dengue, como una estrategia de mejora en la capacidad de gestión técnica y operativa de las instituciones gubernamentales encargadas de garantizar la sostenibilidad y la capacidad de respuesta frente a la incidencia de dengue en los territorios. Los entes territoriales deben diseñar estrategias sobre el uso y distribución del agua, la eliminación de desechos y el saneamiento básico de manera colaborativa entre los diferentes sectores económicos y la comunidad (OPS, 1995).

Un factor de riesgo de los vectores son los focos de proliferación de mosquitos *Aedes aegypti*, transmisor de enfermedades vectoriales como el dengue, zika y chikungunya. (OMS & Special Programme For Research And Training In Tropical Diseases [TDR], 2010) “tiene una dinámica de transmisión del virus que depende de las interacciones entre el ambiente, el agente, la población de huéspedes y el vector, coexistiendo en un hábitat específico. Por lo cual la magnitud e intensidad de tales interacciones definirán la transmisión del dengue en una comunidad, localidad, municipio o departamento” (Ministerio de Salud y Protección Social & Dirección General de Salud Ambiental, 2011, p. 22) una medida de control del vector es el índice de Breteau que tiene como objetivo “hacer control en la proliferación de larvas pertenecientes a la especie *Aedes aegypti*” (OMS & TDR, 2010).

En Colombia “cerca de 25 millones de personas que habitan en zonas urbanas con transmisión endémica de dengue están en riesgo de adquirir esta enfermedad”. Esto hace que se le dé mayor importancia al control del crecimiento larvario de este vector, cuyo beneficio radica en la disminución de enfermedades vectoriales endémicas cuya atención implica un gasto de recursos importantes al estado” (Ministerio de Salud y Protección Social et al. 2010, p. 21). En Antioquia en el año 2020, las regiones con el mayor Índice de Breteau fueron Urabá con un 74.6 y Bajo Cauca con 53.8. Estas cifras tuvieron un notable incremento entre el 2019 y el 2020, y generan una gran preocupación para el departamento por estar por encima de lo que la OMS considera como alto riesgo (Alarcón et al., 2014).



Figura 134. Comportamiento del vector (Índice de Breteau) en las subregiones de Antioquia.



Fuente: Documento Avance de la formulación del Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental-SSSYPSA & FNPS UdeA. 2020

## Fuente para la cocción de alimentos.

En la preparación de alimentos el uso de combustibles sólidos es una fuente importante de emisiones de carbono negro y es el principal factor de riesgo ambiental de enfermedad (OMS, 2014b). Por lo cual el aire contaminado al interior de los hogares es un fenómeno complejo que depende de las interacciones entre la fuente de contaminación (combustible y tipo de estufa), la dispersión del contaminante (ventilación del hogar) y el tiempo que utilizan los miembros del hogar para estas actividades (OMS, 2014a; ONU, 2003).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la población con mayor exposición por el uso de biomasa y otros combustibles en el hogar utilizados en la cocción de alimentos son las mujeres y los niños dado que estos realizan actividades continuas en la cocina. Esta población es la más vulnerable a padecer enfermedades respiratorias y cardiovasculares agudas y crónicas (accidentes cerebrovasculares, cardiopatías, neumopatía obstructiva crónica y cáncer de pulmón) (OMS, 2018).

En la más reciente edición de Regulatory Indicators for Sustainable Energy (RISE) publicada por el Banco Mundial para el año 2018, el total de países con políticas sólidas para la implementación de energías sostenibles y renovables llegó a triplicar su número, sin embargo, esta organización indica que aún falta estrategias para el uso total energías limpias en las actividades humanas.

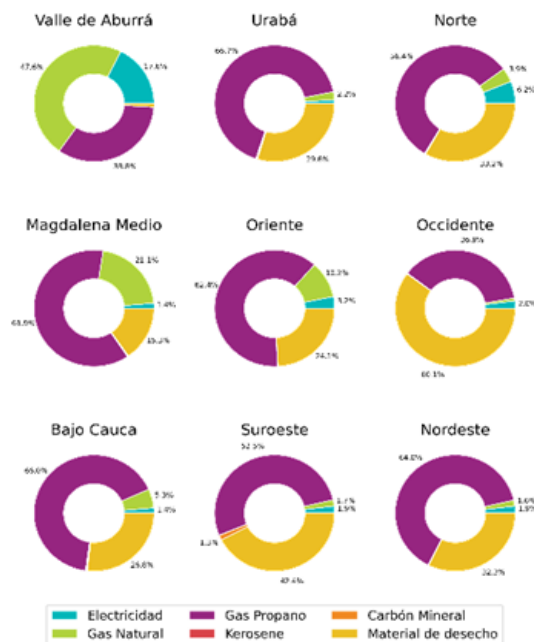


Bank, 2018). En el caso de la cocción de alimentos y el uso de la biomasa y demás combustibles para dicha actividad, es una problemática muy compleja, no solo por el impacto directo en la salud de las comunidades, sino también por el impacto en el cambio climático, al generar emisiones de Gases de Efecto Invernadero (GEI). Para dar solución a esta problemática desde la OMS se ha hecho un llamado a los países miembro a promover y asegurar el uso de combustibles y cocinas limpias y eficientes, teniendo en cuenta que la mayoría de los hogares con ingresos bajos actualmente utilizan este tipo de combustibles para preparar alimentos.

En Colombia se han creado estrategias como el programa de estufas eficientes para cocción con leña del ministerio de ambiente iniciativa que buscaba reducir el número de familias que usaban leña diariamente para cocción el cual eran cercano a 1,6 millones, de los cuales 1,4 millones son familias rurales y las residencial las hornillas eficientes en el año 2013 (El congreso de la República de Colombia, 2014; Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, 2015).

En Antioquia, persisten grandes brechas en cuanto a las fuentes utilizadas en la cocción de alimentos en las diferentes subregiones del departamento. En 2018, el Valle de Aburrá fue la subregión que presentó una mejor calidad de combustibles usados, principalmente, gas natural (47,6%), gas propano (33,8%) y electricidad (17,6), mientras que la subregión Occidente presentó la peor calidad de combustibles usados en la cocción de alimentos, principalmente, material de desecho (60,1%). De igual forma, genera preocupación el uso de material de desecho en un gran porcentaje en todas las subregiones, exceptuando Valle de Aburrá.

Figura 135. Fuente de energía utilizada para la cocción de alimentos.



Fuente: Documento Avance de la formulación del Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental-SSSYPSA & FNSP UdeA. 2020



## Enfermedades y amenazas.

Existen enfermedades asociadas a las amenazas relacionadas con el cambio y la variabilidad climática en la Tabla 71, se resumen los hallazgos de la revisión de reportes científicos de ocurrencia de enfermedades y su relación con amenazas asociadas al cambio y variabilidad climática. En general se observa como las lluvias (cambios en la precipitación) y las variaciones en la temperatura se convierten en uno de los factores que influye de forma significativa en la ocurrencia de los grupos de enfermedades considerados, dentro de los que se destacan la ocurrencia de leptospirosis (Davies et al., 2015) aumento de los casos de fascioliasis tras períodos del ENSO-El niño, aumentos en las trematodiasis (Keiser & Utzinger, 2009), afecciones en el crecimiento asociadas a la escasez de alimentos por disminución en las lluvias (Akresh et al., 2011, Phalkey et al., 2015), incrementos en las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y expansión del vector a nuevas áreas (Cortés, 2010; Delgado Rodríguez, 2015; Githeko et al., 2010; Observatorio en Salud, 2010), entre otras.

Se resalta además la relación entre la variabilidad del clima y la ocurrencia de enfermedades asociadas con las condiciones ambientales, en donde se observa una relación entre las amenazas, sequía, precipitación, temperatura y radiación ultravioleta, con su ocurrencia. En la actualidad estas enfermedades son de gran importancia para el departamento, en especial para la subregión Valle de Aburrá, en la que según el marco del Plan Integral de Gestión de la Calidad del Aire -PIGECA de Antioquia, al aumentar la contaminación del aire se incrementa el riesgo por enfermedades agudas de tipo respiratorio, lo que combinado con las variaciones climáticas generan el aumento en la morbilidad causado por estas enfermedades (Área metropolitana del Valle de Aburrá, 2019).

En la Tabla 72, se asocian para cada subregión las principales enfermedades, teniendo en cuenta las tres mayores amenazas de cada subregión, de lo cual se puede considerar que, para el Valle de Aburrá, la información permite identificar que existe riesgo de ocurrencia de todos los grupos de enfermedades, principalmente de aquellas vehiculizadas por el agua y las zoonóticas, por la ocurrencia de deslizamientos. En el Bajo Cauca, Norte, Occidente, Oriente, Suroeste y el Urabá, se observa que, las enfermedades transmitidas por alimentos, los accidentes ofídicos y las enfermedades asociadas a trastornos mentales son las más relacionadas con los eventos asociados a la amenaza vendaval, sin embargo, es importante resaltar que las otras enfermedades, también presentan riesgos de verse afectadas por eventos asociados.

En cuanto a la Subregión Nordeste, la hipótesis que se plantea es que las enfermedades transmitidas por el agua, las zoonóticas y relacionadas a las condiciones ambientales presentan una mayor ocurrencia con el incremento en la variabilidad del clima por efecto del cambio climático. Adicionalmente, así como la subregión Urabá y el Valle de Aburrá, esta subregión podría presentar riesgo en el aumento de casos de enfermedades transmitidas por vectores y por alimentos.

Tabla 58. Efecto de las amenazas asociadas al cambio y la variabilidad climática sobre algunas enfermedades o grupos de enfermedades.

Grupo de enfermedades	Enfermedades/afecciones a la salud asociadas	Amenazas							
		a	b	c	d	e	f	g	h
Enfermedades vehiculizadas por el agua	Diarrea, disentería, leptospirosis, cólera, gastroenteritis viral y bacteriana	■	■	■	■	■			
Enfermedades transmitidas por alimentos	Cioliasis, disentería bacilar, infecciones por salmonela, trematodiasis, fascioliasis, listeriosis.			■	■		■		
Enfermedades relacionadas con condiciones nutricionales	Desnutrición, aumento en la morbilidad y mortalidad infantil por desnutrición, obesidad y diabetes, desnutrición fetal por estrés de calor en gestantes, retraso en el crecimiento,	■		■	■				
Enfermedades relacionadas con condiciones ambientales/disponibilidad de agua	Cálculos urinarios, falla renal, síndrome nefrítico y nefrótico, desbalance de electrolitos, agotamiento, golpes de calor, cáncer de piel, cataratas, inmunosupresión, carcinoma basocelular y espino celular, xerosis cutánea, micosis, dermatitis alérgicas, piodermatitis.	■	■		■			■	
Enfermedades transmitidas por vectores	Dengue, chikunguña, Nilo occidental, encefalitis equina oriental, fiebre amarilla, la crosse, encefalitis japonesa, potosí, dirofilariasis, leishmaniasis visceral, rickettsiosis, enfermedad de Lyme, malaria, paludismo,	■	■	■	■				
Enfermedades zoonóticas			■	■					
Accidentes ofídicos y por animales ponzoñosos	Encuentros con serpientes, picaduras de arañas, picadura por alacrán	■		■	■	■	■		
Enfermedades mentales	Depresión, desarrollo de espectro autista, disminución de la memoria y orientación, alteraciones a la consciencia, riesgo de suicidio, trastorno de estrés postraumático		■	■	■		■		■
Enfermedades respiratorias	asma, dificultad respiratoria, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, rinitis, cáncer pulmonar, gripes, intoxicación por inhalación de sustancias tóxicas y contaminantes,	■	■	■	■				■

Fuente: Documento Avance de la formulación del Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental- SSSYP SA & FN SP UdeA.2020

Nota: La tabla muestra el efecto de las amenazas asociadas al cambio y la variabilidad climática sobre algunas enfermedades o grupos de enfermedades. Las letras se asocian a continuación a las amenazas: a) sequía, b) inundación, c) Lluvias (Cambios en precipitaciones), d) amenazas asociadas a cambios en la temperatura, e) movimientos en masa/deslizamientos/ avenidas torrenciales, f) vendavales, g) radiación ultravioleta, h) contaminación atmosférica

**Tabla 59.** Amenazas más frecuentes reportadas por subregión y algunos grupos de enfermedades relacionadas

Grupo de enfermedades	Subregión								
	Valle de Aburrá	Bajo Cauca	Magdalena Medio	Nordeste	Norte	Occidente	Oriente	Suroeste	Urabá
Enfermedades vehiculizadas por el agua	Deslizamientos, lluvias	Movimientos en masa/Avenidas torrenciales	Inundaciones/Deslizamientos	Movimientos en masa/Avenidas torrenciales, Inundaciones	Movimientos en masa	Movimientos en masa	Deslizamientos	Deslizamientos	Inundaciones
Enfermedades transmitidas por alimentos	Lluvias	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval
Enfermedades relacionadas con condiciones nutricionales	Lluvias								
Enfermedades relacionadas con condiciones ambientales/disponibilidad de agua	Incendio Forestal	Incendio Forestal	Inundaciones/incendio forestal	Movimientos en masa/Avenidas torrenciales, inundaciones	Incendio Forestal	Incendio Forestal, Movimientos en masa	Incendio Forestal, Deslizamientos	Incendio Forestal, Deslizamientos	Incendio Forestal
Enfermedades transmitidas por vectores	Lluvias		Inundaciones	Inundaciones					Inundaciones
Enfermedades zoonóticas	Deslizamientos	Movimientos en masa/Avenidas torrenciales	Inundaciones/Deslizamientos	Movimientos en masa/Avenidas torrenciales, inundaciones	Movimientos en masa	Movimientos en masa	Deslizamientos	Deslizamientos	Inundaciones
Accidentes ofídicos y por animales ponzoñosos	Lluvias	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval, Inundaciones
Enfermedades mentales	Lluvias	Vendaval	Vendaval/inundaciones	Vendaval/inundaciones	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval	Vendaval
Enfermedades respiratorias	Lluvias, Incendio Forestal	Incendio Forestal	Inundaciones/incendio forestal	Inundaciones	Incendio Forestal	Incendio Forestal	Incendio Forestal		Inundaciones, Incendio Forestal

**Fuente:** Documento Avance de la formulación del Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental- SSSYPSA & FNSP UdeA. 2020

**Nota:** La tabla muestra las amenazas más frecuentes por subregión y algunos grupos de enfermedades relacionadas. Los colores representan: ■ amenaza con más eventos reportados, ■ segunda amenaza con más eventos reportados, ■ tercera amenaza con más eventos reportados. ■ ninguna de las tres amenazas más frecuentes está relacionada.

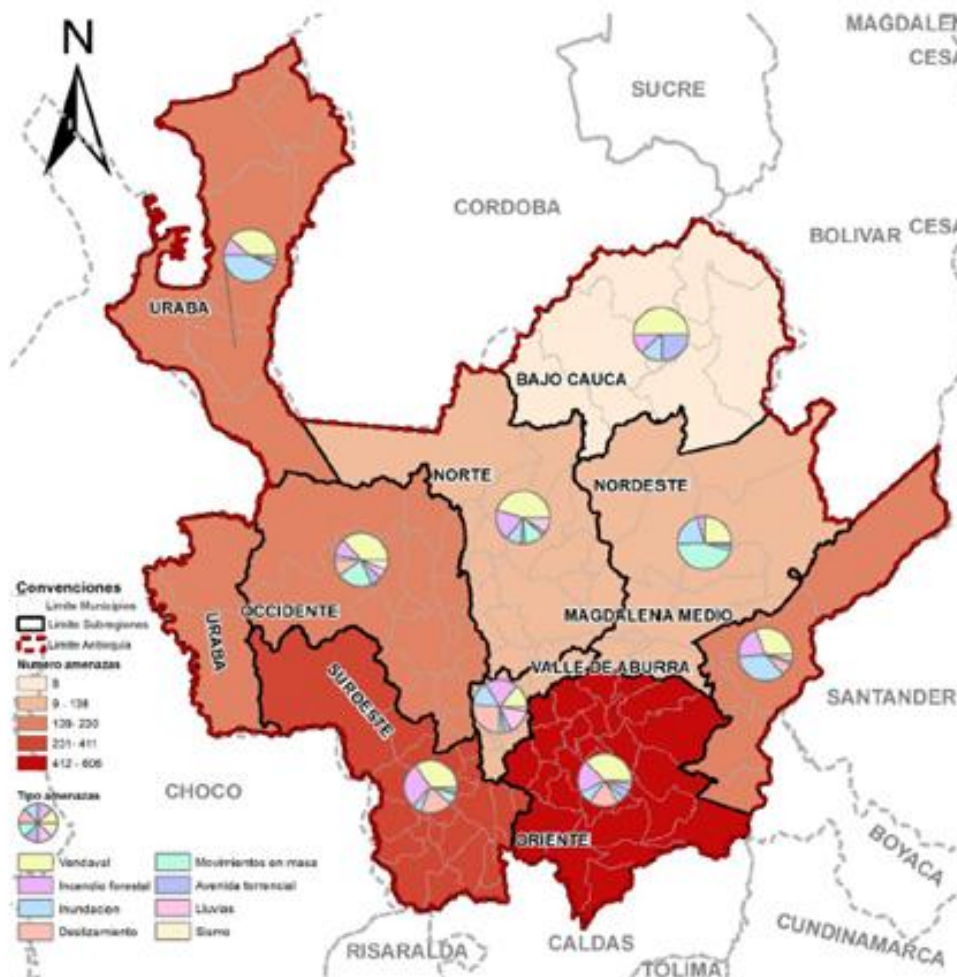
Esta aproximación propone que uno de los retos importantes en salud ambiental para el Departamento asociados a la variabilidad y cambio climático, se encuentra en el control de la ocurrencia de enfermedades transmitidas por alimentos, accidentes ofídicos y por animales ponzoñosos y los efectos traumáticos que generan los eventos asociados a las amenazas del cambio climático, sin embargo, debido a la diversidad climática que presenta Antioquia en cada



subregión, es importante establecer estrategias de mitigación para cada grupo de enfermedades que puedan activarse antes, durante y después de los eventos de riesgo.

Cabe mencionar que finalizada la formulación de Plan se encontraron las principales amenazas asociadas al cambio climático

Mapa 23. Mapa de Eventos por amenaza asociada al cambio climático.



Fuente: Documento Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental- SSSYPSA & FNSP UdeA. 2021

<https://www.dssa.gov.co/index.php/programas-y-proyectos/factores-de-riesgo/item/1217-cambio-climatico>

**Nota:** los colores de la forma indican el número total de eventos encontrados por subregión, siendo el color de menor intensidad una menor ocurrencia de eventos y el más oscuro un mayor número de eventos. Dentro de cada una de las subregiones se encuentra un diagrama circular que expresa de forma general el porcentaje de eventos reportados del total comprendido por las amenazas vendaval, incendio forestal, inundación, deslizamiento, movimientos en masa, avenida torrencial, lluvias y sismos.

El territorio es el escenario en donde suceden los eventos de salud, por lo que se hace imprescindible identificar cómo influyen sus características en la transmisión y manifestación de las enfermedades global, nacional, regional y por supuesto local en el contexto del cambio

climático y la salud ambiental. En este sentido, el cambio climático afecta de manera diferencial a las poblaciones costeras y de montaña, generando un aumento de la mortalidad debida a olas de calor y enfermedades infecciosas transmitidas por vectores, además de enfermedades transmitidas en el agua y los alimentos, entre otros eventos de salud, que se intensifican de acuerdo con las características geográficas y ecosistemas propios de cada territorialidad. Con relación a lo anterior, en el departamento de Antioquia, se presentan como principales amenazas los vendavales, incendios forestales, inundaciones, movimientos en masa, avenidas torrenciales que están relacionadas directamente con la variación en la precipitación y la temperatura. Lo cual, a su vez, está relacionado con la ocurrencia de grupos de enfermedades. Este asunto propone que uno de los retos importantes en salud ambiental para el departamento asociados a la variabilidad y cambio climático, se encuentra en el control de la ocurrencia de enfermedades transmitidas por alimentos, accidentes ofídicos y por animales ponzoñosos y los efectos traumáticos que generan los eventos asociados a las amenazas del cambio climático, sin embargo, debido a la diversidad climática que presenta Antioquia en cada subregión, es importante y se convierte en un reto para el departamento establecer estrategias de mitigación para cada grupo de enfermedades que puedan activarse antes, durante y después de los eventos de riesgo.

Es importante resaltar que en la formulación del PACCSA- Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental para el departamento se priorizaron cincuenta y cuatro estrategias de adaptación, cinco por cada subregión y nueve departamentales en las cuales se contemplan acciones a corto, mediano y largo plazo, estrategias que se construyen con base en el diagnóstico realizado, en el análisis de vulnerabilidad realizado bajo el modelo de fuerzas motrices y además teniendo en cuenta todo lo identificado en el trabajo con diferentes actores ( comunidad indígena, comunidad afro, comunidad LGTBIQ+ , colectivo de mujeres, entre otros.) las estrategias formuladas :

## Departamentales:

- Gestión del Conocimiento para la Salud Pública Ambiental
- Promoción de la Salud Ambiental y Prevención de Enfermedades Relacionadas con el Cambio Climático
- Empoderados por la vida y el cuidado del planeta orientado a grupos en situación de vulnerabilidad
- Fortalecimiento de las capacidades institucionales relacionadas al manejo y asesoría técnica
- Servicios de Salud Resilientes y Adaptados al Cambio Climático
- Educación, comunicación y participación ciudadana en Cambio Climático y Salud Ambiental
- Creación y fortalecimiento de redes de trabajo interinstitucionales e intersectoriales
- Aseguramiento y gestión del Riesgo en Salud Ambiental
- Atención de Emergencias y Desastres desde el Componente de Salud Ambiental



## Subregionales:

### Valle de Aburra

- Consolidación de una red ecológica incorporando los ecosistemas estratégicos en los sistemas de áreas protegidas para la promoción de la salud ambiental
- Fortalecimiento de la capacidad de atención en salud de las emergencias y desastres
- Promoción de entornos saludables para la reducción de los efectos en la salud relacionados con el aumento de la densidad poblacional
- Fortalecimiento de la red hospitalaria para la atención integral en salud ante un posible aumento en la demanda de los servicios de salud
- Fortalecimiento de la atención y el seguimiento a enfermedades emergentes y reemergentes producidas por el Cambio Climático.

### Suroeste

- Identificación, evaluación y monitoreo de barreras geográficas de acceso a la salud mediante el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud Rural
- Fortalecimiento de la promoción y afiliación a programas de aseguramiento en salud
- Pedagogía en salud ambiental y cambio climático para la planeación institucional
- Fortalecimiento institucional para la prevención de conflictos de uso del suelo y de otros recursos naturales que afectan la salud ambiental
- Fortalecimiento de la capacidad de adaptación a los efectos del cambio climático de los grupos vulnerables, desde la salud ambiental

### Nordeste

- Conservación y protección de los bosques nativos o ecosistemas estratégicos y la preservación de los servicios ecosistémicos para la promoción de la salud ambiental
- Mejoramiento y/o reubicación de la infraestructura de salud para la prestación oportuna de la atención en salud.
- Fortalecimiento de la capacidad técnica de los profesionales de la salud sobre cambio climático y su afectación
- Fortalecimiento de sistemas institucionales de gestión y prevención del riesgo y cambio climático.
- Formulación e implementación de sistemas alternativos sustentables para mejorar el saneamiento básico en grupos étnicos en el marco de entornos saludables, y dotación de equipos especializados para los centros de salud y hospitales.

### Norte



- Mejoramiento y construcción de la infraestructura de saneamiento básico, en las zonas rurales para brindar entornos saludables
- Fortalecimiento de la red hospitalaria y de atención en salud frente al cambio climático
- Fortalecimiento del Programa de Atención Primaria en Salud Rural para los municipios con mayor población rural dispersa
- Fortalecimiento institucional para el monitoreo de factores de riesgo para la toma de decisiones de adaptación al cambio climático
- Fortalecimiento de la capacidad de adaptación a los efectos del cambio climático de los grupos vulnerables

## Oriente

- Mejoramiento de la capacidad instalada de los servicios de salud en las zonas urbanas y rurales, con enfoque en el acceso y la salud ambiental
- Fortalecimiento integral de la planificación territorial municipal y regional, con enfoque en cambio climático, salud ambiental y equidad
- Mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y de habitabilidad de los grupos más vulnerables en el marco de entornos saludables
- Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS): Implementación de acciones de desarrollo urbano y rural sostenibles
- Conservación y ampliación de las áreas protegidas, ecosistemas estratégicos y servicios ambientales para la promoción de la salud ambiental

## Magdalena Medio:

- Conservación, prevención y cuidado de la biodiversidad para la promoción de entornos saludables.
- Fortalecimiento en los procesos de atención y prevención de los sistemas de salud locales para mejorar la repuesta ante eventos relacionados con la variabilidad y el cambio climático
- Sistema de prevención y atención para olas de calor, sequías e incendios forestales.
- Mejoramiento de la gestión de residuos sólidos y residuos peligrosos para la generación de entornos saludables Estrategia departamental con la que se relaciona Creación y fortalecimiento de redes de trabajo interinstitucionales.
- Generación de acciones afirmativas en salud para la protección de los grupos más vulnerables frente al cambio climático, con enfoque diferencial y comunitario.

## Occidente:

- Conservación y restauración de bosques, con énfasis en las zonas de recargas de acuíferos y las márgenes de las fuentes hídricas para un ambiente saludable.
- Implementación de sistemas de agricultura alternativa y sostenible para la generación un





ambiente saludable.

- Promoción de los entornos saludables por medio de ecoturismo, y de construcciones verdes.
- Mejoramiento de la gestión de residuos sólidos y residuos peligrosos para la generación de entornos saludables
- Fortalecimiento de la promoción en salud y seguridad alimentaria para los grupos vulnerables

## Urabá:

- Generación de mecanismos subregionales de conservación, protección y regulación de los servicios ambientales de ecosistemas protegidos y estratégicos, para la promoción de la salud ambiental.
- Buena alimentación para todos: generando soluciones sostenibles y resilientes al cambio climático que garantizan una vida saludable.
- Conservación, protección, restauración y utilización sostenible de la zona marino costera, para brindar entornos de vida saludable, considerando los efectos del cambio.
- Acceso y capacidad instalada para los servicios de atención en salud que respondan a las condiciones cambiantes del clima.
- Adecuación de la infraestructura de vivienda y de saneamiento básico para la construcción de entornos saludables.

## Bajo cauca:

- Conservación, protección, restauración y uso sostenible de ecosistemas estratégicos y recursos forestales para la adaptación al cambio climático y la protección en salud.
- Fortalecimiento de sistemas de gestión y prevención del riesgo y desastres debido al cambio climático.
- Fortalecimiento de los servicios de salud en pro del mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- Reducción de impactos ambientales en comunidades étnicas mediante el mejoramiento de la salud ambiental y la seguridad alimentaria.
- Fortalecimiento de las condiciones de salud, seguridad alimentaria y nutricional para grupos vulnerables.

La Implementación de las estrategias de adaptación permitirán entregar capacidades al departamento, pero principalmente reducir la vulnerabilidad y los impactos negativos en salud asociados al cambio climático para lo cual se tienen unos retos bastante significativos en términos no únicamente del sector sino de la articulación con otros sectores a través de la ejecución de las acciones intersectoriales que fueron establecidas en el PACCSA.



## 2.3.10. Seguridad alimentaria y nutricional

La Seguridad Alimentaria y Nutricional -SAN – se define como “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa”, para lograrla es determinante contemplarla como un sistema multidimensional condicionado por determinantes sociales, económicos, demográficos y culturales que hacen necesario su análisis e intervención mediante la articulación y la participación de los individuos, los hogares, la sociedad civil y fundamentalmente el estado.

Para el análisis de este indicador se utiliza como instrumento de medición la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria – ELCSA, la cual permite identificar la percepción que tienen los hogares con relación a la posibilidad de acceso a los alimentos en cuanto a la cantidad y la calidad en un periodo de tiempo.

El departamento de Antioquia, cuenta con un modelo regional de Política Pública en seguridad alimentaria especialmente enfocada en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional – MANÁ, opera como respuesta integral e intersectorial de este indicador, que además con el Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2020 – 2031, marca las pautas que definen las acciones que coadyuvan con la superación de la problemática, enfocando programas y proyectos al diseño estratégico de este, a partir de las siguientes líneas: Producción sostenible y sustentable de alimentos, Distribución sostenible y sustentable de alimentos, Ambientes alimentarios saludables y sustentables, Protección social para la garantía del Derecho Humano a la alimentación saludable, Ciencia, tecnología e innovación para el sistema alimentario y nutricional, que se espera permitan intervenir las problemáticas estructurales de la INSAN, generando auto sostenibilidad y corresponsabilidad familiar y comunitaria, a través de la articulación, gestión e implementación de la misma en los 125 municipios de Antioquia.

**Tabla 60.** Determinantes intermedios de la salud – seguridad alimentaria y nutricional. Antioquia, 2021

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Municipio	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	9,2	9,2	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		

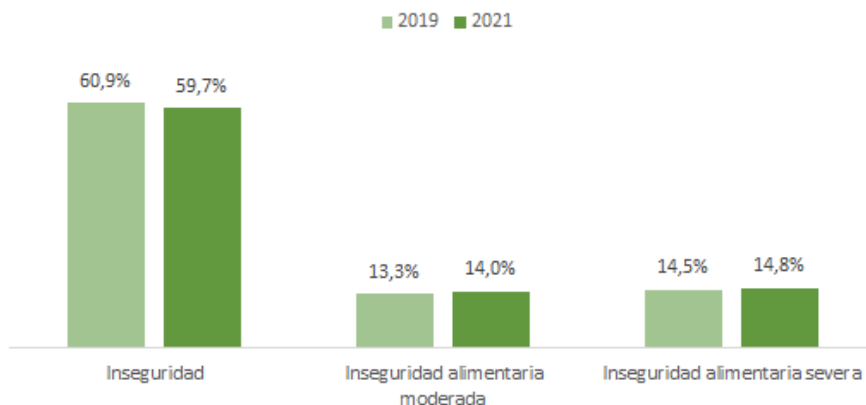
El comportamiento se grafica de acuerdo con el valor del indicador del año anterior

**Fuente:** Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN, Estadísticas Vitales EEVV-DANE

A continuación, se presentan los resultados obtenidos, de la evaluación de seguridad alimentaria y nutricional realizada a través de la encuesta de calidad de vida de Antioquia (ECV-A) durante los últimos dos periodos, año 2019 y 2021, ambas fueron aplicadas a una muestra estadísticamente representativa de hogares del Departamento.



Figura 136. Comparativo de la percepción de inseguridad alimentaria en los hogares del departamento de Antioquia. 2019 – 2021



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. Antioquia (ECV-A), 2019, 2021. (Dato provisional).

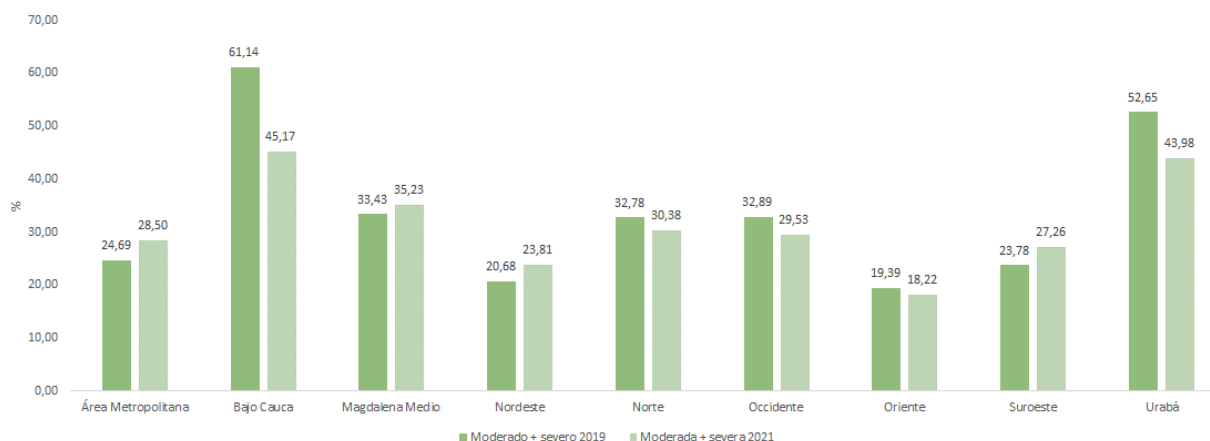
El departamento en su Agenda Antioquia 2040 ha definido que la Seguridad Alimentaria y Nutricional, es uno de los indicadores cuantificables de la equidad, por su parte la Inseguridad Alimentaria y Nutricional severa + moderada (INSAN–S+M)) es el indicador transversal y trazador de los cinco programas que integran el Componente 4.3 MANÁ Plus, según Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia 2021 (ECV-A). Al realizar un comparativo entre la prevalencia de INSAN 2019 a la que actualmente registra el departamento, se observa que disminuye en 1,24% estando en una prevalencia actual de 59,69%. La Inseguridad Alimentaria tiene mayor prevalencia en la Zona Rural (63,7%) que en la Zona Urbana (58,6%).

Los anteriores datos muestran los esfuerzos del departamento para la mitigación del impacto negativo esperado por la crisis pandémica con la reducción de la inseguridad alimentaria en los últimos dos años, no obstante, la inseguridad alimentaria moderada + severa, presenta una leve tendencia ascendente pasando de 27,8% a 28,8%; son estos hogares los que requieren mayor atención dado a que la calidad y escasez de alimentos se hacen presentes afectando los miembros del hogar. Siendo este uno de los indicadores prioritarios de intervención del actual plan de desarrollo “Unidos por la Vida 2020 - 2023” a través de la ejecución de programas y proyectos que apuntan a una atención alimentaria y nutricional integral con énfasis en la primera infancia, se hace urgente la incorporación de acciones integradoras por parte del estado, el sector público privado e incluso la sociedad civil que propendan por legitimar el derecho humano a la alimentación.

Al analizar el comportamiento de la inseguridad alimentaria moderada y severa por subregión, se identificó que las mayores prevalencias se encuentran en las subregiones de Bajo Cauca y Urabá, sin embargo, también son éstas misma subregiones las que presentan mayor reducción de hambre en el 2021, respecto al 2019, pues según los resultados de la encuesta de calidad de vida, se encontró una reducción de 15,9 y 8,67 puntos porcentuales respectivamente, lo que puede explicarse a su vez por los programas y proyectos que se vienen implementando de manera intencionada en la región, debido a que históricamente han sido identificadas con mayores

indicadores de vulnerabilidad alimentaria y nutricional, referenciado incluso por otros estudios como el Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia realizado en el año 2019.

**Figura 137.** Comparativo de la percepción de inseguridad alimentaria severa y moderada de los hogares por subregión 2019 – 2021.



Fuente. Encuesta de calidad de vida 2019 y 2021. (Dato provisional).

### 2.3.10.1. Estado Nutricional

La situación de seguridad alimentaria y nutricional de Antioquia es un estadístico que refleja y predice las tendencias que pueden surgir en varios indicadores de desarrollo, como los son el estado nutricional en el curso de vida, convirtiéndose en un referente importante de intervención que impacta de manera directa las condiciones de salud.

Las estadísticas con relación al estado nutricional que se observarán en este apartado son gracias a la constitución del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (ODSAN) y el sistema de información SISAN, que permite hacer seguimiento y control a los proyectos y estrategias de la Gerencia y su implementación territorial en los 125 municipios y/o Distrito de Antioquia. A través de esta información se promueve la creación de iniciativas que movilicen el sistema alimentario y nutricional del departamento, mediante procesos de gestión del conocimiento, con el objetivo de producir y analizar data de interés en seguridad alimentaria y nutricional, motivando la toma de decisiones asertivas y el uso efectivo de estos resultados, adaptados a las necesidades propias del territorio. Contribuyendo además en el cumplimiento de la meta establecidas en la tercera acción de la agenda Cambio Climático.

A continuación, se presenta el análisis del monitoreo que se realiza al estado nutricional mediante indicadores de resultados que fueron adoptados en Plan Decenal de SAN 2020-2031 por la Gerencia de Seguridad alimentaria y Nutricional- MANÁ- y que tienen como fuente de información los registros cargados en la plataforma SISMANA correspondiente al año 2021:





- Prevalencia de riesgo de retraso en talla en menores de 5 años.
- Prevalencia de riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años
- Prevalencia de exceso de peso en escolares de 5 a 17 años

Es de aclarar que dicha información no es de representatividad estadística y por tanto no son datos extrapolables a la población Antioqueña ya que en su mayoría corresponden a personas vulnerable adscrita a proyectos sociales, lo cual pudiera incidir en cifras de mayor criticidad al compararlos con estudios de representatividad departamental, sin embargo, esta información puede indicar tendencias situacionales, que deben ser de interés para la vigilancia y control del estado nutricional, dado que favorecerán el direccionamiento de acciones estratégicas que se pueden implementar en materia de salud y seguridad alimentaria.

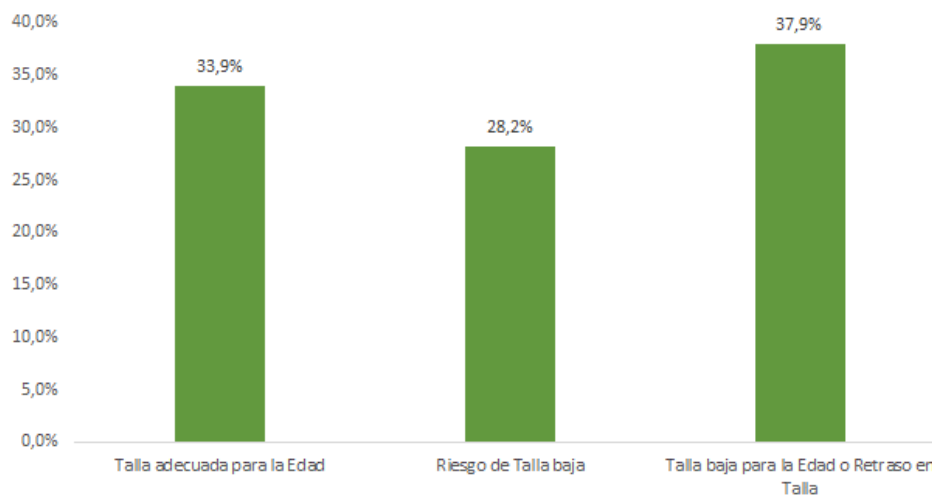
### ➤ Prevalencia de riesgo de retraso en talla en menores de 5 años:

El retraso del crecimiento, o talla baja para la edad, se define como una estatura inferior en más de dos desviaciones típicas a la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud. Es un resultado, en gran medida irreversible, principalmente producto de una nutrición inadecuada y brotes de infección repetidos durante los primeros 1000 días de vida. El retraso del crecimiento tiene una serie de efectos a largo plazo para los individuos y las sociedades: disminución del desarrollo cognitivo y físico, reducción de la capacidad productiva, mala salud y aumento del riesgo de enfermedades degenerativas como la diabetes.

Al analizar la talla para la edad, en los menores de 5 años registrados en SISMANA se identificó que sólo 3 de cada 10 niños y niñas presentan crecimiento lineal óptimo de acuerdo a su edad, evidenciando que el retraso en talla en la mayoría de los valorados ha presentado un deterioro gradual, acumulativo y crónico, que limita tanto su desarrollo presente como las capacidades productivas que pudieran tener en la edad adulta. La incidencia en este resultado puede estar permeado por la crisis pandémica en donde se limitó el acceso a servicios de salud, incluyendo los programas de promoción como control prenatal, crecimiento y desarrollo, vacunación y demás proyectos sociales que de haber estado operantes pudieron incidir de manera directa y favorable en el estado de salud tal cual lo demuestra la evidencia científica.



Figura 138. Estado nutricional en menores de 5 años según indicador talla para la edad. Antioquia, 2021



**Fuente:** Secretaría de Inclusión Social y Familia - Gerencia de Seguridad Alimentaria MANÁ, plataforma SISMANA.  
**Observación:** no son datos representativos para Antioquia, pero permiten el análisis de tendencias estadísticas.  
**Fecha de corte:** 08/09/2022

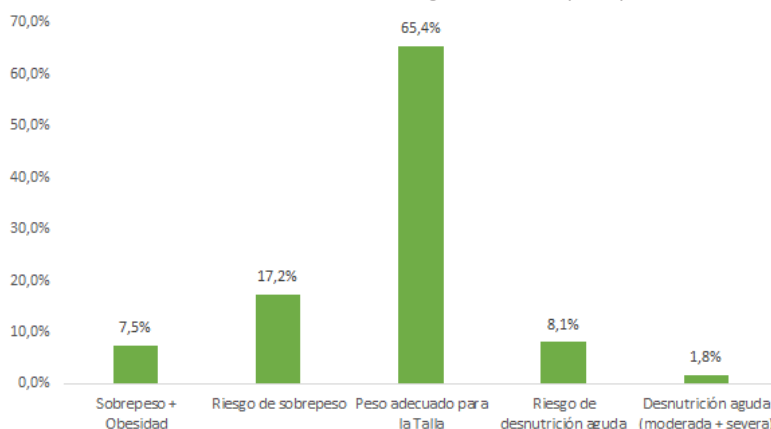
Para lograr impactar el indicador de talla para la edad, se hace necesario seguir trabajando en las causas directas e indirectas implicadas en el retraso en talla y realizar articulaciones intersectoriales e interdisciplinarias donde se mitiguen los principales factores estructurales tales como el acceso a saneamiento básico, servicios de salud y programas y proyectos que además de favorecer el acceso a la alimentación, promuevan la adopción de estilos de vida saludables incluso desde la gestación.

Nota: En la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional – MANÁ- la talla para la edad se contempla como un indicador de resultado hasta los 2 años, sin embargo, para efectos de este informe y por el interés que se presenta en la población menor de 5 años, se realiza el análisis contemplando el monitoreo para los niños y niñas de este grupo de edad.

### ➤ Prevalencia de riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años:

El peso para la talla es un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud/estatura y da cuenta del estado nutricional actual del individuo independiente de la edad. Cuando este indicador está por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar los niños y niñas se clasifican con desnutrición aguda, por debajo de -1 desviación estándar la clasificación es de riesgo. La alteración de este indicador está asociada a alta morbilidad y mortalidad que se presenta por la pérdida de peso reciente y acelerada u otro tipo de incapacidad para ganar peso, dada en la mayoría de los casos por un bajo consumo de alimentos o la presencia de enfermedades infecciosas que ponen en riesgo la vida del menor.

Figura 139. Estado nutricional en menores de 5 años según indicador peso para la talla. Antioquia, 2021.



Fuente: Secretaría de Inclusión Social y Familia - Gerencia de Seguridad Alimentaria MANÁ, plataforma SISMANA.

Observación: no son datos representativos para Antioquia, pero permiten el análisis de tendencias estadísticas.

Fecha de corte: 08/09/2022

Al analizar los niños y niñas menores de 5 años registrados en la plataforma SISMANA durante el año 2021 se observa de acuerdo con el indicador de peso para la talla que por cada 10 niños evaluados 6 presentan un óptimo peso de acuerdo con su estatura. El riesgo o malnutrición por exceso se diagnosticó casi en una cuarta parte de los menores valorados (24.7%) en tanto que el riesgo o malnutrición por déficit se identificó en cerca del 10% de los niños y niñas, cabe destacar que dado el riesgo de muerte que se presenta en éstos casos, se evidencia la urgencia en la intervención inmediata, por lo cual a través de la Unidad de Alertas tempranas y en articulación con la Secretaria Seccional de Salud y Protección social de Antioquia, se hizo activación de ruta a salud para los niños con desnutrición aguda (1.8%) y en todos aquellos casos en que se presentó incluso riesgo, se realizó remisión a otros proyectos gubernamentales que pudieran favorecer la atención integral.

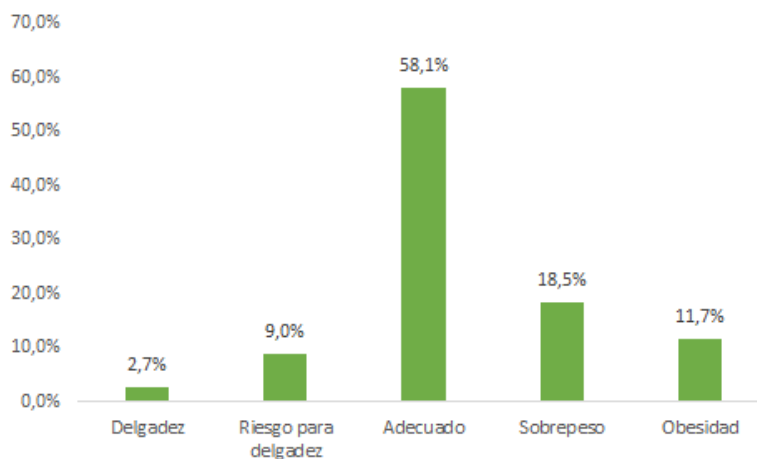
Los anteriores resultados, evidencian la gran necesidad de continuar implementando acciones articuladas, bajo el enfoque de riesgo donde tanto la detección temprana como las acciones permanentes vigilancia, atención oportuna y fortalecimiento de acciones educativas logran impactar los primeros años de vida que a su vez tienen una gran repercusión en el futuro de un niño: en su desarrollo cerebral, en su salud, su felicidad, su capacidad de aprender en la escuela, su bienestar e incluso la cantidad de dinero que ganará cuando sea adulto.

### ➤ Prevalencia de exceso de peso en escolares de 5 a 17 años:

El exceso de peso en menores de 5 a 17 años se establece a través del indicador Índice de Masa Corporal para la edad y se define cuando el punto de corte según desviaciones estándar es mayor a 1. La atención a la malnutrición de nuestro territorio no sólo se enfoca en el déficit nutricional, también se aborda desde el exceso de peso por su tendencia al aumento, las implicaciones a nivel de salud física y mental y la disminución en la calidad de vida de quienes la padecen.

Para el año 2021 al analizar la población evaluada en SISMANA con exceso de peso, se identificó que, si bien más de la mitad de los menores valorados tiene un adecuado estado nutricional, 41.9% tienen riesgo o algún tipo de malnutrición, en efecto, se identifica que la tercera parte de los menores de 5 a 17 registrados fueron clasificados con malnutrición por exceso y cerca del 10% de los menores presentaron riesgo o malnutrición por déficit.

Figura 140. Estado nutricional en menores de 5 a 17 años según indicador IMC para la edad. Antioquia, 2021.



Fuente: Secretaría de Inclusión Social y Familia - Gerencia de Seguridad Alimentaria MANÁ, plataforma SISMANA.  
Observación: no son datos representativos para Antioquia, pero permiten el análisis de tendencias estadísticas.  
Fecha de corte: 08/09/2022.

Las anteriores tendencias estadísticas, evidencian la necesidad inmediata de implementar y fortalecer acciones que desde la Gobernación de Antioquia y las diferentes administraciones municipales se deben emprender para intervenir de manera integral las problemáticas asociadas a la malnutrición, se hace necesario además promover una visión integral de la malnutrición comprendiendo que en un mismo niño, familia o comunidad pueden coexistir el retraso del crecimiento, la emaciación y las deficiencias de micronutrientes, y asegurarse de que los servicios contra la malnutrición se proporcionen de un modo más coherente, vinculando la nutrición en las estrategias de promoción de la salud y fortaleciendo además la capacidad de prestación de servicios de los sistemas de atención primaria de salud y la atención comunitaria para la prevención del retraso del crecimiento y la desnutrición aguda y la malnutrición por exceso con el respaldo de otros programas de protección social que garanticen la atención integral.

Con lo anterior, se puede inferir que los cuatro indicadores de resultado del Componente MANÁ Plus: Seguridad alimentaria y nutricional para Antioquia, se han visto altamente afectados ya que las acciones contra el hambre terminan siendo insuficientes ante los efectos que pueden desatar factores relacionados como lo son: cambio climático, crisis económica local y mundial, conflictos armados, inflación, reformas políticas y económicas, entre otros, entendiendo con esto que la inseguridad alimentaria es un indicador de desarrollo poblacional, el cual es susceptible a cambios abruptos que atentan contra la calidad de vida y condición socioeconómica de las familias



antioqueñas, situación que complejiza el alcance de las metas establecidas para esta y las demás vigencias; sin embargo, durante los tres últimos años se ha visto disminución del porcentaje de riesgo de desnutrición aguda, aunado a la Encuesta de Calidad de Vida 2021, las tendencias de INSAN son crecientes, el impacto no ha sido tan alto como se estimaba podría pasar después de la pandemia, siendo esto un resultado positivo, ya que ambos indicadores manifiestan su afectación de manera inmediata ante una situación crítica de hambruna o escasez de alimentos. Otros estudios recientes concluyen un panorama contrario, en donde las prevalencias de inseguridad alimentaria están disparadas alertando en la necesidad de intervenir de manera inmediata en el sistema agroalimentario la educación alimentaria y nutricional, transformaciones de programas sociales, implementación de proyectos productivos para la reforma rural integral, entre otros.

### 2.3.11. Condiciones factores psicológicos y culturales

En la tabla se observan algunos determinantes intermedios de la salud referentes a factores psicológicos y culturales. Cuando se hace la comparación entre el Departamento y el país, el único indicador en el que se encuentran diferencias estadísticamente significativas es la prevalencia del consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año, en el cual se observa una prevalencia mayor en Antioquia que en Colombia. De resto los indicadores departamentales relacionados con hábitos de vida saludable, anticoncepción, vida sexual, transmisión materno infantil de enfermedades de transmisión sexual violencia intrafamiliar presentan valores similares a los nacionales.

En cuanto a la a la tasa de incidencia de violencia contra la mujer, ésta presenta diferencias estadísticamente significativas favorables para el departamento.

**Tabla 61.** Semaforización Condiciones factores psicológicos y culturales 2021

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Antioquia	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de verduras diariamente (ENSIN) 2010	28,1	22,20																			
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas diariamente (ENSIN) 2010	66,8	56,40																			
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares - ENSPA) 2016	37	44,20																			
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS) 2015	80,9	84,10																			
Porcentaje de hombres actualmente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años) (ENDS) 2015	79,4	84,50																			
Edad mediana de primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años, ENDS 2015	17,6	17,50																			
Edad mediana de primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años, ENDS 2015	16,2	16,00																			
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA) 2016	8	12,20																			
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo - MSPS) 2018	2,2	1,30																			
Cobertura de tratamiento antiretroviral (Cuenta de alto costo MSPS)	94,84	94,29																			
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año escolares(ENSPA) 2016	11	19,70																			
Prevalencia de fumadores actuales (ENS) 2007	12,8	17,20																			
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2020	33	35,30																			
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2019	150,25	118,93																			

Fuente: DANE, SISPRO - MSPS



## 2.3.11.1. Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año en escolares 11 a 18 años.

De acuerdo con lo encontrado en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar 2016, un 11% de los escolares declararon haber consumido al menos una sustancia ilícita en los últimos doce meses. Las prevalencias de consumo en el último año por departamentos ubican a Antioquia en segundo lugar con una prevalencia de 19,7%, precedido por el departamento de Caldas con un 20,0%. El Estudio Departamental de Escolares 2018, no difiere mucho de los resultados del estudio nacional, dado que la prevalencia encontrada para el último año en la población escolar del departamento de Antioquia fue del 18,7%, 19,6% en el sexo masculino y 17,8% en el sexo femenino.

El promedio de edad de inicio de alguna de las sustancias ilícitas indagadas es de 13,25 años a nivel general. En Colombia (2016) la edad fue de 13,6 años. Para ambos casos casi las cifras son casi idénticas entre hombres y mujeres.

Es preocupante el hecho de que los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío y Antioquia registran los consumos de sustancias psicoactivas más altos en población escolar en el país, este hecho pone en consideración la necesidad de establecer abordajes en conjunto entre las entidades territoriales mencionadas, orientadas a impactar esta problemática.

El consumo de sustancias psicoactivas se comporta diferente en cada una de las 9 subregiones del departamento de Antioquia. Siendo el alcohol, el cigarrillo y la marihuana las sustancias de mayor prevalencia en población escolar, hecho que no difiere de lo encontrado en el nivel nacional. El departamento de Antioquia ha realizado varios estudios de consumo de sustancias psicoactivas en la población escolar, lo que permite analizar la tendencia; estos estudios son equivalentes en cuanto a su diseño e implementación y la cobertura de los grados donde se incluyeron todos los grados desde el sexto al undécimo.

### Comparación de los principales resultados entre el año 2007 - 2011 y 2018 Antioquia:

Se presenta la evolución de los indicadores de uso de sustancias psicoactivas en el departamento de Antioquia en la población escolar. Para el alcohol se observa un aumento en la prevalencia de vida entre el año 2007 y 2018, pero una reducción en la prevalencia del último año frente al estudio de 2011; con el tabaco por su parte se observa un descenso en las prevalencias de vida y último año, a medida que avanza el tiempo entre el 2007 y 2018; mientras que en el caso de la marihuana se observa un progresivo aumento en la prevalencia de vida, como el consumo durante el último año.



Tabla 62. Comparación de prevalencias obtenidas en la vida y en el último año 2007 - 2011. Antioquia, 2018

Sustancia	Prevalencia 2007		Prevalencia 2011		Prevalencia 2018	
	Vida	Ultimo año	Vida	Ultimo año	Vida	Ultimo año
	P*	P*	P*	P*	P*	P*
Alcohol	71,6%	60,0%	68,1%	51,1%	72,7%	58,4%
Tabaco	35,7%	20,5%	28,7%	13,5%	27,2%	12,1%
Marihuana	9,3%	6,1%	11,3%	7,8%	18,7%	11,0%
Cocaína	4,9%	3,3%	5,1%	3,6%	5,3%	3,2%
Pegantes, solventes y/o pinturas	5,3%	2,7%	6,4%	3,5%	4,5%	2,1%
Éxtasis	1,8%	1,3%	1,6%	0,7%	1,1%	1,2%
Basuco	0,9%	0,8%	1,5%	0,8%	0,7%	0,8%

Fuente: Base de datos estudio – departamento de Antioquia

\*P: Prevalencia

### 2.3.11.2. Consumo de frutas y verduras.

El porcentaje de consumo de frutas y verduras diariamente en personas entre 5 a 64 años en Antioquia y en Colombia es similar. Siendo preocupante el bajo porcentaje de consumo de frutas y verduras en un departamento como Antioquia, rico en producción agrícola. Explicaciones a esto pueden ser: poblaciones que no residen en las zonas de producción por tanto encuentran altos costos en los productos secundarios al transporte; poblaciones con bajos ingresos económicos que les impiden adquirir los productos; personas con falta de educación en hábitos relacionados a una alimentación saludable. Lo anterior ha traído como consecuencia, el aumento de la población con exceso de peso u obesidad.

### 2.3.12. Ocupación y empleo.

La pandemia ocasionada por el COVID-19, ha generado efectos en todos los sectores, el reto que se tiene precisamente es la definición de estrategias cuyos objetivos y acciones favorezcan la creación de empleo, el progreso económico y social y el aumento en la productividad.

A continuación, disponemos el siguiente link donde podemos consultar a través de la aplicación Power BI creada por la **Secretaría de Planeación Departamental** de la Gobernación de Antioquia el índice de competitividad sostenible (ICS) para Antioquia. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOTc0NWQ1NDctNWZlNy00ZmUzLWI1OTgtOTA4OTAxO DA1YTlxliwidCI6jYOMmYxNTIILThmMTItNDMwOS1iODdjLWVNiYzU0MzZlYzY5MSIsImMiOiR9&pageName=ReportSection>.

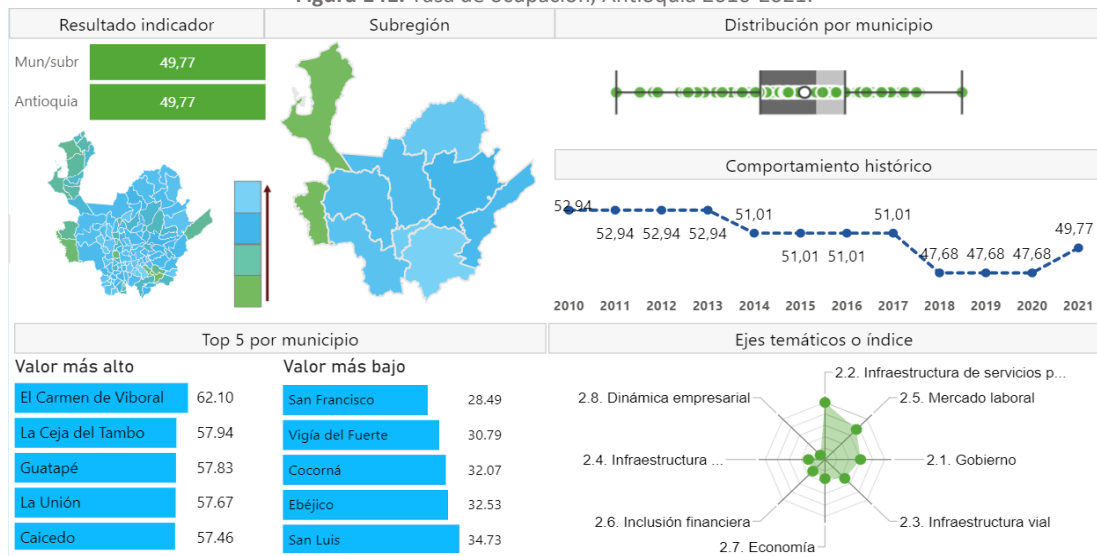
#### 2.3.12.1. Tasa de ocupación

En la siguiente figura, se observa el comportamiento de la Tasa de ocupación en Antioquia desde el año 2010 hasta el año 2021, se evidencia un aumento en la tasa de ocupación del año 2020 al año 2021 pasando del 47,68 al 49,77, posiblemente ocasionado por la reactivación económica



postpandémica, los municipios con más alta ocupación son El Carmen de Viboral con un 62,10 y el municipio de San Francisco con el resultado más bajo, con un 28,49.

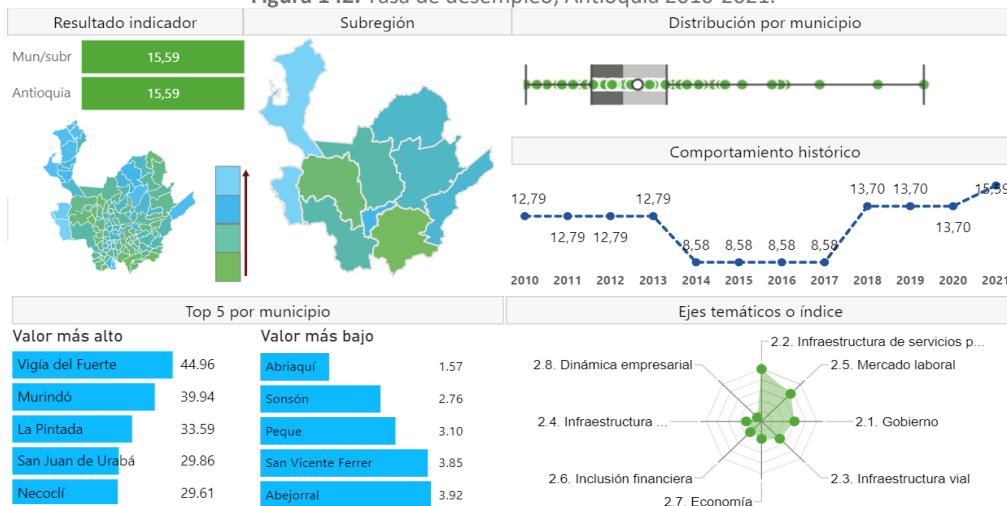
Figura 141. Tasa de ocupación, Antioquia 2010-2021.



Fuente. Secretaria de Planeación Departamental. Gobernación de Antioquia. Power Bi. 2022

En la siguiente figura, se observa el comportamiento de la Tasa de desempleo en Antioquia desde el año 2010 hasta el año 2021, se evidencia un aumento en la tasa de desempleo del año 2020 al año 2021, del 12,79 al 15,59, resultado atribuible a los efectos ocasionados por la pandemia en donde las restricciones de movilidad, de confinamiento y cierre de establecimientos y comercio agudizaron el aumento de estas tasas a nivel departamental. El municipio con la tasa más alta de desempleo es Vigía del Fuerte con un 44,96 y el municipio de Abriaquí con el resultado más bajo, con un 1,57.

Figura 142. Tasa de desempleo, Antioquia 2010-2021.

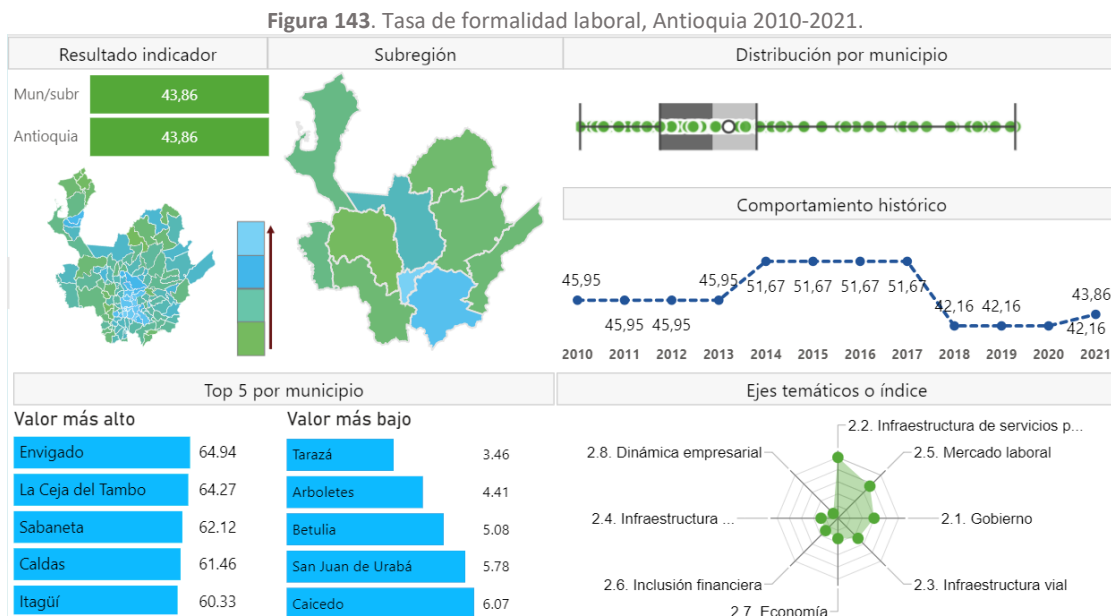


Fuente. Secretaria de Planeación Departamental. Gobernación de Antioquia. Power Bi. 2022





En la figura 143, se observa el comportamiento de la Tasa de formalidad laboral en Antioquia desde el año 2010 hasta el año 2021, se evidencia un aumento en la tasa de formalidad del año 2020 al año 2021, del 42,16 al 43,86. El municipio con más alta tasa de formalidad laboral es Envigado con un 64,94 y el municipio de Tarazá reporta el resultado más bajo, con un 3,46.



Fuente. Secretaría de Planeación Departamental. Gobernación de Antioquia. Power Bi. 2022

### 2.3.13. Índice, IDERE Global.

En Latinoamérica se utiliza una herramienta con el fin de medir el desarrollo del territorio, con enfoque multidimensional, con tres objetivos; 1 Visibilizar la desigualdad profunda de los diferentes países de Latinoamérica, 2 Aportar datos para el debate público, 3 Generar nueva información para estudios e investigaciones, denominado Índice de Desarrollo Regional Latinoamérica (IDERE\_LATAM), identifica 25 variables agrupadas en 8 dimensiones críticas del desarrollo, como son: 1. Educación, 2. Salud, 3. Bienestar y Conexión, 4. Actividad Económica, 5. Instituciones, 6. Seguridad, 7. Medio Ambiente, 8. Género; calculando una medida geométrica de índices que oscilan entre 0-1, donde cero es el mínimo desarrollo de un territorio y 1 el máximo.

Los rangos de desarrollo oscilan entre: Bajo medio (0.00-0.30), Bajo Medio (0.30-0.40), Medio (0.40-0.50), Medio Alto (0.50-0.60), Alto (0.60-0.70), Muy Alto (0.70-1.00). Es importante clarificar que IDERE LATAM no es sinónimo de desarrollo, es una aproximación para medirlo, analiza 182 regiones en las que habitan el 82% de la población de América Latina, con un equipo integrado por Universidades y centros de estudios de América Latina. Para el departamento se obtuvo un índice de 0,4643 correspondiendo a un desarrollo medio, y de acuerdo con cada dimensión se evidencia las siguientes diferencias:

Tabla 63. Índice, IDERE Global Nivel de Desarrollo por Dimensiones, Antioquia, 2020

Educación	Salud	Bienestar y cohesión	Actividad Económica	Instituciones	Género	Seguridad	Medio Ambiente
0,6006	0,7819	0,3663	0,5355	0,3212	0,4891	0,1856	0,7092

Fuente: IDERE LATAM, resumen Ejecutivo

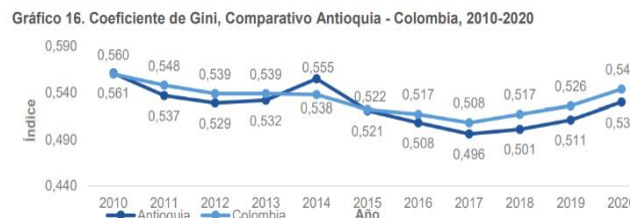
Con respecto a la dimensión de salud, Antioquia tiene un alto índice de desarrollo con 0,7819, este índice está compuesto por tres índices, Mortalidad infantil (0,8101), Tasa de suicidios (0,7821), Esperanza de vida al Nacer (0,7535)

En educación el índice obtenido es alto con 0,6006, desagregado por los índices evaluados se obtuvo, Analfabetismo (0,8966), Estudios de educación Superior (0,5826), Matricula en Educación inicial (0,4287) y Años de educación ((0,4944), lo anterior indica que cada variable evaluada tiene su propio rango evidenciando que en educación hay dos que están por debajo de rango medio

**El coeficiente de Gini:** Indicador de la desigualdad de los ingresos, mide la distribución del ingreso de hogares dentro de una economía, su valor va en un rango de 0 a 1, donde 0 es perfecta igualdad de ingresos y 1 total desigualdad en un territorio dado. Antioquia, presentó un índice máximo de 0.56 en el 2014 y a partir de este año se redujo un poco, pero en los últimos tres años inicia su ascenso hasta el 2020 que es de 0.53, se observa que en los últimos 10 años no ha subido más de 0.56. Entre más se acerque al 1 hay una total desigualdad en el ingreso en el departamento, la pandemia afecta directamente este indicador.



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

El documento de la Línea de Base de la Agenda 2040 da cuenta que: “Si bien desde el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y su Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), el GINI no cuenta con desagregaciones territoriales, es posible contar con un proxy de su comportamiento municipalizado por entidades territoriales, de acuerdo con la información suministrada por la Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia para 2019.

Con base en esta fuente, es posible observar que el municipio de Murindó (subregión de Urabá) presentó para ese año el Gini más alto en el Departamento, seguido de los municipios que se registran a continuación:

- Urabá: Murindó, Vigía del Fuerte y Chigorodó
- Occidente: Giraldo, Santa Fe de Antioquia y Sopetrán.
- Norte: Toledo, San Andrés de Cuerquia, Carolina del Príncipe.
- Bajo Cauca: Cáceres, El Bagre y Tarazá.
- Nordeste: Yolombó, Remedios y Segovia.
- Suroeste: Venecia, Pueblorrico y Jericó.
- Magdalena Medio: Puerto Nare, Yondó y Puerto Berrio.
- Oriente: Sonsón, San Rafael, Alejandría
- Valle de Aburrá: Medellín, Barbosa y Bello

Significa que en el 24% de los municipios de Antioquia se concentra la desigualdad.

### 2.3.13.1. Otros indicadores de ingreso

**Línea de pobreza:** Este indicador mide la proporción de la población con un nivel de ingresos tal, que no le permite alcanzar el nivel mínimo necesario para adquirir un adecuado estándar de vida en un país determinado; este nivel se mide cuando los ingresos no permiten cubrir la canasta mínima de alimentos y otros bienes y servicios. Para Antioquia es de \$264.681 en el 2018.

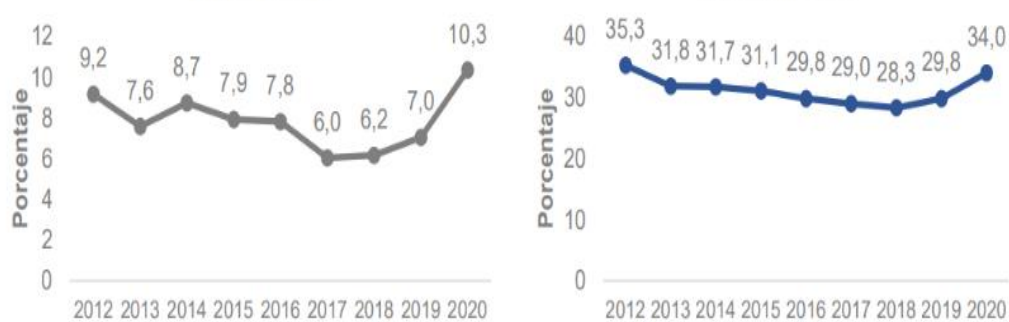
**Proporción de población en miseria:** La proporción de población en miseria del país, mide el nivel más severo de pobreza, para aquellos hogares que presentan dos o más de los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), siendo para el departamento de Antioquia en el año 2011 de un 8,1% la población en miseria. Esa es la única información con la que cuenta el Departamento.

De acuerdo con la línea de base de la Agenda Antioquia 2040, en el departamento 708.132 habitantes correspondiendo al 10.3% de la población tiene pobreza extrema para el 2020, 2.328.477 personas equivalente al 34% tiene pobreza moderada.



310

**Figura 145.** Incidencia de la pobreza monetaria y extrema, Antioquia 2012-2020



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

**Proporción de población en Necesidades Básicas Insatisfechas:** El método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), es una herramienta diseñada a fines de los años 70, con el objeto de medir y/o caracterizar la vulnerabilidad de una población al acceso de bienes y servicios es decir la pobreza, mediante un enfoque directo, aprovechando la información censal. A partir de los censos de población y vivienda, se verifica si los hogares satisfacen o no una serie de necesidades elementales que permiten a las personas tener una vida digna de acuerdo con las normas sociales vigentes.

El índice de NBI se encuentra conformado por variables que corresponden a vivienda inadecuada, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, viviendas con alta dependencia económica, viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela, se considera a los hogares y la población que presente al menos una de las variables como indicador de privación antes mencionadas. Como proporción su escala es de 0-100. Antioquia según datos del 2019 registra un índice de NBI de 12,4, que evidencia un ascenso con relación al 2018, pero es importante resaltar que analizando la tendencia desde el 2005 disminuye a menos de la mitad en el año 2018.

**Figura 146.** Población en Necesidades Básicas Insatisfechas, Antioquia 2005, 2018 y 2019.



Fuente: DANE – NBI, DAP, Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia. Elaboración propia.

Fuente: DANE, DAP, Encuesta de Calidad de Vida

De acuerdo con la línea de base de la Agenda Antioquia 2040, al desagregar por cada uno de los indicadores el NBI se evidencia que el mayor peso lo aporta, la alta carga de dependencia con 5.3

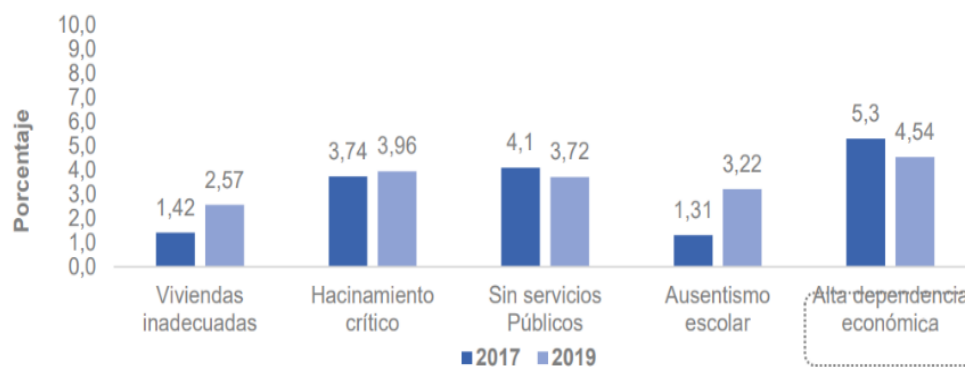


para el 2017 reduciendo a 4.54 en el 2019, también se ha reducido el indicador sin servicios públicos hace referencia a no disponer de sanitario).

El ausentismo escolar aumentó del 2017 al 2019 pasando de 1.31 a 3.22, al igual que, viviendas inadecuadas, el hacinamiento crítico.

Figura 147. Necesidades Básicas Insatisfechas según indicadores simples, Antioquia 2017-2019

Gráfico 15. Necesidades Básicas Insatisfechas según indicadores simples, Antioquia 2017 y 2019



Fuente: DANE, DAP, Encuesta de Calidad de Vida

Al comparar el NBI por subregión, con base en Censo 2018 y la Encuesta de Calidad de Vida del 2019, se observa que Urabá presenta el 35.9% de su población con NBI, pero con reducción a un 28.7% para el 2019, Bajo Cauca presenta la proporción de población con el NBI mayor tanto en área urbana como en rural, pero presenta una reducción con relación al 2019. En todas las subregiones se observa un aumento del NBI en la población que vive en las cabeceras, situación que puede estar asociado al desplazamiento multicausal.

**Proporción de población en hacinamiento:** La forma clave para evaluar la calidad de las condiciones de la vivienda, es la disponibilidad de suficiente espacio en la misma, se consideran en situación de hacinamiento a los hogares que habitan en viviendas con más de 3 a menos de 5 personas por cuarto (habitación); existen diferencias por zona, en la zona rural se consideran deficitarios más de 3 personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje). Según resultados del año 2018, para el departamento de Antioquia, el 2,73% de los hogares viven en hacinamiento. Tal como se observa en la tabla, en una década y media la proporción de hacinamiento se reduce 5 veces.

Tabla 64. Otros indicadores de ingreso. Antioquia 2005 – 2018

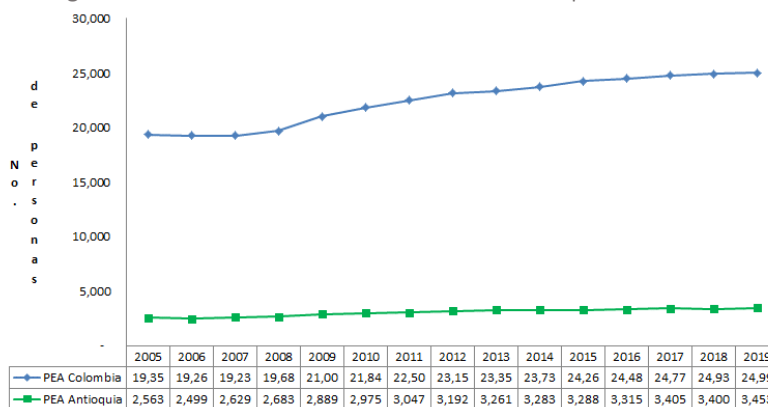
Indicadores de ingreso	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Coefficiente de GINI	0,555	SD	SD	0,58	0,56	0,561	0,537	0,529	0,532	0,555	0,521	0,508	0,496	0,501
Línea de pobreza	146.874	SD	SD	175.523	183.784	189.166	197.354	205.300	209.690	215.449	227.779	246.012	257.104	264.681
Línea de miseria							8,1							
Proporción de NBI	23,0													10,67
Proporción de población en hacinamiento	15,0													2,73

Fuente: DANE, SISPRO - MSPS

### 2.3.13.2. Población Económicamente Activa (PEA)

La tendencia de la Población Económicamente activa-PEA, para el departamento de Antioquia de 2005 a 2019, se ha mantenido constante, con tendencia al aumento, como se observa en la figura. Entre los años 2005 y 2019 la cifra de Población Económicamente Activa (PEA) incrementa en 2,6% (890 personas). Para Colombia, el incremento es más evidente con un 22,6% (5.640 personas entre el año 2005 y 2019).

Figura 148. Población económicamente activa. Antioquia 2005 - 2019



\*Cifra expresada en miles

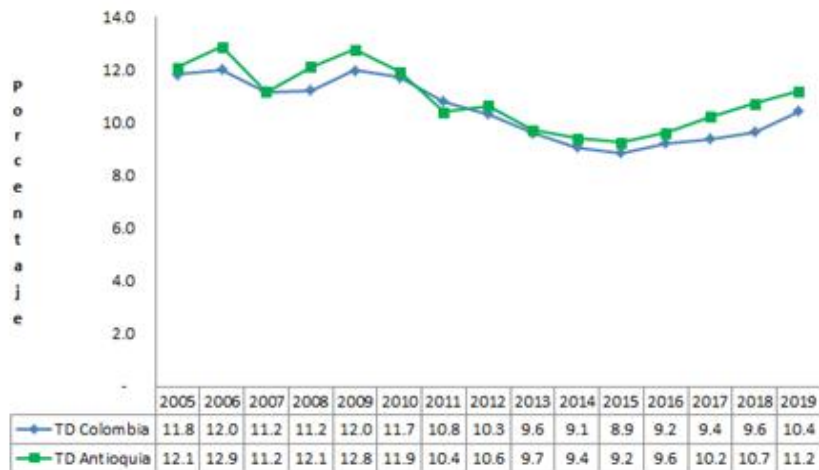
Fuente: departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE

### 2.3.13.3. Tasa de desempleo

Se muestra el comportamiento de desempleo en el departamento de Antioquia, entre los años 2005 y 2019. El año con la tasa más alta de desempleo fue el 2006 con 12,9%, a partir del año 2009, la tasa de desempleo había estado disminuyendo levemente hasta llegar a 9,2% en el año 2015, la más baja del período analizado. Entre el 2016 y 2019 nuevamente se observa un incremento hasta llegar al 11,2% en el año 2019.

Si bien aún no se dispone de información sobre los efectos de la pandemia debida al COVID-19 el impacto en el incremento de las tasas de desempleo durante el 2020 y 2021, son evidentes por el confinamiento que redujo el consumo de bienes y servicios y por ende el aumento de la pérdida del sector económico trayendo como consecuencia las pérdidas de empleo formal e informal.

Figura 149. Tasa de desempleo. Antioquia 2005 – 2019



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE

### 2.3.13.4. Fin de la Pobreza

**Incidencia de Pobreza Monetaria Extrema.** Porcentaje de la población que tiene un ingreso per cápita en el hogar por debajo de la línea de pobreza extrema (calculada a partir del costo per cápita mínimo de una canasta alimentaria que garantiza las necesidades básicas calóricas), respecto a la población total. De acuerdo con el Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia-DAP, Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia, para el Departamento se observa que se presentaba un descenso a partir del 2014 hasta el 2017, pero a partir del 2018 se presenta un aumento pasando de 6.20% a 10.30% en el 2020, en este último año asociado a la pandemia. Por subregión, el Bajo Cauca presenta el mayor porcentaje de población en extrema pobreza con un 28.64% en esta situación, seguida de la subregión de Urabá con 17.63%, estas dos regiones con tendencia al aumento en los últimos tres años, en tercer lugar, está la región de Occidente con 16.26%. con tendencia al descenso en los tres últimos años pasando de 20.24% a 16.26%, las regiones con menor población en pobreza extrema son Valle de Aburrá, Suroeste y Oriente, 2.36, 6.63. y 7-12% respectivamente.

Figura 150. Incidencia de la pobreza extrema, Antioquia 2012-2020



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)



314

**Incidencia de Pobreza Monetaria moderada.** Mide el porcentaje de la población que tiene un ingreso per cápita en el hogar por debajo de la línea de pobreza (calculada como el costo per cápita mínimo de una canasta básica de bienes alimentarios y no alimentarios), respecto a la población total. Para el departamento el porcentaje de esta población está en aumento en los últimos tres años pasando de 28-30% en 2018 a 34%, por región el Bajo cauca con 64.70% presenta el porcentaje más alto seguido de Urabá con 55.80%.

**Índice de Pobreza Multidimensional IPM.** Porcentaje de la población en condición de pobreza, medida a través de 5 dimensiones: 1) condiciones educativas del hogar, 2) condiciones de la niñez y la juventud, 3) trabajo, 4) salud y 5) acceso a servicios públicos y condiciones de la vivienda. Estas dimensiones incluyen 15 indicadores, y aquellos hogares que tengan privación en por lo menos el 33% de los indicadores, son considerados pobres. El 14.50 de la población antioqueña presenta IPM con tendencia a la reducción; por subregión el Bajo Cauca presenta este porcentaje mayor con 28.49%, en segundo lugar, esta Urabá con 26.63%, Occidente 24.73% en tercer lugar, todas estas regiones con cifras muy superiores al Departamento, no se dispone de información desagregada por municipio, lo que permitiría identificar de cada subregión con estos índices de IM tan altos cuales municipios estarían en un porcentaje alto. Es de anotar que es un indicador de seguimiento en la Agenda Antioquia 2040 para evaluar la equidad.

Mapa 24. Georreferenciación del índice de pobreza multidimensional, Antioquia 2013-2020

Subregión	Valor
Valle de Aburrá	7,82
Urabá	26,63
Suroeste	22,32
Oriente	17,36
Occidente	24,73
Norte	20,31
Nordeste	17,94
Magdalena Medio	20,10
Bajo Cauca	28,49



Fuente: DAP Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia



315



## 2.3.14. Educación

### 2.3.14.1. Coberturas de educación en Antioquia.

Para el Departamento, la educación es una prioridad expresada en su Plan de Desarrollo “Unidos por la Vida Antioquia 2020-2023”, con un seguimiento cuidadoso a los avances de los indicadores de proyectos, programas y estrategias planteados, con miras al mejoramiento en acceso, calidad y creación de modelos educativos innovadores que impacten positivamente en la formación de los escolares de los diferentes niveles de educación. Igualmente hace parte de los indicadores para medir la equidad en la Agenda Antioquia 2040 definida por el Departamento.

Al comparar con el país los macro indicadores de las coberturas de educación semaforizados se evidencia que no hay una diferencia estadística con respecto a la nación, evidenciando algunos de ellos mejores que el país, pero también se observa la fluctuación de estos y no consistencia en mejoría.

Figura 151. Coberturas de educación. Antioquia, 2003 – 2021

Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia	Antioquia	Comportamiento																		
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	9,3	8,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	106,51	105,40	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	109,03	119,60	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	86,15	90,70	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Fuente: DANE, SISPRO - MSPS

### 2.3.14.2. Otros Indicadores de educación

Es importante tener en cuenta, que si bien se analizan 4 indicadores en la semaforización de los determinantes sociales de la salud relacionados a la educación es también necesario analizar otros indicadores relacionados al rendimiento que afectan directamente el nivel educativo que pueden alcanzar los escolares que incide en los indicadores de la semaforización, como son los logros en las pruebas que el estado colombiano dispone para evaluar los estudiantes en diferentes áreas y niveles de escolaridad, realizado por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación Superior (ICFES) y socializados en el siguiente enlace: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMDhhZTVmZGUtN2RiYy00YTRhLTNmNDQqODM4ZTBmMjkyZjg0IiwidCI6IjY0MmYxNTIILThmMTItNDMwOS1iODdjLWNiYzU0MzZiYzY5MSIsImMiOiR9>

Por otro lado, en el Plan de Desarrollo del departamento se han definido indicadores educativos enmarcados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible con el fin de abordar el acceso y calidad de la educación como determinantes sociales de la salud.



Porcentaje de estudiantes que se encuentran en nivel de desempeño satisfactorio y avanzado en las pruebas SABER 5 en diferentes áreas del grado quinto, respecto a los estudiantes evaluados en este nivel:

- **Lenguaje**, para Antioquia en el 2017 está en 41%, observándose una reducción con respecto al año anterior con un 44%, no se dispone de información más actualizada.
- **Lectura Crítica**, el índice promedio para el 2020 es de 51.97%, la región de índice más bajo son estudiantes de la subregión de Urabá con 47.11 y la más alta es Valle de Aburrá con 53.70.
- **Matemáticas**, el índice del Departamento está en un 49.75%, significa que el 51% de los estudiantes no logra niveles satisfactorios ni avanzados para quinto de primaria, la región de Oriente alcanza un 51,75%, se evidencia en la mayoría de las subregiones una tendencia al aumento en este índice.

Tabla 65. Promedio del puntaje de Pruebas SABER 11- Matemáticas, Antioquia, 2020



Fuente: PBI, DPD

**Tasa de cobertura bruta de educación media:** Es el porcentaje de estudiantes matriculados en educación media (independientemente de la edad que tengan), respecto al total de la población en edad teórica (de 15 a 16 años) para cursar este nivel (Fuente Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV). Para el departamento de Antioquia se observa tendencia al aumento en los últimos años, en el 2020 fue de 90.74, siendo Urabá la subregión que mayor porcentaje presenta pasando de 94.40% en el 2018 a 105.93% para el 2020. La subregión del Nordeste presenta menor porcentaje con 76.74% con tendencia al aumento en los últimos años evaluados.

**Porcentaje de niños y niñas en primera infancia:** Cuentan con las atenciones priorizadas en el marco de la atención integral, porcentaje de niños y niñas activos en el Sistema de Seguimiento Niño a Niño (SSNN) que reciben 6 o más atenciones de las priorizadas por la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia (CIPI) (registro civil, seguimiento nutricional, vacunación, afiliación a salud, controles de crecimiento y desarrollo, formación a familias, acceso a material cultural con contenidos especializados, talento humano cualificado y acceso a educación inicial), Fuente Secretaría de Inclusión Social (Sistema de información Buen Comienzo Antioquia) e ICBF (Sistema de información Cuéntame). Para Antioquia está en 38% con una tendencia a la disminución (94% en el 2019) situación que puede deberse al confinamiento por la pandemia de COVID-19, no se dispone información desagregada por subregiones.

**Cobertura bruta en transición:** Es la relación porcentual entre el total de los alumnos matriculados en el nivel de transición, independiente de la edad que estos tengan, respecto al total de la población con 5 años (Fuente, Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV), se evidencia para Antioquia una tendencia estable, oscilando entre 88.2012% en el 2016 a 88,35% en el 2020. Las subregiones de Bajo Cauca y Occidente son las que presentan menor porcentaje en la transición, con 73.33% y 73.68%, podría explicarse en Occidente por el porcentaje de ruralidad.

**La tasa bruta a nivel preescolar:** Es el porcentaje de niños y niñas matriculados en el sistema educativo en establecimientos educativos oficiales y no oficiales, en el nivel de preescolar que incluye los grados de pre-jardín, jardín y transición sin importar la edad respecto al total de niños y niñas con edades entre los 3 a los 5 años. Muestra la relación porcentual de la matrícula del nivel educativo de preescolar con la demanda social que se debe atender en ese nivel educativo. (Fuente Secretaría de Educación de Antioquia -Subsecretaría de Planeación Educativa y secretarías de educación de los municipios certificados en educación del Departamento SIMAT, Certificados y Recolección para el Departamento por Departamento Administrativo de Planeación - Dirección Sistemas de Indicadores). Para el departamento esta cobertura es de 51.91% en el 2019, con tendencia al aumento en los últimos años. No se dispone de información desagregada por regiones.



318

**Cobertura de educación superior:** Mide la relación porcentual entre el total de estudiantes matriculados en programas de pregrado (técnicos, tecnológicos y universitarios), independientemente de la edad que estos tengan, respecto al total de la población entre 17 y 21 años (rango de edad teórico), (Fuente, Ministerio de Educación - Sistema Nacional de Información de Educación Superior (SNIES), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV). En Antioquia la cobertura presenta una tendencia a la reducción durante los años 2019 y 2020, con 56.39% y 55.29% respectivamente, la región e Nordeste presenta la cobertura más baja, 1.7% con descenso marcado desde el 2017 que presentó 5.67%, se espera que mejore el indicador con el mejoramiento de las vías de esta región, es claro que la región del Valle de Aburrá presenta las coberturas más altas (81.54%) explicable por un lado porque es donde se concentra la población y donde están asentadas la gran totalidad de instituciones educativas de nivel superior. Las demás regiones tienen coberturas muy por debajo a las del Departamento.

Figura 152. Tasa de cobertura en educación superior por subregiones de Antioquia, 2020



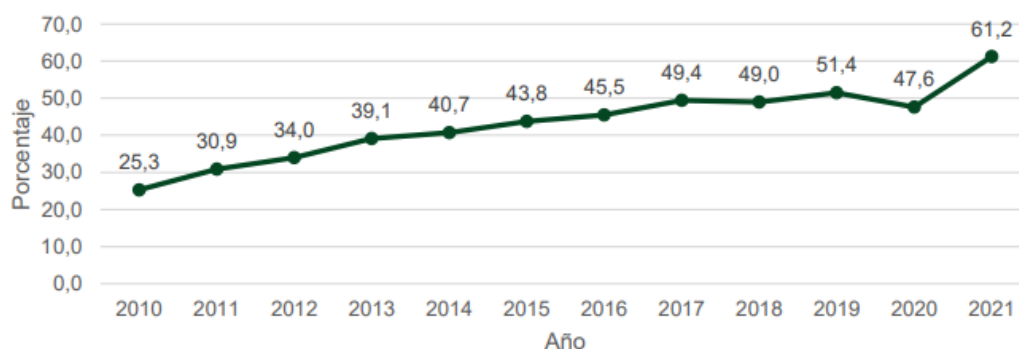
Fuente: Secretaría de Educación Departamental

- **Brecha entre cobertura neta urbano -rural de educación básica y media:** Es la diferencia en puntos porcentuales entre la cobertura neta para zona urbana y la cobertura neta para zona rural en los niveles de preescolar, básica y media. A medida que la diferencia disminuye refleja condiciones equitativas de acceso al sistema escolar, (Fuente Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV). Para el Departamento es de 14.09 puntos porcentuales con tendencia a la disminución en los últimos años, significa que se está cerrando cada vez más la brecha de educación con relación a la población rural.
- **Sedes educativas conectadas a internet:** Mide el porcentaje de sedes educativas oficiales con conexión a internet, respecto al total de sedes educativas oficiales. Fuente DANE - Encuesta de Educación Formal - EDUC (Formulario C600), se observa una reducción entre los años 2019 y 2020 pasando de 32.04% a 28,53%, situación que puede deberse al confinamiento dado por la pandemia. Es importante evidenciar que de acuerdo con el informe de Gestión de la Gobernación de Antioquia 2021, el 61% de los hogares en el Departamento tiene acceso a internet, lo que complementa un poco la falta de acceso de las escuelas a este servicio, además que en todos los municipios en los parques se cuenta con acceso a red gratuita, beneficiando a las empresas y al comercio en general.





Figura 153. Hogares con acceso a internet en Antioquia-enero agosto 2010 a 2021.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE-Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH

### 2.3.14.2.1. Analfabetismo

Como se expresó en este documento, el analfabetismo comparado con la nación no evidencia diferencia estadísticamente significativa, pero sí una fluctuación que no es consistente para identificar una tendencia de mejoría o no de estos indicadores.

Es importante resaltar que en este sentido la Secretaría de Educación Departamental, en el Plan de Desarrollo “Unidos por la Vida 2020-2023”, ha definido proyectos, programas y estrategias para avanzar en la equidad reduciendo la desigualdad en el Departamento, muchas de las cuales se describen y analizar otros indicadores en este apartado de este documento.

Es importante tener en cuenta, que una de las causas del analfabetismo en Antioquia es la deserción escolar debida al conflicto armado, las vías de acceso de la población rural y rural dispersa a las cabeceras municipales, situación que está siendo intervenida y que se verá el impacto en la educación una vez se avance en el plan vial establecido.

**Tasa de analfabetismo en menores de 15 años:** Mide el porcentaje de la población de 15 años y más que no sabe leer ni escribir, respecto al total de la población de 15 años y más. Fuente, DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), Se evidencia una tendencia en los últimos tres años a la reducción pasando de 4.92% a 4.41%.

### 2.3.14.3. Avances en el compromiso con la educación en Antioquia

Antioquia ha definido en la Agenda 2040 que la Educación inclusiva y con calidad, es uno de los indicadores de la equidad, es así como se viene implementando diferentes acciones para impactar el resultado de estos indicadores, evidenciadas en el Informe de Gestión de la Gobernación 2021 entre los que se resaltan algunos de ellos:

- El apoyo a la financiación de matrícula de 13.901 estudiantes de las Instituciones de Educación



- Superior (IES) oficiales adscritas al Departamento, a través de la estrategia Matrícula Cero.
- Acuerdo suscrito entre la Gobernación de Antioquia y los Dirigentes Indígenas del Departamento, otorgamiento de 37 becas matrícula y sostenimiento para la población indígena, brindando oportunidad de acceso y permanencia en las universidades públicas o privadas en programas de pregrado, previa selección de las autoridades indígenas y la Organización Indígena de Antioquia (OIA), Así mismo otorgamiento de 41 becas matrícula y sostenimiento para la población Afrodescendiente.
  - Desarrollo del Modelo Educativo, “Modalidad Virtual Asistida UCN, Programa Alfabetización Virtual “PAVA”, CLEI I, en 31 Municipios, con el fin de disminuir la tasa de analfabetismo, atendió 1.251 personas en extra-edad y adultos de las zonas rurales y urbanas en situación de analfabetismo, además se brindó educación a 1.036 personas privadas de la libertad en 10 municipios.
  - Establecimientos Educativos que implementan jornada única, fortaleciendo los Proyectos Educativos Institucionales, ampliando las intensidades académicas y fomentando estrategias en las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas.
  - Jornada Escolar Complementaria, busca desarrollar espacios de aprendizaje para el aprovechamiento del tiempo libre de los estudiantes en los establecimientos educativos.
  - Proyecto Expedición Antioquia Territorios Educativos, que busca potenciar las capacidades de las comunidades educativas.
  - La doble titulación, proceso pedagógico y de gestión concertado, favoreciendo el mejoramiento de la calidad, de instituciones educativas oficiales del Departamento, el propósito es brindar opciones de permanencia y movilidad educativa a los estudiantes, bien sea en la educación superior o en la educación para el trabajo y el desarrollo humano, 224 de los 480 establecimientos educativos aprobados para ofertar la educación media, tienen articulación con la media técnica- doble titulación.
  - Implementación de modelos educativos flexibles (Aceleración del Aprendizaje, Caminar en secundaria 1 y 2, Escuela Nueva, Etnoeducación, Media Rural, Modalidad virtual Asistida UCN, Pos primaria, Preescolar Escolarizado y No Escolarizado/semiescolarizado, programa para jóvenes en extra-edad, Telesecundaria, Transformemos, Ser Humano y UNAD), para acercar la oferta educativa a zonas dispersa, para garantizar acceso a niños niñas y adolescentes en condiciones o no de vulnerabilidad.
  - Antioquia avanza en la consolidación como territorio educativo diverso e inclusivo, de derechos y equidad. alcanzado en el 2021 educación con modelos incluyentes a 11.953 estudiantes con discapacidad, capacidades y/o talentos excepcionales, trastornos específicos del aprendizaje y en condición de enfermedad. Igualmente se atienden otros grupos poblacionales, 10.842 estudiantes indígenas, 15.170 afrodescendientes, 17 raizales, 2 estudiantes Rrom, 34.688 estudiantes en extra-edad (de los cuales 1.136 se atienden en aulas de aceleración) y los demás en las aulas regulares o con otros modelos, 100.776 estudiantes víctimas del conflicto, 774 estudiantes en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescente-SRPA y 29.032 estudiantes jóvenes y adultos en los CLEI.
  - Educación para la paz, realización de dos convenios para el desarrollo de proyectos orientados



321

a la población en proceso de reincorporación y reintegración; con convenio del Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Noruego para Refugiados se están atendiendo 96 adultos y 197 miembros de las comunidades reincorporadas.

### 2.3.15. Avance en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

De acuerdo con el informe de Gestión de la Gobernación 2021 del Plan de Desarrollo “Unidos por la Vida 2020-2023”, Antioquia presenta logros en relación a los indicadores cuantificables de la desigualdad, definidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS, a 2020 se evidencia avance en los 17 ODS, asociado con 149 indicadores y 78 metas cualitativas de las 169 propuestas por la Organización de las Naciones Unidas. El Plan de Desarrollo Departamental definió para evaluar el alcance, por lo menos tener el 33% de avance de los objetivos en los primeros 5 años.

De 17 objetivos 10 han avanzado, pero hay otros que aún están sin evidencia de logros entre estos están: Vida de ecosistemas terrestres, Producción y consumo responsable, Paz justicia e instituciones sólidas, Ciudades y comunidades sostenibles, e Industria, innovación e infraestructura. Con relación a los indicadores cualitativos, los mayores retos son: Erradicar la extrema pobreza, reducir la mortalidad materna, construir y mejorar escuelas inclusivas y seguras, crecimiento económico sostenible, innovar y mejorar la productividad económica, trabajo decente e igualdad en la remuneración, reducir el desempleo juvenil, infraestructuras sostenibles inclusivas, promover la industrialización inclusiva sostenible, reducir las desigualdades de ingresos. La pandemia indiscutiblemente tuvo efectos en el avance en el cumplimiento de las metas propuestas para estos indicadores, algunos se vieron más afectados como son la mortalidad materna, condiciones de mercado laboral y de las pequeñas empresas y microempresas, la población joven, las mujeres, y la población que está en extrema pobreza.

### 2.4. Población asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país y por ende del Departamento. Además, busca brindar a la población, servicios de mayor calidad, incluyente y equitativa a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.

Los residentes en cualquier sitio de Colombia y del extranjero acceden al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del régimen contributivo o a través del régimen subsidiado, dependiendo de su capacidad económica y el estatus migratorio. Adicionalmente se encuentra los regímenes especiales y de excepción.

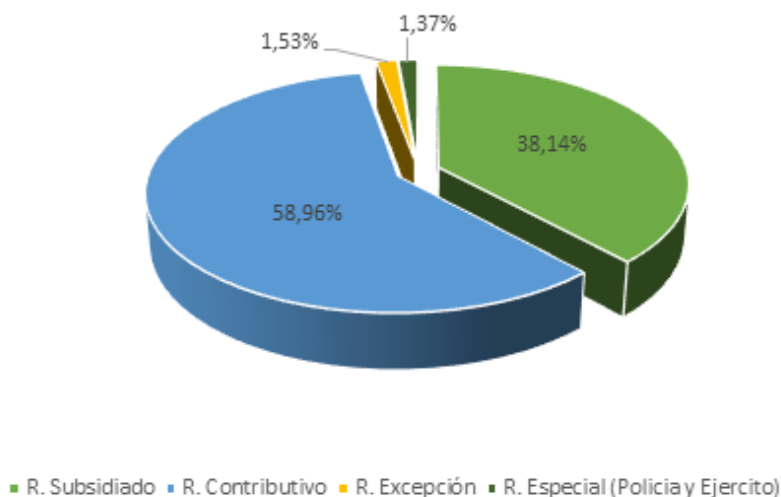


322

De otro lado, la Entidad Territorial debe garantizar la atención de la Población Pobre y vulnerable que no cumpla con requisitos de afiliación al SGSSS u otros regímenes especiales o de excepción en el componente de urgencias o grupos poblacionales prioritarios, con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones – SGP y/o recursos propios.

Según el anuario estadístico con corte a noviembre de 2022, el 101.17 % de la población residente en el departamento de Antioquia está cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Del total de la población el 59.65% pertenece al régimen contributivo, bien sea como cotizante, beneficiario o afiliado adicional, el 38.59% pertenece al régimen subsidiado, población clasificada como pobre y vulnerable y el 2.93% al régimen especial y de excepción, pertenecientes a población de: Magisterio, Ecopetrol, Universidad de Antioquia, Universidad Nacional y Fuerzas Públicas.

Figura 154. Porcentaje de cobertura a SGSSS por régimen en Antioquia. 2022

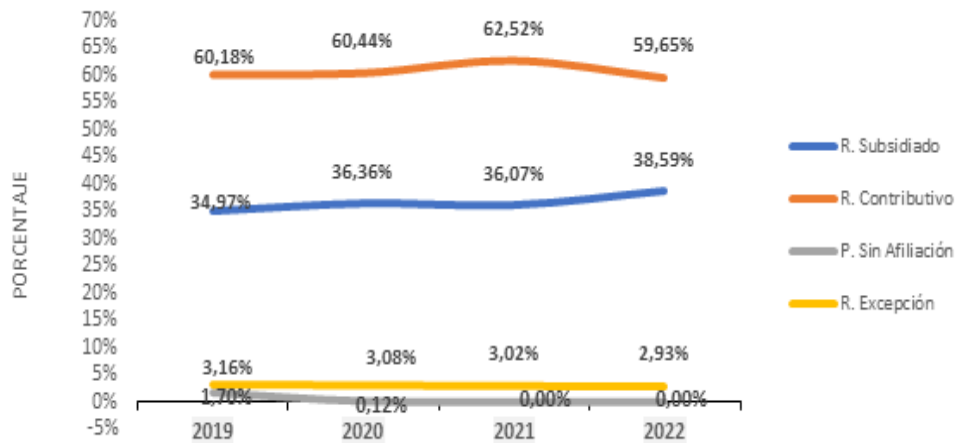


Fuente: Base de datos de cubo BDU – SISPRO. Noviembre 2022

El comportamiento de la cobertura de afiliación en el Departamento para cada uno de los regímenes, se ha mantenido en términos generales estable durante el último quinquenio,; a excepción de la población no asegurada que ha ido disminuyendo en los últimos 5 años; la población afiliada al Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado ha presentado un incremento en el último año, en gran parte a la garantía de la nueva normatividad sobre universalidad y obligatoriedad de la afiliación e inclusión de nuevos grupos poblacionales, aunado a los esfuerzos de los diferentes actores del SGSSS para mantener a la población asegurada y de la inclusión al SGSSS de los migrantes de Venezuela que se acogieron al Estatuto Por Protección Temporal.



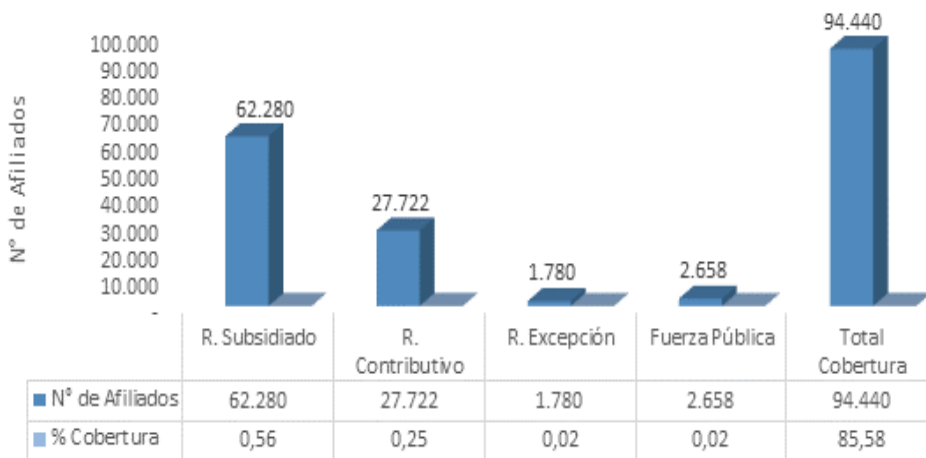
Figura 155. Porcentaje de cobertura al SGSSS en Antioquia, por Regímenes y año 2019 - 2022



Fuente: Base de datos de cubo BDUA – SISPRO. Noviembre 2022

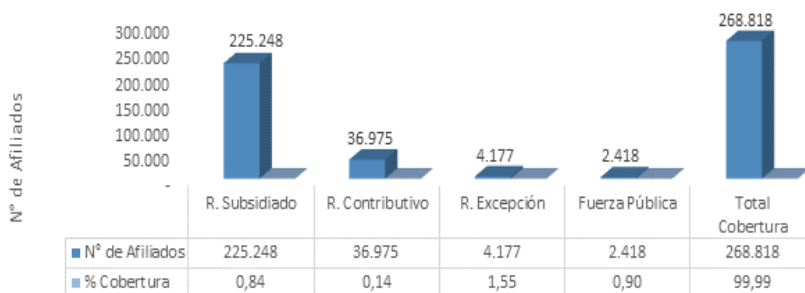
Por subregiones, el Valle de Aburrá y Oriente registran un alto porcentaje de afiliados en el Régimen Contributivo, 76% y 58% respectivamente, revelando posiblemente un patrón de mayor fuerza laboral ocupada en dichas subregiones, al ser comparadas con los demás territorios de Antioquia. Subregiones como Bajo Cauca, Magdalena Medio y Occidente, tienen una diferencia marcada entre el porcentaje de afiliados al Régimen Subsidiado y la población afiliada al Régimen Contributivo, dado que existe una mayor población sin capacidad de cotización, por consiguiente un mayor porcentaje de población pobre y vulnerable afiliados al Régimen Subsidiado.

Figura 156. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Magdalena Medio, 2022



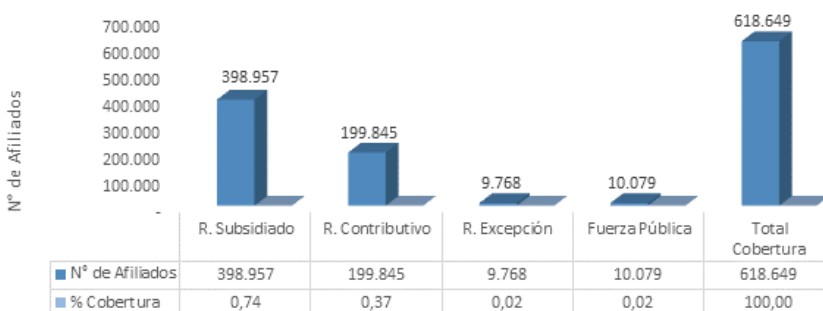
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

**Figura 157.** Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Bajo Cauca, 2022



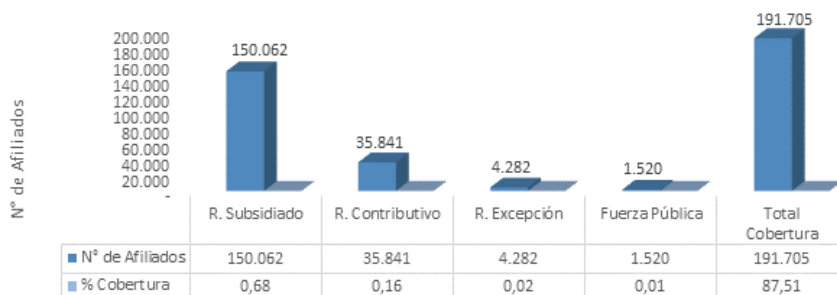
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

**Figura 158.** Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Urabá, 2022



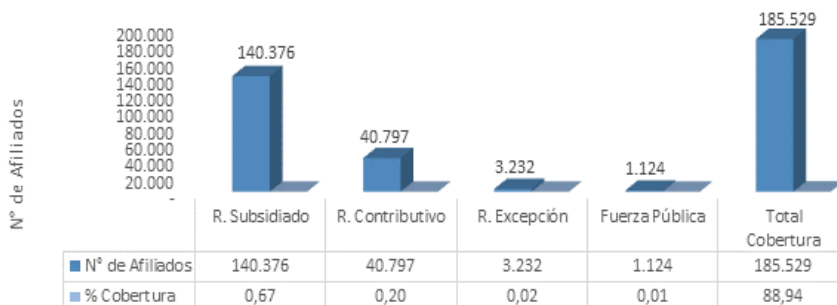
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

**Figura 159.** Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Occidente, 2022



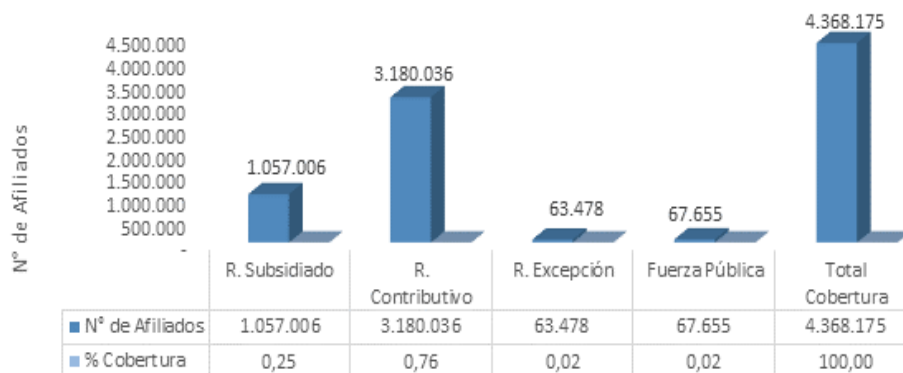
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

**Figura 160.** Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Nordeste, 2022



Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 161. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Valle de Aburrá, 2022



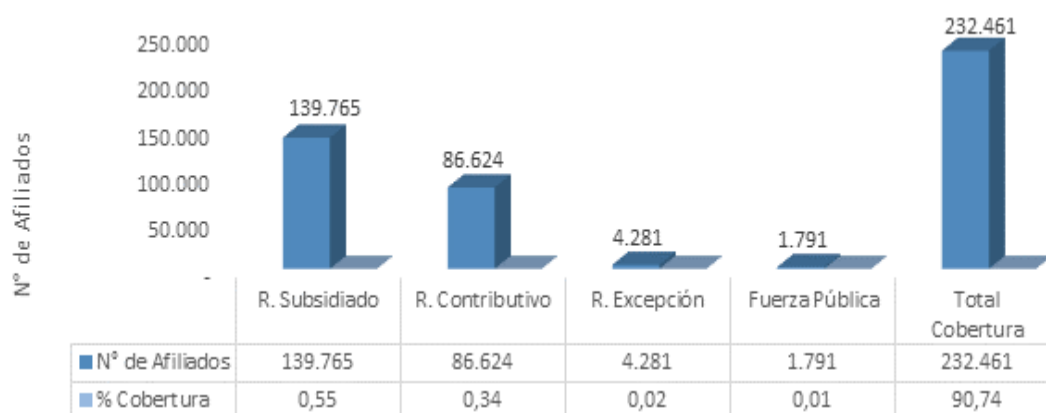
Fuente: CUBO BDU A – SISPRO

Figura 162. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Suroeste, 2022



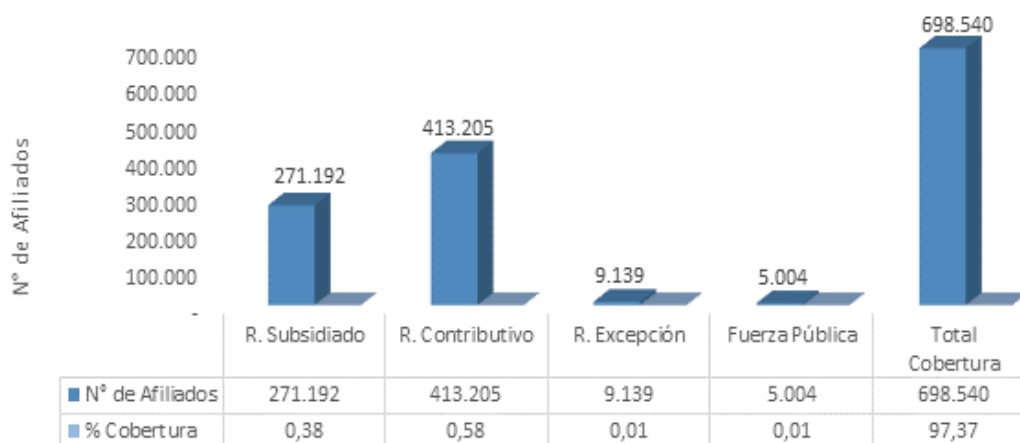
Fuente: CUBO BDU A – SISPRO

Figura 163. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Norte, 2022



Fuente: CUBO BDU A – SISPRO

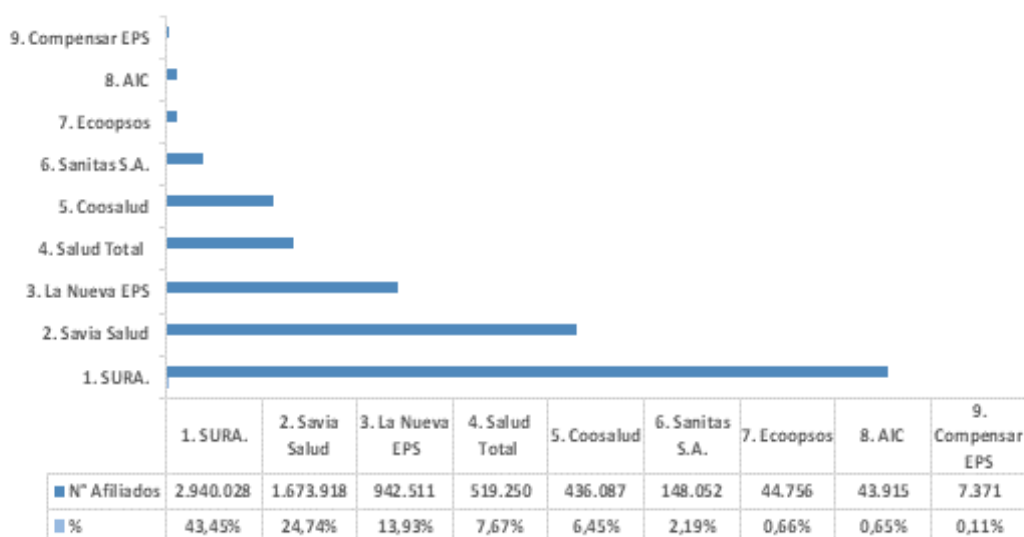
Figura 164. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Oriente, 2022



Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Del total de afiliados en Antioquia, SURA es la EPS con el mayor número de usuarios en ambos regímenes (2.940.028 afiliados) lo que representa un 43.45%; seguida por Savia Salud EPS con el 24.74% ( 1.673.918 afiliados), con menos de un millón de afiliados le sigue Nueva EPS con el 13.93% (942.511 afiliados), Coosalud y Coomeva con un número menor de quinientos mil afiliados; Sanitas a pesar de estar en sólo 5 municipios de Antioquia , supera los 120 mil afiliados y un porcentaje del 2.19%; finalmente ECOOPSOS, la Asociación Indígena del Cauca y Compensar tienen el menor número de afiliados en el Departamento.

Figura 165. Afiliados por EAPB en Antioquia, Régimen Subsubsidado y Contributivo 2022



Fuente: Base de datos de cubo BDUA – SISPRO.



La población afiliada al Régimen Subsidiado debe cumplir con las condición de ser pobre y vulnerable o pertenecer a un grupo especial definido por el gobierno, bajo esa primicia, los afiliados al Régimen Subsidiado son 2.657.908 de usuarios que se encuentran clasificados en diferentes grupos y a los cuales se les debe garantizar el acceso al SGSSS bajo la modalidad de subsidio total, conformado en su gran mayoría por población sisbenizada nivel I y II, quienes representan el 62% del total de afiliados a este régimen, el otro grupo con mayor representación en el subsidiado en la población víctima con el 30%, seguida de otro grupo vulnerable como lo es la población indígena 1,4%, el resto de afiliados lo conforman poblaciones que son minorías pero gozan de toda la garantía del acceso a los servicios del Plan Básico de Salud

Tabla 66. Distribución de afiliados al régimen subsidiado, por tipo de población en Antioquia 2018

Tipo población Según Resolución 2153 del 2021 de la ADRES	Nro. de Afiliados
Población Sisbenizada	1.631.613
Población Víctima	852.342
Afilado de oficio sin encuesta SISBEN	56.232
Comunidades Indígenas	35.754
Recién Nacidos y menores de edad de padres de no Afiliados	18.755
Venezolanos con PEP	15.399
Población infantil a cargo del ICBF	7.461
Población rural no migratoria	7.257
No pobre No Vulnerable	5.084
Habitante de la calle	4.836
Población INPEC	4.098
Programa de protección de testigos	3.356
Adulto mayor en centro de protección	2.801
Población desmovilizada	2.452
Personas que dejen de ser madres comunitarias	2.257
Menores de edad	2.146
Colombianos Deportados de Venezuela	1.722
Población infantil vulnerable diferente del ICBF	988
Población reclusa	873
Alto Costo	779
Personas detenidas sin condena o medida de aseguramiento en centros de detención transitoria	346
Población discapacitada	298
Voluntarios activos (Cruz Roja, Defensa Civil y Bomberos).	199
Menor desvinculado del conflicto armado	184
Afrocolombianos	128
Jóvenes adolescentes a cargo del ICBF - R. Penal	113
Creador o gestor Cultural	112
Tratamientos en curso	100
ROM Gitanos	74
Población rural migratoria	48
Madres gestantes	31
Enfermedades huérfanas	19
Personas con discapacidad de escasos recursos y en condiciones de recursos y en abandono	16
Madres Comunitarias	15
Población en centros Psiquiátricos	12
Veteranos de la fuerza pública	4
Población sin caracterización	4
<b>Total, población Régimen Subsidiado</b>	<b>2.657.908</b>

Fuente: Base de datos de cubo BDUa – SISPRO. Octubre 2021



328

## 2.5. Caracterización Entidades Administradores de Planes de Beneficio EAPB departamento de Antioquia.

En el Departamento de Antioquia hacen presencia 18 EAPB, de las cuales 6 corresponden al Régimen Contributivo, 4 al Régimen Subsidiado, y 8 a los Regímenes Especiales de Excepción y Fuerza Pública. Con corte a diciembre de 2021, el Departamento de Antioquia cuenta con una población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud de 6.891.940, de los cuales 2.446.658 (36,07%) están en el régimen subsidiado, 4.240.758 (62,52%) en el Régimen Contributivo y 204.554 (3,02%) en los Regímenes Especiales de Excepción y Fuerza Pública.

Tabla 67. Población activa afiliada al SGSSS en el departamento de Antioquia por régimen

Diciembre 2021	COBERTURA POBLACIÓN ACTIVA AFILIADA AL SGSSS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	
Población proyectada	DANE 2021	6.782.584
REGIMEN SUBSIDIADO	Total Afiliados	2.446.658
	% de cobertura	36,07%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	Total Afiliados	4.240.748
	% de cobertura	62,52%
REGIMEN EXCEPCIÓN (Magisterio, Ecopetrol, UdeA, Unal)	Total Afiliados	105.628
	% de cobertura	1,56%
FUERZA PÚBLICA	Total Afiliados	98.926
	% de cobertura	1,46%
<b>Total afiliados al SGSSS</b>	<b>Total afiliados al SGSSS</b>	<b>6.891.960</b>

Fuente: Proyección DANE 2021

Tabla 68. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen subsidiado – diciembre 2021

Total afiliados por EPS al Régimen Subsidiado			
CODIGO Ministerio	NOMBRE EPS-S	NRO. AFILIADOS	% afiliados
EPSS40	Savia Salud	1.516.514	61,98
ESS024	Coosalud	369.221	15,09
EPSS10	SURA	215.518	8,81
EPSS37	La Nueva EPS	162.945	6,66
EPSS16	Coomeva S.A.	51.683	2,11
ESS091	Ecoopsos	44.622	1,82
EPSI03	AIC	43.016	1,76
EPSS02	Salud Total	37.408	1,53
EPSS05	Sanitas S.A.	4.361	0,18
EPSS08	Compensar EPS	1.331	0,05
EPSS18	Servicio Occidental	28	0
CCF102	COMFACHOCO	4	0
ESS207	Mutual SER	3	0
ESS062	ASMET SALUD	2	0
CCF055	CAJACOPI ATLANTICO	2	0
<b>Total Afiliado Régimen Subsidiado</b>		<b>2.446.658</b>	<b>100</b>

Fuente: Proyección DANE 2021



Tabla 69. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen contributivo – diciembre 2021

Total Afiliados por EPS Régimen Contributivo,			
CODIGO Ministerio	NOMBRE EPS	N° DE AFILIADOS	%
EPS010	SURA.	2.539.089	59,87
EPS037	La Nueva EPS	727.052	17,14
EPS002	Salud Total	468.987	11,06
EPS016	Coomeva S.A.	177.598	4,19
EPS040	Savia Salud	128.263	3,02
EPS005	Sanitas S.A.	131.129	3,09
EPS042	Coosalud	51.099	1,2
EAS016	EPM	8.148	0,19
ESSC91	Ecoopos	2.969	0,07
EPS008	COMPENSAR E.P.S.	2.835	0,07
EAS027	Fondo Ferrocarriles Nal	2.307	0,05
EPSIC3	AIC	1.002	0,02
EPS018	Servicio Occidental	254	0,01
ESSC07	MUTUAL SER	9	0
EPS017	Famisanar	6	0
CCFC55	CAJACOPI	1	0
EPS012	Comfenalco Valle	0	0
<b>Total Afiliado Régimen Subsidiado</b>		<b>4.240.748</b>	<b>100</b>

Fuente: Proyección DANE 2021

Tabla 70. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen Excepción – diciembre 2021

Total Afiliados por EPS Régimen Excepción			
CODIGO Ministerio	NOMBRE EPS	N° DE AFILIADOS	%
RES004	Magisterio	93.288	45,61
POL001	Policia Nacional	55.461	27,11
FMS001	Ejercito Nacional	43.465	21,25
RES011	Universidad de Antioquia	7.094	3,47
RES008	Universidad Nacional	3.385	1,65
RES002	Ecopetrol	1.844	0,9
RES012	Universidad de Córdoba	8	0
RES013	Universidad de Nariño	5	0
RES006	Universidad Industrial de Santander UIS	4	0
<b>Total Afiliado Régimen Subsidiado</b>		<b>204.554</b>	<b>100</b>

Fuente: Proyección DANE 2021

De acuerdo con la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud, en el capítulo II define la Caracterización Poblacional como una metodología de análisis de riesgos, características y



circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos tipos de modelos explicativos que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB- y Administradoras de Riesgos Laborales –ARL-.

Las Entidades Promotoras de Salud –EPS-, demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB- y las Administradoras de Riesgos Laborales –ARL- son responsables de elaborar la caracterización poblacional de toda la población a su cargo<sup>28</sup>. La caracterización poblacional debe contener: la identificación de los riesgos ex ante, los riesgos contingentes y riesgos ext post de la población afiliada mediante la aplicación de la metodología definida por el Ministerio, el análisis demográfico, de morbilidad, de mortalidad y de los determinantes intermedios de la salud, la priorización de los problemas en salud, los subgrupos poblacionales, las personas y los lugares, la programación de las intervenciones de protección específica y detección temprana y de atención de las enfermedades de interés en salud pública y la gestión del riesgo, en el marco de sus responsabilidades, según la población estimada por cada riesgo ex ante y/o contingente, y/o ex post.

Complementario a lo anterior, se hará una descripción general con los datos básicos de la caracterización de la población de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), teniendo en cuenta la información presentada por cada una de ellas:

### 2.5.1. AIC

En Antioquia habitan, según el Censo DANE 2018, un total de 37.628 indígenas, los cuales residen en 7 zonas del Departamento y corresponden a 6 pueblos indígenas reconocidos: Embera Chamí, Embera Eyábida, Embera Dóbida, Guna - Dule, Senu y Nutabe. Es importante resaltar que el total de la población indígena entre los años 2005 y 2018 tuvo una variación del 30,1 % y representan el 0,6 % de la población del Departamento. En Antioquia el 5,5 % del área geográfica total, pertenece a los pueblos indígenas, territorio distribuido en 56 resguardos y 212 comunidades indígenas. Estas comunidades habitan en los resguardos o en el rural disperso de 32 municipios y/o Distrito del Departamento.

En el Departamento de Antioquia año 2020, la AIC EPS-I cuenta con una población afiliada de 42821 personas, el 98,6% (42238 afiliados) pertenecen al régimen subsidiado y el 1,4% (583 afiliados) al régimen contributivo. Con relación al género, el 48,8% de los afiliados son masculinos y el 51,2% son mujeres, manteniendo una relación de 1 a 1 según el índice de masculinidad. De esta población, 33228 habitantes (77,6%), provienen del área rural y 9593 personas (22,4%) del área urbana.

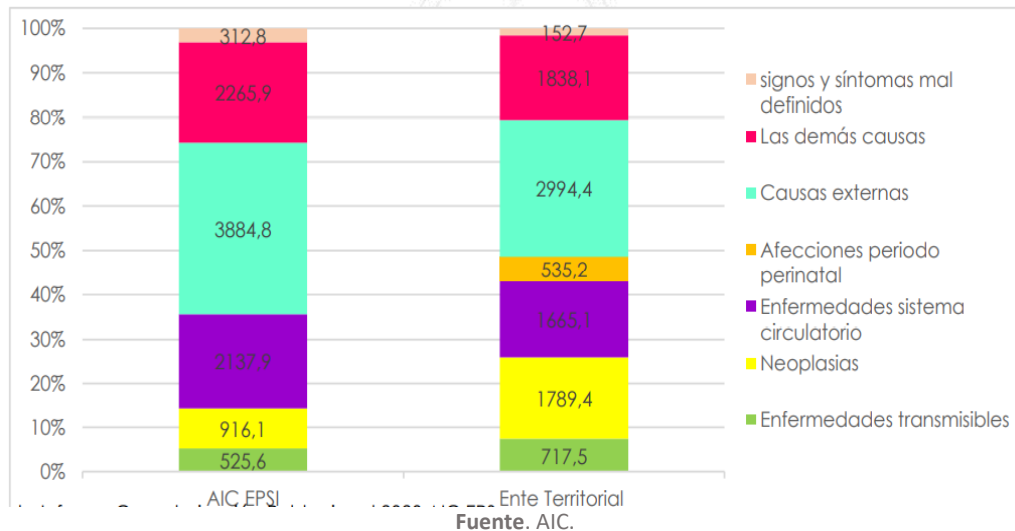
---

28 Caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Ministerio de Salud y protección social



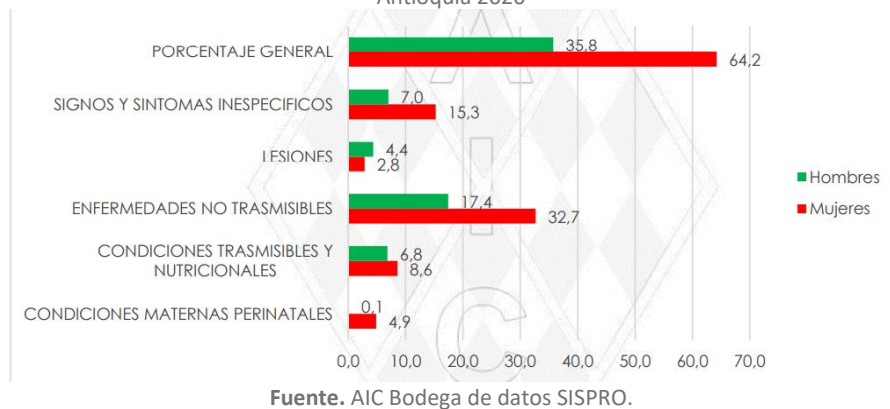
## 2.5.1.1. Caracterización de Mortalidad

Figura 166. Tasa de Mortalidad en población total AIC en el Departamento de Antioquia 2020



## 2.5.1.2. Morbilidad

Figura 167. Porcentaje de Causas de Morbilidad AIC EPSI por Grupos de grandes Causas de Enfermedad Departamento de Antioquia 2020



Se presenta, el porcentaje de Causas de Morbilidad AIC EPSI por grupos de grandes Causas de Enfermedad Departamento de Antioquia 2020, el grupo mayormente representativo corresponde a las enfermedades No transmisibles con el 50,1% (Femenino 29,5% y Masculino 16,6%), seguido del grupo de Signos y Síntomas mal definidos con el 28,6% (Femenino 32,7% y masculino 17,1%) Signos y síntomas Inespecíficos con el 22,3% (Femenino 15,3% y masculino 7,0%) y Condiciones transmisibles y Nutricionales con el 15,4% (Femenino 8,6% y Masculino 6,8%) y en menor porcentaje se presentaron consultas del grupo materno perinatal 5% y Lesiones 7,2%. En cuanto al porcentaje de consulta por género en todos los grupos de grandes causas de enfermedad, se evidenció un valor superior para el género femenino con el 64,2%, y el género masculino con el 35,8%.

## 2.5.1.3. Priorización poblacional por riesgo.

Tabla 71. Determinantes intermediarios de la salud AIC EPSI Departamento de Antioquia 2020

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	Porcentaje de gestantes que reciben consejería en lactancia materna	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	
	AIC EPSI	AIC EPSI	AIC EPSI	AIC EPSI	Entidad territorial
NACIONAL	26,63	11,91	52,72	10,71	38,17
05 ANTIOQUIA	29,75	13,53	60,72	10,74	41,24

Fuente. Bodega de Datos de SISPRO (SGD), RIPS, Registro de EEVV, BDUA, Proyecciones DANE, CAC-ERC, CAC-VIH Plantillas de Caracterización Poblacional

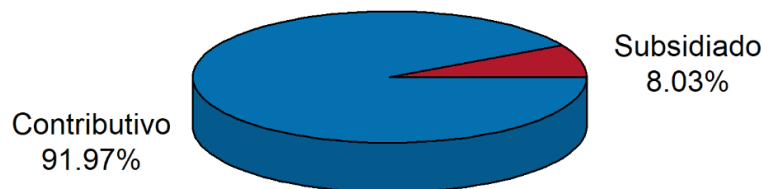
Para el análisis de los determinantes intermedios se tienen en cuenta que los determinantes intermedios o elementos intermediarios, están definidos como los componentes que influyen como factores de riesgo y/o factores protectores en el buen vivir de las comunidades. Estos factores conciernen a, las condiciones socioeconómicas, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia; los contextos psicosociales, como las redes de apoyo social y comunitario, las situaciones de estrés (experiencias de vida negativas), la poca resiliencia y/o afrontamiento de las dificultades; las habilidades sociales y factores biológicos, como los estilos de vida que cuidan o dañan la salud; el sistema de salud, que aunque influye en muy bajo porcentaje, cuenta con barreras que ponen en riesgo la salud de las comunidades<sup>14</sup> Los indicadores de los determinantes intermedios con la Información que entrega el Ministerio de Salud y Protección Social a analizar son: Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años, Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años, Porcentaje de gestantes que reciben consejería en lactancia materna, Porcentaje de pacientes en diálisis con catéter temporal, Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo

## 2.5.2. SURA EPS

EPS SURA, en departamento de Antioquia contaba con una población de 2,614,310 afiliados a diciembre de 2021, de los cuales 1,379,705 son mujeres que corresponde al 52.78% y 1,234,605 son hombres que corresponde al 47.22%, de acuerdo con la Base de datos BDUA. Dichos afiliados tuvieron la siguiente distribución según grupos de edad y sexo.

A continuación, se muestra la distribución según régimen de afiliación de la población de EPS SURA en del departamento de Antioquia a diciembre de 2021

Figura 168. Distribución según el régimen de afiliación. diciembre de 2021 tipo de afiliación



Fuente. SURA EPS.

## 2.5.2.1. Morbilidad

EPS SURA utiliza un sistema de marcación para identificar a los pacientes con algunas de las enfermedades de mayor interés en salud pública. A continuación, se presenta la proporción de personas con alguna de las marcas para la población del departamento de Antioquia a diciembre de 2021.

Tabla 72. Distribución según enfermedades de interés en salud pública, SURA EPS. Diciembre de 2021

Marcas	Nº Afiliados	%
Hipertensión	335,214	12.82%
Paliativo	2,787	0.11%
VIH	10,604	0.41%
Diabetes	100,925	3.86%
Dislipidemia	213,731	8.18%
Enfermedad Renal Crónica	50,601	1.94%
Cáncer	40,022	1.53%
Asma	129,836	4.97%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	38,822	1.48%
Enfermedades Hereditarias de la Coagulación	451	0.02%
Autoinmunes	29,255	1.12%
Total	2,614,310	-

Fuente. SURA EPS.

## 2.5.2.2. Priorización poblacional por riesgo.

Anualmente EPS SURA realiza un proceso de Caracterización Poblacional y priorización de indicadores y grupos poblacionales para enfocar sus esfuerzos. A continuación, se presentan los indicadores priorizados para el departamento/municipio de Antioquia de la caracterización poblacional –CAPO, año 2020. En el departamento/municipio de Antioquia, EPS SURA priorizó las siguientes condiciones de riesgo o enfermedades:



Tabla 73. Priorización de indicadores capo. SURA EPS. 2020

DETALLE	NOMBRE GRUPO DE RIESGO
Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
Prevalencia registrada de VIH/SIDA en personas de 15 a 49 años	Población con riesgo o infecciones
Tasa de mortalidad infantil	Sin Grupo de Riesgo Clasificado
Tasa de incidencia de SIFILIS congénita	Población en condición materno –perinatal

Fuente. SURA EPS.

Dando cumplimiento a la Resolución 1536 de 2015, EPS SURA prioriza los eventos de interés en salud pública de mayor a menor según el número de afiliados con esa condición tal y como se presenta en la siguiente tabla para el departamento/municipio de Antioquia durante el segundo semestre del año 2021.

Tabla 74. Eventos de interés en salud pública

Evento de interés en salud pública	N° Afiliados
Hipertensión	335,214
Asma	129,836
Diabetes	100,925
Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera	57,659
Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas	35,946
Síndrome convulsivo	13,296
Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico-calórica y obesidad)	5,781
Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH)	3,386
Violencia intrafamiliar	3,332
Fiebre reumática	806

Fuente. SURA EPS.

### 2.5.3. SAVIA SALUD EPS

Siguiendo los lineamientos del Ministerio, en el ejercicio de la caracterización poblacional (CAPO)2020, se seleccionaron los municipios donde la EPS Savia Salud presentó algún afiliado con corte a 30 de junio de 2021; entendiendo como afiliado, al activo, activo por emergencia, afiliación interrumpida, suspendido, suspendido por mora y suspendido por documento, según clasificación utilizada en BDU. El número de afiliados se tomó con corte a 31 de diciembre de 2020. A diciembre 31 de 2020, Savia Salud EPS contaba con 1.679.700 afiliados distribuidos en 116 de 125 municipios de Antioquia, de los cuales el 52,4% son mujeres. Al desagregar por municipio de afiliación se observa que los residentes en la ciudad de Medellín representaron el 31,3% (525.915 afiliados) del



335



total de afiliados a la EAPB, seguido del municipio de Bello con un 4,8% (80.927afiliados), Apartadó con un 2,5% (41.796afiliados), Turbo con el 2,4% (39.994afiliados) e Itagüí con el 2,1% (35.597afiliados). Para el resto de los municipios este porcentaje es inferior al 2%.

### 2.5.3.1. Mortalidad

El análisis de la mortalidad por grandes causas y subcausas se realiza teniendo en cuenta la lista corta 6/67 de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). Dicho análisis se realiza según las tasas ajustadas permitiendo corregir las diferencias que puedan existir en las poblacionales o variables de confusión y por tanto permite realizarlas comparaciones entre los territorios.

Se muestran los indicadores de tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas por municipios donde hace presencia la EAPB en el año 2019, específicamente los indicadores del 175 al 181. Se trabaja con información 2019, pues es la suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Es importante resaltar que con respecto al régimen de afiliación en el subsidiado encontramos la mayoría de los casos de mortalidad en todas las grandes causas con respecto a la población del contributivo. Sobre la tasa de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles a nivel municipal para este año se observa que el régimen subsidiado presenta tasas para su especial vigilancia en territorios como: Zaragoza, Arboletes, Belmira, Ciudad Bolívar, Angelópolis. La tasa ajustada de mortalidad por neoplasias a nivel municipal para este año se observa que en el régimen subsidiado a nivel municipal se evidencia para el año 2019 que los habitantes presentan un mayor riesgo de morir por estas causas en los municipios de: Sabaneta, Medellín, Envigado, La Estrella que hacen parte del Valle de Aburrá, superando las cifras reportadas en el ente territorial departamental en todos los casos.

La tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del Sistema circulatorio tiene cifras que son importantes de vigilar en la población del régimen subsidiado en municipios como Armenia donde presenta una tasa de 446 casos por 100.000 afiliados, Puerto Nare con una tasa de 355,6 casos por 100.000 afiliados, Frontino con 270,4 casos por 100.000 afiliados, como factor común se encuentra que las tasas ajustadas por neoplasias del régimen subsidiado supera a los valores reportados por la Entidad Territorial. La tasa ajustada de mortalidad por causas externas en el 2019 presenta valores extremos en la población de Valdivia que requiere ser revisado, adicional los municipios que presentan tasas superiores a los 200 casos por 100.000 afiliados son: La Pintada, Maceo, Briceño y Segovia. Por último, la tasa ajustada de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas en evidencias errores y falta de precisión por parte del personal médico al momento de realizar el certificado de defunción, situación que amerita hacer una revisión con los prestadores especialmente en municipios como Briceño, Chigorodó, Girardota, Peque y Tarazá se encuentra en valores superior a los 40 casos por 100.000 afiliados. Es necesario seguir trabajando por mejorar la clasificación de las causas básicas de muerte y los resultados de estos indicadores, con el fin de disminuir el riesgo de morir tempranamente por causas evitables, para lo que se deberán



336

fortalecer acciones e intervenciones oportunas definidas dentro de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

**Tabla 75.** Indicadores de Mortalidad por causas específicas en SAVIA SALUD EPS para CAPO 2020 según años disponibles de fuentes Minsalud.

Indicadores de mortalidad trazadora	EAPB				ET			Razón EAPB/ET – 2018
	2017	2018	2019	Dif	2017	2018	2019	
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama (en la mujer)	8,89	11,05	9,88	-1,17	13,6	12,18	11,99	0,82
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	4,09	4,1	5,19	1,09	5,02	3,89	3,86	1,34
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	6,96	10,73	12,05	1,32	10,81	10,82	9,30	1,30
Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis	1,84	3,93	3,89	-0,04	2,12	2,32	2,39	1,63
Tasa ajustada de mortalidad por VIH	4,58	7,49	8,46	0,97	4,13	4,8	4,42	1,91
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	7,22	12,89	11,16	-1,73	16,41	15,38	13,98	0,80
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago	6,79	10,24	11,31	1,07	11,07	10,24	9,96	1,13
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	19,66	31,23	38,46	7,23	35,05	33,24	33,19	1,16
Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años	1,88	3,58	4,15	0,57	3,87	3,95	3,89	1,06
Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años*		4,70*	4,68*	-0,02	0	2,22 +		

Fuente: CAPO 2020, Savia Salud EPS – \*Indicadores FENIX – (+) INS Colombia 2018

### 2.5.3.2. Morbilidad

Conocer los motivos de consulta de las personas que acudieron a las IPS para su atención, se convierte en elemento fundamental para la intervención en pro de generar alternativas para modificar situaciones de riesgo, minimizar los riesgos ya existentes, recuperar la salud o retrasar secuelas y complicaciones que alteran no solo la calidad de vida del paciente sino de su entorno familiar y social. Se describe a continuación el comportamiento de la morbilidad de consulta externa, urgencias y hospitalización para el año 2020 en la EPS Savia Salud.

#### Consulta Externa

En la siguiente tabla se relacionan las principales categorías diagnósticas por las cuales los usuarios de Savia Salud EPS consultaron en el año 2020, los cuales representan el 42,1% del total de los diagnósticos. La hipertensión esencial (primaria) fue la causa más común de consultas para la población, esencial (primaria) fue la que encabezó las consultas con (11,9%), el examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico lideró las consultas y aportó el (5,4%) del total de consultas.



337

Tabla 76. Distribución porcentual de consultas según 15 principales categorías diagnósticas de ingreso. Savia Salud EPS –2020.

Categoría Diagnóstica	Nº Consultas	%Consultas
Hipertensión esencial (primaria)	11,9%	451.348
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	5,4%	205.893
Atención para la anticoncepción	3,2%	122.571
Supervisión de embarazo de alto riesgo	3,0%	114.921
Dolor abdominal y pélvico	2,6%	97.730
Diabetes mellitus no insulino dependiente	1,9%	70.501
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1,7%	64.863
Otros trastornos del sistema urinario	1,7%	62.489
Dorsalgia	1,4%	54.569
Diabetes mellitus insulino dependiente	1,4%	53.193
Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin quejas o sin diagnóstico informado	1,4%	52.889
Uso de emergencia de U07	1,2%	44.098
Caries dental	1,1%	42.351
Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	1,1%	41.335
Trastornos de la acomodación y de la refracción	1,0%	39.030
Supervisión de embarazo normal	1,0%	38.532

Fuente: Registro Individual de Prestaciones de Salud –RIPS de Consultas. Savia Salud EPS -2020.

Hospitalización Los motivos de hospitalización se analizan según grupos diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. Estas son:

Enfermedades del sistema respiratorio, con el 9% del total de las atenciones de urgencias en el año 2020. Dentro de este capítulo, las categorías diagnósticas más frecuentes fueron:

- Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (32,6%)
- Neumonía, organismo no especificado (15,6%)
- Bronquiolitis aguda (8,4%)
- Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte (10,3%)
- Asma (7,2%).

Embarazo, parto y puerperio, con el 14,7% del total de las atenciones. Las categorías diagnósticas dentro de este capítulo más frecuentes fueron:

- Parto único espontáneo (37,5%)
- Parto único por cesárea (11,5%)
- Falso trabajo de parto (14,6%)
- Aborto espontáneo (3,9%)
- Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto (2,3%).
- Enfermedades del aparato genitourinario, con el 8,6% del total de las atenciones.

Dentro de este capítulo, las categorías diagnósticas más frecuentes fueron:

- Otros trastornos del sistema urinario (47,9%)



- Hiperplasia de la próstata (7,5%)
- Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales (5,4%)
- Cálculo del riñón y del uréter (7,0%)
- Enfermedad renal crónica (5,3%)

Enfermedades del sistema circulatorio, con el 8,8% del total de las atenciones hospitalarias. Dentro de este capítulo, las categorías diagnósticas más frecuentes fueron:

- Insuficiencia cardíaca (23,3%)
- Infarto agudo de miocardio (9,2%)
- Hipertensión esencial (primaria) (8,7%)
- Otras enfermedades cerebrovasculares (8,6%)
- Enfermedad isquémica crónica del corazón (5,3%).

Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa, con el 9,7% del total de las atenciones en el 2020. Las categorías diagnósticas más frecuentes dentro de este capítulo fueron:

- Fractura del fémur (10,5%)
- Fractura del antebrazo (9,5%)
- Fractura de la pierna, inclusive del tobillo (7,0%)
- Traumatismo intracraneal (5,2%)
- Fractura del hombro y del brazo (5,4%).

## Urgencias

A continuación, se describen los principales grupos diagnósticos de egreso (Capítulos CIE 10) de las atenciones registradas en el servicio de urgencias durante el año 2020, de los cuales se destacan los siguientes cinco grupos:

Síntomas, signos y hallazgos anormales clínico y de laboratorio no clasificados en otra parte, con el 21,3% del total de las atenciones evidenciando una disminución con respecto al 23,2% del año 2019. Dentro de este capítulo, las categorías diagnósticas de egreso más frecuentes fueron: Dolor abdominal y pélvico (38,9%), Cefalea (13,6%) Dolor de garganta y de pecho (8,8%) y Fiebre de otro origen y de origen desconocido (8,6%).

Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (15,2%) con un aumento con respecto al 2019(13,7%). Dentro de este grupo se destacan categorías diagnósticas como Herida de la cabeza (9,8%), Herida de la muñeca y de la mano (6,5%), Fractura del antebrazo (5,7%).

Enfermedades del sistema respiratorio con el 7,5%, con diagnósticos como Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (33,4%), Asma (9,9%), Neumonía, organismo no especificado (7,0%), Rinofaringitis Aguda (5,8%) y Bronquiolitis aguda (5,4%).



339



Embarazo, parto y puerperio con el 9,5%, en donde los diagnósticos de egreso más comunes fueron Falso trabajo de parto (29%), Parto único espontáneo (12%) y Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto (8%).

Enfermedades del aparato genitourinario con el 7,4%. Dentro de este grupo, los principales diagnósticos de egreso fueron Otros trastornos del sistema urinario (34,9%), Cólico renal, no especificado (18,9%) y Cálculo del riñón y del uréter (10,7%)

## Determinantes intermediarios para CAPO 2020

El contraste de los determinantes intermediarios evaluados según fuentes oficiales, indica que se presentaron 4 indicadores que presentaron cifras inferiores al comportamiento departamental de la entidad territorial, a saber: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo, el porcentaje de cobertura de TAR en personas con VIH-SIDA en edades de 15-49 años, cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida, captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años. En vista de los resultados observados se plantea el monitoreo al cumplimiento de indicadores de los Determinantes intermedios para las intervenciones de próximos períodos en SAVIA SALUD, dentro de los cuales hay indicadores cuyo cumplimiento implicará la mejora de los resultados observados. Para el indicador relacionado con VIH el desarrollo de las nuevas rutas de atención integral de la EAPB incluye actualmente la prestación de servicios a través de IPS especializadas con fluidez en las atenciones evitando además dificultades administrativas. En los demás indicadores trazadores la EAPB registró cifras mejores a las del departamento. Las Fuentes de últimos años disponibles fueron tomadas de bodegas de datos en cubos SISPRO de Minsalud y CAC enviadas por Minsalud luego de cargues en CAC Colombia año 2020.

**Tabla 77.** Indicadores de determinantes intermedios de la Salud. Savia Salud EPS-CAPO 2020 según años disponibles de fuentes Minsalud.

Indicador	EAPB	ET	AÑO
Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna	91,5	78	2020
Porcentaje de pacientes en diálisis con catéter temporal	35,5	21,3	2020
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal – EAPB	84,8	80,4	2020
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	27,7	41,2	2020
Porcentaje de partos institucionales - EAPB	98,9	99,3	2020
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	87,2	89,6	2020
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	37,1	38,4	2020
Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida	92,2	95,2	2020
Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida de 15 a 49 años	90,7	94,4	2020

Fuente: Cubos SISPRO para CAPO 2020 – Cuenta de Alto Costo 2020. Savia Salud EPS



## 2.5.4. NUEVA EPS

Para diciembre de 2021, Nueva EPS tenía un total de 887.485 afiliados (427.782 mujeres y 459.703 hombres) en el departamento de Antioquia, de los cuales 720.271 pertenecen al régimen contributivo y 167.214 al régimen subsidiado, equivalentes al 12,48% del total de los habitantes del departamento. La pirámide poblacional del régimen contributivo presenta un comportamiento de carácter regresivo, caracterizado por una base angosta y una cúspide ancha, comportamiento típico de poblaciones con baja natalidad y una mortalidad con tendencia descendente, lo que genera un envejecimiento en la población. En cuanto a la distribución, la población tiene un comportamiento heterogéneo a lo largo de los cursos de vida, evidenciando picos poblacionales en los jóvenes de 25 a 34 años para ambos géneros.

### 2.5.4.1. Mortalidad

Con relación a los indicadores de la mortalidad trazadora en el Departamento, para el régimen contributivo se evidencia que, en comparación con la entidad territorial, los usuarios de NUEVA EPS tienen un riesgo menor de presentar un evento relacionado con Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama (en la mujer), Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus, Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis, Tasa ajustada de mortalidad por VIH, Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago, Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, contrario pasa en los indicadores de Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino, Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años, Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata, donde los afiliados tienen un mayor riesgo, frente a la entidad territorial.

Tabla 78. Mortalidad trazadora régimen contributivo 2020

INDICADOR	NUEVA EPS	ENTIDAD TERRITORIAL	Razón de tasas
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama (en la mujer)	9,16	11,99	-0,24
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	4,16	3,86	0,08
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	6,39	9,30	-0,31
Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis	1,57	2,39	-0,34
Tasa ajustada de mortalidad por VIH	1,96	4,43	-0,56
Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años	2,76	1,71	0,61
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	14,31	13,99	0,02
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago	7,44	9,97	-0,25
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	25,24	33,20	-0,24

Fuente: Resolución 1536 - Gerencia de Prestación de Servicios – Jefatura de Programas de Promoción y Prevención. Nueva EPS S.A. – Reportado 2021



Con relación a los indicadores de la mortalidad trazadora en el Departamento, para el régimen subsidiado se evidencia que, en comparación con la entidad territorial, los usuarios de Nueva EPS tienen un riesgo más alto de presentar un evento relacionado Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino, Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus, Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis, Tasa ajustada de mortalidad por VIH estos resultados instan a Nueva EPS a reforzar las estrategias de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y en las rutas específicas para cada patología afectada como lo es cáncer y en las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas. Para los demás indicadores no se reportó resultado para Nueva EPS, aunque si se reportó para la entidad territorial.

Tabla 79. Mortalidad trazadora régimen subsidiado 2020

MORTALIDAD TRAZADORA	NUEVA EPS	ENTIDAD TERRITORIAL	Razón de tasas
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama (en la mujer)	0,00	11,99	0,00
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	346,84	3,86	88,82
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	1.380,00	9,30	147,31
Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis	382,78	2,39	159,47
Tasa ajustada de mortalidad por VIH	120,80	4,43	26,27
Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años	0,00	1,71	0,00
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	0,00	13,99	0,00
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago	465,20	9,97	45,68
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	2.816,67	33,20	83,84

**Fuente:** Resolución 1536 - Gerencia de Prestación de Servicios – Jefatura de Programas de Promoción y Prevención. Nueva EPS S.A. – Reportado 2021

## 2.5.4.2. Morbilidad

El indicador de Morbilidad atendida por grandes causas para 2019 –2020, agrupa los diagnósticos de atención en cinco grandes causas. expresadas como proporción del total de atenciones. Para el curso de vida de Primera infancia, las Condiciones transmisibles y nutricionales y Enfermedades no transmisibles fueron las causas más frecuentes de atención, evidenciando un aumento muy discreto en ambas causas para el año 2019; para el curso de vida de Infancia, las Enfermedades no transmisibles agruparon más de la mitad de las atenciones para este curso de vida manteniéndose estable en los dos años reportados, para los demás cursos de vida, de adolescencia a vejez, las Enfermedades no transmisibles fueron la causa más frecuente, mostrando un leve aumento de un año a otro, seguido de signos y síntomas mal definidos.



Tabla 80. Morbilidad grandes causas régimen contributivo 2019–2020

CURSO DE VIDA	MORBILIDAD GRANDES CAUSAS	Proporción 2019	Proporción 2020
PRIMERA INFANCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,14%	21,01%
	Condiciones materno perinatales	2,88%	7,92%
	Enfermedades no transmisibles	39,99%	43,20%
	Lesiones	4,35%	8,11%
	Signos y síntomas mal definidos	26,64%	19,76%
INFANCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,05%	9,62%
	Condiciones materno perinatales	0,06%	0,14%
	Enfermedades no transmisibles	54,52%	56,76%
	Lesiones	5,67%	9,85%
	Signos y síntomas mal definidos	28,70%	23,62%
ADOLESCENCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,06%	7,06%
	Condiciones materno perinatales	0,95%	1,99%
	Enfermedades no transmisibles	58,63%	62,27%
	Lesiones	7,07%	9,82%
	Signos y síntomas mal definidos	26,29%	18,85%
JUVENTUD	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,57%	10,29%
	Condiciones materno perinatales	2,59%	5,73%
	Enfermedades no transmisibles	51,58%	52,74%
	Lesiones	6,23%	8,02%
	Signos y síntomas mal definidos	28,03%	23,22%
ADULTEZ	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,05%	6,76%
	Condiciones materno perinatales	0,51%	1,07%
	Enfermedades no transmisibles	66,87%	72,58%
	Lesiones	5,20%	6,72%
	Signos y síntomas mal definidos	20,37%	12,87%
VEJEZ	Condiciones transmisibles y nutricionales	3,15%	3,39%
	Condiciones materno perinatales	0,00%	0,00%
	Enfermedades no transmisibles	80,96%	73,40%
	Lesiones	9,03%	3,42%
	Signos y síntomas mal definidos	6,85%	19,79%

Fuente: Resolución 1536 - Gerencia de Prestación de Servicios – Jefatura de Programas de Promoción y Prevención. Nueva EPS S.A. – Reportado 2021

El indicador de Morbilidad atendida por grandes causas para 2019 –2020 en régimen subsidiado, agrupa los diagnósticos de atención en cinco grandes causas. expresadas como proporción del total de atenciones. Para el curso de vida de Primera Infancia, las Condiciones transmisibles y nutricionales y Enfermedades no transmisibles fueron las causas más frecuentes de atención, evidenciando un aumento en la proporción de enfermedades no transmisibles para el año 2019; para el curso de vida de Infancia las Enfermedades no transmisibles agrupó más de la mitad de las atenciones para este curso de vida con un comportamiento en aumento del 2019 al 2020, para los demás cursos de vida, de adolescencia a vejez, las Enfermedades no transmisibles fueron la causa más frecuente, mostrando un leve aumento de un año a otro, seguido de signos y síntomas mal definidos. En la tabla se detalla el comportamiento de este indicador en cada uno de los cursos de vida.



Tabla 81. Morbilidad grandes causas régimen subsidiado 2019–2020

CURSO DE VIDA	GRANDES CAUSAS	Proporción 2019	Proporción 2020
PRIMERA INFANCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	27,11%	22,38%
	Condiciones materno-perinatales	5,57%	7,48%
	Enfermedades no transmisibles	35,98%	41,61%
	Lesiones	3,69%	9,03%
	Signos y síntomas mal definidos	27,65%	19,51%
INFANCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,84%	10,54%
	Condiciones materno-perinatales	0,06%	0,20%
	Enfermedades no transmisibles	52,79%	48,98%
	Lesiones	6,12%	10,11%
	Signos y síntomas mal definidos	30,19%	30,17%
ADOLESCENCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,34%	7,69%
	Condiciones materno-perinatales	3,85%	10,31%
	Enfermedades no transmisibles	53,11%	49,62%
	Lesiones	7,60%	11,03%
	Signos y síntomas mal definidos	28,11%	21,34%
JUVENTUD	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,56%	6,43%
	Condiciones materno-perinatales	7,38%	14,29%
	Enfermedades no transmisibles	48,17%	46,34%
	Lesiones	7,14%	10,48%
	Signos y síntomas mal definidos	27,75%	22,46%
ADULTEZ	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,96%	6,29%
	Condiciones materno-perinatales	0,94%	2,65%
	Enfermedades no transmisibles	64,79%	66,96%
	Lesiones	6,18%	9,26%
	Signos y síntomas mal definidos	20,13%	14,83%
VEJEZ	Condiciones transmisibles y nutricionales	1,35%	2,42%
	Condiciones materno perinatales	0,00%	0,00%
	Enfermedades no transmisibles	95,95%	59,08%
	Lesiones	1,35%	5,33%
	Signos y síntomas mal definidos	1,35%	33,17%

Fuente: Resolución 1536 - Gerencia de Prestación de Servicios – Jefatura de Programas de Promoción y Prevención. Nueva EPS S.A. – Reportado 2021

### 2.5.4.3. Indicadores Priorizados.

En la tabla, se encuentran descritos los indicadores priorizados para el departamento y municipios de Antioquia, donde Nueva EPS tiene población afiliada. Para los afiliados al régimen contributivo, se encuentra como componente priorizado Razón de mortalidad materna. Las condiciones expuestas en tabla sugieren aumentar los esfuerzos en los programas de detección Atención y asesoría prenatal, seguimiento durante y después del embarazo, asesoría y suministro de anticonceptivos, seguimiento para el recién nacido y controles de crecimiento y desarrollo del menor. Con el fortalecimiento de las estrategias asociadas a la Promoción y Mantenimiento de la salud y a la captación temprana de las neoplasias.



Tabla 82. Indicadores priorizados en el régimen contributivo por departamento y municipio. Antioquia 2020.

Territorio	Componente	Indicador	Sexo	Edad	Valor Nueva EPS	Valor de Ref.	Razón de tasas	Punto de comparación
Antioquia	3. Mortalidad trazadora	251 - Razón de mortalidad materna	Femenino	Todas las edades	47,14	34,23	1,38	Entidad Territorial

Fuente: Resolución 1536 -Gerencia de Prestación de Servicios –Jefatura de Programas de Promoción y Prevención. Nueva EPS S.A. –Reportado 2021.

Para el régimen subsidiado. en el departamento se encuentran los siguientes indicadores priorizados: Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años, Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis, Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero, Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años. De acuerdo con estos indicadores priorizados, Nueva EPS establece la continuidad y el fortalecimiento de las intervenciones a través de la adopción y adaptación de las Rutas Integrales de Atención de Promoción y Mantenimiento de la Salud y las rutas Materno –Perinatal y Cardiovascular y las demás rutas que se requieran. de acuerdo con la prevalencia e incidencia de condiciones mórbidas del departamento. Los dos indicadores priorizados por municipio en donde se encuentran afiliados a Nueva EPS se observan en la Tabla 87.

Tabla 83. Indicadores priorizados por departamento y municipio. Antioquia régimen subsidiado 2020

Territorio	Componente	Indicador	Sexo	Edad	Valor Nueva EPS	Valor de Ref.	Razón de tasas	Punto de comparación
Antioquia	7. Determinantes intermedios de la salud	359 - Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	Ambos Sexos	Todas las edades	18,98	51,33	0,37	Entidad Territorial
Antioquia	3. Mortalidad trazadora	183 - Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis	Femenino	Todas las edades	440,56	1,05	417,63	Entidad Territorial
Antioquia	3. Mortalidad trazadora	197 - Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	Ambos Sexos	Todas las edades	346,84	3,86	89,82	Entidad Territorial

## 2.5.5. COMPENSAR

A 31 de diciembre de 2021 Compensar EPS Antioquia contaba con 5.282 afiliados, que representan el 0,27% del total de la población afiliada a la EPS (1.950.063), en Medellín Compensar EPS contaba con 4.441 afiliados que representan el 0,23% de la población afiliada (1.950.063) y el 0,17% del total de la población de la ciudad (2.573.220), según las proyecciones estimadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE para el año 2021.



345

Con respecto a la ubicación de los afiliados por zona urbano rural, de acuerdo con las bases de población y georreferenciación, se observa que el 98,95% de los afiliados se encuentran ubicados en la zona urbana de la ciudad y el 1,05% restante están en zona rural. En cuanto a la distribución por IPS primarias en Compensar EPS Medellín, la población georreferenciada en su gran mayoría se encuentra en USS Medellín Viva 1A IPS Bolivia (83,04%). La mayor concentración de 7 puntos de atención. Compensar EPS en la ciudad de Medellín, cuenta con un Modelo de salud PBS Y PAC, con una población georreferenciada la cual presta sus servicios en IPS de su red propia Compensar lo que representa una ventaja por integración de los sistemas de información para el seguimiento y canalización de los afiliados. Es importante mencionar que el 4,57% de la población tiene otras IPS primarias, porcentaje que corresponde a población en programas y convenios especiales, VIH y usuarios PAC, estos últimos con sede de médico personal asignada. Por otro lado, se encuentran afiliados con asignación de USS en Medellín o zonas diferentes a Antioquia lo que puede atribuirse a cambios de residencia del afiliado sin actualización de información ante la EPS por lo que tampoco se actualiza la unidad de servicios.

## 2.5.5.1. Morbilidad en consulta externa

De acuerdo con la información disponible en el cubo de causación, para el año 2021 se registró un total de 10.785 atenciones correspondientes a consultas por medicina general y especialidades médicas.

Para determinar las principales causas de consulta en medicina general en el ámbito de consulta externa, se utilizó como fuente primaria el cubo de causación garantizando menor pérdida de información sobre el diagnóstico por registro inadecuado, problema que ocurre en la mayoría de los sistemas de información del país. Dentro de las principales causas de consulta externa por medicina general se observa en primer lugar la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana VIH el cual se presentó en el 1,75% de los casos, seguido de COVID 19 virus no identificado (0,08%). Se observa un importante porcentaje de consultas sin diagnóstico (98,16%), que representan un reto en el fortalecimiento para el reporte de dicha información.

Tabla 84. Distribución Diagnósticos de Morbilidad en Consulta Externa. Compensar EPS Medellín. Año 2021

DIAGNÓSTICO	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		Número	%
	Número	%	Número	%		
SIN DIAGNÓSTICO	6.856	63,57	3.731	34,59	10.587	98,16
ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUM	12	0,11	177	1,64	189	1,75
COVID 19 VIRUS NO IDENTIFICADO	5	0,05	4	0,04	9	0,08
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>6.873</b>	<b>63,73</b>	<b>3.912</b>	<b>36,27</b>	<b>10.785</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cubo de Causación 2021

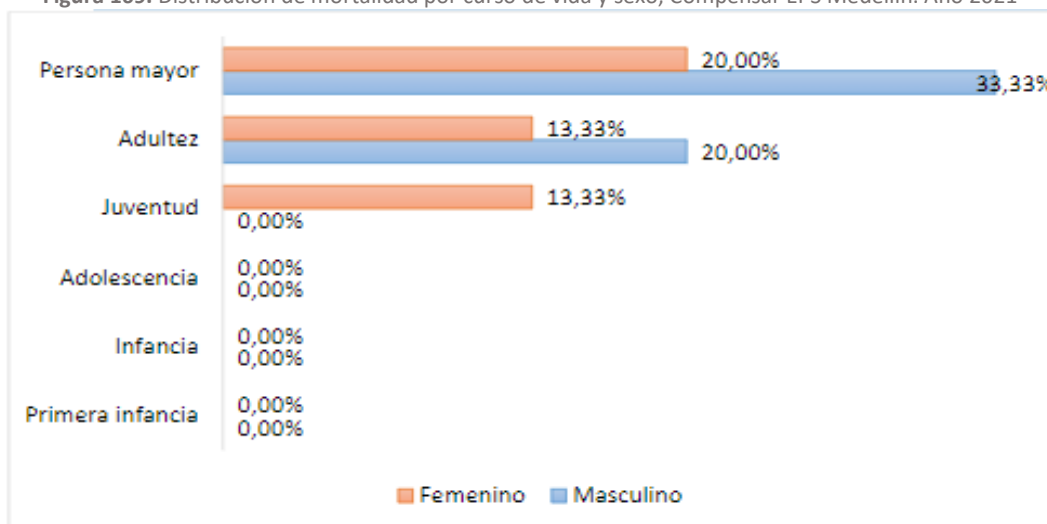


346

## 2.5.5.2. Mortalidad general

Como insumo principal para la construcción de la desagregación de la mortalidad en la EAPB por curso de vida, sexo, quinquenio y causas básicas se utilizó la base de mortalidad proporcionada por analítica, la cual tiene una serie de fuentes entre las que se encuentran: la base de afiliaciones, GEHOS, domicilio, entre otras. De acuerdo con los datos obtenidos a través de la base de mortalidad de afiliaciones para el año 2021 se registraron 15 novedades de fallecimiento para afiliados a Compensar EPS en la ciudad de Medellín, que representan una tasa bruta de mortalidad de 3,38 casos por 1.000 afiliados. La tasa de mortalidad presentada en Compensar EPS en Medellín está por encima de la tasa bruta de mortalidad descrita en el ASIS Distrital 2020 el cual reportó en el 2018 que la tasa fue de 1,8 fallecimientos por 1.000 habitantes. De los fallecimientos ocurridos en Compensar EPS Medellín en 2021 el 53,33% corresponde a hombres (8) y el 46,67% restante son mujeres (7); la distribución por curso de vida, como es de esperarse, ocurre en su mayoría en afiliados en el ciclo de vejez (53,33%), seguido de afiliados en ciclo de adultez (33,33%). El 13,33% de los fallecidos son jóvenes, no se presentaron eventos en etapas tempranas de la vida.

Figura 169. Distribución de mortalidad por curso de vida y sexo, Compensar EPS Medellín. Año 2021



Fuente: Base mortalidad analítica 2021

Con relación a las principales causas de muerte en Compensar EPS Medellín durante el 2021, se evidencia que en el 86,67% de los fallecimientos (13) no se reporta la causa de la muerte, en el 6,67% de los casos (1) el COVID 19 virus identificado fue la causa reportada la cual se da en un afiliado de sexo masculino en ciclo de vida de adultez, y en el 6,67% restante fue por neumonía viral no especificada la cual ocurrió en una afiliada del sexo femenino en ciclo de vejez; la falta de información representa un reto en el fortalecimiento del registro de esta.



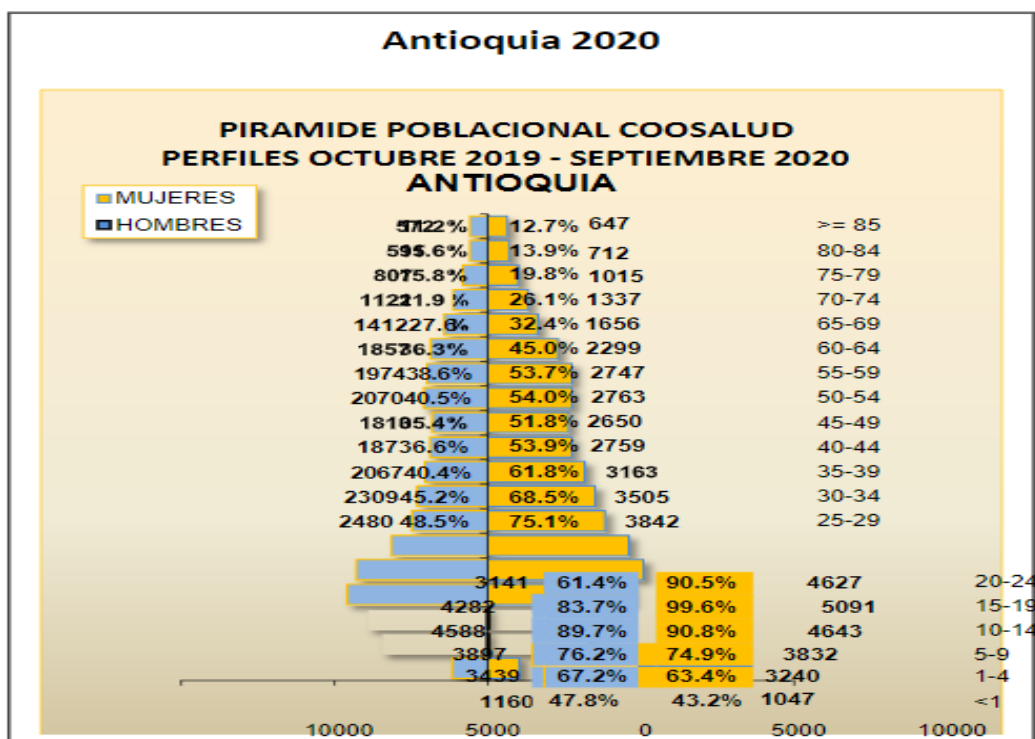
## 2.5.5.3. Matriz de priorización

A continuación, se presentan los indicadores objeto de priorización y con factibilidad de intervención de acuerdo con la calificación, el reporte de caracterización poblacional del año 2020 realizado por Compensar EPS según lo indicado por la normatividad, durante el segundo semestre de 2021 en la plataforma PISIS-SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 85. Matriz de priorización por Departamento/Distrito Compensar EPS

## 2.5.6. COOSALUD

Figura 170. Pirámide poblacional. COOSALUDEPS-S Departamento ANTIOQUIA. 2019–2020



La estructura de la pirámide poblacional del año 2021 presenta forma de campana con tendencia a ser expansiva: con una base estrecha y una lenta reducción a medida que asciende aumentando la constricción en los quinquenios de más de 60 años, fenómeno que se repite en el Departamento y todas las subregiones. Es propia de los países en plena transición demográfica.

## 2.5.6.1. Morbilidad sentida general

TOTAL INDICADORES MORBILIDAD Eventos Priorizados			2020	
Indicador	Sexo	K	NACIONAL	ANTIOQUIA
% Con Antecedente personal de Hipertension:	T	100	15,69	17,21
% Con Antecedente personal de Diabetes:	T	100	4,63	5,47
% Con Antecedente personal de Dislipidemia:	T	100	4,06	6,23
% Con Antecedente personal de Obesidad:	T	100	2,29	1,27
% Con Antecedente personal de Infarto:	T	100	0,88	0,92
% Con Antecedente personal de E.C.V:	T	100	0,63	0,54
% Con Antecedente personal de E.R.C:	T	100	0,76	0,32
% Con Antecedente personal de EPOC:	T	100	1,48	2,02

Al igual que en los indicadores anteriores 2021 no refiere medición en los datos correspondientes a los indicadores de morbilidad sentida general, por lo tanto, se mantienen los datos de la medición del periodo anterior mostrando la morbilidad general sentida del departamento se encuentra que la patología más frecuentemente relacionada por la comunidad entre 2018 y 2020 fue la hipertensión arterial (17 por 10.000 afiliados), seguido de la diabetes y en tercer lugar la dislipidemia.

## 2.5.6.2. Mortalidad sentida general

TOTAL INDICADORES MORTALIDAD			2020	
Indicador	Sexo	K	NACIONAL	ANTIOQUIA
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes:	T	1000	3,66	3,39
Tasa de mortalidad por diabetes en mayores de 40 años:	T	1000	0,00	0,00
Tasa de mortalidad por enf. isquémicas del corazón > 40 años:	T	1000	0,68	0,71
Tasa de mortalidad por enf.Cerebrovas. en > 40 años:	T	1000	0,13	0,03
Tasa de mortalidad neonatal precoz:	T	10000	0,00	0,00
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos (< 1 año):	T	10000	163,23	0,00
Tasa Mortalidad en menores de 5 años:	T	10000	74,61	0,00

Las tablas anteriores expresan los indicadores de mortalidad sentida general. Para el 2021 no se realiza medición comparativa de estos indicadores dado que no se cuenta con datos suficientes y concluyentes para realizar dicha comparación.

## 2.5.7. ECOOPSOS

La distribución por momento de vida y sexo en la población afiliada del departamento de Antioquia, muestra que la proporción general de mujeres y hombres afiliados para el régimen subsidiado es de 49% mujeres y 51% hombres y para el régimen contributivo es del 100% mujeres

y 59 % hombres. Frente a la población afiliada por momento de vida, se tiene que para el régimen subsidiado la mayoría de la población corresponde al momento de vida de Adultez (36%), y el momento de vida que tiene menos población afiliada es la Primera Infancia con el (8%). En cuanto al régimen contributivo la mayoría de la población corresponde al momento de vida de Juventud (41%), y el momento de vida que tiene menos población es Persona Mayor (4%)

## 2.5.8. ECOPETROL

En el departamento de Antioquia se encuentran la población distribuidos en 35 municipios a saber: Medellín, Anorí, Santafé De Antioquia, Apartadó, Armenia, Barbosa, Bello, Caldas, Caracolí, Cauca, Cisneros, Concepción, Ebéjico, Envigado, Girardota, Gómez Plata, Guarne, Guatapé, Itagüí, La Ceja, La Estrella, La Unión, Marinilla, Puerto Berrío, Puerto Nare, Puerto Triunfo, Retiro, Rionegro, Sabaneta, Santo Domingo, El Santuario, Sopetrán, Támesis, Yolombó, Yondó.

La población afiliada a Ecopetrol en el departamento de Antioquia representa el 0,04% del total. La población afiliada se concentra en el municipio de Medellín que cuenta con el 75.53% de la población, los municipios que le siguen son Envigado, Yondó y Bello, con el 6.03%, 5.29% y 2.11%, respectivamente. Las IPS primaria contratadas para la atención de la población corresponden a la red privada.

Los indicadores demográficos para la población en el departamento de Antioquia:

La representación de la población de Ecopetrol en el departamento de Antioquia inferior al 1% se compone del 44% de los beneficiarios son de sexo masculino y el 56% restante son mujeres. Por cada 100 mujeres hay 77,82 hombres relación no tan cercana a la del departamento. Por cada 100 mujeres en edad fértil hay 4,41 niños entre 0 y 4 años, razón muy inferior a las poblaciones de referencia (departamento y país).

Los índices demográficos de la población beneficiaria en el departamento de Antioquia muestran que se trata de una población envejecida y comparada con las poblaciones de referencia (nacional y departamento) se observa una diferencia significativa, mientras en Colombia se trata de una población en plena transición demográfica la población de Ecopetrol muestra finalmente un índice de Friz bajo.

### 2.5.8.1. Mortalidad

Las principales causas de mortalidad de la población en el departamento son las relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio, demás enfermedades y neoplasias.



Grandes causas	2019					
	Departamento			Ecopetrol		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles	25,081	39,2713	31,6551	0	43,1316	18,6354
Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias	93,9961	111,865	101,6259	128,633	102,125	114,1241
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	111,6081	157,8718	132,0351	219,1098	116,9638	165,6963
Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5,5359	7,6432	6,6135	0	0	0
Tasa ajustada de mortalidad por causas externas	19,7249	121,3831	68,7546	9,4969	0	6,4255
Tasa ajustada de mortalidad por todas las demás enfermedades	99,9292	120,0694	108,7958	468,0826	172,8571	339,4995
Tasa ajustada de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas	5,6676	9,3365	7,3164	0	0	0

## 2.5.8.2. Morbilidad

Para el análisis de la morbilidad por grandes causas se toma como poblaciones de comparación la información del año 2017 y 2018, dado que el MSPS no entregó la información para los años 2019 y 2020.

### Menores de 5 años

Al revisar la morbilidad por grandes causas para el grupo de edad analizado en el departamento de Antioquia se observa que las lesiones (causa externa) y los signos y síntomas mal definidos son los grupos que mayor variación presentan. Sin embargo, por tratarse de grupos no priorizables, se determina que para este grupo poblacional y revisando las condiciones poblacionales generales para este grupo se priorizan las condiciones transmisibles y nutricionales y materno perinatales, las cuales se intervendrán a través de la evaluación individual del riesgo y los programas de promoción y prevención.

### 6 a 11 años

Para el grupo de análisis se observa que las lesiones (causa externa) y los signos y síntomas mal definidos son los grupos que mayor variación presentan en los años de comparación. Sin embargo, por tratarse de grupos no priorizables, se determina que para este grupo poblacional y revisando las condiciones poblacionales generales del país y del territorio se priorizan las condiciones transmisibles y nutricionales, las cuales se intervendrán a través de la evaluación individual del riesgo y los programas de promoción y prevención.



## 12 a 18 años

Al revisar la morbilidad por grandes causas para este grupo de edad en el departamento de Antioquia se observa que los grupos con mayor diferencia entre los años comparados son el de las condiciones transmisibles y nutricionales y el de las enfermedades no transmisibles. Estos dos grupos se intervendrán a través de los programas de promoción y prevención y las evaluaciones individuales de riesgos a través de las cuales se realiza la detección de los factores de riesgos.

## 14 a 26 años

Al revisar la morbilidad por grandes causas para este grupo de edad en el departamento de Antioquia se observa que los grupos con mayor diferencia entre los años comparados son el de las condiciones transmisibles y nutricionales y el de las enfermedades no transmisibles. Estos dos grupos se intervendrán a través de los programas de promoción y prevención y las evaluaciones individuales de riesgos a través de las cuales se realiza la detección de los factores de riesgos.

## 27 a 59 años

Al revisar la morbilidad por grandes causas para este grupo de edad en el departamento de Antioquia se observa que el grupo con mayor diferencia entre los años comparados es el de las enfermedades no transmisibles, que se intervendrán a través de programas estructurados de atención para las patologías con mayor prevalencia en la población.

## Mayores de 60 años

Para el grupo etario analizado las causas de morbilidad con mayor variabilidad son las enfermedades no transmisibles, muy acorde con las características de la población. Este grupo de patologías se intervienen a través de programas estructurados de atención que buscan disminuir las complicaciones y en particular la progresión de la enfermedad.

### 2.5.8.3. Riesgos priorizados

Una vez finalizado el ejercicio de caracterización de la población del departamento de Antioquia, las prioridades definidas fueron:



352

No. Prioridad	Indicador	Descripción	Grupo de riesgo	Descripción
1	245	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio	001	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
2	177	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	001	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
3	176	Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias	007	Población con riesgo o presencia de cáncer
4	244	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias	007	Población con riesgo o presencia de cáncer
5	208	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	001	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas

## 2.5.9. EPM

La población total de la Unidad Servicio Médico al 31 de diciembre de 2021 fue de 8.339 afiliados. De estos, 3.912 son mujeres que representan el 46,9% y 4.427 son hombres con el 53,1% lo que representa una razón hombre: mujer de 113,2, es decir, que por cada 100 mujeres hay 113,2 hombres.

El grupo de edad con mayor proporción de afiliados es de 60 a 64 años con el 19,1% seguido del grupo entre 65 y 69 años con el 15,9% y el de menor proporción son los menores de 1 año con solo el 0,04%, lo que representa una pirámide poblacional invertida donde más del 80% de la población tiene más de 50 años de edad. Al evaluar la distribución por ciclo de vida, se encuentra que la mayor concentración está en el ciclo de Vejez con un 58,1%, seguido del ciclo de Adultez con el 27,0%.

Para el año 2021 se presentaron 6 nacimientos, lo que representa una tasa bruta de natalidad del 0,72 por cada 1.000 afiliados. La tasa general de fecundidad de la Unidad Servicio Médico en 2021 fue de 7,5 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil y el grupo de mujeres entre los 25 y 29 años presentaron la tasa más alta de fecundidad con 19,6. Durante el año 2021 se presentaron 123 muertes, lo que representa una tasa bruta de mortalidad de 1,47 muertes por cada 100 afiliados. No hubo mortalidad no presentamos mortalidad en los ciclos de vida de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud. El mayor número de muertes se presentó en los afiliados entre 70 y 74 años con 29 fallecimientos que representa el 23,6%, seguido de los afiliados mayores de 90 años con 20 muertes (16,3%). La mayoría de los usuarios fallecidos están en el ciclo de Vejez con el 92,7%. Respecto a las causas de muerte, casi la totalidad de los afiliados falleció de muerte natural con un 83,7%, seguido de COVID-19 (8,9%) y cáncer (3,3%). Dentro de los indicadores demográficos que reflejan la estructura de la población afiliada a la Unidad Servicio Médico, se encontró para el 2021 un índice de envejecimiento de 1355,42, lo que indica que hay 1.355 afiliados mayores de 65 años por cada 100 afiliados menores de 15 años; el índice de vejez fue de



39,01 afiliados por cada 100 afiliados mayores de 65 años. Con respecto al índice de juventud, por cada 100 afiliados hay 12,44 afiliados 15 a 29 años. Para el índice de infancia hay 2,39 menores de 14 años por cada 100 afiliados. La tasa de crecimiento total de la EAS es de -5,08, lo que expresa el cambio medio anual en el tamaño de la población de Unidad Servicio Médico.

Año / Indicador	2018	2019	2020	2021
Índice de Infancia	4,54	4,04	4,00	2,39
Índice de Juventud	16,26	15,17	14,00	12,44
Índice de Vejez	25,91	31,71	33,00	39,01
Índice de Envejecimiento	480,9	784,07	892,00	1355,42
Razón Hombre/Mujer	114,53	110,24	116,07	113,16
Tasa de Crecimiento Total	-3,76	-3,62	-3,51	-5,08

Fuente: Base de datos aseguramiento - Unidad Servicio Médico EPM, diciembre 2021.

## 2.5.9.1. Morbilidad

Teniendo en cuenta las atenciones a los afiliados en la Unidad Servicio Médico, en el ámbito de consulta externa, el principal diagnóstico de atención fue Hipertensión esencial primaria con el 16,2% lo cual está acorde a la distribución poblacional de los afiliados ya que la mayoría tienen más de 50 años que es cuando se incrementa el riesgo de enfermedades precursoras. Por parte de medicina general los principales diagnósticos son Hipertensión esencial primaria, Diabetes Mellitus e Hipotiroidismo. En el servicio de odontología, los principales diagnósticos atendidos fueron Atrición excesiva de los dientes, Depósitos de acreciones en los dientes y Caries de la dentina. Mientras que, por parte de optometría, el principal diagnóstico de atención fue la Presbicia. Al evaluar las atenciones recibidas por lo afiliados al Servicio Médico en el ámbito de urgencias, el principal diagnóstico fue COVID-19 con el 14,1%, seguido de Infección de vías urinarias con el 3,4% y Otros dolores abdominales con el 3,1%. En el ámbito de hospitalización, el principal diagnóstico de atención también fue COVID-19 con el 17,0%, seguido de Hiperplasia de la próstata con el 4,3% e Infección de vías urinarias con el 3,7%.

Figura 171. Diez principales diagnósticos en consulta externa. Unidad de servicio médico EPM – 2021

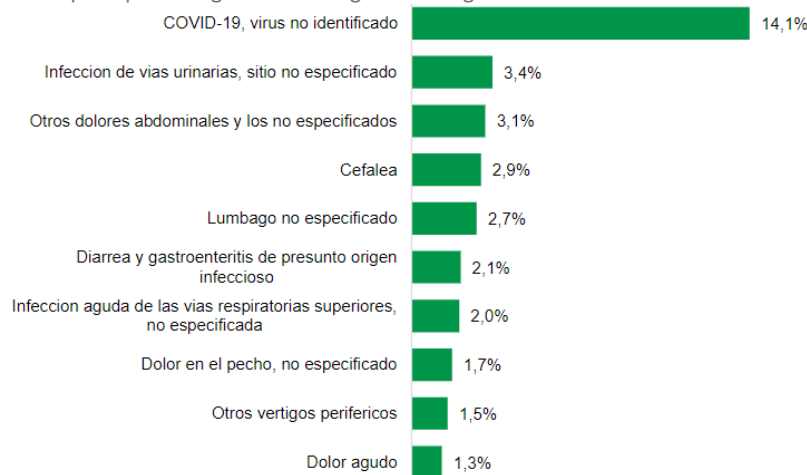


Fuente: Base de datos RIPS – Base de datos Aseguramiento. Unidad Servicio Médico EPM – 2021p.



354

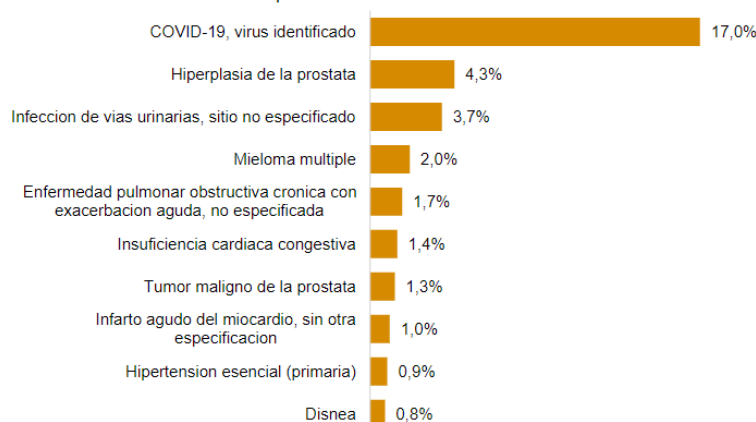
**Figura 172.** Diez principales diagnósticos de egreso en Urgencias. Unidad de servicio médico EPM – 2021.



*Fuente:* Base de datos RIPS – Base de datos Aseguramiento. Unidad Servicio Médico EPM – 2021p.

**Figura 173.** Diez principales diagnósticos de egreso en hospitalización. Unidad de servicio médico EPM-2021

**Gráfico 5.** Diez principales diagnósticos de egreso en hospitalización. Unidad Servicio Médico EPM – 2021p.

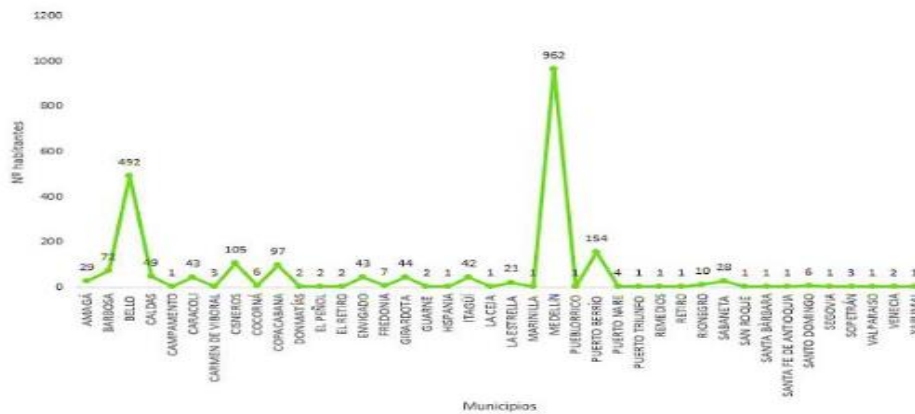


*Fuente:* Base de datos RIPS – Base de datos Aseguramiento. Unidad Servicio Médico EPM – 2021p.

## 2.5.10. FERROCARRILES

En cuanto a los habitantes del departamento de Antioquia son 2.244, el municipio con mayor población afiliada es Medellín con 962 personas, seguido de Bello con 492 personas, Puerto Berrio con 154, Cisneros con 105, el resto de los municipios cuentan con menos de 100.





Fuente: Base de datos Horus, población FPS FNC 2021

## 2.6. Eventos inmunoprevenibles

### 2.6.1. Análisis de la situación de coberturas de vacunación en Antioquia en el período 2015 a 2022.

Una de las estrategias más costo - efectivas en la salud pública es la vacunación, ésta, sumada a la implementación del acueducto y alcantarillado, ha tenido un impacto positivo en la reducción de mortalidad por causas evitables, especialmente en los menores de 6 años.

Los programas de vacunación trabajan entre otros, bajo los principios de oportunidad, equidad y sostenibilidad, para garantizar que todas las personas objeto de vacunación accedan a ésta. Para ello, se implementan acciones que permitan reducir las oportunidades perdidas en vacunación, favoreciendo el acceso al servicio.

En Colombia se dispone de 21 vacunas en el Programa Ampliado de Inmunización – PAI, que protegen contra 26 enfermedades, las cuales se aplican según la indicación en menores de 6 años (tales como anti-sarampión), gestantes (anti-pertussis) y adultos mayores (anti-influenzae) entre otras. De igual manera, se tiene integrado al PAI un Sistema de Vigilancia Epidemiológica para los Eventos Adversos Posteriores a Vacunación – EAPV - con el fin de captar y analizar los casos sospechosos, posibles brotes y rumores por eventos adversos atribuidos a la vacunación, realizar un estudio de los casos y concluir si se trata de un evento coincidente o si realmente son asociados a la vacuna.

Reconocer la importancia de esta estrategia para impactar en la morbilidad y mortalidad infantil y de los grupos de riesgo priorizados, hace necesario disponer de procesos de planificación para implementar todos los componentes del PAI en los Entes Territoriales -ET; el cual incluye un



356

monitoreo estricto de las coberturas de vacunación, para verificar el cumplimiento de las metas administrativas y tomar las medidas necesarias para ajustar las estrategias, con el fin de lograrlas.

Se entiende por cobertura útil en vacunación cuando se encuentra superior o igual a 95%, para noviembre del 2022 la cobertura útil es de 87,1%. En el grupo de menores de un año, esta meta solo se logra en vacunas de influenza segundas dosis con un 92%

Tabla 86. Determinantes intermedios de la salud. Antioquia 2021

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Antioquia	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE)	7,9	7,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE)	5,5	4,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	98,9	99,6	-	-	-	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	87,0	89,6	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	86,5	85,4	☑	☑	☑	-	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	86,1	84,6	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	-	☑	☑	☑	☑	☑	☑	
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	86,4	84,1	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	80,2	87,2	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	97,3	99,1	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	97,4	99,2	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	

Fuente. SISPRO

De acuerdo con lo visto en la tabla anterior, las coberturas tuvieron una disminución para BCG, DPT 3 dosis en menores de un año, polio 3 dosis en menores de un año y triple viral dosis en menores de un año para el año 2020 y 2021, este comportamiento como una de las tantas consecuencias generadas por la pandemia de COVID-19 y las interrupciones asociadas a ella, puesto que la vacunación cayó no solo en Antioquia, sino en Colombia y el resto del mundo, se estima por parte de la OMS que 23 millones de niños menores de un año no recibieron vacunas básicas, lo que supone la cifra más alta desde 2009.

A continuación, se describe el comportamiento por vacunas.

## Vacuna tipo anti - poliomiéltica

La poliomiéltis es un evento de interés en salud pública que se encuentra en plan de erradicación. El esquema regular incluye 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad, con dos refuerzos a los 18 meses y 5 años. En la actualidad se mantienen cuatro dosis inyectables (2, 4, 6 meses y el primer refuerzo) y vía oral (segundo refuerzo), buscando evitar la circulación de virus vacunal y con esto posibles brotes, dado que la región ha logrado la eliminación del virus salvaje.



Para el 2015 la cobertura fue de 95,3% en menores de un año, se mantuvo esta cobertura superior al 93% hasta el 2019 cuando alcanzó 95,1%. Para el año 2020 se alcanzó una cobertura 83% y para el 2021 de 84,6%.

## Vacuna pentavalente

Esta vacuna protege contra 5 enfermedades como son: difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B y enfermedades producidas por *Haemophilus influenzae* tipo b. El esquema regular incluye 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad con un refuerzo de DPT a los 18 años y un segundo refuerzo de DPT a los 5 años.

Para el 2015 la cobertura fue de 95,3% en menores de un año y se mantuvo esta cobertura superior al 93% hasta el 2019 cuando alcanzó 95%. Para el año 2020 se alcanzó una cobertura 83,9% y para el 2021 de 85,2%.

## Vacuna BCG

Esta vacuna protege contra la tuberculosis de manera especial para el tipo meníngeo. El esquema regular incluye 1 dosis que se administra al nacimiento, antes del egreso hospitalario o tan pronto como sea posible. No tiene refuerzo.

Para el 2015 la cobertura fue de 97,4% en recién nacidos y se mantuvo esta cobertura superior al 95% hasta el 2018, para el año 2019 se alcanzó 93,9%. Para el año 2020 se alcanzó una cobertura 89% y para el 2021 de 89,6%.

## Vacuna anti-neumocócica

Esta vacuna protege contra las enfermedades producidas por la bacteria neumococo, tales como, meningitis e infecciones respiratorias como neumonías y bronconeumonías, entre otras. El esquema regular incluye 3 dosis que se administran a los 2, 4 y 12 meses de edad. No tiene refuerzo. Inició como parte del esquema a partir del año 2011 con Neumococo 10 y con Neumococo 13 a mediados del año 2022.

Para el 2015 la cobertura fue de 97,1% en menores de un año y se mantuvo esta cobertura superior al 95% hasta el 2019 cuando se alcanzó 96,5%, excepto en el año 2016 que el departamento logró cobertura de 87,1%. Para el año 2020 se alcanzó una cobertura 87,8% y para el 2021 de 87,7%.

## Vacuna anti-rotavirus

Esta vacuna protege contra la diarrea causada por este virus. El esquema básico incluye 2 dosis



que se administran a los 2 y 4 meses. No tiene refuerzo. Este biológico inició como parte del esquema en el año 2009 cuando alcanzó una cobertura del 57,9%.

Para el 2015 la cobertura fue de 96% en menores de un año, para el 2017 se tuvo una disminución de cobertura logrando 89%, incrementando nuevamente para alcanzar un 95% en el 2019. Para el año 2020 se alcanzó una cobertura 84,2% y para el 2021 de 85,8%.

### Vacuna anti-influenzae estacional de 6 a 11 meses

Protege contra virus estacionales de influenzae de las cepas circulantes A y B. En Colombia incluye AH1N1 y H3N2 e influenzae B. El esquema regular son 2 dosis iniciales y una dosis de mantenimiento cada año, que se aplica en menores de 6 a 23 meses, gestantes y adultos mayores.

Para el 2015 la cobertura fue de 53,4% en el grupo de menores de un año, tuvo un incremento paulatino en los años siguientes y se logró un 68,7% en el año 2018. Sin embargo, a partir del 2019 esta cobertura fue de 61,6% y para el año 2020 se logró una cobertura de 50,2. Para el 2021 se alcanzó una cobertura de 37,1%, situación dada por el temor al contagio de COVID19 por lo cual no solicitaba los servicios vacunación ni recibían los vacunadores.

Para el 2015 la cobertura fue de 72,3% en el grupo de un año, tuvo un incremento paulatino en los años siguientes alcanzando 83,1% en el 2019. Sin embargo, para el año 2020 esta cobertura fue de 16,6% motivada por la declaratoria de pandemia del COVID19 y por el temor al contagio de COVID19 por lo cual no solicitaba los servicios vacunación ni recibían los vacunadores. Para el año 2021 esta cobertura incrementó hasta 66%, aunque no corresponde a cobertura útil.

### 2.6.2. Coberturas de vacunación en mayores de 1 año

En Antioquia para noviembre del 2022, en el grupo de un año, la cobertura útil no se ha logrado con las vacunas de varicela, hepatitis A, SRP ni fiebre amarilla.

### Vacuna SRP (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)

Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP) son eventos de interés en salud pública evitables. Los dos primeros (SR) se encuentran en eliminación con certificación internacional para Colombia y Antioquia desde 2014, que se mantiene a la fecha. El último caso de rubéola en el Departamento se registra en el municipio de Guarne, en el año 2005 y el último caso de Sarampión en el municipio de Rionegro, en el año de 1998. El esquema básico incluye 1 dosis a los 12 meses con un refuerzo a los 5 años. Esta vacuna tuvo cobertura útil desde el 2015 hasta 2019 con 96,1% y 95,1%, respectivamente. Para los años 2020 se alcanzó una cobertura 88,2% y para el 2021 de 84,1%.



359



## Vacuna varicela

Protege contra el virus de la varicela. El esquema básico incluye 1 dosis a los 12 meses y un refuerzo a los 5 años. Este biológico ingresó al esquema del PAI a partir del año 2015. Para el año 2015 se alcanzó una cobertura del 92,4%, cobertura similar obtenido en el 2017. Para los años 2016, 2018 y 2019 se logró una cobertura útil del 95% o más. Para los años 2020 se alcanzó una cobertura 84,9% y para el 2021 de 78,4%.

## Vacuna hepatitis A

Protege contra el virus de la hepatitis A. El esquema básico incluye 1 dosis a los 12 meses sin refuerzo. Este biológico ingresó al esquema del PAI a partir del año 2013. Para el año 2015 se alcanzó una cobertura del 96,1% y se mantuvo con cobertura útil hasta el año 2019 cuando alcanzó 95,7%, excepto en el 2017 que disminuyó a 90,5%. Para el año 2020 con la declaratoria de pandemia se alcanzó una cobertura 88,2% y para el 2021 de 85,3%.

## Vacuna Fiebre Amarilla

Esta vacuna protege contra el virus transmitido por los vectores del género arbovirus entre los cuales se encuentran *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* y *Aedes haemagogus* que produce la enfermedad de la Fiebre Amarilla. En Colombia su indicación es aplicarla desde los 18 meses de edad y en zonas endémicas desde los 12 meses. Se aplica como dosis única. Es requisito para algunos destinos internacionales y parques naturales de Colombia.

Excepto para 2015 cuando se logró cobertura de 110,8%, en los años siguientes hasta el 2021 no se lograron coberturas útiles de vacunación. Estas han oscilado entre 71,4% lograda en el 2021 y 89,1% en el 2019. En el año 2020 año de inicio de la pandemia, la cobertura lograda fue del 78,3%.

### 2.6.3. Vacunación contra COVID- 19 en el departamento de Antioquia

Dando cumplimiento al Decreto No. 109 del 29 de enero de 2021 y a la Resolución No. 197 del 22 de febrero del 2021, el departamento adoptó los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra COVID-19, como la acción más efectiva para prevenir esta enfermedad. Teniendo en cuenta la heterogeneidad de Antioquia, en las condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales, buscando preservar la vida disminuyendo el riesgo de enfermar o morir por COVID-19, finalizando el año 2020, se diseñó el Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19 (PVC).

Para apoyar el Plan Departamental de Vacunación contra el COVID -19 - PVC, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia dispuso de un Contrato suscrito con la ESE Hospital Marco



360

Fidel Suárez de Bello – Antioquia, el cual permitió avanzar en la formulación e implementación del PVC en los 125 municipios con participación activa de las Autoridades de gobierno, Autoridades de Salud, Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Actores y Sectores Sociales, Policía, Ejército, Medios de comunicación y como actor principal la población receptora de las dosis de vacuna, que de acuerdo a lineamientos recibiría las dosis por grupos específicos y edad.

El Plan Departamental de Vacunación contra el COVID-19 - PVC, desde su formulación tomó la estructura y experiencia del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI, en sus componentes y se enfocó en apoyar la gestión administrativa y operativa con los diferentes actores del SGSSS, mediante la aplicación de ocho de sus componentes. Se dispuso de la estrategia Guardianes de Vida consistente en un grupo de profesionales responsables de brindar asesoría y asistencia técnica a las autoridades de gobierno, de salud y a los equipos de salud de los 125 municipios del departamento, también realizaron el acompañamiento a todos los municipios en la ejecución del PVC, articulándose con los profesionales de la Sala de Análisis de Riesgo (SAR), estrategia que se mantiene hasta la actualidad.

En el año 2020, al igual que cada año, se recibieron lineamientos para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI; a partir del mes de marzo, el gobierno decretó la emergencia sanitaria que conllevó a un periodo de aislamiento, adopción de medidas de protección personal y distanciamiento por la declaratoria de pandemia SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19, ante dicha declaratoria, no hubo cierre, ni suspensión de los servicios de vacunación, se prestó el servicio la vacunación PAI, cumpliendo de manera estricta las medidas de protección personal y el distanciamiento.

En este año 2020, se realizaron Jornadas Nacionales de Vacunación-JNV en los meses de enero, abril y una jornada de intensificación durante los meses de septiembre a diciembre con el propósito de incrementar las coberturas de vacunación, con diferentes estrategias y tácticas para disminuir en la población el miedo al contagio, se facilitó el ingreso en los hospitales, a los servicios de vacunación de manera independiente, se dispuso de línea telefónica para solicitar las vacunas y se realizaba la aplicación de las dosis fuera de las viviendas, en las aceras. El PAI se prestó en las modalidades intramural y extramural, cumpliendo las medidas de protección personal y de distanciamiento, garantizando la seguridad de los usuarios, sus acompañantes y los equipos de vacunación.

Pese a todos los esfuerzos, las coberturas logradas en este año 2020, fueron menores al 95%, debido a diferentes factores tales como el talento humano limitado, por las actividades asignadas para atención de casos de COVID-19. Déficit en el compromiso por parte de algunas Empresas Promotoras de Salud (EAPB) en identificar la población susceptible, hacer el seguimiento nominal y cumplir con la demanda inducida. Cancelación de vuelos de carga y retraso en los despachos de las vacunas por el cierre de fronteras y las restricciones de vuelos. Negación de la población para



llegar al servicio de vacunación y para recibir los vacunadores por el miedo al contagio de COVID-19.

La situación en el 2021 fue semejante al 2020, se recibieron lineamientos para la gestión y administración del PAI, se realizaron diferentes estrategias y tácticas en las modalidades intramural y extramural para iniciar, continuar o finalizar los esquemas, intentando captar los susceptibles, cumpliendo las medidas de protección personal y de distanciamiento. A partir del 17 de febrero se inició la implementación del PVC y simultáneamente se continuó con la prestación de la vacunación del PAI, en este año se cumplieron JNV en los meses de enero, abril, agosto y una intensificación durante los meses de septiembre a diciembre y se inició la Campaña de Vacunación contra Sarampión y Rubeola-CVC-SR. En las diferentes estrategias realizadas se orientaba llevar tanto el PVC como el PAI para aprovechar todas las oportunidades de acercamiento a la población y también de manera individual se organizaban estrategias para fortalecer la aplicación de las dosis tanto del PAI como del PVC.

También las coberturas logradas en el 2021 fueron inferiores al 95%, debido a diferentes factores, entre los que pueden incluirse: el talento humano limitado, por las actividades asignadas al PAI y al PVC al inicio de la implementación de la vacunación contra el COVID-19 y mientras se contrataban los equipos de vacunación para dedicarse solo al PVC; Mayor compromiso por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EAPB) en el PVC, igual prioridad hubo en todos los niveles administrativos y operativos del sistema de salud y en los medios de comunicaciones; Entrega parcial en los despachos de las vacunas del PAI desde el Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS a la SSSA, por lo cual a los municipios también sus pedidos se entregaron incompletos; Continuaba la negación de la población para llegar al servicio de vacunación del PAI y para recibir los vacunadores en las viviendas y/o en los establecimientos educativos por el miedo al contagio de COVID-19.

En el año 2022, se reorientaron las estrategias de vacunación masivas o individuales en las modalidades intramural y extramural, para ofertar las vacunas del PAI, Sarampión y Rubeola y las de COVID, porque se compartían grupos de población que por sus edades debían recibir las vacunas del PAI, SR y del PVC.

En este año también se realizaron las JNV del PAI, JNV de intensificación contra Sarampión y Rubeola y del PVC, se realizó la primera JNV en el mes de enero y finalizando con la octava JNV el 17 de diciembre. Igualmente, que en los dos años anteriores se han presentado dificultades con la entrega de insumos del PAI, desde el MSPS con las vacunas contra la Fiebre Amarilla, Hepatitis B, Varicela y Sarampión, Rubeola y Parotiditis, también la vacuna SR dejó de recibirse desde octubre de 2021 y hasta septiembre de 2022.

Las coberturas del PAI hasta el mes de noviembre deben alcanzar un 87.1%, para ser útiles, en los diferentes grupos de edad y vacunas. Las metas programáticas definidas por el nivel nacional



corresponden a 72.099 menores de un año, 74.701 del grupo de un año, 79.329 en el grupo de 5 años, 46.086 niñas de nueve años y 72.099 es la meta de las gestantes a vacunar.

Las coberturas alcanzadas en el grupo de los recién nacidos corresponden a:

- 81% con BCG y
- 80% con Hepatitis B, se tiene un déficit de 6% y 7% respectivamente al mes de noviembre.

En los menores de un año, las coberturas se encuentran en:

- 92% con Antigripal que supera un poco la cobertura que se debe alcanzar a este mes.
- 81% con Polio, DPT, Hepatitis B, Rotavirus, Haemophilus influenzae tipo b,
- 83% con BCG,
- 84% con Neumococo, se tiene un déficit de 6% 4% y 3% respectivamente.

En el grupo de un año, las coberturas se encuentran en:

- 63% con Fiebre Amarilla, presenta un déficit de 24%
- 84% con SRP, Hepatitis A, Varicela, con un déficit de 3%
- 81% con Neumococo dosis de refuerzo, con un déficit de 6%
- 69% con los primeros refuerzos de Polio y DPT, presentan un déficit de 18%
- 70% con Antigripal, se tiene un déficit de 17%

En el grupo de cinco años, las coberturas se encuentran en:

- 78% con SRP, DPT y Polio en las dosis de refuerzos, se tiene un déficit de 9%
- 74% con Varicela dosis de primer refuerzo, se tiene un déficit de 13%

En las niñas de 9 años la cobertura contra el cáncer de cuello uterino con la vacuna VPH alcanza 13%, es la que presenta un déficit mayor que llega a 74%

El grupo de las gestantes alcanza una cobertura adecuada con antigripal de 90%. Y contra la tosferina de 67% presenta un déficit de 20%.

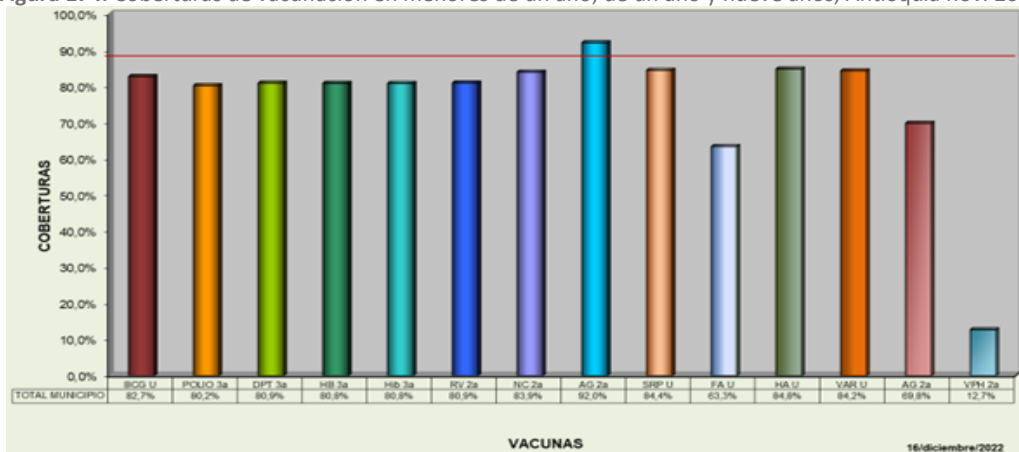


Tabla 87. Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. Gerencia de Cobertura de Vacunación 2022

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES									
GERENCIAL DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN POR MUNICIPIO COMPARATIVO CON EL DEPARTAMENTO									
INFORMACIÓN HASTA:	Noviembre de 2022				FECHA:	16-dic-2022			
CÓDIGO:	05999								
NOMBRE:	DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA								
				COBERTURA ESPERADA:	87.1%				
				POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO:	72.099				
				POBLACIÓN DE UN AÑO:	74.701				
				POBLACIÓN DE CINCO AÑOS:	79.329				
				NUEVE AÑOS:	46.086				
				GESTANTES:	72.099				
<b>COBERTURAS EN RECIÉN NACIDOS</b>									
	BCG <sub>RN</sub>	HB <sub>RN</sub>							
VACUNADOS	58.407	57.479							
COB. MUNICIPIO	81.0%	79.7%							
COB. DEPARTAMENTO	81.0%	79.7%							
<b>COBERTURAS EN MENORES DE UN AÑO</b>									
	BCG <sub>1a</sub>	POLIO <sub>3a</sub>	DPT <sub>3a</sub>	HB <sub>3a</sub>	HIB <sub>3a</sub>	RV <sub>2a</sub>	NC <sub>2a</sub>	AG <sub>2a</sub>	
VACUNADOS	59.612	57.799	58.293	58.252	58.232	58.323	60.477	33.174	
COB. MUNICIPIO	82.7%	80.2%	80.9%	80.8%	80.8%	80.9%	83.9%	92.0%	
COB. DEPARTAMENTO	82.7%	80.2%	80.9%	80.8%	80.8%	80.9%	83.9%	92.0%	
<b>COBERTURAS EN UN AÑO</b>									
	SRP <sub>1a</sub>	FA <sub>1a</sub>	HA <sub>1a</sub>	VAR <sub>1a</sub>	AG <sub>2a-9a</sub>	POLIO <sub>9a</sub>	DPT <sub>9a</sub>	NC <sub>9a</sub>	
VACUNADOS	63.049	47.309	63.312	62.935	52.104	50.913	51.168	60.749	
COB. MUNICIPIO	84.4%	63.3%	84.8%	84.2%	69.8%	68.2%	68.5%	81.3%	
COB. DEPARTAMENTO	84.4%	63.3%	84.8%	84.2%	69.8%	68.2%	68.5%	81.3%	
<b>COBERTURAS EN CINCO AÑOS</b>					<b>9 AÑOS</b>		<b>GESTANTES</b>		<b>&gt;60 AÑOS</b>
	POLIO <sub>5a</sub>	DPT <sub>5a</sub>	SRP <sub>5a</sub>	VAR <sub>5a</sub>	VPH <sub>5a</sub>	dPaT <sub>9a</sub>	AG <sub>9a</sub>	AG <sub>60a</sub>	
VACUNADOS	62.099	61.991	61.940	58.893	5.852	48.063	43.655	240.653	
COB. MUNICIPIO	78.3%	78.1%	78.1%	74.2%	12.7%	66.7%	90.4%	78.9%	
COB. DEPARTAMENTO	78.3%	78.1%	78.1%	74.2%	12.7%	66.7%	80.8%	78.9%	

Fuente. PAI Web. SSSA.

Figura 174. Coberturas de vacunación en menores de un año, de un año y nueve años, Antioquia nov. 2022



Fuente. Gerencial de vacunación

Teniendo en cuenta la gestión administrativa de la información de vacunas aplicadas en los 125 municipios en el mes de diciembre 2022, los reportes se reciben hasta el día 10 del mes siguiente, es decir el 10 de enero de 2023, a partir de ese día se inicia el proceso de verificación de la calidad de los datos y se solicitan las correcciones necesarias, dichas correcciones se reciben hasta el 20 de enero de 2023. En ambas fechas 10 y 20 de cada mes se reporta la información al Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS.

Al 20 de diciembre de 2022, Antioquia se ha logrado una cobertura del 77,45 % en población vacunada con esquema completo o dosis única contra el Covid 19, que corresponde a 5'252.977 dosis, superando la meta establecida por el MSPS de 75% al 31 de diciembre del presente año.



También el departamento cuenta con un porcentaje de avance del 90,08% en población vacunada con la primera dosis o dosis única, que corresponde a 6'110.030 dosis, es una cifra mayor a la proyectada por el MSPS de 85%.

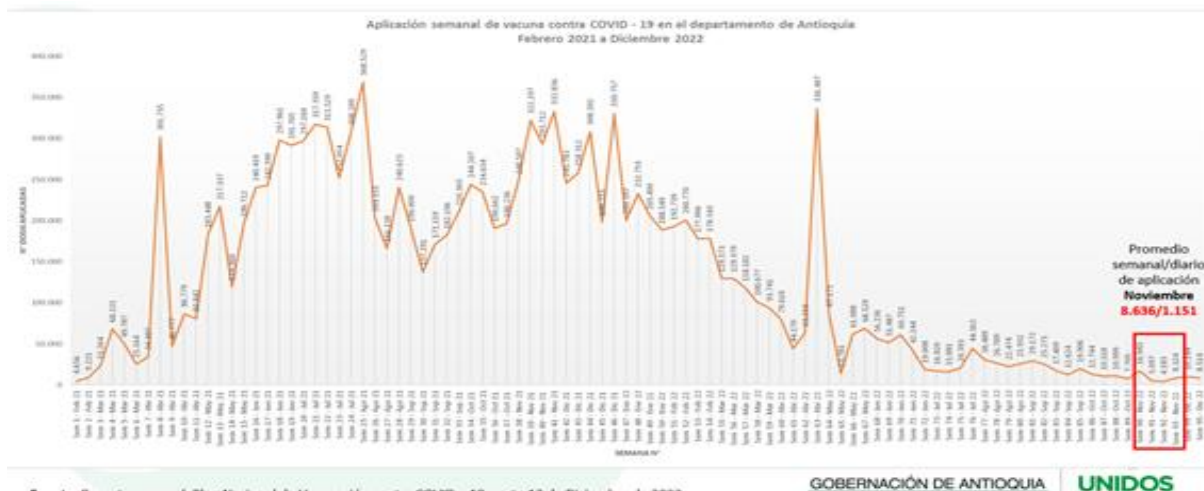
Con los primeros refuerzos en mayores de 12 años, tenemos un porcentaje de cumplimiento de 46,01% que corresponde a 2'098.594 de dosis, frente a la meta de 50% que se pretende alcanzar al 31 de diciembre de 2022.

Con los segundos refuerzos en mayores de 18 años, tenemos un porcentaje de cumplimiento de 15,93% que corresponde a solo 334.342 dosis.

A la fecha se han aplicado en Antioquia un total de 12'832.617 de las dosis que han sido aplicadas en los 125 municipios, entre primeras dosis, esquemas completos, dosis únicas y refuerzos.

El reporte de las dosis COVID aplicadas por los 125 municipios se realizaba diariamente desde los municipios y hasta el nivel nacional desde el inicio del PVC en febrero 2021, hasta el mes de abril de 2022. A partir del mes de mayo de 2022 el reporte de dosis COVID se realiza diariamente por los municipios al departamento y semanalmente desde el departamento hasta el MSPS.

Figura 175. Aplicación semanal de dosis de vacuna contra COVID-19.



Fuente. Reporte semanal. Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. 2022.

Para este año 2022 se ha presentado una disminución en el número de dosis aplicadas de 330.757 en diciembre de 2021 al 8.514 en diciembre 2022. A pesar de esta disminución se mantiene la disponibilidad de dosis recibidas del MSPS para ser entregadas a los municipios y tenerlas disponibles para aplicarlas a la población

## 2.7. Sistema Sanitario.

Desde el Plan de Desarrollo Departamental “Unidos por la Vida 2020-2023”, Antioquia le apuesta al fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud, es así como en la Línea 4, Nuestra Vida en su Componente número 2, Bienestar activo y Saludable para Antioquia, dentro del cual está el Programa número 5, Fortalecimiento de la red de prestadores de servicio de salud, tiene como objetivo: Fortalecer las Empresas Sociales del Estado-ESE del Departamento bajo los principios de eficiencia, transparencia, disponibilidad, accesibilidad y calidad, incluyendo procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud en redes integradas, con el fin de garantizar el acceso efectivo y la atención con calidad oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención y mejorar los resultados en salud.

Se ha adelantado la conformación de Redes Integradas de prestación de servicios de salud, se han fortalecido los hospitales de los municipios definidos como Nodos en el Suroeste de Antioquia, especialmente en lo relacionado con la habilitación de Telemedicina y el fortalecimiento de los servicios de salud mental, a través de proyectos de dotación y mantenimiento de infraestructura de habitaciones para atención de pacientes en crisis por patología mental. Los municipios definidos como Nodos en el Suroeste son: Ciudad Bolívar, que a su vez es la red de segundo nivel, Urao, Andes, Santa Bárbara y Amagá. La ESE del municipio de Caldas, a pesar de pertenecer al área metropolitana, queda en la red de Suroeste como soporte de segundo nivel de atención.

Se realizó un encuentro con Gerentes de las ESE, secretarios de salud municipales y subgerentes científicos y coordinadores médicos de las ESE de la subregión del Norte Antioqueño, delegados de las 4 EPS con mayor número de afiliados en la subregión, similar al encuentro realizado con los actores del sector salud del Suroeste de Antioquia. En dicho encuentro se tuvo como objetivo: Cocrear la propuesta de Red Integrada de Servicios de Salud-RISS, en el Norte de Antioquia. A estos encuentros asistieron en carácter de observadores dos agremiaciones, Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia-AESA y Cooperativa Hospitales de Antioquia-COHAN; delegados de las ESE Hospital Mental de Antioquia-HOMO y ESE Carisma y el enlace territorial del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para la implementación de la metodología utilizada en el encuentro se pidió a los actores de cada municipio considerar las variables de pirámide poblacional, población actual y potencial y el perfil epidemiológico, con el fin de visualizar qué problemas en salud deben buscar impactar con la red que se va a proponer. Información contenida en cartilla entregada de manera impresa el día del evento. Posteriormente se hizo entrega de un mapa de la subregión del Norte, y del municipio de Yarumal, como el municipio de referencia para la prestación de los servicios de mediana complejidad, adicionalmente se les entregó un tablero del municipio respectivo con información poblacional, principales causas de mortalidad, servicios de baja y mediana complejidad, capacidad

instalada y mapa de actores. En dicho tablero los actores debían identificar el nivel de atención que les correspondía, señalar los servicios de salud que tenían habilitados, los que querían habilitar según sus capacidades y los que podrían prestar en alianza con otro prestador, independiente del nivel de complejidad de cada servicio. Se les solicitó ubicar los centros y puestos de salud que fuesen funcionales o los que consideran que se podrían abrir como espacios comunitarios para prestar servicios de salud y otros de tipo social. El mapa de actores les permitía visualizar los prestadores de servicios de salud privados que podrían ser considerados como aliados o como parte de la competencia. La actividad finaliza con la puesta en común por parte de cada municipio donde se presentan las propuestas de los servicios a prestar, sean propios o en alianza con otro prestador y de esta manera, en consenso se identifican cuales municipios pueden actuar como Nodos con servicios más fortalecidos y que puedan apoyar a otros municipios cercanos y servir de soporte a la IPS del segundo nivel de atención. Dentro de las conclusiones se define que la ESE del municipio de Yolombo, a pesar de hacer parte de otra subregión, sea parte de la red del norte, por cercanía con algunos municipios del Norte. Los municipios identificados como Nodos en el Norte son: Yarumal, que a su vez es segundo nivel de atención, Santa Rosa de Osos, San Pedro de los Milagros e Ituango, este último por su ubicación geográfica, debe estar fortalecido, pues no es cercano a ninguno de los demás municipios.

Dentro del proceso de conformación de las RISS, se debe continuar profundizando en la definición de la población a atender y tipo de servicios por los segundos niveles, la gestión del riesgo desde los hospitales, la definición de los flujos de atención y la gestión jurídica para la organización de las mismas.

A raíz del encuentro con el Norte Antioqueño, el Nodo conformado por San Pedro de los Milagros, Belmira y Entrerriós; define avanzar en la construcción de su modelo de atención en red y ya está en proceso de revisión de información para pasar propuesta a la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.

En el Norte del Valle de Aburrá, como iniciativa propia, inicio una propuesta de conformación de Red, que ellos denominaron NOVA, con participación de los secretarios de salud y Gerentes de las ESE de los municipios de Barbosa, Girardota, Copacabana y Bello, incluida la ESE Hospital Marco Fidel Suarez, como segundo nivel de atención; iniciativa que el departamento de Antioquia ha venido apoyando. Esta red ha definido potencializar las acciones de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud y la RIA de Cáncer, incluidas las actividades complementarias del segundo nivel de atención. Ya han logrado acuerdos contractuales con la EPS SAVIA Salud y se vienen adelantando conversaciones con SURA EPS.

A raíz de la propuesta del Gobierno Nacional, sobre el Modelo de salud preventivo y predictivo, el departamento de Antioquia participa con una prueba piloto sobre conformación de Equipos Básicos de Atención-EBAS, bajo un enfoque familiar y decide realizarlo en la red del norte del Valle de Aburrá. Es así como en cada uno de los 4 municipios que la conforman, se organizó un EBAS,



367



integrado por 5 promotores de salud, un médico, un psicólogo, una enfermera profesional, un auxiliar de enfermería y un técnico en higiene oral. Por cada promotor se hizo una asignación de 300 familias, para un total de 1.500 familias objeto de la caracterización, identificación de riesgos e intervención respectiva. El EBAS está acompañado de un equipo complementario de atención, conformado por otros profesionales, de acuerdo a los riesgos identificados. Este modelo tiene como eje transversal la Atención primaria en Salud y busca acercar los servicios a la población, mejorando el acceso y la oportunidad en la atención. Este modelo se ha socializado a todos los municipios del Departamento y se espera que para el año 2023 se haya implementado en todo el territorio Antioqueño.

Adicionalmente se adelanta la actualización del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales, cuya última versión es del año 2014, con un alcance aprobado por el ministerio de salud en el mes de julio de 2022, mediante el cual se incluyó la modalidad de telemedicina en todos los hospitales de primer nivel de atención y algunas especialidades básicas en hospitales de primer nivel categoría B especial.

A la fecha se han visitado los 125 municipios con el fin de conocer en territorio las necesidades en salud, en esta actualización del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales se busca facilitar a las ESE la habilitación y oferta de servicios de salud que les permita ser la puerta de entrada al sistema de manera resolutiva y apuntar a la disminución de traslados innecesarios y gastos de bolsillo a la población. Este documento le apunta a facilitar y dar línea para el trabajo en red donde las ESE se fortalezcan de acuerdo a su población, perfil epidemiológico, vías, etc.

El diseño de la red se realiza con la participación de los diferentes actores del sistema (usuarios, prestadores, aseguradores, entes territoriales entre otros) de tal manera que la prestación de los servicios en Antioquia responda a las necesidades en salud de cada uno de los municipios, promoviendo la articulación y complementariedad de los servicios a prestar y de esta manera avanzar en el trabajo en red para facilitar la continuidad en la atención de los usuarios, así como una prestación de servicios en el lugar más cercano al territorio.

Tabla 88. Monto dotación equipos biomédicos

DOTACION GENERAL		
AÑO	2020	2021
E.S.E BENEFICIADAS	10	19
MONTO	\$ 1.766.665.391	\$ 2.478.690.639
DETALLE	Equipos Biomedicos - Plantas Electricas	

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios SSSA.

Tabla 89. Monto Inversiones en Infraestructura

AÑO	2020	2021
E.S.E BENEFICIADAS	5	3
MONTO	\$ 2.412.885.373	\$ 10.751.259.820
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>13.164.145.193</b>



Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios SSSA.

En cumplimiento de la Ley 2028 de 2020 se ha realizado la distribución a las diferentes ESE del departamento de Antioquia los siguientes recursos:

Tabla 90. Transferencias estampilla prohospital 2021.

AÑO	2020	2021
NIVEL ESE	VALOR INVERSION	VALOR INVERSION
NIVEL 3 (1 ESE)	\$ 10.635.166.863	\$ 6.914.066.128
NIVEL 2 (12 ESE)	\$ 6.381.100.120	\$ 5.553.825.567
NIVEL 1 (94 ESE)	\$ 4.254.066.746	\$ 5.764.860.195
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 21.270.333.729</b>	<b>\$ 18.232.751.890</b>

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios SSSA

Estos valores corresponden a los montos recaudados por la secretaria de hacienda departamental, cuya destinación se hace según lo contemplado en el artículo 2 de la Ley 2028 principalmente al pago de medicamentos y material médico quirúrgico.

Conforme a la categorización del riesgo que anualmente realiza el Ministerio de Salud y Protección Social y a la Resolución 1342 de 2019 se tiene que actualmente 31 ESE Hospitales categorizados en riesgo medio y riesgo alto, que formulan un programa de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

A diciembre de 2021 producto de dichas formulaciones se tienen 4 Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados y 27 en proceso de revisión y ajuste de información financiera a corte de 31 de diciembre de 2021, para posterior concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Tabla 91. Proceso acompañamiento a hospitales en riesgo fiscal y financiero. Res 1342 de 2019.

PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO A 31 HOSPITALES CATALOGADOS EN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO MEDIO Y ALTO POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN 1342 DE 2019		
Concepto	2020	2021
Total hospitales	31	31
Hospitales con altas probabilidades de viabilidad	12	11
Hospitales viabilizados	0	4
Recursos Res 5938– FONSAET	\$	4.408.184.762
Rendimientos financieros Res 5938– FONSAET	\$	2.025.879.386
Recursos asignados –propios	\$	1.624.120.614
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>8.058.184.762</b>

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios

Con el objetivo de fortalecer la atención en salud para la población que pueda verse afectada por la emergencia sanitaria ocasionada por COVID-19 en el Departamento, se apoyó a los hospitales con la entrega de recursos (dotación y ambulancias) con el fin de generar una adecuada y oportuna respuesta a la pandemia.

Tabla 92. Proceso acompañamiento a hospitales en riesgo fiscal y financiero. Res 1342 de 2019



TELEMEDICINA COVID 2020		
DETALLE	MONTO	FECHA
Integrar esfuerzos para la implementación, en el departamento de Antioquia, de un modelo de telemedicina basado en estrategias innovadoras de atención en salud	\$ 1.044.500.000	17/03/2020

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios

Tabla 93. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19.

DOTACION COVID		
AÑO	2020	2021
E.S.E BENEFICIADAS	11	5
MONTO	\$ 21.114.165.181	\$ 1.811.600.097
DETALLE	Dotacion UCI - Equipos Biomedicos - Plantas de Oxigeno	

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios

Tabla 94. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19.

AMBULANCIAS				
AÑO	2020		2021	
CANTIDAD	52		14	
MONTO	COFINANCIACION GOBERNACION	MONTO TOTAL PROYECTO	COFINANCIACION GOBERNACION	MONTO TOTAL PROYECTO
	\$ 5.205.416.500	\$ 9.620.416.500	\$ 1.440.000.000	\$ 2.800.000.000
FECHA ENTREGA	24 de febrero / 13 de mayo 2020		De 12 de Nov de 2021 a 28 de Feb de 2022	
<p><b>NOTA:</b> El total de ambulancias a entregar en este proyecto es 41, las 27 pendientes (6 TAM - Transporte Asistencial Medicalizado y 21 TAB - Transporte Asistencial Basico) serán entregadas entre diciembre de 2021 y febrero de 2022. Monto Total del proyecto \$8.559.400.000 - Cofinanciados así: Ministerio \$3.693.000.000 - Gobernación/SSSA \$3.419.400.000 - Municipio y/o E.S.E \$1.444.000.000</p>				

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios

Adicionalmente a la prueba piloto que se viene desarrollando en el Suroeste descrita anteriormente, como parte del fortalecimiento de la red, se adelanta la actualización del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del estado del año 2014, con la participación de los diferentes actores del sistema (usuarios, prestadores, aseguradores, entes territoriales entre otros) de tal manera que la prestación de los servicios en Antioquia responda a las necesidades en salud de cada uno de los municipios, promoviendo la articulación y complementariedad de los servicios a prestar y de esta manera avanzar en el trabajo en red para facilitar la continuidad en la atención de los usuarios, así como una prestación de servicios en el lugar más cercano al territorio.

Tabla 95. Oferta Prestadores. Capacidad Instalada Antioquia 2015-2022.

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,07	0,07	0,08	0,08	0,08	0,09	0,34	0,08
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,02	0,08	0,02
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,08	0,09	0,09	0,09	0,09	0,10	0,41	0,10
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0,82	0,85	0,84	0,81	0,80	0,78	0,84	0,94
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,10	0,10	0,10	0,10	0,11	0,14	0,26	0,03
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,10	0,10	0,09	0,10	0,10	0,07	0,19	0,03
Razón de camas por 1.000 habitantes	1,54	1,58	1,56	1,49	1,47	1,42	1,16	1,18

Fuente. SISPRO.



370

Tabla 96. Oferta Prestadores-Servicios De Salud Habilitados Antioquia. 2015-2022.

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	109	127	138	160	184	199	198	190
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	21	20	18	21	21	22	24	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	47	55	52	51	50	49	49	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	74	86	94	96	107	112	106	104
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardiacas	18	18	19					
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	94	100	97	96	98	101	99	99
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	327	316	306	300	294	290	284	277
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	286	311	327	359	372	407	421	447
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	167	186	208	223	241	288	302	327
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	23	22	20	21	22	23	24	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	21	21	21	23	23	24	24	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	58	66	60	61	56	58	59	64
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	340	354	361	366	370	405	402	421
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología	12	13	14	14	14	15	16	21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	47	51	50	51	50	50	49	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	78	76	74	74	73	73	73	73
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	9	9	10	9	7	7	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología - fibrobroncoscopia	20	21	19	21	21	21	20	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	28	33	41	46	60	71	72	66
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	31	30	29	30	31	31	30	33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	389	401	401	397	391	390	387	378
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	9	9	9	10	10	10	10	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	540	552	555	560	565	581	583	595
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa bioenergética	475	487	513	512	540	588	567	551
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa con filtros	20	19	18	20	20	23	23	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa manual	11	12	12	12	12	13	11	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	13	13	13	13	11	15	15	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	77	87	101	116	126	137	139	159
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	100	109	119	128	139	163	182	206
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	362	358	343	335	320	314	310	305
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	605	647	692	720	731	816	835	941
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	552	557	565	567	560	553	541	522
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	64	63	63	65	70	70	69	69
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	278	297	301	322	341	360	359	343
	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	14	14	15	16	16	16	16	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	149	159	157	165	172	178	184	200
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	80	94	97	108	116	142	133	157
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	22	27	30	32	38	62	53	55
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	23	28	30	32	37	59	51	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	12	15	18	24	22	46	43	42
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	21	23	24	26	27	53	44	44
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	17	20	20	22	22	24	25	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	20	20	19	21	21	47	39	42
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	9	10	10	12	12	36	28	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	9	11	12	14	13	38	31	36
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	179	207	228	240	247	261	274	270	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	11	11	11	17	18	42	35	35	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	36	43	54	64	79	111	117	125	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	31	32	28	27	27	27	26	26	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica pediátrica	11	12	13	15	16	17	19	22	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	2	2	2	1	1	1	1	1	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	121	158	172	184	212	253	252	249	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	32								
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	7	8	8	9	9	9	10	11	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	103	108	96	101	106	129	130	138	
Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología	32	40	45	58	63	87	81	87	
Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	6	6	7	8	10	34	28	29	
Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	149	199	243	247	257	294	277	254	
Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología oncológica	234	253	279	294	295	334	340	366	
Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	6	6	6	8	8	8	8	8	
Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardiacas	43	49	57	62	75	103	104	119	
Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	12	12	12	12	12	12	12	12	
Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	63	73	75	82	94	122	126	136	
Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	203	224	235	248	269	305	305	312	
Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	495	512	528	536	539	588	683	729	
Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	70	84	87	84	86	101	95	89	
Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	236	222	202	191	181	177	172	165	
Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	149	141	133	126	118	114	111	107	
Número de IPS habilitadas con el servicio de genética	32	40	43	44	48	71	97	105	
Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	5	7	8	11	13	18	19	21	
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	8	16	15	15	15	41	33	32	
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	325	358	410	430	433	465	477	485	
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología oncológica	22	23	22	24	24	26	27	29	
Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	41	47	49	53	65	88	81	79	
Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	11	13	14	15	16	17	19	22	
Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología	81	78	74	70	69	64	60	58	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	32	43	47	53	61	86	79	87	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	4	7	8	7	14	15	16	16	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	94	123	141	151	163	189	199	207	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	35	27	23	21	19	41	31	33	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	36	40	53	54	57	87	74	73	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	75	79	90	99	107	134	126	133	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	88	102	108	118	130	155	167	179	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	865	900	933	958	975	1.025	1.054	1.117	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	294	328	363	387	401	439	448	475	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - ayurveda	2	3	3	4	3	4	5	6	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	3	3	3	3	4	5	4	4	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	40	39	43	45	44	49	48	48	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - naturopatía	37	35	34	34	32	38	36	36	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuroterapia	19	18	17	14	13	16	16	16	
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	16	16	18	19	21	23	22	22	
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	48	60	60	65	70	94	98	101	
Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	23	23	23	25	30	57	49	55	
Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	2	8	9	9	12	32	23	21	





# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	77	84	84	92	96	121	146	148
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	14	14	14	19	26	48	41	43
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	36	45	47	54	60	81	83	91
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	110	123	130	140	146	170	179	201
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropediatría	25	29	30	33	40	63	57	61
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	461	536	579	598	604	642	651	690
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	688	708	709	705	721	742	755	770
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	204	234	275	284	313	348	348	341
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	132	145	149	154	157	160	176	183
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología oncológica	4	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	32	32	32	35	38	39	40	44
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología y hematología pediátrica	16	16	14	14	15	16	16	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	279	296	336	336	348	376	406	403
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	305	319	365	369	394	423	421	420
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia infantil	6	6	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia oncológica	9	10	9	9	10	11	11	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia pediátrica	6	9	7	8	13	35	27	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	189	218	243	247	252	260	273	287
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	133	146	143	149	153	182	179	194
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	270	293	296	304	311	309	323	332
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	280	323	364	380	386	421	422	439
	Número de IPS habilitadas con el servicio de perinadencia	199	217	229	246	272	296	293	299
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	557	595	650	696	725	779	801	862
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	119	143	155	164	184	215	227	259
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	9	9	8	9	9	34	25	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oncológica	6	6	6	7	7	18	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	170	177	185	199	225	249	253	257
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación	45	54	55	61	75	96	98	103
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	67	60	56	54	49	48	47	42
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	110	105	97	91	84	82	80	75
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toxicología	15	17	17	18	26	50	49	55
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	131	145	139	143	157	167	172	184
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología oncológica	3	4	4	7	7	7	7	8
Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	93	91	88	85	83	83	82	82	
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas paciente agudo	3	2	2	2	2	2	1	1	
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional de paciente crónico	1	1	1	1	1	1	1	1	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado agudo en salud mental o psiquiatría	1	1	1	1	1	1	1	1	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	25	24	25	25	25	25	24	25	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	34	35	35	36	38	39	39	44	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	21	22	22	22	22	22	21	21	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo pediátrico	9	9	9	10	11	11	12	12	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	38	39	38	39	41	41	41	46	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio en salud mental o psiquiatría	1	1	1	1	1	1	1	1	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	24	25	24	24	24	24	23	23	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio pediátrico	12	11	11	12	13	13	14	14	
Número de IPS habilitadas con el servicio de general adulto	195	196	195	200	201	201	201	199	
Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrico	182	181	179	179	179	178	178	172	
Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	2	5	7	5	5	5	5	5	
Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	3	4	6	6	8	7	7	7	
Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas	1	2	2	1	4	4	4	4	
Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial en hospital	1	1	1	1	2	2	2	1	
Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	178	177	178	177	175	175	177	172	
Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	10	12	12	11	11	11	11	11	
Número de IPS habilitadas con el servicio de unidad de quemados adultos	1	1	1	1	1	1	1	1	
Número de IPS habilitadas con el servicio de unidad de quemados pediátricos	1	1	1	1	1	1	1	1	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	22		639						
Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	21	22	21	21	24	26	26	22	
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente agudo	39	40	47	63	67	85	80	74	
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente crónico con ventilador	13	13	15	17	18	21	18	16	
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente crónico sin ventilador	37	41	50	64	65	75	68	64	
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas	25	26	26	26	27	27	27	27	
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	18	20	22	23	24	25	25	25	
Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	590	621		667	704	707	684	658	
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	417	403	379	363	342	333	327	319	
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	384	401	417	411	402	427	404	378	
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	474	495	504	499	491	522	502	475	
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	452	475	482	478	469	500	479	452	
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	464	485	494	488	474	505	485	460	
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	465	491	500	496	487	520	500	474	
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	450	475	487	481	480	507	488	462	
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	387	400	408	404	395	432	415	396	
Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	380	369	354	337	317	310	307	297	
Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	433	420	396	381	355	345	335	324	
Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	284	286	283	275	265	284	273	263	
Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	179	179	193	190	186	180	177	171	
Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	475	499	515	511	509	541	522	496	
Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	484	527	544	542	561	582	561	523	
Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	376	394	407	414	416	407	399	383	
Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	374	367	352	343	330	322	316	309	
Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	18	18	18	18	18	18	18	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	14	14	16	19	20	20	26	29
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	27	29	31	33	32	34	34	35
	Número de IPS habilitadas con el servicio de mama y tumores tejidos blandos	19	21	24	25	25	28	29	31
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	18	18	19	19	19	20	25	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	40	42	42	45	44	48	48	51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía endovascular neurológica	9	9	9	9	9	9	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	13	14	17	17	18	19	19	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	99	100	100	104	106	107	110	118
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	91	93	93	95	96	98	98	105
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	54	56	58	58	58	60	65	67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	33	35	34	34	37	37	37	37
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	81	82	81	84	83	84	86	87
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	20	21	22	22	23	23	25	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	56	55	54	54	51	48	51	50
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	89	93	92	95	94	95	95	100
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	82	84	84	86	88	92	94	101
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	39	76	76	77	88	112	105	105
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	5	6	6	6	7	7	7	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	77	80	75	78	80	84	86	89
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	82	84	82	83	82	86	89	97
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiología	27	31	34	35	36	41	41	44
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías	35	40	41	41	42	44	46	47
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de corazón	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de hígado	4	4	4	4	4	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de intestino	3	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de piel y componentes de la piel	3	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de progenitores hematopoyéticos	5	5	5	5	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de pulmón	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de riñón páncreas	4	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejidos osteomusculares	23	23	23	25	27	27	27	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejidos cardiovasculares	9	9	9	9	9	10	10	10
Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante multivisceral	3	3	3	3	3	3	3	3	
Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante renal	7	7	7	7	7	7	7	7	
Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	8	8	8	8	10	10	10	10	
Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	193	193	195	196	194	196	197	193	
Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	24	27	32	36	34	35	35	33	
Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	226	226	227	226	227	225	222	220	

Fuente: SISPRO.



372

## 2.7.1. Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP).

El laboratorio recoge información importante para el entendimiento de la dinámica de salud de los antioqueños, como función esencial de protección de la salud, a través actividades de regulación, inspección, vigilancia y control y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana, en lo que refiere a la frecuencia y distribución de Eventos de interés en Salud Pública -EISP transmisibles.

Estos datos derivados del apoyo al diagnóstico del EISP transmisibles, posiblemente, se vean reflejados en el análisis de la situación de estos eventos en la población antioqueña, en particular de aquellos EISP cuyo diagnóstico no está al alcance de algunas poblaciones dada su complejidad. Si bien estos datos se encuentran ya analizados, existe otra información desde la vigilancia en salud pública por laboratorio que aporta elementos importantes para la comprensión del comportamiento de este tipo de eventos.

Para esta entrega del ASIS 2022, se presentan dos apartados importantes que permiten complementar el análisis del Departamento. En primera instancia, se exponen los resultados del avance de la vigilancia genómica en Antioquia, que se presenta como una estrategia de vigilancia innovadora y estrategia colaborativa, que busca el aprovechamiento de los recursos científicos y tecnológicos con un fin común de vigilancia de un microorganismo, esto con el propósito final comprender la distribución de la infección en la población y con ello la magnitud de la gravedad de la introducción de un virus nuevo en la población con altas tasas de mutación como lo fue el SARS – CoV2, así mismo el seguimiento de su evolución y posible transición a endemidad, del mismo modo, los avances con la vigilancia genómica del virus de la viruela símica - Monkeypox.

El segundo apartado, busca mostrar aspectos relacionados con el fortalecimiento de la vigilancia de la tuberculosis en la red diagnóstica del departamento, pues las micobacterias siguen siendo agentes etiológicos importantes para problemas de salud pública históricos como son la tuberculosis y la lepra, eventos considerados como olvidadas y cuyo control refiere necesidades de intervención integral, en particular por su afectación de personas altamente vulneradas.

A continuación, se muestran ambos apartados, teniendo presente que el LDSP se convierte en fuente de información complementaria para la vigilancia en salud pública y puede llevar también a construir la historia de los eventos transmisibles en el territorio antioqueño.

### 2.7.1.1. Vigilancia Genómica en Antioquia: nuevos Eventos a Vigilar

La vigilancia genómica en el departamento de Antioquia se ha fortalecido a través de la implementación de métodos de secuenciación de nueva generación para nuevos eventos transmisibles y no transmisibles, emergente y/o reemergentes.

En este contexto el Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) continúa con la vigilancia genómica de SARS CoV-2, evaluando el comportamiento y circulación en la población Antioqueña



del virus. Para ello se han procesado en 2022 más de 3000 muestras respiratorias, de las cuales más del 95 % han dado como resultado la identificación de la variante Ómicron y sus sublinajes.

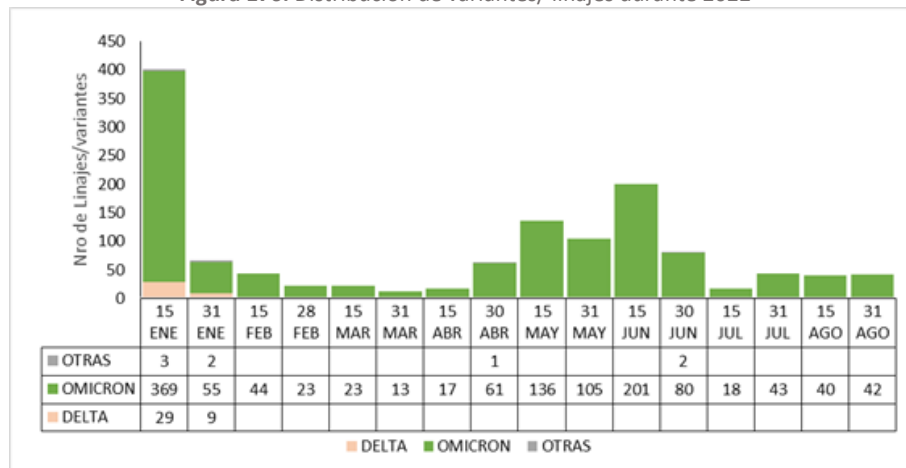
Se han iniciado labores de vigilancia genómica en los eventos de Monkey Pox Virus, del cual a octubre 31 de 2022 se han secuenciado más de 500 muestras y se ha obtenido cerca 300 genomas, la mayoría de ellos publicados en el repositorio internacional NCBI. Adicionalmente, se ha iniciado la etapa de estandarización de secuenciación genómica de nueva generación para otros eventos de interés en salud pública.

## 2.7.1.2. Vigilancia Genómica de SARS CoV 2 en Antioquia 2022

Ómicron es una variante identificada a finales del mes de diciembre de 2021 en el territorio antioqueño. Por sus características biológicas conferidas en gran medida por la acumulación de mutaciones en su material genético, esta variante tuvo un comportamiento inesperado no solo en el departamento, sino en general en Colombia. Durante el 2022, la variante con mayor predominio es ómicron, con un porcentaje del 96,5 %.

Al principio se especuló mucho a cerca de las graves consecuencias que traería ómicron en el desarrollo de la pandemia por COVID 19; sin embargo, con el transcurrir de los meses se evidenció que la situación de torno más tranquila de lo esperado

Figura 176. Distribución de variantes/ linajes durante 2022



Fuente. Elaboración propia LDSP

Ómicron es una variante con varias mutaciones en el gen SPIKE (Proteína S), y se ha demostrado que tiene una capacidad de transmisión hasta 4.2 veces mayor que Delta<sup>29</sup>. Hasta el momento ha

<sup>29</sup> Nishiura H, Ito K, Anzai A, Kobayashi T, Piantham C, Rodríguez-Morales AJ. Relative reproduction number of SARS-CoV-2 omicron (B.1.1.529) compared with Delta variant in South Africa. J Clin Med. 2022 Jan 1;11(1)



sido caracterizada como la más transmisible de las variantes de preocupación (VOC), debido a la acumulación de mutaciones que se reflejan en la estructura proteica de SPIKE.

Cuando se caracterizaron las mutaciones en Ómicron, se pensó que estas podrían conferirle mayor transmisibilidad y patogenicidad<sup>30</sup>. Sin embargo y a pesar de su capacidad de transmisión elevada, la literatura científica evidencia que estas mutaciones no le dan a ómicron mayor grado de patogenicidad, ni cuadros clínicos más severos, ni aumento de hospitalización, ni más muertes<sup>31 32</sup>, situación que coincide con los datos de la vigilancia del departamento donde los casos secuenciados corresponde generalmente a pacientes con manejo ambulatorio y solo el 10,9 % estaban en el servicio de hospitalización; lo que si se ha podido comprobar es que estas mutaciones pueden ayudarle a evadir la respuesta inmune mediada por anticuerpos tanto naturales como vacunales, llevando a un incremento en el número de casos.

Ómicron también conocida como BA.1.1.529, según la clasificación de Pangolin, comprende cinco sublinajes principales diferentes, BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 y BA.5, siendo los más prevalentes BA.1.1 y BA.1, los sublinajes con mayor predominio en Antioquia son BA.1.1 (27,4 %), BA.1 (20,9 %) y BA.2 (20,0 %). Algunos estudios comparan como Ómicron muestra de 3 a 4 veces mayor número de mutaciones adquiridas en la proteína S respecto a otras variantes VOC<sup>33</sup>.

La transmisibilidad, así como la evasión a la respuesta inmune demostrada en las infecciones por Ómicron se explica, en parte, porque esta variante comprende siete mutaciones en su genoma (G142D, K417N, T478K, N501Y, D614G, H655Y, and P681H) que se han asociado con características de virulencia y evasión, y que comparte con las otras variantes VOC. Sin embargo, también se explican por otras mutaciones exclusivas del sublinaje, como por ejemplo BA.1, con tres mutaciones ( $\Delta$ HV69del, T95I, and  $\Delta$ YY144del) relacionadas con mayor transmisibilidad. La literatura evidencia que las mutaciones D614G y N501Y están asociadas a mayor carga viral en el tracto respiratorio superior y mayor transmisibilidad, respectivamente<sup>34 35</sup>.

En el caso de los sublinajes más prevalentes BA.1 y BA.1.1, su transmisibilidad es mayor a la del resto de sublinajes dado que además expresar la mutación N501Y, también se tiene la mutación

<sup>30</sup> Luna N, Muñoz M, Ramírez AL, Patiño LH, Castañeda SA, Ballesteros N, et al. Genomic Diversity of SARS-CoV-2 Omicron Variant in South American Countries. *Viruses* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2022 Nov 17];14(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35746705/>

<sup>31</sup> He X, Hong W, Pan X, Lu G, Wei X. SARS-CoV-2 Omicron variant: Characteristics and prevention. *MedComm* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Nov 17];2(4):838-45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34957469/>

<sup>32</sup> Wang Y, Zhang L, Li Q, Liang Z, Li T, Liu S, et al. The significant immune escape of pseudotyped SARS-CoV-2 variant Omicron. *Emerg Microbes Infect* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 17];11(1):1-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34890524/>

<sup>33</sup> Tiecco G, Storti S, Antoni MD, Focà E, Castelli F, Quiros-Roldan E. Omicron Genetic and Clinical Peculiarities That May Overturn SARS-CoV-2 Pandemic: A Literature Review. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2022 Nov 17];23(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35216104/>

<sup>34</sup> Plante JA, Liu Y, Liu J, Xia H, Johnson BA, Lokugamage KG, et al. Spike mutation D614G alters SARS-CoV-2 fitness. *Nature* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Nov 17];592(7852):116-21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33106671/>

<sup>35</sup> Yang T-J, Yu P-Y, Chang Y-C, Liang K-H, Tso H-C, Ho M-R, et al. Impacts on the structure-function relationship of SARS-CoV-2 spike by B.1.1.7 mutations. *bioRxiv* [Internet]. 2021 May 12 [cited 2022 Nov 17];2021.05.11.443686. Available from: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.05.11.443686v1>



$\Delta H69/\Delta V70$ , la cual es una delección de 6 pb en la región que codifica para el dominio de unión del gen Spike, y confiere mayor afinidad al receptor ACE2 de las células hospederas; esta región se encarga de la unión del virus a la célula mediante unión a ACE2. Esta delección genera un cambio a nivel conformacional del dominio N-terminal de la proteína Spike, que induce mayor interacción alostérica entre la proteína Spike y ACE2, confiriendo a la variante, hasta de un 75% más transmisibilidad, cuando se les compara con otros sublinajes de Ómicron que solo tienen N501Y36. También se reporta que esta delección limita la interacción con anticuerpos monoclonales del hospedero, por lo cual se da de esta manera evasión a la respuesta inmune<sup>37</sup>.

Se han identificado otras delecciones de importancia en el dominio de unión al receptor que están asociadas a evasión a los anticuerpos monoclonales generados por el sistema inmune. Por ejemplo, la delección  $\Delta 143/\Delta 145$  en los sublinajes BA.1 y BA.1.138. También se asocian en este sentido las mutaciones G496S K417N, G446S, S477N, T478K, E484A, Q493R, G496S, Q498R, N501Y y Y505H, S371L, N440K; varias de ellas presentes en otras variantes de SARS CoV 2 y linajes de ómicron<sup>39</sup>.

Aunque se han descrito muchos sublinajes diferentes para Ómicron, las más caracterizadas a nivel mundial son BA.1, BA.1.1, BA.2 y BA.3. A nivel global y en la Región de las Américas, el sublinaje BA.1. es el de mayor prevalencia.

En Antioquia en su orden de número de casos, han sido identificadas las siguientes variantes:

**Tabla 97.** Distribución de linajes de Ómicron identificadas en la Red Genómica en Antioquia en 2022

Variante	Número de Casos	Proporción de casos (%)
BA.1.1	318	27,4
BA.1	243	20,9
BA.2	232	20
BA.2.12.1	165	14,2
BA.5.1	41	3,5

Fuente. Elaboración propia LDSP

El sublinaje BA.2 difiere de la del BA.1, en varias mutaciones, que como se describió anteriormente, pueden afectar a los aminoácidos de la proteína S, confiriendo ventajas de transmisibilidad. Se ha

<sup>36</sup> Leung K, Shum MHH, Leung GM, Lam TTY, Wu JT. Early transmissibility assessment of the N501Y mutant strains of SARS-CoV-2 in the United Kingdom, October to November 2020. Euro Surveill [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Nov 17];26(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33413740/>

<sup>37</sup> Kemp SA, Meng B, Ferriera IA, Datir R, Harvey WT, Papa G, et al. Recurrent emergence and transmission of a SARS-CoV-2 spike deletion H69/V70. bioRxiv [Internet]. 2021 Mar 8 [cited 2022 Nov 17];2020.12.14.422555. Available from: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.12.14.422555v6>

<sup>38</sup> Dejnirattisai W, Huo J, Zhou D, Zahradnik J, Supasa P, Liu C, et al. SARS-CoV-2 Omicron-B.1.1.529 leads to widespread escape from neutralizing antibody responses. Cell [Internet]. 2022 Feb 3 [cited 2022 Nov 17];185(3):467-484.e15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35081335/>

<sup>39</sup> Piccoli L, Park YJ, Tortorici MA, Czudnochowski N, Walls AC, Beltramello M, et al. Mapping Neutralizing and Immunodominant Sites on the SARS-CoV-2 Spike Receptor-Binding Domain by Structure-Guided High-Resolution Serology. Cell [Internet]. 2020 Nov 12 [cited 2022 Nov 17];183(4):1024-1042.e21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32991844/>

evidenciado como el sublinaje BA.2 crece más rápido que el BA.1, y que BA.2 es más transmisible que el BA.1, por lo que es el sublinaje de la variante ómicron más notificado en el mundo; sin embargo, en Antioquia los linajes BA.1 y BA.1.1 siguen habiendo sido los más caracterizados por la red de vigilancia genómica.

Más de 3000 muestras positivas para SARS CoV 2 han sido secuenciadas entre diciembre de 2021 y el 31 de octubre de 2022 en Antioquia, identificando los sublinajes BA.1 y BA.1.1 en el 48.3% de las muestras y el sublinaje BA.2 en el 20% de secuencias.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es importante que los entes gubernamentales en cada país sigan evaluando el comportamiento de las variantes, y su relación con el curso de la pandemia con el fin de dar respuesta oportuna a posibles brotes y controlar el aumento de casos por nuevas variantes o linajes, por ejemplo, BA.1 y BA.2, que siguen considerando linajes de preocupación de la variante ómicron

### 2.7.1.3. Vigilancia Genómica de MonkeyPox virus

En el genoma de MonkeyPox Virus se han identificado algunas mutaciones asociadas con la respuesta del sistema inmune e infectividad.

Para el caso del clado B.1, el cual es el más prevalente a nivel mundial, se han identificado mutaciones como H221Y en el gen MPXVgp157 y P722S en el gen MPXVgp182 (clasificados así en NCBI), los cuales están asociados con inmunomodulación de sistema inmune en otros ortopoxvirus, sugiriendo su asociación con la respuesta inmune del hospedero<sup>40</sup> 41.

También se han visto otros cambios no sinónimos como R194H en el gen MPXVgp079, el cual codifica para un componente proteico del virus asociado con ingreso a las células hospederas y fusión de las membranas lo cual puede potencialmente estar explicando la infectividad de MonkeyPox virus. Sumado a esta variante también se ha encontrado mutaciones en el gen MPXVgp182 asociadas con una mayor infectividad<sup>42</sup>.

Aunque estos cambios a nivel del genoma de MonkeyPox pueden estar explicando, en parte, la transmisión de persona a persona relativamente sostenida y generalizada a inicios del brote, también existen algunos cambios a nivel del genoma del virus que pueden estar confiriendo ventajas adaptativas al hospedero sobre la infección y por tanto explicarían el descenso de la prevalencia del clado B.1, como clado más prevalente, en la población.

<sup>40</sup> Smith GL, Benfield CTO, Maluquer de Motes C, Mazzon M, Ember SWJ, Ferguson BJ, et al. Vaccinia virus immune evasion: mechanisms, virulence and immunogenicity. J Gen Virol [Internet]. 2013 Nov [cited 2022 Nov 17];94(Pt 11):2367–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23999164/>

<sup>41</sup> Gigante CM, Korber B, Seabolt MH, Wilkins K, Davidson W, Rao AK, et al. Multiple lineages of monkeypox virus detected in the United States, 2021–2022. Science [Internet]. 2022 Nov 4 [cited 2022 Nov 17];378(6619):560–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36264825/>

<sup>42</sup> Hadfield J, Megill C, Bell SM, Huddleston J, Potter B, Callender C, et al. NextStrain: Real-time tracking of pathogen evolution. Bioinformatics. 2018 Dec 1;34(23):4121–3

Este es el caso del gen MPXVgp187 el cual en MonkeyPox se ha visto inactivo. Este gen codifica para una proteína similar al complejo principal de histocompatibilidad de ortopoxvirus de clase I que inhibe la destrucción dependiente de NKG2D por parte de las células NK del hospedero<sup>43</sup>. Otro gen inactivo es MPXVgp184 y es responsable de codificar una proteína de membrana encargada de la inactivación de la apoptosis por parte de las células hospederas<sup>44</sup>.

Aunque el grupo ortopoxvirus, ha sido ampliamente estudiado en varias partes del mundo, debido al reciente brote de viruela símica, los estudios han tomado más importancia y fuerza, dando como resultado la identificación de varias mutaciones en su material genético, muchas de ellas asociadas al creciente número de casos, la transmisión persona a persona, el grado de virulencia, entre otras variables de importancia epidemiológica.

En Antioquia, desde Junio de 2022 se empezó a trabajar en la vigilancia genómica de este agente patógeno, procesando más de 600 muestras y obtenido más de 300 genomas todos cargados en NCBI; y que han servido como insumo para estudios colaborativos, de los genomas y las mutaciones identificadas y su asociación con el grado de patogenicidad, y modo de transmisión de la enfermedad, lo cual es importante porque permite conocer la evolución del virus y sus variantes, así como su dispersión geográfica y temporal. El análisis oportuno de los datos sirve para identificar señales o cambios que puede impactar en el comportamiento del virus y en las herramientas y medidas de salud.

La vigilancia genómica en el departamento de Antioquia se seguirá realizado con miras a poder monitorear la circulación de variantes de los virus entrantes al territorio, así como del comportamiento de otros microorganismos que a través de mutaciones en su material genético pueden mostrar cambios importantes e impactar la biología de los mismos y alterar factores de infección y virulencia que sean importantes de vigilar, con el fin de evitar complicaciones en los pacientes. Importantes resaltar que a través de este tipo de metodologías también se puede ir pro de mejoras en los diseños de políticas de vigilancia epidemiológica y de salud pública.

En la Unidad de Vigilancia Genómica del Laboratorio de Salud Pública de Antioquia, se ha iniciado la etapa de estandarización de secuenciación genómica de nueva generación de eventos de interés en salud pública como son la tuberculosis, vigilancia de bacterias multirresistentes, dengue y otros virus respiratorios, lo cual se espera sirvan de insumo para los tomadores de decisión como mecanismo de impacto de estos en la población, basado en evidencia científica.

#### **2.7.1.4. Fortalecimiento de la vigilancia de la tuberculosis en la red de laboratorios de micobacterias en Antioquia.**

<sup>43</sup> Shchelkunov SN. Orthopoxvirus Genes That Mediate Disease Virulence and Host Tropism. Adv Virol [Internet]. 2012 [cited 2022 Nov 17];2012:17. Available from: [/pmc/articles/PMC3413996/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22413996/)

<sup>44</sup> Campbell JA, Trossman DS, Yokoyama WM, Carayannopoulos LN. Zoonotic orthopoxviruses encode a high-affinity antagonist of NKG2D. J Exp Med [Internet]. 2007 Jun 11 [cited 2022 Nov 17];204(6):1311–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17548517/>



Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de la información reportada al Laboratorio, Departamental de Salud Pública, las fuentes de información utilizadas fueron: los libros diarios de laboratorio de mico bacterias y Libro de pacientes de Tuberculosis.

Dentro de las principales actividades misionales, que tiene el Laboratorio Departamental de Salud Pública en el componente de Micobacterias se encuentran, la vigilancia de resistencia a fármacos de segunda línea, la asesoría y asistencia técnica a la red de laboratorios, la evaluación externa del desempeño a la Red y el análisis de información e indicadores del laboratorio en coordinación con el Programa Departamental de Tuberculosis y Lepra, con el fin de detectar posibles errores en los procesos, medir el impacto de las metodologías utilizadas para la detección de casos en el departamento y así mismo, evaluar adherencia de la Red a los Lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis a través de la implementación de la Resolución 227 de febrero del año 2020 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En la resolución se establecen los algoritmos diagnósticos de tuberculosis pulmonar y se definen las actividades que debe realizar la red de laboratorios de micobacterias para poblaciones vulnerables y de alto riesgo.

A la población con sospecha de tuberculosis y que cumplan criterios de vulnerabilidad y riesgo, se les debe realizar prueba rápida molecular y cultivo en medio líquido para la detección de *Mycobacterium tuberculosis* y evaluación de la resistencia a fármacos mínimo a la rifampicina (R); por otra parte, a la población general que se le sospeche tuberculosis, se le debe realizar la baciloscopia pero en caso de ser positiva debe hacerse una prueba molecular para evaluación de resistencia a fármacos Isoniazida y Rifampicina (H y R) acompañada del cultivo en medio líquido. Todo paciente al que se le detecte una resistencia a cualquiera de estos dos fármacos se le debe evaluar resistencia a fluoroquinolonas y aminoglucósidos a través del Laboratorio de Salud Pública y, además, se debe evaluar otras moléculas como la Bedaquilina, Linezolid, Clofazimina y Delamanid (Bdq, Lzd, Cfz, Dlm) a través del Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud.

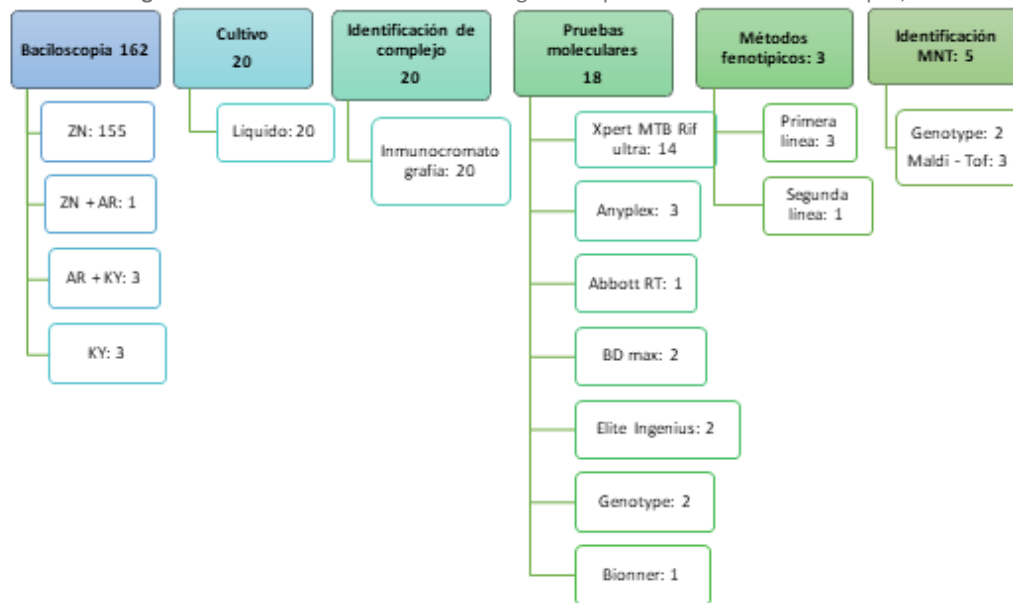
Por lo anteriormente expuesto, el uso de pruebas moleculares en reemplazo de la baciloscopia se ha venido incrementando en el departamento de Antioquia y ha fortalecido su red de diagnóstico, contando en la actualidad con 162 laboratorios, de los cuales 18 realizan pruebas susceptibilidad a fármacos moleculares, 3 laboratorios realizan pruebas de sensibilidad a fármacos de primera línea por métodos fenotípicos, 162 laboratorios realizan baciloscopia, 20 laboratorios realizan pruebas de identificación inmunocromatográficas y 20 laboratorios realizan cultivo en medio líquido; la totalidad de los laboratorios del departamento migraron a cultivo líquido, cumpliendo así adherencia a los lineamientos actuales establecidos por el nivel nacional y aportando a uno de los objetivos del Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis” Colombia 2016-2025 el cual es “Diagnosticar y tratar exitosamente más del 90% de los casos de tuberculosis sensible y resistente”. Cabe resaltar que la red de Micobacterias del departamento de Antioquia es líder y referencia para





diferentes zonas del país. Así mismo, en la vigilancia de las micobacteriosis se cuenta con 5 laboratorios que realizan identificación de Micobacterias No tuberculosas.

Figura 177. Caracterización de la red diagnóstica para tuberculosis en Antioquia, 2021



Fuente: Elaboración propia LDSP

Respecto al comportamiento de pruebas diagnósticas para tuberculosis para el periodo 2021 – 2022 trimestre III, se identifica que para el año 2021 se corrieron 19488 pruebas moleculares para detección de tuberculosis en el departamento, con una positividad cercana al 13 %, de las cuales alrededor del 70 % mostraron sensibilidad a fármacos antituberculosis, porcentaje similar a lo corrido en el 2022, sin embargo, una quinta parte de las pruebas arrojaron resultados no interpretables a dichos fármacos, lo que sugiere un fortalecimiento del uso del cultivo para confirmar el perfil de susceptibilidad. En cuanto al cultivo se identifica que para el año 2021 se procesaron 26688 cultivos con una positividad cercana al 9 %, y de éstas más del 93 % correspondieron al complejo Mycobacterium tuberculosis, para el año 2022 se identifica que este porcentaje es superior y puede corresponder a que se ha fortalecido la identificación final de todos los cultivos con algún tipo de crecimiento. Respecto a las Micobacterias No tuberculosas más frecuentes en el departamento se encuentran Mycobacterium abscessus, Mycobacterium avium, Mycobacterium fortuitum y Mycobacterium Intracellulare. Por último, la baciloscopia como método diagnóstico sigue siendo el más usado a pesar de que no está indicada para toda población por su baja sensibilidad, durante el año 2022 se han procesado 96.099 presentando una positividad del 2.4%

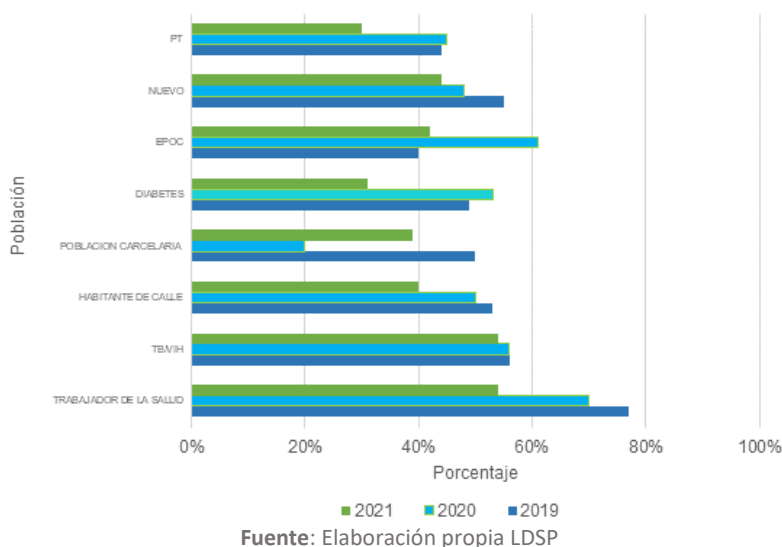
Tabla 98. Pruebas diagnósticas de tuberculosis en Antioquia, 2021 – 2022 III

Ítem	Variable	Categoría	2021		2022 - III			
			N	%	N	%		
Pruebas sensibilidad moleculares	Pruebas moleculares	No detectado	16989	87,2	13745	85,7		
		Complejo MTB	2499	12,8	2298	14,3		
		Total Pruebas moleculares	19488	100	16043	100		
	Pruebas moleculares detectadas	Sensible R	1246	49,9	1220	53,1		
		Sensible HR	422	16,9	389	16,9		
		No interpretable	614	24,6	490	21,3		
		Resistente H	90	3,6	115	5		
		RR	77	3,1	46	2		
		MDR	50	2	38	1,7		
		Total	26688	100	23778	100		
Cultivo	Cultivo Micobacterias	Negativo	24214	90,7	21597	90,8		
		Contaminado	85	0,3	114	0,5		
		Positivos	2389	9	2067	8,7		
		Total cultivos	26688	100	23778	100		
	Identificación de Micobacterias	Complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	2217	92,8	2020	97,7		
		<i>Mycobacterium abscessus</i>	2	0,1	14	0,7		
		<i>Mycobacterium avium</i>	6	0,3	6	0,3		
		<i>Mycobacterium fortuitum</i>	13	0,5	9	0,4		
		<i>Mycobacterium intracellulare</i>	7	0,3	7	0,3		
		<i>Mycobacterium kansasii</i>	2	0,1	0	0		
		<i>Mycobacterium szulgai</i>	1	0	0	0		
		<i>Mycobacterium scrofulaceum</i>	2	0,1	1	0		
		<i>Mycobacterium asiaticum</i>	0	0	1	0		
		<i>Mycobacterium chelonae</i>	0	0	1	0		
		<i>Mycobacterium lentiflavum</i>	0	0	1	0		
		<i>Mycobacterium mucogenicum</i>	0	0	1	0		
		<i>Mycobacterium chimaera - intracellulare</i>	0	0	1	0		
		Otras MNT sin identificar	139	5,8	5	0,2		
		Baciloscopia	Baciloscopia	Positiva	2684	3,2	2348	2,4
				Negativa	81137	96,8	93751	97,6
Total baciloscopias	83821			100	96099	100		

Fuente: Elaboración propia LDSP

Respecto al acceso de pruebas de sensibilidad a fármacos de los pacientes con condiciones de vulnerabilidad y alto riesgo se identifica que en pacientes previamente tratados (PT), nuevos, diabéticos, habitantes de calle, TB/VIH y trabajadores de la salud el porcentaje en el 2021 disminuyó respecto a años anteriores, lo que indica un mayor esfuerzo a nivel asistencial y programático para lograr adherencia a los algoritmos diagnósticos en estas poblaciones de riesgo. En población privada de la libertad y EPOC el acceso a pruebas de sensibilidad fue mayor.

Figura 178. Acceso Prueba de Susceptibilidad a Fármacos, Antioquia, 2019 – 2021



Aunando los esfuerzos de los diferentes entes: Secretarías de Salud, Red de Laboratorios, IPS, EAPB y teniendo en cuenta que la red de laboratorios del departamento de Antioquia es líder en la implementación de metodologías rápidas para el diagnóstico de tuberculosis sensible y resistente, que se cuenta con reportes en tiempo real de casos farmacorresistentes y casos positivos para TB, aun el acceso a pruebas de susceptibilidad a todos los casos no es del 100 % como se establece en la meta nacional.

Teniendo en cuenta que los algoritmos diagnósticos para población de alto riesgo hacen referencia al uso de pruebas moleculares y cultivo en medio líquido los cuales se encuentran en la resolución 2292 de 2021 con su Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y que la información por laboratorio del departamento de Antioquia muestra que existe una brecha de acceso a pruebas de susceptibilidad a fármacos es necesario una articulación y seguimiento con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), IPS y Red de laboratorios con el fin de construir rutas operativas y viables para que las diferentes muestras de pacientes con sospecha de Tuberculosis se procesen de manera adecuada y oportuna.





# Priorización de los efectos **de salud**

## CAPÍTULO III



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS



## CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

En este capítulo se presentan los problemas identificados en la formulación del ASIS 2020 Y 2021 los cuales han sido abordados mediante la ejecución de los planes, programas y proyectos con el objetivo de incidir en la salud de la población. Se presenta la información que fue priorizada, así como los avances obtenidos en la vigencia 2022.

El ASIS facilita la identificación de esas prioridades y de sus efectos en la salud, permitiendo el reconocimiento de las brechas generadas por las desigualdades sanitarias y sus determinantes. Es una herramienta que facilita la planificación en salud mediante el aprovechamiento al máximo de la evidencia existente y permite la toma de decisiones gerenciales y administrativas durante la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas y de los planes de salud basada en hechos y datos.

### 3.1. Consideraciones tenidas en cuenta para priorizar

La priorización de los problemas de salud es una estrategia basada en evidencias de la salud pública, con enfoque en los determinantes sociales de la salud, que intenta responder al cómo invertir los recursos de salud disponibles para lograr el mayor bienestar posible en la población mediante la ejecución de una serie de intervenciones de corto, mediano y largo plazo las cuales tienen como objetivo impactar la situación de salud y bienestar de las comunidades.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 es una apuesta política por la equidad en salud, que responde al Plan Nacional de Desarrollo, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos:

- Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
- Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente.
- Mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad discapacidad evitable.

Se requiere dar continuidad a los lineamientos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), la Política Integral en Salud (PAIS) y su Modelo de Acción Integral Territorial en Salud (MAITE), bajo el modelo conceptual de factores determinantes de la salud.

### 3.2. Modelo conceptual de determinantes sociales de la salud

Los Determinantes Sociales de la Salud -DSS, hacen referencia a los aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que influyen en los efectos de salud. El modelo conceptual



parte de la premisa de que las condiciones sociales influyen de forma decisiva en la salud, por lo que es necesario actuar en todos los sectores para promover el bienestar.

Estas condiciones sociales influyen sobre la probabilidad que las personas tienen de estar sanas: la pobreza, la inseguridad alimentaria, la deserción escolar, las condiciones de las viviendas, el acceso a servicios, la escasa calificación laboral, el desempleo, la falta de acceso a la educación entre otros constituyen en factores causantes de las principales inequidades ocasionando efectos en la salud (morbilidad y mortalidad), como consecuencias de la toma de decisiones (políticas, sociales, económicas) y en la forma en cómo se distribuye el poder, el dinero y los recursos en los diferentes territorios.

### 3.3. Reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes sociales

El rol de los entes territoriales dentro del proceso de planificación es fundamental e incluye la regulación, conducción, garantía del aseguramiento y provisión de los servicios, modulación del financiamiento, fiscalización, movilización social y de los recursos, así como promover y al mismo tiempo velar por la ejecución de las acciones colectivas e individuales en salud pública orientadas a mejorar las condiciones de bienestar de las comunidades.

Dentro de este marco conceptual se formula el Plan Territorial de Salud 2020-2023, teniendo en cuenta la metodología “Pase a la Equidad”, la cual permite identificar los efectos de la salud teniendo en cuenta las ocho dimensiones prioritarias y las transversales definidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:

1. Salud ambiental.
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles.
3. Convivencia social y salud mental.
4. Seguridad alimentaria y nutricional.
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles.
7. Salud pública en emergencias y desastres.
8. Salud y ámbito laboral.
9. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables.
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

### 3.4. Asignación de prioridades a grupos de riesgo.

Uno de los componentes fundamentales del modelo conceptual es la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, las cuales se constituyen en una herramienta que define las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo en los diferentes entornos en los que se desarrolla mediante la ejecución de intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación y en articulación con los diferentes actores del sistema (Entes territoriales, Entidades administradoras de Planes de Beneficios-EAPB y prestadores de servicios de salud entre



otros).

Para avanzar en su implementación, se cuenta con importantes herramientas de gestión definidas en el Modelo de Acción Integral Territorial en Salud -MAITE en cumplimiento de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, la cual se adoptó mediante la Resolución 429 de 2016 y cuyo objetivo está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La Resolución 1536 del 2015 establece la obligatoriedad de elaborar y actualizar anualmente el Análisis de la Situación de Salud- ASIS siendo un insumo importante para la identificación, priorización y conformación de grupos de riesgo mediante su caracterización.

Atendiendo a lo establecido en la Resolución 3202 del 2016, la priorización de los efectos en salud se correlaciona con los correspondientes grupos de riesgo que orientan las 16 Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el año 2021 se continua con la misma correlación realizada para los años 2019 y 2020. Las problemáticas fueron priorizadas durante el proceso de formulación del Plan de Desarrollo y del Plan Territorial de Salud “Unidos por la Vida” 2020-2023.

Tabla 99. Identificación de los problemas de salud del departamento de Antioquia

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
Salud ambiental	Problema 1	Bajas coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo en las zonas rurales del departamento.	000	Problema 17	Modelo de Inspección Vigilancia y Control Sanitario de los Sistemas de Acueductos e Instalaciones Acuáticas limitado	13 RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
	Problema 2	Bajas coberturas de vacunación animal para rabia y altas tasas de incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	010	Problema 26	Deficiencias en la gestión integral de enfermedades zoonóticas	10 RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	<p>Línea 3 Nuestro Planeta 3.5. Componente 5: Bienestar y protección animal 3.5.2. Programa 2: Salud pública en la protección animal 3.5.3. Programa 3: Trato digno de los animales</p> <p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo</p>
	Problema 3	Alto riesgo de adquirir enfermedades vehiculizadas debido a que los establecimientos no cumplen con las	000	Problema 18 Problema 21	Condiciones sanitarias inadecuadas en los procesos de elaboración, conservación almacenamiento, comercialización	13 RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	<p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia</p>



# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS		
		condiciones higiénico-locativas		n, expendio y transporte de alimentos  Inadecuadas condiciones sanitarias en los establecimientos que ofrecen bienes y servicios	4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo		
	Problema 4	Exposición ambiental y accidentes laborales con sustancias químicas (mercurio y plaguicidas) y factores de riesgo (Asbesto, Sílice, Benceno, Plomo y Radiaciones ionizantes)	013	Problema 23 Problema 20  Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población expuesta a los factores de riesgo químico.  Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población que se encuentra expuesta a los factores de riesgo químico.	11RIAS por población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales  13 RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo	
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Problema 5	Altas tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, 143,0 defunciones	001	Problema 7	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.	1 RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro - vascular – metabólicas manifiestas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS	
	por 100.000 habitantes				4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia	
Problema 6	Altas tasas de mortalidad por EPOC	002	Problema 7	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.	2 RIAS por población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
Problema 7	Aumento en la prevalencia de diabetes en población de 18 a 69 años	001	Problema 7	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.	1 RIAS para población con riesgo o alteraciones cardiovascular - vascular – metabólicas manifiestas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
Problema 8	Altas tasas de mortalidad en el departamento por neoplasias, 106,8 defunciones por 100.000 habitantes	007	Problema 7	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.	7 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS		
Convivencia social y salud mental	Problema 9	Alta tasa de mortalidad debido a causas externas (122,5 muertes por 100.000 hombres y 5279,4 AVPP por 100.000 hombres).	012	Problema 7 Problema 14 Problema 18 Problema 21 Problema 22 Problema 24	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.  Condiciones sanitarias inadecuadas en los procesos de elaboración, conservación almacenamiento, comercialización, expendio y transporte de alimentos  Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud.  Baja capacidad de adaptación, preparación y apropiación frente a los impactos en salud asociados a la crisis climática y calidad del aire en el	1 RIAS para población con riesgo o alteraciones cardiovascular - vascular – metabólicas manifiestas  12 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas  13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia  Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
					<p>departamento de Antioquia.</p> <p>Deficiencia en las condiciones sanitarias y uso inadecuado de los productos farmacéuticos.</p> <p>Inadecuadas condiciones sanitarias en los establecimientos que ofrecen bienes y servicios.</p>		
	Problema 10	Alta tasa de violencia autoinfligidas en la población joven	012	Problema 15	Altas tasas de morbilidad por eventos relacionados con la convivencia y salud mental.	<p>4 RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones</p> <p>5 RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento</p> <p>12 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas</p>	<p>Línea 4</p> <p>Nuestra Vida 4.2.</p> <p>Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.7.</p> <p>Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia</p>
	Problema 11	Alta prevalencia de	013	Problema 15		4 RIAS para población con	Línea 4





# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
		consumo de sustancias psicoactivas		Problema 16	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.  Baja producción de conocimiento en temas referentes al consumo de sustancias ilícitas	riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones	4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia
	Problema 12	Alta tasa de violencia contra la mujer 210,4 por cien mil mujeres.	012	Problema 15	Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles.	4 RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones  5 RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento  12 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia
	Problema 13	Población con alto riesgo de trastornos mentales,	012	Problema 15	Alta mortalidad por enfermedades	4 RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
		relacionados con la violencia			no transmisibles.	comportamientos manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones  5 RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento  12 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia
Seguridad alimentaria y nutricional	Problema 14	Proporción de recién nacidos a término con bajo peso al nacer	008	Problema 13	Barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva.	8 RIAS para población materno-perinatal	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 15	Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años	003	Problema 9	Malnutrición por déficit, por exceso o carencia específica en diferentes grupos poblacionales.	3 RIAS para población con riesgo o presenta alteraciones nutricionales  6 RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS	
	Problema 16	Alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 18 a 64 años	003	Problema 9	Malnutrición por déficit, por exceso o carencia específica en diferentes grupos poblacionales.	<p>4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia</p> <p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia</p> <p>1 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales</p> <p>4 RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones</p> <p>6 RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal</p>
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Problema 17	Tasa de incidencia de VIH/SIDA de 46,9 por 100.000 habitantes.	009	Problema 13	Barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva.	<p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia</p> <p>9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas</p>
	Problema 18	Persistencia de la mortalidad	008	Problema 13	Barreras de acceso y	<p>Línea 4 Nuestra Vida</p> <p>8 RIAS para población materno-perinatal</p>

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
		materna por causas evitables			deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva.		4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 19	Tasa de incidencia de sífilis congénita de 2,4 casos por 1000 nacidos vivos	009	Problema 13	Barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva.	8 RIAS para población materno-perinatal 9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 20	Alta tasa de embarazo en adolescentes (menores de 19 años)	008	Problema 13	Barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva.	8 RIAS para población materno-perinatal	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
Vida saludable y	Problema 21	Aumento en la tasa de incidencia de	009	Problema 14	Presencia de las enfermedades transmisibles	9 RIAS para población con riesgo de presencia de	Línea 4 Nuestra Vida



# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
enfermedades transmisibles		tuberculosis (44,7 casos por 100.000)			que deterioran el bienestar.	enfermedades infecciosas	4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 22	Alta morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas	009	Problema 12 Problema 14 Problema 19	<p>Presencia de las enfermedades transmisibles que deterioran el bienestar.</p> <p>Poca capacidad de respuesta frente a la creciente incidencia del COVID -19 como enfermedad emergente y desconocida.</p> <p>Baja capacidad de adaptación, preparación y apropiación frente a los impactos en salud asociados a la crisis climática y calidad del aire en el departamento de Antioquia.</p>	<p>9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas</p> <p>13 RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente</p>	<p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo 4.2.11. Programa 11: Unidos para la respuesta integral en salud frente a COVID-19</p>

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
	Problema 23	Alta incidencia de enfermedades transmitidas por vectores y prevalencia de complicaciones . (malaria, dengue, Sika, Chikunguña)	009	Problema 25	Alto número de enfermos de Malaria, Dengue, Leishmaniasis y enfermedad de Chagas.	<p>9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas</p> <p>13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente</p>	<p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2.</p> <p>Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.9.</p> <p>Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo</p>
Salud pública en emergencias y desastres	Problema 24	Insuficiente disponibilidad de sangre y hemo componentes	013	Problema 32	Inadecuada prestación de servicios de salud que no responde a las necesidades y expectativas.	*	<p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2.</p> <p>Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.5.</p> <p>Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud</p>
	Problema 25	No se tiene respuesta articulada ante las emergencias y desastres	013	Problema 31	Débil capacidad de gestión administrativa en salud, en las emergencias y desastres sectorial e intersectorial	<p>12 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas</p> <p>13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente</p>	<p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2.</p> <p>Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.5.</p> <p>Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores</p>

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
							de servicios de salud
	Problema 26	Hospitales poco seguros ante emergencias y desastres en la parte estructural, no estructural y funcional.	013	Problema 31	Débil capacidad de gestión administrativa en salud, en las emergencias y desastres sectorial e intersectorial	12 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas  13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo
	Problema 27	No están desarrolladas las capacidades básicas en los municipios para la vigilancia y respuesta a emergencias de salud pública de importancia internacional	013	Problema 31 Problema 12	Incumplimiento por parte de prestadores de servicios de salud de requisitos mínimos esenciales  Poca capacidad de respuesta frente a la creciente incidencia del COVID-19 como enfermedad emergente y desconocida.	9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas  12 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas  13 RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGOS (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
							4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo 4.2.11. Programa 11: Unidos para la respuesta integral en salud frente a COVID-19
Salud y ámbito laboral	Problema 28	Baja cobertura para los trabajadores del sector informal en el Sistema General de Riesgos Laborales.	011	Problema 6	Entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas	11 RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.1. Programa 1: Atención primaria en salud: acercando los servicios sociales de salud a la población antioqueña
	Problema 29	Inoportunidad en la detección temprana de las enfermedades laborales	011	Problema 6	Entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas	11 RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia



# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS	
					4.2.1. Programa 1: Atención primaria en salud: acercando los servicios sociales de salud a la población antioqueña	
	Problema 30	Recursos insuficientes para realizar las actividades de prevención de los riesgos laborales.	011	Problema 6	Entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas	11 RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales
					Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.1. Programa 1: Atención primaria en salud: acercando los servicios sociales de salud a la población antioqueña	
	Problema 31	Carencia de un sistema de información que registre la enfermedad profesional del sector informal.	011	Problema 6	Entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas	11 RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales
					Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.1. Programa 1: Atención	



400

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
							primaria en salud: acercando los servicios sociales de salud a la población antioqueña
	Problema 32	Carencia de un sistema de información que registre los accidentes laborales del sector informal.	011	Problema 6	Entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas	11 RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.1. Programa 1: Atención primaria en salud: acercando los servicios sociales de salud a la población antioqueña
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Problema 33	Insuficiente adaptabilidad de la atención en salud de acuerdo a las características de las poblaciones vulnerables (con enfoque étnico diferencial, con discapacidad, víctimas del conflicto,	000	Problema 3 Problema 4 Problema 8 Problema 28	Difícil acceso a los servicios sociales por parte de comunidades vulnerables.  Poca implementación de modelos de acción integral territorial en salud con enfoque	5 RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento  15 RIAS para población con riesgo o trastornos visuales y auditivos	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
		identidad de género)			<p>diferencial étnico y de género.</p> <p>Deficiente atención en la garantía de los derechos y protección social de los adultos mayores.</p> <p>Exclusión social de la población con discapacidad.</p>	6 RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia
	Problema 34	Alta incidencia y letalidad de las enfermedades transmisibles en las poblaciones vulnerables.	000	Problema 14	Presencia de las enfermedades transmisibles que deterioran el bienestar.	9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas	<p>Línea 4</p> <p>Nuestra Vida 4.2.</p> <p>Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2.</p> <p>Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia</p>
	Problema 35	Insuficiente caracterización e identificación del riesgo en salud de las poblaciones vulnerables	000	Problema 1 Problema 2	<p>Población sin afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Dificultades de acceso a los servicios de</p>	*	<p>Línea 4</p> <p>Nuestra Vida 4.2.</p> <p>Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.3.</p> <p>Programa 3:</p>



# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
					salud para la población no afiliada.		Aseguramiento de la población al Sistema general de seguridad social en salud
	Problema 36	Incremento de la población en situación de calle o abandono	000	Problema 5	Vulneración de los derechos y protección social de los habitantes de calle.	*	Línea 1 Nuestra Gente 1.5. Componente 5: Antioquia un hogar para el desarrollo integral 1.6.8. Programa 8: Apoyo intersectorial a la población habitante de calle
	Problema 37	Alto índice de mortalidad evitable en menores de cinco años por enfermedades prevenibles.	000	Problema 10	Mortalidad evitable en niños y niñas menores de 5 años.	3 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales 8 RIAS para población materno- perinatal 9 RIAS para población con riesgo de presencia de enfermedades infecciosas 12 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas 13 RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia



# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
						relacionados con el ambiente	
	Problema 38	Incremento de la población inmigrante e insuficiente capacidad de respuesta para la atención en salud	000	Problema 1 Problema 2 Problema 28	Población sin afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud.  Dificultades de acceso a los servicios de salud para la población no afiliada  Dificil acceso a los servicios sociales por parte de comunidades vulnerables.	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.3. Programa 3: Aseguramiento de la población al Sistema general de seguridad social en salud
	Problema 39	Rutas de atención en salud homogéneas que no reconocen las necesidades particulares de las poblaciones étnicas.	000	Problema 8	Poca implementación de modelos de acción integral territorial en salud con enfoque diferencial étnico y de género.	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
	Problema 40	Desigualdades en la atención en salud	000	Problema 8	Poca implementación de modelos	*	Línea 4 Nuestra Vida

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
		asociadas al género que implican riesgos en la salud y la vida de las personas.			de acción integral territorial en salud con enfoque diferencial étnico y de género.		4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Problema 41	Débil capacidad para el ejercicio adecuado de la rectoría en salud departamental y municipal	000	Problema 33 Problema 34 Problema 35 Problema 36 Problema 37	Incipiente articulación e inexistente interoperabilidad entre los desarrollos de tecnologías de la información  Pérdida de liderazgo de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en el proceso de planeación interna y frente a los actores del sistema  Deficiente participación de la ciudadanía en los procesos de Gestión Pública en Salud	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS	
			<p>Deficiencia en el conocimiento y acceso de la información en salud</p> <p>En la SSSA no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes</p>			
	Problema 42	Red insuficiente para la atención de las necesidades de la población del departamento cerca al lugar de residencia	000	<p>Problema 27</p> <p>Problema 28</p> <p>Problema 29</p> <p>Problema 30</p> <p>Problema 32</p> <p>Población con dificultad en el acceso a servicios de salud especializados</p> <p>Difícil acceso a los servicios sociales por parte de comunidades vulnerables.</p> <p>Incumplimiento por parte de prestadores de servicios de salud de requisitos mínimos esenciales</p>	*	<p>Línea 4</p> <p>Nuestra Vida 4.2.</p> <p>Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2.</p> <p>Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.5.</p> <p>Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud</p>

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
			<p>Capacidad analítica del Laboratorio Departamental insuficiente</p> <p>Inadecuada prestación de servicios de salud que no responde a las necesidades y expectativas.</p>		<p>4.2.6. Programa 6: Telesalud</p>
Problema 43	Débil articulación de los planes, programas y proyectos para la gestión integral de la salud pública para el logro de los resultados de salud esperados	000	Problema 11	Gestión de inspección y vigilancia de las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo individual y colectivo en EAPB y entes territoriales asumida de manera parcial y desarticulada.	<p>*</p> <p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza</p>
Problema 44	Insuficiente capacidad para ejercer la inspección y vigilancia sanitaria	000	Problema 1 Problema 11 Problema 21 Problema 22	Población sin afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	<p>*</p> <p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia</p>





# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019	GRUPOS DE RIESGOS (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020	RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
			Problema 24 Problema 27  Gestión de inspección y vigilancia de las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo individual y colectivo en EAPB y entes territoriales asumida de manera parcial y desarticulada.  Inadecuadas condiciones sanitarias en los establecimientos que ofrecen bienes y servicios  Incumplimiento por parte de prestadores de servicios de salud de requisitos mínimos esenciales  Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud.  Deficiencia en las condiciones sanitarias y uso		4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia 4.2.3. Programa 3: Aseguramiento de la población al Sistema general de seguridad social en salud 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza 4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo



# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
					inadecuado de los productos farmacéuticos.		
	Problema 45	Ausencia de competencia departamental para el ejercicio del control a las EAPB	000	Problema 1 Problema 3 Problema 4 Problema 37	<p>Población sin afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>En la SSSA no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes</p> <p>Pérdida de liderazgo de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en el proceso de planeación interna y frente a los actores del sistema</p>	*	<p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.3. Programa 3: Aseguramiento de la población al Sistema general de seguridad social en salud 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza</p>
	Problema 46	No concordancia entre el perfil del personal asignado para	000	Problema 37	En la SSSA no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la	*	<p>Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar</p>



DIMENSIÓN	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2019		GRUPOS DE RIESGO (MIAS)	PROBLEMAS IDENTIFICADOS 2020		RUTAS DE ATENCIÓN (RIAS)	INTERVENCIÓN EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 PROYECTOS
		cumplir con las funciones de los cargos a desempeñar en el sector salud, cantidad insuficiente y alta rotación del mismo			ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes		activo y saludable para Antioquia 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza
	Problema 47	Modelo de gestión y contratación del talento humano inadecuado para garantizar el cumplimiento de las competencias del ente departamental y municipal	000	Problema 37	En la SSSA no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes	*	Línea 4 Nuestra Vida 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

(\*) Problemáticas abordadas de manera transversal e integral en las 16 rutas integrales de atención.

Fuente. Elaboración propia, Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, año 2021

A continuación, se describen los problemas que fueron priorizados en el año 2020 siguiendo la metodología “Pase a la Equidad”, para la formulación del Plan de Desarrollo y Territorial en Salud. Cada problemática cuenta con mínimo un proyecto para su intervención con avances al 2022 orientados a dar cumplimiento a los objetivos y metas propuestas tanto en el Plan de Desarrollo Unidos por la Vida 2020-2023 como en el Plan Territorial de Salud. Adicionalmente se evidencia su articulación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y con las líneas de acción del MAITE.

**PROBLEMA 1:** Población sin afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Antioquia.



410

Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.3. Programa 3: Aseguramiento de la población al Sistema general de seguridad social en salud  
ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento del aseguramiento de la población al sistema general de seguridad social en salud Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Aseguramiento.

La meta de cobertura de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2022 es del 99,0%, y al mes de octubre del 2022 se logró una cobertura del 101,03%, superando así la meta establecida.

El logro de este indicador de resultado se alcanza gracias al trabajo articulado por parte de los diferentes actores de salud, entre ellos las Secretarías y/o Direcciones Locales de Salud y las IPS, en el proceso de afiliación oficiosa al régimen subsidiado, el cual aplica para toda persona que tenga clasificación del SISBEN en los grupos A, B y C, para toda persona que pertenezca a las poblaciones especiales, para todo aquel que no tenga aplicada la encuesta del SISBEN (afiliación temporal mientras se le aplica la encuesta del SISBEN y se obtiene clasificación para definir su continuidad en el sistema de salud) y para todo recién nacido en territorio colombiano. También, se ha venido fortaleciendo la afiliación al régimen subsidiado de las personas clasificadas en el grupo D en el SISBEN, mediante el mecanismo de contribución solidaria.

Igualmente, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia SSSA dispone a las Secretarías de Salud e IPS del departamento de una plataforma en página web para que en los casos en que no se pueda realizar la afiliación en el Sistema de afiliación Transaccional SAT, se pueda elaborar el formulario de afiliación y sea remitido a las entidades competentes, llevando un control de las afiliaciones oficiosas realizadas de manera excepcional. Circular 2017090000343 del 26/07/2017, ordenanza 035 del 2017, circular de afiliación.

Se adelantaron procesos de articulación entre los actores de los sistemas como Secretarías de Salud, IPS, EPS, para la definición de competencias, unificación de criterios, definición,



implementación y divulgación de rutas de afiliación, disponibilidad de contactos de los referentes o coordinadores para gestionar directamente los procesos de afiliación.

La SSSA se encuentra fortaleciendo la respuesta institucional a través de la asesoría y asistencia técnica al personal de las Secretarías de Salud, IPS, EPS, además del diseño y entrega de guías e instructivos con el paso a paso para la difusión al interior de las organizaciones.

Dentro de las actividades realizadas se logró inspeccionar y vigilar con corte a noviembre del 2022, el 77% entre municipios y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, frente al cumplimiento normativo en la gestión del aseguramiento en salud, contribuyendo de esta manera con el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

**PROBLEMA 2:** En Antioquia hay dificultades de acceso a los servicios de salud para la población no afiliada que es responsabilidad del Departamento y para la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud; la situación se agudiza por la insuficiencia de los recursos en la entidad territorial para asumir las atenciones que requieren las personas que manifiestan no tener capacidad de pago.

Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y salud para Antioquia

4.2.3. Programa 3: Aseguramiento de la población Sistema general de seguridad social en salud



ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Compromiso de garantizar la prestación de servicios de salud para la población a cargo del departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Aseguramiento- Prestación de Servicios de Salud

El logro del indicador de la población atendida en salud con recursos del departamento, a octubre 31 de 2022 fue de 17.019. Teniendo en cuenta que la meta eran 19.237 personas atendidas, con avance de 88% frente a un esperado para la fecha del 80%. El indicado es con tendencia decreciente, pero por tratarse de servicios de salud los pacientes se atienden a demanda, de acuerdo con sus necesidades.



412

El Departamento subsidia las atenciones en salud de mediana y alta complejidad de población antioqueña no afiliada sin capacidad de pago y en los últimos años debido al fenómeno migratorio desde Venezuela, la población migrante en condición irregular se ha convertido en objeto de atenciones en salud con cargo a recursos de la entidad territorial, al punto de representar en 2022 cerca del 90% de las personas que se atienden con recursos del departamento.

Se han realizado esfuerzos importantes en coordinación con los entes territoriales municipales, Migración Colombia y la USAID para lograr primero que dispongan de un documento válido para regularizar su estadía en el país y de esta forma garantizar la afiliación al sistema de salud, para lograr un aumento en la cobertura afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud de esta población, el cual alcanza una cobertura del 86,7% con corte a diciembre del 2021.

El sistema de salud se ha caracterizado por presencia de dificultades en la gestión del riesgo clínico en la implementación de las Rutas Integrales de Atención, en el flujo adecuado y oportuno de recursos y la acumulación de deudas hacia la red de prestadores por parte de los responsables de pago, lo que los expone a riesgo financiero, riesgo técnico y cierre de servicios, afectando la calidad y la oportunidad en la prestación del servicio, limitando el acceso tanto a la población asegurada y no asegurada.

**PROBLEMA 3:** Deficiente atención en la garantía de los derechos y protección social de los adultos mayores en el marco de la política pública de envejecimiento y vejez en el departamento de Antioquia.



Línea 1 Nuestra Gente

1.5. Componente 5: Antioquia un hogar para el desarrollo integral.

1.5.5. Antioquia reivindicando los derechos del adulto mayor.

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyectos:

1. Compromiso Reivindicando los derechos del adulto mayor en Antioquia.



413

2. Fortalecimiento a la vigilancia y control de los centros de protección social, centros día/vida e instituciones de atención para adultos mayores

Línea de Acción MAITE: Enfoque Diferencial

Desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección de Antioquia, Dirección de Salud Colectiva, se llevó a cabo la inspección y vigilancia a los Centros de Protección Social para el Adulto Mayor y a los Centros Vida/Día, lo cual ha sido una oportunidad de mejora en la prestación de los servicios, programas y proyectos dirigidos a la población adulta mayor beneficiaria. Para el presente año se proyectó la visita a 75 instituciones, de las 250 previstas para el actual cuatrienio, realizando un total de 76 visitas de inspección y vigilancia, con un acumulado para lo corrido de cuatrienio de un total de 70.4% de entidades inspeccionadas y vigiladas, atendiendo así, el 76,6% de los 300.000 adultos mayores priorizados como población vulnerable del departamento.

De otro lado, desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Dirección de Salud Colectiva, se han brindado asesoría y asistencia técnica frente a los lineamientos técnicos y normativos para el cumplimiento del Plan de Atención Institucional establecido, lo cual, desde el enfoque de derechos, ha promovido la mejora en la calidad de la atención de esta población vulnerable.

El proceso de envejecimiento, entendido como un proceso natural que hace parte del ciclo vital, no representa una problemática como tal, pero se encuentra que el adulto mayor presenta unas dificultades significativas en los social, educativo, cultural, económico entre otros. Es considerada como el grupo con mayor riesgo de malnutrición y esta su vez está asociado a un alto consumo de fármacos, trastornos del afecto, alteraciones cognoscitivas y deficiente dentición, con morbilidades tales como las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores y enfermedades cerebrovasculares entre otras, lo que los convierte en una de las poblaciones más vulnerables.

Es por este motivo que desde la Gobernación de Antioquia, mediante Decreto Departamental No 2020070002567 del 05 de noviembre del 2020, se define la nueva estructura administrativa de la administración departamental y se crea la Secretaría de Inclusión Social y Familia, la cual cuenta con 6 Gerencias (Infancia, adolescencia y Juventud; Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANÁ; Afrodescendientes; Indígena; Persona en situación de Discapacidad y Persona Mayor) lo que implica un ajuste en las funciones asignadas en la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia frente al desarrollo del programa de Adulto Mayor. Durante el primer semestre del año se adelanta un trabajo articulado entre las dos secretarías cuyos avances se describen a continuación:

La Gerencia de Personas Mayores fortalece durante el 2021 la atención integral de 148.969 personas mayores en Antioquia, a través de los Centros Vida y los Centros de Protección para el



414

Adulto Mayor (CPSAM), concentrado su gestión en la garantía de los derechos de este grupo poblacional y en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Un logro significativo durante esta vigencia, fue la actualización de la Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez, la cual fue aprobada mediante la Ordenanza 17 del 11 agosto de 2021. Instrumento que busca contribuir desde la gestión pública de Antioquia, al establecimiento de las condiciones individuales, familiares, comunitarias y sociales favorables, que promuevan, protejan y aseguren el reconocimiento y goce efectivo de los derechos individuales y colectivos de este grupo poblacional, en condiciones de equidad, inclusión, integración y participación en la sociedad, posibilitando una vejez digna, activa, saludable y una mejor calidad de vida.

Desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección de Antioquia, se llevó a cabo la inspección y vigilancia a los Centros de Protección Social para el Adulto Mayor y a los Centros Vida/Día, lo cual ha sido una oportunidad de mejora en la prestación de los servicios, programas y proyectos dirigidos a la población adulta mayor beneficiaria. Durante este año se realizaron 89 visitas de 250 instituciones programadas en el cuatrienio, teniendo cubrimiento del 40,4% de las entidades inspeccionadas y vigiladas (89); atendiendo el 42,6% de los 300.000 adultos mayores priorizados como población vulnerable del Departamento.

De otro lado, la asesoría brindada desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia ha permitido brindar lineamientos técnicos y normativos para el cumplimiento del Plan de Atención Institucional establecido, lo cual, desde el enfoque de derechos, ha promovido la mejora en la calidad de la atención de esta población vulnerable.

**PROBLEMA 4:** Exclusión social de la población con discapacidad en el departamento de Antioquia.



Línea 1 Nuestra Gente

1.6. Componente 6: Antioquia Hogar diverso y equitativo.

1.6.7. Programa 7: Apoyo intersectorial a la población con discapacidad

ODS movilizado(s) por este programa:





Proyecto: Fortalecimiento Unidos por la inclusión y la capacidad de Antioquia

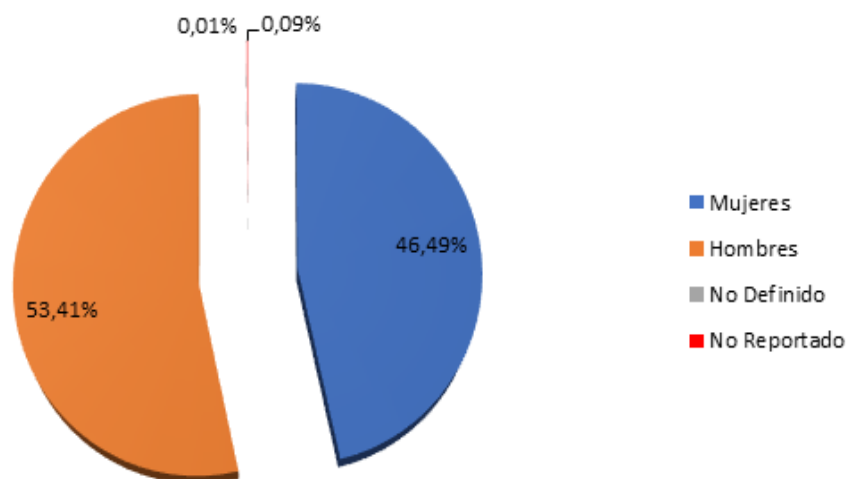
Línea de Acción MAITE: Enfoque Diferencial

De acuerdo Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018 el Departamento de Antioquia tiene una prevalencia de 7,4% de discapacidad, este porcentaje se encuentra ligeramente por encima de la prevalencia nacional, que es del 7,1%.

Es preciso mencionar que la caracterización de la población con discapacidad de Antioquia, se toma del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, siendo la fuente oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, que inició el ingreso de registros de personas con discapacidad en el año 2002 y cierra el ingreso de registros en julio del año 2020, que hoy es usada para efectos estadísticos.

En el departamento de Antioquia, según Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD a corte julio de 2020 se tienen identificaron 205.548 personas con discapacidad, de ellas; 109.786 hombres, 95.551 mujeres, 17 No definido y 194 con dato No reportado. Por género, se observan frecuencias similares entre hombres y mujeres; siendo un poco superior la frecuencia en los hombres (53,41%).

Figura 179. Porcentaje de población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia según género. Corte a julio 2020.

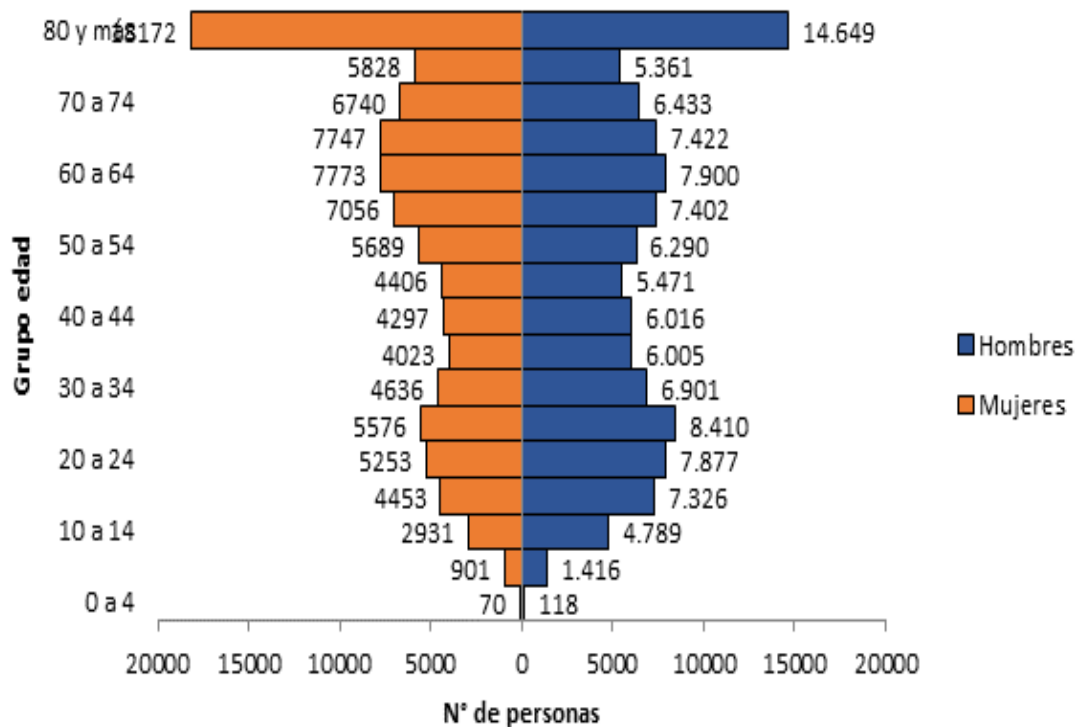


Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta diciembre de 2022.

Igualmente, por grupos de edad la concentración de Población con Discapacidad es mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad hasta los 59 años. A partir de esta edad se

invierte dicha situación, evidenciándose frecuencias más altas en las mujeres, con marcadas diferencias en las edades iguales o superiores a 80 años.

Figura 180. Pirámide población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia. Corte a julio 2020.

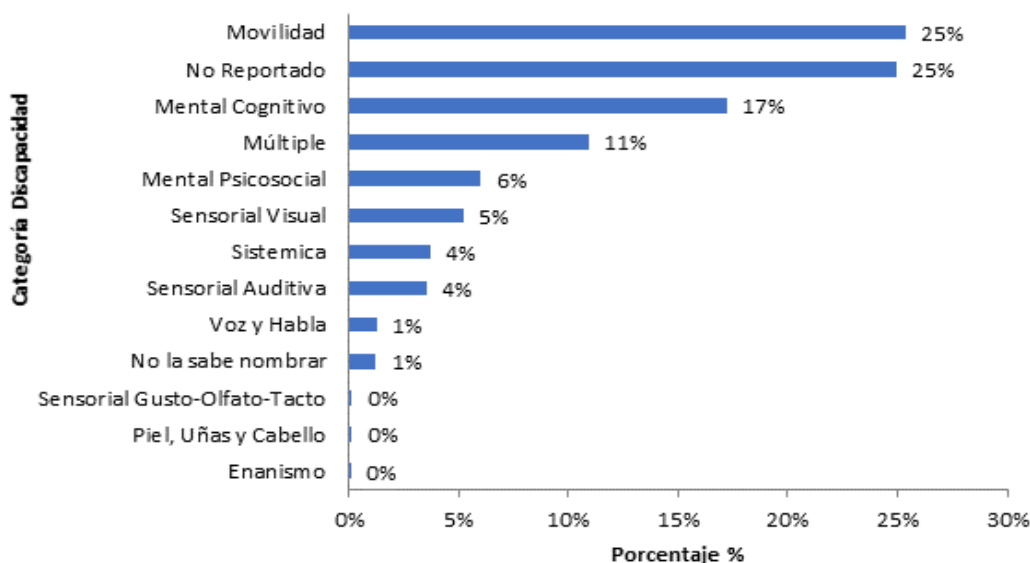


Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta diciembre de 2022.

En cuanto a características de la discapacidad en esta población en el departamento de Antioquia se tiene: La persona con discapacidad puede presentar una o varias alteraciones a la vez y en Antioquia se encuentra que las alteraciones más frecuentes encontradas son las relacionadas con: el sistema nervioso 53,7%; seguida de la función motora del cuerpo -manos, brazos, piernas- 50,2%; y de los ojos con el 25,4%. Las alteraciones relacionadas con los sentidos del olfato, tacto y gusto son las menos frecuentes con un 2,1%.

En cuanto a la distribución porcentual encontrada según categoría de discapacidad, la más frecuente es la relacionada con la movilidad 25%, es decir discapacidad física, seguida de la discapacidad cognitiva 17%, discapacidad múltiple 11%, discapacidad mental psicosocial 6%, discapacidad visual 5% y auditiva 4%.

Figura 181. Distribución porcentual según categoría de discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia. Corte a julio 2020.

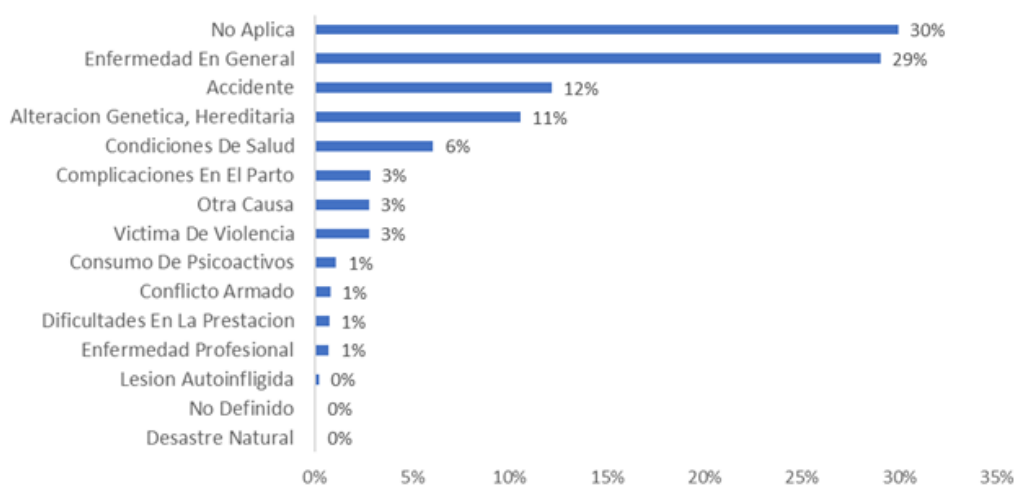


Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta diciembre de 2022.

Se identifica que el 70,0% de las personas con discapacidad del departamento de Antioquia manifiestan conocer el origen de su discapacidad. La principal causa es la enfermedad general con 29%, seguida de los accidentes 12% y las alteraciones genéticas hereditarias 11%.

Figura 182. Distribución porcentual según causa de la discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia. Corte a julio 2020.

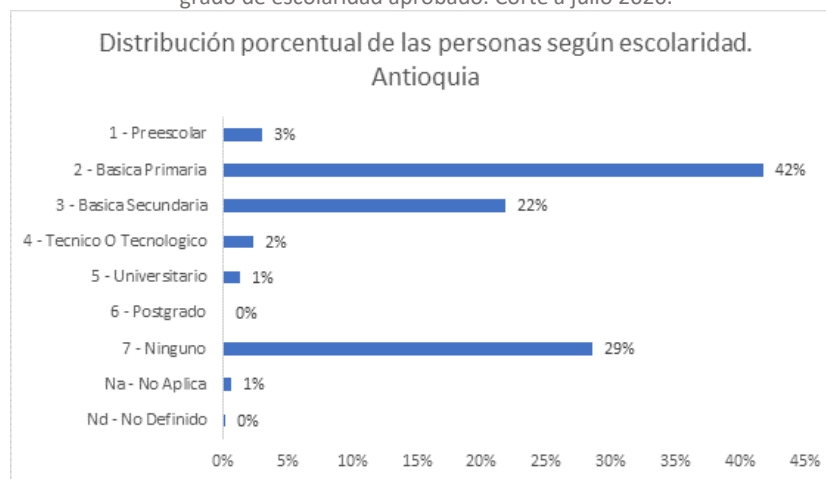
### Distribución porcentual de las personas según origen de la discapacidad. Antioquia



Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta diciembre de 2022.

En cuanto a acceso a servicios sociales básicos para la población con discapacidad en el departamento de Antioquia tenemos: En acceso a servicios de educación se identifica que el nivel educativo de la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia es notablemente bajo. El 42% registra su último grado escolar aprobado en básica primaria; y es alto el porcentaje de personas que reportan no tener ningún grado de escolaridad 29%. La participación de la población con discapacidad en los niveles educativos superiores es baja, el 3% reporta estudios de nivel técnico o tecnológico, universitario y de postgrado. El 35% de las personas registradas manifiestan no saber leer ni escribir, más exactamente 71.891 personas identificadas se encuentran en condición de analfabetismo.

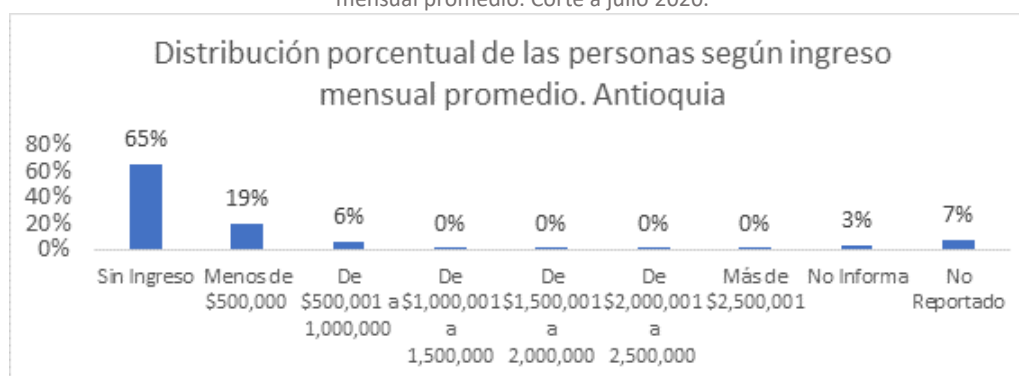
**Figura 183.** Distribución porcentual la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia, según último grado de escolaridad aprobado. Corte a julio 2020.



Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta diciembre de 2022.

Coherente con los bajos niveles educativos, se encuentra que el 65% de la población con discapacidad del Departamento de Antioquia no percibe ingreso alguno y que entre quienes sí obtienen recursos económicos, la mayoría acceden a menos de un salario mínimo legal vigente.

**Figura 184.** Distribución porcentual la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia, según ingreso mensual promedio. Corte a julio 2020.



Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta diciembre de 2022.





**Problema 5:** Vulneración de los derechos y protección social de los habitantes de calle.



Línea 1 Nuestra Gente

1.6. Componente 6: Antioquia Hogar diverso y equitativo.

1.6.7. Programa 8: Apoyo intersectorial a la población habitante de calle

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Apoyo Implementación de Modelo de Atención Unidos por la Inclusión Social del Habitante de Calle.

Línea de Acción MAITE: Enfoque Diferencial

Antioquia debe continuar emprendiendo acciones para garantizar los derechos de los habitantes de calle atendiendo a lo que establece el Decreto 1285 de 2022 Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2022 -2031, cuyo objeto dice: Artículo 2.9.2.8.1 Objeto. El presente capítulo tiene como objeto adoptar la Política Pública Social para Habitantes de Calle -PPSHC 2022-2031 contenida en el Anexo Técnico 4 que hace parte integral del presente acto administrativo, y disponer la formulación del Plan Nacional de Atención Integral a las Personas Habitantes de la Calle – PNAIPHC. Decreto 1285 de 2022 “Por medio del cual se adiciona el Capítulo 8 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2022 -2031”.

El decreto, junto con su anexo, da respuesta a lo estipulado en la Ley 1641 de 2013 y a los requerimientos de diversas Sentencias de la Corte Constitucional.

La Política Pública Social para Habitantes de Calle -PPSHC- plantea que la habitanza en calle es un fenómeno multicausal que conlleva a una posición social que contribuye a una forma de relacionarse con el espacio público. La PPSHC adopta el concepto de habitanza en calle por permitir una mayor precisión que el de “habitabilidad en calle” porque define la “acción y efecto de habitar”.

Como un territorio enmarcado en múltiples complejidades, el Departamento de Antioquia



420

presenta diversas y variadas problemáticas en los diferentes entes territoriales que lo conforman y en los cuales, puede existir o no el fenómeno de habitanza en calle o, también, el riesgo de habitanza en calle.

De acuerdo con las definiciones que nos presenta la PPSHC, la habitanza en calle identificada en personas mayores de edad puede presentar las siguientes características:

- Personas EN RIESGO de habitar la calle: aquellas cuyo contexto se caracteriza por la presencia de factores predisponentes para la vida en calle que son los estructurales, es decir, aquellos que determinan desigualdades para el ejercicio de derechos sociales, económicos, políticos y culturales que generan condiciones individuales y sociales de riesgo para la habitanza en calle, así como una reproducción de dinámicas sociales y económicas que perpetúan la desigualdad y precipitantes de la vida en calle que son los coyunturales que se relacionan con aspectos contextuales y biográficos que agudizan el riesgo, tales como la desafiliación social (Castel, R, 1997), los trastornos de salud, haber vivido situación de calle previamente, y el abandono escolar, entre otros. Los factores precipitantes unidos a los predisponentes incrementan exponencialmente el riesgo de habitar la calle.
- Personas EN calle: aquellas que hacen de la calle el escenario para su supervivencia, pero cuentan con un espacio privado diferente de la calle donde residen, sea la casa de su familia, la habitación de una residencia o un hotel (Correa, M, 2007).
- Personas DE la calle: aquellas que hacen de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria (Ley 1641 de 2013), es decir, desarrollan todas las dimensiones de su vida en el espacio público

Aunque la PPSHC se centra en los habitantes DE la calle, aborda las otras dos poblaciones desde el marco de la prevención ya que tiene en cuenta que los hábitos de esta población no son lineales y no hay una frontera clara entre ellas.

La PPSHC se acoge a la definición “niñez en situación de calle”, para niños, niñas y adolescentes - NNA-, desarrollada por el ICBF e identifica a las poblaciones menores de edad que hacen parte del fenómeno de habitanza en calle, así:

- Niños, niñas y adolescentes con ALTA PERMANENCIA EN CALLE: se refiere a niños, niñas y adolescentes que permanecen en las calles durante gran parte del día, pero que en la noche regresan a alguna forma de familia y de hogar (ICBF, 2016 P 10-11).
- Niños, niñas y adolescentes con situación de vida en calle: Niños, niñas y adolescentes que habitan PERMANENTEMENTE EN LA CALLE, sin ninguna red familiar de apoyo (ICBF, 2016, P 10-11).

Es deber del Estado el de garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social.



reafirmando que la vida en calle es una opción que debe ser respetada, para lo cual se avanza a noviembre de 2022 en un 85%, aproximadamente, en la estructuración del Modelo de Atención Integral de la población habitante de calle en Antioquia.

La cobertura en aseguramiento de la población habitante de calle se estructura con las bases de datos reportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y de las diferentes entidades territoriales.

A noviembre de 2022, la población habitante de calle, y según caracterización que se viene adelantando entre la ESE Hospital Carisma y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, es de aproximadamente 1.862 personas entre los municipios del Valle de Aburrá (sin Medellín) y el resto de municipios; esta cifra no es definitiva, ya que se encuentra en proceso de cobertura del departamento en su totalidad.

En Medellín, de acuerdo con el Informe de Caracterización y Georreferenciación realizado por la Universidad de Antioquia para la Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos de Medellín, arrojó que la población habitante calle, al inicio de la pandemia era de 1.798 y con la reapertura de 1.547, en el año de 2020.

Al sumar las cifras del departamento de Antioquia (sin Medellín) con las de su capital, arroja una cifra de 3.409; esta cifra, como ya se indicó, no es definitiva, permanentemente está en proceso de ajuste por las mismas características de la población.

Uno de los logros de la propuesta técnica para la atención integral de la población habitante de calle, ha sido el proceso de caracterización en compañía de las administraciones municipales de las subregiones, cubriendo cerca del 70% de los municipios del departamento, con el fin de fortalecer las sinergias y aunar los esfuerzos en materia de aseguramiento y de esta manera garantizar una adecuada atención.

**PROBLEMA 6:** En el departamento de Antioquia se continúan evidenciando entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas, que impactan negativamente el perfil de morbilidad de la población en todo el curso de vida, afectando el desarrollo de capacidades, competencias ciudadanas y comunitarias y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia



4.2.1. Programa 1: Atención primaria en salud: acercando los servicios sociales de salud a la población antioqueña

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento APS - Territorio Saludable y Comprometido por la Vida

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Intersectorialidad

El Departamento ha venido trabajando en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) buscando la generación de las mejores condiciones de la salud de la población.

Antioquia presenta grandes retos, diferenciados entre zonas urbana y rural, que abarcan el orden social, político, ambiental y económico sin alejarse de la situación actual del país. Se evidencian necesidades en materia de entorno y calidad de vivienda, acceso a servicios públicos, escolaridad, movilidad, participación, salud, trabajo y recreación, e ingresos, los cuales impactan negativamente el perfil de morbilidad de la población en todo el curso de vida, especialmente lo relacionado con desnutrición, malnutrición, enfermedades contagiosas e infecciosas emergentes y reemergentes, mortalidad materna y perinatal, intentos de suicidio, suicidio, embarazo en adolescentes, falta de acceso a servicios públicos, a educación, seguridad y convivencia entre otros. La población económicamente activa no cuenta con empleo estable y es el sector informal de la economía el que más prevalece, lo que limita la promoción de la salud y la gestión del riesgo, situación que se ve directamente afectada por la presencia del conflicto armado lo que ha marcado procesos de deterioro y carencia de programas para acercar los servicios sociales y de salud en los diferentes municipios, con un impacto limitado sobre los determinantes sociales en los entornos donde transcurre la vida, como lo son el familiar, comunitario, educativo y laboral.

Desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia se realizaron acciones de asesorías y asistencias técnicas en el proceso de gestión del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y lineamientos para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) a los 125 municipios y/o Distrito; desde cada uno de los proyectos de salud pública, se ha realizado vigilancia epidemiológica al 100% de los eventos de interés de salud pública, contribuyendo en la disminución de la morbilidad del Departamento.

Desde la estrategia Atención Primaria en Salud- APS se ha contribuido en el cumplimiento del indicador de mortalidad evitable Grupos C, D5 y D6, y hogares con riesgo psicosocial alto



423



intervenidos en la dinámica familiar por medio de la estrategia APS, a través de acciones en más de 10.750 hogares en 123 municipios y el Distrito del departamento de Antioquia, con un avance el 25%, logrando la meta establecida para la vigencia 2022, gracias al trabajo constante del equipo de profesionales que acompañan a los territorios hacia la reorientación de los servicios, el fortalecimiento de la participación social y comunitaria y la articulación intersectorial para el abordaje integral de los determinantes sociales que afectan a individuos, familias y colectivos en los diferentes territorios; así mismo, con la concurrencia técnica a la totalidad del departamento y la transferencia de recursos a 110 municipios, que sigue aportando en el fortalecimiento de los Equipos Básicos de Atención en Salud -EBAS con el objetivo de promover el desarrollo de las acciones de salud pública, la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud y la implementación de las Redes Integradas de Servicios Sociales y de Salud, en cada uno de los ámbitos y entornos en los que transcurre la vida.

En el transcurso del año 2022, se ha dado continuidad al indicador de la Estrategia de Atención Primaria en Salud -APS articulada a los programas bandera del Plan de Desarrollo Departamental, para el accionar conjunto en beneficio de los municipios, aunando esfuerzos para el desarrollo de acciones intersectoriales en los territorios, disminuyendo la duplicidad, mejorando la oferta institucional y la optimización de recursos para acercar los servicios sociales a la población antioqueña, logrando acciones con: Salud para el Alma; Familias por la Equidad; Plan 10.000 por la equidad, con intervenciones a las familias del departamento que se identificaron con riesgo biopsicosocial alto para mejorar la convivencia, la salud mental y buscar el acercamiento de oportunidades.

Se continua con la promoción y verificación de los protocolos de bioseguridad en articulación con: Antioquia es Mágica (en el sector turístico); y Agricultura 4.0 avanza a 5.0 en los municipios impactados por del Plan Integral de Atención a la Cosecha Cafetera, para dar continuidad a la caracterización del entorno laboral informal, la verificación de condiciones de salud y protocolos de bioseguridad en estos entornos, logrando el cuidado integral de más de 123.000 personas dedicadas a la cosecha; con el programa MANÁ para el abordaje integral de la malnutrición en niños del Departamento; con Savia Salud; y el programa Mujeres libres de violencias, para la promoción del cuidado de la salud; y con otros como la iniciativa de Vías departamentales para la equidad y el progreso; Plan especial Murindó y Vigía del fuerte; Agenda Antioquia 2040; que permitieron visibilizar las características y necesidades de la población y abordarlas no solo desde el enfoque de salud, sino desde la integralidad y la transculturalidad; así como la integración del Proyecto de APS en las Jornadas de Acuerdos Municipales, con el seguimiento a la transferencia de recursos para los municipios que en 2020, 2021 y 2022 que se comprometieron con el trabajo en el marco de la estrategia desarrollo de actividades orientadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las poblaciones vulnerables.

De igual manera en la vigencia 2022, se generó el acercamiento con programas bandera del Plan de Desarrollo Departamental articulados en el desarrollo de estrategias en los territorios en el



marco de la Resolución 3280 del 2018 y orientada desde la estrategia APS, tales como: Antioquia Solidaria; aporte al proceso de Modernización; Jornadas de Vida y Equidad; Antioquia constructora de paz; Fortalecimiento institucional municipal; Territorios hermanos; Antioquia en bici; CIFRA: Centro de Información de Antioquia; y Bienestar animal.

Desde el indicador de municipios y/o distrito con el modelo de APS ajustado, se logra el 50,0% de lo programado, desarrollando capacidades en las entidades territoriales, a través de la transferencia de recursos para fortalecer los equipos multidisciplinarios en salud, para la realización de acciones resolutorias; el análisis de la información de APS para la actualización y ajuste del modelo. De igual forma se adelantaron estrategias de abordaje diferencial para poblaciones con enfoque Étnico, que incluye la transferencia de recursos a 32 municipios con población indígena para incluir gestores comunitarios indígenas en los EBAS.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social tiene el reto de adoptar e implementar en el departamento de Antioquia los nuevos lineamientos operativos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la dimensión salud y ámbito laboral, el cual pretende orientar en las estrategias, acciones y/o actividades a desarrollar que le permita desplegar los recursos asignados al fortalecimiento de esta dimensión en beneficio de los trabajadores informales de cada territorio, así como la articulación de acciones sectoriales y transectoriales que busquen el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía. En este sentido y como parte de este compromiso se adelantó la elaboración del diagnóstico de las condiciones de trabajo y salud del trabajador del sector informal, para un cumplimiento del 70% acumulado, que es la meta establecida para la vigencia 2022. Igualmente se cumple con un 70% de Direcciones Locales con desarrollo de capacidades para viabilizar la normatividad y los lineamientos en salud y ámbito laboral alcanzando la meta programada para la vigencia, con evidencia de caracterización del entorno laboral informal, con la implementación de nuevos instrumentos acorde a la normativa vigente y la adecuación de los formatos de la plataforma @stat, para avanzar en dicha caracterización, el seguimiento a la misma, que permita la promoción de la asociatividad en Grupos Organizados de Trabajadores Informales – GOTIS.

**PROBLEMA 7:** Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Autocuidarnos, un camino para la vida - enfermedades no transmisibles

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

El proyecto “Fortalecimiento Autocuidarnos un camino para la vida”, enfermedades no transmisibles realizó en el año 2022 asesorías y asistencias técnicas en los lineamientos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud a municipios priorizados según tasa de mortalidad de los diferentes eventos y vigilancia epidemiológica al 100% en cáncer y enfermedades huérfanas. Dentro de la priorización por subregiones se tuvo en cuenta el Suroeste antioqueño por ser la subregión con la más alta tasa de mortalidad en Infarto Agudo de Miocardio, para la realización de 500 talleres en estilos de vida saludables a los diferentes grupos poblacionales de manera incluyente para 10 municipios de esta subregión, también se realizaron brigadas de salud en algunos municipios del departamento con énfasis en tamizaje de cáncer de mama con la articulación de la dimensión nutricional, salud sexual y reproductiva, vacunación y de alianzas público privadas, todas estas acciones para apuntarle a la concientización de hábitos en estilos de vida saludables a la comunidad que disminuyen la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles en Antioquia.

También se está avanzando en la creación de una APP para cáncer de mama, con lo cual se pretende realizar la captación y seguimiento con las EPS, para tratamiento oportuno a los pacientes. En el año 2022 se trabajó en la articulación intersectorial mediante la realización de acuerdos municipales que contribuyó al fortalecimiento de capacidades en temas de promoción y prevención en enfermedades no transmisibles.

A julio del 2022, reportado en octubre según fuente DANE se obtiene un resultado preliminar de 50,4 por 100.000 habitantes para la tasa de mortalidad por Infarto Agudo de Miocardio con 3.471 casos reportados, la tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años presenta un resultado preliminar de 2,3 por 100.000 menores de 18 años con 39 casos reportados y cáncer de mama de 8,5 por 100.000 habitantes con 301 casos reportados, mortalidad por EPOC de 20,5 por 100.000 habitantes con 1.114 casos reportados, estos resultados han sido fluctuantes en el tiempo, y para aportar a su cambio, se han realizado actividades de promoción y mantenimiento de salud, con la presencialidad en los municipios, mediante la aplicación de la herramienta "Conoce tu riesgo",



peso saludable que consiste en determinar el riesgo Bajo- Moderado o Alto en desarrollar Diabetes Mellitus en los próximos 10 años. Asesorías y Asistencias Técnicas en la Ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud para Riesgo Cardiovascular y enfermedades metabólicas y para enfermedades respiratorias crónicas a todas las instituciones de salud, se han realizado específicamente actividades educativas a la comunidad en el tema de tabaquismo.

Para el indicador de Mortalidad por cáncer de mama se desarrollaron Asesorías y Asistencias Técnicas a instituciones de salud y sensibilización y educación a la comunidad en estilos de vida saludable y acciones colectivas en 33 municipios y/o Distrito con la estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades-CERS implementadas, acciones en inspección y vigilancia a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB como seguimiento a la Resolución 3280 de 2018. Articulación con la Clínica SOMER y demás instituciones públicas para la realización de tamizajes en detección temprana de cáncer de mama en la región de oriente de Antioquia, streaming sobre cáncer realizado el 19 de octubre del 2022 con el tema “Innovación en cáncer buenas prácticas de diagnóstico y tratamiento con radioterapia” y el 29 de octubre se realizó el 1er Simposio Departamental de Cáncer de Mama, desde la sospecha hasta el tratamiento.

En el indicador de Mortalidad por cáncer en menores de 18 años se desarrollaron estrategias como la asesoría en protocolo de vigilancia epidemiológica, seguimiento mensual a la base de datos SIVIGILA, visitas de inspección y vigilancia a las EAPB para verificar seguimiento a estos pacientes, asesoría en signos de alarma y fortalecimiento de la capacidad de detección de cáncer infantil para el talento humano de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, avanza en la implementación del Modelo CERSS - Ciudades, Entornos, Ruralidades, Saludables y Sostenibles en el departamento. La estrategia busca incluir la promoción de la salud como la más alta prioridad de las agendas políticas en los territorios (salud en todas las políticas), abordando de forma amplia los problemas territoriales de la salud del campo y la ciudad en sus diferentes entornos, buscando impactar positivamente los determinantes sociales de la salud, mejorar el bienestar, la calidad de vida de personas, familias y comunidades en un compromiso con el desarrollo territorial integral que atienden a particularidades demográficas, socioeconómicas, culturales y ambientales. Así el Modelo CERSS facilita el encuentro de actores y sectores alrededor de necesidades territoriales y la gestión de recursos, promueve alianzas estratégicas para el logro de objetivos comunes, impulsa la gestión participativa y colaborativa de políticas públicas, fortalece la participación social y transectorial convirtiéndose en un articulador efectivo que permite el diálogo de la agenda nacional con la local constituyéndose en acción de política al aportar en la disminución de las desigualdades consideradas injustas y evitables entre grupos sociales y territoriales, es decir, se convierte en herramienta de gestión.

El Modelo CERSS busca abordar de forma amplia los problemas territoriales de las zonas rurales y la ciudad en sus diferentes entornos, incluir la promoción de la salud como la más alta prioridad





de la agenda política. (Salud en todas las Políticas), garantizar la ejecución articulada y focalizada de políticas públicas en participación social, disminuir las desigualdades consideradas injustas y evitables entre grupos sociales y territorios; es decir, combatir las inequidades.

En el departamento de Antioquia se cuenta con 29 municipios CERSS con el acta de compromiso firmada por el Alcalde de cada municipio donde manifiestan el compromiso político para hacer de la promoción de la salud un objetivo fundamental de la gestión pública territorial, fortalecer las alianzas estratégicas, sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la planeación con enfoque territorial en sinergia con las demás políticas públicas de Salud, incentivar la colaboración inter y transectorial, la participación de la comunidad para orientar las políticas locales y el gasto público en los proyectos de salud con base en los determinantes sociales, al igual se viene socializando en los 96 municipios restantes queriendo como resultado un departamento con entornos saludables.

Los resultados esperados son los municipios de Antioquia avanzando hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y de salud de la población para llegar a ser un municipio saludable, un trabajo inter y transectorial con los gobernantes y ciudadanos hacia un ordenamiento territorial de la salud, buscamos fortalecer la participación social, facilitar el encuentro alrededor de temas transversales según las necesidades de cada municipio y gestión de los recursos. Deseamos definir, transformar, estructurar y modificar aquello que permite favorecer y determinar que los entornos se vuelvan saludables.

**PROBLEMA 8:** Poca implementación de modelos de acción integral territorial en salud en el departamento de Antioquia respecto al enfoque diferencial étnico y con enfoque de género.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Unidos en equidad, etnias y género.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios- enfoque diferencial



La mortalidad en menores de cinco años en diferentes grupos étnicos ha tenido un resultado preliminar de 17,2 por 1.000 nacidos vivos (Fuente DANE enero a julio del 2022 reportado en octubre del 2022) con 39 casos. Con base en esta información se han definido y ejecutado acciones consistentes en las asistencias técnicas dirigidas a los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud -SGSSS- de los entes territoriales, de las nueve (9) subregiones del departamento, en temáticas como: seguimiento al plan de acción para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal con enfoque étnico, el fortalecimiento de capacidades en los enfoques de género, étnico y diferencial de los actores municipales involucrados en la movilización social para la planeación territorial en salud; y acciones de articulación con las dimensiones de nutrición, infancia, salud sexual, maternidad segura, salud mental, a través de las unidades de análisis y seguimiento a casos presentados. Se tiene un resultado a diciembre del 2022 en la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal con enfoque étnico en las Empresas Sociales del Estado- ESE del 70% cumpliéndose la meta programada.

Las acciones ejecutadas son un aporte a los municipios que cuentan con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET-, toda vez que se contribuye a la consolidación de las iniciativas para que las comunidades, entre ellas los grupos étnicos (indígenas y afrodescendientes), puedan verse beneficiadas y logren transformar sus territorios y avanzar en su desarrollo rural.

En el marco de la planificación territorial y para dar respuesta a la Resolución 050 del 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual adopta el capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública, se realizaron los encuentros de saberes interculturales en las siete (7) subregiones del departamento de Antioquia que tienen población indígena y afro cuyas temáticas abordadas permitieron abordar los temas centrales frente a las causas de enfermar y morir, principales problemas de salud y las posibles soluciones, así como las necesidades específicas en salud orientadas desde su cosmogonía y multiculturalidad como parte de la actualización del capítulo étnico del ASIS- el cual hace parte integral de este documento.

Las comunidades indígenas de Antioquia tienen diversas creencias acordes con la cosmogonía de cada grupo étnico las cuales están directamente relacionadas con la vida y la muerte, el pueblo Emberá Eyábida, se encuentra ubicado en la subregión de Occidente y Urabá, en zonas rurales dispersas. Prácticas como la pintura y el arte son elementos fundamentales de la vida Emberá. Las representaciones artísticas están presentes en la música, la cestería, la talla en madera y en los adornos corporales de chaquiras. Por medio de éstos, se narran historias y se embellece el cuerpo con delicados dibujos corporales y con aderezos fabricados minuciosamente con chaquiras de colores que contrastan con la profundidad del negro. Cada color expresa emociones, historias y relaciones de la comunidad con su territorio y con la población. Se mezclan para recrear un recuerdo, hablar sobre las plantas, la naturaleza, el camino, el arcoíris o sobre el tigre, la culebra, el águila o la araña animales de poder muy cercanos al jaibaná, quien es algo más que un hombre-medicina, o una persona que entra en trance para curar. El jaibanismo Emberá es una relación con



el mundo, práctica y de conocimiento, situada en la base misma de la existencia de la sociedad del mundo Emberá, es el encargado de controlar las fuerzas espirituales malélicas y benéficas.

La población Emberá Eyábida que habita en los territorios considerados zonas de resguardos indígenas en el departamento de Antioquia, presentan enfermedades entre sí, las más frecuentes son: enfermedades respiratorias (gripas), gastrointestinales (diarrea, vomito), en la piel (escabiosis), desnutrición, malaria, varicela, tuberculosis, accidentes ofídicos (mordedura de serpiente) suicidio (ahorcamiento), accidentes por creciente de ríos y quebradas, lesiones personales por violencias, estas enfermedades están directamente relacionadas con el territorio, zonas endémicas, contaminación de las aguas por efectos de minería y cultivos ilícitos, vías de acceso en mal estado, insuficiencia alimentaria y nutricional y otras de orden social como confinamiento a causa de grupos armados, violencias de género, abandono y negligencia, alto consumo de bebidas alcohólicas.

Las soluciones que propone la comunidad para mejorar las condiciones de salud de su población están dirigidas a contar con centros de salud en las comunidades indígenas, dotados con elementos físicos y talento humano (médico tradicional, partera, enfermero y/o promotor de salud) permanente de pertenencia indígena que faciliten la comunicación en su lengua propia y comprenda la cosmovisión del pueblo Emberá Eyábida; que se les brinde capacitación a los médicos tradicionales (jaibanás, botánicos) y parteras, en conjunto con médicos occidentales o alopáticos y demás personal de salud.

Las autoridades indígenas, líderes, guardia indígena y comunidad en general deberán ejercer su autoridad y autonomía para garantizar el cuidado y protección del territorio y sus habitantes, especialmente de los niños.

La población Emberá Chamí está ubicada especialmente en el Suroeste de Antioquia y algunos grupos migratorios se han establecido en las subregiones del Nordeste y Magdalena Medio. Para esta población la salud es de vital importancia para alcanzar la armonía plena e integral de la población indígena con los elementos esenciales y naturales del territorio, que se logra mejorando las condiciones dignas de vida y elevando la sabiduría del respeto por la madre tierra. En esto los jaibanás y sabedores tradicionales cumplen un importante papel de mantener la armonía con la tierra y el equilibrio espiritual. La tierra es la madre que alimenta, abriga, da donde vivir, por eso las enfermedades son manifestaciones del desequilibrio con la madre tierra. Muchas veces este equilibrio se rompe y como consecuencia se expresa una debilidad espiritual y corporal manifestándose en problemas de salud. Para superar el estado de inestabilidad de la salud y mejorar el sistema vital del enfermo, los médicos tradicionales -jaibaná- realizan una limpieza con baños y rituales en los que involucran a la familia porque la curación es colectiva. Ante la presencia de diferentes enfermedades el pueblo Emberá Chamí acude a los médicos tradicionales confiando en que sus conocimientos los curarán y ellos, de acuerdo con las diferentes sintomatologías, realizan el tratamiento adecuado para aliviar a los pacientes, la medicina tradicional con todas sus



formas han sido pilar fundamental para la conservación de elementos fundamentales de la cultura ancestral.

Las enfermedades más comunes según refiere la comunidad están relacionadas con afecciones respiratorias incluyendo el Coronavirus – COVID-19, enfermedades gastrointestinales (diarrea, vomito), otras como diabetes, desnutrición, embarazos de alto riesgo (adolescentes), otras enfermedades de orden social se refieren a las violencias, estas enfermedades en muchas ocasiones conllevan a la muerte, al igual que el suicidio por ahorcamiento, consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas -SPA-.

El pueblo de los Guna Dule es una etnia que ha logrado mantener casi la totalidad de sus manifestaciones culturales tradicionales, su cosmovisión, su organización social y en especial, su lengua. Sin embargo, en su proceso histórico han adoptado y transformado distintos elementos culturales a su propia estructura social. Se encuentran ubicados en entre los municipios de Turbo y Necoclí en la subregión de Urabá, se consideran binacionales por compartir territorio con Panamá. La medicina tradicional para el pueblo Guna Dule representa un conjunto de sabidurías y prácticas generalizadas al interior de su comunidad, para resolver sus problemas de salud y fomentar el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad. Existen diferentes profesionales de salud: especialistas terapeutas, parteras, botánicos promotores, sobadores, entre otros. Cada médico tradicional trabaja con sus propias plantas, según su especialización, conocimiento y ecología local. Los miembros de la comunidad refieren enfermedades frecuentes que padecen sus comuneros, entre las que se resaltan el cáncer, infección respiratoria aguda -IRA- y enfermedad diarreica aguda -EDA, desnutrición, varicela y tuberculosis, embarazo de alto riesgo, las cuales son tratadas con medicina tradicional y medicina occidental, también es importante destacar la influencia que han tenido en el territorio los grupos armados al margen de la Ley, generando afectaciones en la salud física y psicológica, la contaminación del territorio por cultivos ilícitos revela el problemática que les ha tocado enfrentar a lo largo del tiempo.

Para las comunidades negras y afrocolombianas el territorio está constituido por el agua, las rocas, el viento, la lluvia, el suelo, las mareas, los ríos, los montes, los esteros, las fincas y las veredas, así como por los conocimientos y las costumbres relacionadas con el cuidado y el uso de los espacios del territorio, en los que se desarrollan las diferentes actividades tradicionales claramente identificadas con los roles de género de hombres y mujeres, siendo los espacios de las labores que exigen mayor fortaleza física reservadas para los hombres, y el resto de espacios son de actividades desarrolladas por mujeres y niños, o por la comunidad.

Para la población afrocolombiana el territorio expresa formas organizativas alrededor de las actividades de pesca, la minería, la caza, la búsqueda de la madera, la siembra y la cosecha. El territorio está constituido por conocimientos de las propiedades curativas de las plantas medicinales en los cuerpos y las almas; no obstante, en los últimos años la incursión de los grupos





armados al margen de la ley a los territorios habitados por este grupo étnico ha provocado desplazamientos de personas y familias, produciendo cambios en sus hábitos de vida, por tanto, la salud y la enfermedad se han visto muy afectadas especialmente en los niños y niñas y adultos mayores, por condiciones de malnutrición y hacinamiento, los cambios en las prácticas alimentarias inciden directamente en enfermedades tales como cardiovasculares, tuberculosis, infección respiratoria aguda -IRA- y enfermedad diarreica aguda -EDA.

Las prácticas de cuidado del cuerpo de la medicina tradicional de la comunidad afrocolombiana, utiliza diversos métodos de curación relacionados con el uso de hierbas para la preparación de remedios, rezos, rituales, esta diversidad de métodos reconoce a las personas de una manera holística para sanar y cuidar la salud. Cuando se menciona, la relación entre la medicina tradicional y la religiosidad, se hace referencia al ambiente y el espacio que se utiliza para las prácticas, imágenes religiosas, altares, flores, oraciones, así mismo la imposición de manos le da gran valor al contacto entre el cuerpo y el mundo espiritual.

Los Rrom o Gitanos reconocen en la actualidad algunos problemas de salud generados por la no adopción de estilos de vida saludable, señalan a la cultura occidental como un elemento poco favorecedor para la conservación de sus propias tradiciones, aunque al interior de sus viviendas conservan su lengua, el Romaní, las costumbres gastronómicas y de espiritualidad; han diversificado sus áreas de empleo para asegurar las fuentes de ingreso que les permitan suplir sus necesidades básicas. En Colombia existen 10 Kumpanias, una de ellas en Antioquia, Kumpania Envigado, compuesta actualmente por 32 personas que residen en los municipios de Envigado, Medellín, Copacabana y Angostura, según Censo propio de fecha 2 de septiembre de 2022.

De acuerdo con la identidad del pueblo Rrom o Gitano, se destaca que todos comparten la idea de un origen común, tradición nómada, organización social específica, el respeto a un complejo sistema de valores y creencias, un especial sentido de la estética que conlleva a un fuerte apego a la libertad individual y colectiva.

El concepto de salud para los Rrom o Gitanos tiene relación con la combinación del bienestar con el bienser, es decir, tanto física como espiritual y de la vida en colectividad. (rigaté o shudini, estado de enfermedad permanente). La enfermedad es un asunto colectivo. Los Rrom viven intensamente el presente. Están seguros de que siempre tendrán un estado saludable, y que la enfermedad no los afectará.

El enfoque diferencial identifica las diversas concepciones, sentidos y lógicas de vida y pensamiento colectivo y personal que comparten las personas con el fin de potenciar las acciones diferenciales, que materialicen el goce efectivo de sus derechos.

En el marco de las acciones dirigidas a la población LGTBIQ+, la comprensión de conceptos tales como enfoque diferencial, orientación sexual, expresión de género, identidad sexual, sexo, entre

otros, da pie a entender que las diversidades biológicas, los roles de género, y el acceso y control de los recursos son lineamientos bajo los que se encuentra el sistema de salud, conocerlos y comprenderlos busca hacer más asequible y ameno el Sistema General de Salud para las poblaciones de Antioquia.

Entender estos conceptos es de suma importancia, no solo por parte de los servidores del sistema de salud, sino, también para reconocer que las mujeres, los hombres y las personas LGBTIQ+, reaccionan de distinta forma a los servicios de salud, debido a sus diferentes experiencias a lo largo de la vida, la incidencia o prevalencia de enfermedades y su tratamiento, lo cual permite un mejor acercamiento y atención para el usuario por parte de los prestadores de salud.

**PROBLEMA 9:** Malnutrición por déficit, por exceso o carencia específica en diferentes grupos poblacionales, en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Unidos por una nutrición para la vida Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

Para 2022 uno de los retos de Antioquia estuvo enmarcado en la disminución de la mortalidad por causas evitables y prevenibles, como lo es la asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años la cual tiene un resultado preliminar una tasa de 1,7 casos por 100.000 menores de 5 años correspondiente de enero a julio del 2022 (Fuente: fecha de reporte octubre 2022 DANE-Estadísticas Vitales), para 8 casos presentados. La medición de la desnutrición es un indicador socioeconómico básico el cual se ve afectado por factores educativos de la familia, nivel de ingreso y capacidad de aprovechamiento de alimentos por parte de su organismo, entre otros. Se asocia con múltiples factores ambientales, psicosociales y genéticos, sumado a otras causas identificadas como la garantía de estados de seguridad alimentaria y nutricional, donde se ha visto afectado el cumplimiento de componentes de acceso y disponibilidad de alimentos, crecimiento en la

urbanización y disminución de la producción agrícola, prácticas alimentarias inadecuadas tales como el consumo de alimentos de baja calidad nutricional y alta densidad calórica, como efecto de algunos factores psicosociales (estereotipos sociales, la publicidad indiscriminada de los medios de comunicación) y factores de tipo cultural, de ahí la importancia que este problema sea abordado interdisciplinaria e intersectorialmente en busca de soluciones.

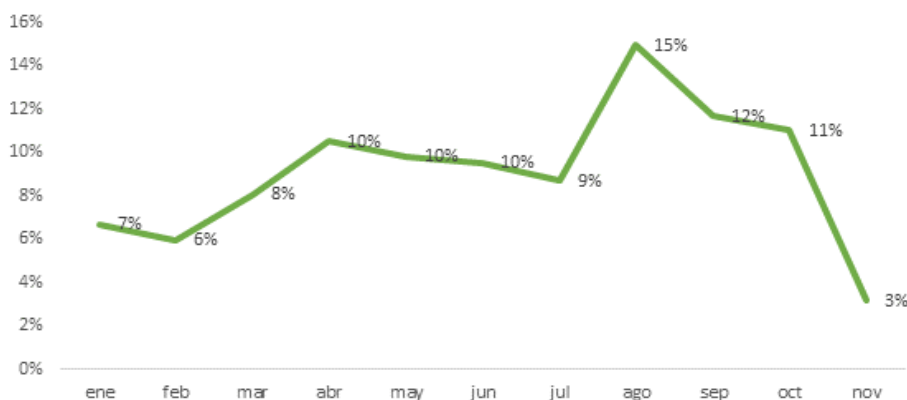
Al respecto, se ha trabajado en la búsqueda y generación de acciones que propendan por la mejoría de los indicadores asociados a la morbilidad y mortalidad de la desnutrición aguda en menores de cinco años, para lo cual se han realizado en el departamento procesos de asesorías y asistencias técnicas en las Direcciones Locales de Salud y Empresas Sociales del Estado- ESE públicas, con el objetivo de lograr la implementación de los lineamientos de vigilancia de eventos de interés en salud pública del Instituto nacional de salud (INS): bajo peso al nacer a término (evento 110), desnutrición aguda en menor de 5 años (evento 113) y vigilancia integrada de la mortalidad en menores de 5 años (evento 591), estas acciones favorecen el fortalecimiento de capacidades en valoración del riesgo, identificación y captación del evento, además de conocer el comportamiento de estos eventos, para de esta manera trazar planes de acción y estructurar acciones desde cada uno de las entidades territoriales. De igual manera esto va en sinergia con los procesos de socialización de la ruta de atención a la desnutrición, (Resolución 2350 de 2020) la cual da lineamiento de la atención integral a la desnutrición en menores de 0 a 59 meses.

En el marco de la implementación de la Ruta de atención a la desnutrición se adelantó para la vigencia, gestión ante la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de una donación de alimentos terapéuticos médicos (FTLC manejo ambulatorio y F75 manejo hospitalario), para el tratamiento de la desnutrición aguda moderada o severa y su respectiva entrega a los 50 municipios con mayor incidencia en la notificación del evento. Al analizar la información obtenida del seguimiento individual y nominal de los casos de desnutrición aguda notificados al SIVIGILA por el evento 113: desnutrición aguda en menor de 5 años, se identifica la necesidad de fortalecer la EAPB y la red prestadora de servicios, en la garantía del suministro, disponibilidad y entrega de los productos de soporte nutricional, lo cual se planteó como acción moduladora y correctiva desde las visitas de Inspección y vigilancia y los planes de mejora de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), favoreciendo con esto en el mejoramiento de la prestación del servicio.

En la siguiente gráfica se puede observar el comportamiento en la notificación del evento, encontrándose una curva irregular con picos y descensos. Para el primer trimestre del año el porcentaje de casos oscilo entre 6% y 8% del total de casos notificados, entre los meses de abril y junio se presentó un leve aumento en el número de reportes el cual se mantuvo en 10% en este trimestre, siendo agosto el mes con mayor número de casos reportados (15%) y observándose nuevamente un descenso en el último trimestre del año.



Figura 185. Comportamiento Reporte Desnutrición Aguda. Dpto. Antioquia. SE 45 2022



Fuente. SIVIGILA 2022

En relación con la tasa de incidencia de Desnutrición Aguda en menor de 5 años para este año, la medición se obtuvo a partir de resultado preliminar con un resultado de 305,10 casos por cada 100.000 menores de 5 años (Fuente DANE, enero a julio, reportados en octubre del 2022), evidenciándose un incremento de 48 puntos porcentuales frente al año anterior. Al analizar este comportamiento se encuentran factores relacionados como son: barreras administrativas y geográficas, factores culturales, socioeconómicos (trabajos informales, pobreza, nivel educativo, saneamiento, acceso a los servicios básicos, etc.) son algunas de las condiciones que están favoreciendo esta tendencia del evento. Además, cabe resaltar que durante el año 2021 predominó la teleconsulta y/o virtualidad de la atención médica debido a la pandemia por COVID-19, situación que limitaba la valoración física del paciente y por ende la toma de medidas antropométricas como patrones de medición fundamentales para el diagnóstico del evento lo que influyó probablemente en la disminución del reporte en los sistemas de información. Por tanto, el patrón de este comportamiento se hace aún más notorio para el año 2022, concomitantemente el aumento de la pobreza, el desempleo, la informalidad, los trastornos mentales como algunas de las consecuencias y retos que deja la pandemia a enfrentar en el departamento y en el país.

En este mismo sentido, se han realizado acciones de manera intersectorial entre las que se destaca el trabajo articulado con los sectores que desarrollan acciones para la seguridad alimentaria y nutricional, como lo son la gerencia de seguridad alimentaria y nutricional (MANÁ) y la Gerencia de Infancia, Adolescencia y Juventud (equipos adscritos a la Secretaría de Inclusión Social y Familia), Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, que a través de la oferta institucional ha permitido la incorporación de menores o familias a los programas de complementación alimentaria por curso de vida, programas de educación inicial en el marco de la atención integral entre otros.

Dentro de las acciones dirigidas a la disminución de la mortalidad por y asociada a la desnutrición, se realizó el acompañamiento a entidades territoriales en la ejecución de unidades de análisis, cuando se presenta el evento, para identificar los principales problemas observados que tuvieron



incidencia en la causa básica de la muerte y en cuales se debe fortalecer con los actores institucionales la generación de acciones de mejora.

Adicional, se trabaja en el seguimiento a la implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral (IAMII) en 37 IPS del departamento con la finalidad de integración de servicios y programas, continuidad y calidad en la atención de las mujeres gestantes, menores de 5 años y sus familias. respondiendo a la necesidad de disminuir el indicador de bajo peso al nacer a término, eliminando esas barreras de acceso a los servicios de salud y mejorando las condiciones nutricionales de las gestantes, como factores predeterminantes de bajo peso y fortaleciendo las acciones de información, educación y comunicación en torno a las temáticas de la lactancia materna.

Para diciembre del 2022 se cumple con el 75.7% de las direcciones locales de salud y Empresas Sociales del Estado (ESE) públicas con implementación de los lineamientos de vigilancia y atención de la malnutrición por déficit o por exceso y alimentación saludable, cumpliendo con la meta programada del 75% para la vigencia.

Respondiendo a la necesidad de disminuir el indicador de bajo peso al nacer el cual tiene un resultado preliminar según fuente DANE a Julio del 2022 de 4,3%, se viene asesorando a los municipios en la importancia de la adecuada alimentación en las gestantes y la socialización de las guías alimentarias para esta población, como factores predeterminantes de esta problemática, además del fortalecimiento de las acciones de información, educación y comunicación en torno a las temáticas de la lactancia materna y la adherencia al protocolo de bajo peso al nacer a término; de igual manera se han materializados procesos de articulación y formación donde se desarrollaron temáticas con los profesionales de los equipos básicos en salud de 5 municipios (Cañasgordas, Rionegro, Buriticá, Vigía del Fuerte, Gómez plata), dependencias internas de la gobernación y la presencia de la academia, Universidad CES, Universidad de Antioquia, Universidad Remington en la estrategia IAMII.

**PROBLEMA 10:** En Antioquia continúa presentándose mortalidad evitable en niños menores de 5 años.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



436



Proyecto: Fortalecimiento cuidándote desde el inicio de la vida-Infancia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

Frente al seguimiento de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años, en el año 2022, a la semana 32, se presentan los siguientes datos: Se tienen hasta el momento 13 casos confirmados por unidad de análisis de mortalidad por IRA. Los casos de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en mayores de un año, acumulan el 54% del total de casos a la semana 32. Las niñas presentan mayor riesgo de mortalidad por IRA en lo que va corrido del año 2022 con un porcentaje del 69%. Las muertes por infección respiratoria aguda se presentaron en la cabecera municipal en el 61,54% de los casos. La mayoría de las muertes en menores de 5 años por IRA, pertenecen al régimen subsidiado, con un valor del 53%.

La EAPB Asociación Indígena del Cauca, presenta la mayor tasa de mortalidad por IRA hasta la semana 32 del presente año, seguida de Salud Total, Savia Salud y Coosalud. El 62% de los casos de mortalidad por IRA, se presentaron en los estratos uno y dos. Con relación al último año de escolaridad de la madre, se encuentra que en el 53% de los casos, la madre no había cursado ningún nivel educativo. En el 23%, la madre completó la secundaria. Según el municipio de residencia, se encuentra que Murindó presenta la mayor tasa de mortalidad por IRA, con un valor de 104,71 muertes por cien mil menores de 5 años, seguido de Vigía del fuerte y San Pedro de los Milagros. El Urabá antioqueño, presenta la mayor tasa de mortalidad por IRA a la semana 32 Del 2022, con un valor de 8,91 muertes por cien mil menores de 5 años, seguida de la región de Nordeste y Norte respectivamente.

El departamento de Antioquia, con 13 muertes confirmadas en las unidades de análisis, por Infección Respiratoria Aguda, presenta una tasa para el evento de 2,81 casos por cien mil menores de 5 años, inferior a la planteada para el cuatrienio de 6,2. Con relación a la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda se presentan los siguientes hallazgos:

En el seguimiento que se realiza a la base de datos, y luego de realizar las unidades de análisis, se han presentado a la semana 32 del 2022, cinco casos confirmados de mortalidad por EDA. El 80% de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, se han presentado en menores de un año de edad. Igual porcentaje de las muertes en menores de 5 años por EDA, se han presentado en el sexo masculino. Según el lugar de residencia, el 60% de los casos de mortalidad por EDA se han presentado en la cabecera municipal. El 60% de los casos de mortalidad en menores de 5 años por EDA, pertenecían al régimen subsidiado.



La EAPB Asociación Indígena del Cauca, presenta la mayor tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en los menores de 5 años a la semana 32, del 2022, con un valor de 15,72 muertes por cien mil menores, seguida de SURA EPS. En el 40% de los casos de mortalidad por EDA, la madre no tenía ninguna escolaridad. Lo anterior, limita el reconocimiento oportuno de los signos de alarma y la atención adecuada para la Enfermedad Diarreica Aguda menores de 5 años. El municipio del departamento de Antioquia más afectado por la mortalidad debida a Enfermedad Diarreica Aguda fue Dabeiba con una tasa de 32,30 casos por cien mil menores de 5 años. Seguido de Turbo y de Medellín. La subregión de Occidente presenta la mayor tasa de mortalidad por EDA en el departamento con un valor de 5,31 casos por cien mil menores de 5 años. Seguida de la subregión de Urabá.

Antioquia presenta una tasa de 1,08 casos por cien mil menores de 5 años, para la mortalidad por EDA, inferior a la meta propuesta para el cuatrienio. La mayoría de las muertes se presentan en los menores de un año. Grupo que es prioritario para la toma de acciones con el fin de disminuir la mortalidad integrada en los menores de 5 años, en el departamento. La vacunación en este grupo de edad, el ingreso a crecimiento y desarrollo, la promoción de la lactancia materna, la educación a las madres, son elementos esenciales para lograr el objetivo establecido. La mayoría de estos eventos, se presentaron en el estrato uno y dos, así como en el régimen subsidiado. Lo que demuestra el impacto de los determinantes sociales en las causas de las muertes presentadas.

Se requiere la acción coordinada con la EPS AIC y su vigilancia periódica, para fortalecer su acción en la población afiliada menor de 5 años, ya que presenta las mayores tasas de mortalidad en el departamento de Antioquia. Durante la realización de las unidades de análisis se documentan fallas en la implementación de la resolución 3280 como: la ausencia de la revisión del recién nacido a los siete días de vida, el ingreso tardío de los niños a la ruta de atención integral de promoción y mantenimiento de la salud, su seguimiento adecuado, la supervisión a la lactancia y el seguimiento al esquema de vacunación completa.

Los cuidadores no tenían claridad en los signos de alarma para la consulta oportuna al centro de salud, para los eventos que nos ocupan. Se presentan retrasos injustificados que amenazan la vida de los niños, por desconocimiento de los cuidadores del momento oportuno de la consulta.

Se destaca el nivel bajo de educación en las madres de niños que presentaron los eventos. Lo que dificultó el reconocimiento oportuno de los signos de alarma y la consulta oportuna al sistema de salud. El retraso tipo 4 es que más predomina en las unidades de análisis. La realización del triage adecuado y oportuno, es una falencia que se repite en los análisis de las muertes de los menores de 5 años. El diligenciamiento de historia clínica, con los parámetros completos, tales como: signos vitales, peso y talla de los menores, en muchas ocasiones no se registra de manera adecuada. Las notas de evolución no se realizan de forma oportuna ni completa según la gravedad de los pacientes. En las instituciones de salud, no se cumplen a cabalidad los protocolos de atención para IRA, EDA y desnutrición. Se presentan dificultades en la capacidad del personal médico que atiende



a los niños, en el aseguramiento de la vía aérea, la reposición adecuada de los líquidos intravenosos y la estabilización completa de los pacientes antes de su remisión.

La capacitación permanente del personal de salud es fundamental para disminuir la mortalidad en los menores de 5 años en el departamento de Antioquia. Los sistemas de referencia y contra referencia no funcionan de manera adecuada en el departamento de Antioquia. En las subregiones de Urabá y Bajo Cauca, no existe un lugar con capacidad resolutoria para los pacientes menores de 5 años con complicaciones graves. Es de importancia preponderante, que el departamento de Antioquia se comprometa con todas sus dependencias, en la resolución de esta grave situación de salud. La oportunidad para disminuir la mortalidad en los menores de 5 años, se centra en la implementación de las rutas integrales de atención en todo el departamento de Antioquia, con énfasis en las subregiones más afectadas.

La acción conjunta con las EAPB que presentan las mayores tasas de mortalidad, (en especial con AIC), las secretarías locales de salud y la gobernación de Antioquia es fundamental para impactar de forma positiva la mortalidad integrada en la primera infancia. Desde el proyecto de Infancia y con el objetivo de mejorar los resultados de estos indicadores se han realizado asesorías y/o asistencias técnicas en las 9 subregiones de departamento de los 125 municipios, se han intervenidos 107 municipios que corresponde a 85.6 %, con temáticas sobre la primera infancia, como Salas ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda), AIEPI (Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), Estrategia UAIC (Unidades de Atención Integral Comunitaria), también temas de salud mental como crianza humanizada y buen trato en el marco de la estrategia AIEPI y en comunicación asertiva, dirigida al personal de salud y los servidores que trabajan con la primera infancia.

Se realizó ciclo de tres teleconferencias en detección temprana de alteraciones en el crecimiento y el desarrollo a la luz de la Escala abreviada del desarrollo 3 (EAD-3), dirigido al personal asistencial de las IPS, secretarías de salud y personal que trabaja con la primera infancia, equipos de salud y nutrición con el fin de fortalecer las competencias del personal asistencial en la implementación de la Rutas integrales de atención en salud.

Se realizaron 3 talleres presenciales en las 18 prácticas de IAIEPI comunitario, dirigidos a líderes y personal que trabaja con primera infancia, en especial se realizó una en el municipio de Frontino con enfoque diferencial dirigida a líderes de comunidades indígenas y auxiliares de enfermería que laboran en la alta ruralidad y en las UAIC (Unidades de atención integral comunitaria)

Adicionalmente para el fortalecimiento de las competencias del talento humano se realizaron: 3 teleconferencias de Guías de práctica clínica en IRA y EDA con el acompañamiento de USAID, Foro presencial de AIEPI comunitario “una estrategia imprescindible en tiempos de Sindrome” con asistencia de 167 participantes, y 19 municipios.





Para apoyar el Plan de acción “Cosecha Cafetera” se realizaron 8 talleres de AIEPI Comunitario, dirigidos especialmente a todos los municipios de la subregión de suroeste y enfocado en personal que trabaja con comunidades, educadores y personal de las direcciones locales de salud y ESE.

Igualmente, durante 2022 se realizaron seguimientos periódicos en los siguientes temas: en la IVC (Inspección, Vigilancia y Control) de la adherencia a las acciones individuales y colectivas de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud; el seguimiento mensual al 100% Salas ERA y al 100% de las UAIC (Unidades de Atención Integral Comunitaria) activas en el departamento.

Se viene fortaleciendo el tema de la articulación interinstitucional a través de las Mesas Departamentales de primera infancia, infancia y adolescencia, Mesa de familia departamental, Mesa departamental para erradicar la violencia contra las mujeres: comisión de niñas y adolescentes, Mesa de Consejo Territorial de Salud Ambiental-COTSA-Agua, sala situacional de mortalidad en niñez, articulación con la Gerencia de Infancia y Adolescencia de la Gobernación de Antioquia y participación en los encuentros positivos de la Dirección de salud colectiva, todo lo cual ha contribuido a la disminución de las tasas de mortalidad de los indicadores de resultado.

**PROBLEMA 11:** En el departamento de Antioquia la gestión relacionada con el proceso de inspección y vigilancia de las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo individual y colectivo a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), entes territoriales ha sido asumida de manera parcial y desarticulada.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento vigilancia en Salud Pública-Información para la acción Antioquia.

Proyecto: Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica basada en gestión del riesgo Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública



La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia como parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, realiza el seguimiento a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Direcciones Locales de Salud públicas, en el cumplimiento de competencias y responsabilidades, dadas por norma a cada uno de ellos.

En el seguimiento y vigilancia al cumplimiento en acciones en salud pública, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, anualmente, evalúa a 17 EAPB con presencia en Departamento, en los componentes de: salud infantil, nutrición, salud mental, víctimas, salud sexual y reproductiva, plan ampliado de inmunizaciones, vigilancia en salud pública, enfermedades crónicas no transmisibles, salud bucal, seguimiento a acciones de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.

Los avances, en la implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento para la salud, fue evaluada, en 38 instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS públicas, para ello, se priorizaron dos momentos de cursos de vida, teniendo en cuenta, los indicadores críticos que presentara el municipio y la concertación, llevada a cabo, con los líderes de los proyectos.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, continúa en su propósito de fortalecer la asistencia técnica hacia los actores para el mejoramiento de sus capacidades como etapa previa al seguimiento al proceso de inspección y vigilancia, en el año 2022. Brindando una cobertura a los 125 municipios.

En las secretarías municipales de salud las acciones de asesoría y asistencia técnica están enfocadas al fortalecimiento de las capacidades para la implementación y evaluación de los procesos de Gestión del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, Vigilancia en Salud Pública y Gestión del conocimiento.

Así mismo se realizó inspección y vigilancia a las secretarías de salud de 34 municipios, con el propósito de verificar la gestión en las intervenciones colectivas, como autoridad sanitaria.

En cuanto al proyecto de Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica basada en gestión del riesgo Antioquia, se ha robustecido el equipo con la contratación de talento humano hasta contar con 15 epidemiólogos, 6 profesionales y 2 profesionales especializados de planta.

Se creó el Equipo de Gestión del Riesgo para Eventos de Interés en Salud Pública – EGREISP, el cual tuvo como primera tarea el levantamiento documental del proceso. Este proceso de gestión del riesgo implica la disponibilidad 7\*24, la cual se realiza con 2 gestores por semana encargados de la gestión de alertas en salud pública a nivel departamental, además se realizan reuniones periódicas con todo el equipo para identificación de comportamientos inusuales y análisis del comportamiento de los Eventos de Interés en Salud Pública - EISP.



441

Gracias a la donación de la Organización Internacional para las Migraciones - OIM se pudo formalizar la Sala de Análisis del Riesgo - SAR para el departamento, la cual funciona en las instalaciones del Hospital Mental de Antioquia. La SAR es la sala de crisis ante amenazas o riesgos en salud pública tales como potenciales Emergencias de Salud pública de Importancia Internacional - ESPII, un brote o un comportamiento inusitado de los otros Eventos de Interés en Salud Pública - EISP, o la mitigación del riesgo de EISP ante una emergencia natural o antrópica.

Se actualizó la resolución de creación del Equipo de Respuesta Inmediata - ERI, facilitando el ejercicio de sus funciones y mejorando la respuesta a emergencias.

Se han realizado 90 asistencias técnicas y 107 asesorías con corte a 12/12/2022, en las 9 subregiones, en las cuales se actualiza al talento humano de los territorios en la vigilancia epidemiológica de los EISP.

Se realizó la capacitación y fortalecimiento en conocimientos de vigilancia epidemiológica con la ejecución del Curso de epidemiología de campo de primera línea – Frontline, que fue realizado con el apoyo del Instituto Nacional de Salud y del cual se graduaron 16 profesionales.

Se han realizado COVE departamentales y subregionales en territorio de manera mensual, según identificación del riesgo, que han permitido analizar los eventos priorizados y conocer las acciones realizadas en los municipios para su control.

Durante el año 2022 se han gestionado 200 alertas identificadas por diferentes fuentes, como el Centro Nacional de Enlace del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, SIVIGILA, monitoreo de medios y Laboratorio Departamental de Salud Pública, entre otras. A la fecha el 95% de ellas se encuentran cerradas y se han activado 9 Salas de Análisis de Riesgo durante este año.

Se retomaron las publicaciones periódicas departamentales como el Boletín de Información para la acción - BIA y la creación del Boletín Epidemiológico de Antioquia – BEA. Además, como estrategia de divulgación se generaron tableros en la herramienta Power-Bi de covid-19, viruela símica, conducta suicida, vigilancia intensificada de la pólvora, indicadores priorizados de mortalidad en la niñez, entre otros.

Para el año 2022 a trimestre III , como resultado a destacar, están los indicadores de cumplimiento departamental evaluados por el Instituto Nacional de Salud, como envío de tablero de problemas, porcentaje de casos de difteria con investigación adecuada, porcentaje de Unidades de Análisis para mortalidad por Desnutrición-DNT oportunas, seguimiento brotes intoxicaciones en población confinada, Directorio actualizado de personal SIVIGILA, Coordinador Vigilancia en Salud Pública y Secretario de Salud y la copia de seguridad por periodo epidemiológico, en los cuales se obtuvo un cumplimiento del 100 %. Importante mencionar algunos indicadores, en los cuales se ha mejorado



la gestión por el fortalecimiento del talento humano que se ha obtenido en el transcurso del año como el soporte de visitas a potenciales operadores (99.3%), el porcentaje de casos VIH con esquema diagnóstico correcto (99.1 %), el porcentaje de los casos de tosferina ajustados (91%) y el porcentaje de casos de IRAG inusitado que cumplen con definición con muestra (92 %).

A continuación, se mencionan los indicadores que se deben impactar para 2023, pues se obtuvieron resultados insuficientes que merecen especial atención y gestión para el próximo año: % leptospirosis confirmadas por laboratorio (8.2 %), definición exposición leve en vigilancia integrada de la rabia humana (22.6 %) y porcentaje de Investigación parálisis flácida dentro de 48 horas (50 %).

**Problema 12:** Poca capacidad de respuesta en el departamento de Antioquia, frente a la creciente incidencia del COVID 19 como enfermedad emergente y desconocida, con un alto nivel de transmisibilidad y de contagio entre persona y persona.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.11. Programa 11: Unidos para la respuesta integral en salud frente a COVID-19

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Compromiso Unidos en Solidaridad-COVID 19 en el Departamento.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Durante el año 2022 se realizaron acciones de fortalecimiento de la capacidad instalada para todas las secretarías y direcciones locales de salud de los 125 municipios y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS con el fin de evitar al máximo el impacto negativo del COVID-19 en la población antioqueña; se realizó acompañamiento con las EAPB sobre la vigilancia epidemiológica relacionada a COVID-19 y desde la vigilancia en salud pública bajo el enfoque de gestión del riesgo, se han desarrollado estrategias de promoción y prevención en relación con el



443



COVID-19. Esto ha permitido vigilar los principales indicadores de COVID-19 y mantener continuamente la respuesta del departamento para el evento intersectorialmente.

Mensualmente se realiza seguimiento a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio-EAPB para que desde un trabajo articulado se evidencien las acciones y el cumplimiento de sus responsabilidades en salud, incluyendo cortar las cadenas de transmisión de COVID-19 manifestadas en el Decreto 1374 del 2020 y el Plan Departamental de Vacunación, que se traduce en reducir las muertes asociadas a esta enfermedad y su impacto social y económico.

El departamento de Antioquia, dentro del proceso de planeación integral de la salud y dando cumplimiento a la normatividad vigente se propuso elementos estratégicos, operativos y financieros orientados a mitigar los efectos en salud ocasionados por la pandemia, teniendo en cuenta las necesidades en salud de cada subregión, como son el Plan Departamental de Vacunación contra COVID-19 y el sostenimiento de la Sala de Análisis del Riesgo conformada por profesionales que diariamente monitorean el comportamiento de COVID-19 y semanalmente realizan el reporte departamental según indicaciones del Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social dando soporte a los 125 municipios en relación a hospitalización, mortalidad, estrategia de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS), conglomerados, los cuales han contribuido al cumplimiento de las acciones planteadas en el Plan de Contingencia-

El programa “UNIDOS” en solidaridad para la respuesta integral en salud frente a la atención del COVID-19 ha contribuido a la articulación con la red de laboratorios, incluyendo nuevos procesos de secuenciación según la evolución de la pandemia, la reducción de la transmisión en la comunidad, el fortalecimiento red de servicios de salud, la preservación de la continuidad en el funcionamiento de los servicios esenciales del país y la estrategia de información, educación y comunicación para la salud a la comunidad.

Sobre los municipios y/o distrito, capacitados en atención en salud como respuesta a la pandemia COVID-19, se presenta que los 125 municipios, han sido capacitados en la atención en salud como respuesta a la pandemia por COVID-19, para un 100% de cumplimiento en lo programado.

Durante el 2022 se realizó acompañamiento, asesoría y asistencia técnica para el fortalecimiento de capacidades de los equipos de vigilancia en salud pública en todo lo relacionado con la gestión del riesgo de COVID-19, y el plan de vacunación departamental contra COVID-19 en sus 12 componentes con un total de 254 asesorías y asistencias técnicas.

Con relación a los municipios y/o distrito priorizados y beneficiados con la entrega de elementos de protección personal, e insumos hospitalarios para la atención del COVID-19 en el Departamento, durante 2022 se entregaron EPP a las 125 entidades territoriales de Antioquia, con el fin de fortalecer las capacidades institucionales para dar frente al COVID-19. Se entregaron 2380



batas, 3720 gorros, 114 cajas de guantes de látex, 243 cajas de guantes de vinilo, 6 campos quirúrgicos y 24 tapabocas para los 125 municipios del departamento. Para diferentes IPS se entregaron 619 batas desechables, 1574 overoles y 209 caretas de protección facial.

Sobre los Equipos de Respuesta Inmediata-ERI conformados, a diferencia del año 2020, para 2021 y el 2022 la acción más efectiva para prevenir el COVID-19 fue la vacunación; por ello, y dando cumplimiento al Decreto No. 109 del 29 de enero de 2021 y a la Resolución No. 197 del 22 de febrero del 2021, el departamento adoptó los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra COVID-19, los cuales se ejecutaron a través de Contrato con la ESE Hospital Marco Fidel Suárez de Bello – Antioquia, cuyo objeto es apoyar la gestión administrativa y operativa del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en sus componentes de programa permanente, plan nacional de vacunación contra COVID 19 y vigilancia en salud pública de los eventos inmunoprevenibles.

Las acciones para dar cumplimiento a los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI), se enfocaron en apoyar la gestión administrativa y operativa del Plan Departamental de esta vacunación mediante la estrategia Guardianes de Vida, quienes acompañan a todos los municipios en la ejecución de su Plan local, articulándose con los profesionales de la Sala de Análisis de Riesgo (SAR).

Con el objetivo de mantener en un 100% el cumplimiento de los estándares de calidad en los Laboratorios la capacidad diagnóstica del Departamento es de 23.048 pruebas al día, traducida en 362 laboratorios habilitados para Antígeno, 33 laboratorios habilitados para PCR. Durante el año se realizaron diferentes procesos de comunicación con los actores para el fortalecimiento de la toma de muestras en el Departamento. Se resalta la notificación a municipios el 26 de agosto dando soporte sobre la estrategia PRASS, la donación de hisopos, antígenos y la importancia del reporte oportuno de resultados para el diagnóstico de COVID-19 en plataforma SISMUESTRAS. La evaluación externa indirecta del desempeño (EEID) para SARS COV2 presenta un Índice de Kappa 1.0.

Se tiene un cumplimiento del 100% de la meta programada al 2021 de los municipios y/o distritos priorizados con interconexión para acciones específicas en COVID-19 y en cuanto al comportamiento de las llamadas con tele orientación canalizadas en COVID-19 Call center #774 se lograron atender para el primer trimestre de 2021 12,533, para el segundo trimestre de 2021 16,689, para el tercer trimestre 14.991, y para el cuarto trimestre 4.999 esto da un total de 49.212 llamadas de teleorientación canalizadas a través del Call center #774.

Se resalta que para el tercer trimestre del 2021 se suscribió el contrato de teleorientación con la Universidad de Antioquia, siendo un gran apoyo para el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de los casos de COVID-19 especialmente para la población no afiliada en el marco del contrato se lograron gestionar un total de 1.550 llamadas, 481 atenciones médicas y 1.567 seguimientos relacionados a la atención de COVID-19.



445

Desde el inicio de la pandemia, el departamento de Antioquia ha avanzado en mejorar el acceso a los servicios de salud con la apertura de nuevas UCI, UCRE y UCRI, mejorar la red de servicios y la calidad en la atención, así como fortalecer la vigilancia en salud por parte de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y entidades territoriales a través de sus secretarías y direcciones locales de salud. Se ha reforzado la capacitación, la asesoría y asistencia a los actores del sistema y las acciones de vigilancia epidemiológica.

**PROBLEMA 13:** En el departamento de Antioquia existen barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva, para la maternidad segura, prevención de embarazo en adolescentes, violencias sexuales, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Se tiene para el año 2018 una tasa de incidencia en VIH de 43,9 por 100.000 habitantes.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Elijo con responsabilidad - salud sexual y reproductiva.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

En cuanto al comportamiento de la tasa de mortalidad materna por causas directas, a julio del 2022 fuente DANE se obtiene un resultado preliminar de 18.6 por 100.000 nacidos vivos superando la meta calculada de 21. Se debe continuar con las asistencias técnicas en maternidad en IPS y entidades territoriales, la vigilancia epidemiológica y los servicios de salud y el sistema a través de la Rutas de Atención Materno Perinatal para obtener mejores oportunidades para la atención de las gestantes.

Se vienen desarrollando acciones de Maternidad Segura en la ruralidad, implementación de Protocolo de Parto Cálido y Respetado, suministro de kit de atención al parto a las IPS de primer



446

nivel, acompañamiento dinámico a los municipios en la implementación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal desde los entornos de la salud pública, y a las IPS/EAPB en las acciones individuales desde el entorno institucional.

La Letalidad por MME-SAT evalúa el comportamiento de la morbilidad materna extrema vs la letalidad, en las gestantes que han tenido una MME. El valor país de este indicador es de 1,4%, y para Antioquia la meta es de 0,5%, para el tercer trimestre de 2022 se obtiene un resultado preliminar de 0.3% a septiembre del 2022. Se adelantan campañas de comunicación, educación, información para esta población específica, así como actividades de capacitación al personal médico y de enfermería responsables del control prenatal.

Se resaltan las estrategias utilizadas para la correcta y oportuna notificación de casos de MME así como implementadas para contrarrestar la mortalidad materna, como son las auditorías a los aseguradores en busca de coberturas en la atención, garantías en la prestación de servicios, garantizar la red de prestadores en los diferentes niveles, garantizar la atención a gestantes migrantes y Población No Asegurada (PPNA), aplicación de instrumento de medición para manejo de emergencias obstétricas de baja y mediana complejidad y asistencia técnicas de BAI, socialización de protocolo de MME, entre otras.

Sobre los Embarazos en los rangos de edad de 10-14 años se tiene a Julio del 2022 un resultado preliminar de 1.3 por 1.000 mujeres y en los embarazos de 15-19 años se obtiene un 25.8 por 1.000 mujeres, fuente oficial DANE información preliminar, los resultados evidencian que se deben continuar con el fortalecimiento en la implementación de acciones de gestión del riesgo, estrategias de servicios amigables integrales, capacitaciones en anticoncepción, planificación familiar, distribución de preservativos y aplicación de pruebas rápidas desde las direcciones locales y secretarías de salud, aseguradoras, prestadores de salud, articuladas con los sectores: educación, justicia, ICBF, comunidad en general y otros actores en el marco de la Resolución 3280 del 2018 en el curso de vida de adolescentes y jóvenes desde los diferentes entornos (hogar, educativo, institucional, laboral y comunitario).

Con relación a la Incidencia de VIH, incluyendo la transmisión materno-infantil, se identifican cifras a septiembre del 2022 se tiene un resultado preliminar según fuente SIVIGLA de 55,2 por 100.000 habitantes de 15 a 49 años; al realizar el cálculo del indicador con la población total se tiene un resultado preliminar de 32,9 por 100.000 habitantes para este tercer trimestre del año, se presentan múltiples factores condicionantes en la presencia de poblaciones vulnerables, la detección temprana, los programas o estrategias de promoción y prevención, factores sociales, educativos, culturales, económicos y del aseguramiento en salud entre otros, que impactan directa o indirectamente en todas las acciones e inversiones que desde el sector salud se realizan. Ante esto, Antioquia ha desarrollado el plan departamental de respuesta ante las infecciones de transmisión sexual, como estrategia marco para su contención y mitigación.



447



Adicionalmente se adelantan acciones de tamización y diagnóstico de personas convivientes con el virus de VIH en el departamento, así mismo el despliegue de asesorías y asistencias técnicas en las IPS, EAPB y ET, favoreciendo con ello un manejo oportuno en el tratamiento y seguimiento de cada uno de los casos de acuerdo con la normatividad vigente.

Sobre la Incidencia de violencia sexual se puede visualizar un aumento para el año 2022 (fuente SIVIGILA), con un resultado preliminar a septiembre del 2022 de un 90,40 por 100.000 habitantes posiblemente asociado en parte, a la presencia de un posible subregistro en la notificación el año anterior, debido a que en la pandemia por COVID-19 y las cuarentenas, los menores de edad, mujeres, personas en situación de discapacidad y población vulnerable, presentaron afectaciones en la garantía de sus derechos.

Para impactar este indicador se vienen desarrollando actividades de asesoría y asistencia técnica a las IPS, EAPB relacionadas con la ruta de atención de violencias, socialización de la Política Nacional de Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, así como las acciones de vigilancia epidemiológica para intensificar la notificación del evento.

Antioquia a través del Comité Departamental (Decreto 1710 del 2020) liderado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia convoca y articula a todos los demás sectores vitales, en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y se viene avanzando en la respuesta ante la presencia de las violencias sexuales y de género.

**PROBLEMA 14:** Presencia de las enfermedades transmisibles que deterioran el bienestar de la población Antioqueña.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Compromiso Cuidarme para cuidarte -Enfermedades transmisibles.



448

## Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

En Antioquia el indicador de mortalidad evitable Grupos C, D5 y D6, reportado preliminarmente hasta julio de 2022 según fuente DANE (reporte de octubre del 2022) evidencia que, por cada 100.000 habitantes de 1 a 64 años, se tiene un resultado preliminar de 1,90 con 117 casos reportados. Es decir, que aproximadamente 2 personas fallecen por estas causas. El 53,4% de las defunciones se asocia al grupo de medidas mixtas, D (tuberculosis). Es así como la tasa de la mortalidad por tuberculosis, ha presentado un aumento a nivel mundial, nacional y departamental; se obtiene un resultado preliminar a julio del 2022, reportado en octubre fuente DANE de 1,8 con 122 casos, es debido a que se están presentando las consultas de manera tardía ya que se priorizaron las atenciones por el COVID-19 sobre la intervención de cualquier otra patología respiratoria, trayendo como consecuencia el tardío inicio del tratamiento para esta enfermedad. Esta situación se evidencia en el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2021, donde se pone en evidencia que las muertes por tuberculosis están aumentando por primera vez en más de una década. El impacto de COVID-19 en la tuberculosis ha sido importante, debido a que ha provocado la interrupción de los servicios ambulatorios.

Igualmente, las coberturas de vacunación se han visto afectadas en el periodo postpandemia por razones como despliegue del plan de vacunación COVID19 y falta de talento humano para el programa regular, suficiencia de insumos para desplegar el programa regular y la vacunación COVID-19 simultáneamente, entre otros aspectos. Sin embargo, desde el departamento se han venido fortaleciendo los equipos vacunadores e incrementando las coberturas a través de jornadas masivas de vacunación que involucraban ambos programas, así como el fortalecimiento de las estrategias de comunicación, información y educación en los territorios, entre otras acciones. Para octubre del 2022 se tiene una cobertura preliminar de los biológicos trazadores de la siguiente forma: 74,2% en tercera dosis de DPT, 74,1% en Hib y tercera dosis de hepatitis B del 74,1% en menores de un año; 76,8% en las coberturas de vacunación con SRP y 70,6% de SRP en 5 años, frente a una meta esperada del 79,2% para estos biológicos este mismo periodo. Estos resultados continúan siendo un reto para el departamento de Antioquia y un trabajo permanente en los territorios.

Con respecto a la vacunación contra el COVID-19, el departamento de Antioquia cuenta con una cobertura del 77,35 % con esquema completo o dosis única, superando la meta establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social (75%) para el 31 de diciembre del presente año. Antioquia cuenta con un porcentaje de avance del 90% en población vacunada con por lo menos la primera dosis o dosis única. Cifra mayor a la proyectada por el Ministerio (85%). Finalmente, se han administrado 12.792.233 dosis entre primeras dosis, esquemas completos, dosis únicas y refuerzos en los 125 municipios de Antioquia.

Se obtiene un 66% de cumplimiento en la vigilancia centinela de enfermedad Sincitial- Infección Respiratoria Aguda Grave (ESI-IRAG), dado que ya se encuentran funcionando y notificando el



evento, 6 unidades centinela de las 7 propuestas para establecer durante el cuatrienio. En cuanto al cumplimiento implementación del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), resistencia microbiana y consumo de antibióticos en instituciones de salud de alta y media complejidad se obtuvo un resultado preliminar del 70% con acciones orientadas al fortalecimiento del lavado de manos, el uso racional de antibióticos.

**PROBLEMA 15:** El Departamento presenta altas tasas de morbimortalidad por eventos relacionados con la convivencia y salud mental.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Salud para el alma- salud mental y convivencia Social.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública- Prestación de Servicios

Con corte a 31 de octubre de 2022 se obtuvo una tasa de intento suicida de 6 personas por cada 100.000 mil habitantes según fuente SIVIGILA y de violencia intrafamiliar a 31 de octubre de 2022 de 246 personas por cada 100.000 habitantes; con el objetivo de aportar a la prevención del suicidio en Antioquia y la incidencia de la violencia intrafamiliar, se han realizado alrededor de 1.571 asesorías y acompañamientos técnicos a 16.083 personas de los 125 municipios y distrito, en temas como: rutas de atención municipal en comportamiento suicida, diferentes formas de violencia y consumo de sustancias psicoactivas con un cumplimiento del 100% de la meta programada. Adicionalmente, se ha formado a las comunidades, docentes y profesionales psicosociales en temas como: Rehabilitación basada en la comunidad, primeros auxilios psicológicos, habilidades para la vida y resiliencia. Se han atendido a diciembre del 2022 un total de 35.758 víctimas, dato preliminar. Se avanza con un cumplimiento del 94% de la estrategia de Resiliencia implementada en los 125 municipios del Departamento.



450

Se cuenta con una línea telefónica gratuita 018000413838 y 5407180 para brindar acompañamiento en diferentes temas relacionados con la salud mental, como: depresión, ansiedad, comportamiento suicida, problemas en el grupo primario de apoyo, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros, desde la cual se realizaron 2268 atenciones por psicología y 124 atenciones por telepsiquiatría. Se realiza al 100% de las mujeres que solicitan teleapoyo sobre los diferentes tipos de violencia y/o problemas de salud mental.

En el tema de impactar la participación de madres y padres, se tiene un avance en el indicador del 51% a diciembre del 2022, se tienen 82 redes protectoras con 3200 personas entrenadas en involucramiento parental.

Son seis estrategias bajo las que este programa ofrece acompañamiento y herramientas a profesionales psicosociales del Departamento y las comunidades para atender posibles casos de salud mental:

- Resiliencia: Es una alternativa psicosocial para reducir los factores de riesgo que hacen que se presenten situaciones en la población tales como, delincuencia, suicidio, matoneo, consumo de drogas, entre otros indeseables sociales, a través de la promoción de la resiliencia.
- Línea de Atención: La línea Salud para el Alma, es una línea de atención a la comunidad 01800413838 y 5407180 en la que expertos dan acompañamiento psicosocial y asesoría a las familias para atender asuntos emocionales y sociales.
- Acompañamiento Técnico: El programa Salud para el Alma garantiza acompañamiento personalizado y apoyo a los profesionales psicosociales de los 125 municipios del Departamento.
- Programa de televisión Salud para el Alma: se transmite todos los martes a las 9:00 p.m. a través de Teleantioquia con temáticas psicoeducativas para contribuir con la Salud Mental de los antioqueños; con temáticas como: Prevención violencia mujeres, Prevención del suicidio. Prevención de la depresión, Violencia Intrafamiliar, Manejo de la ansiedad.
- PAPSIVI: Atención psicosocial a la población víctima del conflicto armado del Departamento de Antioquia
- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas: con la formación de la estrategia ser, saber y hacer en prevención de 1100 personas de 77 municipios al corte del presente informe.

Se plantean grandes retos para Antioquia en la prevención de las enfermedades mentales y el consumo de sustancias psicoactivas en el marco de los efectos ocasionados en las poblaciones ocasionados por la pandemia por COVID-19, entre los que se encuentran:

- Formular la Política Departamental de Salud Mental y a través de metodologías de innovación implementar la ruta departamental de prevención, atención y





mantenimiento de salud para el alma y así lograr un mayor impacto social. Se tiene un avance en la definición de la política de un 98% a diciembre del 2022.

- Mejorar la accesibilidad, detección temprana, calidad, oportunidad y continuidad de la atención de problemas y trastornos mentales en los equipos básicos de salud, utilizando como base los instrumentos definidos por la Organización Mundial de la Salud- OMS.
- Implementar estrategias basadas en evidencia que mejoren la salud mental de la población antioqueña.
- Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población antioqueña a través de metodologías de innovación que generen un mayor impacto social.
- Articular y coordinar con los diferentes sectores locales la atención y acompañamiento a la población de riesgo.
- Desarrollar capacidades en el departamento de Antioquia, para el adecuado manejo de la ruta de prevención, atención y mantenimiento de la salud mental
- Investigaciones científicas sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en el departamento de Antioquia, que apunten a la elaboración de un diseño metodológico enfocado en la reducción del daño, tales como: investigaciones que apunte a la elaboración de un diseño metodológico enfocado en la reducción del daño, adicciones no químicas, Determinantes sociales (Fase II), Riesgo químico, entre otras.
- Implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el monitoreo y seguimiento al Consumo de Sustancias Psicoactivas en el departamento (SIVESPA).
- Implementación del Nodo de Sistema de Alertas Tempranas (SAT) para el Departamento de Antioquia.

El programa ha logrado avanzar en el fortalecimiento de las capacidades desde lo individual, familiar, transectorial y comunitario para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, encaminados a consolidar la movilización, la construcción de alianzas y el desarrollo de redes de apoyo para el empoderamiento y la corresponsabilidad social orientado a una cultura que promueva y proteja la salud mental y la sana convivencia.

**PROBLEMA 16:** Baja producción de investigaciones, generación de información y actualización de los datos en los temas referentes al consumo problemático de sustancias psicoactivas y otras adicciones, en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.7. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia



452

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Salud para el alma- salud mental y convivencia Social.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

La Escuela Contra la Drogadicción se encarga de liderar procesos de investigación e innovación, en los cuales se tiene como fin ampliar el conocimiento científico respecto de reconocer las necesidades de los territorios sobre el fenómeno de las sustancias psicoactivas en el departamento, con el propósito de orientar acciones técnicas que prevengan el uso problemático de dichas sustancias. Esto mismo implica la gestión del conocimiento relacionada con las investigaciones realizadas, generando articulación entre los distintos actores académicos y comunitarios que indagan el fenómeno. El fin último de este proceso implica la aplicación de dichos conocimientos en los distintos escenarios donde se presentan problemáticas relacionadas con las áreas de estudio, buscando propiciar la innovación en los procesos y la manera de enfrentar la temática. En este sentido, se plantea la investigación como instrumento para transformar situaciones problemáticas frente la realidad en cuestión, al interior del departamento de Antioquia.

Dentro de las investigaciones realizadas, se encuentran: el Diseño metodológico para la reducción del daño, en la cual se desarrolló la tercera fase de una investigación para avanzar en la implementación de estrategias de reducción del daño asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adultos y adolescentes del departamento de Antioquia.

Otra de las investigaciones realizadas, fue el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en el departamento de Antioquia en población entre los 12 y 17 años, en la cual se explora el consumo de sustancias psicoactivas según características sociodemográficas, étnicas y regionales en relación con la edad de inicio, percepción del riesgo y la facilidad de acceso de la población urbana de 12 a 17 años a partir del Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas para el departamento de Antioquia, subregiones y Medellín del 2021. Esto se realizó a través de un estudio descriptivo transversal, diseño muestral tipo probabilístico estratificado, a partir de fuente secundaria, beneficiando a la población urbana entre 12 y 17 años de 9 subregiones de Antioquia.

Además, se realizó el Estudio de Determinantes Sociales de Consumo de Sustancias Psicoactivas, se efectuó un estado del arte, desde una órbita sistemática de investigaciones retrospectivas y diferenciadas con base en la revisión, acopio, organización y análisis de experiencias, estudios e investigaciones, sobre la inclusión, el papel y dimensión de las determinantes sociales asociadas al consumo de SPA, con énfasis en poblaciones de mujeres, LGBTIQ+, comunidades indígenas y



453

afrodescendientes; adoptando los puntos de la Lista de Verificación PRISMA 2020.

También, se construye una propuesta para la realización de un estudio de Riesgo químico, en la cual se debe realizar una serie de “Intervenciones Para la Recolección de Muestras de Sustancias Psicoactivas (SPA) en municipios circunvecinos a Medellín y su posterior caracterización mediante análisis químicos estandarizados. Con su ejecución se pretende impactar a la población general específicamente de los municipios de Barbosa, Bello, Envigado e Itagüí.

Se realiza además, el Diseño e implementación de un protocolo de intervención clínica, evaluación, diagnóstico y rehabilitación neuropsicológica del funcionamiento ejecutivo y la función del uso de las sustancias psicoactivas en pacientes con patología dual en Antioquia (Fase II) la cual tenía por objetivo Desarrollar e implementar un protocolo de evaluación y rehabilitación cognitiva, además de explorar la función del uso de las sustancias psicoactivas en pacientes con Patología Dual en Antioquia. Para esto se construyen dos protocolos, el primero de evaluación y rehabilitación neuropsicológica y el segundo de entrevista semiestructurada, ambos protocolos son aprobados y validados por el comité de ética de la universidad EAFIT.

Otro de los desarrollos efectuados durante el año es el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas, SIVESPA, en abril se realizó la prueba piloto e implementación, impactando a 5 municipios: Ciudad Bolívar, Montebello y Santa Bárbara, de la regional Suroeste, y los municipios de Barbosa y Bello del Valle de Aburrá; con participación en el municipio de Barbosa de la Fundación La Luz y en el municipio de Bello del Hospital Mental de Antioquia HOMO. En todos los municipios se contó con la participación de la Secretaría de Salud municipal y La Empresa Social del Estado.

Durante el segundo semestre se realizó el fortalecimiento, el seguimiento a la implementación técnica y el acompañamiento en la notificación de casos al SIVESPA a las instituciones notificadoras; sensibilización a las EAPB; actualización al protocolo de vigilancia y sus anexos derivados de la mejora continua y la actualización tecnológica, soporte, proceso de mejora continua y mantenimiento de la plataforma, la cual permitió la actualización del manual para el uso de la herramienta tecnológica multiplataforma, atención a los eventos de soporte técnico a través de la mesa de ayuda, mejoramiento de los diferentes módulos y componentes de la plataforma en cuanto a visualización y funcionalidad.



Sitio web SIVESPA. <https://sivespa.site/>. Noviembre de 2022. Escuela Contra la Drogadicción



Se realizó el diplomado “Competencias para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, en el ámbito familiar, educativo y comunitario”, el cual fue dirigido a docentes, líderes y lideresas comunitarias, sociales, culturales, artísticos, deportivos, organizaciones sociales y funcionarios públicos, del departamento de Antioquia, en el cual se certificaron 182 personas de diferentes municipios del departamento y se dio inicio al diplomado “Modelos de intervención para el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas”, el cual está dirigido a Profesionales de la salud, psicosociales y organizaciones que trabajen la problemática de las sustancias psicoactivas del departamento de Antioquia, con una participación de 200 personas aproximadamente.

Se participó en el Congreso Internacional sobre drogas ciencia y conciencia, en alianza con la Oficina de la Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito – UNODC.

Otra actividad realizada, fue el apoyo y acompañamiento a jornadas de prevención realizadas por la Secretaría de Seguridad y Justicia de Antioquia en diferentes municipios (Angelópolis, Sonsón y Remedios), en donde se realizó el desarrollo de actividades de prevención de consumo de sustancias psicoactivas, la población atendida aproximadamente 500 personas incluyendo estudiantes de los colegios y funcionarios públicos del municipio. Se realizó el Seminario frente a las Características del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Departamento de Antioquia, cuyo objetivo fue Brindar un contexto de las características del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Departamento. La metodología utilizada fue Conferencias impartidas por especialistas y centradas en la socialización de temáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, a partir de las investigaciones adelantadas por la Escuela Contra la Drogadicción. En este seminario contó con la participación de 70 personas pertenecientes al sector salud, académico y aliados estratégicos de la Escuela Contra la Drogadicción y se participó en los Foros Educativos Institucionales de los Municipios de Sopetrán, La Unión, Frontino y Yondó, donde se socializo el diagnóstico y prevalencias departamentales frente al consumo de sustancias psicoactivas, con docentes de las zonas rural y urbana.

Dentro de la línea de Apoyo Técnico, Articulación y Seguimiento, la cual tiene como propósito Orientar y acompañar a los diferentes actores del sistema en la adopción y/o adaptación de la legislación vigente y de nuevos conocimientos, en materia de promoción de hábitos de vida saludable, prevención del consumo problemático de sustancias psicoactivas y otras adicciones; por medio del apoyo técnico y seguimiento. Se efectuó el Proyecto “Modelo Metodológico Territorial de Intervención para el desarrollo de capacidades integrales en el abordaje del Consumo de Sustancias Psicoactivas y otras adicciones en municipios del Departamento de Antioquia.

También se formuló y presentó la propuesta “Modelo Metodológico Territorial de Intervención para el desarrollo de capacidades integrales en el abordaje del Consumo de Sustancias Psicoactivas y otras adicciones en municipios del Departamento de Antioquia, escuela en el territorio” para la convocatoria 2022 del banco de proyectos de la Dirección de política de drogas y actividades relacionadas – BPDPDAR – del Ministerio de Justicia y del Derecho.



455



Se avanza en la implementación del Nodo del Sistema de Alertas Tempranas-SAT del Departamento de Antioquia con el objetivo de Contribuir a mejorar la respuesta del departamento de Antioquia frente a la amenaza de las Nuevas Sustancias Psicoactivas – NSP y de las Drogas Emergentes, se logra la articulación entre los laboratorios de las siguientes entidades estatales del departamento, Policía Nacional, fiscalía general de la Nación y Medicina legal, quienes tienen el compromiso de reportar a la Escuela Contra la Drogadicción cualquier hallazgo de Nuevas Sustancias Psicoactivas-NSP o droga emergente, se realiza además la recepción de resultados de los diferentes análisis químicos realizados por los laboratorios pertenecientes al SAT, con el fin de emitir boletines informativos sobre la calidad de las drogas de síntesis presentes en el mercado ilícito, con el fin de analizar el riesgo y generar alertas que le permitan a los habitantes del departamento la toma de decisiones informadas y la subsecuente reducción de riesgos y daños.

**PROBLEMA 17:** Existe un Modelo de Inspección Vigilancia Control Sanitario de los Sistemas de Acueductos e Instalaciones Acuáticas limitado para evaluar el riesgo sanitario y notificación oportuna para la toma de medidas preventivas y correctivas lo que incide sobre sobre la salud de la comunidad antioqueña que utiliza estos servicios.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control de la calidad del agua para consumo humano y uso recreativo en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

A continuación, se presentan los resultados del Índice de Riesgo Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) urbano y rural. El promedio departamental en lo urbano se conserva dentro del rango del 0,0 al 5,0% (Sin Riesgo) para la vigencia 2021 se obtuvo valor de 1.2%.



456

Para el Índice de Riesgo Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) el valor rural proyectado se conserva dentro del rasgo de nivel de riesgo alto, con un resultado preliminar a diciembre 31 del 2021 de 39.3 %.

El indicador para la vigencia 2022 se sistematiza en los primeros meses de la vigencia 2023 una vez obtenida la información de la visita de inspección sanitaria de los sistemas de acueductos urbanos y rurales.

Para el cumplimiento de los indicadores de producto relacionados con la vigilancia sanitaria de la calidad del agua para consumo humano se tienen los siguientes resultados proyectados a diciembre del 2022: Muestras analizadas para evaluar el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano y Uso Recreativo: 16.631 y Acueductos vigilados, inspeccionados y controlados en los municipios: 2.038 con respecto a la meta a lograr acorde con el comportamiento presentado durante la vigencia y por las dificultades administrativas relacionadas con los técnicos área de la salud responsables de la toma de muestras (rotación de personal, así como personal incapacitado o limitado por enfermedades de base, problemas de orden público, dificultades de accesibilidad), lo que incide finalmente en la realización de las toma de muestras en los ámbito rural y urbano.

Para la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia se le plantean importantes retos como lo son aumentar la cobertura de los análisis de las características mínimas microbiológicas y fisicoquímicas de los acueductos rurales, Planes de Trabajo Correctivos para la reducción de riesgos del Mapa de Riesgo de Agua para Consumo Humano de los sistemas de acueductos priorizados, construidos con la Metodología establecida por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y con seguimiento de las acciones realizadas, fortalecer las competencias de los servidores para realizar las funciones de inspección, vigilancia y control sanitario, consolidación de la Mesa de Agua Potable y Saneamiento Básico del Comité Territorial de Salud Ambiental de Antioquia – COTSADA- y mejorar las condiciones del Laboratorio Departamental de Salud Pública para que mejore su capacidad de respuesta para realizar análisis microbiológico y fisicoquímico.

**PROBLEMA 18:** Condiciones sanitarias inadecuadas en los procesos de elaboración, conservación almacenamiento, comercialización, expendio y transporte de los alimentos, en los municipios categoría 4, 5 y 6 del departamento de Antioquia



Línea 4 Nuestra Vida



## 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

### 4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la vigilancia de la calidad e inocuidad de alimentos y bebidas en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

El control de los factores relacionados a la inocuidad y calidad de los alimentos se constituye en un reto en el departamento de Antioquia, debido a que se presenta una alta informalidad de expendios de alimentos en vías pública, escasa adherencia de los comercializadores de alimentos a la normatividad vigente, ausencia de compromiso en la implementación de las buenas prácticas de manufactura de los manipuladores de alimentos, situaciones que inciden en la presentación de escenarios inseguros en el manejo de los alimentos, que propician riesgo para la salud de los consumidores.

El indicador de incidencia de ETA departamental (no se contemplan brotes en hogares, ni en municipios categoría 1, 2, 3 y especial por no ser de nuestra competencia) se ubica en un cumplimiento de la meta por encima de lo esperado en el año con un resultado de 19,9 casos por 100.000 habitantes (fuente SIVIGILA), la implementación de las visitas con enfoque de riesgo y múltiples capacitaciones realizadas en el año a los servidores designados en los diferentes municipios (Manejo del aplicativo @STAT, inspección basada en riesgo, diligenciamiento de actas con enfoque de riesgo, medidas sanitarias y proceso sancionatorio, atención a brotes de enfermedades transmitidas por alimentos) han permitido atender todos los brotes que se han presentado este año.

Hemos acompañado técnicamente a 34 municipios de manera presencial por medio del apoyo a la gestión, con el fin de fortalecer los saberes técnicos para realizar visitas de inspección, vigilancia y control. Hasta la fecha se han realizado 23.443 visitas de verificación de condiciones higiénico-sanitarias con enfoque de riesgo a los establecimientos abiertos al público de alimentos y bebidas con el fin de verificar los estándares sanitarios bajo los cuales se estaba prestando el servicio de comercialización de alimentos. Durante el año 2022 se tomaron en los establecimientos comerciales de los diferentes municipios 640 muestras de alimentos en de alto consumo y mayor riesgo con el propósito de determinar su calidad e inocuidad lo que nos permitió identificar el grado de observancia a la normatividad por parte de los comercializadores de alimentos para garantizar la entrega de alimentos sanos a los consumidores del departamento de Antioquia.



458

Se han realizado asesoría a 9 municipios en cuanto a manejo, notificación y atención de brotes por enfermedades transmitidas por alimentos (ETA, Hepatitis A) y vehiculizadas por agua (Cólera, Fiebre tifoidea y paratifoidea), adicionalmente se realizaron dos jornadas con municipios categoría 1, 2, 3 y especial, con los temas de Inspección Vigilancia y Control-IVC de alimentos y bebidas, vigilancia epidemiológica, muestreo de alimentos y bebidas. Capacitación a personal del Programa de Alimentación Escolar-PAE, secretarías de salud y educación del departamento de Antioquia con respecto a la circular 4000-0082-22 para proveedores de alimentos y bebidas de programas sociales.

Igualmente se dieron capacitaciones virtuales a los servidores que realizan las actividades de Inspección, Vigilancia y Control sanitario en los municipios categoría 4,5 y 6 con el propósito de fortalecer sus saberes y capacidades técnicas en temas relacionados con enfermedades transmitidas por alimentos, limpieza y desinfección, el diligenciamiento con enfoque de riesgo de las actas de verificación estándares sanitarios, en toma y envío de muestras de alimentos y bebidas, en manejo y uso del aplicativo @star que está instalado en las tabletas que hoy día utilizamos para realizar las visitas de Inspección, Vigilancia y Control.

**PROBLEMA 19:** Baja capacidad de adaptación, preparación y apropiación frente a los impactos en salud asociados a la crisis climática y calidad del aire en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la Vigilancia de los efectos en salud y riesgos asociados a causa de la crisis climática y calidad del aire en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Según los resultados arrojados en la formulación del Plan Integral de Cambio Climático de Antioquia en relación con la salud de la población por la exposición al fenómeno de cambio climático, los 125 municipios de Antioquia se encuentran en riesgo por el fenómeno de cambio





climático, representando una gran amenaza para la salud humana. En la formulación del Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental liderado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia se identificaron dentro de las principales enfermedades al clima de mayor impacto para el territorios se encuentran las enfermedades vehiculizadas por agua o alimentos, deshidratación, enfermedades de la piel, enfermedades de los ojos, golpe de calor, enfermedades transmitidas por vectores, incidencia de casos de zoonosis, enfermedades respiratorias, enfermedades cerebrovasculares, trastornos mentales, enfermedades endocrinas o renales, incidencia de casos de accidente ofídico y accidentes por animales ponzoñosos, lesiones o muerte por eventos extremos, desnutrición y enfermedades emergentes. Es por lo anterior otro motivo que Antioquia declara la Emergencia Climática y prioriza la implementación del Plan de adaptación al cambio climático desde salud como una prioridad en la agenda adquiriendo compromisos expresos para entregar capacidades en el territorio para el cuidado y conservación del medio ambiente como premisa para el cuidado de la salud y de la vida.

En cuanto a la cobertura de municipios y/o Distrito asistidos técnicamente en torno a cambio climático y sus efectos en salud, en 2022 se logra la meta de cobertura de 88,6% de los municipios y en torno a los efectos asociados a la calidad del aire se tiene una cobertura del 86,79% a diciembre del 2022, a través de asistencias técnicas, donde se ha promovido las capacidades para la gestión pública de la salud ambiental para el componente Cambio Climático y Salud y Calidad del Aire; donde se ha contribuido a fortalecer los espacios intersectoriales en los municipios para intervenir con enfoque diferencial los determinantes sanitarios y ambientales de la salud relacionados con la actual crisis climática y los efectos de la calidad del aire. También durante este año, se ha logrado impactar los municipios de San Jerónimo, Sabanalarga, Sopetrán, Ituango, Itagüí, Toledo, Abejorral, Sonsón, Uramita, Necoclí, Arboletes, Santo Domingo, Yolombó, Cocorná, Belmira, Pueblorrico, Anorí, Valparaíso, Támesis y Amagá. Se realiza capacitación a municipios y/o Distrito de categorías 4, 5 y 6 en los efectos en salud relacionados con la calidad del aire y se entregan capacidades también a municipios de categoría 1, 2 y 3 para llevar a cabo acciones protectoras en pro del mejoramiento de las condiciones sanitarias y ambientales del Departamento, contribuyendo a la disminución de la exposición de la población a los contaminantes atmosféricos. Por otro lado, en 2022 se consolida la encuesta de prevalencia sintomatológica cardiovascular y respiratoria para los municipios priorizados del oriente y el suroeste, Abejorral, Betulia, Cocorná, Montebello, Concepción, Nariño, Salgar, San Vicente, Santa Bárbara y San Roque, donde se identifican los riesgos en la salud asociados a la calidad del aire relacionados con los determinantes socioambientales de la población, cabe además mencionar que desde el componente de calidad del aire se trabaja en la construcción del protocolo para la vigilancia sanitaria y ambiental de los efectos en salud asociados a la calidad del aire siguiendo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Según el Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental para Antioquia (PACCSA), para la subregión del Valle de Aburrá se cuenta con la red de monitoreo de calidad del aire operada por el Sistema de Alertas Tempranas del Valle de Aburrá (SIATA) más robusta del departamento y



del país, donde se analiza con especial interés el contaminante criterio PM 2,5. Es importante resaltar que esta subregión presenta un comportamiento histórico donde los registros de calidad de aire han alcanzado niveles dañinos para grupos sensibles para los periodos de transición en el mes de marzo y entre los meses de octubre y noviembre. Sin embargo, debido a que el último año se han presentado fuertes precipitaciones asociadas al fenómeno de La Niña, esta situación ha favorecido que los contaminantes no se acumulen debido al lavado de la atmósfera, por lo tanto, durante este año no se presentaron niveles de emergencia para la subregión. Para el caso de la subregión oriente, no se cuentan con datos suficientes para estimar un promedio anual y hacer una comparación directa con el valor establecido por la OMS, sin embargo, la estación ubicada en el municipio de Guarne presentó mayor número de días con calidad del aire clasificada como “moderada”, lo cual podría generar irritación en ojos, garganta y nariz, así como síntomas respiratorios moderados. Para el caso de la subregión suroeste, no cuenta con datos de promedios anuales, sino de promedio de campañas de monitoreo, salvo el municipio de Amagá que cuenta con una estación fija. Este municipio ha sido priorizado debido a la serie de quejas que se presentan por la generación de olores ofensivos, la presión industrial y los resultados de las campañas de monitoreo que lo ubican como el municipio con concentraciones más altas en la subregión. Cabe resaltar que gran parte de los municipios del Suroeste no cuentan con datos de la calidad del aire para ningún año. En la subregión nordeste tampoco se cuentan con datos que permitan establecer las condiciones de la calidad del aire, sin embargo, históricamente a través de las campañas de monitoreo Vegachí es el municipio que presentó mayores concentraciones incluso por encima de las recomendadas por la OMS para grupos sensibles. Esta misma situación se evidencia en el Norte de Antioquia, donde la autoridad ambiental ha realizado campañas de monitoreos en algunos de los municipios de la subregión y solo Santa Rosa de Osos arrojó valores por encima de las recomendaciones de la OMS. La subregión Magdalena Medio presenta concentraciones por encima de las recomendaciones para los municipios de Yondó, Puerto Triunfo, Puerto Berrio y Puerto Nare. La subregión del Bajo Cauca, si bien cuenta con una estación fija en Caucaasia la información no permite establecer el estado de la calidad del aire, sin embargo, el resultado de una campaña de monitoreo realizada en el municipio de El Bagre para el 2019, arrojó valores que superaron los límites sugeridos, Zaragoza presentó valores dentro de los recomendados, y no se encontraron datos para Nechí, Cáceres y Tarazá. La subregión occidente cuenta con tres estaciones, en Liborina, Santa Fe de Antioquia y Sopetrán, siendo la de Sopetrán la que está por encima de la subregión. La subregión Urabá no cuenta con campañas ni estaciones de monitoreo a la fecha por lo cual no es posible determinar el estado de la calidad del aire para este territorio. Cabe destacar que la información sobre calidad de aire en el departamento es muy escasa, la autoridad ambiental que debe ocuparse de la situación no ha desarrollado una estrategia efectiva para conocer el estado de los contaminantes en el aire, y en algunas campañas que se han llevado a cabo, no se han realizado medición de PM2.5 (SISAIRE).

Por otro lado, como gran logro en 2022 se encuentra el inicio de la implementación del Plan de Adaptación al Cambio Climático desde salud ambiental, Plan que fue entregado completamente formulado en 2021. El Plan es la herramienta de ruta para implementar en el departamento las



medidas de adaptación para reducir la vulnerabilidad y los impactos negativos en salud asociados a la variabilidad y al cambio climático en Antioquia, cuyo principal objetivo es establecer capacidades territoriales que hagan frente a la actual crisis climática.

En relación a la capacidad de respuesta de los hospitales del departamento ante la atención de los eventos asociados a la crisis climática en emergencias y desastres se logra la meta del 20,0% para el 2022 logrando un avance en la meta del cuatrienio del 60,0%. Es necesario implementar una estrategia que permita que la evaluación de la capacidad de respuesta sea un proceso cada vez más robusto en articulación con el Centro de Regulación de Urgencias y Emergencias, y que además se realice una retroalimentación pronta y constante con el objetivo de fortalecer el mejoramiento continuo y efectivo por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud frente a la atención de emergencias y desastres

Dentro de los principales retos planteados desde la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia se tienen implementar el 60 % de las acciones a corto plazo del Plan de Adaptación al cambio climático desde salud ambiental (PACCSA), un plan que tiene horizonte de cumplimiento a 2031 , plantea unos retos a corto plazo (2023), mediano plazo (2027) y largo plazo (2031); por otro lado otros de los principales desafíos desde el sector salud en cabeza de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia está el fortalecimiento de capacidades para la gestión del riesgo desde el sector salud para mitigar los efectos ocasionados por la crisis climática y ejecutar acciones frente a emergencias y desastres, vigilancia epidemiológica frente a los efectos del asociados a la calidad del aire, ejecutar medidas para la adaptación al cambio climático desde los entornos (educativo, laboral, familiar, comunitario e institucional), así como en mitigación de gases efecto invernadero, con el objetivo de reducir la vulnerabilidad de la población y de los ecosistemas del país frente a los efectos del mismo y promover la transición hacia una economía competitiva, sustentable y un desarrollo bajo en carbono, que finalmente se traduce en beneficios para la calidad de vida ,la salud humana y ambiental, la salud animal y la salud planetaria.

**PROBLEMA 20:** Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población que se encuentra expuesta a los factores de riesgo químico en los diferentes entornos, comportamientos humanos, manejo inadecuado o inseguro de estas sustancias en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo



462

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las intoxicaciones por sustancias químicas en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Existen miles de sustancias químicas que poseen la capacidad de hacer daño en dosis suficientes, muchas de éstas pueden estar en aire, agua, suelo y alimentos, presentes en hogares, escuelas y lugares de trabajo como resultado del desarrollo industrial y agrícola, lo que se constituye en un gran riesgo por los efectos que estas pueden producir a las comunidades.

Los esfuerzos desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia están orientados a mitigar estos efectos mediante el fortalecimiento de capacidades, la realización de actividades de vigilancia epidemiológica y de inspección y control en cada uno de los territorios.

A septiembre de 2022, y como datos preliminares acumulados a la semana 43, Antioquia registró un total de 5.600 casos de intoxicación, incluyendo el intento de suicidio con mecanismo de intoxicación, para una tasa de incidencia de 81.31 por cien mil habitantes, inferior a lo observado en el año inmediatamente anterior. Los grupos de medicamentos, sustancias psicoactivas y plaguicidas, ocupan los tres primeros lugares en intoxicación por sustancias químicas, con 45.58, 15.46 y 8.83 eventos por cada cien mil habitantes, respectivamente.

La región del Valle de Aburrá es la de mayor número de notificaciones y la de mayores tasas de incidencia, seguido de las Subregiones de Oriente y Norte. Para medicamentos, las tasas de incidencia para las tres Subregiones anteriores fueron de 54.80, 54.36 y 37.86 por cien mil habitantes, respectivamente. Para las sustancias psicoactivas el comportamiento por Subregión, fue el siguiente en términos de tasa: 22.67 para Valle de Aburrá, 11,87 para Occidente y 8.16 para Magdalena Medio, por cien mil habitantes. Es de anotar que la menor tasa la registró la Subregión de Urabá con 2.21 por cien mil habitantes. El grupo de plaguicidas tuvo el siguiente comportamiento en las tasas y para los tres primeros lugares: Norte con 20.30; Bajo Cauca con 15.99 y Oriente con 14.36, respectivamente; los municipios de Toledo con 61,89 y Valdivia con 57.69, fueron los de mayor tasa.

**PROBLEMA 21:** Inadecuadas condiciones sanitarias en los establecimientos que ofrecen bienes y servicios en cada uno de los municipios categoría 4, 5 y 6, además de la propagación de eventos de interés en salud de importancia nacional e internacional.



463





Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la prevención, vigilancia y control de los factores de riesgo sanitarios, ambientales y del consumo, en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Según lo establecido en la Ley 715 de 2001, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia tiene la competencia de realizar inspección, vigilancia y control (IVC) a los establecimientos de bienes y servicios ubicados en los municipios categorías 4, 5 y 6 del Departamento, se tiene un censo estimado de 24.851 establecimientos, de los cuales 16.339 establecimientos han recibido visita de IVC entre el año 2020, 2021, con corte al 30 de octubre de 2022, alcanzando una cobertura del 66%. Se ha evidenciado que los establecimientos vienen acogiendo el cumplimiento de la normatividad sanitaria.

El Departamento cuenta con 20 Terminales Aéreas, Portuarias, Fluviales y Terrestres de las cuales 14 de ellas son competencia de la Secretaría de Salud y que, por ser establecimientos de gran importancia para la movilidad de las personas y transporte de carga, requieren tener inspección sanitaria anual para así lograr el monitoreo y control de los riesgos de acuerdo con el servicio ya sea a nivel regional, nacional o internacional. A diciembre del 2022 se realizó inspección, vigilancia y control a 14 Terminales Aéreas, Portuarias, Fluviales y Terrestres.

De igual manera se viene realizando los comités de Seccional Sanidad Portuaria de manera mensual y el de la subregión de Urabá cada dos meses.

Desde este proyecto también se realizó la vigilancia a *Vibrio Cholerae* en la cual se analizaron 363 muestras tomadas en las aguas residuales de caños colectores de los municipios de Caucaasia y Puerto Berrío, las aguas marítimas en los municipios de Necoclí, Turbo, Arboletes y San Juan de Urabá y aguas de lastre de embarcaciones que llegan al puerto de Turbo, con la finalidad de identificar tempranamente la presencia de *Vibrio Cholerae* en el departamento de Antioquia.



464

**PROBLEMA 22:** Deficiencia en las condiciones sanitarias y uso inadecuado de los productos farmacéuticos en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la vigilancia sanitaria a la comercialización de medicamentos y otros productos farmacéuticos en el departamento de Antioquia

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia tiene la competencia legal de vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- Invima y el Fondo Nacional de Estupefacientes, el expendio, la comercialización y la distribución de medicamentos en el Departamento.

En consecuencia, ante los incumplimientos sanitarios por parte de los establecimientos farmacéuticos y similares, se aplican medidas de seguridad encaminadas a proteger la salud pública, entre ellas, decomiso de productos, suspensión de trabajos y clausura temporal total o parcial del establecimiento, con el consecuente inicio del proceso administrativo sancionatorio.

Durante 2022, con una cobertura de vigilancia del 80 % de los establecimientos farmacéuticos y similares en el Departamento, se aplicaron más de 620 medidas de seguridad, previniendo que medicamentos y otros productos farmacéuticos fraudulentos o alterados lleguen a la población y pongan en riesgo su salud, así como que establecimientos que no cumplen con las condiciones sanitarias ordenadas por la normativa presten sus servicios a la comunidad.

Desde este proyecto también se lidera el Programa Departamental de Farmacovigilancia con el seguimiento a los Problemas relacionados con Medicamentos, los cuales pueden tener repercusiones negativas en los ámbitos individual, social, económico. De ahí que la prevención de los riesgos asociados a los medicamentos una vez comercializados sea un asunto prioritario.



465

Durante 2022, el Programa Departamental de Farmacovigilancia ha llevado a cabo más de 100 actividades de asesoría y/o asistencia y visitas de evaluación y seguimiento a la implementación de los Programas Institucionales de Farmacovigilancia, las cuales han fortalecido la vinculación activa de los diferentes actores mediante la notificación de eventos adversos asociados a medicamentos incluyendo vacunas, generando información de calidad que permite la toma de decisiones y la vigilancia activa a los riesgos, promoviendo el uso seguro y adecuado de los medicamentos por parte de los prestadores de servicios de salud, establecimientos farmacéuticos y la comunidad en general.

Así mismo, desde el Fondo Rotatorio de Estupefacientes de Antioquia se ha garantizado durante toda la vigencia, de manera ininterrumpida, la distribución de medicamentos monopolio del Estado a todos los establecimientos y prestadores de servicios de salud autorizados, promoviendo así el acceso de la población antioqueña a este tipo de medicamentos.

**PROBLEMA 23:** Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población antioqueña.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento de la Vigilancia Sanitaria en el uso de radiaciones y en la oferta de servicios de seguridad y salud en el trabajo en el Departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

El proyecto de Vigilancia Sanitaria de las Radiaciones Ionizantes (Equipos de Rayos X) y de la oferta de Servicios de Salud Ocupacional) se encuentra fundamentado en las competencias establecidas en la Ley 9 de 1979, la Resolución 482 de 2018, el Decreto 1562 de 2012 y Resolución 4502 de 2012, Ley 715 de 2001 y Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, donde se definen las competencias en los en el ejercicio del licenciamiento, de la inspección, la vigilancia y control de equipos de RX y de los oferentes de servicios de seguridad y salud en el trabajo a terceros, tanto



466

de instituciones prestadoras de servicios de salud ocupacional, de empresas de seguridad e higiene ocupacional como de los profesionales del área de seguridad y salud en el trabajo.

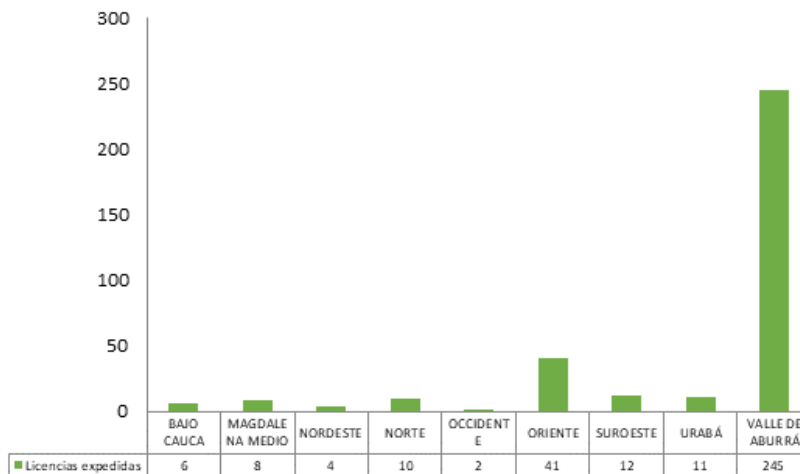
En este orden de ideas, para el año 2022, acorde al indicador: instituciones con fuentes emisoras de radiaciones ionizantes y de la oferta de servicios de seguridad y salud en el trabajo, que cumplen con la norma de protección radiológica y seguridad, se definió una meta 2500 instituciones a evaluar y a licenciar, acorde a la demanda de instituciones que se licencian, de tal forma que a diciembre 31 de 2022 se licenciaron 2.521 instituciones, que corresponde a un incremento del 26% más de lo proyectado, que se justifica por el crecimiento acelerado de solicitudes de salud ocupacional, debido a la pandemia, toda vez que estos servicios se constituyen en vitales para la atención en el diagnóstico de COVID-19, para la mitigación del riesgo, con la implementación de los protocolos de bioseguridad en todas las empresas, otro factor que estimuló el incremento y la atención del 100% de todos los usuarios que requieren trámite de licencia en Salud ocupacional y de Rayos X, aún en medio de una condición adversa (COVID-19), fue implementar 100% la estrategia en línea, con excelentes resultados.

En este proyecto, como en el indicador, se unifican tanto las licencias que se otorgan a las prácticas médicas, industriales y veterinarias con equipos emisores de radiación ionizante, como a los prestadores de servicios de seguridad y salud en el trabajo.

En relación con el proceso de licenciamiento de las prácticas médicas, industriales, veterinarias y/o investigación en el departamento de Antioquia se tiene lo siguiente:

En el año 2022 se expidieron un total de 339 a licencias instituciones médicas, industriales y veterinarias que cuentan con equipos emisores de radiación ionizante. El 72% de las licencias otorgadas corresponde a instituciones que se encuentran dentro del Valle de Aburrá, subregión en la que se encuentran concentrados la mayor cantidad de equipos de Rayos X.

Figura 186. Cantidad de licencias de equipos emisores de radiación ionizante (RX) expedidas durante el año 2022.

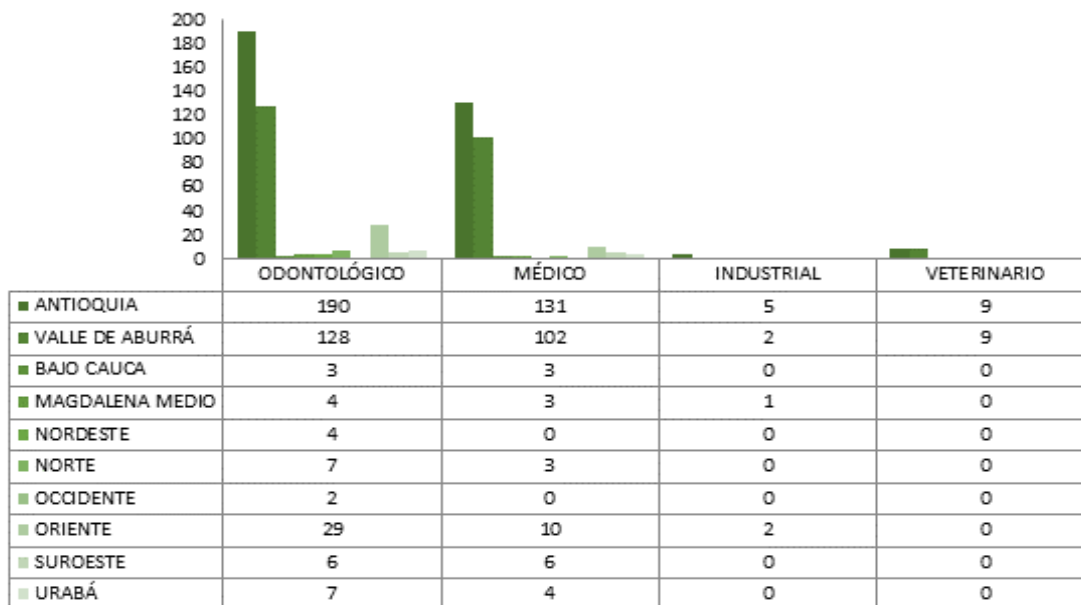


Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2022





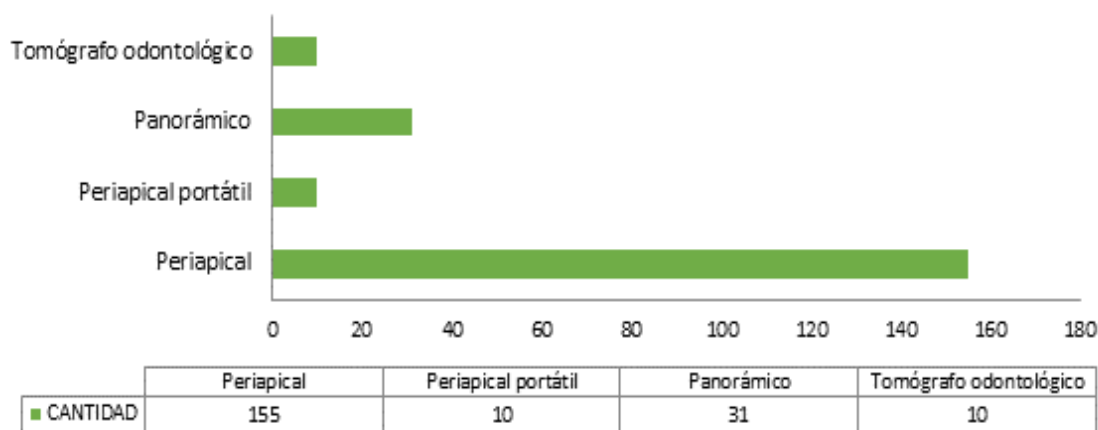
Figura 187. Cantidad de licencias expedidas durante el año 2022 de acuerdo al tipo de práctica en el departamento de Antioquia y en las subregiones.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2022

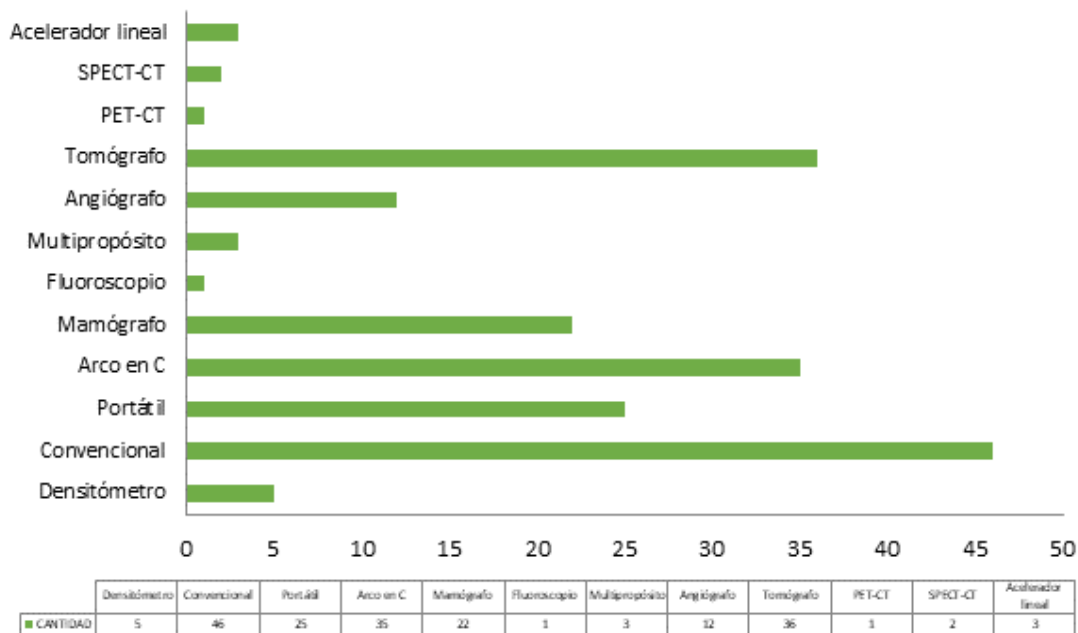
La práctica que más genera licencias corresponde a la práctica odontológica, el departamento cuenta con una gran cantidad de equipos periapicales distribuidos en todas las regiones. La Resolución 482 de 2018, categorizó los equipos de acuerdo con su complejidad. Los equipos periapicales odontológicos y los densitómetros se encuentran dentro de la Categoría I, cuya licencia tiene una vigencia de 5 años, los demás equipos médicos y odontológicos se encuentran dentro de categoría II, en este caso la vigencia de la licencia es de 4 años.

Figura 188. Cantidad de equipos licenciados durante el año 2022. A. Equipos odontológicos.



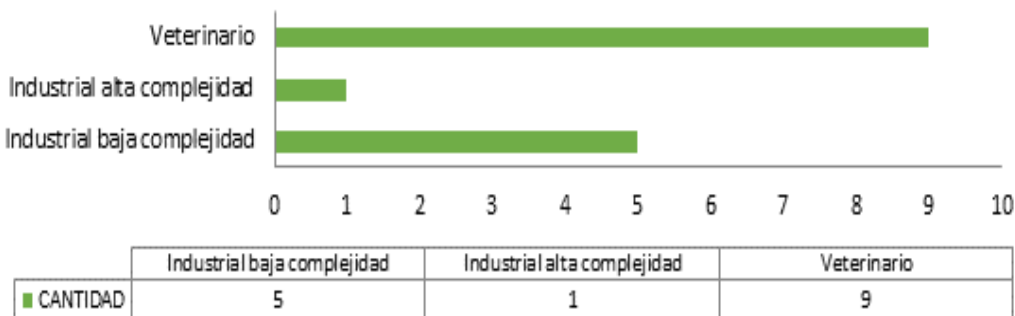
Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2022

Figura 189. Cantidad de equipos licenciados durante el año 2022. B. Equipos médicos.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2022

Figura 190. Cantidad de equipos licenciados durante el año 2022. C. Equipos industriales, veterinarios y/o investigación.



Fuente. SSSA 2022

Por otra parte, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia consciente de su papel en el cuidado de la salud de la población y teniendo en cuenta que propender por imágenes de alta calidad diagnóstica es un paso en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, como parte de su estrategia, ha desarrollado contrato interadministrativo con el grupo de Física Radiológica de la Universidad Nacional de Colombia - Sede Medellín, mediante los cuales se han realizado estudios de control de calidad en equipos emisores de radiación ionizante de las instituciones que prestan servicios de radiodiagnóstico, se han evaluado servicios de medicina nuclear y radioterapia, se han establecido niveles de referencia en mamografía y radiografía de tórax y se ha realizado auditoría a los Oficiales de Protección Radiológica de las diferentes

instituciones, de acuerdo con la Resolución 482 de 2018., en el 2022 se evaluaron 142 equipos: entre RX de diagnóstico médicos, odontológicos y aceleradores lineales.

Con la realización del control de calidad a los equipos de Rayos X diagnóstico médico y odontológico, se pretende evaluar: estado actual de los mismos, calidad de la imagen, incluyendo la vigilancia sobre la adquisición de la imagen en aquellos equipos digitales, el análisis y evaluación de dosis en el paciente, buscando minimizar la dosis que recibe el paciente con la misma calidad diagnóstica, adicionalmente como parámetro de vigilancia de la salud pública, se pretende evaluar las dosis impartidas en los procedimientos tanto ambiental, ocupacional y del paciente, para determinar acciones que disminuyan el riesgo de la población en general.

Por otra parte, con el control de calidad de aceleradores lineales de los servicios de radioterapia que se evalúen, se pretende asegurar que los pacientes reciban el mejor tratamiento posible, minimizando errores en planificación de tratamientos y administración de dosis al paciente, disminuyendo así la tasa de complicaciones y recidivas (reaparición de una enfermedad algún tiempo después de padecida

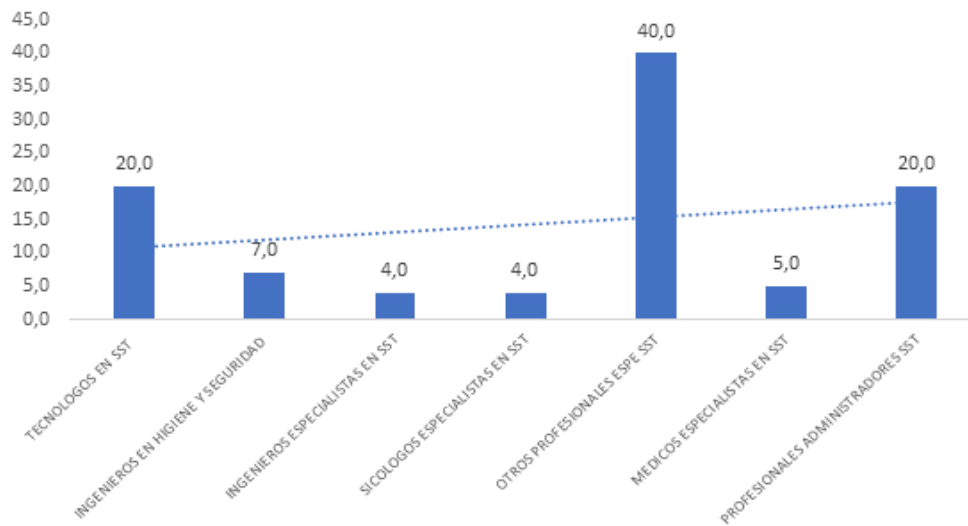
El estado actual del proceso de licenciamiento de personas naturales y jurídicas que ofertan servicios de seguridad y salud en el trabajo en Antioquia es:

En el año 2022, se han licenciado 2.149 profesionales, tecnólogos, ingenieros en higiene y seguridad ocupacional y profesionales, ingenieros y psicólogos especialistas en un área de la seguridad y salud en el trabajo y 65 instituciones (IPS y empresas jurídicas), que cuentan con el recurso humano, técnico, locativo y financiero, para ofertar servicios de Medicina ocupacional, Sistemas de gestión en seguridad y salud en el trabajo, psicología ocupacional, higiene y seguridad ocupacional, entre otras. El mayor número de licencias tramitadas son de tecnólogos en seguridad y salud en el trabajo, seguido de ingenieros especialistas y profesionales del área de la salud especialistas en Seguridad y Salud en el Trabajo SST.

En total son 2.380 entre personas naturales y jurídicas que ofertan servicios de SST en el año 2022, que sumado a las prácticas médicas, industriales y veterinarias que cuentan con equipos de Rayos X licenciados (339), alcanzaría un total de licencias otorgadas de 2.719, que equivale al 9 % más de lo proyectado (2.500) para el año 2022, esto se explica, debido al incremento de programas de SST de forma virtual y al incremento de la oferta de servicios de SSST, entre los más ofertados están la IPS de Salud Ocupacional, la asesoría en SST y los diseños de gestión del sistema de SST, generado por la reactivación económica y la necesidad de recuperar el empleo perdido en la pandemia por COVID -19.



Figura 191. Porcentaje de licencias otorgadas por perfil profesional. SSSA- 2022



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2022

**PROBLEMA 24:** Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población antioqueña.

Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Desarrollo de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de la gestión interna de residuos hospitalarios y similares en establecimientos generadores, en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia realiza entre sus competencias las acciones de inspección, vigilancia y control a los establecimientos generadores de residuos de atención en salud y otras actividades, ubicados en los municipios categorías 4, 5, y 6, quienes deben contar con su respectivo Plan de gestión integral para los residuos generados en la atención en salud y otras actividades – PGIRASA.

Sobre los Planes de gestión integral de establecimientos generadores de residuos hospitalarios y similares requeridos, revisados y evaluados, se tiene un avance acumulado al año 2022 del 89,66





% de cumplimiento en el indicador, para un total de 2.421 Planes de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades – PGIRASA revisados y evaluados.

Existen retos aún por superar, la gestión adecuada de residuos puede ser el motor de un cambio cultural y económico basado en la economía circular o verde. Una eficiente gestión de residuos, unida a la creciente concienciación social sobre la necesidad de cuidar el medio ambiente y los beneficios de una producción sostenible son el eje de ese cambio, cuyo objetivo es que el valor de los productos, los materiales y los recursos se mantenga en la economía durante el mayor tiempo posible, y que se reduzca al mínimo la generación de residuos.

Es así como Antioquia le apuesta a la gestión ambiental sostenible donde se evidencia la necesidad de fortalecer el componente interno de la gestión integral de los residuos, específicamente en la segregación, desactivación de baja eficiencia y centros de acopio. En el ámbito externo, se deben fortalecer la recolección y transporte por parte de las empresas responsables de su tratamiento y disposición final. El Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria - GAGAS, debe desarrollar una adecuada gestión interna generando estrategias educativas que promuevan la cultura ciudadana y los comportamientos adecuados para llevar a cabo la segregación de residuos desde la fuente y su disposición final mediante su aprovechamiento.

**PROBLEMA 25:** Alto número de enfermos de Malaria, Dengue, Leishmaniasis y enfermedad de Chagas en Antioquia



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.9. Programa 9: Salud ambiental y factores de riesgo

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Prevención y Promoción de las enfermedades transmitidas por vectores, EGI (Estrategia de gestión integral en vectores) en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Sobre la Incidencia de la malaria, el resultado preliminar obtenido según fuente SIVIGILA, proyectado a semana 52 y con denominador población total, es de 136,76 por 100.000 habitantes,



472

el cual se encuentra muy lejano al cumplimiento de la meta de 85,40 planteada para el 2022, pero su resultado puede estar afectado por múltiples factores, entre lo que se destaca la situación climatológica, con afectación del fenómeno climatológico del Pacífico, conocido como “La Niña” durante este año y los brotes presentados en los departamentos limítrofes a Antioquia y que presentan un gran intercambio poblacional por trabajo y comercio, favorecieron la transmisión de la enfermedad e igualmente el conflicto armado y la minería artesanal, cuyos actores sienten temor a la presencia de los agentes del estado por la incautación y destrucción de los establecimientos, dificultaron el ingreso y la realización de acciones en algunas de las localidades más afectadas y en el último trimestre del año, la situación se ha visto agravada por la carencia de primaquina en el país, la cual se requiere para evitar las recaídas por Plasmodium vivax y para disminuir la transmisión, al reducir los gametocitos.

En tanto, para la incidencia de dengue, se obtuvo un dato preliminar según fuente SIVIGILA, con proyección a semana 52 y con denominador población total de 43,33 por 100.000 habitantes, cuyo resultado es menor a la meta planteada para 2022 de 57.80. Durante el año, el país ha estado en pico epidémico de esta enfermedad y las cifras obtenidas en nuestro departamento, son el resultado de una intensa campaña de prevención y control. Los municipios más afectados este año, pertenecen a las subregiones de Urabá y Bajo Cauca, con mayor afectación en las áreas subnormales, con déficit en el suministro de agua permanente en las viviendas, por lo que deben almacenar agua, lo cual generalmente se realiza en condiciones no adecuadas.

En la incidencia de leishmaniasis, el resultado preliminar obtenido según fuente SIVIGILA, con proyección a semana 52 y con denominador población rural, es de 77,52 por 100.000 habitantes, el cual está cerca a la meta planteada de 76.6 y puede estar relacionado con un incremento en la salida a buscar atención, represado durante la pandemia de COVID-19, por temor al contagio y por la disminución de la oferta de servicios para otras enfermedades e igualmente, la intervención de la minería ilegal lleva a dispersión de los enfermos y se generan nuevos focos de la enfermedad.

Los mecanismos de intervención para modificar la incidencia de malaria, dengue y leishmaniasis, son las acciones de control de vectores, que se realizan en los municipios donde se están presentando estas enfermedades, allí se realizan actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de los insectos transmisores tanto en sus sitios de cría como del insecto adulto, es de anotar que son múltiples los actores que intervienen en la modificación de la incidencia de estas enfermedades, siendo para malaria la más importante la que realiza los prestadores de servicios de salud y muy específicamente la red de microscopía para malaria; al terminar el año se logrará el cumplimiento del indicador de producto con datos preliminares de 121.257 acciones de control de vectores.

**PROBLEMA 26:** Deficiencias en la gestión integral de enfermedades zoonóticas en el departamento de Antioquia.



473



Línea 3 Nuestro Planeta

3.5. Componente 5:

Bienestar y protección animal

3.5.2. Programa 2: Salud pública en la protección animal

3.5.3. Programa 3: Trato digno de los animales

ODS movilizado(s) por estos programas:



Proyecto: Fortalecimiento de la gestión integral de las zoonosis en el departamento de Antioquia

Línea de Acción MAITE: Salud Pública

Estimar el tamaño de una población es una herramienta fundamental para la planificación de acciones y la presentación de indicadores epidemiológicos y es por este motivo que el reto planteado era estimar la población canina y felina del departamento de Antioquia a 2022. Para cumplir con la meta se articulan las acciones con el Departamento Administrativo de Planeación con el objetivo de capturar la información de la Encuesta de Calidad de Vida, dado que satisface los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad del Proceso Estadístico NTC PE 1000 versión 2020 y los Lineamientos del Proceso Estadístico en el Sistema Estadístico Nacional versión 2020. El diseño muestral de la encuesta incluye un muestreo aleatorio simple para proporciones, donde el universo del estudio se configuró con las viviendas ubicadas en los 125 municipios del departamento de Antioquia.

El tamaño de muestra incluyó entonces 9.200 hogares del municipio de Medellín, 9.091 hogares del Valle de Aburrá, sin incluir Medellín y 26.882 hogares del resto del departamento. Estas cifras permitieron calcular una muestra de 45.173 hogares antioqueños en los que se aplicó la Encuesta de Calidad de Vida. Esta metodología y encuesta permitió estimar una población total de 1'911.611 caninos y felinos distribuidos por especie en 1.057.256 caninos y 854.355 felinos.

Sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección Social proyectó para el año 2022 una población estimada de 1'475.881 caninos y felinos para el departamento de Antioquia. Esta estimación poblacional se realizó con base en la recomendación de la Organización Panamericana de la Salud – OPS, para estimación de población de animales compañía a razón de un perro por cada siete



personas y un gato por cada 15 personas, usando como insumo la proyección de la población DANE en humanos. Con base en ese estimado se fijó la meta del 80% de coberturas útiles de vacunación antirrábica en caninos y felinos para Antioquia, lo que equivale a inmunizar 1'180.705 animales contra la rabia.

La vacunación antirrábica de caninos y felinos hace parte de las actividades misionales de los Técnicos Área de la Salud. Dadas las dinámicas de vacunación antirrábica, actividad que se desarrolla durante todo el año, se proyecta alcanzar a diciembre de 2022 una cobertura en la vacunación antirrábica mínimo del 52.4%, lo que representa 773.362 animales inmunizados. Para esto se vienen adelantando acciones adicionales, tales como procesos contractuales orientados a fortalecer la vacunación antirrábica en zonas rurales de los municipios categoría 4, 5 y 6 del departamento de Antioquia, con especial atención en los municipios donde se han identificado focos de rabia silvestre (Dabeiba, Urrao, Frontino, Valdivia, Briceño, Ituango, Puerto Berrio y Barbosa) y municipios con amplia extensión geográfica rural. Además, se hace acompañamiento en las subregiones de Urabá y Bajo Cauca que por sus características geográficas y sociodemográficas.

Las intervenciones de vacunación antirrábica durante el año 2022 se realizaron mediante la estrategia de punto fijo en parques y sitios estratégicos de cabeceras urbanas, centros poblados y veredas y se complementó con la estrategia de barrido casa a casa lo que permitió aumentar las coberturas de vacunación.

En cuanto al componente de tenencia responsable de animales de compañía, durante el año 2022 se ha realizado una (1) campaña que abarcó todo el departamento de Antioquia y estuvo compuesta por material audiovisual, material impreso y publicaciones en redes sociales. Se hizo énfasis en bienestar animal, vacunación antirrábica y planes sanitarios que incluyen la prevención del contagio de zoonosis. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud- OMS y de Organización Mundial de Sanidad Animal – OMSA, el 60% de los agentes patógenos que causan las enfermedades humanas provienen de animales domésticos o silvestres. Educar las comunidades en tenencia responsable de animales, se convierte entonces en una prioridad para prevenir la exposición a agentes causantes de enfermedad.

Lo que respecta a las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, durante 2022 (S.E. 42) se han notificado 12.929. De estas, 10.244 (79,23%) fueron clasificadas como no exposición; 1900 (14,70%) fueron clasificadas como exposición leve y 785 (6,07%) se clasificaron como exposición grave. La especie agresora reportada con mayor proporción fueron los caninos con 11.019 (85,23%) agresiones, seguido de los felinos con 1.723 (13,32%) agresiones. Animales silvestres sumaron el 1,17% (151) de las agresiones; mientras que animales de producción representaron el 0,24% (31) de los agresores. También han sido notificadas cinco- 5 (0,04%) agresiones por humanos, que se clasificaron como no exposición.

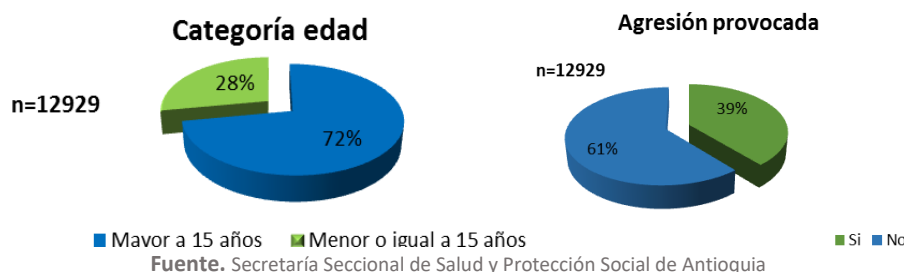


475



Al analizar las agresiones según categoría de edad, se encuentra un 28% de los casos que ocurrieron en menores de 15 años. Es necesario liderar estrategias de prevención que logren impactar esta cifra, y evitar la agresión por mordedura o arañazo, la cual se constituye en el principal riesgo de una eventual exposición al virus de la rabia. Respecto al tipo de agresión el 39% de las notificaciones fueron clasificadas como agresión provocada. Una vez más la concientización sobre tenencia responsable de animales se convierte en un factor clave de intervención que podría disminuir de manera efectiva las agresiones y por consiguiente la exposición al virus de la rabia.

Figura 192. Categoría edad de pacientes agredidos y Figura 1b: tipo de agresión



Los Técnicos Área de la Salud, tienen dentro sus actividades misionales, llevar a cabo la observación de caninos y felinos agresores, durante los 10 días posteriores a la agresión. Con base en la observación del animal agresor se debe notificar a la Unidad Primaria Generadora de Datos-UPGD y al médico tratante el estado final del animal agresor a través de la ficha de observación.

Aunque no se han presentado casos de muertes humanas por rabia en Antioquia en los últimos 20 años, las estrategias de control de la enfermedad y vigilancia de la transmisión del virus de la rabia siguen activas por el riesgo de adquirir la infección. Las agresiones por animales potencialmente transmisoras de rabia y la circulación viral en especies silvestres como murciélagos y zorros, reportadas en diferentes municipios de Antioquia obligan a mantener e intensificar acciones conducentes a prevenir nuevos contagios.

Es importante resaltar que el gato doméstico, se ha convertido en una especie importante a vigilar en el Departamento. Esto, dado que los últimos casos de rabia humana reportados en el país fueron precisamente transmitidos por el contacto con estos felinos, los cuales no tenían un adecuado plan de vacunación contra el virus de la rabia.

En Antioquia el 100% de los municipios ha registrado agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia durante el año 2022, donde el mayor número de reportes se presentó en el municipio de Medellín (Valle de Aburrá) con 4.433 agresiones y el municipio con menor número de agresiones reportadas es Vigía del Fuerte (Urabá) con un (1) caso.

En cuanto a la esterilización de caninos y felinos, que es la forma más segura y efectiva de disminuir el abandono de animales y como efecto directo limita el aumento de animales callejeros, a 31 de diciembre de 2022 se proyecta realizar 44.398 cirugías, para un acumulado de 89.195 animales de

compañía esterilizados entre 2020 y 2022. Controlar el aumento poblacional de animales de compañía impacta de manera directa el componente de salud pública al reducir el riesgo de exposición al virus de la rabia. También se impacta el componente de salud ambiental al disminuir la contaminación generada por fecalismo en áreas públicas. Además, podría limitar la exposición a parasitosis gastrointestinales como la giardia y los helmintos.

En lo que respecta a brucelosis, dos subregiones del departamento han presentado focos de la enfermedad en animales según el ICA (Norte y Suroeste) en ambas subregiones se han llevado a cabo investigaciones epidemiológicas de campo, búsqueda activa comunitaria asociados a esos focos, sin embargo, no se identificaron casos en humanos con esas estrategias. Para el año 2022, se tiene como resultado preliminar la identificación de tres eventos en RIPS, lo que representa una incidencia de 0,06 eventos por 100.000 habitantes. Sin embargo, se realizó verificación en SIVIGILA del evento sin establecer código 900, pero no se encontraron casos para el evento brucelosis.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia ha mantenido la búsqueda de información relacionada con brucelosis, con el objetivo de identificar los posibles casos para los eventos y lograr orientar el proceso de vigilancia epidemiológica en los municipios, desde la sospecha, hasta la notificación y la atención oportuna de los casos. Es necesario también lograr la articulación con otras instituciones como el ICA y Secretaría de Agricultura, que permita garantizar el flujo en la comunicación y el desarrollo de las intervenciones requeridas, que contribuyan a la preservación de la salud pública de los territorios.

Respecto a leptospirosis y de acuerdo con el protocolo de vigilancia del evento, la notificación debe realizarse desde la sospecha que se genera en la atención clínica. Con base en esto, los casos notificados al SIVIGILA durante año 2022 han sido 533. De los 533 eventos notificados al SIVIGILA, 119 arrojaron al menos un resultado positivo en las muestras pareadas para IgM que fueron tomadas y procesadas por la IPS que capta el caso. Estas cifras permiten establecer un porcentaje de positividad del 22,33%. Las tasas de incidencia calculadas con los datos de pacientes confirmados en SIVIGILA se ubican en 1,64 casos por cada 100.000 habitantes para Antioquia.

Sin embargo, todos los casos de leptospirosis notificados en SIVIGILA deben ser confirmados mediante una prueba Aglutinación Microscópica – MAT, que se lleva a cabo por el Instituto Nacional de Salud- INS. En el corrido del 2022, nueve (9) casos han sido confirmados por medio de la prueba MAT en el INS. Con base en estos resultados la tasa de incidencia de leptospirosis en Antioquia para el año 2022 se calculó en 0,13 casos por cada 100.000 habitantes. En cuanto a la mortalidad por leptospira, cinco eventos han sido notificados en el año 2022, procedentes de los municipios Necoclí (1), Vegachí (1), Medellín (2) y Remedios (1).

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia realiza acciones encaminadas a garantizar la aplicación de los criterios de confirmación o descarte de casos que permitan la toma oportuna de decisiones. Estas acciones incluyen asistencias técnicas en el protocolo de vigilancia y



asesorías en el protocolo de vigilancia por laboratorio para el evento de Leptospirosis.

La vigilancia epidemiológica se acompaña desde el seguimiento a la notificación, la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo ante la presentación de brotes y unidades de análisis ante todo caso de muerte sospechosa o confirmada por leptospirosis, haciendo énfasis en la identificación de personas con síntomas compatibles con la definición de caso, antecedentes epidemiológicos de riesgo, contacto con roedores o animales enfermos, aguas estancadas, condiciones de saneamiento ambiental y educación a la comunidad.

**Problema 27:** Incumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud de los requisitos mínimos esenciales para brindar a los usuarios una atención en condiciones de seguridad, calidad y oportunidad, en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Implementación y fortalecimiento del SOGC a los prestadores de servicios de salud en el departamento de Antioquia

Línea de Acción MAITE: Gobernanza- Talento Humano

Para lograr la atención con calidad y oportunidad a la población antioqueña, se contribuye a mejorar la capacidad de resolutoria de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y el cumplimiento con la normatividad vigente con la revisión, evaluación y emisión de aval a los proyectos presentados por las ESE Hospitales, para la financiación o cofinanciación para la adquisición de equipos biomédicos, vehículos (ambulancias), y equipos industriales de uso hospitalario, para la construcción, remodelación y adecuación de la infraestructura física; la asesoría y asistencia técnica a las ESE hospital en lo relacionado con los programas de saneamiento fiscal y financiero, la conformación y funcionamiento de la Juntas Directivas, la elaboración de proyectos en Metodología General Ajustada (MGA); en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC y en el Sistema de Información para la Calidad-SIC. Además, se realizó asesoría y asistencia técnica a todos los prestadores de servicios de salud (PSS) en el Sistema Obligatorio de



Garantía de la Calidad en la atención en salud (SOGC) y en la organización de la red y la inspección vigilancia y control en el cumplimiento de las normas técnicas, científicas y administrativas y del SOGC a los prestadores de servicios de salud, y la coordinación de la Red de trasplantes y de Sangre. Las acciones realizadas en este indicador son coherentes con las iniciativas de los municipios PDET que se han incluido en los proyectos cofinanciados.

También se cumple en un 100% con las visitas programadas de Inspección, Vigilancia y Control así como las de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación, según la normatividad vigente (Decreto 780 del 2016 y Resolución 3100 del 2019), que tiene por objetivo velar por la vida, la salud y la seguridad de los pacientes (cuando no da espacio para planes de mejoramiento), para lo cual los prestadores de servicios de salud deben cumplir con estándares mínimos de calidad en sus servicios, a los cuales se les realiza un seguimiento más estricto en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGC), orientado a contar con las condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, a fin de mejorar la calidad de la atención de salud que se brinda a la población por parte de los PSS. Esto se desarrolla con la ejecución de las visitas de verificación y de inspección y vigilancia a los Prestadores de Servicios de Salud (PSS).

Este proyecto tiene retos importantes, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, debe verificar e inspeccionar anualmente mínimo al 25% de los prestadores de servicios de salud habilitados y se les debe realizar un seguimiento estricto a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGC), para garantizar las condiciones mínimas de seguridad, de humanización, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, para evitar la presencia de eventos adversos, causando daño a los pacientes o la muerte. A diciembre del 2022 se cuenta con un total de 17.247 Prestadores de Servicios de Salud, en este punto es importante aclarar que esta cifra es variable y tiende a aumentar dado que las solicitudes de habilitación se presentan diariamente.

Se presta asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades, concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten y cuando se considera pertinente; en cumplimiento de estas funciones se han desarrollado Jornadas de capacitación a los Prestadores de Servicios de Salud del Valle de Aburrá, Oriente y Urabá en el cumplimiento de los estándares de habilitación de la Resolución 3100 del 2019.

**PROBLEMA 28:** Dificil acceso a los servicios sociales por parte de comunidades vulnerables en el departamento de Antioquia.



479





Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Implementación Programa aéreo social acortando distancias Antioquia

Línea de Acción MAITE: Prestación de Servicios- Enfoque diferencial

El Programa Aéreo Social, posibilita el acceso a los servicios sociales, en las comunidades más vulnerables de las subregiones, especialmente en Urabá, Suroeste y Occidente, donde se asientan las poblaciones con mayores riesgos sociales y de salud para la vida. El Programa Aéreo Social realiza actividad en lo corrido del año 2022 en el municipio de Frontino, Altos de Murrí a la comunidad afro. Las atenciones se realizan con la participación de equipos multidisciplinarios de la ESE municipal, Dirección Local de Salud, personal del Programa Aéreo y del CRUE departamental, Registraduría, oficina del SISBEN, MANÁ. Se prestaron servicios a 703 personas con atenciones en vacunación, trabajo social, odontología, nutrición, medicina general, enfermería, higiene oral entre otras.





Durante los años de operación del Programa se destaca el rescate y traslado por vía aérea a niñas, niños y maternas en riesgo de muerte, contribuyendo a disminuir la mortalidad evitable de grupos C, D5 y D6 en las comunidades indígenas y afro priorizadas. El avance de los planes de intervención social ejecutados para las comunidades vulnerables con difícil acceso, priorizadas del departamento fue de 41,66%, impactando las subregiones priorizadas de Urabá, Occidente y Suroeste.

Es un reto importante facilitar el acceso a los servicios sociales a estas comunidades vulnerables quienes se han visto afectados por situaciones geográficas, sociales, económicas, ambientales entre otros lo que ha ocasionado un deterioro de las condiciones de salud y la presencia de enfermedad, en especial para la población indígena global quienes presentan altos niveles de inequidad en la oferta institucional, bajo reconocimiento de sus particularidades culturales, su cosmogonía, usos y costumbres.

**Problema 29:** Población con dificultad en el acceso a servicios de salud especializados.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.6. Programa 6: Telesalud

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Implementación Telemedicina, conectados para cuidar la salud y la vida de la población



481

de Antioquia

Línea de Acción MAITE: Prestación de Servicios

Con la implementación de la modalidad de Telemedicina, se busca facilitar e impactar el trabajo en red, además, de fortalecer la capacidad resolutoria de los primeros niveles de atención con el fin de mejorar la accesibilidad y la oportunidad a los servicios de mediana y alta complejidad, mejorando la calidad en la atención, así como la oportunidad en el diagnóstico de la población antioqueña.

En el año 2022 se habilitan en la modalidad de Telemedicina 49 ESE y se asignan recursos a 16 de estas, con el fin de dotar un consultorio con los implementos mínimos necesarios para garantizar la atención de los antioqueños.

La implementación de la modalidad de telemedicina ayuda en el diagnóstico precoz evitando complicaciones, además evitará desplazamientos innecesarios de los pacientes a otras ciudades disminuyendo el riesgo de un deterioro de su salud, así como la disminución de los gastos de bolsillo de los mismos.

**PROBLEMA 30:** La capacidad analítica del Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia es insuficiente para dar respuesta a las necesidades del Sistema de Vigilancia en salud pública en el marco de la seguridad sanitaria.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.2. Programa 2: Mejoramiento de la situación de salud de Antioquia

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento trabajando por la Salud Pública -Laboratorio Departamental.

Línea de Acción MAITE: Salud Pública



482

El Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) de Antioquia, como parte de la Red Nacional de Laboratorios, es la entidad pública departamental encargada del desarrollo de acciones técnico-administrativas realizadas en atención a las personas y el medio ambiente con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación, competencias expresadas en el Decreto 2323 de 2006, específicamente en el Art. 16.

El LDSP es entonces, un ente de apoyo a la vigilancia en salud pública al servicio de los antioqueños, cuyos datos aportan a la toma de decisiones en salud en lo que refiere a la a Eventos de interés en Salud Pública -EISP transmisibles. Sus ejes misionales comprenden gestión de la calidad de red diagnóstica de Antioquia, el apoyo diagnóstico para EISP, actividades de investigación que impacten la salud pública y actividades de asesoría y asistencia técnica para el fortalecimiento constante de la red de laboratorios del departamento.

Si bien se ha identificado algunas necesidades de mejora en el LDSP, en términos de infraestructura principalmente, dado que actualmente no se cuenta con una sede propia que facilite el cumplimiento de los requerimientos para un laboratorio de referencia, se viene trabajando en las mejoras necesarias que permitan el cumplimiento de dichos ejes misionales, avanzando sustancialmente en el año 2022 en el propósito de fortalecimiento de los procesos de gestión de la salud pública desde el laboratorio.

Dentro de las principales actividades que realiza el LDSP, se encuentra el acompañamiento a la red de diagnóstica del departamento, específicamente mediante visita de verificación de estándares de calidad de laboratorio contenidos en la Resolución. 1619 de 2015, actividad que se estableció rutinaria para el LDSP desde el año 2021.

Se ha identificado que para octubre de 2022 el departamento de Antioquia cuenta con 440 laboratorios clínicos registrados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud, de los cuales, entre el año 2021 y 2022 se han visitado el 26,1% correspondiente a 115 laboratorios. Así mismo, se tiene caracterizado la red de laboratorios con actividades relacionadas a vigilancia de calidad de agua y alimentos de 49 en el Departamento, logrando para el año 2022 visitar el 91.8% correspondientes a 45 laboratorios. Es importante destacar que la cobertura con este tipo de actividades para toda la red diagnóstica se encuentra limitada por el recurso humano disponible para esta actividad, pues requiere un desplazamiento hasta los laboratorios para realizar las respectivas verificaciones.

Teniendo en cuenta este número de laboratorios, se derivan las actividades de evaluación del desempeño y apoyo diagnóstico para el LDSP, mostrando que a través del tiempo que el LDSP mueve un flujo de pruebas considerable, de las cuales se muestra su histórico del año 2016 a 2022 corte 31 de octubre de 2022; en este tiempo se ha manejado un promedio de 97.720 pruebas anuales (Min: 74.792; Max: 167.056); los años con mayor número de pruebas fueron 2020 y 2021 dada la necesidad diagnóstica en la pandemia por SARS – CoV 2 agente etiológico del COVID-19; el

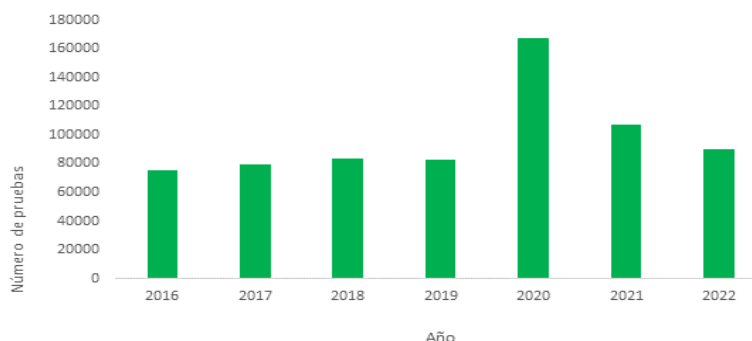


483



año 2022 presenta datos parciales, posiblemente sea uno de los años que presente mayor flujo de muestras, dada la situación de brote por viruela símica a nivel mundial.

**Figura 193.** Número de pruebas de laboratorio por año. Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia, 2016 a 31 de octubre de 2022.



**Fuente.** Laboratorio Departamental de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Con lo anterior, se han realizado actividades relacionadas con evaluación del desempeño, las cuales son actividades anuales rutinarias y permiten realizar seguimiento a la calidad del diagnóstico que se realiza en el departamento, la tabla siguiente muestra el número de pruebas de evaluación del desempeño realizadas por el laboratorio año tras año, evidenciando la incorporación de algunas temáticas nuevas, según ha sido la necesidad de nuevos diagnósticos según la dinámica epidemiológica de Antioquia, reflejando de esta manera un aumento en la capacidad diagnóstica del LDSP y de la red de laboratorios a nivel departamental, para los EISP. Es importante clarificar que el año 2022 tiene un corte de información de octubre, por tanto, se deberá reflejar esta actividad en aumento para algunas pruebas en los dos últimos meses del año.

**Tabla 100.** Número de pruebas de evaluación de desempeño para la red diagnóstica de Antioquia. Laboratorio Departamental de Salud Pública 2016 a 31 de octubre de 2022.

Área	Número de pruebas de evaluación del desempeño por año						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Banco de Sangre	18678	18467	19470	18778	17333	18204	18084
Parasitología	16873	15888	15430	15754	13902	14818	15616
Red de Microscopia	5368	5089	8886	14025	8743	9194	7667
Mico bacterias	3410	7482	8267	7048	3739	4639	4416
TSH Neonatal	2523	2643	3274	4208	3550	4059	3075
Virología	185	5163	4022	4615	5255	5483	2771
Microbiología Clínica	897	900	982	1247	1090	1596	1662
Citología	99	100	100	1600	3100	2850	1100
SARS CoV-2	--	--	--	--	1027	861	769
Virus Respiratorio	--	--	--	--	105	220	236
Otros*	59	30	23	18	74	16	72
Genómica	--	--	--	--	--	112	3
<b>Total</b>	<b>50108</b>	<b>57779</b>	<b>62472</b>	<b>69312</b>	<b>59938</b>	<b>64073</b>	<b>57493</b>

Laboratorio Departamental de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

\* Refiere a las pruebas que no son directamente evaluadas en el LDSP, pero son remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud, específicamente refiere a prueba de patología y entomología, áreas que actualmente están en proceso de desarrollo en el sistema de información del LDSP.



484

Derivado de las pruebas de evaluación de desempeño de la red, el LDSP calcula el porcentaje de concordancia por prueba, de manera tal de determinar el acuerdo de las pruebas diagnósticas que se usan en el departamento para los EISP incluidos en la Resolución 1646 de 2018, buscando que permanezca la trazabilidad de los métodos y que las capacidades diagnósticas *in situ*, tengan el respaldo de LDSP como referente diagnóstico del departamento.

La siguiente tabla, muestra los resultados de esta actividad, evidenciando que una de las temáticas a fortalecer en el departamento son los diagnósticos de mico bacterias, en tanto que se muestra que la concordancia ha permanecido por debajo del 90% a través del tiempo; este indicador ha permitido localizar los laboratorios con mayores necesidades de fortalecimiento y ha permitido programación específica de actividades de asistencia técnica que permiten el mejoramiento de los procesos.

El seguimiento anual de la concordancia ha permitido relacionar en la mayoría de los casos, una mejora continua en el desempeño de la red, no obstante, este indicador debe analizarse específicamente por prueba en cada área, pues determinará las necesidades de intervención a la red, las cuales generalmente se abordan desde las asesorías y asistencias técnicas. Las siguientes tablas muestran el porcentaje de concordancia por prueba en cada una de las áreas en los últimos años, evidenciando que se ha tenido una buena trazabilidad entre el LDSP y la red, no obstante, existen algunas pruebas que cuyo porcentaje de concordancia está muy por debajo del 95%, lo cual ha sido un punto de atención para las áreas de LDSP en términos de seguimiento e intervención.

**Tabla 101.** Porcentaje de concordancia en las pruebas realizadas en el área de virología. Laboratorio Departamental de Salud Pública 2019 a 31 de octubre de 2022.

Prueba	Porcentaje de concordancia			
	2019	2020	2021	2022*
Anticuerpos Anticentral Total (hepatitis B)	99	95,8	97,9	98
Hepatitis B, Antígeno Superficial	98,5	96,5	95,3	1,7
Hepatitis C, Anticuerpos Totales	97,8	94,1	96,6	94,3
HTLV-1 Anticuerpos Totales	100	100	100	0
SIDA, VIH1-VIH2 Anticuerpos Presuntivos	98,9	94,8	96,7	95
Inmunofluorescencia para virus respiratorios		100	98,2	-
Dengue IgM	88,2	84,1	68,8	0
IgM Hepatitis A	99	98,9	97,8	87,7
Prueba Rápida Dengue IgM	91,7	92,00%	92,2	16,1
Prueba Rápida Hepatitis B, Antígeno Superficial	99,2	98,80%	97,4	0,7
Prueba Rápida Hepatitis C, Anticuerpos Totales	99,4	100	100	90,4
Prueba Rápida SIDA, VIH1-VIH2 Anticuerpos Presuntivos	99,6	91	98,3	70,4
Rubeola IgM	99	89,3	97,6	76,7
Sarampión IgM	100	100	100	-
SARS – CoV2		88,4	93,5	41,9
TSH – Neonatal (área en desarrollo defectos congénitos)	94,3	89,5	93,1	91,9

Fuente Laboratorio Departamental de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

\*Datos parciales a 31 de octubre de 2022



**Tabla 102.** Porcentaje de concordancia en las pruebas realizadas en el área de banco de sangre. Laboratorio Departamental de Salud Pública 2017 a 31 de octubre de 2022.

Prueba	Porcentaje de concordancia					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
SIDA, VIH1-VIH2 Anticuerpos Presuntivos (Donante B.S.)	99	98,6	98,1	98,7	98,5	97,9
Hepatitis B, Antígeno Superficial (Donante B.S.)	99,3	99,5	99,2	99,6	99,5	98,6
Hepatitis C, Anticuerpos Totales (Donante B.S.)	98,1	98,6	98,2	98,3	97,1	98,2
Chagas Anticuerpos Igg	98,8	99,3	99,4	99,8	99,1	98,9
Anticuerpos para <i>Treponema pallidum</i> (Donante B.S.)	99,4	99,3	99,5	99,1	99,5	99,1
Anticuerpos Anticentral Total (Hepatitis B) (Donante B.S.)	99,2	99,3	99,2	99,3	99,6	99
HTLV-1 Anticuerpos Totales (Donante B.S.)	99,1	99,1	98,2	98,6	98	98

Fuente. Laboratorio Departamental de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

\*Datos parciales a 31 de octubre de 2022

**Tabla 103.** Porcentaje de concordancia en las pruebas realizadas en el área de mico bacterias. Laboratorio Departamental de Salud Pública 2017 a 31 de octubre de 2022.

Prueba	Porcentaje de concordancia					
	2017	2018	2019	2020	2022	2022*
Control de Calidad Hansen - Lepra Indirecto		90,1	91,1	93	96,9	94,1
Control de Calidad Baciloscopia Indirecto	98,6	98,8	98,7	98,1	97,6	93,7
Control de Calidad Baciloscopia Directo	68,7	82,3	84,2	74,7	69,6	83,4

Fuente. Laboratorio Departamental de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

\*Datos parciales a 31 de octubre de 2022

**Tabla 104.** Porcentaje de concordancia en las pruebas realizadas en el área de parasitología. Laboratorio Departamental de Salud Pública 2017 a 31 de octubre de 2022.

Prueba	Porcentaje de concordancia					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Gram de Gonococo	99,7	99,1	99,3	97,5	96,7	98,6
Control de calidad Sífilis	99,3	99,4	99,1	97,6	97,7	97,9
Directo Malaria	98,8	98,8	98,6	98,7	98,2	98,9
Directo Leishmaniasis	98,2	98,9	97,7	97,8	96,5	98,3
Gram de Líquidos Estériles	99,9	98,8	99,7	93,4	98,6	99,3
Pruebas Treponémicas		99,5	99,1	96,8	69,8	93,5

Fuente. Laboratorio Departamental de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

\*Datos parciales a 31 de octubre de 2022

El área de microbiología clínica presenta una rutina especial para sus actividades evaluación de desempeño y verificación de la calidad, pues es un área que se especializa en microorganismos poco frecuentes en la población y con diagnóstico especial, así, evalúa diagnósticos previos de los microorganismos que se listan en el cuadro, encontrando que el porcentaje de concordancia entre laboratorio que realiza la prueba y el LDSP siempre ha sido del 100% en los momentos que se han presentado desde el 2017 a la fecha de corte de este informa.

Tabla 105. Microorganismos evaluados en el área de Microbiología Clínica. Laboratorio Departamental de Salud Pública, 2022.

Microorganismos o prueba
Achromobacter sp.*
Acinobacter sp.
Aeromonas
Bordetella sp.
Burkholderia sp.
Leptospira sp.
Campylobacter sp.*
Candida sp.
Citrobacter sp.
Confirmación Aislamiento Haemophilus influenzae
Confirmación Aislamiento de E. coli
Confirmación Aislamiento de Salmonella sp.
Confirmación Aislamiento de Shigella sp.
Confirmación Aislamiento Listeria monocytogenes
Confirmación de Aislamiento Criptococosis
Confirmación de aislamiento de Neisseria sp.
Confirmación de Aislamiento de Streptococcus Pneumoniae
Enterobacter sp.
Enterococcus sp.
Hafnia sp.
Klebsiella sp.
Neisseria Meningitidis
Proteus sp.
Providencia sp.
Pseudomonas aeruginosa
Raoultella sp.*
Saccharomices sp.
Serratia sp.
Staphylococcus sp.
Sthenotropomona sp.

Fuente. Laboratorio Departamental de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

\*No se han registrado en el periodo reportado

En el Laboratorio Departamental de Salud Pública se realizan actividades específicas de vigilancia y control que relacionan la calidad de agua de consumo y alimentos, de esta manera, el área ha realizado pruebas microbiológicas y físico químicas, que permiten verificar estos productos, que, al ser de consumo masivo en la población, se convierten en potenciales riesgos para la salud pública del departamento. El flujo de estas pruebas anuales, se presenta en la figura 2, encontrando un promedio anual de 11.950 pruebas (Min: 483; Max: 21.950); el año con menos pruebas registradas fue el 2020, momento en que el área fue cerrada por el INVIMA, dado los incumplimientos de los estándares exigidas por esta autoridad sanitaria, sin embargo, esta situación fue subsanada y a partir del 2021 se muestra una reactivación de las actividades con una cobertura importante en el departamento.

**PROBLEMA 31:** Débil capacidad de gestión administrativa en salud, en las emergencias y desastres, desde el nivel sectorial e intersectorial en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia





## 4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) del departamento Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Prestación de Servicios

La salud pública en emergencias y desastres, abarca los riesgos de emergencias y desastres y sus efectos negativos en la salud humana y ambiental. Para lo cual, la gestión integral de riesgo en emergencias y desastres propende por generar espacios de conocimiento, planificación, atención, seguimiento y evaluación sobre el riesgo de desastres (actuales y futuros), ampliar y mantener las capacidades básicas de vigilancia y respuesta en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, fortalecer la respuesta en salud, implementando estrategias de atención, reconstrucción y recuperación.

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias es una unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio antioqueño, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre. Durante 2022 el equipo técnico del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) desarrolla asesorías y asistencia técnica en las subregiones del departamento, en temas como: Funciones de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias CRUE, Referencia y contra referencia de pacientes urgentes y electivos, gestión del riesgo de la Misión Médica, Donación y trasplante de órganos y tejidos, Gestión del riesgo en salud con Planes de Manejo en salud de aglomeración masiva de personas y Planes Hospitalarios de Emergencias, Sistema de Emergencias Médicas -SEM y Reglamento Sanitario Internacional; adicionalmente, se realizan actividades de inspección y vigilancia a los sistemas de emergencias médicas en el reporte del SIRAS y a las EAPB con énfasis en la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, se reportan las urgencias, emergencias y desastres que se presentan en el departamento, con el fin de coordinar y articular acciones en salud para la atención, coordinar la referencia y contrarreferencia de pacientes urgentes y electivos; informar, orientar y asesorar a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la comunidad en general, y organizar y coordinar la red de comunicaciones y transporte en salud, para la atención de urgencias, emergencias y desastres.

Para el tercer trimestre de la presente vigencia, se cuenta con 171 emergencias reportadas al



Centro regulador, siendo el mes de agosto el de mayor reporte, representando el 18% del total; las principales causales de las emergencias se deben principalmente a los homicidios (20,5%), accidentes de tránsito (18,7%), atentado terrorista (11,1%), incursión armada (11,1%), deslizamiento (9,4%), inundaciones (4,7%), intoxicación (4,1%), entre otras. De las emergencias notificadas y verificadas por el CRUE, se extrae información de mortalidad por emergencias y desastres para así realizar el cálculo del indicador, teniendo como resultado para el tercer trimestre una tasa de Mortalidad por emergencias y desastres de 2,31 por cada 100.000 habitantes del departamento de Antioquia; las principales causas de mortalidad durante estuvieron asociadas a siniestros viales, hechos relacionados con la ola invernal y otros eventos de menor causación (accidentes marítimos, intoxicación de gases, ahogamientos, colapso estructural, explosiones, accidentes en sitios de congregación masiva e incendio estructura). Es conveniente resaltar que, para la presente vigencia se realizó un análisis y ajuste en el cálculo del indicador, excluyendo las causas de mortalidad asociadas a hechos violentos, lo que presentó un cálculo acorde con las condiciones propias del indicador.

Así mismo, se viene trabajando en brindar respuesta oportuna a las solicitudes de servicios urgentes y electivos. La Oportunidad en la respuesta a las solicitudes de servicios de salud en el CRUE, cuenta con el logro del 99,10%, lo cual indica que el 99,10% de las solicitudes de servicio fueron atendidas oportunamente en un tiempo menor de 6 horas, dando cumplimiento a lo que establece la norma. Para la vigencia 2022 se tiene establecida una meta del 90%, la cual ha sido superada de manera muy satisfactoria, dado los avances en la implementación del Sistema de Información SISCRUE Antioquia que soporta los procesos de referencia y contrarreferencia en el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del departamento de Antioquia y el fortalecimiento del talento humano.

El Sistema de Emergencias Médicas-SEM es un modelo integrado, que tiene objetivo responder de manera oportuna y eficiente las veinticuatro (24) horas del día y siete (7) días a la semana, a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica de urgencias en lugares públicos o privados. Para llevar a cabo el sistema, es necesaria la articulación técnica y operativa eficiente con el CRUE Departamental.

Según la normatividad vigente, los distritos y los municipios de categoría primera y especial, son responsables de la implementación del SEM. En el departamento de Antioquia se cuenta con una meta para el año 2022 del 95,0% de cumplimiento en la implementación del SEM, logrando un avance del 85,7% de cumplimiento. Lo anterior se debe a que se cuenta con siete municipios y/o distritos obligados por norma a la implementación del Sistema, donde seis municipios han logrado dicha implementación, quedando pendiente un municipio ya que presenta dificultades de carácter técnico, administrativo y financiero que impiden la implementación del SEM. Con la implementación del sistema de emergencias médicas en los municipios obligados, se tiene oportunidad en la atención de emergencias, siniestros viales, traumatismos y paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica de urgencias articuladas con el CRUE. El



personal del CRUE continúa realizado acompañamiento a los municipios obligados a implementar el SEM en su territorio, ya que la obligatoriedad de la implementación del sistema es de cada uno de los municipios, siendo el Departamento un actor que acompaña el proceso y realiza la auditoría.

Con relación al Cumplimiento de las acciones definidas por el Reglamento Sanitario Internacional- RSI, se tiene establecida una meta del 90% del cumplimiento de las acciones para el año 2022, obteniéndose como resultado el 85.5% para el tercer trimestre, todo ello debido a que se encuentra pendiente por legalizar el acto administrativo de la creación de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) de algunos municipios y la realización de los comités de sanidad portuaria. Se espera que para el año 2023 se alcance la meta del 100% de cumplimiento de acciones de RSI.

A partir de la emergencia por COVID-19, se avanza en estrategias orientadas a brindar una respuesta efectiva del CRUE, monitoreo de medicamentos, desescalamiento de pacientes, seguimiento y monitoreo a la ocupación de camas y porcentaje de ocupación por covid-19, articulación con el sector educación con el fin de realizar rotación de estudiantes, como apoyo a la gestión del Centro Regulador.

El mejoramiento de los procesos del Centro Regulador, la implementación del Sistema de Información SISCRUE Antioquia necesario para la referencia y contrarreferencia de pacientes, la respuesta ante situaciones de urgencias, emergencias y desastres y la articulación con los actores, contribuyen al posicionamiento del CRUE, y, por ende, se garantiza la atención en salud en el departamento de Antioquia.

Según las Naciones Unidas, el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. Salud y bienestar, tiene como finalidad garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible. Antes de la pandemia, se consiguieron grandes avances en la mejora de la salud de millones de personas. En concreto, estos grandes avances se alcanzaron al aumentar la esperanza de vida y reducir algunas de las causas de muerte comunes asociadas con la mortalidad infantil y materna. Sin embargo, se necesitan más esfuerzos para erradicar por completo una gran variedad de enfermedades y abordar un gran número de problemas de salud, tanto constantes como emergentes. A través de una financiación más eficiente de los sistemas sanitarios, un mayor saneamiento e higiene, y un mayor acceso al personal médico, se podrán conseguir avances significativos a la hora de ayudar a salvar las vidas de millones de personas.

Las emergencias sanitarias, como la derivada de la COVID-19, suponen un riesgo mundial y han demostrado que la preparación es vital. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo señaló las grandes diferencias relativas a las capacidades de los países para lidiar con la crisis de la COVID-19 y recuperarse de ella. La pandemia constituye un punto de inflexión en lo referente a la preparación para las emergencias sanitarias y la inversión en servicios públicos vitales del siglo XXI<sup>45</sup>.

<sup>45</sup> <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Por otro lado, las Naciones Unidas considera que los objetivos de desarrollo sostenible, especialmente el ODS17. Alianzas para lograr Objetivos, solo se pueden conseguir con asociaciones mundiales sólidas y cooperación. Para que un programa de desarrollo se cumpla satisfactoriamente, es necesario establecer asociaciones inclusivas (a nivel mundial, regional, nacional y local) sobre principios y valores, así como sobre una visión y unos objetivos compartidos que se centren primero en las personas y el planeta. Muchos países requieren asistencia oficial para el desarrollo con el fin de fomentar el crecimiento y el comercio. Aun así, los niveles de ayuda están disminuyendo y los países donantes no han respetado su compromiso de aumentar la financiación para el desarrollo. Ahora más que nunca es necesaria una sólida cooperación internacional con el fin de garantizar que los países que poseen los medios para recuperarse de la pandemia reconstruyan mejor y consigan los Objetivos de Desarrollo Sostenible<sup>46</sup>.

En el Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), de periodicidad anual, se proporciona un panorama general de los esfuerzos realizados hasta la fecha para su aplicación en todo el mundo, subrayando las esferas de progreso y las esferas en las que se deben tomar más medidas para garantizar que nadie se quede atrás.

Cuando se cumplen cinco años de la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Informe sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2020 (disponible en inglés) destaca los progresos que se han logrado en el mundo en algunos ámbitos como la mejora de la salud materno-infantil, la ampliación del acceso a la electricidad y el aumento de la representación de las mujeres en el Gobierno. Aun así, estos avances se han visto contrarrestados en todo el mundo por la creciente inseguridad alimentaria, el deterioro del entorno natural y las persistentes desigualdades dominantes.

Ahora, en muy poco tiempo, la pandemia de COVID-19 ha desatado una crisis sin precedentes que obstaculiza aún más el progreso de los ODS, lo que afecta en mayor medida a las personas más pobres y vulnerables del mundo. Con base en los datos y las estimaciones más recientes, este informe anual de situación sobre el progreso en los 17 Objetivos revela que las personas más vulnerables (incluidos los niños, ancianos, discapacitados, migrantes y refugiados) son las más gravemente afectadas por la pandemia de COVID-19. Las mujeres también están sufriendo las peores consecuencias de la pandemia<sup>47</sup>.

**Problema 32:** Inadecuada prestación de servicios de salud que no responde a las necesidades y expectativas de la población del departamento de Antioquia

<sup>46</sup> <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/globalpartnerships/>

<sup>47</sup> <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/progress-report/>





Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.5. Programa 5: Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud

ODS movilizado(s) por este programa:

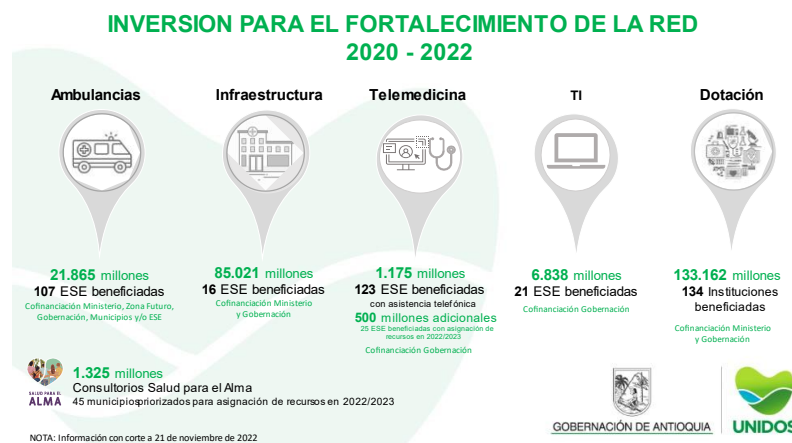


Proyecto: Fortalecimiento a la red de servicios de salud del departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Prestación de Servicios

Alineados con el plan de desarrollo “Unidos por la Vida 2020 – 2023” Línea 4, Nuestra Vida en su Componente número 2, Bienestar activo y Saludable para Antioquia, dentro del cual está el Programa número 5, Fortalecimiento de la red de prestadores de servicio de salud, venimos fortaleciendo la red pública del departamento con inversiones que permiten a las ESE estar mejor preparadas para responder al objetivo de las RISS que buscan mejorar la cobertura, accesibilidad, disponibilidad y oportunidad en la atención, mejorando la capacidad resolutive y fortaleciendo a los primeros niveles para que sean la puerta de entrada al sistema

Estas son las inversiones que se han realizado a diciembre del 2022:



492

El fortalecimiento de la red ha permitido un mejor acceso a los servicios de salud, evitar desplazamientos innecesarios a la población, disminución en los gastos de bolsillo y fortalecer la resolutivez en terreno de las ESE.

**Problema 33:** Incipiente articulación e inexistente interoperabilidad entre los desarrollos de tecnologías de la información, por parte de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y los diferentes actores del sector salud, en el departamento de Antioquia



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Transformación digital en salud para el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Gobernanza

Para el departamento de Antioquia se tiene unos retos grandes frente al desarrollo de un adecuado sistema de información en salud, se cuenta con una caracterización parcial de procesos y procedimientos definidos lo que genera en ocasiones desarticulación en las cadenas de información y sistemas de integración incipientes por la dispersión de aplicativos que son implementados unos desde el nivel nacional, otros a nivel local. Se deben adquirir plataformas interoperables que faciliten la cooperación entre actores de modo que se eviten los reprocesos y mejorar la cultura para dar un mejor uso a la información disponible y generar conocimiento a partir de la información que se tiene y que permita una mejor toma de decisiones por parte de los diferentes actores del sistema.

En cuanto al indicador de avance en la interoperabilidad con entidades del sector salud se tiene un cumplimiento a diciembre del 45% con el cumplimiento de la meta programada, utilizando plataformas digitales en los componentes o procesos priorizados, se han realizado actividades, destacándose: A diciembre del 2022 se ha avanzado en la interoperabilidad con entidades del sector salud, utilizando plataformas digitales en los componentes o procesos priorizados: se dio continuidad en la aplicación de la encuesta de diagnóstico de infraestructura de Tecnología e Información TI, pasando de 40 ESE priorizadas a todas las 131 ESE del departamento de Antioquia,



ejecución exitosa del piloto de la Conectaton para el proyecto de Interoperabilidad de Historia Clínica Electrónica llevado a cabo con 19 ESE públicas y privadas priorizadas; apoyo técnico y metodológico en la formulación de proyectos para el fortalecimiento de su infraestructura tecnológica, de los cuales han registrado 64 proyectos en la plataforma MGA del Departamento Nacional de Planeación; y se brindó apoyo financiero a 39 ESE de Antioquia que formularon proyectos para el fortalecimiento de su infraestructura TI; participación y formulación proyecto del Fondo de Conectividad de la Gobernación de Antioquia (CIA) para el apoyo a la Interoperabilidad de la Historia Clínica con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la atención integral en salud; y se han establecido reuniones de seguimiento y avance con proveedores de software de historia clínica sobre la implementación de la Resolución 866 de 2021 y dificultades presentadas, con el Ministerio de Salud y Protección Social y empresas internacionales que manejan el modelo de Interoperabilidad.

Se ha avanzado en la asesoría y asistencia técnica para el diligenciamiento de la aplicación del instructivo del DNP a todas las Empresas Sociales del Estado-ESE del departamento, para determinar con más precisión el estado de la infraestructura tecnológica que tiene las ESE y apoyar en la formulación del proyecto de fortalecimiento de Gestión de Tecnología de Información-TI de acuerdo con las prioridades. Los formatos diligenciados de diagnóstico de Infraestructura TI son 105 de 131 ESE.

El avance de las actividades realizadas de arquitectura empresarial a diciembre han sido: la ejecución de las actividades de los planes de acción para cerrar brechas identificadas en ejercicio del Diagnóstico Arquitectura Empresarial en cada dominio; reactivación del Comité de Seguridad de la información en la Gobernación de Antioquia; entrega de información anonimizada requerida para el proyecto CIFRA, a entes de investigación: Indígenas y avance de caso de uso de datos básicos de SIVIGILA; información requerida para la Secretaría de Seguridad y Justicia; remisión de la data para actualizar la información relacionada (Mortalidad por desnutrición, suicidio y mortalidad materna) para publicación en el portal de datos abiertos (<https://www.datos.gov.co>); y los avances para la implementación de la ventanilla única de información.

Se obtiene un cumplimiento del 27,3% en el indicador de componentes priorizados de tecnologías de la información (TI) desarrollados, implementados y/o articulados para el fortalecimiento del sistema de información, se realizaron los contratos de mantenimiento al software de nómina y Laboratorio Departamental de Salud Pública; recepción de facturación electrónica, avance en análisis de requerimientos aplicativo Fondo de Estupefacientes y se avanzó en la implementación del proyecto de trazabilidad de la facturación en fase 1 por la Fábrica de software de la Gobernación de Antioquia; se realizó mantenimiento a los aplicativos internos de afiliación en línea, registro de profesionales; se realiza la actualización a la aplicación de la Resolución 4505 del 2012; mantenimiento a los aplicativos de MAF, y se realiza el nuevo aplicativo de seguimiento al inventario equipos.



494

En cuanto a las acciones, instrumentos y servicios de información implementados para el análisis, uso y divulgación de la información de manera periódica y sistemática se cumple con la meta programada de 3 para la vigencia 2022; se contrató el mantenimiento de la página Web y Web Master, creación de un nuevo tablero de control RIPS, y se avanza en la multimedia del ASIS 2022; se realizaron 55 streaming que apoyaron las diferentes capacitaciones, lineamientos y temas de interés para el sector salud y la comunidad; se continuo con el mantenimiento a los tableros de control existentes: tasas anuales de mortalidad, tableros de COVID-19, Atención Primaria en Salud-APS, Aseguramiento y reportes de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Con relación a actualización de Infraestructura tecnológica: realización los contratos para la renovación de licencias de Microsoft Assurance, Linux, plataforma de Vmware, Antivirus, correo colaborativo Office 365, Plataforma ArcGis, Autodesk, y mantenimiento plataforma HP, dispositivos de la red cisco y perfeccionamiento del contrato de mantenimiento de Hosting.

**PROBLEMA 34:** Pérdida de liderazgo de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en el proceso de planeación interna y frente a los actores del sistema en el Departamento.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Contribución Fortalecimiento técnico a los actores del SGSSS.

Proyecto: Desarrollo del Observatorio de Salud Secretaría Seccional de Salud y Protección Social Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Gobernanza- Intersectorialidad

Los retos planteados frente al desarrollo y fortalecimiento de la planeación en salud en los territorios de tal manera que se ejecuten estrategias con acciones transformadoras, eficientes, efectivas y eficaces y que permitan la optimización de los recursos, el cumplimiento de metas y objetivos en el corto y mediano plazo y que de manera articulada permita la modificación de los





determinantes de la salud.

Durante el año 2022 se avanzó en el proceso de estandarización del Modelo de Asesoría y Asistencia Técnica, y se avanza en la implementación de la plataforma que permite realizar el seguimiento al cumplimiento de los compromisos pactados en las asesorías o asistencias técnicas y de esta manera lograr impactos positivos orientados al fortalecimiento de capacidades en los territorios, de manera preliminar se tiene proyectado a diciembre del 2022 un resultado del 90%.

El indicador de cumplimiento de los reportes, informes y otros definidos en la normatividad que sean competencia de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia obtuvo un resultado preliminar proyectado a diciembre 31 del 2022 un resultado de 99%. El seguimiento a este cumplimiento se realiza semanalmente y se visualiza en un Power Bi, el cual se encuentra disponible para consulta de los diferentes Directivos y responsables.

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMGJiZDhmNzYtOGNmNC00NjhmLTk5N2YtY2Q5MzI1YTQ0YTM2IiwidCI6IjY0MmYxNTllLTlmMTItNDMwOS1iODdjLWNiYzU0MzZlYzY5MSIsImMiOiJ9&pageName=ReportSectionf62490a7adff9ca1f7c7>

Dentro de los compromisos que se tienen planteados en el proyecto de Fortalecimiento de las capacidades a los diferentes actores del sistema, durante el año 2022 se fortalece el procedimiento de elaboración y despliegue del Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la vigencia (2021 y 2022), con la participación activa de los 125 municipios y Distrito del departamento y de diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, con el objetivo de fortalecer el proceso de planificación territorial y la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad de vida de los antioqueños.

Adicionalmente, se realiza el diseño e implementación del micrositio del ASIS departamental: <https://www.dssa.gov.co/index.php/inicio-asis>.

Se dispone en el micrositio de las fichas municipales y subregionales con información estandarizada de los 125. Sumado a esto, durante el año se realiza un reconocimiento a las entidades territoriales que elaboraron el mejor ASIS 2021, siendo galardonados los municipios de Dabeiba, Envigado, Itagüí, Marinilla y Urrao.

Se fortalece la gestión de los proyectos para la consecución de recursos de inversión para los diferentes actores del sistema (ESE, Direcciones y Secretarías de Salud, IPS) del territorio antioqueño. Se define el instructivo para la formulación de proyectos de salud y se realiza el despliegue y capacitación a los grupos interesados fortaleciendo y estandarizando el Banco de Programas y Proyectos de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y se dispone de la caja de herramientas en la página web para consulta de todos los interesados: <https://www.dssa.gov.co/index.php/plataforma-estrategica/banco-de-programas-y-proyectos>



## [proyectos/caja-de-herramientas](#)

Durante el año 2022 se avanza en la estandarización de los procedimientos relacionados con el Observatorio en Salud (OSSSA), ya que es una oportunidad para fortalecer la generación de conocimiento para la toma de decisiones basada en hechos y datos confiables, y se estructura en ejes estratégicos de acción: Gobierno de datos, Fuentes de información, Análisis de información, Visualización de Información, Productos y/o Resultados. Se adelantan las salas situacionales de Mortalidad por Desnutrición, Mortalidad General, Mortalidad Materna, Suicidio entre otros con la participación de profesionales interdisciplinarios con el objetivo de analizar a profundidad los casos reportados para cada uno de los eventos.

La información se encuentra disponible en el siguiente vínculo: <https://dssa.gov.co/inicio-estadisticas>.

El fortalecimiento de la gestión del conocimiento se ha constituido en uno de los retos de esta Administración, y en respuesta a esta necesidad se estructura el Comité de Investigación de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, cuenta con un Plan de Trabajo con un cumplimiento a diciembre del 2022 del 100%.

**PROBLEMA 35:** Deficiente participación de la ciudadanía en los procesos de Gestión Pública en Salud en el departamento de Antioquia



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Implementación de la Política de Participación Social en Salud PPSS en el departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Gobernanza- Intersectorialidad

Con la implementación de la Política de Participación Social en Salud - PPSS, normada mediante la Resolución 2063 de 2017, por el Ministerio de Salud y Protección Social; la Secretaría Seccional de



497

Salud y Protección Social de Antioquia, a través de las asesorías y asistencias técnicas brindadas a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS con presencia en el territorio, busca dar respuestas a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la participación social en salud en el departamento.

Para la vigencia del 2022, se definen las metas de brindar asistencia técnica en la implementación de la PPSS, al 90 % de Secretarías de Salud y Empresas Sociales del Estado, alcanzándose el 100%, en ambos actores. En cuanto a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio EAPB presentes en Antioquia, la meta definida fue el 60% y a diciembre del 2022, se logra el 62%.

La PPSS fue adoptada por el 100% de las Direcciones y Secretarías Locales de Salud a través de Decreto municipal y por el 99% de las Empresas Sociales del Estado e IPS, a través de Resolución de la Gerencia. El 98 % de las DLS y el 97% de las ESE Hospitales, elaboraron y reportaron programación al Ministerio de Salud, para implementarla en la vigencia; el 94% de las DLS y el 96% de las ESE Hospitales cuentan con base de datos de los espacios de participación en salud y el 90% de las DLS y 83% de las ESE, incluyeron la PPSS en sus planes de desarrollo; propiciándose con todo ello, la participación de los ciudadanos en los procesos de la planeación, seguimiento y evaluación de la gestión pública en salud.

En Antioquia, la implementación de la Política de Participación Social en Salud PPSS toma cada vez más fuerza y se posesiona, en garantía a la ciudadanía en general, de los derechos a la participación y a la salud.

**PROBLEMA 36:** Deficiencia en el conocimiento y acceso de la información en salud en el departamento de Antioquia.



Línea 4 Nuestra Vida

4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

ODS movilizado(s) por este programa:



Proyecto: Fortalecimiento Comunicación para el bienestar y la vida.



## Línea de Acción MAITE: Gobernanza

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en cumplimiento de sus competencias normativas debe realizar una serie de campañas, estrategias y acciones que impliquen el diseño, producción y emisión de mensajes para la población objetivo de los 125 municipios para promover la movilización y la participación ciudadana en los proyectos de salud que se adelanten en cada región y/o municipio de Antioquia.

Para fortalecer el proceso comunicacional, así como la implementación de las estrategias de Educación, Comunicación e Información (ECI) en Antioquia, lo que exige conceptualizar, difundir, anunciar y facilitar los procesos de información, prevención y comunicación; y esto implica el uso de los medios de comunicación y de diferentes herramientas de comunicación como campañas, piezas, mensajes y medios, y utilizando la infraestructura existente en medios comunitarios y grupos organizados que permitan la difusión de los mismos con mayor eficiencia.

A diciembre 31 del 2022 se cumple en un 100% con las campañas publicitarias, algunas de las realizadas fueron: Cuidarnos y Vacunarnos, Prevención del Cáncer de mama, Sarampión y Rubeola, Mortalidad Materna, Semana de Estilos de Vida Saludable, Semana de la Lactancia Materna, Prevención del uso de Pólvora, Tenencia responsable de animales, Donación de Sangre, cuidarte es cuidarnos, salud para el alma, entre otros.

Entre los retos que tiene la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social es continuar fortaleciendo el plan de comunicaciones y su ejecución, para lograr aumentar el impacto en las poblaciones con una comunicación oportuna y efectiva, que nos ayude a cumplir con el objetivo de promover la salud y prevenir la enfermedad en el departamento de Antioquia.

**PROBLEMA 37:** En la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA) no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes, además no se cuenta con el suficiente talento humano para cumplir la misión, y baja cobertura en los programas de bienestar laboral para sus servidores, jubilados y beneficiarios directos.



## Línea 4 Nuestra Vida

### 4.2. Componente 2: Bienestar activo y saludable para Antioquia

#### 4.2.4. Programa 4: Autoridad sanitaria – gobernanza

ODS movilizado(s) por este programa:







Proyecto: Fortalecimiento institucional de recursos administrativos y financieros 2020 - 2023, departamento de Antioquia.

Línea de Acción MAITE: Gobernanza- Intersectorialidad- Financiación- Talento Humano

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia avanza en recuperar su liderazgo y credibilidad en el departamento mediante la estandarización de los procesos, la promoción de acciones de articulación que permitan tener presencia en los territorios y cumplir con sus competencias de una forma más efectiva. Se apoya la gestión de las entidades territoriales y de las Empresas Sociales del Estado Hospitales mediante el fortalecimiento de capacidades y la consecución de recursos alternativos para

En cuanto al incremento de los recursos financieros gestionados para la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, se alcanza un logro del 9.8% en el año, con recursos destinados a la ejecución de los proyectos de fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud, Programa Aéreo Social para el rubro Operación Aérea, fortalecimiento administrativo y financiero de Savia Salud y Zoonosis con las cirugías de caninos y felinos. Durante el cuatrienio se han logrado incrementos de los recursos, para el 2020 de 98,57% y para el año 2022 del 61.2%, estos incrementos obedecen a que la emergencia sanitaria presentó un reto para la salud en el país y para Antioquia y el indicador se ve incrementado en unas cantidades muy por encima de lo programado para el cuatrienio, mostrando el compromiso por parte del Departamento para garantizar la atención de la red pública y privada.

El cumplimiento del Plan Integral de Capacitaciones (PIC) se proyectó a 31 de diciembre un logro de 133,9%, equivale a 600 servidores capacitados, según promedio de participación virtual, ya que esta modalidad favorece el incremento de asistentes lo que ha llevado a un cumplimiento del indicador muy por encima de la meta, de igual forma su fórmula de cálculo obedece a lo establecido en el Sistema Integrado de Gestión, los temas a tratados adicionales son: auditoría en salud, Sistema de Gestión de Calidad para establecimientos farmacéuticos, transporte de sustancias infecciosas por vía aérea.

### 3.5. Generalidades de la Agenda Antioquia 2040

La Agenda Antioquia 2040 tiene como objetivo proyectar la Antioquia que la gente se sueña y trazar una ruta de trabajo como sociedad Antioqueña para alcanzarla; esto implica que la base de esta proyección sea el “Diálogo Social”, siendo necesario para ello, garantizar una amplia convocatoria que permita la escucha activa, la reflexión, la validación, el acuerdo social y una



estructura técnica que soporte dicho proceso.

Metodológicamente esta Agenda se plantea cuatro (4) estrategias que permitió aproximarse a los más de 6 millones de antioqueños y antioqueñas, y obtener un igual número de participaciones en torno a esta visión de Departamento:

**Estrategia territorial:** se tiene planeado llegar a cada uno los 125 municipios del Departamento, donde se trabajará durante seis (6) días continuos, talleres bajo un enfoque poblacional, y al final de la jornada, se realiza una plenaria de cierre, en la cual cada entidad territorial tiene la oportunidad de realizar su proclamación frente a la Agenda Antioquia 2040.

También hace parte de esta estrategia, la realización de talleres y mesas de trabajo específicas con las Regiones Administrativas de Planificación (RAP) y al interior del Departamento, con los municipios provinciales, a través de sus Provincias Administrativas. Finalmente, se realizarán recorridos por las subregiones, donde se presentarán los avances y se continuará en el diálogo constante entorno a la Agenda.

**Estrategia poblacional:** la Agenda es un constructo de todas las personas sin distinción, y para ello es necesario garantizar una participación integral; por ello se tienen espacios específicos para sectores y grupos poblacionales, como los pueblos indígenas, las comunidades Afro, Room y los campesinos, quienes tendrán una oportunidad especial para proyectarse y comunicar sus sueños y compromisos, como parte de nuestra sociedad antioqueña.

**Estrategia sectorial:** la participación por sectores y la construcción de compromisos para trabajar en clave de corresponsabilidad, también es determinante para la Agenda; es por ello que se trabajará con los sectores productivo, académico, cultural, de la salud, político social y solidario, comunitario, público, financiero, y todos aquellos interesados en la construcción de esta Agenda, a partir de la realización de mesas, talleres, encuestas y foros, que permitan construir una visión y una Agenda programática para Antioquia al 2040.

**Estrategia diáspora:** la sede virtual de la Agenda Antioquia 2040, es el espacio para acercarnos a quienes están afuera, a quien lleve a Antioquia en su corazón y quiera aportar a esta construcción social. Siempre serán bienvenidos; los encuentros permitirán conocer y difundir sus opiniones, percepciones y compromisos para construir esta Antioquia de todas y todos.

Para avanzar en el cumplimiento de las estrategias, se ha logrado hasta ahora, una participación de más de 42.000 mil personas, distribuidas como se muestra en el siguiente gráfico:



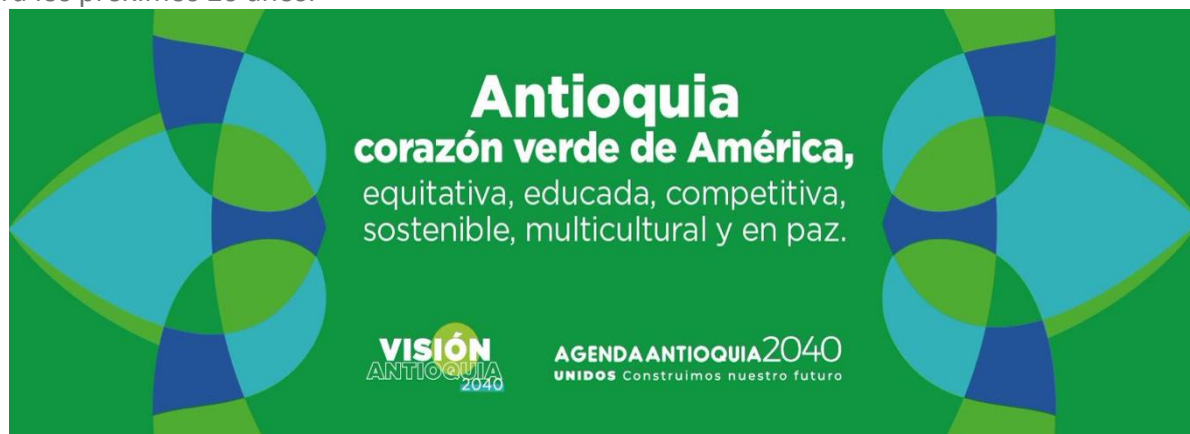
Figura 194. Resultados de la participación de la Agenda Antioquia 2040.



Fuente. Departamento Administrativo de Planeación-2022

### 3.5.1. Visión elegida por lo antioqueños y antioqueñas

Después de una deliberación del Consejo Rector de la Agenda Antioquia 2040, conformado por más de 500 representantes de todos los grupos poblacionales y organizaciones, se definió la visión para los próximos 20 años.



### 3.5.2. Avances de la Agenda Programática para el sector Salud

La Agenda programática es un instrumento flexible, que permite el agendamiento en el tiempo de



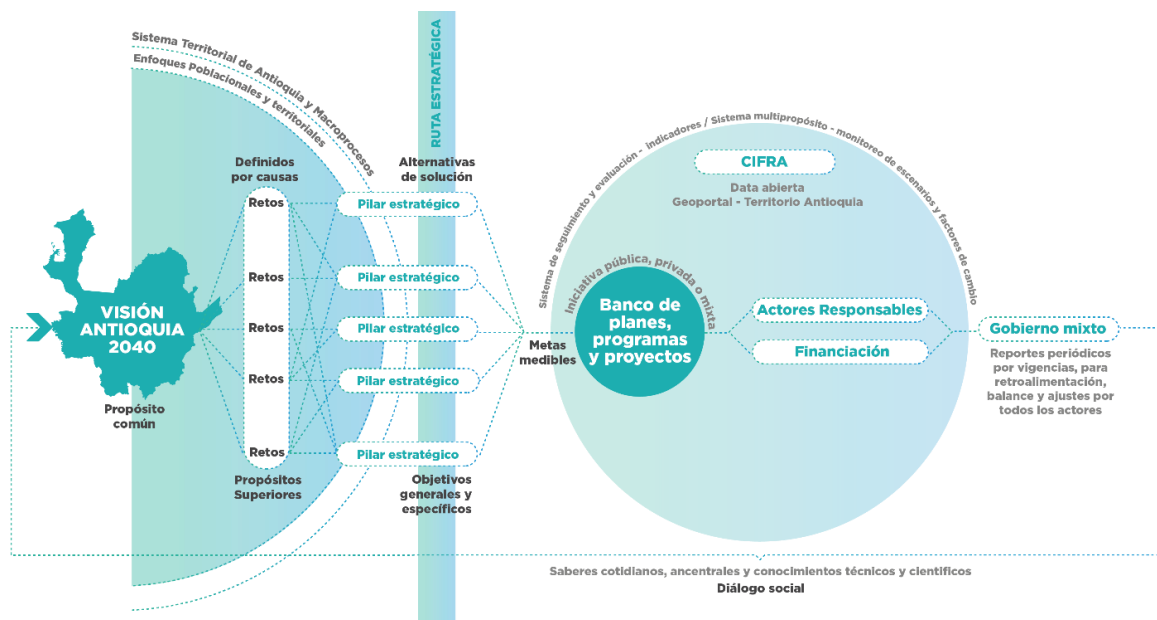
los planes, programas y proyectos que requiere Antioquia para los próximos 20 años, donde los mandatarios, diputados, representantes sectoriales y poblacionales y el pueblo Antioqueño, a través de un seguimiento y evaluación en conjunto, podrán adaptar conforme a las necesidades presentes y futuras, siendo un insumo fundamental para la construcción de planes de corto y mediano plazo, que permiten materializar el marco estratégico de la Agenda Antioquia 2040.

Por otro lado, la estructura programática contiene una cadena de valor que permite articular los bienes y servicios estratégicos, con efectos e impactos esperados en cada uno de los pilares estratégicos, apuntando y alineándose con Agendas internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible e instrumentos del plano nacional e internacional.

La agenda programática cuenta con un texto que resume los caminos estratégicos (programas), iniciativas y actores involucrados, agrupados por pilares y una batería de indicadores de resultado y producto, para su correspondiente seguimiento y evaluación, movilizandolos objetivos estratégicos y la visión al 2040. Por otro lado, se realiza la construcción del sistema multipropósito como instrumento para monitorear los escenarios. Finalmente se destaca el Sistema Territorial de Antioquia y sus macroprocesos, como modelo orientador territorial del departamento al 2040, georreferenciando los programas e iniciativas físico – espaciales.

A continuación, se detalla la metodología construida:

Figura 195. Componentes del Plan Estratégico de la Agenda Antioquia 2040



Fuente. Departamento Administrativo de Planeación-2022





**Estructura de los pilares de la agenda programática:** Se plantean cinco pilares para la Agenda Programática, resultantes del análisis del proceso participativo:

- Territorio de Vida
- Territorio de Oportunidades
- Territorio Verde
- Territorio Diverso
- Territorio Unido

La salud se encuentra inmensa en el Pilar Territorio de Vida que representa el sueño de millones de antioqueñas y antioqueños que quieren vivir según sus expectativas, con bienestar, dignamente y sin discriminación.

En un Departamento que brinda oportunidades y cierra todas las brechas poblacionales y territoriales del desarrollo, garantizando y protegiendo la vida y derechos de grupos y sectores poblacionales, para una vida digna, segura, saludable, productiva y colaborativa, en un entorno habitable y de paz.

Reconociendo y superando las barreras que impiden a las personas satisfacer sus necesidades fundamentales, gestionar su proyecto de vida y practicar sus libertades y deberes.

Brindando a todas las personas las herramientas y condiciones necesarias para participar en la sociedad con las mismas posibilidades, y la potestad que estas tienen para incidir en las dinámicas y decisiones que influyen en las formas y condiciones de vivir su vida, como en el aprovechamiento de las oportunidades existentes, es decir, su empoderamiento.

Figura 196. Componentes del Plan Estratégico de la Agenda Antioquia 2040

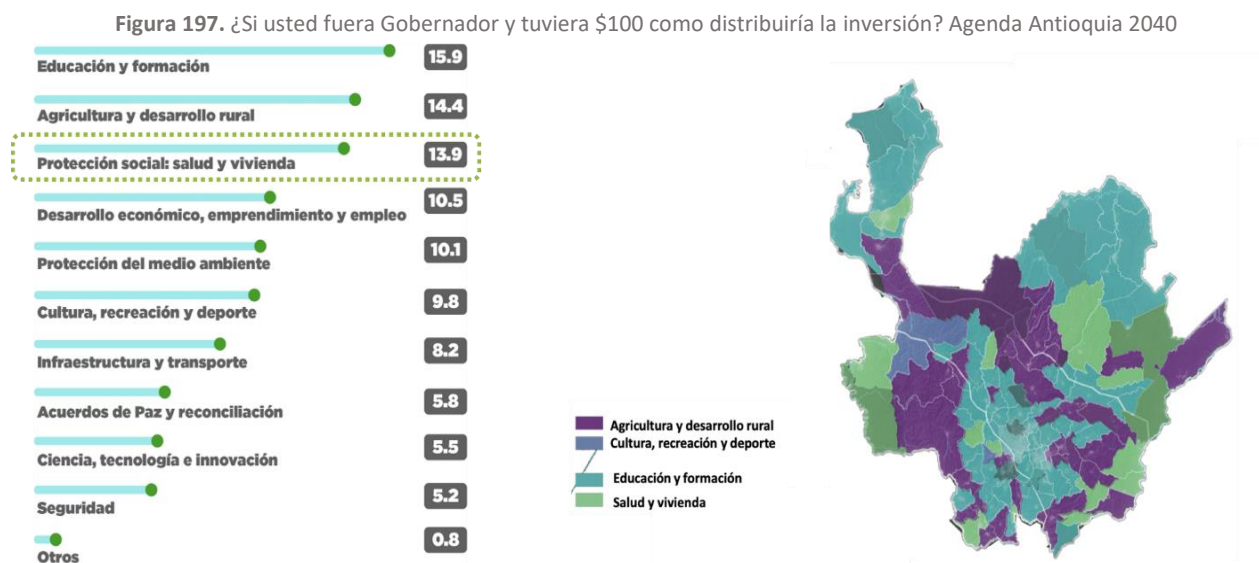
Nuestra Agenda al 2040					
AGENDA ANTIOQUIA 2040 UNIDOS Construimos nuestro futuro					
PILARES	Territorio de Vida	Territorio de Oportunidades	Territorio Verde	Territorio Diverso	Territorio Unido
MOVILIZADORES	Cuidado de la vida humana <b>Salud Integral e Integrada</b> Seguridad y soberanía alimentaria para las personas Condiciones de vida digna Gestión de la paz Integral Educación para la vida	Antioquia rural y campesina Economía verde Infraestructura para la equidad y la competitividad Hecho en Antioquia Empleo y emprendimiento para el desarrollo Autonomía económica de las mujeres y jóvenes Educación e innovación para el desarrollo productivo	Macroprocesos de Antioquia Regiones de agua y vida Territorio para la vida Antioquia carbono neutral 2050 Cultura regenerativa y territorio pacífico	Somos Antioquia Valores comunes Memorias Antioquia es mágica Educación multicultural	Construyendo democracia Comunidad activa y liderazgos Gobernanza y gobernabilidad Alianzas y trabajo colaborativo Seguridad Integral Acuerdos vigentes y futuros para la paz Noviolencia

Fuente. Departamento Administrativo de Planeación 2022



La Salud se consolida entonces en el Pilar Territorio de Vida, en el movilizador ‘Salud Integral e integrada’ con las rutas estratégicas articuladas al nuevo Plan Decenal de Salud Pública: Gobierno y gobernanza de la salud pública, Atención primaria en salud, Gestión de los determinantes sociales de la salud, Gestión integral del riesgo y atención en salud con un objetivo central: Esperanza de vida saludable: Alcanzar una esperanza de vida saludable departamental, sustentada en el bienestar humano y el buen vivir, los determinantes sociales, culturales, económicos, ambientales e institucionales; los saberes ancestrales y tecnologías al servicio de la salud, para brindar en el curso de vida, una atención de calidad, con promoción de la salud física y mental, para un proceso de envejecimiento y vejez digno para sus habitantes -en lo urbano y lo rural-, con construcción de capacidades de resiliencia social, para afrontar los retos venideros.

A continuación, se presenta el resultado de uno de los ejercicios realizados en el marco del diálogo territorial de la Agenda Antioquia 2040. Respuesta a la pregunta: ¿Si usted fuera Gobernador y tuviera \$100 como distribuiría la inversión? Se identificó que en tercer lugar estaba la Salud.



Fuente. Departamento Administrativo de Planeación 2022

Cuando se preguntaba por los sentimientos, se encontró que el 81.9% de los sentimientos en torno a la salud eran positivos, y este tenía mayor foco de atención en jóvenes y población LGTBQ+, pero además eran más positivos en casi 60 municipios del departamento Gráfico 5.

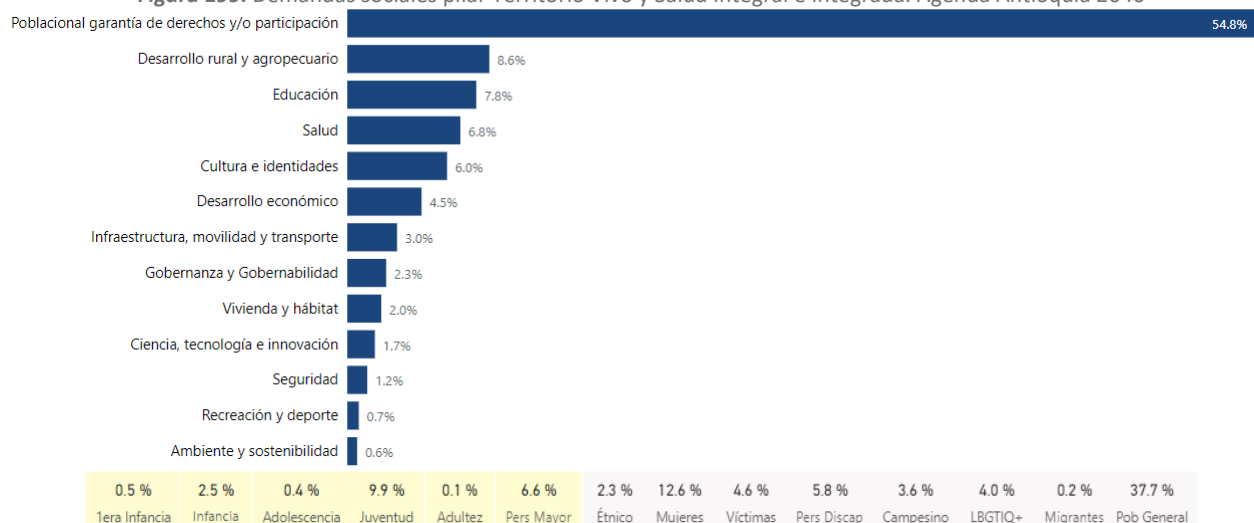
Figura 198. Sentimiento en torno a la salud Agenda Antioquia 2040



Fuente. Departamento Administrativo de Planeación 2022

En la participación, las principales necesidades de Territorio de Vida, la salud está en el cuarto lugar con el 6.8% Gráfico 6 (a), y al desagregar esa demanda social de los antioqueños y antioqueñas las necesidades están corresponden a temas como Atención primaria en salud para la salud física y mental, Prestación de servicios de salud en las regiones con amplia cobertura que incluya atención especializada, Mejoramiento de la infraestructura en salud, Formas formación en hábitos y estilos de vida saludable, Mejores programas de promoción y prevención, Sistemas de salud más eficientes y oportunos, Atención de calidad y con calidez humana, Mejor sistema de seguimiento al sistema de salud, Atención en todos los efectos post COVID-19, Atención en salud mental desde el enfoque comunitario, Incrementar la inversión en salud, Garantizar redes integradas de prestación del servicio cercanas a la comunidad, entre otros. Gráfico 6 (b)

Figura 199. Demandas sociales pilar Territorio Vivo y Salud Integral e Integrada. Agenda Antioquia 2040

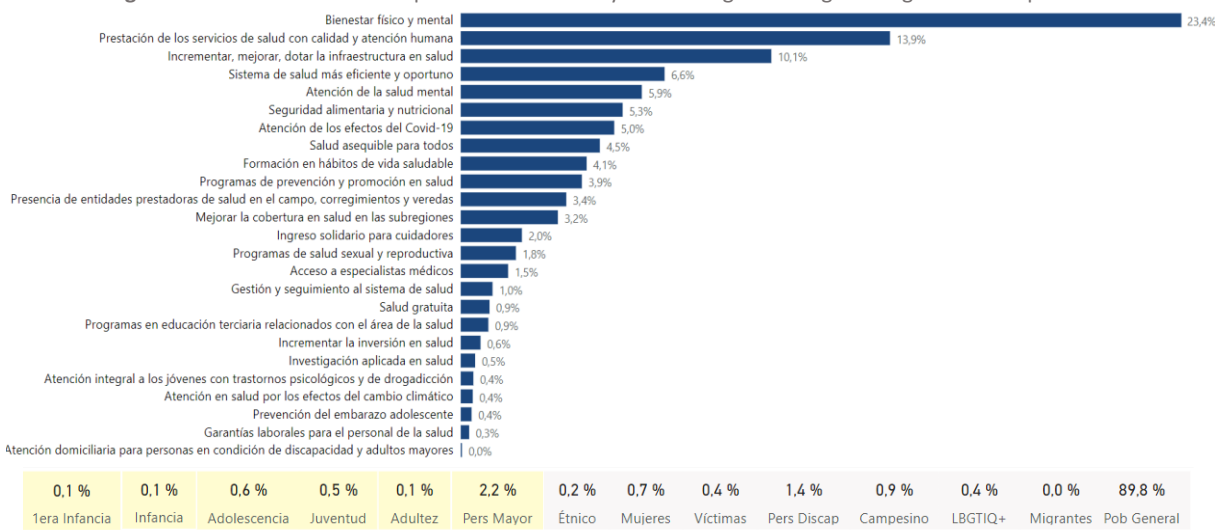


Fuente. Departamento Administrativo de Planeación 2022





**Figura 200.** Demandas sociales pilar Territorio Vivo y Salud Integral e Integrada. Agenda Antioquia 2040



**Fuente.** Departamento Administrativo de Planeación-2022

Observación: la fila de sectores y grupos poblacionales es un zoom, en relación a las demandas que fueron solicitadas para sectores y grupos poblacionales en vivir más y mejor.

### 3.5.3. Movilizador “Salud Integral e Integrada”

La salud es transversal a todos los asuntos relacionados con vivir más y mejor, y con los demás pilares de la Agenda Antioquia 2040. La pandemia por SARS-CoV-2 causante de la enfermedad de COVID-19 lo demostró, por eso su apuesta en el pilar “Vivir más y mejor” se involucra con el concepto de Salud en todas las políticas (HiAP), que considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores (OMS). Hablar de salud en todas las políticas implica los determinantes sociales de la salud, que están estrechamente relacionados con la reducción de vulnerabilidades económicas y sociales, mejoras en empleo, en el trabajo, en el ámbito laboral, en el acceso equitativo a la educación con calidad, a la garantía del derecho a la alimentación y la soberanía alimentaria, además de promover ciudades y entornos y ruralidades saludables y sostenibles; es por eso que toma gran relevancia para este pilar.

Las antioqueñas y antioqueños han ubicado en el tercer lugar de importancia, en lo referente a la inversión, el grupo de Protección Social: Salud y vivienda, y cuatro (4) de las nueve subregiones la ubicaron en un segundo lugar, tomando relevancia en términos de inversión al 2040; adicionalmente en el componente de participación ciudadana, la Salud se ubicó en el tercer lugar de prioridad y en los encuentros sectoriales como parte fundamental de la Seguridad Humana, se priorizaron temas que fueron coincidentes con las solicitudes de los ciudadanos. Además de eso, los tres Macroprocesos territoriales de Antioquia, tienen estrecha relación, debido a la necesidad de promoción de territorios saludables que promueven el acceso y calidad de atención, sumado a las acciones de promoción y prevención; por eso, el mayor propósito al 2040 es reducir la mortalidad evitable: Uno de los indicadores más importantes al momento de medir las condiciones



y calidad de vida de una población y principalmente en grupos C y D (El grupo C está conformada por muertes asociadas a las medidas de saneamiento ambiental, el D a las asociadas a medidas mixtas, como tuberculosis, desnutrición, entre otras).

En términos de afiliación, Antioquia ha alcanzado una meta realmente importante del 99.9%, el reto es sostenerla y mejorar la calidad del servicio, además de la centralización de los servicios básicos, muy mencionado en la participación poblacional y sectorial. Por su parte, mejorar el problema relacionado con las redes de prestación de servicio es un gran reto, y especialmente en comunidades rurales, donde la información recolectada en la participación, mencionan como gran preocupación, por eso, al 2040 se tendrá el 90% de las redes integradas de prestación de servicio en operación y programas de Atención Primaria en Salud - APS rurales en cada uno de los 117 municipios a cargo del Departamento.

La mortalidad materno infantil también es un reto departamental: el futuro de Antioquia es precisamente de las nuevas generaciones; en 20 años, los nacimientos de hoy serán la capacidad productiva de nuestro territorio, por eso, velar por una disminución constante en estos indicadores, no solo aportará a las metas de ODS para el objetivo 3, sino que aportará a una construcción de un sueño colectivo. Al evaluar la mortalidad en los menores de un año (mortalidad infantil), se observa una tendencia al descenso, pasando de 10,8 por cada 1.000 nacidos vivos en 2010 a 7,7 en 2020p, teniendo en cuenta la variación del indicador, se espera que al 2040 la tasa sea de 5 por cada 1.000 nacidos vivos. Por su parte, la mortalidad materna, sigue siendo un problema pendiente por resolver y uno de los desafíos más cruciales en todo el mundo, pese a los progresos alcanzados en el último decenio. Por eso, en Antioquia pasaremos de tener una razón de mortalidad materna de 47,5 por cada 100 mil nacidos vivos a 28, esperando superar la meta de ODS al 2030 de 32 y llegar a 28 al 2040, haciendo énfasis en las subregiones de Occidente, Urabá y Bajo Cauca.

Un gran reto Departamental es incrementar el porcentaje de inscritos en programas lúdicos, recreativos o deportivos que es 8.49% (2019), bastante bajo en el departamento y que también ha sido una solicitud de las y los Antioqueños, para priorización tanto de recursos como de necesidades puntuales, ubicándose en sexto lugar de priorización de recursos en la categoría Cultura, recreación y Deporte y en tercer lugar en la categoría de Salud relacionada con los estilos de vida, que va anidada al eje de habitabilidad con equipamientos para la equidad, y que además se alinea al envejecimiento progresivo departamental, porque tener una vida saludable implica actividad física, recreación y deporte además de buena alimentación. Por eso, para el 2040 se espera que el 50% de la población antioqueña, este inscrita en programas lúdicos, recreativos o deportivos con especial atención en subregiones como Occidente y Nordeste, las cuales no avanzan en este indicador desde 2013; esto aportará a la disminución de las enfermedades del sistema circulatorio, que generan 9.909 fallecimientos y afecta de manera transversal nuestra meta de una esperanza de vida saludable de 80 años al 2040.



Por último, es perentorio incluir la salud mental, la pandemia ha visibilizado una problemática que ha sido invisible por mucho tiempo y que toma mayor relevancia por todos los factores de riesgo relacionados, como experiencias de vida, trauma o abuso, antecedentes familiares de problemas de salud mental, estilo de vida, dieta, actividad física y consumo de sustancias psicoactivas que, como vimos anteriormente, tienen mediciones no propicias en el departamento. Es por eso, que al 2040 se espera reducir la tasa de suicidio de 6,6 por cada 100 mil habitantes (2020p) a 3 por cada 100 mil habitantes, superando la meta ODS del 2030 de 4,1, y priorizando desde el inicio de este plan estratégico a todas las subregiones del departamento en igualdad de condiciones.

En salud existen diversos cooperantes que pueden contribuir al desarrollo de programas que movilicen las necesidades de los antioqueños y antioqueñas como: la Oficina de Asuntos Humanitarios de la ONU; Ana Durán, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM); la Organización Panamericana de la Salud (OPS); varias agencias del Sistema de Naciones Unidas; organizaciones no gubernamentales como Médicos Sin Fronteras y Médicos del Mundo, además de representantes de las embajadas de Estados Unidos, Brasil, Francia, España, Ecuador y Perú; el gobierno de Estados Unidos con el programa regional para el manejo de desastres (OFDA), la Cruz Roja, ONUSIDA Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, entre otros.

De forma particular para este Movilizador, y en coherencia con los ejes estructurantes de este pilar, se pretende que la vida sea el bien y el valor más importante, que le dé vía a la seguridad personal, comunitaria y ambiental como articuladoras iniciales de la seguridad humana y esta sea protegida en el hogar, en la escuela y en la comunidad.

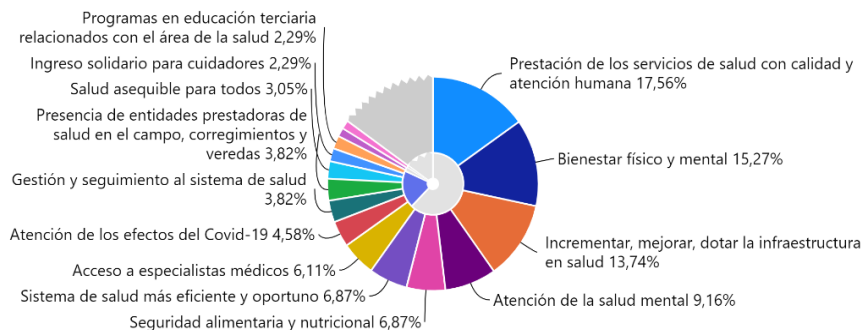
A continuación, veremos las demandas en Salud Integral e integrada por cada una de las subregiones del Departamento.

Figura 201. Demandas sociales Salud Integral e integrada. Agenda Antioquia 2040.

## Bajo Cauca



Pilar: Territorio de vida  
Movilizador: E12. Salud integral e integrada



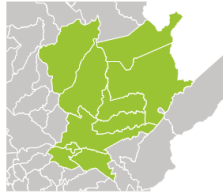
### Demandas población

0,8 %	0,0 %	0,5 %	2,3 %	0,0 %	8,4 %	3,1 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	85,5 %
1era Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Pers Mavor	Étnico	Mujeres	Víctimas	Pers Discap	Camoesino	LBGTIO+	Miorantes	Pob General

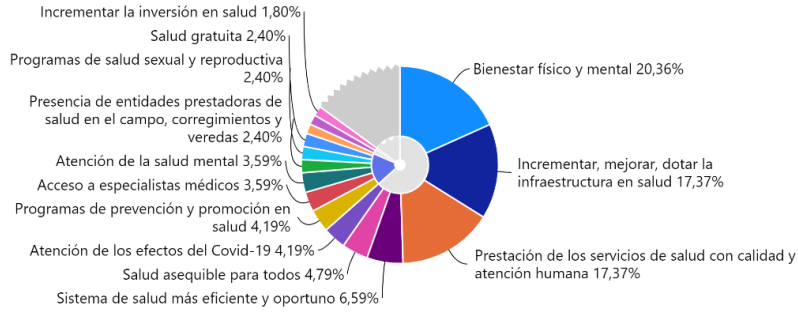


# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

## Nordeste



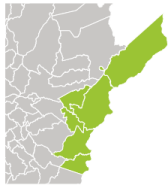
Pilar: Territorio de vida | Movilizador: E12. Salud integral e integrada



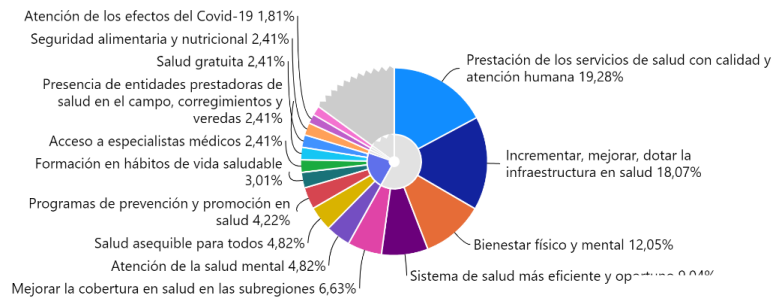
### Demandas población

0,6 %	0,6 %	0,6 %	1,2 %	0,0 %	1,2 %	0,6 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %	87,4 %
Tera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Pers Mavor	Étnico	Mujeres	Víctimas	Pers Discap	Camosino	LBGTIO+	Miorantes	Pob General

## Magdalena Medio



Pilar: Territorio de vida | Movilizador: E12. Salud integral e integrada



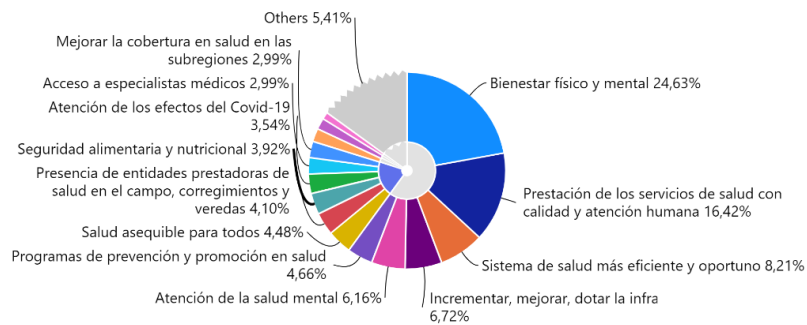
### Demandas población

0,0 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	1,8 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	92,2 %
Tera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Pers Mavor	Étnico	Mujeres	Víctimas	Pers Discap	Camosino	LBGTIO+	Miorantes	Pob General

## Oriente



Pilar: Territorio de vida | Movilizador: E12. Salud integral e integrada



### Demandas población

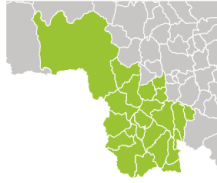
0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %	1,9 %	0,2 %	0,9 %	0,0 %	92,0 %
Tera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Pers Mavor	Étnico	Mujeres	Víctimas	Pers Discap	Camosino	LBGTIO+	Miorantes	Pob General



510

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

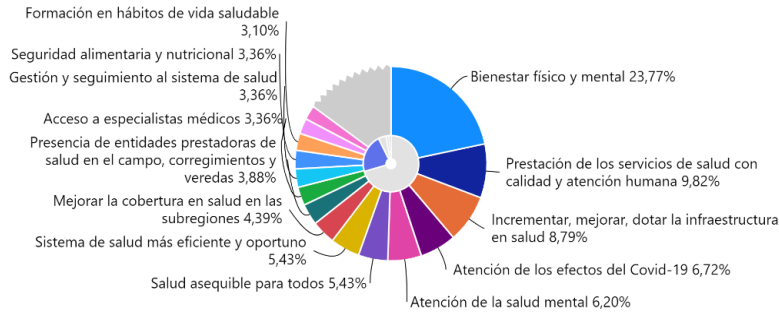
## Suroeste



Pilar: Territorio de vida | Movilizador: E12. Salud integral e integrada

### Demandas población

0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %	0,0 %	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,0 %	0,8 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	93,8 %
1era Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Pers Mavor	Étnico	Mujeres	Víctimas	Pers Discap	Campesino	LBGTIO+	Miorantes	Pob General



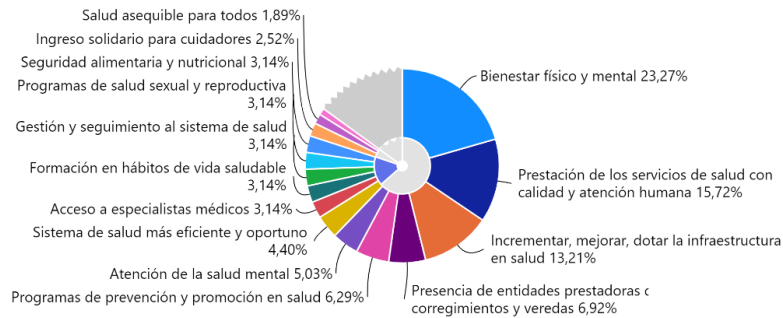
## Urabá



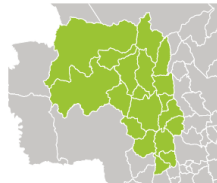
Pilar: Territorio de vida | Movilizador: E12. Salud integral e integrada

### Demandas población

0,0 %	0,0 %	2,5 %	0,6 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	88,7 %
1era Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Pers Mavor	Étnico	Mujeres	Víctimas	Pers Discap	Campesino	LBGTIO+	Miorantes	Pob General



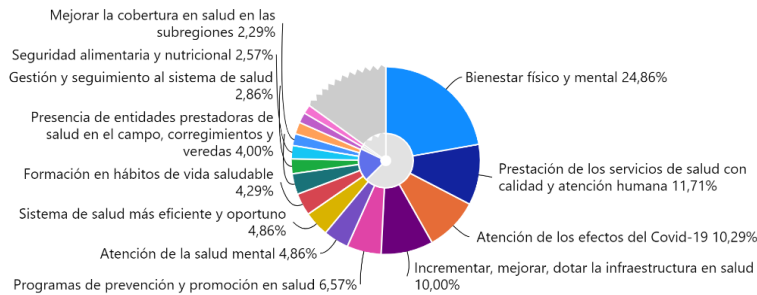
## Occidente



Pilar: Territorio de vida | Movilizador: E12. Salud integral e integrada

### Demandas población

0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,9 %	0,9 %	0,6 %	0,3 %	1,1 %	0,6 %	0,9 %	1,4 %	0,3 %	0,0 %	92,0 %
1era Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Pers Mavor	Étnico	Mujeres	Víctimas	Pers Discap	Campesino	LBGTIO+	Miorantes	Pob General

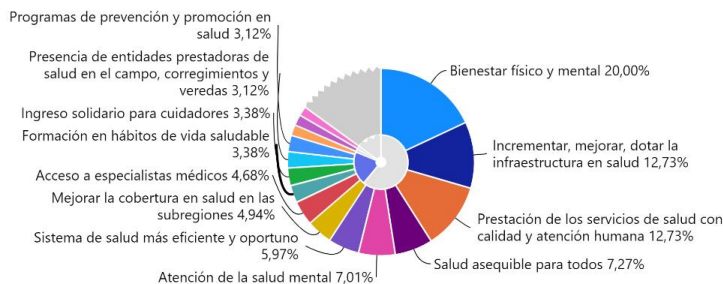




## Norte



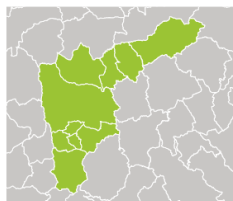
**Pilar** Territorio de vida **Movilizador** E12. Salud integral e integrada



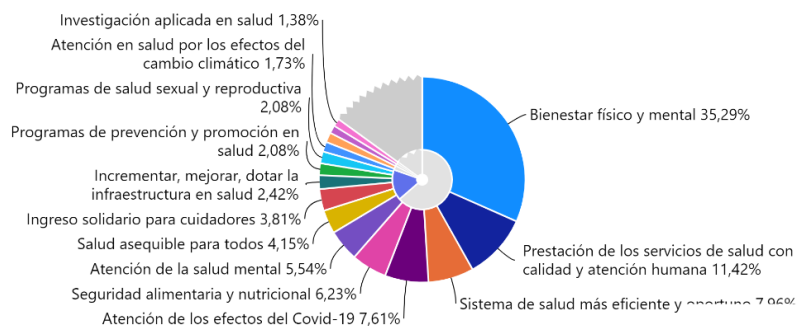
### Demandas población

0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	2,1 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %	89,6 %
1era Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Pers Mayor	Étnico	Mujeres	Víctimas	Pers Discap	Campesino	LBGTIO+	Migrantes	Pob General

## Valle de Aburrá



**Pilar** Territorio de vida **Movilizador** E12. Salud integral e integrada



### Demandas población

0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,7 %	0,0 %	5,2 %	0,0 %	0,3 %	1,4 %	2,4 %	0,3 %	1,7 %	0,0 %	83,4 %
1era Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Pers Mayor	Étnico	Mujeres	Víctimas	Pers Discap	Campesino	LBGTIO+	Migrantes	Pob Genera

Fuente. Departamento Administrativo de Planeación-2022



Las rutas estratégicas que se han trazado con sus iniciativas son las siguientes hasta ahora:

<p><b>RUTA ESTRATEGICA</b> Gobierno y gobernanza de la salud pública: un camino hacia la vida digna</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoridad sanitaria y rectoría en salud Gobernanza con enfoque territorial y poblacional diferencial</li> <li>• Participación Social y Ciudadana en la Gobernanza de la Salud</li> <li>• Acción colectiva en salud pública basada en interacciones de redes dinámicas de gobierno, instancias multisectoriales, organizaciones sociales y ciudadanas, y demás actores estratégicos</li> <li>• Gobierno abierto como soporte de los procesos, decisiones y espacios colaborativos de gobierno y gobernanza en salud pública</li> <li>• Red integrada de gestión del conocimiento en salud pública</li> <li>• Consolidación de la gestión de datos</li> <li>• Articulación de necesidades en salud con la toma de decisiones</li> <li>• Centros de pensamiento en salud pública</li> <li>• Fortalecimiento de observatorios en salud pública</li> <li>• Comunicación en salud efectiva para la ciudadanía</li> <li>• Fortalecimiento técnico y financiero de SAVIA Salud</li> <li>• Identificación de perfil de riesgos en Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB articulado a los entes territoriales.</li> </ul>
<p><b>RUTA ESTRATEGICA</b> Atención primaria en salud: más cerca de ti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeación territorial integral en salud pública</li> <li>• Sistemas de información en salud pública</li> <li>• Desarrollo y consolidación de redes integradas para el bienestar</li> <li>• Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS)</li> <li>• Rutas Integrales de Gestión en Salud Pública</li> <li>• Equipos extramurales para la vida</li> <li>• Atención integral de las condiciones de salud con enfoque de discapacidad, etnia y genero</li> <li>• Integración de sistemas para el cuidado integral de la vida y la salud</li> <li>• Promoción y protección de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud</li> <li>• Cultura de bienestar para la vida y la salud</li> <li>• Educación para la salud</li> <li>• Programa aéreo social</li> </ul>
<p><b>RUTA ESTRATEGICA</b> Gestión de los determinantes sociales de la salud: camino al buen vivir</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud en Todas las Políticas.</li> <li>• Aseguramiento y acceso de calidad.</li> <li>• Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles.</li> <li>• Abordaje integral de la salud animal y ambiental.</li> <li>• Deporte y salud para la vida.</li> <li>• Bienestar integral de la Salud mental.</li> <li>• Todos somos parte: acceso con calidad a personas con discapacidad y retribución a cuidadores.</li> <li>• Garantía de la salud integral de las mujeres urbanas y rurales.</li> <li>• Medidas en salud para la adaptación y mitigación del cambio climático y sus efectos.</li> <li>• Gestión integral del riesgo en salud en emergencias y desastres (Centro regulador de urgencias y emergencias - CRUE).</li> <li>• Reduciendo la oferta y acceso a alimentos no saludables, tabaco y alcohol.</li> <li>• Salud digital y Sistemas de información interoperables.</li> <li>• Telemedicina, telesalud y teleconsulta, integrada a las condiciones del territorio y de la población.</li> <li>• Salud rural integral.</li> <li>• Reducción de los determinantes en la primera infancia e infancia.</li> </ul>
<p><b>RUTA ESTRATEGICA</b> Gestión integral del riesgo y atención en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión anticipada y oportuna de amenazas colectivas potenciales</li> <li>• Aseguramiento y prestación de servicios para la gestión del riesgo individual en salud</li> <li>• Descentralizando la atención en salud: especialidades más cerca</li> <li>• Centros de atención en drogas</li> <li>• Rutas, modelos y enfoques para la gestión integral de riesgos en salud pública</li> <li>• Vigilancia en salud pública</li> </ul>

## Conclusiones:

Se presenta un reto importante para el año 2023 y es consolidar las estrategias, actividades, acciones planteadas en cada uno de los programas y proyectos del Plan de Desarrollo 2020-2023 y su Plan Territorial en Salud, preparando el terreno para un proceso de Planeación Territorial en Salud a desarrollarse en el 2024, en el marco de un nuevo Plan de Desarrollo Nacional, lineamientos nuevos contenidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, articulado a la Agenda Antioquia 2040 y aportas de una Reforma de la Salud. Los esfuerzos de impactar las problemáticas identificadas deben realizarse de manera articulada por los diferentes actores y sectores.

Es en este sentido, que la formulación y actualización permanente del Análisis de la Situación en Salud – ASIS de un territorio plantea varios retos a nivel conceptual y técnico para influir en los procesos de toma de decisiones desde el componente político administrativo. La identificación de las necesidades y su priorización facilitan la optimización de recursos para la definición de políticas, planes, programas y proyectos que den respuesta a esas problemáticas con intervenciones que permitan la articulación de los diferentes actores.

La priorización de las problemáticas en salud debe conllevar a la posibilidad de implementar estrategias que permitan identificar las necesidades sentidas de las comunidades y que esta priorización fortalezca la incidencia política del sector en espacios de carácter intersectorial.

Se identifica en el proceso de actualización dificultades de tipo técnico que en ocasiones no permiten que la toma de decisiones se realice respondiendo a ejercicios articulados temporalmente así mismo la disponibilidad de la información, así como las fuentes no son del todo confiables y oportunas.

Para el proceso de actualización del ASIS 2021-2022, persisten las problemáticas identificadas en la formulación del Plan de Desarrollo y del Plan Territorial en Salud 2020-2023, y varias de ellas se han visto afectadas por los efectos ocasionados por la postpandemia ocasionada por el COVID-19. Es necesario resaltar que las acciones del corto plazo formuladas en los Planes de Acción en Salud se orientan a la intervención de estas prioridades y de los diferentes determinantes sociales y de salud, mediante la ejecución de los proyectos que se lideran desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en el marco de la implementación de la Política de Atención Integral en Salud- PAIS y el Modelo de Atención Integral Territorial-MAITE, los cuales buscan orientar de manera articulada la gestión para responder a la intervención de esas necesidades y contribuir a su mejoramiento, fortaleciendo la intersectorialidad y la participación comunitaria. Las acciones definidas en los planes, programas y proyectos deben propender a su vez por el avance en cada una de las metas planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública para cada una de las dimensiones identificadas e igualmente impactar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como el resultado de la sinergia de acciones implementadas por los diferentes actores y deben



considerarse dentro de los procesos de formulación, el ejercicio participativo, la voz del territorio materializado en la Agenda Antioquia 2040.

### 3.6. Estimación Índice de Necesidades en Salud (INS)

Para avanzar en el análisis se requiere evaluar cuáles son los mejores indicadores para definir el Índice de Necesidades en Salud-INS y que realmente expresen el comportamiento de las necesidades en salud de los territorios. Por esta razón, se evaluarán los conceptos de “necesidad” y “en salud”. A continuación, se refieren algunas definiciones de varios autores:

- Max Neef, en el “Desarrollo a escala humana” entre otros ha definido la necesidad humana en dos categorías, la primera hace referencia al ser, tener, hacer, estar, y la segunda a las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Dentro de la necesidad de la subsistencia y el ser se encuentra la salud física, salud mental, pero igualmente en otras categorías están otras necesidades relacionadas a salud, como la alimentación, el abrigo por mencionar algunas. (Ver categoría de Necesidades de Max Neef<sup>48</sup>).

Tabla 106. Categoría de Necesidades Max Neef.

	Ser	Tener	Hacer	Estar
SUBSISTEN	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social
PROTECCIÓN	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social, morada
AFECTO	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines.	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.
ENTENDIMIENTO	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad.	Literatura, maestros, métodos, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
PARTICIPACIÓN	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo.	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acortar, opinar	Ámbitos de interacción participativa, cooperativas, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familia
OCIO	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes
CREACIÓN	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	Habilidades, destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal
IDENTIDAD	Pertenencia, coherencia, diferencia, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguaje, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	Comprometerse, integrarse, confundirse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
LIBERTAD	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad espacio-temporal

Fuente. Desarrollo a escala

humana. [http://www.intranet.senasa.gov.ar/intranet/imagenes/archivos/peps/Documentos\\_y\\_articulos/Max\\_Neef\\_completo.doc](http://www.intranet.senasa.gov.ar/intranet/imagenes/archivos/peps/Documentos_y_articulos/Max_Neef_completo.doc)

<sup>48</sup> Max Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (1986). Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Número especial de la Revista Development Dialogue, CEPUR/Fundación Dag Hammarsjöld, Uppsala, Suecia.



- Doyal y Gough, referencian que las necesidades humanas son universales, pero se constituyen socialmente. Se refieren a que las necesidades básicas son la salud física y la autonomía de acción o de urgencia, y las necesidades intermedias o satisfactores de carácter universal que se conciben como “cualidades de los bienes, servicios y relaciones que favorecen la salud física y la autonomía en todas las culturas” ([https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2862638](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2862638)).<sup>49</sup>
- Entre tanto Bradshaw, hace referencia a que la necesidad en salud se origina en tres diferentes apreciaciones del usuario, la percepción de la carencia económica, la enfermedad y su relación con el entorno social, en esta última la salud personal y social están relacionadas<sup>50</sup>.
- Por otro lado, Maslow establece cinco categorías sucedidas en escala ascendente, organizadas en dos bloques de forma creciente y acumulativa, partiendo de lo más objetivo a lo más subjetivo, lo que implica que el individuo suple las necesidades situadas en el nivel más bajo o sea más objetivas con el fin de verse motivado a suplir las necesidades más altas más subjetivas.
- Galtung, da cuenta de que las necesidades “se refieren siempre a valores y son definibles sólo a partir de valores”, analiza diferentes tipos de categorías, la primera de ellas las Necesidades Básicas Materiales en las que incluye (fisiológicas, ambientales, individuales, salud, en el sentido de bienestar somático, educación, libertad de expresión y de impresión). La segunda categoría las Necesidades Básicas No Materiales que incluye, (la creatividad, identidad, autonomía, compañía, participación, autorrealización, sensación de que la vida tiene un sentido). Otra categoría son las Necesidades No Básicas, definidas por (optimización de las necesidades básicas a través de un uso solidario de la tecnología).
- Heller, referencia que las “necesidades” son existenciales, refiriéndose a que solo se puede hablar de necesidades de las que somos conscientes, identifica varios grupos como las necesidades básicas materiales y no materiales, las necesidades alineadas haciendo referencia a las cuantificables, necesidades incluye las fisiológicas, no alineadas como son las cualitativas, donde está el amor, estima, amistades. Necesidades radicales, refiriéndose la revolución de la vida cotidiana, reestructura global de la vida generando un sistema de necesidades, pero es incapaz de satisfacerlas.

<sup>49</sup> Las necesidades humanas y su determinación, aportes de Doyal y Gough, Nussbaum y Max-Neef al estudio de la pobreza (Human Needs and Their Determination: The Contributions of Doyal and Gough, Nussbaum and Max-Neef to the Study of Poverty).

<sup>50</sup> Bedregal G Paula, Quezada V Margarita, Torres H Marisa, Scharager G Judith, García O José. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. Rev. méd. Chile [Internet]. 2002 Nov [citado 2022 Dic 19]; 130(11): 127-1294. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002001100013&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002001100013&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002001100013>.

- Al revisar estos autores y los diferentes conceptos se requiere definir primero que se entiende por necesidades en salud y además diferenciar entre la necesidad de atención, igualmente definir el método y los indicadores a evaluar, en ese orden de ideas lo calculado en el presente análisis no se pudo entender realmente como una evaluación profunda de las INS, teniendo en cuenta que se evalúan solo unos indicadores cuantitativos que hacen referencia a mortalidad en ciertos grupos y en ciertos eventos y por otro lado a la natalidad en adolescentes entre otros.

En Antioquia, el índice se calculó con las siguientes variables: población, las necesidades básicas insatisfechas, la tasa bruta de mortalidad, la mortalidad infantil, la fecundidad en adolescentes de 10 a 19 años, la mortalidad por Diabetes Mellitus, la mortalidad por homicidios, la mortalidad por lesiones auto infligidas, las coberturas de SRP en menores de un año, la cobertura de aseguramiento, la cobertura de educación y la cobertura de acueducto, desagregado para los 125 municipios.

A continuación, se presenta los resultados de INS realizados de forma tradicional para el departamento de Antioquia, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Para su interpretación se debe tener en cuenta que el índice es inversamente proporcional a la necesidad en salud, es decir que a mayor INS menor es la necesidad en salud del territorio, del mismo modo a menor INS mayor es la necesidad en salud.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se ordenarán los valores de mayor a menor y distribuyéndolos en cuartiles, los cuales serán identificados por los colores rojo, naranja, amarillo y verde; es así que:

- Municipios identificados de color rojo con valores menores a -2.87 se clasifican como de mayor necesidad (Cuartil 4)
- Municipios identificados de color naranja con valores entre 0.25 y -0.85 se clasifican como de moderada necesidad (Cuartil 3)
- Municipios identificados de color amarillo con valores entre 3.01 y 0.26 se clasifican como de media necesidad (Cuartil 2)
- Municipios identificados de color verde se con valores mayores o igual a 3.08 se clasifican como de baja necesidad (Cuartil 1)

La descripción y la fuente de variables consideradas para estimar el Índice de Necesidades en Salud son las siguientes:



517

Tabla 107. Variables para estimar Índice de Necesidades en Salud.

VARIABLE	DESCRIPCION	FUENTE DE DATOS
MPIO	MUNICIPIO	
POB22	POBLACIÓN 2022	Proyecciones DANE Censo 2018
NEBAIN	NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS 2018	SISPRO
TBM	TASA BRUTA DE MORTALIDAD 2020	SISPRO
MI20	MORTALIDAD INFANTIL 2020	SISPRO
FECADOL	FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS 2020	SISPRO
MORTD	MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS 2020	DANE Procesa SSSA
MORTHO	MORTALIDAD POR HOMICIDIOS 2020	DANE Procesa SSSA
MORTAU	MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS 2020	DANE Procesa SSSA
COBSRP	COBERTURAS DE SRP EN MENORES DE UN AÑO (TRIPLE 2020)	SISPRO
COBASE	COBERTURA DE ASEGURAMIENTO 2020	SISPRO
COBEDU	COBERTURA DE EDUCACIÓN MEDIA 2020	SISPRO
COBACU	COBERTURA DE ACUEDUCTO 2020	SISPRO

Fuente: Elaboración propia, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, año 2022

Las subregiones de Bajo cauca y Urabá presentan mayores necesidades en salud insatisfechas con respecto al resto del Departamento, ubicándose en promedio el 73.48% de sus municipios en esta categoría (roja). Por otra parte, el Valle de Aburrá registra el menor INS en Antioquia con el 80% de los municipios en categoría verde.

De acuerdo con la información reportada, los municipios de Antioquia con un INS mayor a 0 (menores necesidades en salud) son 65, destacando Medellín, San Pedro de los Milagros y Marinilla; y los 60 restantes, cuyo INS fue menor a 0, son los que presentaron mayores necesidades insatisfechas en salud con respecto al resto del Departamento. Se destaca la marcada diferencia entre Mutatá con el resto de municipios de la subregión (INS -11.13), ya que el INS duplica el de otros municipios con mayores necesidades en salud.

Con respecto al 2021 es importante mencionar que 69 municipios registraron cambios en los cuartiles, donde el 25% presentó un incremento en el INS para 2022, destacándose Necoclí y Yolombó quienes disminuyeron su INS, pasando del cuartil 2 al 4. Por otra parte, San José de la Montaña, Angostura, San Jerónimo y La Pintada mejoraron su INS pasando del cuartil 3 en 2021 al cuartil 1 en 2022.

Tabla 108. Índice de necesidades en salud, por municipio. Antioquia, 2022

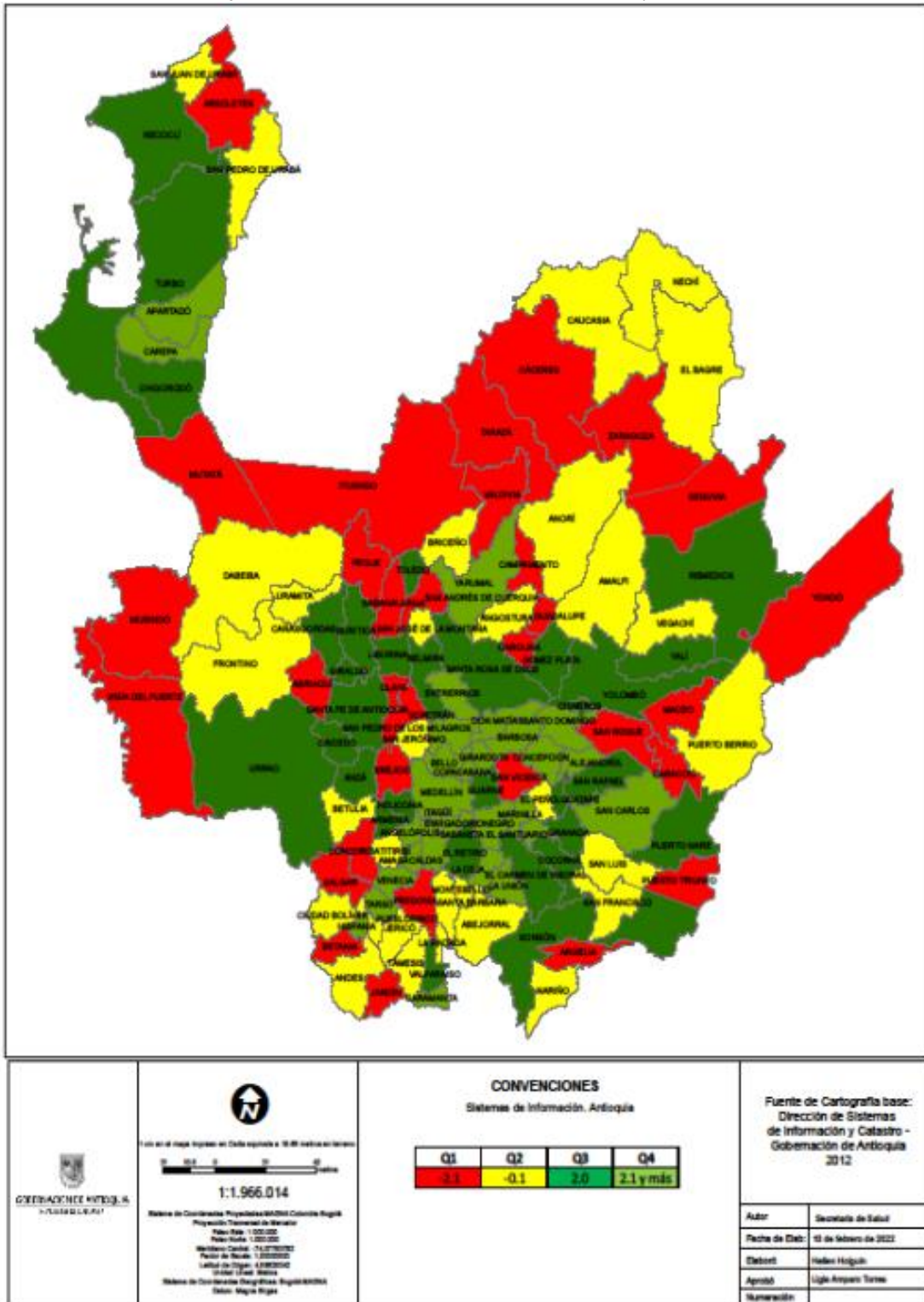
Municipios	Puntajes	Municipios	Puntajes	Municipios	Puntajes	Municipios	Puntajes
Mutató	-11,13	Briceño	-2,85	Hispania	0,26	Concepción	3,08
Betania	-10,93	Betulia	-2,83	Cañasgordas	0,27	El Retiro	3,14
Cáceres	-9,86	Concordia	-2,77	Granada	0,35	Guarne	3,16
Fredonia	-8,92	Urao	-2,38	Jericó	0,41	Belmira	3,19
Montebello	-8,72	Abejorral	-2,33	Carolina	0,46	San José de La M	3,26
Valdivia	-7,74	San Andrés de Cu	-2,09	Puerto Triunfo	0,55	Puerto Nare	3,69
Vigía del Fuerte	-6,78	Maceo	-2,05	Sopetrán	0,59	San Jerónimo	3,83
Nechí	-6,67	Guatapé	-1,86	Olaya	0,76	El Carmen de Vib	3,9
Anorí	-6,26	Vegachí	-1,71	San Francisco	0,82	Angostura	4,09
Nariño	-6,16	San Roque	-1,53	Pueblorrico	0,86	Santo Domingo	4,18
Segovia	-5,79	Gómez Plata	-1,48	Cisneros	0,95	Caicedo	4,2
Tarazá	-5,45	Zaragoza	-1,47	Amagá	0,96	Envigado	4,3
Armenia	-5,04	Alejandro	-1,47	Tarso	0,96	Girardota	4,31
Cocorná	-5	Andes	-1,26	Santa Bárbara	1,05	Donmatías	4,34
Ituango	-4,9	Titiribí	-1,1	Jardín	1,1	Barbosa	4,4
Yolombó	-4,89	San Carlos	-0,93	San Rafael	1,13	Apartadó	4,42
Murindó	-4,79	San Luis	-0,92	Valf	1,28	Caramanta	4,55
Uramita	-4,72	Campamento	-0,86	Frontino	1,33	Angelópolis	4,57
Peque	-4,48	San Vicente	-0,85	La Unión	1,39	Santa Rosa de Os	4,71
Abriaquí	-4,38	Remedios	-0,63	Sonsón	1,59	La Pintada	5,03
Yondó	-3,57	Chigorodó	-0,63	Ebéjico	1,67	Caracolí	5,06
Ciudad Bolívar	-3,55	Sabanalarga	-0,62	Venecia	2,08	Rionegro	5,16
Heliconia	-3,54	Liborina	-0,45	Valparaíso	2,12	La Ceja	5,33
San Pedro de Ura	-3,4	Puerto Berrío	-0,29	Toledo	2,18	Bello	6,25
San Juan de Urab	-3,26	El Peñol	-0,14	Caldas	2,44	La Estrella	6,42
Dabeiba	-3,14	Carepa	-0,1	Anzá	2,67	Sabaneta	6,67
Necolí	-3,09	Yarumal	-0,02	Turbo	2,68	Guadalupe	6,88
Arboletes	-3,06	Támesis	-0,02	El Santuario	2,73	Itagüí	7,17
Salgar	-3,05	Buriticá	0,09	Copacabana	2,95	Marinilla	8
Argelia	-3	Amalfi	0,1	Entrerriós	3,01	San Pedro de Los	8,46
Caucasia	-2,89	Santa Fe de Anti	0,25	Giraldo	3,01	Medellín	15,86
El Bagre	-2,87						

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Es importante mencionar que el comportamiento identificado para este periodo da cuenta de la afectación generada por la pandemia del COVID- 19, en donde las restricciones y medidas aplicadas para afrontar esta situación sanitaria, han generado barreras de acceso a diversas poblaciones y además retroceso en las acciones ejecutadas para lograr las metas propuestas para los diferentes programas sanitarios, evidenciado en las altas tasas de mortalidad materna, mortalidad infantil y fecundidad. Es por esta razón, que se hace necesario focalizar los esfuerzos en salud a los municipios más afectados, priorizando la atención de sus poblaciones y la asignación de recursos en acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida (educación, salud, mejores ingresos), lo cual permitirá avanzar en la equidad entre los territorios, de no ser así, habrán más diferencias entre municipios, en donde unos reportaran grandes avances y otros con mayores rezagos a causa de la falta de solución a las necesidades básicas de la población.



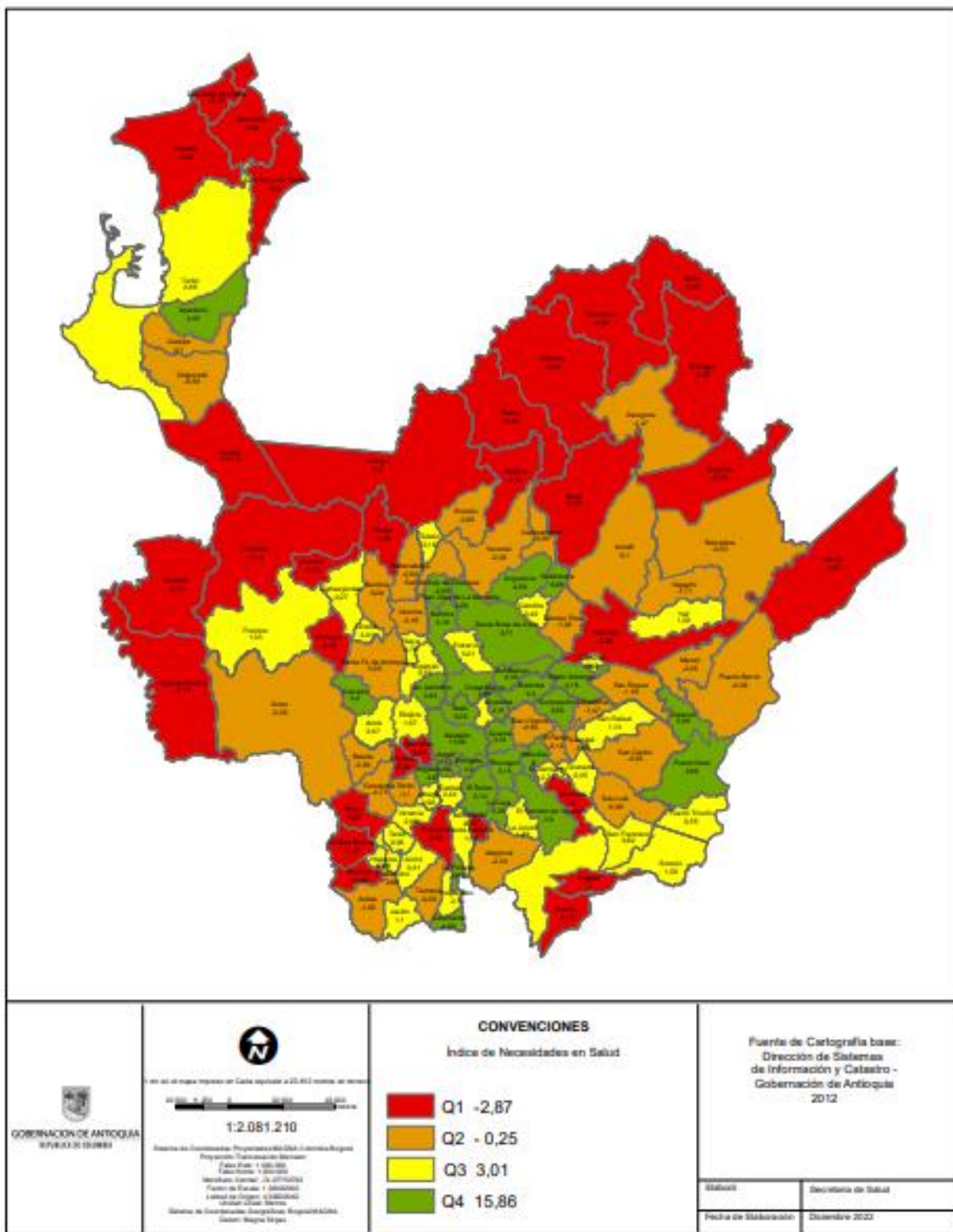
Mapa 25. Índice de Necesidades en Salud ASIS Antioquia. 2021.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



Mapa 26. Índice de Necesidades en Salud ASIS Antioquia. 2022



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



521



# Atlas de desigualdades **2021**

## CAPÍTULO VI



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS



## CAPÍTULO IV ATLAS DE DESIGUALDADES

### 4.1. Introducción.

El monitoreo en salud permite a través de la observación de una situación de forma constante, advertir los cambios que suceden con el transcurso del tiempo, convirtiéndose en una herramienta que muestra avances o no en la situación de salud de las poblaciones. Los resultados del monitoreo indican si las políticas, programas y prácticas están alcanzando los objetivos por los que fueron formulados, teniendo en cuenta las etapas de selección, recolección y procesamiento de datos frente a los indicadores de salud priorizados, análisis, comunicación de resultados, y gestión del cambio.

Las inequidades en salud son diferencias injustas en la salud de las personas de diferentes grupos sociales y pueden asociarse con distintas desventajas (pobreza, discriminación y falta de acceso a servicios o bienes), las cuales pueden medirse de forma indirecta a través de las diferencias observables, y estas al compararse con los indicadores en salud, permitirán reflejar razonablemente las diferencias injustas entre grupos, lo cual podría corregirse mediante cambios en la políticas, programas y/o prácticas.

La focalización de las problemáticas en salud pública bajo el abordaje de los determinantes sociales y las inequidades de la salud ha sido un factor clave para obtener los resultados de Antioquia en los últimos 5 años, con una mejoría notable en sus condiciones de salud, disminución en las tasas de fecundidad y crecimiento entre otros. Con el objetivo de permitir las comparaciones entre municipios y subregiones, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia fortalece el monitoreo de las condiciones de salud en los municipios realizando un abordaje por curso de vida en el análisis de desigualdades geográficas en salud; resultados que son presentados en el siguiente informe.

### 4.2. Métodos.

El siguiente estudio tiene un diseño ecológico de carácter descriptivo cuantitativo, considerando las siguientes variables:

- Indicadores en salud: ODS-3: Tasa de mortalidad prematura por cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto, pulmón, próstata, estómago, linfoma no Hodgkin y Leucemia en adultos, Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, Tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años, Tasa de mortalidad por VIH/SIDA, Tasa de mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, Porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente, Tasa de mortalidad en menores de 5 años,



523



Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente, Vacunación triple viral, Tasa de mortalidad prematura por diabetes, Tasa de mortalidad materna y Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.

- Indicadores socioeconómicos (estratificadores de equidad): Índice de pobreza multidimensional - IPM

Se obtuvieron datos para todos los indicadores en salud y socioeconómicos priorizados de los 125 municipios del departamento, provenientes de los registros generados por el DANE para los años 2019 y 2021, a excepción de los indicadores de tasa de mortalidad prematura por cáncer y mortalidad prematura por diabetes de los cuales solo se dispone información correspondiente a 2019.

Se realiza un análisis exploratorio de los datos para describir los estratificadores de equidad y los indicadores de salud en Antioquia; realizando un análisis entre los indicadores de salud comparativamente con el grado de pobreza multidimensional, mediante las siguientes métricas de desigualdad:

- Brecha absoluta (BA): corresponde a la diferencia aritmética entre el valor del indicador de salud del grupo poblacional en condición de mayor vulnerabilidad social (i.e., el cuantil con menor desarrollo sostenible) y el del grupo de referencia (i.e., el cuantil con mayor desarrollo sostenible). Se expresa en las mismas unidades de medida del indicador de salud.
- Brecha relativa (BR): corresponde al cociente aritmético entre el valor del indicador de salud del grupo poblacional en condición de mayor vulnerabilidad social (i.e., el cuantil con menor desarrollo sostenible) y el del grupo de referencia (i.e., el cuantil con mayor desarrollo sostenible). Se expresa sin unidades (número de veces).
- Gradiente absoluto (Índice de Desigualdad de la Pendiente, IDP): corresponde al cambio en el indicador de salud entre los extremos del gradiente social obtenido por regresión ponderada. Se expresa en las mismas unidades de medida del indicador de salud.
- Gradiente relativo (Índice de Concentración de la Desigualdad en Salud, ICDS): corresponde al grado de concentración relativa de la carga de mortalidad, personas atendidas y/o no-cobertura, en el extremo poblacional en condición de mayor vulnerabilidad social. Se expresa en porcentaje acumulado.

### 4.3. Análisis estadístico.

Para describir la prevalencia, incidencia y mortalidad, se realizó análisis de variables de tiempo, persona y lugar, cálculo de tendencias mediante tasas, razones, prevalencias. Los datos fueron almacenados y analizados mediante los programas Microsoft Excel 2016, Microsoft Power BI y la herramienta de la Organización Panamericana de la Salud - OPS para el análisis exploratorio de datos sobre desigualdades eco sociales en salud, herramienta semi automatizada en MS Excel para cuantificar la magnitud y los cambios en el tiempo de las brechas y gradientes sociales de



desigualdad en salud a partir de datos geo espacialmente desagregados, en la cual se elaboraron los gráficos de gradiente de salud por grupos sociales, pendientes de regresión de la desigualdad en salud y curvas de concentración de la desigualdad en salud. Para los mapas se utiliza una escala de colores que representan las diferentes categorías, asignando el color más oscuro a los municipios con los valores más altos que el promedio; para su elaboración, se utiliza el software Arcgis, Arcmaps.

#### 4.4. Resultados.

##### Estado actual:

La inclusión productiva social como resultado de la superación de la pobreza se logra mediante la inversión orientada a resultados, el gasto público social e inversión en seguridad social. Las mediciones actuales de pobreza multidimensional se obtienen a partir de la encuesta de calidad de vida, la cual desde 2018 cuenta con base municipal permitiendo esgrimir el que las interrelaciones entre la pobreza multidimensional y el comportamiento de los desenlaces en salud conservan asociación espacial (1). Considerada por Naciones Unidas como un problema de derechos humanos, en el que coexisten la discriminación, exclusión y poco acceso a educación, salud o vivienda, hacen del IPM un indicador elegible como estratificador de equidad en el nivel de personas: combinación del porcentaje de personas consideradas pobres, y de la proporción de dimensiones en las cuales los hogares son privadas de ciertas condiciones.

Tabla 109. Comparativo de IPM 2019-2021

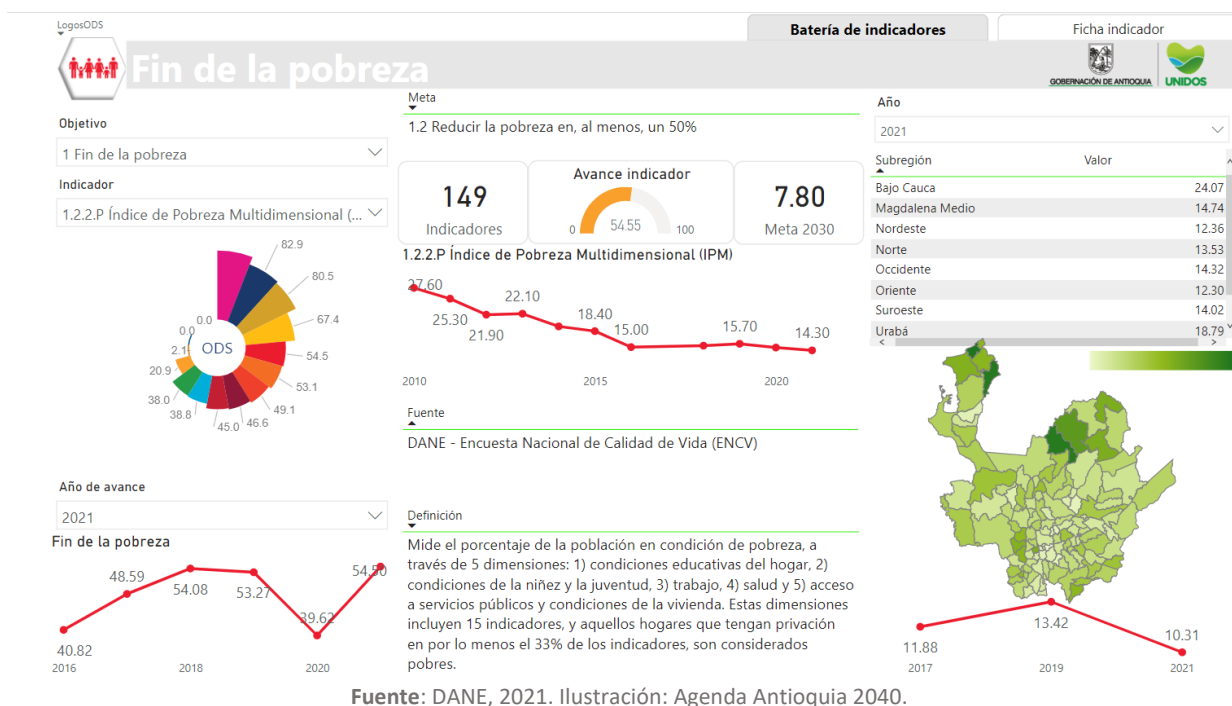
Región	IPM 2019	IPM 2021
Bajo Cauca	28.5	24.1
Urabá	26.6	18.8
Occidente	24.7	14.7
Suroeste	22.3	14.3
Norte	20.3	14.0
Magdalena Medio	20.1	13.5
Nordeste	17.9	12.4
Oriente	17.4	12.3
Valle de Aburrá	7.8	7.0
<b>Total departamento</b>	<b>13.4</b>	<b>10.41</b>

Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



Las subregiones de Bajo Cauca y Urabá coinciden en mantener los mayores IPM para los dos años analizados, donde los municipios de San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Tarazá, Cáceres y Nechí son los más afectados (Top 5 quintil 5). (2) Las variables que más inciden en la pobreza multidimensional para el 2021 son: Trabajo informal, con un promedio de 58% de Tasa de empleo informal en el departamento frente al 64,8% de los municipios del quintil 5. Seguido de Bajo logro educativo medido por el Promedio de Años de Educación, con una media de 7.4 años para el Departamento y 7 años entre los municipios del quintil 5 y la tasa de analfabetismo siendo en promedio 5% para el departamento y 8,5% para los municipios del quintil 5.

Figura 202. Grado de avance Índice de Pobreza Multidimensional Antioquia, 2021



Los municipios con mayor pobreza agrupados en el quintil 5, coinciden en tener los más altos índices de inseguridad alimentaria severa con un promedio de 27% de privaciones por esta variable, esta condición predispone a mayores tasas de mortalidad en menores de 5 años, mortalidad materna; coexistiendo geográficamente con mayores tasas de fecundidad adolescente y embarazo subsiguiente, cerrando el círculo de pobreza, como se presenta a continuación.

El 63.63% de los indicadores en salud relacionados en el presente informe mostraron niveles bajos de desigualdad absoluta según riqueza, con la diferencia entre los quintiles más rico y más pobre no mayor al 10% (Tabla 112), evidenciando que las tasas de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, tasa de mortalidad por VIH/SIDA y tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años, presentan razones de desigualdad relativas iguales o menores a 1. En

cambio, la tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años y la tasa de mortalidad materna generaron un valor atípico de extrema desigualdad según el IPM de 2021, con una razón relativa de cerca de 3 para ambos indicadores.

**Tabla 110.** Desigualdades en los indicadores priorizados ODS-3 Antioquia, según nivel de riqueza, IPM 2021.

INDICADOR	PROMEDIO COLOMBIA	PROMEDIO ANTIOQUIA	QUINTIL 5 (MAS POBRE) %	QUINTIL 4 %	QUINTIL 3 %	QUINTIL 2 %	QUINTIL 1 (MENOS POBRE) %	DIFERENCIA (Q1-Q5) %	RAZÓN (Q5/Q1)
Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales (%)	86,1	88,5	83,6	83,1	85	89,3	91,7	-8,1	0,9
Tasa de mortalidad por VIH/SIDA (POR 100.000 HABITANTES)	5,1	4,5	2,1	3,9	3,7	3,3	5,4	-3,3	0,4
Porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente (%)	93,4	86,3	94,3	88,6	87,7	91,9	82,1	12,2	1,1
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (ajustada) (POR 1.000 NACIDOS VIVOS)	18,2	11,4	14,4	16,5	12,9	9,5	9,6	4,8	1,5
Vacunación triple viral	94,3	85,1	89,9	82,1	85,2	92	82,5	7,4	1,1
Tasa de mortalidad materna (POR 100.000 NACIDOS VIVOS)	50,7	34,2	83,8	108,7	80,7	73,1	29,1	54,7	2,9
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares (POR 100.000 PERSONAS DE 30 A 70 AÑOS)	81,9	114,2	127,7	146,8	129,5	101,9	109,6	18,1	1,2
Tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años (POR 100.000 MENORES DE 18 AÑOS)	4,8	4,3	3,6	4,7	2,7	4,9	4,5	-0,9	0,8
Tasa de mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (POR 100.000 PERSONAS DE 30 A 70 AÑOS)	11,6	13	11	14,6	16,9	9,6	13,2	-2,2	0,8
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente (%)	21,5	22,2	25,7	22,3	23,1	20,4	21	4,6	1,2
Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (POR CADA 1.000 MUJERES DE 15 A 19 AÑO)	58,8	49,3	101,5	85,7	67,7	45,1	32,4	69,1	3,1

**Fuente.** Elaboración propia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia a partir de DANE, 2021.

## Tendencias en el tiempo:

Los indicadores de Tasa de mortalidad por VIH/SIDA, porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años no presentaron cambios significativos en el periodo evaluado. Antioquia registró aumento en la desigualdad según riqueza entre el IMP de 2019 y 2021, así como de los demás indicadores, siendo el porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente, la tasa de mortalidad en menores de 5 años, la tasa de mortalidad materna, porcentaje de vacunación triple viral y el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente los de mayores cambios porcentuales entre un periodo y otro.



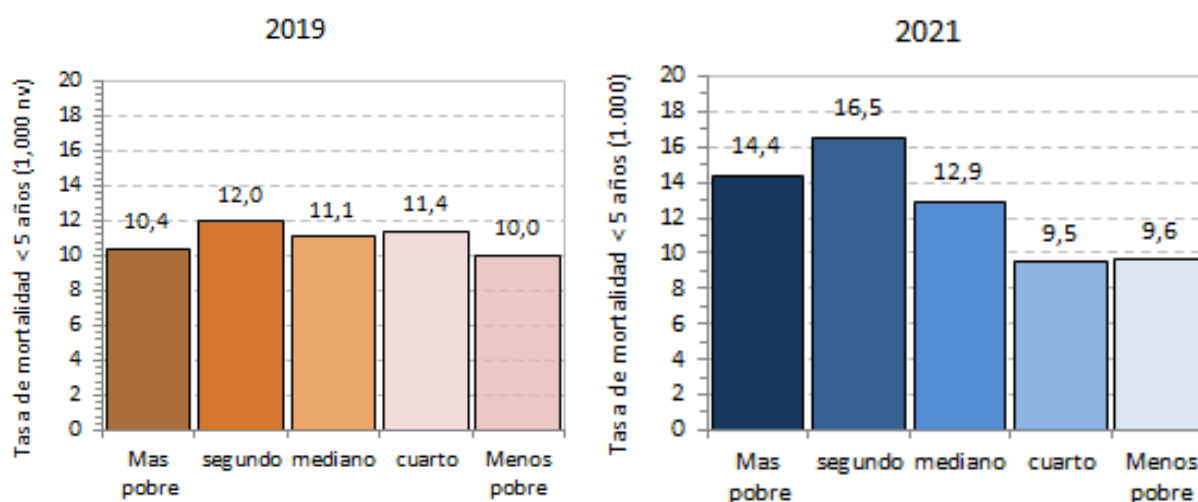
Tabla 111. Desigualdades en los indicadores priorizados ODS-3 Antioquia, según nivel de riqueza, IPM 2019-2021.

INDICADOR	AÑO	PROMEDIO COLOMBIA	PROMEDIO ANTIOQUIA	QUINTIL 5 (MAS POBRE) %	QUINTIL 4 %	QUINTIL 3 %	QUINTIL 2 %	QUINTIL 1 (MENOS POBRE) %	DIFERENCIA (Q1-Q5) %	RAZÓN (Q5/Q1)
Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales (%)	2019	86,1	90,1	80,9	86,1	89,9	88,3	92,5	-11,6	0,9
	2021		88,5	83,6	83,1	85	89,3	91,7	-8,1	0,9
Tasa de mortalidad por VIH/SIDA (POR 100.000 HABITANTES)	2019	5,1	4,7	3,8	3,2	4	2,8	6,3	-2,5	0,6
	2021		4,5	2,1	3,9	3,7	3,3	5,4	-3,3	0,4
Porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente	2019	93,4	95	93,7	94,3	96,7	100,8	93,9	-0,1	1
	2021		86,3	94,3	88,6	87,7	91,9	82,1	12,2	1,1
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (ajustada) (POR 1.000 NACIDOS)	2019	18,2	10,7	10,4	12	11,1	11,4	10	0,4	1
	2021		11,4	14,4	16,5	12,9	9,5	9,6	4,8	1,5
Vacunación triple viral	2019	94,3	95,1	97,3	95,4	95,7	98,58	93,9	3,4	1
	2021		85,1	89,9	82,1	85,2	92	82,5	7,4	1,1
Tasa de mortalidad materna (POR 100.000 NACIDOS VIVOS)	2019	50,7	42,1	37,7	32,8	19,8	65	28,6	9,1	1,3
	2021		34,2	83,8	108,7	80,7	73,1	29,1	54,7	2,9
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares (POR 100.000 NACIDOS VIVOS)	2019	81,9	102,7	98,5	93	100,7	84,9	112,6	-14,1	0,9
	2021		114,2	127,7	146,8	129,5	101,9	109,6	18,1	1,2
Tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años (POR 100.000 NACIDOS VIVOS)	2019	4,8	4,3	3,1	1,7	3,4	4	5,1	-2,1	0,6
	2021		4,3	3,6	4,7	2,7	4,9	4,5	-0,9	0,8
Tasa de mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (POR 100.000 NACIDOS VIVOS)	2019	11,6	16,7	16,2	19	16	15,1	16,8	-0,9	0,9
	2021		13	11	14,6	16,9	9,6	13,2	-2,2	0,8
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente (%)	2019	21,5	2,95	5,4	4,8	4,2	3,5	2	3,4	2,7
	2021		22,2	25,7	22,3	23,1	20,4	21	4,6	1,2
Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años	2019	58,8	53,20	92,2	82,5	59,3	75,8	38,9	53,2	2,4
	2021		49,3	101,5	85,7	67,7	45,1	32,4	69,1	3,1

Fuente. Elaboración propia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia a partir de DANE, 2021.

Al realizar el análisis del aumento de desigualdad según riqueza, el indicador de mortalidad en menores de 5 años, en donde la diferencia absoluta entre los quintiles más rico y más pobre paso de 0.4 a 4.8 y la razón relativa entre quintiles extremos de 1.0 a 1.5. Así mismo, es posible evidenciar que el aumento en la desigualdad para los indicadores de mortalidad materna e infantil fue mayormente resultado de la afectación de los quintiles más pobres.

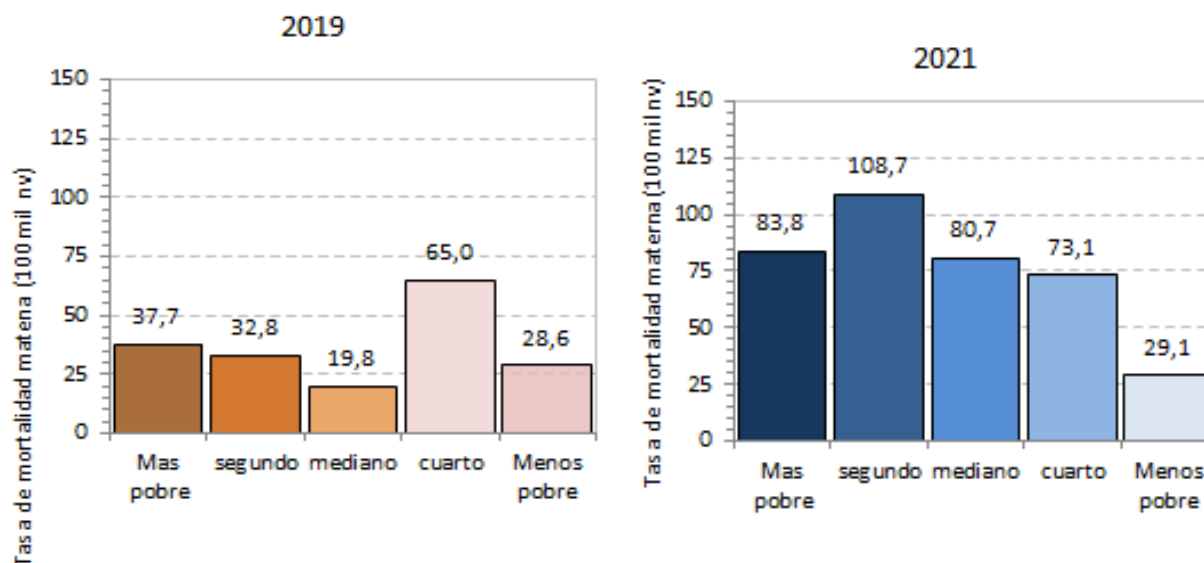
Figura 203. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Elaboración propia

La mortalidad materna tuvo el mayor incremento, tanto en desigualdad absoluta como relativa entre 2019 y 2021: la brecha absoluta entre los quintiles más rico y pobre pasó de 9.1 en 2019 a 54.7 en 2021, mientras que la razón relativa entre estos quintiles incremento de 1.3 a 2.9 en el mismo periodo.

Figura 204. Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos

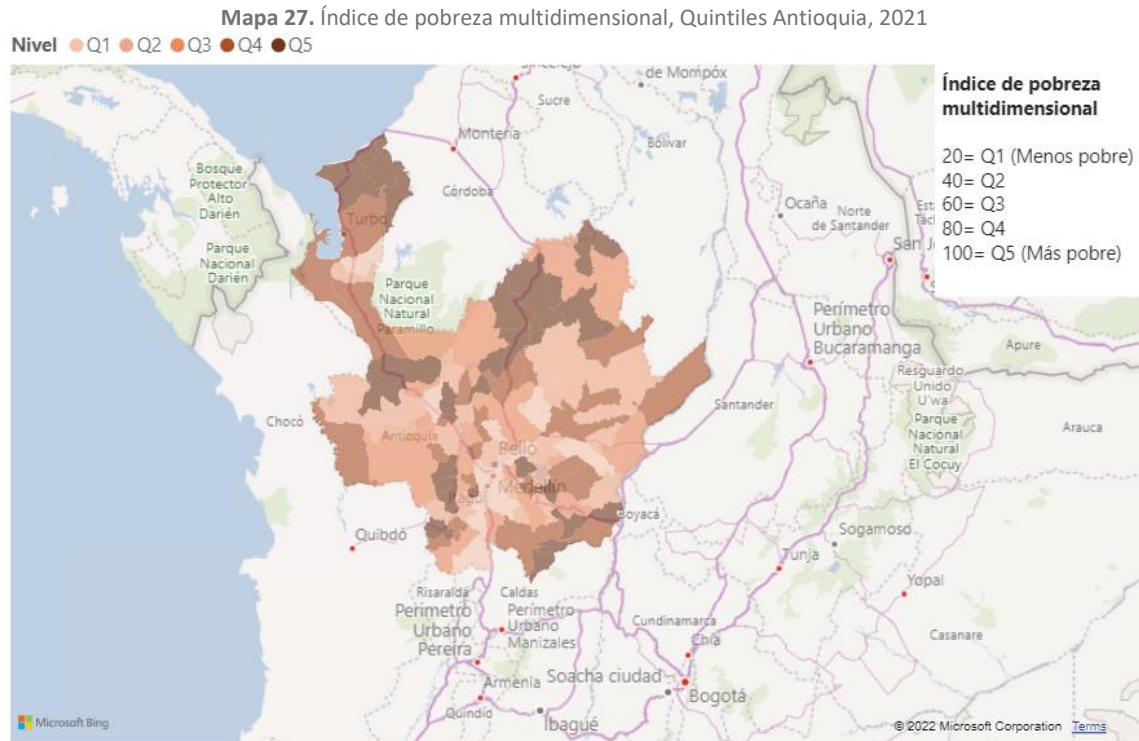


Fuente. Elaboración en plantilla para el análisis exploratorio de datos sobre desigualdades sociales en salud. Organización Panamericana de la Salud, 2020.

Ilustración Gradiente por IPM, Antioquia 2019-2021 a) Tasa de mortalidad infantil y b) Tasa de mortalidad materna

## Distribución geográfica:

Antioquia está localizado en el noroeste de Colombia, su organización territorial comprende 125 municipios que se agrupan en 9 subregiones: Valle de Aburrá, Magdalena Medio, Nordeste, Norte, Occidente, Oriente, Suroeste, Urabá y Bajo Cauca, siendo estas dos últimas las que concentran la mayor vulnerabilidad social en el Departamento. Entre 2019 y 2021, Antioquia redujo el IPM en 1.4 puntos porcentuales, situación similar a lo registrado a nivel nacional, en donde la disminución fue de 1.5 puntos porcentuales para ese mismo periodo (1).



Fuente. Elaboración Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2021

La estructura demográfica del Departamento ha cambiado pasando de tener una población joven en 1985 a una madura en 2018. Esta transición, determinada por el índice de Friz, que representa el porcentaje de población de menos de 20 años, con respecto al grupo de población entre los 30 y los 49 años, indicó que los jóvenes entre 0 y 19 años han disminuido en los últimos 6 años, pasando de 116,6 en 2015 a 101,7 en 2021. Así mismo, la esperanza de vida al nacer muestra una tendencia al incremento, proyectándose un valor promedio de 76,3 años para el quinquenio 2015-2020 (2).

La información que se describe a continuación corresponde al análisis de las desigualdades en salud en los indicadores ODS-3 priorizados por curso de vida, destacando los hallazgos más relevantes:

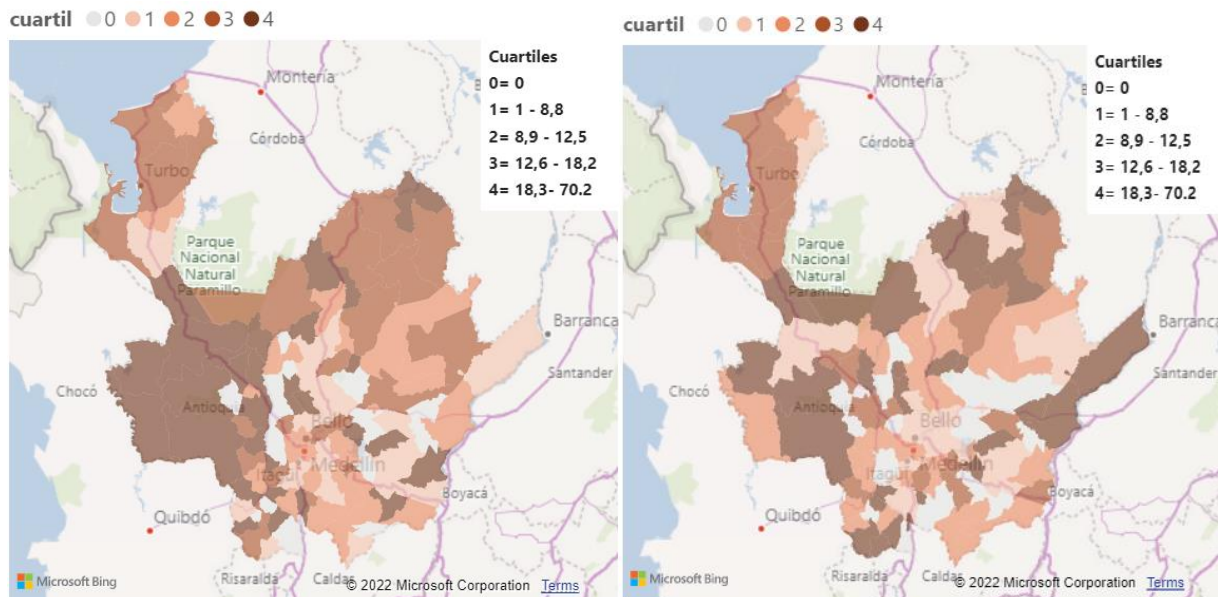
### Primera infancia:

En Antioquia entre 2015 y 2021 murieron en promedio cada año 89 niños menores de 5 años, con una tasa de mortalidad promedio de 12 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos, comportamiento que es menor al compararse con lo reportado a nivel nacional (3,4). Para este mismo periodo, la subregión Occidente presentó un mayor riesgo de mortalidad en menores de 5 años y Nordeste el menor riesgo. En cuanto al comportamiento del evento por municipios, Armenia presentó la tasa de mortalidad más alta del Departamento (71.43 muertes por 1.000



nacidos vivos) y Santa Rosa de Osos la de menor (2.56 muertes por 1.000 nacidos vivos).

**Mapa 28.** Distribución geográfica por Tasa de mortalidad menores 5 años por 100 mil nacidos vivos, Antioquia 2015-2021.  
a. 2015  
b. 2021



Fuente: Elaboración Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia  
Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2021

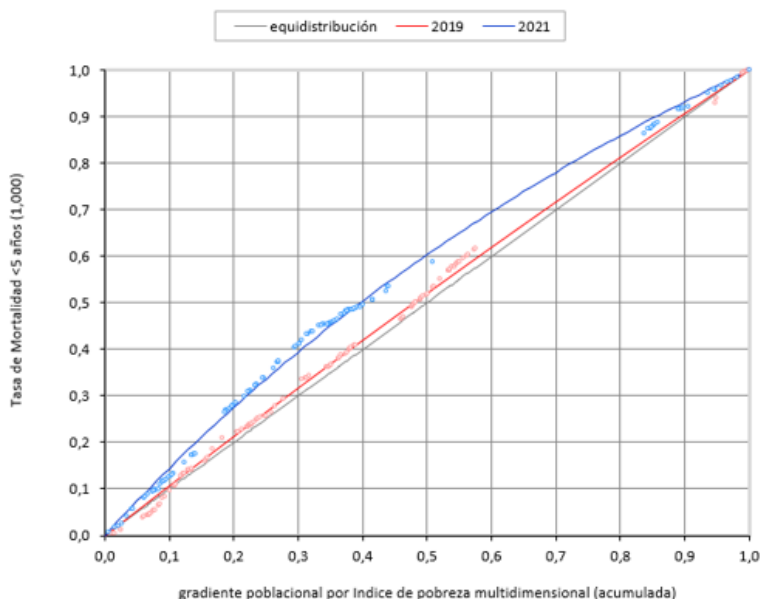
La asociación geográfica del evento es persistente para los municipios del quintil más pobre. Las causas en menores de 1 año siguen siendo los problemas ocasionados por el embarazo y el parto, como la asfixia y enfermedades congénitas, siendo el acceso a control prenatal un determinante que propicia el evento cuando coexiste en las subregiones de Urabá, Occidente y Bajo Cauca.

En cuanto a la cobertura de vacunación es posible evidenciar que los resultados obtenidos para el 2021 son consecuencia de la crisis sanitaria originada por la pandemia de COVID-19 y las interrupciones a ella; en el caso de cobertura de vacunación con tercera dosis de Pentavalente en niños y niñas menores de 1 año esta paso de 91.55% en 2015 a 89.45% en 2021, al igual que la cobertura de vacunación contra triple viral en niños y niñas de 1 año que en 2015 fue de 93.03% pasando a 85.47% en 2021, comportamiento es similar a lo registrado en Colombia y en el mundo (5,6).

Se identifica en general mayor equidad entre los quintiles según el Índice de pobreza multidimensional para los indicadores de vacunación con triple viral y tercera dosis de pentavalente en menores de 1 año. La magnitud de la desigualdad según el IPM en los municipios de Antioquia representa en los más pobres 4.8 muertes infantiles más por cada 1.000 nacidos vivos que en los más ricos.



Figura 205. Curvas de concentración de la desigualdad en salud, Mortalidad menores de 5 años según IPM, 2019-2021. Antioquia



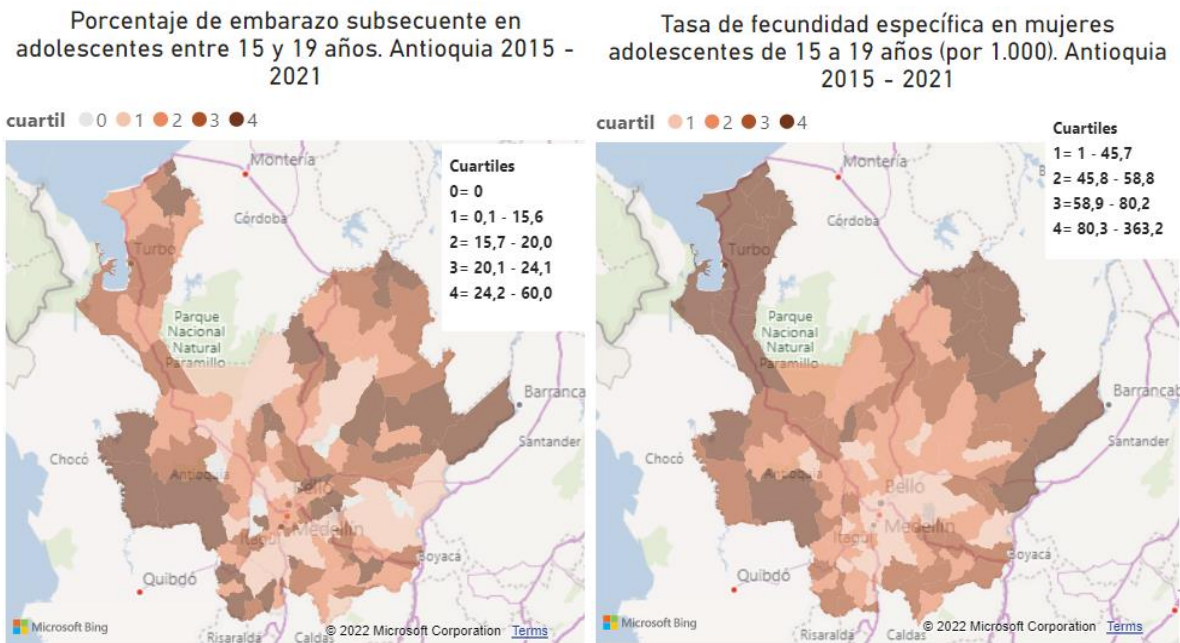
estratificador de equidad	métricas de desigualdad	año	valor	IC 95%	
				bajo	alto
Índice de pobreza multidimensional (IPM)	brecha absoluta de Kuznets	2019	0,4	-2,0	2,8
		2021	4,8	2,2	7,4
	brecha relativa de Kuznets	2019	1,0	0,8	1,3
		2021	1,5	1,2	1,9
	índice de concentración de la desigualdad en salud	2019	-0,028		
		2021	-0,139		
tasa global promedio de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)		2019	10,7	9,9	11,4
		2021	11,4	10,6	12,2

Fuente: Elaboración en plantilla para el análisis exploratorio de datos sobre desigualdades sociales en salud. Organización Panamericana de la Salud, 2020

## Adolescencia:

En Antioquia para los años 2015 y 2021 la fecundidad adolescente tuvo una disminución pasando de 79.22 a 64.99 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años; evidenciando en el Departamento una reducción de los nacimientos para este grupo poblacional en un 18%. En 2021, Urabá fue la subregión con la mayor tasa de fecundidad adolescente y Valle de Aburrá la de menor. Este comportamiento también lo ha tenido el indicador de embarazo subsecuente en adolescentes entre 15 y 19 años el cual ha disminuido significativamente, pasando de 4.55% a 3.75% entre 2015 a 2021; la reducción en estos indicadores en Antioquia evidencia resultados en las estrategias implementadas para la prevención de la maternidad en este grupo de edad.

Mapa 29. Distribución geográfica indicadores de Porcentaje de embarazo subsecuente en adolescentes y Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes, Antioquia 2021.

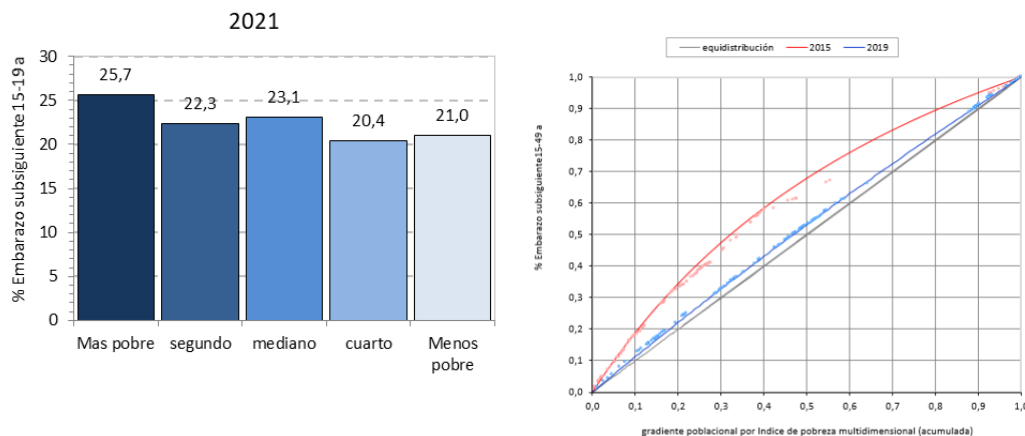


Fuente. Elaboración Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2021

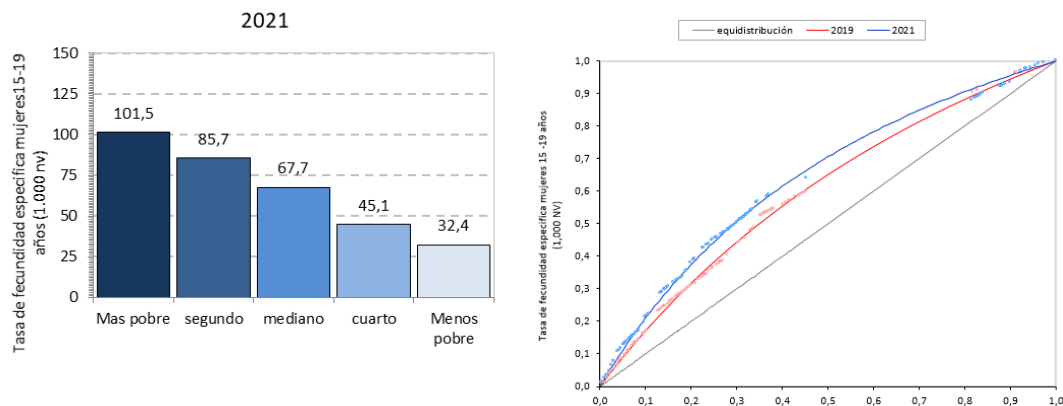
Es posible verificar desigualdades en todos los indicadores analizados, tal es el caso de la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (15-19 años) en donde los quintiles más pobres acumulan las cifras más altas, a diferencia de la Tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años en donde la distribución del evento se ha mantenido a favor de los grupos menos pobres. En cuanto al porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente en los municipios más pobres fue 2.6 veces la proporción de los más ricos.

Figura 206. Gradiente por IPM, Antioquia 2019-2021 a) Porcentaje de embarazo subsecuente en adolescentes y b) Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes

a. Porcentaje Embarazo subsecuente en adolescentes entre 15 y 19 años



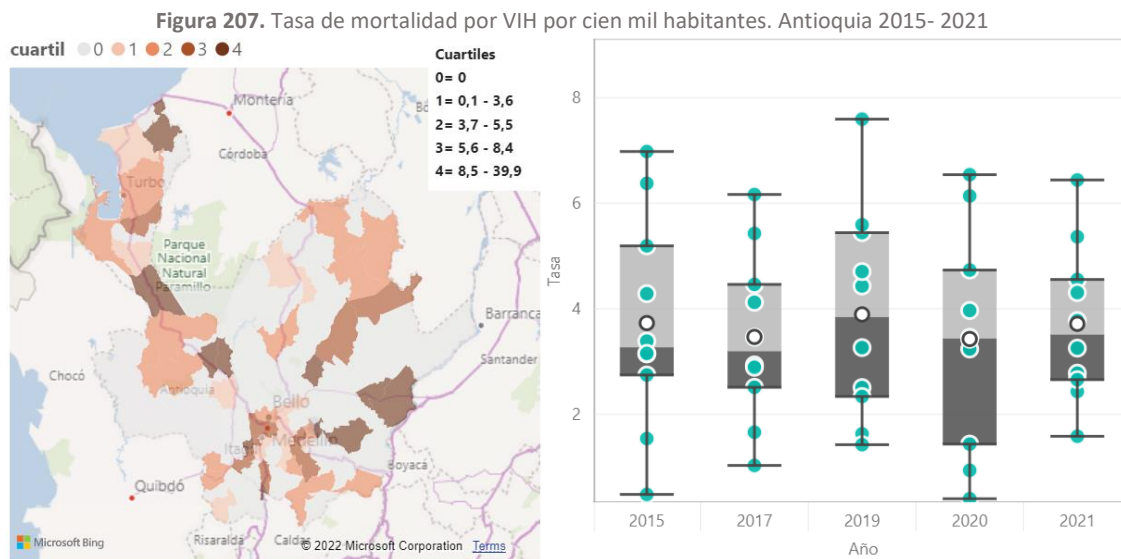
b. Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años



Fuente: Elaboración en plantilla para el análisis exploratorio de datos sobre desigualdades sociales en salud. Organización Panamericana de la Salud, 2020

Toda la población.

La tasa de mortalidad por VIH/SIDA ha registrado un comportamiento estable entre 2015 a 2021, alcanzando una tasa de 3.62 fallecimientos por esta causa en 100.000 habitantes para este último periodo, sin embargo, al realizar el análisis por subregión es Magdalena Medio la que mayor tasa de mortalidad por VIH por 100.000 habitantes registra entre 2015 y 2021 y la subregión Norte la de menor entre 2020 y 2021.

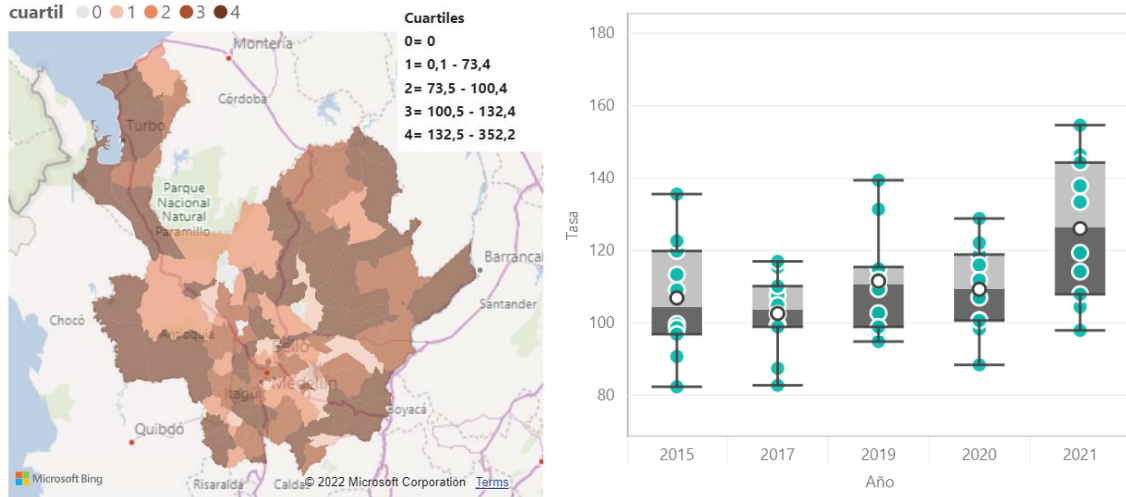


Fuente. Departamento Administrativo Nacional de estadística DANE

Por otra parte, el comportamiento entre 2015 y 2021 de la tasa de mortalidad prematura por enfermedades de las vías respiratorias inferiores pasó de 16.31 a 15.58 casos por 100.000

habitantes. En 2021 las diferencias entre las subregiones son significativas, aunque menores a las de Colombia para el 2020 (28.2 muertes por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias por 100.000 habitantes); mientras que para este mismo periodo la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares tuvo un incremento de los casos en un 15%, pasando de 107.67 a 127.35 fallecimientos por cada 100.000 habitantes.

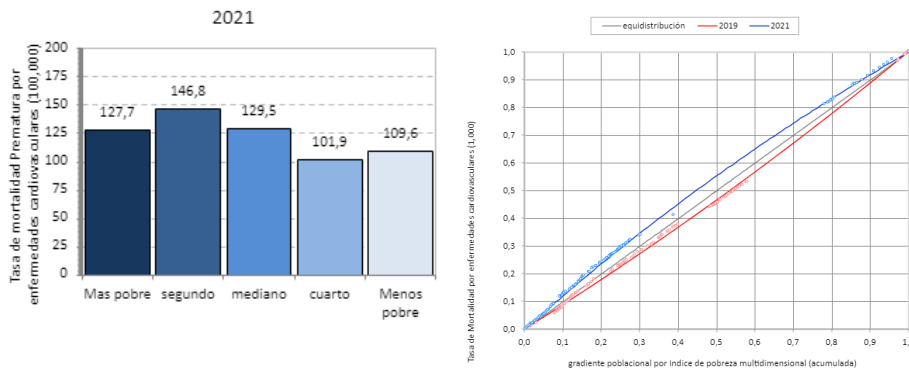
**Figura 208.** Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares por cien mil habitantes, Antioquia 2021



Fuente. Departamento Administrativo Nacional de estadística DANE

Se evidencia en general menores desigualdades por quintiles de pobreza, para la tasa de mortalidad prematura por enfermedades como VIH y de vías respiratorias inferiores; sin embargo las muertes por enfermedades cardiovasculares tuvieron un incremento en la desigualdad según riqueza entre el IPM de 2019 y 2021: la brecha absoluta entre los quintiles más rico y más pobre pasó de -14.1 en 2019 a 18.1 en 2021, mientras que la razón relativa entre estos quintiles incrementó de 0.9 a 1.2 en el mismo periodo, afectando los quintiles más pobres.

**Figura 209.** Gradiente por IPM, Antioquia 2019-2021 a) Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares



Fuente. Elaboración en plantilla para el análisis exploratorio de datos sobre desigualdades sociales en salud. Organización Panamericana de la Salud, 2020

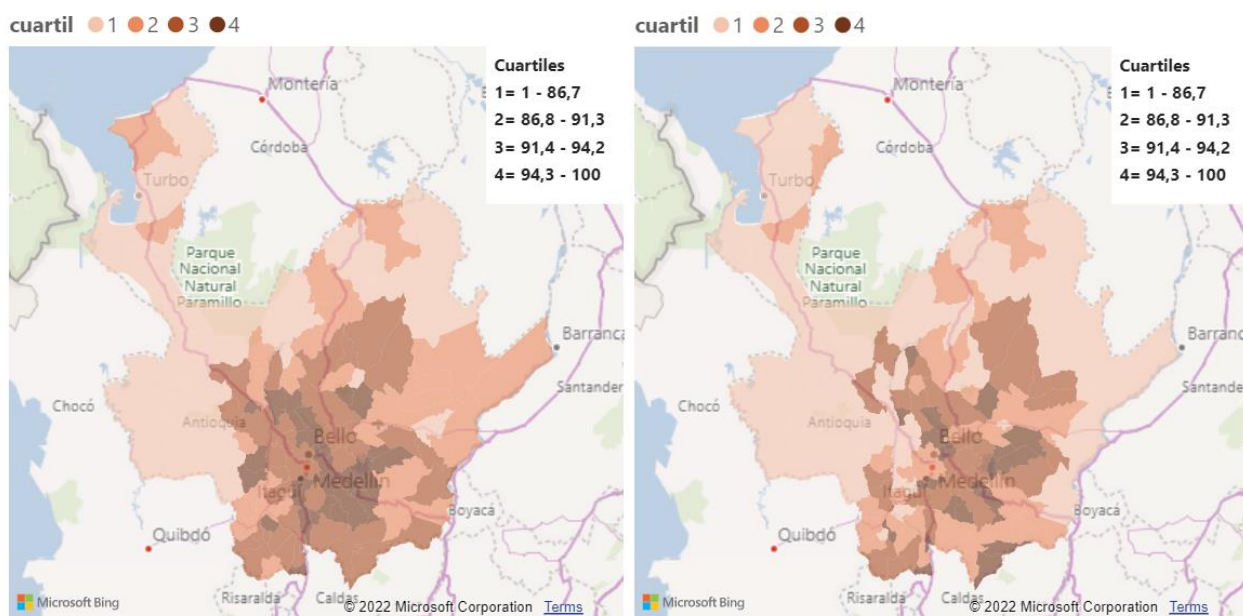


## Gestacional.

En Antioquia entre 2015 y 2021 la proporción de nacidos vivos cuyas madres asistieron a cuatro o más controles durante su gestación pasó de 88.47% a 86.07%.

En 2021 las diferencias entre las subregiones son significativas, aunque menores a las de Colombia para ese mismo periodo (54,8%). La subregión de Magdalena Medio presentó una cobertura menor en el grupo de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales (76.60%) y Oriente el de mayor proporción (93.15%), comportamiento que ha permanecido estable para estas dos regiones desde 2019.

Mapa 30. Distribución geográfica Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, Antioquia 2015-2021.  
a. 2015 b. 2021

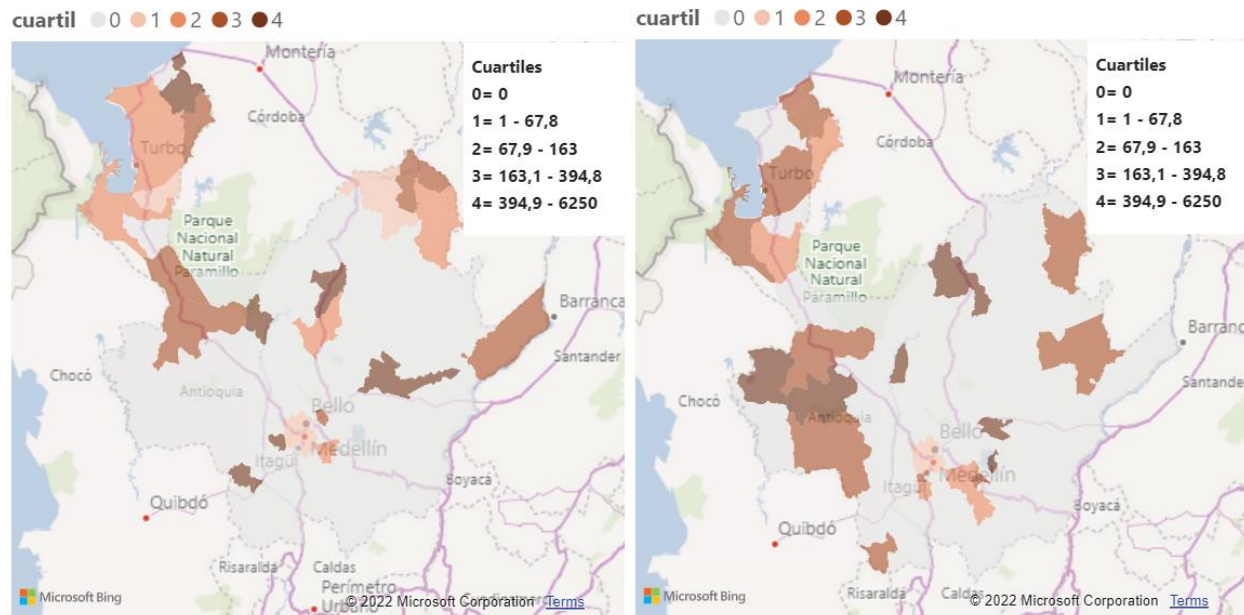


Fuente. Elaboración Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia  
Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2021

Se distingue una marcada brecha de desigualdad entre las poblaciones más pobres del departamento de Antioquia, quienes registran una menor proporción de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales y altas tasas de mortalidad materna, representando esta última en los municipios más pobres 9.1 muertes maternas más por cada 100.000 nacidos vivos que en los más ricos.

Entre 2015 y 2021 la mortalidad materna en Antioquia pasó de 61.68 a 65.46 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con una disminución marcada en 2017 y un aumento progresivo a partir de 2019, no obstante, el comportamiento del departamento de Antioquia es menor a lo registrado a nivel nacional donde la razón de mortalidad materna fue de 76.1 casos por 100.000 nacidos vivos.

Mapa 31. Distribución geográfica por Tasa de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos, Antioquia 2015-2021.  
a. 2015 b. 2021



Fuente. Elaboración Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia  
Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2021

En 2021, se observaron diferencias entre las subregiones de Antioquia, siendo Occidente la subregión con mayor mortalidad materna, Norte y Magdalena Medio no registraron casos. El 21% de los municipios del Departamento registraron casos de mortalidad materna, siendo Guatapé fue el municipio con la mayor tasa de mortalidad por esta causa en Antioquia. Las cifras de mortalidad materna se han visto afectadas a causa de la pandemia COVID-19 generando un retroceso en las acciones ejecutadas para la alcanzar las metas propuestas.

Según lo descrito por el Atlas Nacional de Equidad en Salud Sostenible de Colombia (7), para 2022 en la región Central, los municipios con menor desarrollo sostenible concentran desproporcionadamente menor cobertura de salud materno-infantil y mayor mortalidad materna: se constata a nivel regional un déficit de 6,4 puntos porcentuales de cobertura y un exceso de 149,5 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos producto de la desigualdad social; sin embargo no es posible generar un análisis referencial con este informe debido a que el estratificador de equidad utilizado correspondió al Índice de Desarrollo Sostenible (IDS) el cual integra tres indicadores: Valor agregado económico municipal per cápita 2015, tasa de supervivencia escolar de 2016 y cobertura de acuerdo al periodo 2014-2016 (dimensión ambiental).

No obstante, es posible evidenciar que los efectos a los determinantes de la salud generados por la pandemia COVID-19 afectó a este grupo poblacional, incrementando las brechas de desigualdad, pues en 2021 la magnitud de la desigualdad según el IPM en los municipios de Antioquia representa en los más pobres 54.7 muertes infantiles más por cada 1.000 nacidos vivos que en los

más ricos, lo cual se traduce en un incremento de 501%.

## Conclusiones.

La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. Para poder medir esta equidad, se han desarrollado varias herramientas que buscan identificar los grupos excluidos de las iniciativas en salud y reducir y eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud; factores que pueden ser sociales, económicos, ambientales, estructurales o conductuales (8). En Colombia, la equidad está en el centro de la discusión política y hace parte de las prioridades nacionales, alineando las estrategias y políticas actuales (Plan Decenal de Salud Pública y Agenda 2030 Objetivos de Desarrollo Sostenible) con el compromiso de “No dejar a nadie atrás” de acuerdo a lo planteado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (7). Los municipios con mayores desigualdades en salud son San Juan de Urabá, Vigía del Fuerte, Peque, Nechí, Caicedo, Murindó, Nariño, San Francisco, Cáceres, Betania y Necoclí con un IPM mayor a 40. Este comportamiento es similar al registrado a nivel nacional en donde las mayores brechas de desigualdad se presentan en los indicadores de mortalidad materna y mortalidad infantil (7)

La tasa de mortalidad materna es un indicador que evidencia el funcionamiento del sistema de salud de un país, por lo que la muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio refleja la inequidad hacia las mujeres y sus condiciones de vida(9); si bien en Antioquia se ha presentado una disminución en este indicador en los últimos años, las desigualdades al interior del departamento de Antioquia presentan diferencias significativas entre los municipios, a pesar de que el promedio departamental es menor a lo registrado en el país.

Las altas tasas de embarazo no deseado se concentran en su mayoría en el grupo de edad adolescente, generando este evento consecuencias no solo físicas, si no también sociales y económicas, y siendo más propensas a repetir un embarazo rápidamente(10). El embarazo adolescente es un problema de salud pública que afecta al mundo, y Antioquia no es ajena a esta situación si bien hubo una disminución del 18% en el grupo poblacional de 15 a 19 años, siguen siendo las poblaciones más pobres las que acumulan los porcentajes más altos.

A nivel mundial, el riesgo de morir antes de los 5 años en niños más pobres es casi dos (1,9) veces el riesgo de morir en niños más ricos. La mortalidad neonatal en todo el mundo está descendiendo con menor rapidez que la mortalidad de niños entre 1 mes y 5 años (9), siendo las complicaciones derivadas del nacimiento prematuro y del parto o en el nacimiento las que ocasionan las mayorías de las muertes; es por esta razón que las acciones que se generen para impactar este evento deben no solo estar dirigidas a la población afectada sino también a las gestantes, favoreciendo el cuidado del binomio madre e hijo (10). En Antioquia, las desigualdades en la tasa de mortalidad en menores de 5 años se comportan de forma similar, por esta razón se deben generar esfuerzos adicionales





en los municipios más afectados por la pobreza, en donde el evento se presenta casi 5 veces más en los municipios más pobres que en los más ricos.

Los resultados presentados permiten poner en evidencia la magnitud de las desigualdades en salud y sociales en los indicadores de salud sexual y reproductiva, salud materna e infantil, que existen en los municipios de Antioquia; siendo esta información un insumo para orientar acciones que permitan establecer estrategias que reduzcan las desigualdades en salud y sociales en los municipios de Antioquia; así mismo, permite reafirmar la importancia de evidenciar las desigualdades sociales que ocurren al interior del departamento, ya que al promediar indicadores en salud, estas diferencias pueden quedar ocultas en el territorio.

Dentro de las limitaciones identificadas durante la realización de este informe, se encuentra la calidad de los datos de los indicadores en salud, ya que se percibe un alto subregistro y debilidades en la clasificación de las muertes, el cual tiende a ser más elevado en aquellos territorios de mayor vulnerabilidad. Por otra parte, son pocos los estudios que se han generado en el país que permitan comparar el comportamiento con otras regiones, por lo que se debe incentivar la investigación y medición de estos indicadores.

## Referencias Bibliográficas.

1. Departamento Nacional de Planeación. Índice de pobreza multidimensional en Colombia 2019 – 2021. Disponible en: <https://www.ccb.org.co/observatorio/Analisis-Social/Analisis-Social/Poblacion-pobreza-y-desigualdad/Indice-de-pobreza-multidimensional-en-Colombia-2019-2021>
2. Gobernación de Antioquia. Análisis de la situación de Salud de Antioquia 2021. 2021.
3. Departamento Nacional de Planeación. La Agenda 2023: Objetivos de desarrollo sostenible [Internet]. Disponible en: [https://ods.dnp.gov.co/es/data-explorer?state=%7B%22goal%22%3A%223%22%2C%22indicator%22%3A%223.2.2.G%22%2C%22dimension%22%3A%22DES\\_GEO\\_DEPTOS%22%2C%22view%22%3A%22bar%22%7D](https://ods.dnp.gov.co/es/data-explorer?state=%7B%22goal%22%3A%223%22%2C%22indicator%22%3A%223.2.2.G%22%2C%22dimension%22%3A%22DES_GEO_DEPTOS%22%2C%22view%22%3A%22bar%22%7D)
4. Banco Mundial. Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1.000) [Internet]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT>
5. SISPRO. Indicadores Gestión del riesgo, Cobertura de vacunación [Internet]. Disponible en: <http://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/>
6. Organización mundial de la salud. Cobertura vacunal [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
7. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de salud y protección social. Atlas nacional de Equidad en salud Sostenible: Colombia. 2022.
8. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud#:~:text=La%20equidad%20en%20salud%20es,%2C%20econ%C3%B3micas%2C%20demogr%C3%A1ficas%20o%20geogr%C3%A1ficas>.



539



9. Tullo E, Lerea M, González R, Galeano J. Desigualdades sanitarias y sociales en la salud materna y del niño en Paraguay. Rev Panam Salud Publica. 2020;
10. Enríquez Nava. Comportamiento y desigualdades sociales en Bolivia. Rev Panam Salud Publica. 2020;





Situación salud  
**materno  
infantil**

CAPÍTULO V



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

## CAPÍTULO V SITUACIÓN DE SALUD MATERNO INFANTIL.

### 5.1. Comportamiento de la mortalidad materna en el departamento de Antioquia durante el periodo 2019 a 2021.

La mortalidad materna es un problema de salud pública, resultado de una serie de factores determinantes entre los cuales se destaca la situación de desventaja económica, la educación, el acceso y la calidad de los servicios de salud para la atención materna y la planificación familiar que refleja las brechas en el territorio expresadas en un mayor riesgo de morir.

Factores como la inequidad y la desigualdad, la lejanía entre las viviendas y los centros de salud, no disponer de información suficiente y veraz además de algunas prácticas culturales inciden en que las gestantes retrasen o no accedan a la atención en salud materna de manera oportuna lo que representa un mayor riesgo de complicaciones que potencialmente amenazan la vida y pueden generar un desenlace fatal si no se intervienen<sup>51</sup>.

La pandemia por el COVID-19 ha tenido un impacto socioeconómico que ha derivado en una crisis sanitaria a nivel Mundial, Nacional, Departamental y Municipal. La maternidad segura ha sufrido el impacto de diversas maneras, ejemplo de esto es el desconocimiento de la vulnerabilidad de las mujeres gestantes frente a la infección respiratoria por el Sars-CoV-2.<sup>52</sup>

Para el caso de las Américas, con corte a mayo de 2021, se reportaron más de 200 mil mujeres embarazadas que enfermaron por COVID-19 y al menos mil fallecimientos por complicaciones de la enfermedad.<sup>53</sup> Para esta misma fecha, el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) informó de 210 muertes maternas en el país: 162 de tipo mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 35 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 13 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

En cuanto a las causas de muerte materna temprana con corte a mayo 2021 en el país se registró un aumento del 39,6 % respecto a mayo de 2020. El 26,5 % se asoció a causas directas y el 24, % a causas indirectas. Las principales causas de muerte materna directa fueron el trastorno

<sup>51</sup> Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Consultado 28 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

<sup>52</sup> Equipo de Maternidad Segura. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Mortalidad Materna. Instituto Nacional de Salud. [Consultado 05 May 2021]. Disponible en: [http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Mortalidad%20materna.pdf](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20materna.pdf)

<sup>53</sup> Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 ocasiona impactos “devastadores” en las mujeres, afirma la directora de la OPS. [Consultado 28 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/26-5-2021-COVID-19-ocasiona-impactos-devastadores-mujeres-afirma-directora-ops>

hipertensivo asociado al embarazo con el 12,3 % y la hemorragia obstétrica con el 7,4 %; la principal causa de muerte indirecta fue la neumonía por COVID-19 con el 8,0 %.

En el departamento de Antioquia 61 mujeres gestantes fallecieron entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2021, 15 de ellas por causas asociadas a COVID-19, enfermedad que, en primera instancia, incrementó las tasas de cesárea, complicaciones como la insuficiencia respiratoria en el tercer trimestre, el parto prematuro hasta en el 41% de los casos y defunción perinatal hasta en el 7% de los casos. En segunda instancia, la atención en salud se limitó porque algunos servicios de salud se cerraron u orientaron hacia la atención respiratoria. Así mismo, el acceso a los servicios de salud se vio afectado además de las barreras económicas o geográficas históricamente reconocidas, por el temor al contagio favoreció que algunas mujeres interrumpieran por ejemplo sus controles prenatales.

En Antioquia, similar a lo que aconteció en el resto del país, la atención de los casos por COVID-19, presentó una alta demanda con relación a la capacidad para la atención que conllevó a que se implementaran estrategias como la atención virtual-telemedicina, la atención presencial con zonas demarcadas para atención respiratoria, expansión de áreas COVID-19, e incremento del talento humano en salud para la atención de los pacientes con infección respiratoria.

Durante la pandemia por COVID-19, los retos para superar la mortalidad materna en Antioquia se incrementaron y es mandatorio propender por la protección de la salud materno-infantil desde una mirada colectiva. Para esto se requiere analizar el comportamiento de la mortalidad materna y de sus causas de manera descriptiva, los principales hallazgos del análisis del comportamiento de la mortalidad materna en el departamento durante el periodo 2019-2021, se presenta la caracterización de las mujeres fallecidas y los factores que contribuyeron en la presentación del evento para que esta información pueda ser utilizada como una herramienta de mejora de la atención de las gestantes por los actores del sistema general de seguridad social.

### 5.1.1. Aumento en la mortalidad materna en Antioquia.

En el Departamento, para el año 2019 se presentaron 25 muertes maternas tempranas lo que significa una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 34.2 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. El año 2020 hubo 34 decesos maternos tempranos para una RMM de 47.4 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que para el año 2021 de acuerdo con el comportamiento de la mortalidad en el último quinquenio, se esperaba que se presentaran máximo 15 muertes maternas tempranas en todo el Departamento, sin embargo, se confirmaron 41 casos y una RMM de 58.6 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Así entonces, en el período comprendido entre el 2019 y el año 2021, se presentaron en el Departamento 100 muertes maternas tempranas.



543



Tabla 112. Mortalidad materna según tipo de muerte, Antioquia. 2019 a 2021

TIPO DE MUERTE				
Año	TEMPRANA	TARDÍA	COINCIDENTE	Total
2019	25	18	11	54
2020	34	18	3	55
2021	41	16	4	61

Fuente: SIVIGILA departamental - RUAF, Antioquia, 2021.

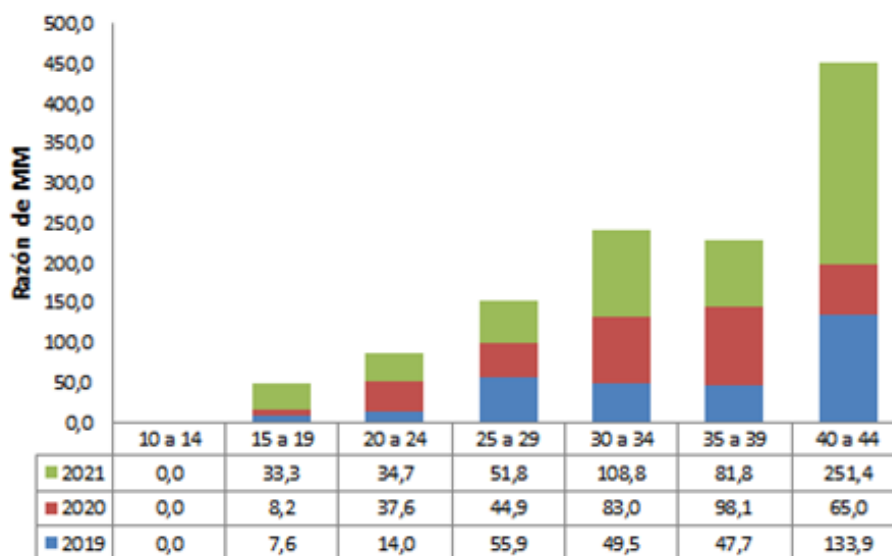
### 5.1.1.1. Caracterización de las gestantes fallecidas.

#### Características demográficas.

En el análisis también cabe resaltar que el riesgo de fallecer fue superior en las mujeres de 40 a 44 años, observándose la RMM más alta en este grupo etario durante los años 2019 y 2021, seguidas por las mujeres entre 30 a 34 años, grupo en el cual se observó la RMM más alta en el año 2020.

De igual manera se observó que no se han presentado fallecimientos durante los años de estudio en mujeres menores de 15 años. Así mismo, al comparar el indicador en los años 2019 y 2020, la mortalidad en los grupos de edad 15 a 19 años, 30 a 34 años y 40 a 44 años se incrementó de manera importante en el año 2021.

Figura 210. Tendencia de la razón de mortalidad materna por grupos etarios. Antioquia, 2019 – 2021



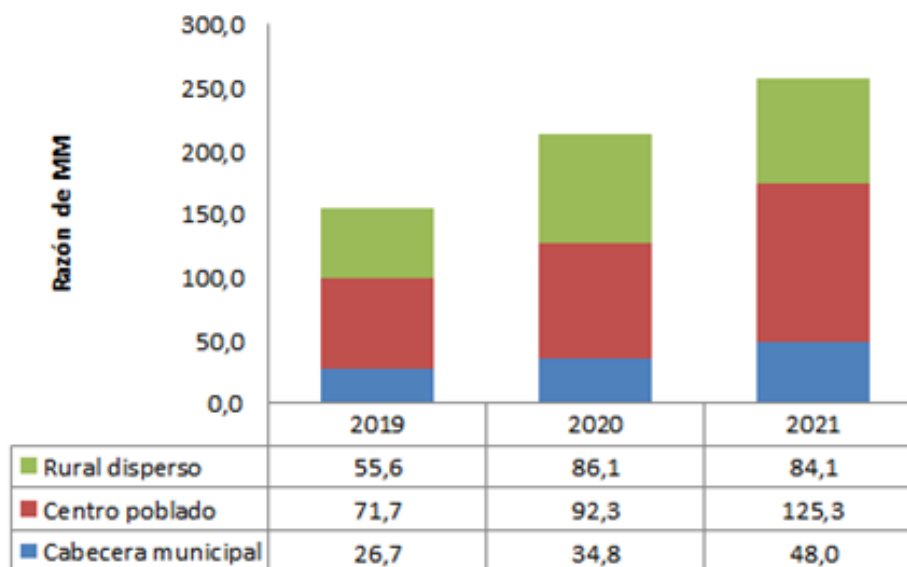
Fuente. DANE. procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

## Características sociales.

En cuanto al riesgo de morir relacionado al máximo nivel de educación alcanzado por las mujeres fallecidas, se debe aclarar, que no todos los registros de defunción contaban con esta información, hecha esta salvedad, se resalta que para las mujeres fallecidas a las cuales se le conoce su nivel educativo, de manera importante presentan más riesgos aquellas gestantes que no accedieron a educación (RMM entre 180 y 182 casos por 100.000 nacidos vivos) seguido de aquellas que su máximo nivel fue la primaria (RMM entre 103 y 65 casos por 100.000 nacidos vivos).

El análisis de asociación entre variables como la relación entre la RMM y el área de residencia estima que el riesgo de morir es más bajo en aquellas gestantes que residen en el área urbana, quienes tienen mayor probabilidad de acceso a servicios de urgencias obstétricas que aquellas que viven en áreas rurales dispersas o centros poblados.

Figura 211. Tendencia de la mortalidad materna según área de residencia de la fallecida. Antioquia, 2019 a 2021.



Fuente: DANE. Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

## Aseguramiento.

En cuanto al aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la RMM más alta en el período 2019 se observó en aquellas gestantes afiliadas al régimen subsidiado; para el año 2020 en las no afiliadas con predominio en la población migrante; para el 2021 la RMM más alta se ubicó en 124 casos por 100.000 nacidos vivos para las pertenecientes al régimen de excepción y en segundo lugar el régimen subsidiado con RMM de 54.2 casos por 100.000 nacidos vivos evidenciando un incremento estadísticamente significativo para el año 2021 para una RMM de 74 casos por 100.000 nacidos vivos en este mismo grupo del régimen subsidiado.



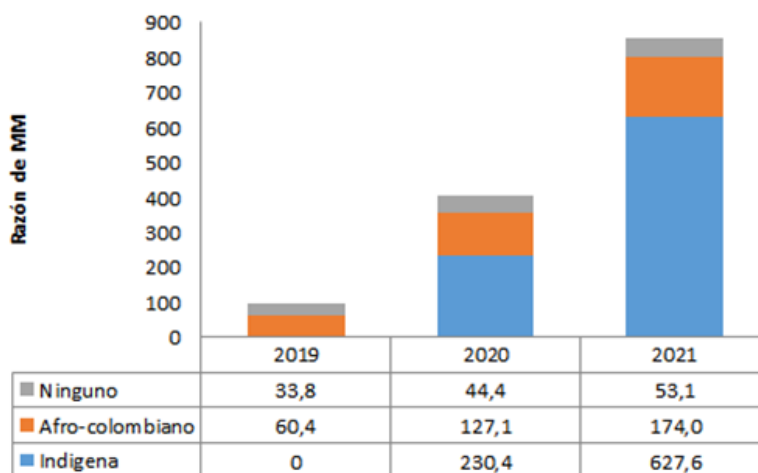
## Pertenencia étnica.

Las mujeres gestantes indígenas y afrodescendientes presentan mayores riesgos de desenlace fatal cuando se compara con mujeres que presuntamente reportaron no pertenecer a ningún grupo étnico.

Los riesgos en población indígena son dramáticamente superiores, sin embargo, se debe tener presente que, por condiciones culturales propias, algunos partos ocurren en comunidades apartadas con desenlaces fatales materno infantil sin la posibilidad de ser notificadas al Sistema de Vigilancia Nacional, situación que genera subregistro por lo que estos resultados deben ser analizados con precaución.

En este sentido, también es de aclarar que la etnia corresponde a una variable que debe diligenciarse a partir del auto reporte y presenta limitaciones en el sentido de que no siempre se interroga a la mujer su pertenencia étnica y por tanto no se reporta por el personal de salud.

Figura 212. Tendencia de la mortalidad materna según Pertenencia étnica, período 2019 a 2021.



Fuente: DANE. procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

### 5.1.1.2. Mortalidad Materna según subregiones y municipios.

Al interior del Departamento se presentan diferencias tanto en el número de las muertes maternas como en el número de nacimientos vivos en los territorios, lo que afecta de manera importante la RMM.

La subregión con mayor número casos totales de muertes maternas en 2019 fue Valle de Aburrá, pero al mirar el indicador de RMM la más elevada es la subregión del Magdalena Medio para ese mismo año. Al observar el año 2020, se encuentra que, la subregión que presentó más casos de muertes maternas fue Urabá, pero la subregión con la mayor RMM fue Occidente.

En el año 2021, las subregiones de Urabá, Oriente, Bajo Cauca, Occidente, Nordeste y Valle de Aburrá presentaron incrementos inusuales en la mortalidad materna estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ); mientras que en las subregiones del Suroeste, Norte y Magdalena Medio se observaron cambios sin significancia estadística.

**Tabla 113.** Análisis del comportamiento de la muerte materna temprana en Antioquia por subregiones, 2021

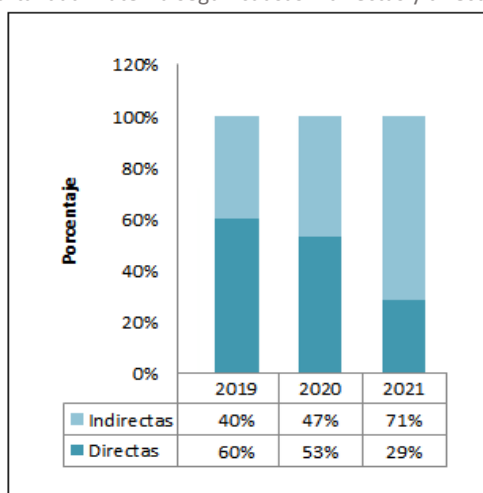
SUBREGIÓN	ESPERADO	OBSERVADO	POISSON
URABÁ	3,4	14	0
ORIENTE	1,2	5	0,01
BAJO CAUCA	1,2	5	0,01
OCCIDENTE	0,8	3	0,04
NORDESTE	0,2	2	0,02
VALLE DE ABURRÁ	7	11	0,05
SUROESTE	0,6	2	0,1
NORTE	0,8	0	0,45
MAGDALENA MEDIO	0,2	0	0,82
<b>TOTAL ANTIOQUIA</b>	<b>15</b>	<b>41</b>	<b>0</b>

Fuente: DANE. 2021. Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social

### 5.1.1.2.1. Análisis de causas clínicas.

En el gráfico puede observarse como ha cambiado a lo largo del tiempo el peso de las causas directas de muerte materna en el indicador, pasando de un 60% en el año 2019, 53% en 2020 alcanzando el 29% en 2021.

**Figura 213.** Casos de mortalidad materna según causas indirectas y directas. Antioquia, 2019-2021.



Fuente: DANE. procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Respecto a las causas de muertes maternas indirectas, en 2019 se presentaron 10 casos por patologías pulmonares, cardíacas, gastrointestinales, cerebrales y cáncer. En 2020, 16 muertes de origen hepático, cerebral, endocrina, infecciosa y cáncer. Para el 2021, 30 muertes indirectas por procesos infecciosos, insuficiencia cardíaca congestiva descompensada, malaria, entre otras.



Es importante resaltar el impacto de la pandemia en la mortalidad materna del departamento de Antioquia, generando el 33% y 70% de las muertes maternas por causas indirectas en los años 2020 y 2021 respectivamente.

En relación con las muertes maternas directas, en 2019 se presentaron 15 casos, en 2020 18 muertes y en 2021 se presentaron 12 muertes maternas relacionadas a trastornos hipertensivos asociados al embarazo, hemorragia, sepsis obstétrica o a procesos tromboticos obstétricos. En el año 2020 la causa directa más importante fue la hemorragia de origen obstétrico que causó el 72% de los fallecimientos y en 2021 fue la preeclampsia/eclampsia causante del 42% de fallecimientos por causas directas.

Llama la atención que municipios como Medellín, Turbo, El Bagre, Carepa y Chigorodó, reportan al menos 1 muerte materna en cada año entre 2019 y 2021. Adicionalmente, hay municipios con muy pocos nacimientos que muestran RMM altas como es el caso de Guatapé, Santo Domingo y Murindó.

La evidencia de las diferencias marcadas en el número de muertes y en las RMM, permite concluir que hablar exclusivamente del número de muertes podría hacer enfocar la atención en subregiones como valle de Aburrá que presentan riesgos más bajos de mortalidad materna a pesar del incremento en el riesgo y dejar por fuera subregiones como Occidente y Bajo Cauca que si bien no presentan un elevado número de muertes, los riesgos de morir son más altos a expensas de un mayor número de determinantes sociales en salud.

Es de aclarar que se deben establecer acciones que fortalezcan la reducción de este evento en el Departamento enmarcados en los objetivos de Desarrollo Sostenible dado que ninguna muerte materna es esperada, deseable ni aceptable independientemente de la subregión y del municipio, y en este sentido hay territorios que requieren la intervención y el trabajo articulado intersectorial de forma prioritaria. Por lo anterior, la información que se analizará de ahora en adelante será en términos de riesgos de morir.

A continuación, se hace una breve descripción de los factores asociados a las muertes identificados en las unidades de análisis de los casos presentados.

## Occidente

La subregión de Occidente da cuenta de la mayor RMM del departamento de Antioquia en el año 2021, en el período de análisis se han reportado a fuentes oficiales 8 muertes maternas. Entre los factores encontrados en los análisis se encuentran dentro del factor mujer y su familia: bajo ingreso económico, no buscar atención oportuna por subvalorar la enfermedad, no tener vinculación laboral, ser víctima de violencia intrafamiliar y realizar prácticas de salud inseguras. Entre los factores relacionados con la comunidad se encuentran barreras geográficas, físicas y económicas



para acceder a la atención en salud y problemas de orden público para consultar; entre los factores relacionados con el sistema de salud se encuentran remisión inoportuna, aspectos a mejorar en la calidad de la atención, no realización de consulta preconcepcional y no acceso a programas de planificación familiar.

## Urabá

La subregión de Urabá da cuenta de la segunda mayor RMM del Departamento, en el período de análisis se han reportado a fuentes oficiales 34 muertes maternas. Entre los factores encontrados en los análisis se describen dentro del factor mujer y su familia: ser adolescente, tener antecedente de desplazamiento interno o ser procedente de otro país, tener ingreso económico bajo, no buscar atención oportuna por subvalorar la enfermedad o por no tener recursos económicos, no tener vinculación laboral, tener falta de autonomía para la toma de decisiones, haber sido atendida por personas sin capacitación y/o haber realizado prácticas de salud inseguras. Entre los factores relacionados con la comunidad se encuentran barreras geográficas, físicas y económicas para acceder a la atención en salud, no disponer de medios de comunicación para acceder al servicio de salud y/o haber presenciado problemas de orden público para consultar; entre los factores relacionados con el sistema de salud se encuentra no disponibilidad de camas para la materna ni para su bebé, no contar con recurso humano disponible para la atención de la materna, remisión inoportuna, problemas de funcionamiento del sistema de referencia, factores administrativos o económicos que limitaron la atención oportuna como demoras en autorizaciones, aspectos a mejorar en la calidad de la atención del control prenatal y de la atención que la llevó al deceso, no brindar información suficiente para la identificación de signos de alarma, no realización de consulta preconcepcional y no acceso a programas de planificación familiar.

## Bajo Cauca

La subregión de Bajo Cauca da cuenta de la tercera mayor RMM del Departamento, en el período de análisis se han reportado en fuentes oficiales 8 muertes maternas. Entre los factores encontrados en los análisis se encuentran dentro del factor mujer y su familia: tener falta de autonomía para la toma de decisiones, bajo ingreso económico, no buscar atención oportuna por subvalorar la enfermedad, no tener vinculación laboral, y realizar prácticas de salud inseguras o haber contado con atención por personal sin capacitación previa como una partera. No se encontraron factores relacionados con la comunidad. Entre los factores relacionados con el sistema de salud se encuentran aspectos administrados o económicos que limitaron el acceso a la atención, dificultades con la remisión como remisión inoportuna o insegura, aspectos a mejorar en la calidad de la atención del control prenatal o de la consulta que llevó a la muerte como no contar con insumos o recurso humano disponible para la atención, no haber sido suministrada la información suficiente para reconocer signos de alarma, subvaloración de la gravedad de la enfermedad, no haberse realizado consulta preconcepcional.



549

### Nordeste

La subregión de Nordeste da cuenta de la cuarta mayor RMM de Antioquia, en el período de análisis se han reportado a fuentes oficiales 4 muertes maternas. Entre los factores encontrados en los análisis del factor mujer y su familia se encuentra haber sido procedente de otro país, desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos, bajo ingreso económico, no buscar atención oportuna por subvalorar la enfermedad o no contar con recursos económicos, no tener vinculación laboral. Entre los factores relacionados con la comunidad se encuentran barreras geográficas, físicas y económicas para acceder a la atención en salud; entre los factores relacionados con el sistema de salud se encuentra remisión inoportuna, aspectos a mejorar en la calidad de la atención como brindar información de signos de alarma, no realización de consulta preconcepcional y realizar inducción a la demanda de servicios preventivos.

### Oriente

La subregión de Oriente reportó en fuentes oficiales para el período de análisis 13 muertes maternas. Entre los factores encontrados en los análisis dentro del factor mujer y su familia está no haber buscado atención oportuna por subvalorar la enfermedad, haber sido desplazada o tener falta de autonomía para tomar las decisiones. No se evidenciaron factores relacionados con la comunidad. Entre los factores relacionados con el sistema de salud están no haber contado con el recurso humano disponible, inadecuado funcionamiento del sistema de referencia, deficiencia de la calidad de atención en el control prenatal y de la causa que la llevó a la muerte, no haber realizado consulta preconcepcional ni haber realizado inducción a la demanda.

### Suroeste

La subregión de Suroeste según fuentes oficiales reportó 4 muertes maternas en el período de análisis. Entre los factores relacionados con la mujer y su familia se encuentran haber sido víctima de desplazamiento interno, tener bajo nivel educativo e ingreso económico y no haber estado vinculada laboralmente. Entre los factores relacionados con la comunidad se encuentran barreras geográficas, físicas y económicas para acceder a la atención en salud. Con el sistema de salud se encuentran deficiencias de la calidad en el control prenatal no relacionadas con muerte, información insuficiente de signos de alarma, alta insegura, subvaloración de la gravedad de la enfermedad, no haberse realizado consulta preconcepcional.

### Valle de Aburrá

La subregión de Valle de Aburrá da cuenta de la menor RMM del Departamento. En el período de análisis se han reportado a fuentes oficiales 29 muertes maternas. Entre los factores relacionados con la mujer y su familia se encuentra bajo ingreso económico, no buscar atención oportuna por subvalorar la enfermedad o por no contar con recursos económicos, no tener vinculación laboral,



550

ser adolescente, ser víctima de desplazamiento interno o ser procedente de otro país, haber tenido falta de autonomía para la toma de decisiones, haber sido víctima de violencia intrafamiliar durante la gestación. Entre los factores relacionados con la comunidad se encuentran barreras geográficas, físicas y económicas para acceder a la atención en salud e insuficiente acceso a medios de comunicación para consultar. Entre los factores relacionados con el sistema de salud se encuentran aspectos a mejorar en la calidad de la atención como la subvaloración de la gravedad de la enfermedad que tenía la materna por parte del personal de salud, remisión inoportuna y atención en un hospital de menor nivel de complejidad al requerido por la paciente, recurso humano no disponible en el momento de la atención, suministrar insuficiente información para la identificación de signos de alarma; problemas administrativos o económicos para el acceso a la atención como exigir pago en algún servicio; no realización de consulta preconcepcional.

## Conclusiones.

La razón de mortalidad materna en Antioquia en el año 2021, fue de 58.6 casos por cada 100.000 nacidos vivos, la cifra más alta de los últimos tres años; no obstante, se debe aclarar que el peso de las causas indirectas fue muy importante y de estas el 70% de las defunciones estuvieron asociadas a COVID-19.

La RMM aumentó en Antioquia en el año 2021 con incremento observado en las subregiones de Urabá, Nordeste, Bajo Cauca, Oriente, Occidente, y Valle de Aburrá; con un comportamiento inusual estadísticamente significativo. Al analizarse la muerte materna en Suroeste, Norte y Magdalena Medio no hubo cambios con significancia estadística. Lo anterior da cuenta de la distribución heterogénea de la muerte materna al interior del departamento de Antioquia.

Respecto a variables de interés como lo son los determinantes demográficos y socioeconómicos, se encuentra que hubo una relación causal de la muerte materna y factores asociados a la pandemia tales como el temor a consultar, la no disponibilidad de recurso humano y de infraestructura (camas de hospitalización general y en cuidados intensivos).

El grupo de edad de mayor riesgo para la muerte materna fue el de 40 a 44 años, seguido por el grupo de 30 a 34 años. Es necesario resaltar la ausencia de mortalidad en las maternas de 10 a 14 años. Es posible que esto tenga que ver con la implementación y continuidad en el tiempo de programas como servicios amigables, la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, Atención Primaria en Salud con entornos educativos, entre otras acciones departamentales y municipales para reducir el embarazo adolescente no programado.

El grupo étnico con mayor riesgo de muerte materna es el indígena seguido por afrodescendiente. En este aspecto es necesario reconocer la necesidad de fortalecer el diligenciamiento adecuado de los certificados de defunción y las fichas de notificación de Sivigila debido al subregistro. Por otro



551



lado, se hace necesario hacer hincapié en el abordaje diferencial étnico que permita respetar las diferencias de las cosmogonías y que facilite la maternidad segura de todas las antioqueñas.

Relacionado con aspectos socioeconómicos el nivel educativo, el área de residencia y la afiliación en salud pueden servir de aproximados para su análisis. Se encuentra mayor riesgo de la mortalidad materna en mujeres analfabetas que refirieron no haber accedido a ninguna educación formal, seguida por aquellas que estudiaron primaria como máximo nivel educativo alcanzado; de igual manera, las mujeres residentes en zona rural presentaron mayor riesgo de muerte cuando se comparan con las mujeres que residen en área urbana. Así mismo, el riesgo de mortalidad materna es mayor en el régimen de excepción debido al escaso número de partos en esta población, seguida por el régimen subsidiado. Relacionado con el comportamiento de la mortalidad materna al interior de las subregiones, se encontró heterogeneidad.

Respecto a los factores relacionados con la muerte, se encontró de manera reiterativa aspectos relacionados con la mujer y con el sistema de salud. Entre los factores de la mujer y su familia, el bajo ingreso económico, la no vinculación laboral, subestimación de los síntomas que presentaban y no buscar atención oportunamente y el desplazamiento interno o la migración. Respecto al sistema de salud, se encontraron oportunidades de mejora respecto a la calidad de la atención en términos de disponibilidad de recurso humano, insumos e infraestructura, oportunidad en la atención y en la identificación de la necesidad de remisión a nivel de mayor complejidad, en la información, educación y comunicación de los signos de alarma para reconsultar y en la oferta de consulta preconcepcional.

A partir de toda la información aquí anotada se puede concluir que los riesgos de muerte materna al interior del departamento varían, siendo mayor para las mujeres pobres, sin acceso a educación formal, no insertas en el mercado laboral que viven en áreas rurales de las subregiones de Occidente, Urabá, Bajo Cauca y Nordeste. Las mujeres gestantes y puérperas que residen en valle de Aburrá, Suroeste y Oriente tienen menores dificultades en términos geográficos para acceder a los servicios de salud.

Respecto a los factores comunitarios, fortalecer la vigilancia en salud pública con base comunitaria para empoderar a actores comunitarios clave en la identificación de signos de alarma que ameriten consulta y, de igual manera, los riesgos geográficos, de acceso a transporte, orden público, económicos, etc. Para articular acciones con el sector que se requiera y lograr de esta manera prevenir desenlaces fatales. En este sentido, sería ideal articular la estrategia de Atención Primaria en Salud y la conformación de redes y nodos comunitarios.

Sobre los factores relacionados con el sistema de salud se requiere seguir fortaleciendo las capacidades técnicas del talento humano en salud con el fin de promover la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, garantizar la adherencia a los protocolos, guías de



práctica clínica e instructivos nacionales, departamentales e institucionales que propenden por la seguridad de la gestante y puérpera.

## Recomendaciones.

Con los hallazgos obtenidos en las unidades de análisis de la muerte materna se deben implementar estrategias información, educación y comunicación del riesgo dirigida a:

- Pacientes y comunidad en general permite incentivar el acceso y adherencia a consulta preconcepcional, control prenatal, atención del parto institucional y seguimiento en el puerperio y del recién nacido.
- Actores clave y tomadores de decisiones para las intervenciones desde una acción interinstitucional e intersectorial, lo que implica un trabajo articulado y coordinado entre la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, la Secretaría Municipal o Local de Salud, la Institución Prestadora de Servicios de Salud y la Empresa Administradora de Planes de Beneficio.

## 5.2. Mortalidad integrada en menores de 5 años en el departamento de Antioquia

### 5.2.1. Contextualización:

En la vigilancia en salud pública de la mortalidad en la niñez se priorizan las muertes por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y Desnutrición (DNT), las cuales hacen parte de las enfermedades prevalentes de la infancia que dan cuenta de la situación de salud y sobrevivencia de los niños menores de cinco años. Las muertes por estos tres eventos son consideradas indicadores de desarrollo clave de los países y reflejan la situación de salud pública de la niñez, la cual evidencia la implementación de las políticas vigentes que se tienen en el país como la Ley 1804 de 2016, la Resolución 429 de 2016, la Resolución 3280 de 2018, entre otras; estas políticas buscan garantizar los derechos a una atención, bienestar y desarrollo integral de la población en primera infancia.<sup>54 55</sup>

En el mundo, las principales causas de muerte en menores de 5 años se deben a enfermedades infecciosas dentro de las que se encuentran la neumonía, la diarrea y el paludismo, junto con otras causas relacionadas a parto prematuro, asfixia, traumatismos perinatales y malformaciones congénitas. Así mismo, la malnutrición constituye mayor riesgo de muerte en esta población dadas enfermedades concomitantes y comunes de la infancia como la diarrea, la neumonía y el

<sup>54</sup> Resolución No. 3280 de 20183280.pdf [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

<sup>55</sup> Derecho del Bienestar Familiar [LEY\_1804\_2016] [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1804\\_2016.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1804_2016.htm)



paludismo, cuadros clínicos que se agudizan en presencia de desnutrición<sup>56</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud-OMS, los factores relacionados con la nutrición, influyen en aproximadamente el 45% de las defunciones de niños menores de 5 años<sup>57</sup>.

Estudios realizados a nivel mundial en los cuales se indagó acerca de los factores que influyen en la identificación, atención y tratamiento de los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, se encontró que factores como la estructura organizativa poco clara, la estructura indefinida de atención nutricional, la mala continuidad de la atención nutricional, el desconocimiento y las habilidades de los profesionales de la salud a la que también se vinculan factores como falta de tiempo y escasez de recursos humanos.<sup>58</sup>

De acuerdo con los análisis realizados por el Instituto Nacional de Salud (INS) en los casos de mortalidad en menores de 5 años que se presentaron en Colombia durante el año 2020, el 35% de los casos tenían madres sin escolaridad o bajos niveles de escolaridad, el 72% correspondía a población afiliada al régimen subsidiado, 61% de los casos se presentó en cabecera municipal, el 32% de los menores de 5 años que falleció a causa de IRA corresponde a población indígena mientras que para EDA fue el 68%.

Desde el año 2014 el INS por medio de la Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública, se vigilan los eventos relacionados a IRA, EDA y DNT en menores de 5 años, y a partir del año 2018 su vigilancia se ejecuta de manera integrada, con la finalidad de articular diferentes sectores para la contribución e intervención oportuna en las causas del evento para la disminución de cifras de mortalidad.<sup>56</sup> Este proceso de vigilancia en salud pública implica la identificación, la recolección, el análisis individual de los casos, la realimentación a los actores y la evaluación conjunta con ellos de los resultados obtenidos, así como la definición de intervenciones y el seguimiento al cumplimiento de estas. Esta vigilancia se hace en el marco de los protocolos y lineamientos establecidos por el INS, y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia-SSSA<sup>59</sup>.

<sup>56</sup> Sánchez JAM. INFORME DE EVENTO VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA), ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) O DESNUTRICIÓN (DNT) EN COLOMBIA-2018. 2019;(04):10

<sup>57</sup> Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

<sup>58</sup> Factors for Effective Identification of Patients at Nutritional Risk in Clinical Practice: Thematic Analysis of Qualitative Research. [Internet]. Epistemonikos. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.epistemonikos.org/en/documents/fc9b0103e75aab64cbb4448f195ea6c93fa6ce25>

<sup>59</sup> Nacer, salud sexual y reproductiva [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna/lut/p/z1/zVLRtSlwFP0VeOBxaVcEx2NTCWRsuKHI7lu5bmVUt3ZsHTF-vUMTIwQGj\\_alPT3nNKf3XsRRhLiCnUzBSK0ga\\_AzH744I0Zseo09ycIImA4ZHd8-PHnEIWh1KMAze4BpOA7mj\\_csuHmJ4tf48ZIF8XX-FgFvF979FszDwdgmDHuO7zm4AX44GkwnzLP3F5Clz\\_wU8QLMxpJqrVG0hrjODCRWLhIZSwUoSsu60FYirAJKqKTRmU4I7P3ybbvIFPFYKyM-DIoKXRrI6kRAD0N1iDY6Fz9nqXaiMk0vYtmN-93Xvmr4UKDVSUTnFlmW8QYq6w-lf2-b\\_ThyD5-J7F4q-j\\_5U9N83hZ1FpBjwYn5vDQhRb5cRp\\_eNNvIK-t9Qb8AnIn4A!!/p0/lZ7\\_NQ5E12C0L002E0QOBjGLM100C2=CZ6\\_89C21A40LGRJC0A6CAE7SVL282=MECTX!QCPPortalUdeAQCPas](https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna/lut/p/z1/zVLRtSlwFP0VeOBxaVcEx2NTCWRsuKHI7lu5bmVUt3ZsHTF-vUMTIwQGj_alPT3nNKf3XsRRhLiCnUzBSK0ga_AzH744I0Zseo09ycIImA4ZHd8-PHnEIWh1KMAze4BpOA7mj_csuHmJ4tf48ZIF8XX-FgFvF979FszDwdgmDHuO7zm4AX44GkwnzLP3F5Clz_wU8QLMxpJqrVG0hrjODCRWLhIZSwUoSsu60FYirAJKqKTRmU4I7P3ybbvIFPFYKyM-DIoKXRrI6kRAD0N1iDY6Fz9nqXaiMk0vYtmN-93Xvmr4UKDVSUTnFlmW8QYq6w-lf2-b_ThyD5-J7F4q-j_5U9N83hZ1FpBjwYn5vDQhRb5cRp_eNNvIK-t9Qb8AnIn4A!!/p0/lZ7_NQ5E12C0L002E0QOBjGLM100C2=CZ6_89C21A40LGRJC0A6CAE7SVL282=MECTX!QCPPortalUdeAQCPas)

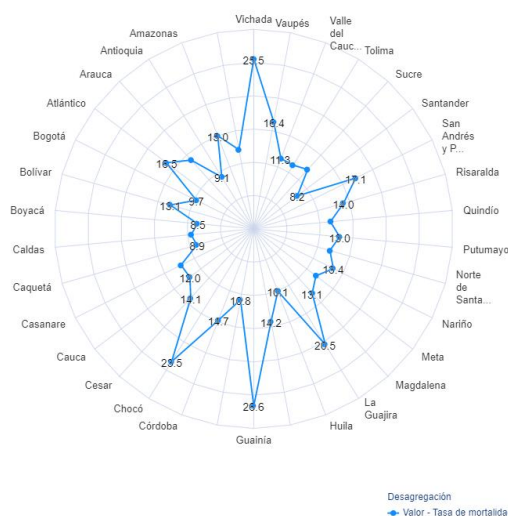


En Antioquia la segunda causa de consulta por ciclo vital en la primera infancia e infancia consiste en las condiciones transmisibles dentro de las que se encuentran la EDA y la IRA y las condiciones nutricionales, las cuales, aunque presentaron una disminución entre los años 2019 y 2020, donde se presentaron mayor aumento de consultas por lesiones. De acuerdo con los indicadores emitidos para el año 2020, las atenciones priorizadas en el marco de atención integral en la primera infancia disminuyeron de un 94% en el año 2019 a un 38% en el año 2020 a razón del confinamiento por la pandemia de COVID-19.<sup>60</sup>

## 5.2.2. Comportamiento del evento en Colombia

En la Figura 213 se presenta la tasa de mortalidad en menores de 5 años que corresponde al número de defunciones de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos para el año 2020 en Colombia y sus respectivos departamentos, según lo reportado en el informe “Así Vamos en Salud” (8).

Figura 214. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años en Colombia Año 2020



Fuente. Tomado de informe así vamos en salud, EJE Estado de Salud y a la Dimensión Población Vulnerables (8)

Según Así Vamos en Salud, sólo para el año 2017, 5,4 millones de niños menores de 5 años murieron en todo el mundo. Particularmente, en Colombia, en los últimos 10 años ha venido descendiendo la mortalidad en menores de 5 años de manera sostenida. Así, según datos preliminares, para el año 2020 se registró una tasa de mortalidad de 12.21 por cada 1.000 nacidos vivos, un poco más baja en comparación con la del año 2019 que fue de 13.71 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Los departamentos más críticos con respecto a este indicador son Chocó, Guainía y Vichada con 30.65, 35.26 y 33.64 de muertes por cada 1.000 nacidos, respectivamente.

PortalUdeAQCPasHomeUdeAQCPInvestigaciQCBc3QCBB3nQCPAreasQCAdeQCAInvestigaciQCBc3QCBB3nQCPfichas-investigacionQCPfichasQCPfacultad-medicinaQCPnacer==/

<sup>60</sup> Documento Análisis de la Situación de Salud ASIS 2021. Departamento de Antioquia.





Estos departamentos también fueron los que registraron mayor número de muertes de menores de 5 años en el año 2019. Por su parte, los departamentos que menos registraron muertes en menores de 5 años fueron Caldas, Santander y Boyacá con una tasa de 0.15, 8.26 y 8.55 de muertes por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente.<sup>61</sup>

De acuerdo con el Informe de evento vigilancia integrada de muertes en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT emitido por el Instituto Nacional de Salud-INS, durante el 2021 en Colombia se notificaron 906 muertes probables en menores de 5 años por estas causas el 66,07% (604). Del mismo modo, se registró un aumento de notificación de muertes confirmadas en menores de 5 años del 12% con respecto al año 2020. La tasa nacional de mortalidad en menores de 5 años por IRA, EDA o DNT fue de 15,4 muertes por cada 100,000 menores de 5 años, lo cual se considera por debajo de los valores registrados entre los años 2014 a 2019, pero superior a lo registrado en el año 2020 lo cual pone en consideración las modificaciones de las condiciones de desarrollo impuestas por la pandemia por coronavirus 2019.<sup>56</sup>

Las muertes en menores de 5 años por IRA fueron 292 donde el 56% corresponde a sexo masculino y predomina con un 67% de los casos en menores de un año. Así mismo, el 32% corresponde a población indígena, 72% de los casos pertenecía al régimen subsidiado, y el 61% con residencia en cabecera municipal y en el 35% de los casos la madre del menor no tenía escolaridad. Con relación a la muerte por EDA en menores de 5 años, se confirmaron 115 casos, el 60% en menores de 1 año, el 52% de sexo masculino, 68% con pertenencia étnica indígena, el 75% perteneciente al régimen subsidiado, el 43% de los casos con residencia en zona rural dispersa y en el 49% de los casos la madre del menor no tenía escolaridad. En el caso de la mortalidad por o asociada a DNT, se registraron 197 casos de los cuales el 52 % fue sexo femenino, el 69 % eran menores de un año, el 47 % pertenecían a comunidad indígena, el 85 % tenían aseguramiento al régimen subsidiado, el 44 % se presentó en la cabecera municipal y el 47 % de las madres no tenían escolaridad.<sup>62</sup>

### 5.2.3. Estado del arte

La mortalidad evitable en menores de cinco años es un indicador de desarrollo en los países y un reflejo de la puesta en marcha de políticas y acciones focalizadas en este grupo poblacional.

La mortalidad por estos tres eventos debe analizarse integralmente, la DNT aguda severa aumenta la incidencia, duración y severidad de las enfermedades infecciosas, de igual manera las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas contribuyen a la DNT, debido a la pérdida de apetito, la mala absorción y la pérdida de nutrientes.

<sup>61</sup> Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años – Georeferenciado [Internet]. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. 2020 [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/poblaciones-vulnerables/tasa-de-mortalidad-en-menores-de-5-anos-georeferenciado>

<sup>62</sup> Martínez MLO. Informe de evento Vigilancia Integrada de muertes en menor de 5 años por IRA, EDA o DNT

La desnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población, que afecta principalmente a los niños y a las niñas. Se caracteriza por un deterioro de la composición corporal y alteración sistemática de las funciones orgánicas y psicosociales que en algunos casos son irreversibles.

Entre las principales causas de la desnutrición se encuentran: el consumo insuficiente en cantidad y calidad de alimentos, por ejemplo, la ausencia o inadecuada lactancia materna y las malas prácticas en alimentación complementaria. También las enfermedades infecciosas y otros factores de riesgo como el bajo peso materno y el bajo peso y talla al nacer. Así mismo, están relacionados con la DNT los determinantes sociales como; el bajo nivel educativo de los padres, los limitados ingresos económicos de la familia, las condiciones insalubres de la vivienda, las necesidades básicas insatisfechas, el hacinamiento, el bajo acceso a agua apta para consumo humano, el maltrato, el abandono entre otros.

Las inequidades en la supervivencia y las perspectivas de la salud de los niños en los diferentes escenarios no es algo aleatorio, es consecuencia de situaciones de desventaja.

El objetivo de este análisis es describir el comportamiento de las muertes notificadas y confirmadas en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT durante el 2021 en el departamento de Antioquia.

#### 5.2.4. Materiales y métodos

Se realizó un análisis de tipo descriptivo retrospectivo de los casos notificados en 2021 al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) por los 125 municipios que corresponden al orden departamental de Antioquia.

La primera fuente fueron los certificados de defunción registrados en la base de datos del Registro Único de Afiliados (RUAF) módulo de nacidos vivos y defunciones proporcionada por la Secretaría de Seccional de Salud de Antioquia, del período epidemiológico 1 al 50 de 2020.

El SIVIGILA establece el reporte obligatorio e inmediato de los casos de muertes por y asociadas a IRA, EDA y DNT, el cual se usó como segunda fuente. En el SIVIGILA, se revisaron cuatro (4) códigos para mortalidad por IRA, EDA y DNT: 591 Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y/o Desnutrición, 345 ESI - IRAG (Vigilancia centinela) y 348 Infección Respiratoria Aguda Grave IRAG inusitada y 605 Enfermedad Diarreica Aguda por Rotavirus.

Con relación a la recolección de información y el análisis de los casos, una vez se identificaron los casos se solicitó a cada una de las instituciones que participaron en el proceso de atención la historia clínica correspondiente, la cual se constituyó en una de las fuentes de información para el análisis individual junto con el certificado de defunción y la entrevista familiar o visita de campo (realizadas por la Dirección Local de Salud del municipio de residencia).



El análisis de las muertes por y asociadas a enfermedad respiratoria, enfermedad diarreica y desnutrición aguda moderada o severa, lo realizó un comité multidisciplinario el cual revisó en detalle la documentación obtenida del proceso de atención de la enfermedad de los niños y las entrevistas familiares, con el fin de evaluar la atención recibida por los niños en las instituciones de salud y clasificarlo de acuerdo con las definiciones del INS. La clasificación final se realizó a partir de las siguientes categorías: confirmado como causa básica de muerte, confirmado como causa asociada y descartado.

La información resultante del análisis de los casos por cada evento fue ingresada a una base de datos en SSPS, en la cual se realizó el control de calidad de los datos registrados. Desde esta base de datos se extrajo un informe individual con un resumen del análisis de cada caso.

## 5.2.5. Definiciones de caso

### Mortalidad por y asociada a infección respiratoria:

- Caso confirmado de muerte por causa básica: niño fallecido debido a una enfermedad respiratoria baja, y sin otra enfermedad congénita de base.
- Caso confirmado de muerte por infección respiratoria como causa asociada: niño fallecido en quien se identificó una enfermedad de base grave que fue la causa básica de muerte, y la enfermedad respiratoria baja fue una complicación final.<sup>63</sup>

### Mortalidad por y asociada a enfermedad diarreica:

- Caso confirmado de muerte por enfermedad diarreica como causa básica: niño fallecido por causa de una enfermedad diarreica, entendida como historia de tres o más deposiciones líquidas en 24 horas, y sin otra enfermedad a la que pudiera atribuirse la muerte.
- Caso confirmado de muerte por enfermedad diarreica como causa asociada: niño fallecido en quien se identificó una enfermedad de base grave que fue la causa básica de muerte, y la enfermedad diarreica fue una complicación final.<sup>64</sup>

### Mortalidad por y asociada a desnutrición:

- Caso confirmado de muerte por desnutrición como causa básica: niño fallecido cuyo proceso de enfermedad y muerte fue desencadenado por la desnutrición de tipo primaria (falta de consumo de alimentos).
- Caso confirmado de muerte por desnutrición como causa asociada: niño fallecido cuya causa básica de muerte es una enfermedad asociada a la desnutrición (como sepsis,

<sup>63</sup> IRA [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2022 ene [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=10>

<sup>64</sup> EDA [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2022 ene [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=15>

enfermedad respiratoria o enfermedad diarreica), y la desnutrición es una de las causas antecedentes de muerte u otro estado patológico importante.<sup>65</sup>

## 5.2.6. Hallazgos

**Tabla 114.** características sociodemográficas de la población menor de 5 años fallecida en el departamento de Antioquia en el año 2021

		N=	43
Variable		Número de muertes	Frecuencia
Sexo	Femenino	20	46,5
	Masculino	23	54
Causa de muerte	IRA	24	55,81
	EDA	9	20,93
	DNT	10	23,26
Lugar de residencia	Área Urbana	28	67
	Zona Rural	10	25
	Centro Poblado	3	8
Tipo de aseguramiento	Contributivo	9	20,9
	Subsidiado	31	72,1
	No Asegurado	3	7
EAPB	SURAMERICAN A	4	10,26
	SAVIA SALUD	16	41,02
	SANITAS	1	2,56
	SALUD TOTAL	4	10,25
	NUEVA EPS	4	10,25
	ECOOPSOS	1	2,56
	COOSALUD	4	10,25
	AIC	5	12,82
Pertenencia Étnica	Indígena	9	20,9
	Afrocolombiano	2	4,7
	Otro	32	74,4
Escolaridad de la madre	SI	29	67,4
	NO	14	32,6

Fuente. Construcción propia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

En el departamento de Antioquia, para el año 2021, se presentaron 43 muertes en menores de 5 años por IRA, EDA y Desnutrición, de los cuales la mayor incidencia la aportó la mortalidad por IRA con 24 casos, para una tasa de 5,2 muertes por cien mil menores de 5 años, le sigue la mortalidad por desnutrición con 10 casos, con una tasa de 2,2 muertes por cien mil menores de 5 años. Por último, la mortalidad por enfermedad diarreica aguda que presentó 9 casos, para una tasa 1,9 muertes por cien mil menores de 5 años. El 54% de las muertes en menores de 5 años, por IRA, se presentaron en el sexo femenino. En la evaluación del lugar de residencia de los casos de mortalidad por infección respiratoria aguda, para el año 2021, predominó el área urbana con 67%

<sup>65</sup> Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2022 ene [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=22>



de los casos. Con relación al tipo de seguridad social se encontró que el 62% pertenece al régimen subsidiado, el 29% al régimen contributivo y el 9% no estaba afiliado a la seguridad social.

Las EAPB que presentan las mayores tasas de mortalidad en Antioquia por IRA en el año 2021 son ECOOPSOS, con 29 casos por cien mil menores de 5 años, Sanitas con 17 caso por cien mil menores de 5 años y AIC con 15 casos por cien mil menores de 5 años. El mayor porcentaje de casos en la mortalidad por IRA, para el año 2021 corresponden a las EAPB Savia Salud, Salud Total y Coosalud respectivamente. Las subregiones con las mayores tasas de mortalidad por IRA en el año 2021 fueron: Occidente, Magdalena Medio y Norte. Los municipios más afectados por la mortalidad en menores de 5 años para la infección respiratoria aguda fueron: Betania, Frontino y San Pedro de los Milagros.

Los casos de mortalidad por desnutrición en el año 2021 se presentaron en su mayoría en el área rural. En la evaluación de las subregiones para el evento de la mortalidad por desnutrición en el año 2021, Urabá, Occidente y Bajo Cauca presentaron las tasas más altas con valores de 12,5; 5,3 y 3,4 muertes por cien mil menores de 5 años. Los municipios de Mutatá, Frontino, y Turbo, presentan las tasas más altas en el departamento de Antioquia para la mortalidad por desnutrición en el año 2021, correspondientes a población a cargo de las EAPB Savia Salud, AIC, y Coosalud, presentan los mayores porcentajes en la mortalidad por desnutrición en el departamento de Antioquia para el año 2021. Al tener en cuenta la población a cargo de las EAPB, las tasas de mortalidad por desnutrición más altas las presenta AIC, Coosalud y Nueva EPS para el año 2021 en nuestro departamento. Los casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, en el Departamento, para el año 2021 fueron más frecuentes en el área urbana con un porcentaje de 67%, que en el área rural con 22%. Con relación a la mortalidad por EDA, las subregiones de Urabá, Occidente y Norte presentaron las mayores tasas con valores de 7,1; 5,3; 5,0 muertes por cien mil menores de 5 años. AIC, presenta la mayor tasa de mortalidad por EDA, en Antioquia para el año 2021, esto se debe a la baja población que tienen afiliada menor de 5 años y al evento que presentó. Le siguen en orden decreciente Salud Total y Nueva EPS.

Los menores de un año aportaron el 70% de los casos para el evento de mortalidad por desnutrición, en la mortalidad por IRA aportaron el 83% de los casos y para la enfermedad diarreica aguda, representaron el 88%. Datos que demuestran la gran necesidad de atención que requieren los menores de un año para impactar de una manera contundente esta problemática social que se presenta. Al correlacionar en el nivel municipal coexisten con bajas coberturas de vacunación, bajo porcentaje de gestantes con cuatro o más controles prenatales y altas tasas de embarazo adolescente como se evidencia en los municipios de Mutatá, Turbo, Frontino y en las subregiones de Urabá y Bajo Cauca.

Por subregiones se destaca la necesidad de apoyo que tiene la región de Urabá, con el 70 % de los casos de desnutrición, el 44% de los casos de EDA y el 16% de los casos de infección respiratoria aguda. En total la subregión de Urabá presentó el 34% de la mortalidad integrada en menores de 5 años del departamento.



Con relación a la comunidad indígena, esta representa el 30% de los casos de mortalidad por desnutrición, el 22% de los casos de enfermedad diarreica aguda y el 16% de los casos infección respiratoria aguda. Los municipios que presentaron mortalidad por desnutrición en población indígena fueron Frontino un caso y Mutatá dos casos. Urrao y Frontino presentaron muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años de población indígena. Los municipios de Frontino y Vigía del fuerte presentaron un caso cada uno, de mortalidad por EDA en población indígena. El municipio de Frontino presentó tres eventos de mortalidad por desnutrición en población indígena.

### 5.2.7. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional MANA

La primera infancia es un periodo de alta importancia para de vida del ser humano, ya que en ella se producen grandes y permanentes cambios que incidirán en etapas posteriores de la vida. Dependiendo de la nutrición obtenida durante los primeros cinco años, se derivarán implicaciones importantes para la su salud, la habilidad de aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y demandas que emergen con las transiciones mundiales. Una buena nutrición es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños y niñas de por vida.

Los efectos de la desnutrición en la primera infancia son devastadores y duraderos, pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así incluso la futura productividad en el trabajo y el desarrollo del país. Teniendo en cuenta que las principales causas de la desnutrición aguda y del retraso en talla, están relacionadas con episodios de enfermedades infecciosas a repetición y con la inseguridad alimentaria del hogar, que conlleva a una dieta inadecuada o insuficiente, es imprescindible y urgente incorporar programas y proyectos que además de brindar complementación alimentaria incorporen procesos educativos dirigidos a fortalecer intervenciones que favorezcan la lactancia materna, integren el manejo adecuado de agua, saneamiento básico e higiene y principalmente que promuevan un trabajo articulado e intersectorial que intervenga las causas estructurales y los determinantes, lo que repercutirá en la calidad de vida de las personas e incluso en la productividad del país.

Las estadísticas con relación al estado nutricional que se observarán en este apartado son gracias a la constitución del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (ODSAN) y el sistema de información SISAN, que permite hacer seguimiento y control a los proyectos y estrategias de la Gerencia y su implementación territorial en los 125 municipios y/o Distrito de Antioquia. A través de esta información se promueve la creación de iniciativas que movilicen el sistema alimentario y nutricional del departamento, mediante procesos de gestión del conocimiento, con el objetivo de producir y analizar data de interés en seguridad alimentaria y nutricional, motivando la toma de decisiones asertivas y el uso efectivo de estos resultados, adaptados a las necesidades propias del territorio.



Es de aclarar que dicha información no es de representatividad estadística y por tanto no son datos extrapolables a la población Antioqueña ya que en su mayoría corresponden a personas población/ vulnerable adscrita incluso a proyectos sociales, lo cual puede incidir en cifras de mayor criticidad al compararlos con estudios de representatividad departamental, sin embargo, esta información puede indicar tendencias situacionales, que deben ser de interés para la vigilancia y control del estado nutricional, dado que favorecerán el direccionamiento de acciones estratégicas que se pueden implementar en materia de salud y seguridad alimentaria.

## 5.2.7.1. Evaluación del estado nutricional en niños y niñas menores de 4 años en Antioquia con enfoque diferencial.

### 5.2.7.1.1. Indicador de peso para la talla

El peso para la talla es un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud/estatura y da cuenta del estado nutricional actual del individuo independiente de la edad<sup>66</sup>. Cuando este indicador está por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar los niños y niñas se clasifican con desnutrición aguda y por debajo de -1 desviación estándar la clasificación es de riesgo. La alteración de este indicador está asociada a alta morbilidad que se presenta por la pérdida de peso reciente y acelerada o de otro tipo de incapacidad para ganar peso, que se da en la mayoría de los casos por un bajo acceso y consumo de alimentos o la presencia de enfermedades infecciosas que ponen en riesgo la vida del menor<sup>67</sup>.

El peso para la talla es un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud/estatura y da cuenta del estado nutricional actual del individuo independiente de la edad. Cuando este indicador está por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar los niños y niñas se clasifican con desnutrición aguda y por debajo de -1 desviación estándar la clasificación es de riesgo. La alteración de este indicador está asociada a alta morbilidad que se presenta por la pérdida de peso reciente y acelerada o de otro tipo de incapacidad para ganar peso, que se da en la mayoría de los casos por un bajo acceso y consumo de alimentos o la presencia de enfermedades infecciosas que ponen en riesgo la vida del menor<sup>67</sup>.

La distribución porcentual de los menores de 4 años con pertinencia étnica, registrados en la plataforma SISMANA y evaluados por el indicador peso para la talla durante el año 2021 fue de 3.1%; el 1.1% corresponde a menores identificados como afrodescendientes y el 2.0% correspondió a menores Indígenas. Es de resaltar que un importante número de población

<sup>66</sup> Resolución 2465 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016 [Internet]. República de Colombia; 14 de junio 2016 [Consultado 12 de diciembre noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion\\_no.\\_2465\\_del\\_14\\_de\\_junio\\_de\\_2016.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no._2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf)

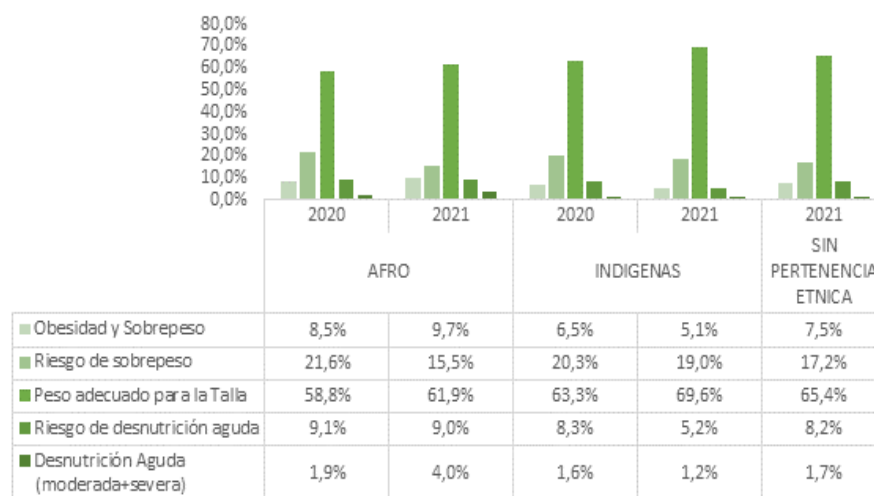
<sup>67</sup> Resolución 2350 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2350 de 2020 [Internet]. República de Colombia; 17 de diciembre de 2020 [Consultado 10 de diciembre 2022] [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf)

indígena registrada en el último año en la plataforma SISMANA, corresponde a las valoraciones nutricionales efectuadas por la estrategia de Unidad de alertas tempranas de la Gerencia MANA, quienes realizan gran parte de sus acciones en zonas rurales dispersas, muchas de ellas de difícil acceso.

En el último período de evaluación se evidenció que el riesgo o alteraciones nutricionales tanto por déficit como por exceso, se presentaron en el 38% de los niños y niñas afrodescendientes, en el 35% de los menores sin registro pertenencia étnica y en el 30% de los niños y niñas indígenas. En todos los grupos, el sobrepeso y la obesidad fueron superiores a la desnutrición aguda para los períodos 2019 y 2021. Al analizar específicamente la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) se identificó un incremento de 1.2 puntos porcentuales en los menores afrodescendientes, por el contrario, en los niños y niñas indígenas se presentó un descenso de 1.5 puntos porcentuales para dicha clasificación.

En cuanto a la malnutrición por déficit, para el año 2021, se identificó una tendencia al descenso en la clasificación de desnutrición aguda para niños y niñas indígenas; representado en una disminución de 0.5 puntos porcentuales, mientras que para la población afrodescendiente se evidenció un aumento de 2 puntos porcentuales respecto al año 2020. Estos resultados pueden estar relacionados con varias razones: si bien la pandemia limitó la pertenencia a programas de acceso a los alimentos, programas de promoción y prevención de la enfermedad para todos los grupos etarios; las condiciones específicas de la población indígena, tales como, la duración de la lactancia materna exclusiva y la siembra de alimentos en sus territorios, pudo evitar un recrudescimiento en el indicador de morbilidad por desnutrición aguda.

**Figura 215.** Estado nutricional según indicador peso para la talla en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA



## 5.2.7.1.2. Indicador talla para la edad:

La talla para la edad es un indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad. Da cuenta del estado nutricional histórico o acumulativo.<sup>66</sup> Cuando este indicador está por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar, los niños y niñas se clasifican con talla baja para la edad o retraso en talla y por debajo de -1 desviación estándar la clasificación es de riesgo de talla baja según los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud<sup>68</sup>.

El retraso en talla es un proceso gradual y acumulativo, con graves consecuencias a corto plazo en el desarrollo de las capacidades durante la infancia y puede ser un predictor de la calidad de vida durante la edad adulta, principalmente producto de una nutrición inadecuada y brotes de infección repetidos durante los primeros 1000 días de vida.

El retraso del crecimiento tiene una serie de efectos irreversibles a largo plazo para los individuos y las sociedades, dentro de los principales se asocia con disminución del desarrollo cognitivo y físico, afectaciones a la salud, reducción de la capacidad productiva, y aumento del riesgo de enfermedades degenerativas como la diabetes<sup>69</sup>.

El análisis del indicador de talla para la edad (T/E) en los menores registrados en la plataforma SISMANA (n: 196.302) para el año 2021, indica que los niños y niñas afrodescendientes son quienes presentan superior adecuación de su estatura de acuerdo a su edad, sin embargo, en este mismo grupo también se identifica mayor incremento de riesgo de talla baja y talla baja.

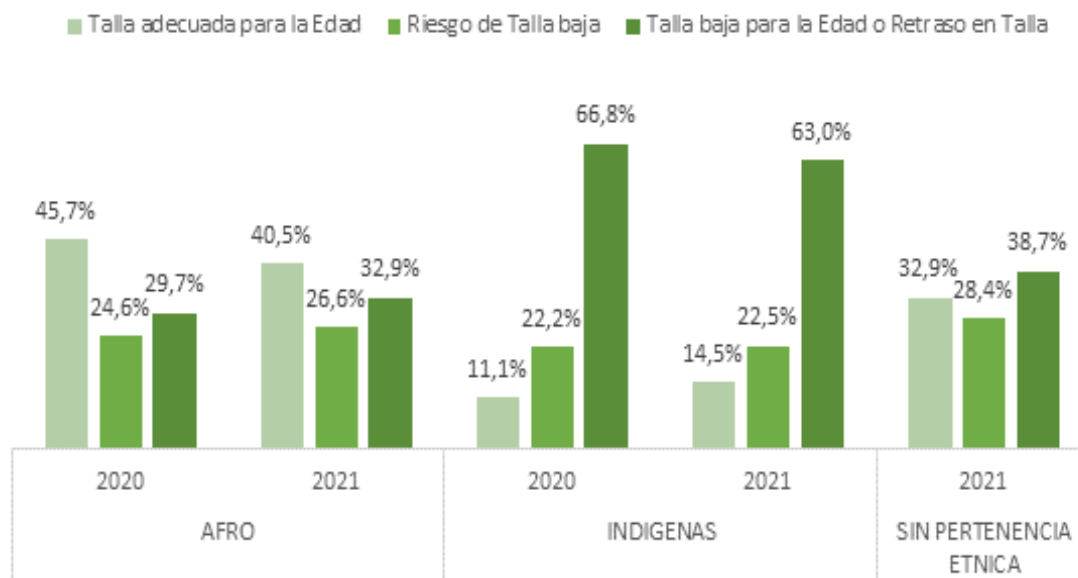
La clasificación de retraso en talla de la población indígena (63%), evidencia que este dato corresponde a casi el doble de lo encontrado en las valoraciones realizadas al grupo de personas afrodescendientes (32,9%), representado en un aumento de 33.9 puntos porcentuales y superando también los datos obtenidos de la población clasificada como sin pertenencia étnica del año 2021, correspondientes a 24.3%. En todos los grupos evaluados se superan significativamente las estadísticas reportadas de este indicador según lo reportado en el perfil alimentario y nutricional de Antioquia 2019 (10%). El origen del retraso en talla obedece a factores multicausales, los más referenciados están asociados a la falta de accesibilidad a agua potable, saneamiento básico, alimentos de calidad nutricional y al ingreso limitado a programas de promoción y prevención como vacunación y crecimiento y desarrollo. Estos factores de riesgo pudieron estar presentes en gran parte de la población identificada con alteraciones en el indicador talla para la edad y son evidentes principalmente en el grupo de población indígena atendida en zonas rurales dispersas, cabe destacar, que las altas prevalencias históricamente

<sup>68</sup> WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A joint statement. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf), página consultada el 10 de diciembre de 2014).

<sup>69</sup> WHO. Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A joint statement. [Internet]. Ginebra; 2009 [Consultado 19 noviembre 2014]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf)

reportadas en la población indígena también pueden estar influenciadas por condiciones culturales donde los cuidados prenatales que las mujeres indígenas implementan, inciden en la afectación del crecimiento de sus hijos, pues disminuyen de manera intencional la ingesta alimentaria, evitando altas ganancias de peso en sus bebés para prevenir cesáreas y la atención en entidades de salud, hecho que incide de manera directa en los indicadores de estatura y con repercusiones que se pueden prolongar durante el resto del ciclo vital.

**Figura 216.** Estado nutricional según el indicador de talla para la edad en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA

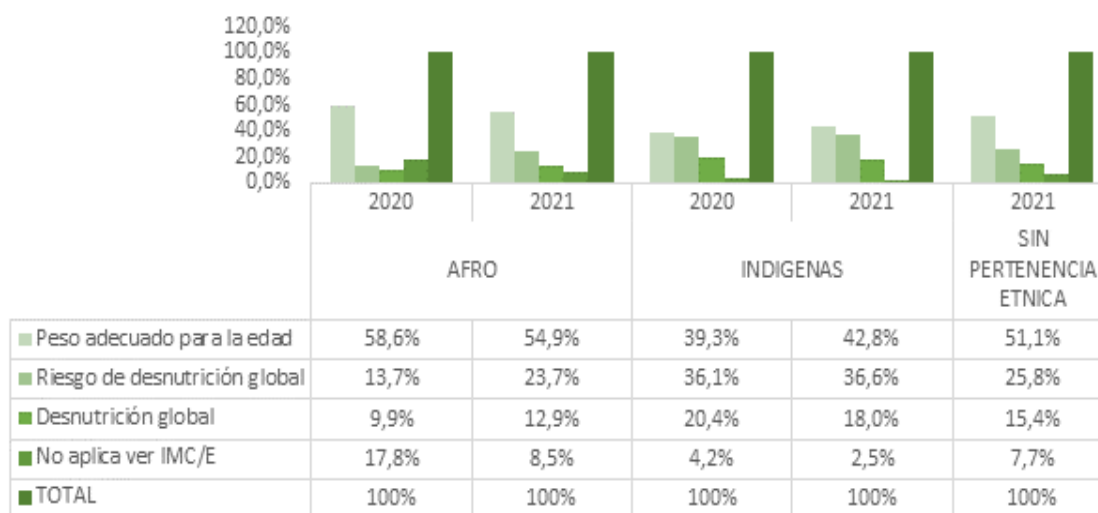
### 5.2.7.1.3. Peso para la edad

El peso para la edad es un indicador primario que relaciona el peso con la edad sin contemplar la estatura de los niños y niñas menores de 5 años. También denominado desnutrición global cuando su medición se encuentra en -2 desviaciones estándar, lo que indica bajo peso para una edad específica, considerando el patrón de referencia.

Al analizar el indicador peso para la edad en su clasificación de adecuación se identifica que para el año 2021 tanto en los menores afrodescendientes como en los niños y niñas y sin pertenencia étnica se logró una adecuación del indicador en más de la mitad de los menores valorados, por su parte los niños y niñas indígenas alcanzaron solo un 43% de adecuación del peso de acuerdo para la edad; del mismo modo es en este último grupo donde se presenta mayor riesgo y desnutrición global lo que puede obedecer a la insuficiente ganancia de estatura característica de esta etnia.

La clasificación de IMC para la edad puede estar asociada a los altos pesos identificados según la edad presentada en los menores, lo cual puede obedecer a su crecimiento lineal o al exceso de peso que efectivamente se presenta en el menor. En su orden se identifica las mayores proporciones de esta clasificación es para los afrodescendientes, seguidos de los niños y niñas sin identificación de pertenencia étnica y finalmente los indígenas, dicho resultado podría asociarse con diagnóstico de riesgo o exceso de peso.

**Figura 217.** Estado nutricional según indicador peso para la edad en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



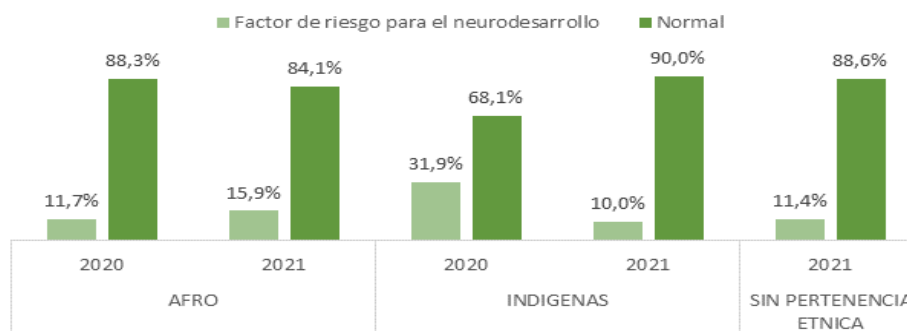
Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA

#### 5.2.7.1.4. Indicador perímetro cefálico:

La medición del perímetro cefálico para la edad (PC/E) indica el crecimiento del encéfalo, la evolución de los huesos del cráneo y se emplea como parte de la detección de posibles alteraciones neurológicas o del desarrollo en los niños y niñas menores de cinco años.

El indicador de perímetro cefálico en los menores registrados en SISMANA durante 2021 (n: 10.029) de acuerdo a la pertenencia étnica, indica que, si bien para el grupo de niños y niñas indígenas y son pertenencia étnica, aproximadamente 1 de cada 10 menores presenta factor de riesgo para el neurodesarrollo, pero esta proporción fue superior en los niños y niñas afrodescendientes, pues se presentó un incremento de 5.9 puntos porcentuales frente a los niños y niñas indígenas y de 4.5 puntos porcentuales frente a los menores sin identificación de pertenencia étnica.

**Figura 218.** Factor de riesgo para neurodesarrollo según indicador perímetro cefálico en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA

## 5.2.8. Impacto de la Pobreza y desigualdades en salud

Para impactar positivamente las poblaciones vulnerables, especialmente niños y niñas menores de 5 años, es primordial comprender el hecho de que los servicios de salud aportan a disminuir el 11% de la morbilidad, el estilo de vida el 43%, el entorno 19% y la biología humana el 27%; pero los servicios de salud asumen el 90% de la responsabilidad sobre el resultado, información que da soporte a la necesidad de trabajar intersectorialmente para ser más efectivos.

La pobreza es una expresión indirecta de la cohesión, la estructura social y su evolución hacia la equidad, variables determinantes de los resultados en salud. Antioquia es un departamento que ha mantenido altos y preocupantes niveles de pobreza por sus dinámicas poblacionales tan heterogéneas, el Índice de Pobreza Multidimensional Municipal \_IPM (Fuente Censal, según DANE, ENCV 2018), está conformada por cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo y condiciones de la vivienda y acceso a servicios públicos; a continuación se expone la correlación entre la tasa de mortalidad en menores de 5 años y el IPM.

**Tabla 115.** Correlación entre la tasa de mortalidad en menores de 5 años y el IPM. Antioquia, 2019

Subregión	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años 2019	IPM 2019
Bajo Cauca	13,3	28,5
Uraba	15,7	26,6
Occidente	12,5	24,7
Suroeste	15,3	22,3
Norte	10,4	20,3
Magdalena Medio	20,2	20,1
Nordeste	8,3	17,9
Oriente	10,4	17,4
Valle de Aburra	8,6	7,8

Fuente. Construcción propia SSSA.



Las mayores tasas de mortalidad en menores de 5 años se registraron en los quintiles de mayor pobreza multidimensional, siendo determinantes intermedios de los desenlaces fatales, factores como la falta de educación, las bajas coberturas en el aseguramiento en salud y el precario acceso a servicios básicos. Se observa que la tasa de mortalidad en menores de 5 años fue inferior en las subregiones de Valle de Aburrá, Oriente y nordeste, las cuales registran los menores índices de pobreza multidimensional.

Como factor concomitante a la desnutrición infantil, la tasa de mortalidad materna para las subregiones más pobres fue en promedio 40,1 muertes por cada 100.000 nacidos vivos frente a la tasa de mortalidad de los más ricos que fue de 36,8; sin diferencias significativas. El acceso a servicios de salud y la calidad en la atención son factores que predominan, en 31 unidades de análisis se evidencia: deficiencia de la calidad en la atención 31, no consulta preconcepcional (25), falta de camas (3) y percepción negativa de sistema de salud (3). (ASIS, 2021)

El IPM por Subregiones en los últimos 5 años presenta una variación larvada, es así como en Bajo Cauca, el IPM máximo se registra en el municipio de Nechí, con 53.2% y 46.5 para el 2017 y 2019 respectivamente, con una correlación espacial persistente. Le siguen las subregiones de Urabá y Occidente, donde se observa que, en su mayoría, la población corresponde a grupos vulnerables como desplazados, migrantes, indígenas, afrodescendientes, mujeres niños y niñas menores de 5 años; y personas en situación de discapacidad.

## Conclusiones y recomendaciones

La tendencia a la mortalidad para los tres eventos analizados en el año 2021 fue al ascenso con un predominio en los menores de 1 año. Con relación al comportamiento por subregiones el mayor número de casos corresponden al Urabá, occidente y norte; situación da cuenta de las condiciones que enmarcan a los hogares de este territorio, de ahí la importancia de que las acciones intersectoriales en el marco de la atención integral estén orientadas a intervenir a la población y de esta manera contribuir en la disminución del evento. Por otro lado, es de tener en cuenta que dichas subregiones presentan unas condiciones que agudizan los aspectos de identificación y atención con oportunidad y calidad, en el entendido que son territorios con comunidades aisladas dispersas, población étnica y grupos armados al margen de la ley.

Con relación a la IRA su predominio es al sexo femenino, en cuanto a lugar de residencia se destaca mayor incidencia de casos en área urbana. En relación con el régimen de aseguramiento el subsidiado presentó mayor proporción de casos durante el periodo analizado. Las EAPB como ECOOPSOS, SANITAS y AIC; así mismo, las subregiones más afectadas corresponden a Occidente, Magdalena Medio y Norte encontrando además mayores tasas en los municipios de Betania, Frontino y San Pedro de los Milagros presentan mayores tasas para el evento.



En cuanto a la desnutrición, para el año 2021 su predominio de casos se dio en el área rural, con la tasa de mortalidad más alta en las subregiones de Urabá, Occidente y Bajo Cauca, con municipios como Mutatá, Frontino y Turbo con mayores tasas de incidencia. Así mismo, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB que destacan corresponden a AIC, COOSALUD y Nueva EPS. El ente territorial fortalece el acompañamiento a la gestión del riesgo municipal mediante los planes de salud las intervenciones a población con alta ruralidad y realizará profundización en las desigualdades en el acceso a servicios de salud.

Al analizar la mortalidad por EDA, según lugar de residencia, el predominio corresponde a área urbana, en cuanto a la afectación por subregiones Urabá, Occidente y Norte fueron las más afectadas con tasas de mortalidad más altas en los municipios de Betulia, Vigía del Fuerte y Mutatá. Según la EAPB AIC, Salud Total y Nueva EPS presentan el mayor número de casos.

Esta diferenciación por patología y sus características principales, debe encaminar las acciones de promoción y prevención de manera articulada con estas entidades centrando la atención en las áreas sociodemográficas más afectadas y en consecuencia con la población afiliada a las distintas EAPB generando seguimiento a los planes de mejora.

En lo referente al comportamiento de algunas variables asociadas al eje central del análisis del Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), las que se presentaron en mayor proporción, como explicación al evento, fueron la zona de residencia, pertenencia étnica y las políticas de protección social basadas en el manejo social del riesgo y garantía de derechos en salud: afiliación efectiva seguridad social, asistencia al esquema de vacunación; estas son una constante para la explicación del evento.

La disminución de las tasas de incidencia de IRA, EDA y DNT y la tasa de mortalidad en menores de 5 años forman parte de los principales indicadores de seguimiento, además de ser objetivos trazadores en el marco político que legisla y protege los derechos de los niños y niñas; el alcance de estos objetivos solo puede lograrse a través de la articulación de todos los sectores políticos y sociales que comprenden el entorno en el que el niño se desarrolla.

Dado que este análisis de información deja en evidencia que la población no asegurada y aquella que pertenece al régimen subsidiado tiene más riesgo de morir a causa de IRA, EDA y DNT, se plantea el realizar un trabajo articulado con los entes sanitarios, EAPB e IPS, donde se generen acuerdos que generen impacto en materia de oportunidad en la atención, seguimiento individualizado a los casos identificados, disminución de barreras de atención frente al aseguramiento relacionadas con la portabilidad y contratación con sus redes prestadoras de servicios de salud, cuantificación de personal especializado en pediatría.

Con relación al retraso tipo uno, falta mayor claridad en los signos de alarma que se recomiendan a los padres y familiares. La falta de condiciones de valoración del riesgo, en ocasiones se presentan

retrasos injustificados que amenazan la vida de los niños, por desconocimiento de los cuidadores del momento oportuno de la consulta al centro de salud. Dicho lo anterior es necesario fortalecer la vigilancia en salud pública con base comunitaria para empoderar a actores comunitarios clave en la identificación de signos de alarma que ameriten consulta y establecer estrategias de Información, educación y comunicación a la población en general para promover la transformación de factores de riesgo asociados a los eventos.

Por otro lado, entendiendo que factores sociodemográficos como la pertenencia étnica y la zona de residencia, tienen influencia en indicadores de incidencia y mortalidad, se recomienda la implementación de un Modelo Integral de salud con Enfoque diferencial y territorial, por lo cual todos los actores: comunidades indígenas, afrodescendientes y demás identificadas, ESE, Secretarías de Salud, Direcciones Locales de Salud, EAPB e IPS, programas de infancia, nutrición y salud sexual y reproductiva; y demás entes gubernamentales, se deben sensibilizar en materia de prevención, detección y atención con enfoque étnico. Además, se recomienda desarrollar acciones desde la validación de necesidades encontradas en visitas al territorio, esta sensibilización puede efectuarse por medio del fortalecimiento de los equipos básicos en salud y a través de diálogos con las comunidades donde se aborden los temas de IRA, EDA y DNT con conceptos técnicos enfocados y contextualizados al territorio, incluyendo abordaje de prácticas alimentarias, prevención de estas enfermedades, identificación y detección temprana, manejo y cuidados en casa, identificación de signos y síntomas de alarma, acciones educativas a la población gestante, y trabajo articulado sobre aquellas condiciones que favorezcan el entorno donde los niños y sus familias se desarrollan.

El retraso tipo 4 es el que más se destaca de acuerdo con la información obtenida mediante las unidades de análisis realizadas. La realización del triage adecuado y oportuno en los niños, es una falencia que se repite en los análisis de las muertes de los menores de 5 años, el diligenciamiento de historia clínica, con los parámetros completos de los signos vitales, valoración nutricional, en muchas ocasiones no se registra de manera adecuada. Las notas de evolución no se realizan de forma oportuna ni completa según la gravedad de los pacientes.

Con relación al ingreso oportuno de los niños a la Ruta de Atención integral de promoción y mantenimiento de la salud, la mayoría, no asistían en forma regular, no presentaban la revisión del recién nacido a los siete días de vida, el ingreso al mes de edad, la revisión de la lactancia y la vacunación completa. Lo que de manera adicional refiere mejorar estrategias de seguimiento individualizado de los casos para determinación de riesgo y adherencias a tratamientos.

Según lo anterior es necesario establecer acciones de seguimiento y acompañamiento a las Direcciones Locales de Salud, EAPB y las IPS para la implementación de las rutas integrales de atención en salud, las cuales son una herramienta efectiva para disminuir la presentación de estos eventos y continuar con el fortalecimiento de las capacidades técnicas con los actores del sistema con el fin de promover la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, lineamiento



570

y acciones de Inspección y Vigilancia, teniendo en cuenta que se cumplan a cabalidad los protocolos de atención para IRA, EDA y desnutrición.

La sala situacional de mortalidad en menores de 5 años se conforma durante el 2022 en la gobernación de Antioquia con el fin de analizar información contenida en otras fuentes informativas como SISMANÁ para identificar la población a riesgo de enfermar en el Departamento, en especial por desnutrición, como estrategia para la prevención e intervención temprana disminuyendo el riesgo de progresión de la enfermedad y de muerte. Dentro del plan de acción de la sala situacional para el abordaje de la mortalidad en menores de 5 años se priorizan acciones tales como la estandarización constante en materia de valoración nutricional y toma de medidas antropométricas según grupo etario, mediante encuentros participativos en 30 municipios se articularán planes para involucrar otros actores como agentes educativos que atienden programas de primera infancia, docentes de escuelas rurales, actores comunitarios y fortalecimiento de roles y competencias del equipo de salud. Adicional a lo anterior, la hoja de ruta para integrar los sistemas de información de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, MANÁ y Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia-SSDIPI se encuentra en fase de implementación.

La notificación oportuna de los casos por parte de las Unidad Primaria Generadora de Datos-UPGD con el seguimiento de las secretarías y direcciones locales de salud es muy importante para la consolidación de los casos que se presentan. Algunos casos se notifican en fechas posteriores a su fallecimiento e incluso con un año de atraso. Situación que dificulta la realización oportuna de las unidades de análisis, envió oportuno al INS, así como la consolidación del tablero de problemas, y por ende se afecta la oportunidad en la toma de decisiones y ejecución de estrategias de mitigación.

Las UPGD con la supervisión de las secretarías y direcciones locales de salud deben realizar los ajustes respetivos al SIVIGILA para consolidar los datos realizar en la base nacional. También se requiere la participación efectiva de las secretarías y direcciones locales de salud, en la realización de las enmiendas estadísticas que se solicitan luego de la unidad de análisis.

Para finalizar se debe generar una articulación con entes intersectoriales para favorecer la garantía de los derechos de las niñas y los niños, en términos de pertinencia y según las necesidades de la población, enfocado en las acciones de determinantes sociales de la salud (DSS) y condiciones básicas insatisfechas.



571



# Seguridad y justicia en Antioquia

## CAPÍTULO VI



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS



## CAPÍTULO VI SEGURIDAD Y JUSTICIA

### 6.1. Panorama General del homicidio en Antioquia.

En la dinámica poblacional, los factores que conllevan a la mortalidad por homicidio constituyen uno de los hechos más graves de violación a los derechos humanos, en cuanto vulnera el derecho fundamental a la vida, constituyendo un evento con el cual se elimina la posibilidad del goce de todos los demás derechos de la persona. En el departamento de Antioquia, 2.136 habitantes fueron víctima de homicidio en el año 2021, con un aumento de 5% con respecto al 2020. Al realizar el comparativo hasta el 30 de septiembre, para el año 2022 con respecto al 2021, se evidencia una disminución porcentual de 9,1% para el año actual con respecto al anterior.

La curva epidémica de homicidios para el año 2022, en la mayoría de las semanas se ubica entre la zona de seguridad y la de éxito, lo que significa que el número de homicidios ocurridos se encuentra por debajo de los esperados. La semana 16, fue en la cual se presentó el mayor número de homicidios en el Departamento, este hecho puede estar determinado por diferentes factores, como la ocurrencia de fenómenos colectivos, como masacres o atentados terroristas.

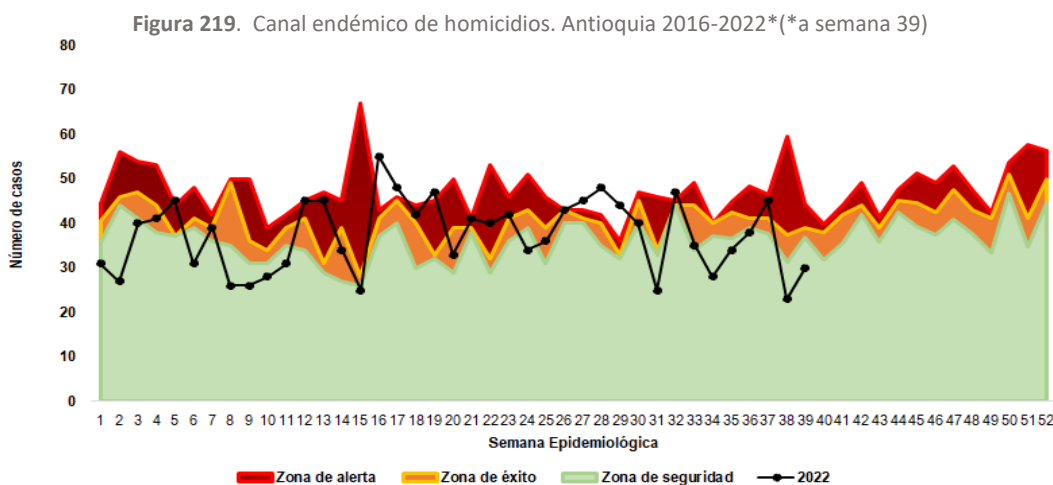
#### 6.1.1. Homicidios, ocurridos en Antioquia, 2020-2021-2022 con corte a 30 de septiembre de 2022

Distribución del número de homicidios según año de ocurrencia

Número de homicidios para el año 2020=2.029, enero 01- sept 30=1.475

Número de homicidios para el año 2021=2.136; enero 01- sept30=1.603

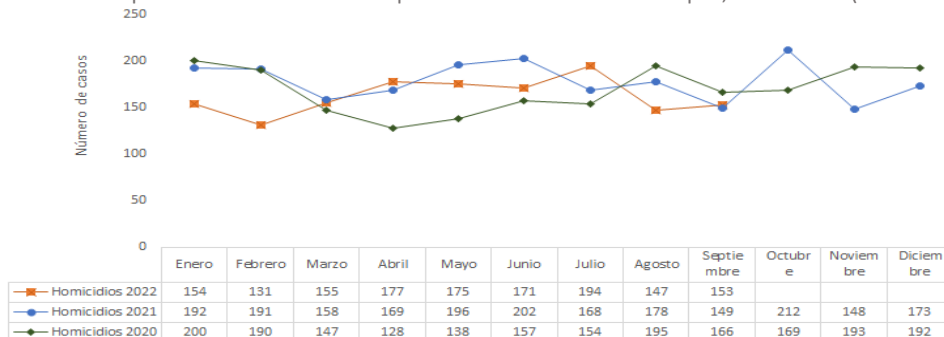
Número de homicidios para el año 2022, ene 01-sept 30= 1.457



**Fuente:** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
**Elaboró:** Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

## 6.2. Tendencias históricas del homicidio

Figura 220. Comportamiento del homicidio por mes de ocurrencia. Antioquia, 2020-2022\*(\*ene01-sep30)



**Fuente:** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

Evaluando la distribución de los homicidios, según mes de ocurrencia, se observa una tendencia fluctuante para los 3 años analizados, sin que se evidencie un patrón de comportamiento que pueda determinar la ocurrencia de este fenómeno en periodos definidos del año, mientras que, en el año 2020, el mayor número de homicidios se presentó en el mes de enero, para el 2021, fue el mes de junio y para el año actual fue el mes de julio en el cual se evidenció un mayor impacto de este fenómeno en la población del Departamento.

## 6.3. Generalidades del homicidio en Antioquia por subregión

En la distribución de los homicidios por subregión durante el periodo analizado para los años 2021 y 2022, se evidencia que la subregión del Suroeste fue la de mayor impacto en la reducción de las tasas de homicidio con una variación de 37,6% en el año 2022, con respecto al 2021, probablemente este fenómeno este determinado por las intervenciones y programas que se han realizado en dicha subregión. Es importante resaltar el cambio positivo que se presentó, en 6 de las nueve subregiones y el total departamental. Llama la atención el aumento porcentual que se genera en las subregiones límites con el Sur de Bolívar y Santander.

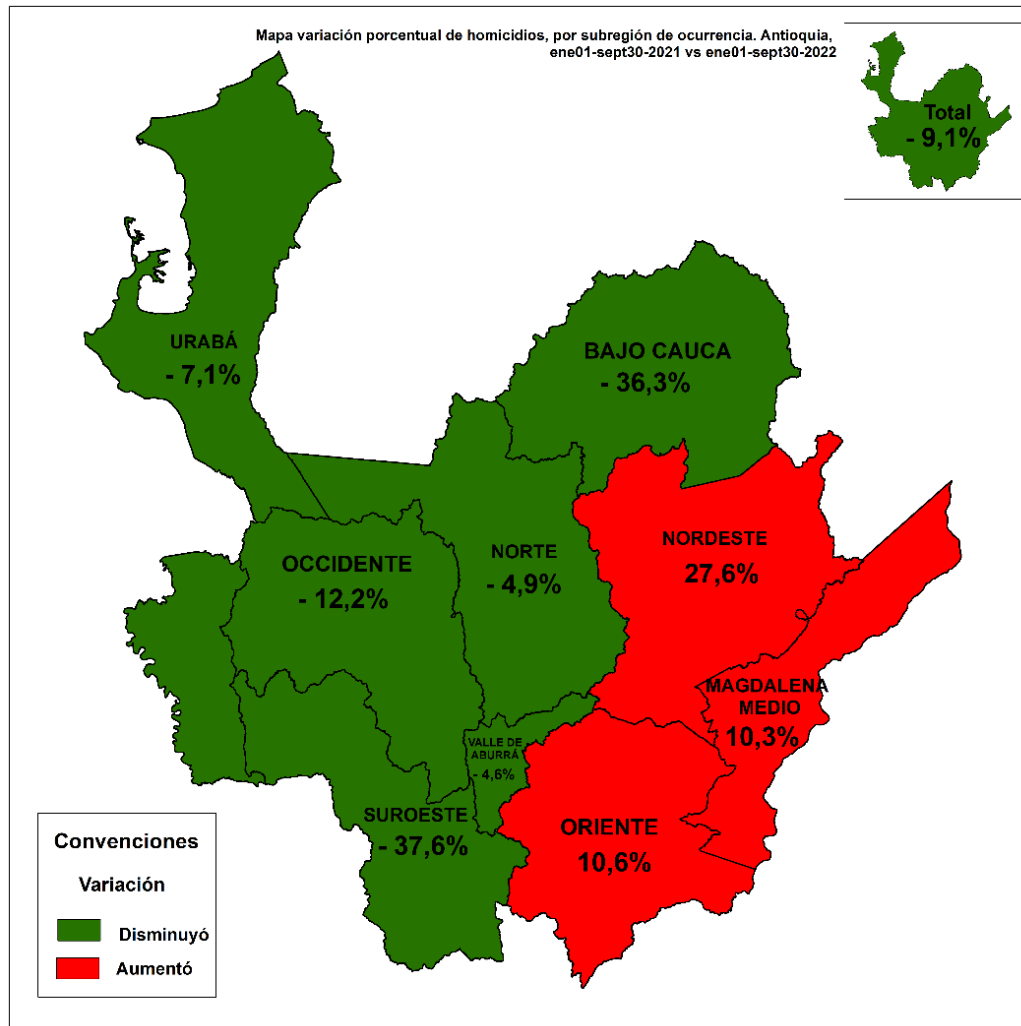
Tabla 116. Casos y tasa de homicidios, por subregión de ocurrencia y variación porcentual. Antioquia 2020,2021 y 2022 a 30 de septiembre

Subregión	Ene01-sep30-2020		Ene01-sep30-2021		Ene01-sep30-2022		Var% ene01- sep30-2022 vs ene01- sep30-2021
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
Bajo Cauca	215	82,5	190	71,8	121	45,0	-36,3%
Magdalena Medio	45	42,1	58	53,4	64	58,0	10,3%
Nordeste	127	62,8	152	74,0	194	93,0	27,6%
Norte	89	35,8	144	57,1	137	53,5	-4,9%
Occidente	68	32,0	90	41,7	79	36,1	-12,2%
Oriente	99	14,2	141	20,0	156	21,7	10,6%
Suroeste	218	58,8	242	64,3	151	39,5	-37,6%
Urabá	127	24,2	155	29,0	144	26,6	-7,1%
Valle de Aburrá	487	12,0	431	10,5	411	9,8	-4,6%
<b>Total Dpto</b>	<b>1.475</b>	<b>22,1</b>	<b>1.603</b>	<b>23,6</b>	<b>1.457</b>	<b>21,2</b>	<b>-9,1%</b>

**Fuente:** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.



Mapa 32. Variación porcentual de homicidios, por subregión de ocurrencia, Antioquia. Enero 01-septiembre 30 2021 vs enero 01 – septiembre 30 2022

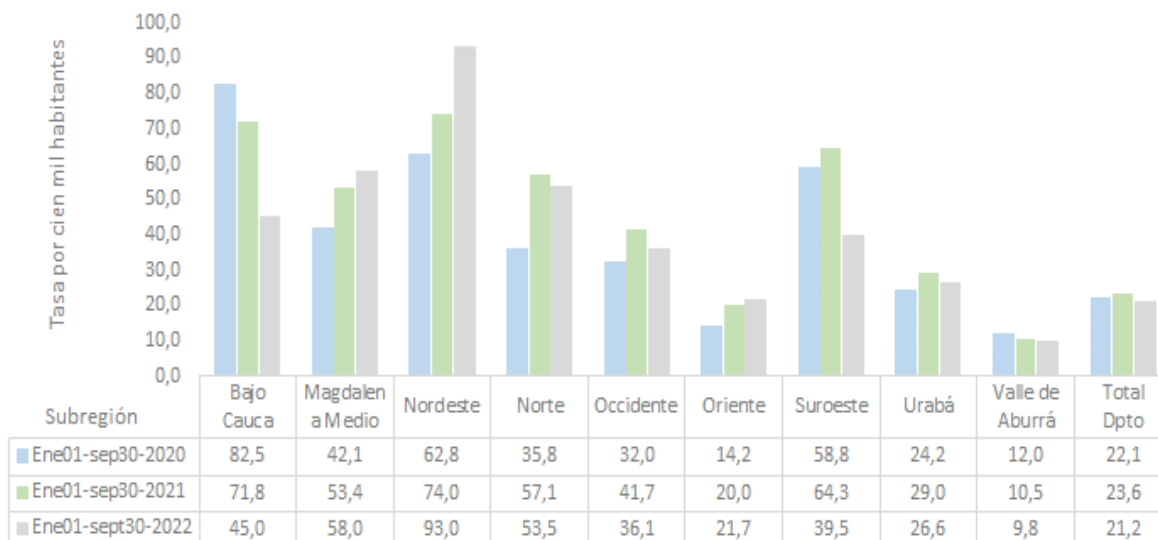


Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

En la distribución de las tasas de homicidios, según subregión de ocurrencia, se realiza el análisis del 01 de enero al 30 de septiembre para los años 2020, 2021 y 2022, en estos años las menores tasas se registraron en la subregión del Valle de Aburrá, las cuales se mantuvieron por debajo de las cifras departamentales, mientras que los habitantes de la subregión de Nordeste presentaron un mayor riesgo de morir por este evento en los años 2021 y 2022, y en el año 2020, fueron los habitantes del Bajo Cauca los que tuvieron el mayor riesgo de muerte por homicidios. En términos generales se observa una disminución en los homicidios para seis de las nueve subregiones y para el Departamento en el año actual con respecto al anterior.



Figura 221. Tasa de homicidios, por subregión de ocurrencia. Antioquia, Ene01-sept30-2020-2022

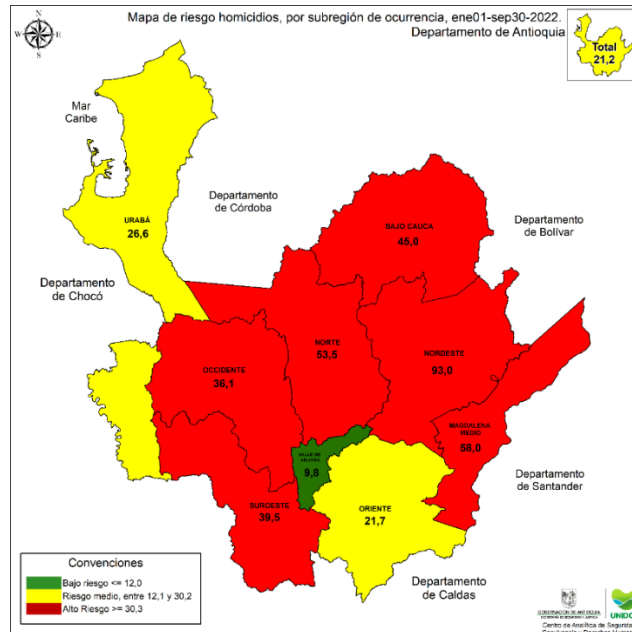


**Fuente.** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

La diversidad en el contexto territorial del departamento de Antioquia, puede aportar factores que favorecen las actividades criminales por parte de los actores al margen de la ley, por ello es importante la ubicación espacial de un hecho como el homicidio. Para este análisis se calculan las tasas de cada municipio y el total del departamento de Antioquia, por cien mil habitantes, la cual sirve como referencia para calcular el intervalo de confianza y así realizar la categorización de los municipios por rangos. De los 125 municipios los habitantes de 60 (52%) presentan alto riesgo de homicidio, en estos las tasas más altas se registraron en Remedios, Valdivia y Vegachí, mientras que el mayor número de casos se presentó en los municipios de Medellín, Turbo y Remedios. En cuanto a la variación porcentual por municipio en el año 2022 con respecto al 2021, el 50,4% (62) de los municipios se evidencia una disminución en la tasa homicida.

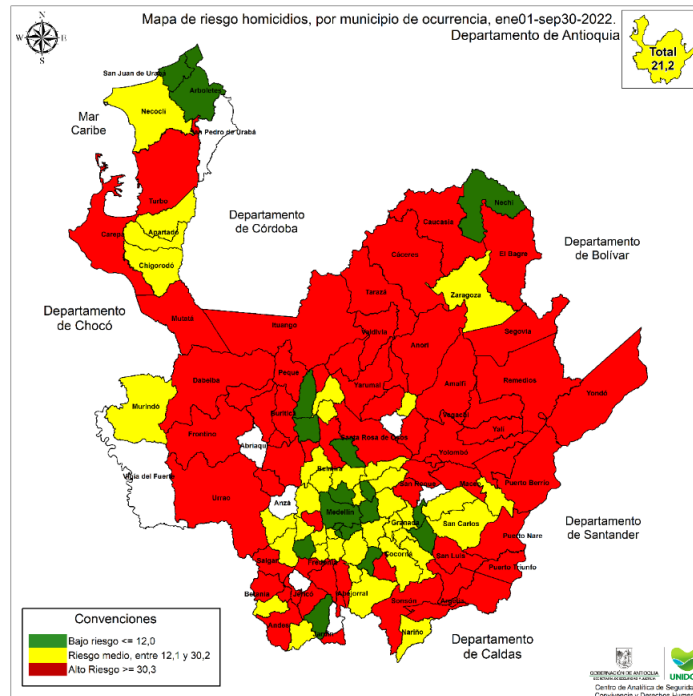
La subregión del departamento en la cual sus habitantes presentaron un menor riesgo de morir por homicidio fue el Valle de Aburrá, en la cual al compararse con el promedio departamental sus habitantes presentaron 53,8% menos riesgo de muerte por este evento que el resto del Departamento.

Mapa 33. Riesgo de homicidios, por subregión de ocurrencia enero 01 – septiembre 30 de 2022. Antioquia.



Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Mapa 34. Riesgo de homicidios, por municipio de ocurrencia enero 01 – septiembre 30 de 2022. Antioquia.

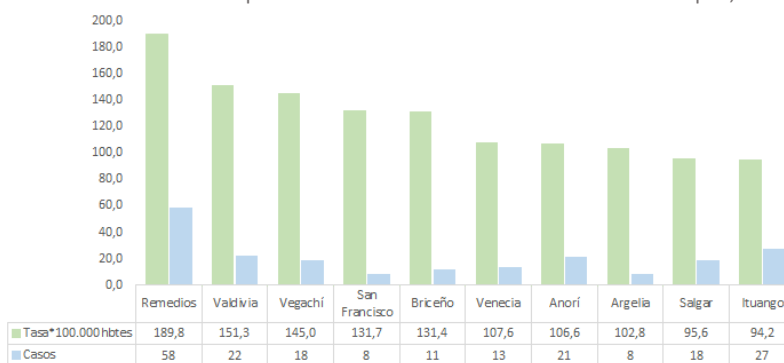


Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

### 6.3.1. Distribución de los 10 municipios del departamento de Antioquia, con las tasas más altas de homicidio para el periodo del 01enero-30 septiembre de 2022.

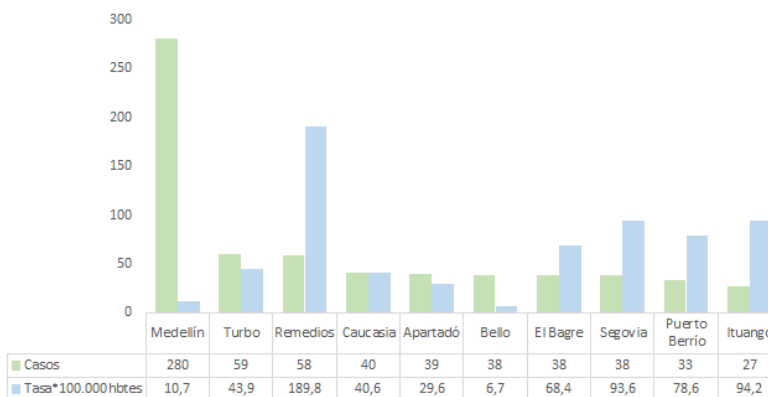
Los municipios de Antioquia en los cuales se presentan las tasas más altas de homicidio, se ubican en cuatro de las nueve subregiones del departamento, por lo cual presentan diferentes escenarios y condiciones que pueden favorecer el dominio y la expansión de los grupos al margen de la ley, que operan en estos territorios, siendo las subregiones del Norte y Nordeste en las cuales se presenta el mayor número de municipios con las tasas más altas, de los 10 municipios del departamento con mayor impacto en los homicidios, seis pertenecen a estas dos subregiones, en las cuales se encuentran el municipio de Remedios y Valdivia que presentan las tasas más alta de todo el departamento. En cuanto al mayor número de casos de homicidios estos se registraron en los municipios de Medellín y Turbo.

Figura 222. Distribución de los 10 municipios con la tasa de homicidios más alta. Antioquia, ene 01- sep30-2022



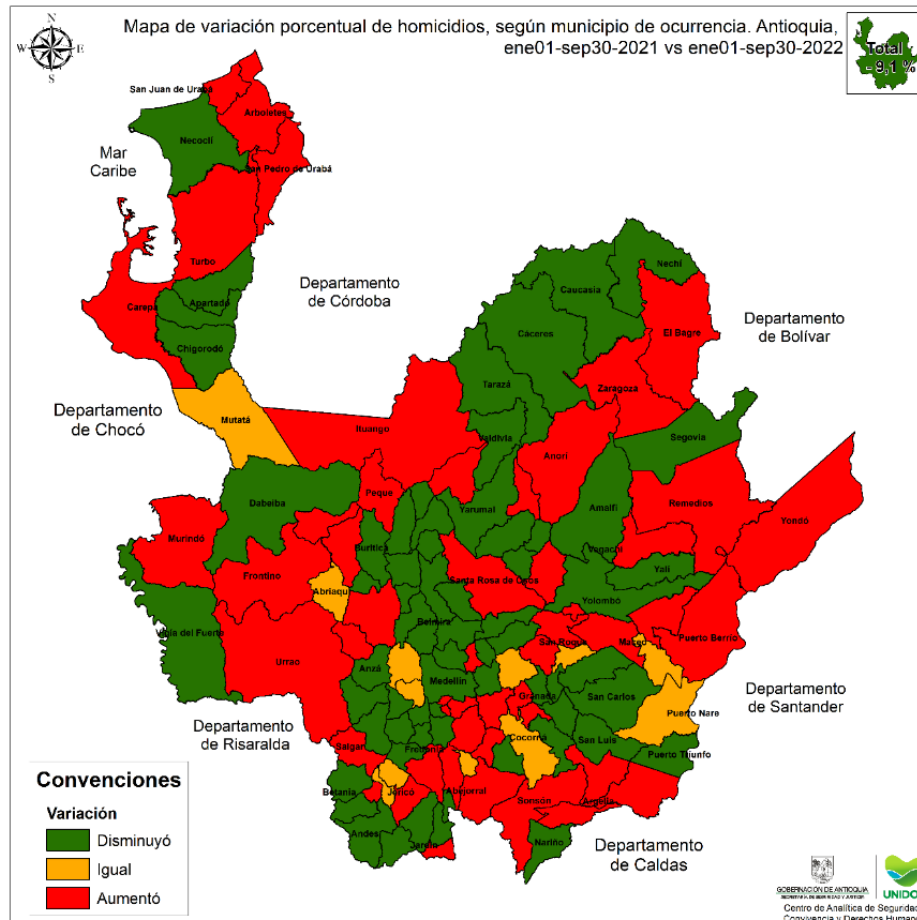
Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Figura 223. Distribución de los 10 municipios con el mayor número de homicidios. Antioquia, ene 01-sep30- 2022



Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Mapa 35. Variación porcentual de homicidios, según municipio de ocurrencia, Antioquia enero 01 – septiembre 30 de 2022



Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

### 6.3.2. Distribución de homicidios por sexo y edad de la víctima.

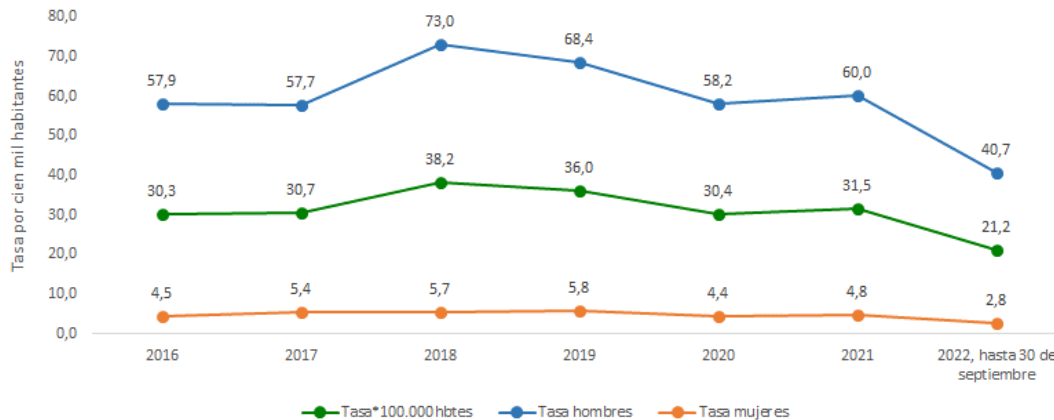
Los hombres del departamento de Antioquia presentan un mayor riesgo de muerte por homicidio, factor que puede estar asociado a que estos participan en mayor proporción en conductas delictivas asociadas al tráfico de estupefacientes, grupos organizados al margen de la ley y delincuencia común, el mayor número de muertes por homicidios lo aportó el grupo de 20 a 24 años como se evidencia en la pirámide.

Al realizar el análisis de las tasas de muerte por homicidio, se observa un comportamiento fluctuante en la tendencia para la población general y en los hombres, siendo este grupo el que determina el comportamiento de este evento en el departamento de Antioquia, mientras que para las mujeres, no se presentan fluctuaciones importantes durante el periodo, el mayor riesgo de morir por este evento en las mujeres se presentó en el año 2019, con una tasa de 5,8 por cien mil



mujeres, mientras que esta conducta delictiva tuvo mayor impacto para los hombres y la población general en el año 2018.

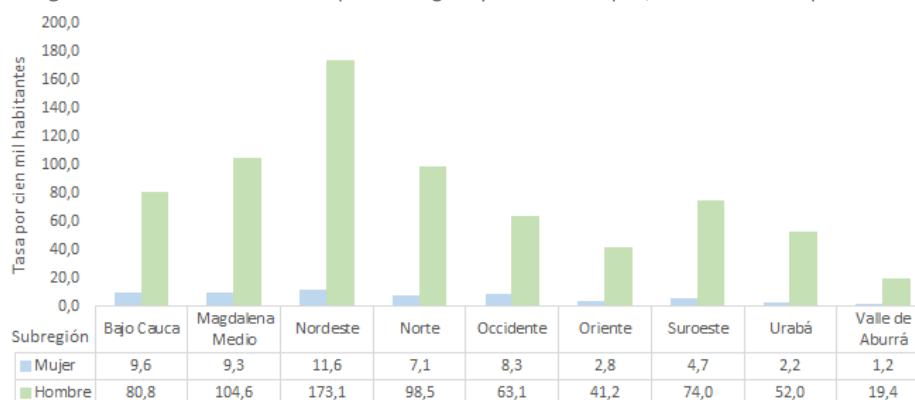
**Figura 224.** Tendencia de las tasas de homicidios, por sexo. Antioquia, 2020-2022\* (\*hasta el mes de septiembre, semana 39)



**Fuente.** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

La conducta homicida del 01 de enero al 30 de septiembre de 2022, ha generado más impacto en los hombres, con una mayor afectación de este grupo poblacional en la subregión del Nordeste, al registrarse una tasa de 173,1 homicidios por cien mil hombres, comparativamente con las mujeres la subregión en la cual se presenta la relación más alta en las muertes por homicidios fue en Urabá, con una razón de uno a 23, es decir que en esta subregión por cada mujer víctima de homicidio, 23 hombres fueron víctimas de este evento. En contraste fue en la subregión de Occidente donde se registró el menor número de hombres víctima por cada mujer, en esta subregión la relación fue de 1/8.

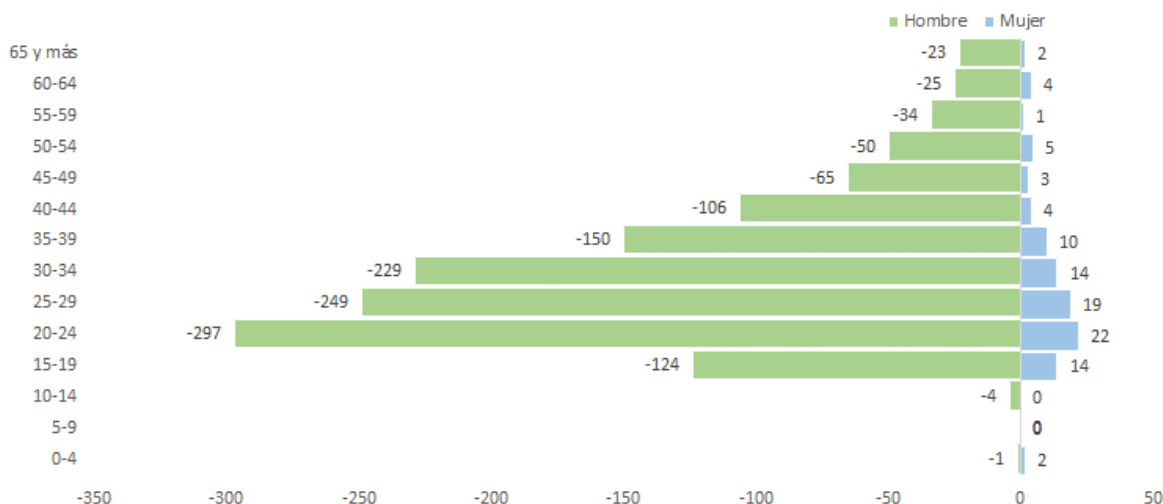
**Figura 225.** Tasa de homicidios por subregión y sexo. Antioquia, 2022 a 30 de septiembre



**Fuente.** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.



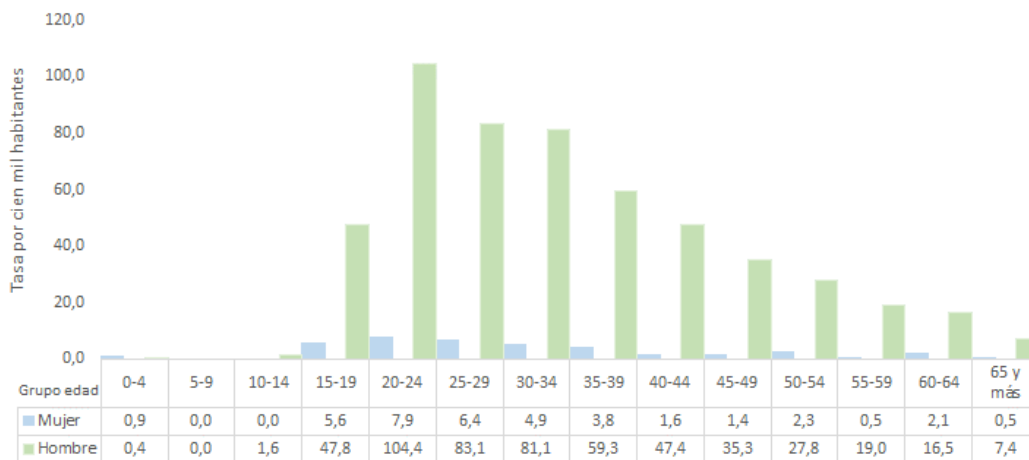
Figura 226. Pirámide poblacional de las muertes por homicidio. Antioquia, Ene01-sept30-2022



**Fuente.** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Se evidencia que los hombres de 20 a 34 años son las principales víctimas de homicidio en el departamento de Antioquia, en este grupo se concentra más del 57,1% de las muertes por este fenómeno, lo cual incide directamente, en el aumento de los años de vida potencialmente perdidos y en la reducción de la población económicamente activa, asociándose a otros factores sociales y económicos como la disminución o ausencia de recursos económicos y la disminución de la fuerza laboral.

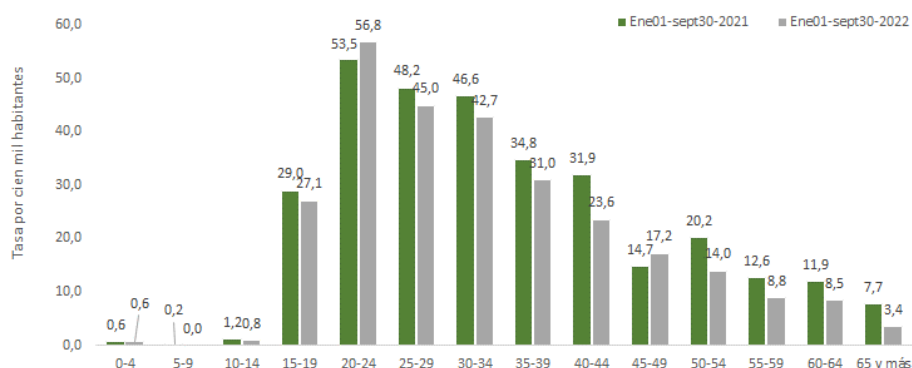
Figura 227. Tasa de homicidios por grupos de edad y sexo. Antioquia, Ene01-sept30-2022



**Fuente.** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

La distribución de las tasas de homicidio por grupos de edad durante el periodo de análisis, demuestran la concentración de estas en la población joven del departamento (20 a 34 años), lo que visibiliza que es este el grupo poblacional más afectado por las conductas delictivas, tanto desde el lado de las víctimas, como de los victimarios, lo que sugiere que se debería focalizar dicho grupo para la implementación de políticas, programas y proyectos que impacten positivamente en las conductas de esta población.

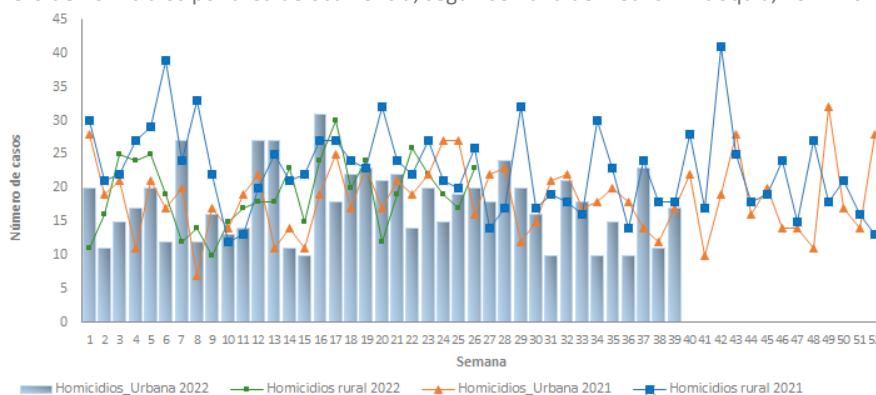
**Figura 228.** Tasa de homicidios por grupos de edad. Antioquia, Ene01-sep30-2021-2022



**Fuente.** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

### 6.3.3. Homicidio rural y urbano

**Figura 229.** Número de homicidios por área de ocurrencia, según semana del hecho. Antioquia, 2021-2022\*(ene01-sep30)

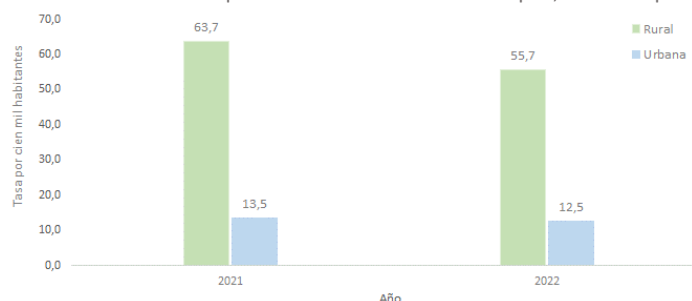


**Fuente.** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

La distribución espacial de las muertes por homicidio puede estar determinada por la dinámica poblacional y el contexto del territorio, por lo cual ocurre concentración de este fenómeno en algunas áreas y territorios determinados, debido a comportamientos violentos de sus habitantes.

la existencia de grupos al margen de la ley, el tráfico de estupefacientes y otras conductas delictivas. Articulando la dinámica de las muertes por homicidio al territorio en el cual ocurren, se evidencia una mayor incidencia de este fenómeno en el área rural, tanto en el año 2021, como en el 2022, presentándose un 22,4% más de casos por cien mil habitantes en el área rural con respecto a la urbana para el año 2022, aunque el mayor número de homicidios se registró en la semana 16 en el área urbana con 31 muertes por este evento. Los habitantes del área rural presentaron un mayor riesgo de muerte por homicidio, registrando tasas de 63,7 y 55,7 por cien mil habitantes a 30 de septiembre de 2021 y 2022, respectivamente.

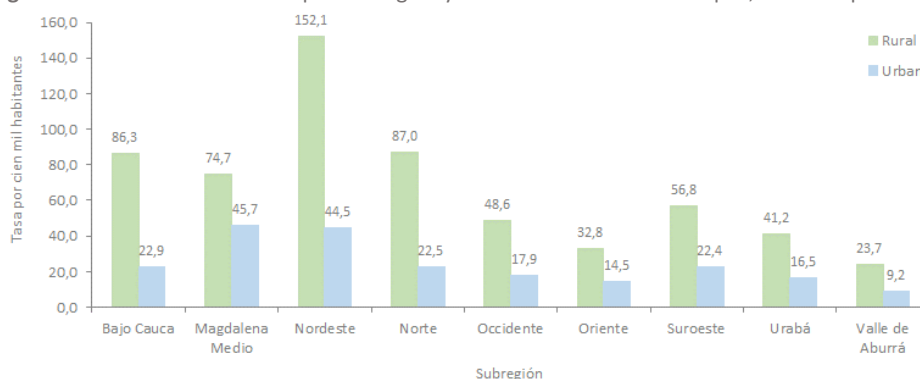
**Figura 230.** Tasa de homicidios por área de ocurrencia. Antioquia, Ene01-sep30-2021-2022



**Fuente.** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

Realizando el comparativo de las tasas por área y subregión, al 30 de septiembre del año 2022, se evidencia el impacto que tienen los homicidios en la población que habita en el área rural del departamento de Antioquia, para este año los habitantes del área rural de la subregión del Norte presentaron 74,1% mayor riesgo de muerte por homicidio que los del área urbana, factor que puede impactar de manera negativa en el contexto económico de las zonas rurales, disminuyendo la fuerza laboral y la productividad del campo, al ser este un fenómeno que es determinante del desplazamiento y la migración del campesino a la ciudad capital del Departamento.

**Figura 231.** Tasa de homicidios por subregión y área de ocurrencia. Antioquia, ene01-sept30-2022



**Fuente.** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia



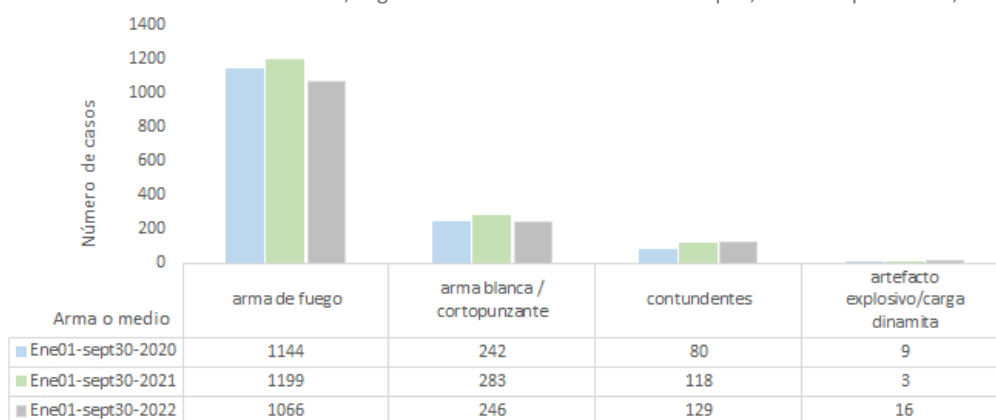


## 6.4. Análisis de algunas variables de interés comparativo enero 01- septiembre 30-2020-2021 y 2022.

Durante el periodo de análisis, el arma o medio, que se utilizó con mayor frecuencia para realizar el acto homicida fue el arma de fuego, en el año 2022 en el 73,2% de los homicidios se utilizó esta. En cuanto a la distribución del arma utilizada por subregión de ocurrencia en la subregión del Magdalena Medio, en el 89,1% de los homicidios se utilizó el arma de fuego, situación que puede estar determinada por la modalidad delictiva en la cual se cometió el homicidio.

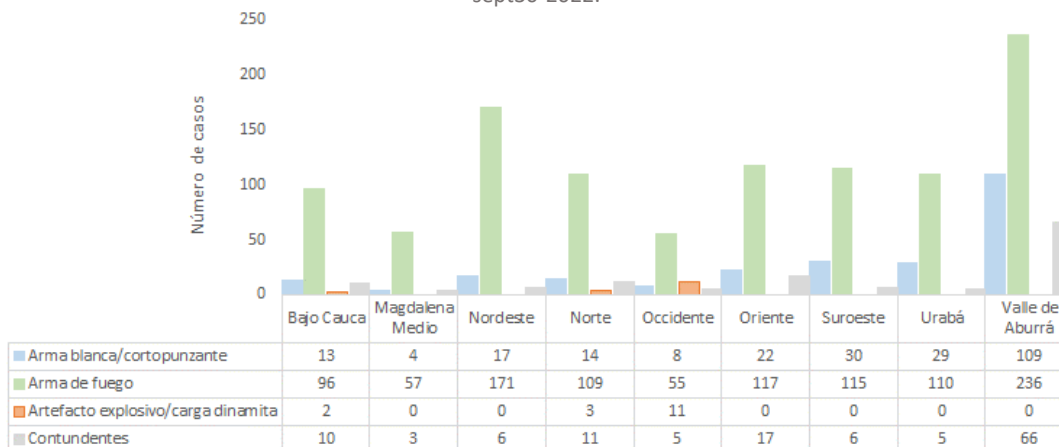
En cuanto al estado civil las personas solteras fueran las más afectadas por la conducta homicida para los dos años de análisis, seguida de las personas que viven en unión libre.

**Figura 232.** Distribución del número de homicidios, según arma o medio utilizado. Antioquia, ene01-sept30-2020, 2021, 2022



**Fuente.** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

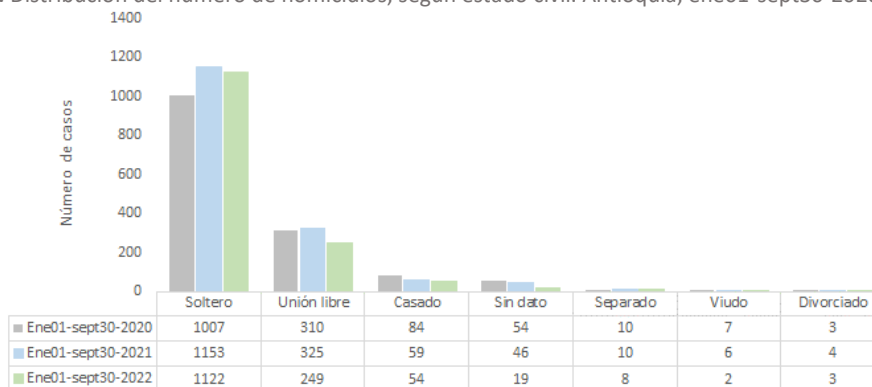
**Figura 233.** Distribución del número de homicidios, según arma o medio utilizado por subregión de ocurrencia. Antioquia, ene01-sept30-2022.



**Fuente.** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

**Figura 234.** Distribución del número de homicidios, según estado civil. Antioquia, ene01-sept30-2020, 2021, 2022



Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

El análisis de los homicidios por modalidad criminal, es el sicariato la modalidad que determina en mayor proporción este hecho en los años del periodo evaluado, con porcentajes que fluctúan entre 66% y 72,8%. Es de resaltar que hasta el 30 de septiembre del presente año no se han registrado actos criminales por riñas o conflictos entre pandillas, enfrentamientos entre grupos armados organizados (ELN y FARC), secuestro, subversión y bala perdida.

**Tabla 117.** Distribución de los homicidios, según modalidad. Antioquia, ene01-sept30-2020, 2021, 2022 y variación porcentual 2022-2021

Modalidad	Ene01-sept30-2020		Ene01-sept30-2021		Ene01-sept30-2022		Var% ene01-sept30-2022 vs ene01-sept30-2021
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Sicariato	1008	68,3	1167	72,8	967	66,4	-17,14%
Riñas	213	14,4	193	12,0	207	14,2	7,25%
Por establecer	49	3,3	100	6,2	117	8,0	17,00%
Signos de violencia física	36	2,4	42	2,6	40	2,7	-4,76%
Atraco	44	3,0	42	2,6	43	3,0	2,38%
Violencia intrafamiliar	16	1,1	23	1,4	18	1,2	-21,74%
Atacados por gao o gao-r	17	1,2	12	0,7	41	2,8	241,67%
Violencia sexual	2	0,1	6	0,4	3	0,2	-50,00%
Manipulación imprudente	5	0,3	2	0,1	2	0,1	0,00%
Linchamiento	2	0,1	5	0,3	13	0,9	160,00%
Enfrentamiento eln-crime	4	0,3	3	0,2	0	0,0	-100,00%
Riña o conflicto entre pan	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00%
Enfrentamiento entre delir	61	4,1	2	0,1	1	0,1	-50,00%
Terrorismo	6	0,4	2	0,1	1	0,1	-50,00%
Enfrentamiento farc-crime	0	0,0	1	0,1	0	0,0	-100,00%
Enfrentamiento entre crim	3	0,2	1	0,1	1	0,1	0,00%
Desmembramiento	5	0,3	1	0,1	2	0,1	100,00%
Secuestro	0	0,0	1	0,1	0	0,0	-100,00%
Atacados por subversión	3	0,2	0	0,0	0	0,0	0,00%
Bala perdida	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0,00%
Sin dato	0	0,0	0	0,0	1	0,1	100,00%
<b>Total general</b>	<b>1.475</b>	<b>100,0</b>	<b>1.603</b>	<b>100,0</b>	<b>1.457</b>	<b>100,0</b>	<b>-9,11%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

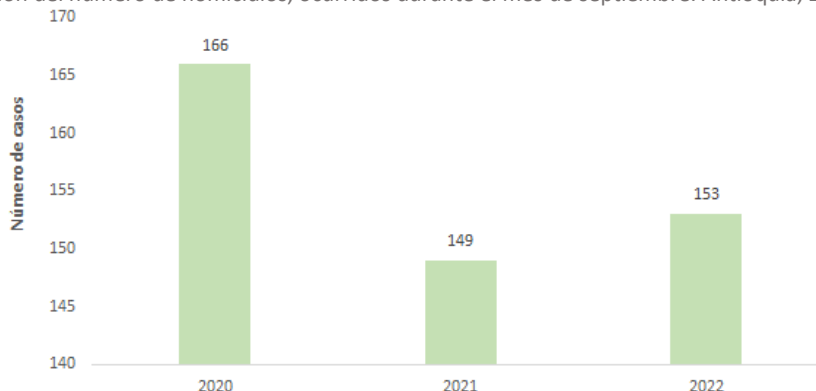
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.



## 6.4.1. Comparativo homicidios mes de septiembre 2020, 2021-2022.

Teniendo en cuenta que el presente análisis se encuentra hasta el mes de septiembre, se considera pertinente realizar el comparativo de los tres años de estudio a este mes, en el cual se puede evidenciar un aumento del 10,2% del año 2022 con respecto al 2021 y una disminución 7,8% de este año con respecto al 2020.

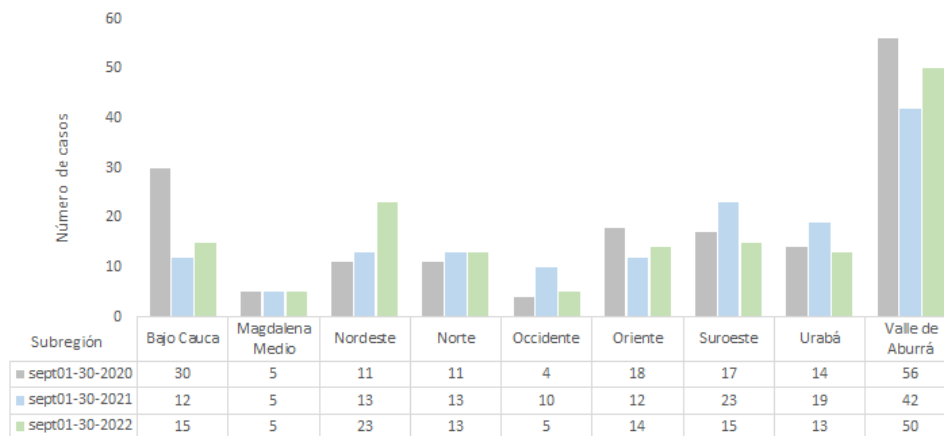
Figura 235. Distribución del número de homicidios, ocurridos durante el mes de septiembre. Antioquia, 2020, 2021 y 2022



Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

En la distribución del número de homicidios por subregión durante el mes de septiembre, se presenta variabilidad en las subregiones del departamento, evidenciándose disminución en el 2022 con respecto al 2021 en tres de las nueve subregiones, con mayor impacto en Occidente en la cual este acto delictivo disminuyó en 50%.

Figura 236. Distribución del número de homicidios, según subregión de ocurrencia. Comparativo mes de septiembre 2020, 2021 y 2022



Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.



Tabla 118. Distribución de homicidios del mes de septiembre, por subregión de ocurrencia y variación porcentual 2022 vs 2021

Subregión	sept01-30-2021	sept01-30-2022	Variación porcentual sept 01-30-2022 vs sept01-30-2021
Bajo Cauca	12	15	25,0%
Magdalena Medio	5	5	0,0%
Nordeste	13	23	76,9%
Norte	13	13	0,0%
Occidente	10	5	-50,0%
Oriente	12	14	16,7%
Suroeste	23	15	-34,8%
Urabá	19	13	-31,6%
Valle de Aburrá	42	50	19,0%
<b>Total Dpto</b>	<b>149</b>	<b>153</b>	<b>2,7%</b>

Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

## 6.5. Contexto de seguridad en Antioquia

La inseguridad es un problema social, que debe ser abordado desde diferentes escenarios, teniendo en cuenta la incidencia de este en las tasas de mortalidad y las afectaciones políticas, económicas, psicológicas y físicas y los efectos negativos que genera esta problemática en la población, por lo cual, desde la Secretaría de Seguridad y Justicia, se realiza el abordaje de la seguridad, teniendo en cuenta los diferentes elementos y factores determinantes en el contexto departamental, para focalizar las acciones de intervención; logrando así plantear políticas efectivas que promuevan el bienestar y la calidad de vida y que incidan en el mejoramiento de los indicadores de seguridad de los habitantes del departamento de Antioquia.

La Secretaría de Seguridad y Justicia desde los diferentes proyectos, de infraestructura, movilidad, fortalecimiento del sistema penal acusatorio para adolescentes, dotación de tecnologías, propone alternativas para prevenir los delitos, promoviendo espacios de concertación con los diferentes actores y gobernantes locales y la comunidad.

### 6.5.1. Afectaciones a la fuerza pública

Los miembros de la fuerza pública han sido afectados por diferentes conductas delictivas, como el homicidio y las lesiones personales, en lo corrido de este año, 52 miembros de la fuerza pública fueron asesinados, con un aumento 40,4% en 2022, con respecto al 2021, la subregión de Occidente es la más afectada por este fenómeno, al registrarse 14 homicidios, lo que equivale al 26,9%, mientras que los municipios que aportaron el mayor número de miembros de la fuerza pública asesinados fueron: Turbo, Ituango y Frontino, en cuanto a las lesiones, fue la subregión del Norte la cual tuvo el mayor número de integrantes de la fuerza pública lesionados.



587

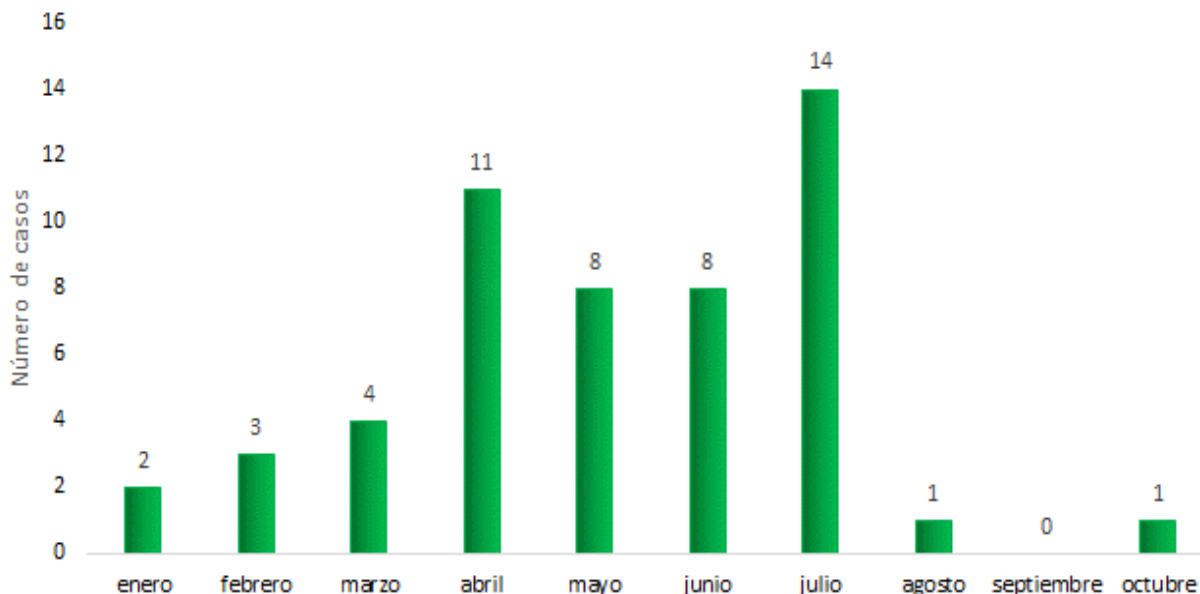


Tabla 119. Homicidios de miembros de la fuerza pública, por subregión de ocurrencia del hecho. Antioquia, 2020-2022\*(\*a noviembre 11)

Subregion	2020	2021	Var % 2021-2020	ene01-nov11 2020	ene01-nov11 2021	ene01-nov11 2022	Var% año la fecha 2022-2021
Bajo Cauca	6	6	0,0%	6	6	2	-66,7%
Magdalena Medio	0	0	0,0%	0	0	1	100,0%
Nordeste	2	4	100,0%	2	2	8	300,0%
Norte	7	9	28,6%	6	9	9	0,0%
Occidente	1	5	400,0%	1	5	14	180,0%
Oriente	1	1	0,0%	1	0	2	100,0%
Suroeste	1	0	-100,0%	1	0	2	100,0%
Urabá	2	7	250,0%	2	7	10	42,9%
Valle de Aburrá	1	2	100,0%	1	2	4	100,0%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>34</b>	<b>61,9%</b>	<b>20</b>	<b>31</b>	<b>52</b>	<b>67,7%</b>

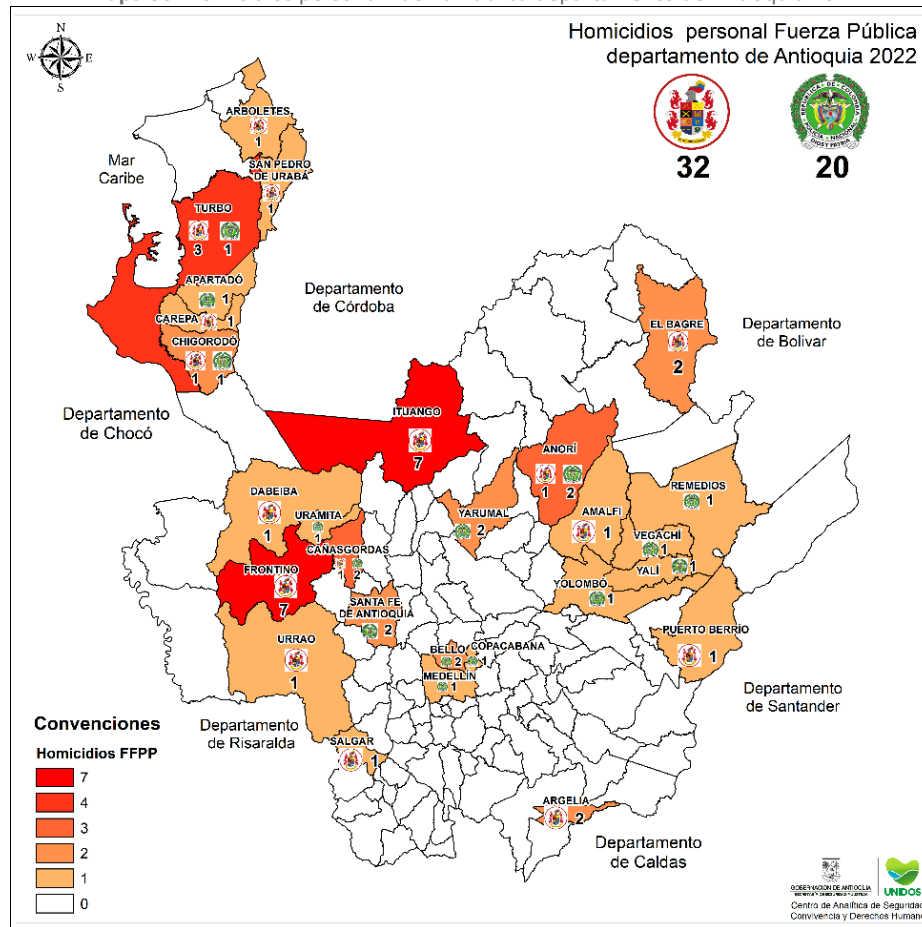
Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Figura 237. Homicidios de miembros de la fuerza pública, por mes. Antioquia, enero 01 a noviembre 11-2022



Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Mapa 36. Homicidios personal Fuerza Pública departamento de Antioquia 2022



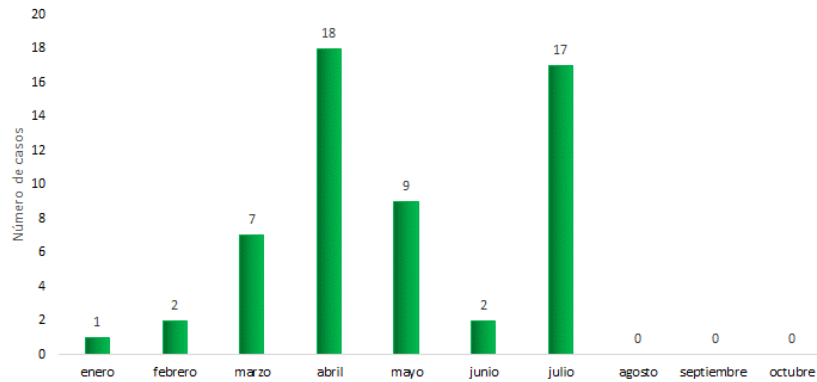
Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

Tabla 120. Lesiones a miembros de la fuerza pública, por subregión. Antioquia 2020-2022\*(\*a noviembre 11)

Subregion	2020	2021	Var % 2021-2020	ene01-nov11 2020	ene01-nov11 2021	ene01-nov11 2022	Var% año la fecha 2022-2021
Bajo Cauca	12	0	-100,0%	12	0	3	100,0%
Magdalena Medio	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
Nordeste	2	10	400,0%	2	9	0	-100,0%
Norte	1	0	-100,0%	1	0	25	100,0%
Occidente	0	3	100,0%	0	3	16	433,3%
Oriente	0	0	0,0%	0	0	2	100,0%
Suroeste	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
Urabá	0	0	0,0%	0	0	5	100,0%
Valle de Aburrá	2	2	0,0%	2	1	5	400,0%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>-11,8%</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>56</b>	<b>330,8%</b>

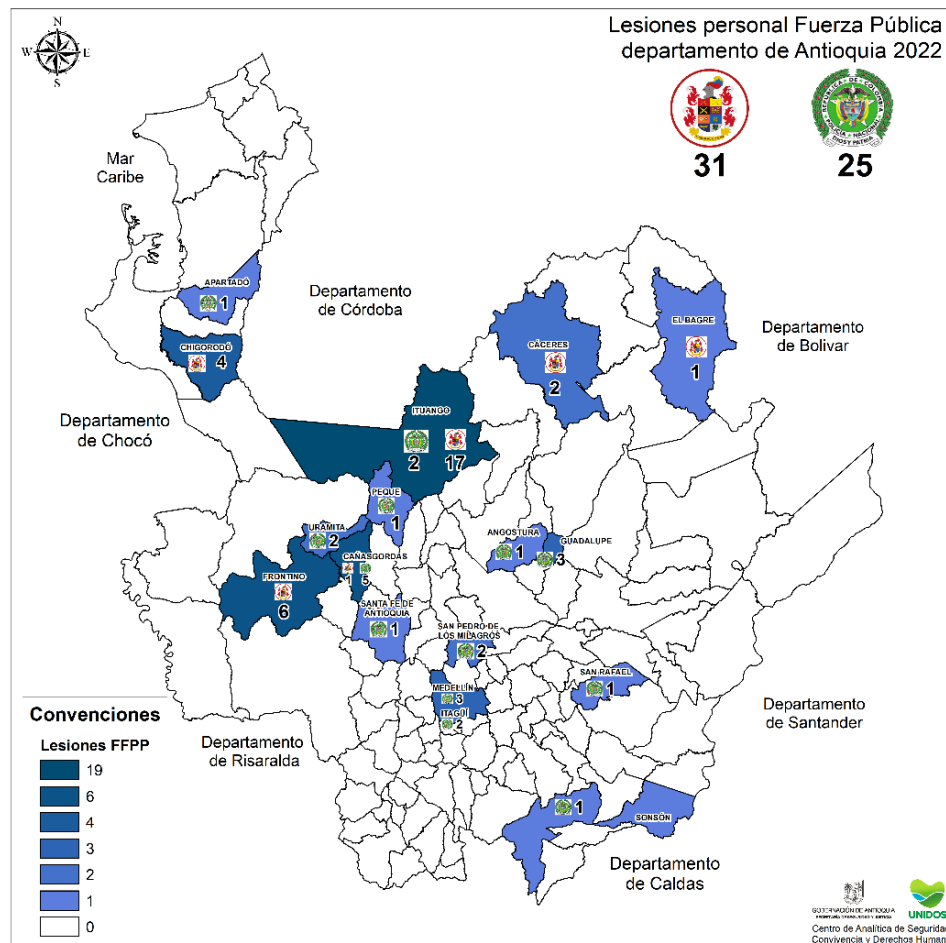
Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Figura 238. Lesiones a miembros de la fuerza pública, por mes. Antioquia, enero 01 a noviembre 11-2022



Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Mapa 37. Lesiones personales Fuerza Pública, Antioquia 2022



Fuente. Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.



## 6.5.2. Acciones terroristas

En el departamento de Antioquia del 01 de enero al 30 de septiembre, se han registrado 164 acciones terroristas, con un aumento porcentual de 241,7% en este año con respecto al 2021, las subregiones más afectadas por este hecho delictivo fueron Occidente y Norte con 47 y 42 acciones terroristas respectivamente, los municipios más afectados fueron Valdivia, Santa Fe de Antioquia y Cañasgordas, mientras que en la subregión en la cual se registró el mayor aumento fue el Nordeste, siendo el mes de mayo en el cual ocurrieron la mayor cantidad de hechos terroristas.

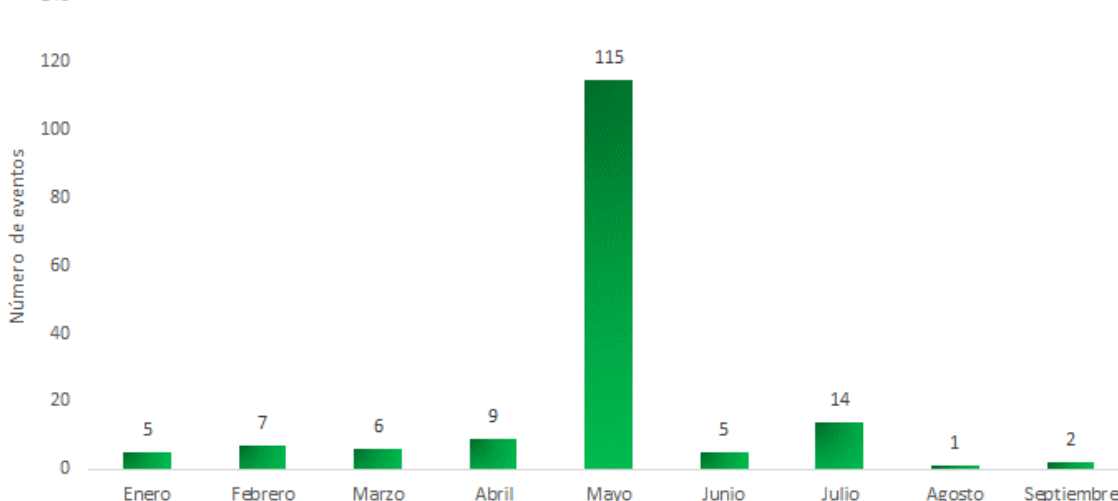
Tabla 121. Acciones terroristas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, 2020-2022\*(\*a septiembre 30)

Subregión	2020	2021	Var % 2021-2020	ene01-sep30 2020	ene01-sep30 2021	ene01-sep30 2022	Var% ene 01- sep 30 2022 vs ene 01-sep 30 2021
Bajo Cauca	16	14	-12,5%	10	14	22	57,1%
Magdalena Medio	2	2	0,0%	2	2	2	0,0%
Nordeste	6	12	100,0%	5	6	31	416,7%
Norte	13	23	76,9%	12	19	42	121,1%
Occidente	2	5	150,0%	1	5	47	840,0%
Oriente	1	2	100,0%	1	1	3	200,0%
Suroeste	1	2	100,0%	1	1	9	800,0%
Urabá	10	0	-100,0%	9	0	7	100,0%
Valle de Aburrá	5	1	-80,0%	4	0	1	100,0%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>61</b>	<b>8,9%</b>	<b>45</b>	<b>48</b>	<b>164</b>	<b>241,7%</b>

Fuente: Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional

Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Figura 239. Distribución de las acciones terroristas, por mes de ocurrencia. Antioquia, enero 01 a septiembre 30 de 2022



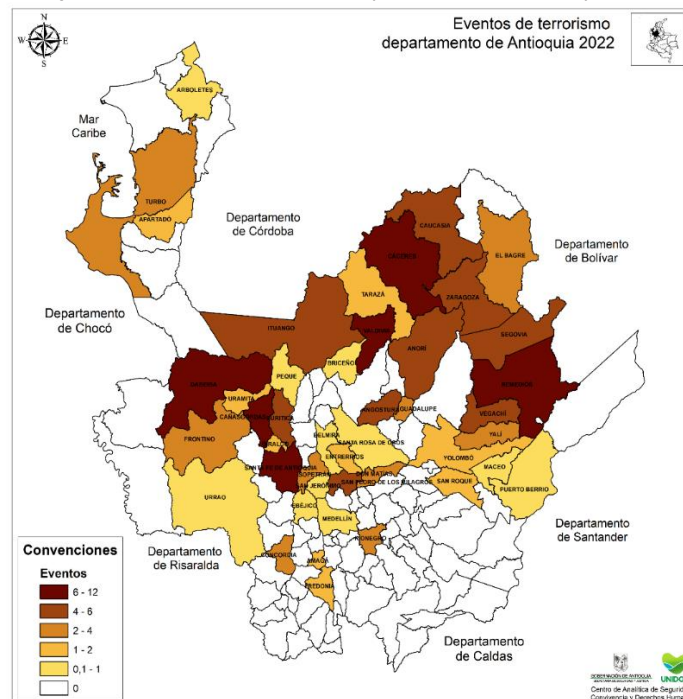
Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2022 preliminar

Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.





Mapa 38. Eventos de terrorismo departamento de Antioquia. 2022



**Fuente.** Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2022 preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

### 6.5.3. Incautación de elementos bélicos. Antioquia, 2020-2022

Según los datos registrados por el Ministerio de Defensa y el Observatorio de Derechos Humanos en el departamento de Antioquia durante el año 2022 se han incautado 237 granadas, siendo la subregión del Oriente la que aporta el mayor número de incautaciones, 61 (25,7%), los municipios en los cuales se realizó más incautaciones de este elemento fueron, Remedios, Puerto Berrío, Ituango y San Carlos, el mes de septiembre fue en el cual se realizó la mayor cantidad de incautaciones de este explosivo.

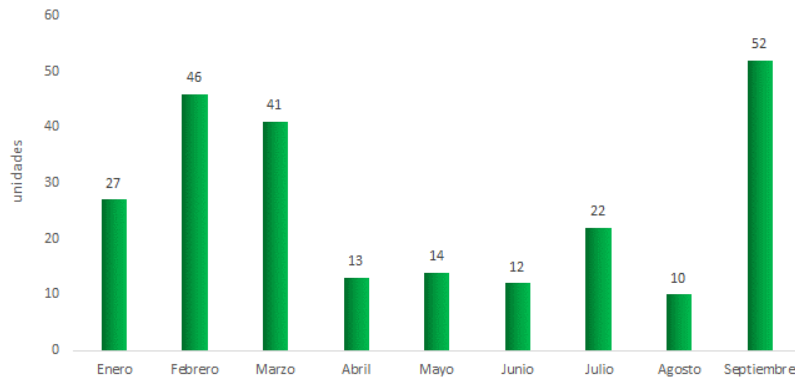
Tabla 122. Granadas incautadas, por subregión. Antioquia, 2020-2022\* (\*a septiembre 30)

Subregión	2020	2021	Var % 2021-2020	ene01-sep30 2021	ene01-sep30 2022	ene01-sep30 2022 vs ene01-sep30 2021	
Bajo Cauca	0	58	100,0%	0	47	23	-51,1%
Magdalena Medio	0	6	100,0%	0	6	16	166,7%
Nordeste	0	40	100,0%	0	39	61	56,4%
Norte	0	37	100,0%	0	34	36	5,9%
Occidente	0	22	100,0%	0	5	9	80,0%
Oriente	0	13	100,0%	0	10	25	150,0%
Suroeste	0	21	100,0%	0	19	24	26,3%
Urabá	0	22	100,0%	0	18	20	11,1%
Valle de Aburrá	0	42	100,0%	0	40	23	-42,5%
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>261</b>	<b>100,0%</b>	<b>0</b>	<b>218</b>	<b>237</b>	<b>8,7%</b>

**Fuente.** Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2022 preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

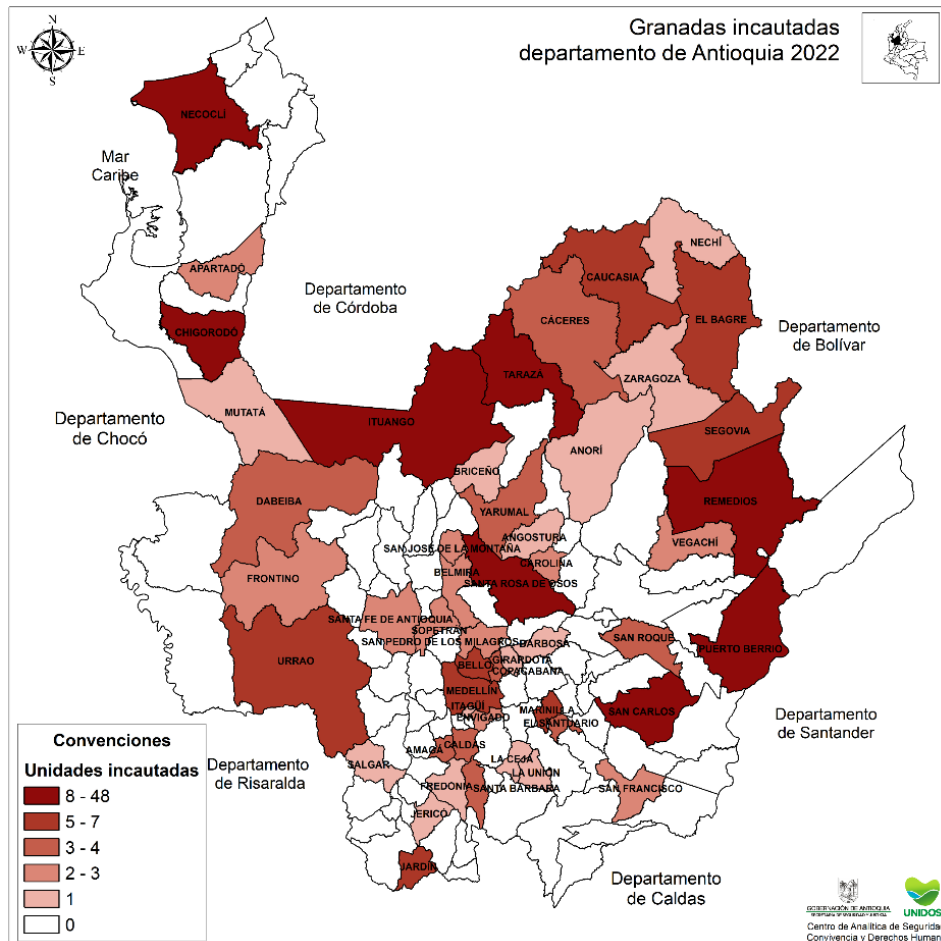


Figura 240. Granadas incautadas, por subregión. Antioquia, enero 01 a septiembre 30-2022



Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2022 preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

Mapa 39. Grandes incautaciones departamento de Antioquia 2022.



Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2022 preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

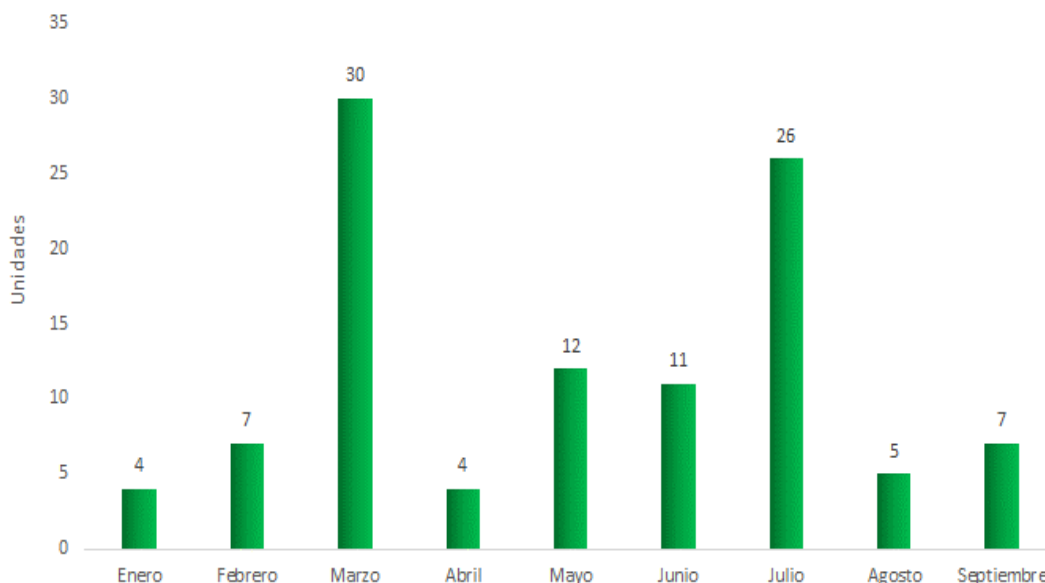
En el departamento de Antioquia, durante el periodo analizado, se han realizado un total de 106 incautaciones de artefactos, registrándose una disminución de 83,9% en las incautaciones al comparar este periodo, con el mismo del año 2021, siendo la subregión del Norte la cual aporta el mayor número de artefactos incautados, en cuanto a la distribución por municipio son, Ituango, Cáceres y Turbo en los cuales se han presentado el mayor número de incautaciones de este tipo de elementos.

Tabla 123. Artefactos incautados por subregión. Antioquia, 2020-2022\*(\* a septiembre 30)

Subregión	2020	2021	Var % 2021-2020	ene01-sep30 2020	ene01-sep30 2021	ene01-sep30 2022	Var% ene01-sep30 2022 vs ene01-sep30 2021
Bajo Cauca	97	58	-40,2%	52	45	25	-44,4%
Magdalena Medio	1	0	-100,0%	1	0	2	100,0%
Nordeste	50	18	-64,0%	42	13	15	15,4%
Norte	82	44	-46,3%	71	39	34	-12,8%
Occidente	2	2	0,0%	2	2	2	0,0%
Oriente	5	546	10820,0%	4	544	0	-100,0%
Suroeste	52	2	-96,2%	47	2	3	50,0%
Urabá	15	15	0,0%	11	13	25	92,3%
Valle de Aburrá	15	0	-100,0%	9	0	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>319</b>	<b>685</b>	<b>114,7%</b>	<b>239</b>	<b>658</b>	<b>106</b>	<b>-83,9%</b>

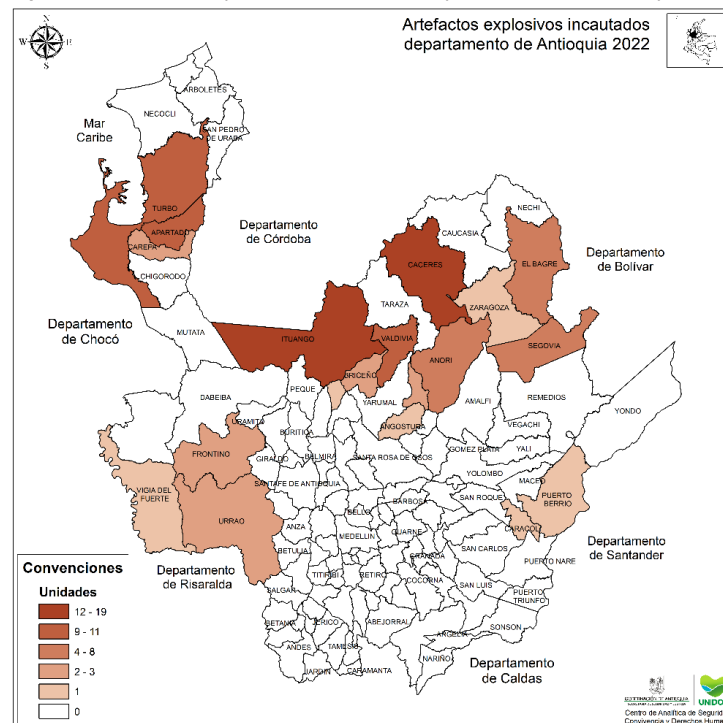
Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2022 preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

Figura 241. Artefactos explosivos incautados por mes. Antioquia, enero 01-septiembre 30-2022



Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

Mapa 40. Artefactos explosivos incautados departamento de Antioquia 2022.



**Fuente.** Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Durante el periodo del 01 de enero al 30 de septiembre de 2022, se han incautado un total de 1.419 kilogramos de explosivos, con un aumento de 43,5% en 2022, con respecto al mismo periodo del 2021. La subregión en la cual se ha incautado la mayor cantidad de kilogramos de explosivos es el Occidente, la cual aportó un total de 630 (44,4%) kilogramos, mientras que el Oriente registra la menor cantidad de kilogramos de explosivos incautados, los municipios en los cuales se realizaron más incautaciones de explosivos son Dabeiba, Urrao, Jardín y Zaragoza, siendo el mes de mayo en el cual se realizó la mayor incautación de kilogramos de explosivos.

Tabla 124. Kilogramos de explosivos incautados por subregión. Antioquia, 2020-2022\* (\* a septiembre 30)

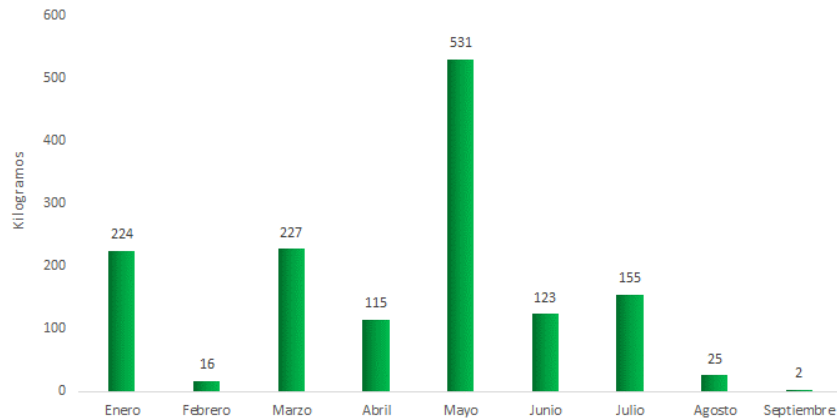
Subregión	2020	2021	Var % 2021-2020	ene01-sep30 2020	ene01-sep30 2021	ene01-sep30 2022	Var% ene01-sep30 2022 vs ene01-sep30 2021
Bajo Cauca	90	3	-97,0%	90	0	128	100,0%
Magdalena Medio	2	3	27,7%	2	3	3	0,0%
Nordeste	499	382	-23,5%	456	277	55	-80,3%
Norte	172	203	17,6%	172	203	108	-47,0%
Occidente	374	304	-18,8%	280	208	630	203,4%
Oriente	40	203	410,4%	40	199	2	-99,0%
Suroeste	2.453	70	-97,1%	369	35	279	694,4%
Urabá	248	5	-98,0%	247	5	165	3200,0%
Valle de Aburrá	103	365	255,8%	89	59	50	-15,3%
<b>Total</b>	<b>3.980</b>	<b>1.538</b>	<b>-61,4%</b>	<b>1.745</b>	<b>989</b>	<b>1.419</b>	<b>43,5%</b>

**Fuente.** Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2022 preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia



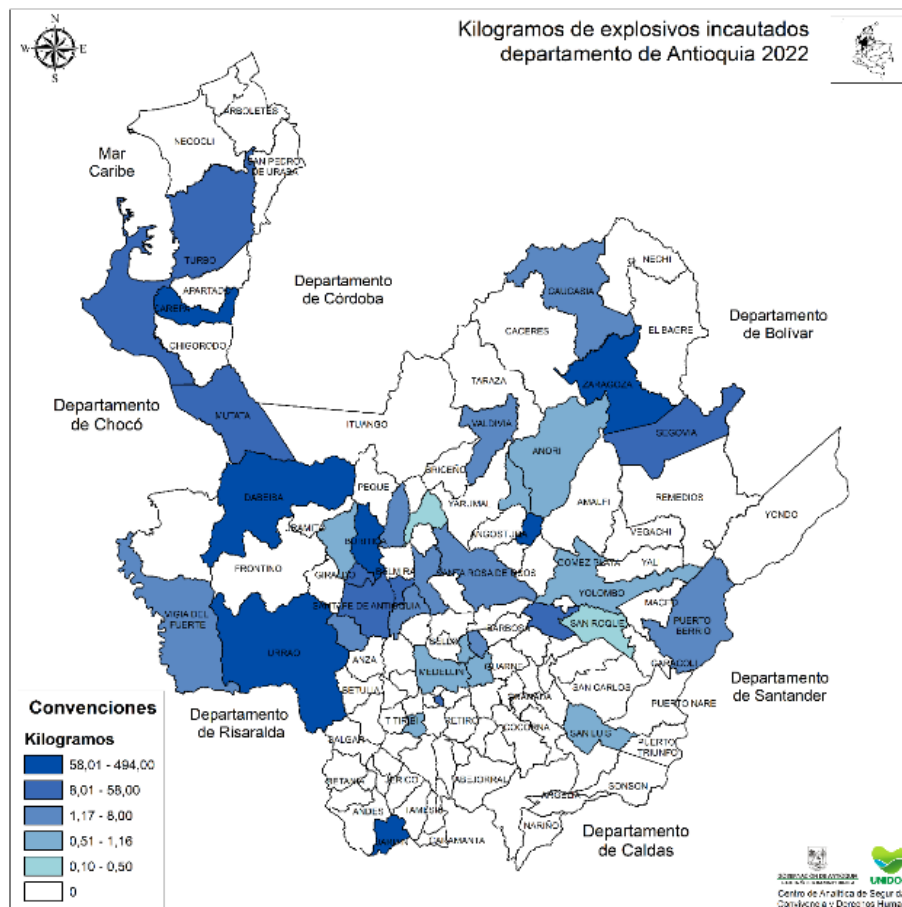


Figura 242. Kilogramos de explosivos incautados por mes. Antioquia, enero 01-septiembre 30-2022



Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Mapa 41. Kilogramos de explosivos incautados departamento de Antioquia 2022.



Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.



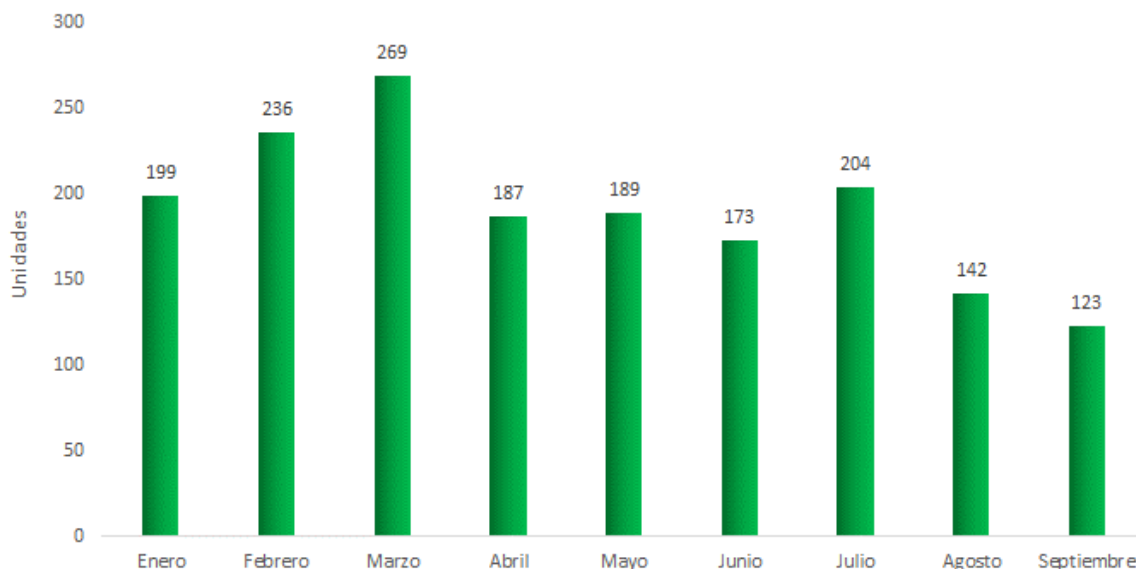
En la subregión del departamento, en la cual se realizó el mayor número incautaciones de armas fue el Valle de Aburrá, al incautar 601 unidades, seguida del Suroeste con 241 armas incautadas, siendo los municipios de Medellín, Puerto Berrío, Taraza, Salgar y Urrao en los cuales se realizó el mayor número de incautaciones.

Tabla 125. Armamento incautado por subregión. Antioquia, 2020-2022\*(\* a septiembre 30)

Subregión	2020	2021	Var % 2021-2020	ene01-sep30 2020	ene01-sep30 2021	ene01-sep30 2022	Var% ene01-sep30 2022 vs ene01-sep30 2021
Bajo Cauca	239	286	19,7%	193	232	99	-57,3%
Magdalena Medio	20	186	830,0%	6	170	139	-18,2%
Nordeste	62	186	200,0%	54	144	149	3,5%
Norte	125	209	67,2%	105	161	172	6,8%
Occidente	52	81	55,8%	36	53	63	18,9%
Oriente	22	324	1372,7%	14	276	158	-42,8%
Suroeste	95	447	370,5%	75	316	241	-23,7%
Urabá	42	104	147,6%	32	83	100	20,5%
Valle de Aburrá	75	851	1034,7%	68	679	601	-11,5%
<b>Total</b>	<b>732</b>	<b>2.674</b>	<b>265,3%</b>	<b>583</b>	<b>2.114</b>	<b>1.722</b>	<b>-18,5%</b>

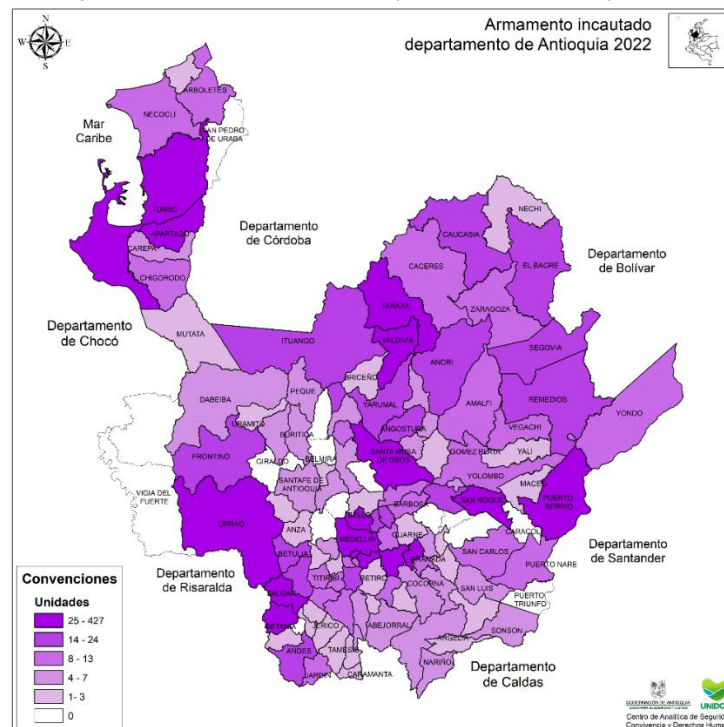
Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información preliminar  
Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Figura 243. Armamento incautado por mes. Antioquia, enero 01 a septiembre 30-2022



Fuente: Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información preliminar  
Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Mapa 42. Armamento incautado departamento de Antioquia 2022.



Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

En el departamento de Antioquia, durante el periodo de análisis, se han incautado un total de 167.073 unidades de municiones, con aumento de 124,4%, para este año con respecto al mismo periodo del 2021, siendo el Bajo Cauca la subregión en la cual se registró el mayor número de unidades incautadas, los municipios en los cuales se incautó la mayor cantidad de municiones fueron, Caucasia, Dabeiba, Ituango, Medellín, Necoclí, y Tarazá, durante el mes de abril se realizó el 69,2% de las incautaciones.

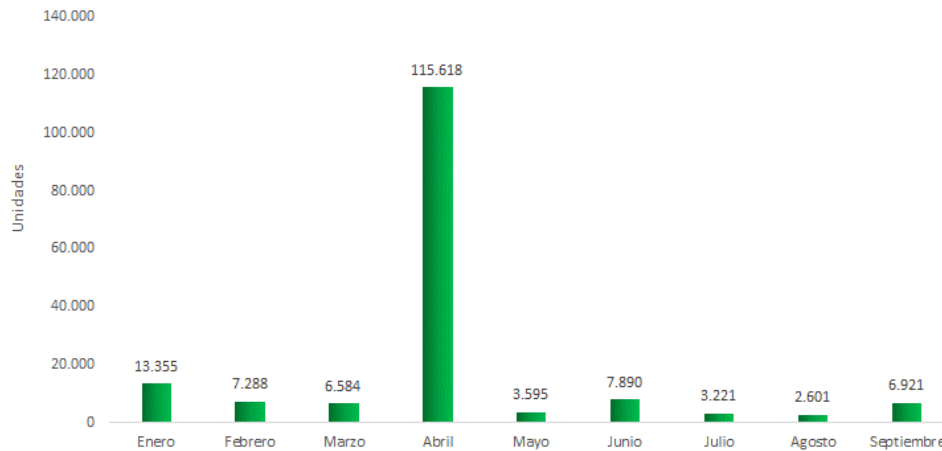
Tabla 126. Municiones incautadas por subregión. Antioquia, 2020-2022\* (\* a septiembre 30)

Subregión	2020	2021	Var % 2021-2020	ene01-sep30 2020	ene01-sep30 2021	ene01-sep30 2022	Var% ene01-sep30 2022 vs ene01-sep30 2021
Bajo Cauca	18.550	24.854	34,0%	14.162	19.565	125.867	543,3%
Magdalena Medio	4.544	1.757	-61,3%	877	1.675	2.548	52,1%
Nordeste	2.768	7.907	185,7%	1.942	7.393	2.805	-62,1%
Norte	11.455	22.353	95,1%	9.725	17.882	6.667	-62,7%
Occidente	1.800	3.958	119,9%	1.675	1.716	3.859	124,9%
Oriente	277	5.047	1722,0%	166	4.579	2.568	-43,9%
Suroeste	2.173	4.515	107,8%	1.380	2.675	5.353	100,1%
Urabá	17.689	4.262	-75,9%	17.327	3.967	7.454	87,9%
Valle de Aburrá	1.627	16.609	920,8%	1.347	15.000	9.952	-33,7%
<b>Total</b>	<b>60.883</b>	<b>91.262</b>	<b>49,9%</b>	<b>48.601</b>	<b>74.452</b>	<b>167.073</b>	<b>124,4%</b>

Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2022, preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

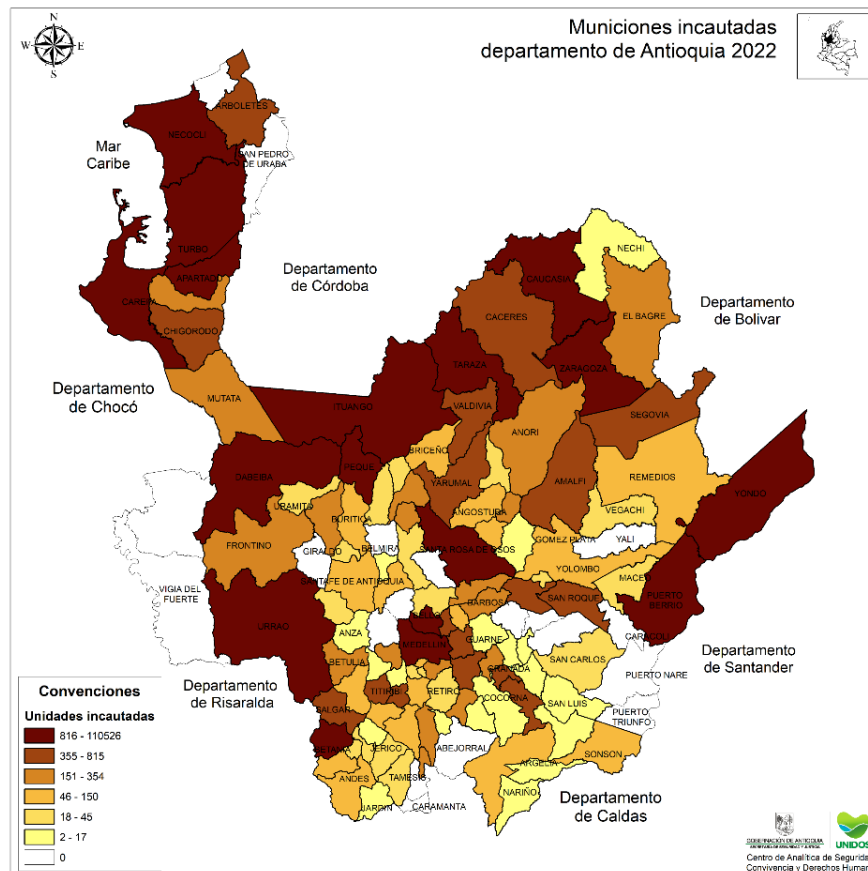


Figura 244. Municiones incautadas, por mes. Antioquia, enero 01 a septiembre 30-2022



Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Mapa 43. Municiones incautadas departamento de Antioquia 2022.



Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.



## 6.6. Panorama de drogas ilícitas en Antioquia, 2020-2022

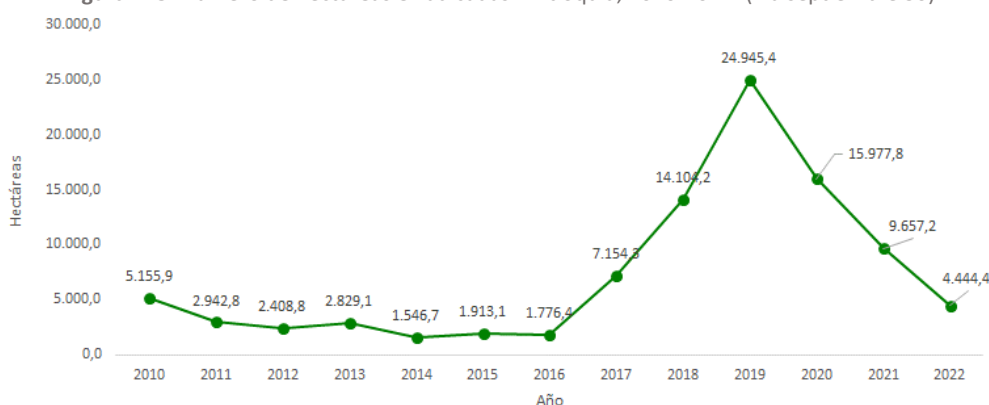
Para realizar el análisis de las drogas ilícitas en el departamento de Antioquia, es importante abordar esta problemática desde distintas dimensiones, contextos y patrones de distribución y consumo, para implementar las intervenciones adecuadas, por lo cual las actuaciones deben estar encaminadas a debilitar las estructuras, por medio de acciones como erradicación de cultivos ilícitos, desmantelación de laboratorios para el procesamiento, incautación de insumos y capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes. Respecto a los elementos descritos anteriormente, en el departamento de Antioquia de enero a septiembre de este año se han erradicado 4.444,4 hectáreas de cultivos ilícitos, con una disminución de 12,2%, con respecto al mismo periodo del año anterior, siendo la subregión del Bajo Cauca en la cual se han erradicado más hectáreas, mientras que en la subregión del Norte se registra un aumento de 314,3% en el porcentaje de hectáreas erradicadas durante este año, con respecto al mismo periodo del 2021.

Tabla 127. Número de hectáreas erradicadas en Antioquia, 2019-2022\* (\* a septiembre 30)

Subregión	2019	2020	2021	Var % 2021-2019	Var% 2021-2020	Ene01- sep30 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30- 2021	Ene01- sep30-2022	Var % Ene01- sep30-2022 Vs Ene01- sep30-2021
Bajo Cauca	22.222,5	8.880,0	5.514,5	-75,2%	-37,9%	16.548,1	6.576,9	2.952,8	2.068,7	-29,9%
Magdalena Medio	11,6	21,5	0,0	-100,0%	-100,0%	2,3	21,5	0,0	0,5	100,0%
Nordeste	750,2	3.960,6	3.226,5	330,1%	-18,5%	222,9	2.992,6	1.886,0	1.737,3	-7,9%
Norte	1.778,7	1.633,0	626,0	-64,8%	-61,7%	1.291,8	1.326,5	147,4	610,7	314,3%
Occidente	1,6	17,4	0,0	-100,0%	-100,0%	1,6	17,4	0,0	0	0,0%
Oriente	47,6	133,6	18,1	-61,9%	-86,4%	0,3	81,8	18,1	0	-100,0%
Suroeste	18,6	3,8	2,3	-87,4%	-38,1%	17,1	0,0	2,3	0,6	-73,0%
Urabá	113,6	1.327,9	269,7	137,3%	-79,7%	2,4	973,9	55,0	26,6	-51,7%
Valle de Aburrá	1,1	0,0	0,0	-100,0%	0,0%	1,1	0,0	0,0	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>24.945,4</b>	<b>15.977,8</b>	<b>9.657,2</b>	<b>-61,3%</b>	<b>-39,6%</b>	<b>18.087,5</b>	<b>11.990,7</b>	<b>5.061,6</b>	<b>4.444,4</b>	<b>-12,2%</b>

Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2022, preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

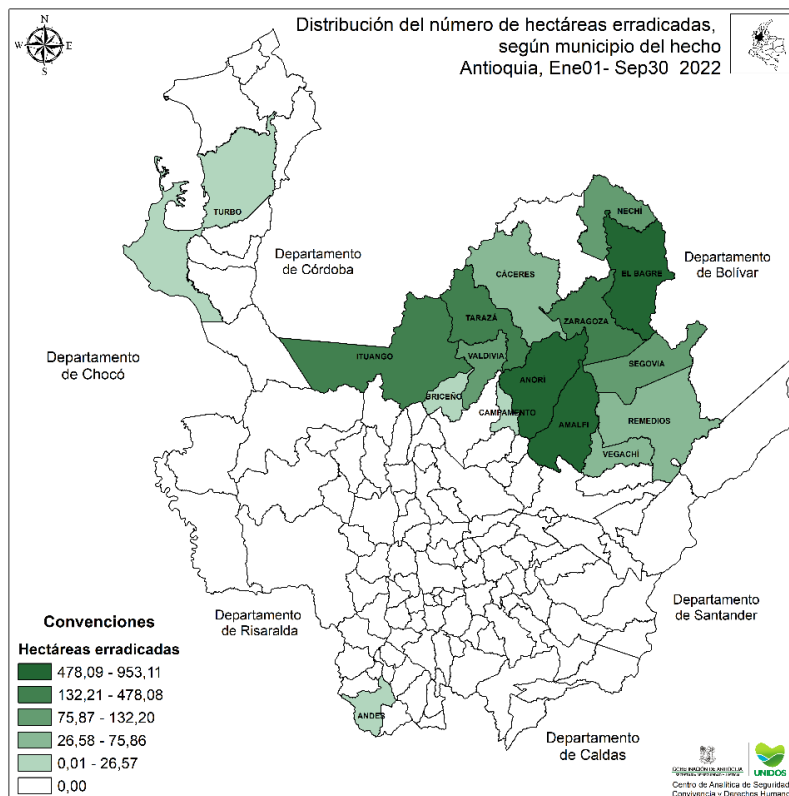
Figura 245. Número de hectáreas erradicadas. Antioquia, 2010-2022\* (\* a septiembre 30)



Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2022, preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Mapa 44. Distribución del número de hectáreas erradicadas según municipio del hecho Antioquia, enero 01 septiembre 30 de 2022.





**Fuente.** Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información, preliminar  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

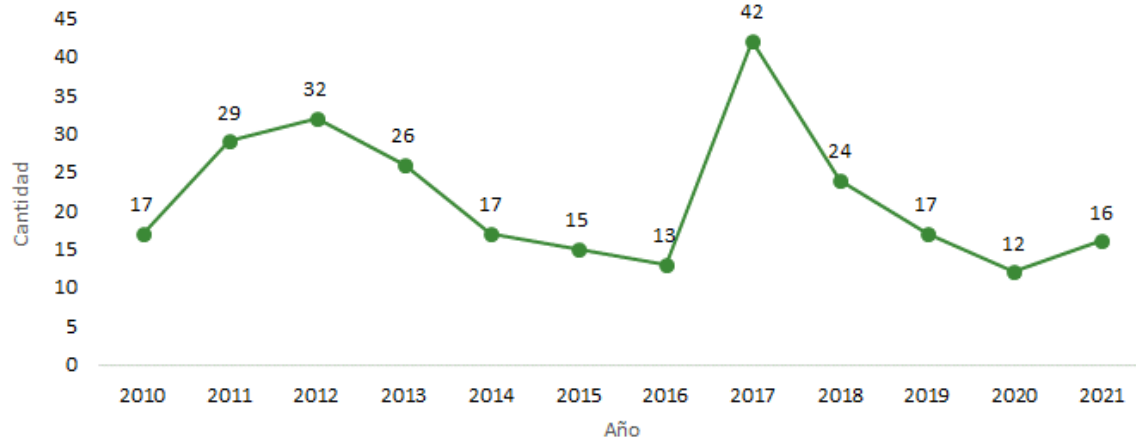
Durante este año las autoridades han desmantelado 13 laboratorios, siendo la subregión del Oriente y el municipio de San Francisco los que aportan el mayor número de laboratorios desmantelados.

**Tabla 128.** Número de laboratorios desmantelados, por subregión. Antioquia, 2019-2022\* (\* a septiembre)

Subregión	2019	2020	2021	Var % 2021 vs 2020	ene 01- sep 30 2022*
Bajo Cauca	2	1	0	-100,0%	0
Magdalena Medio	0	3	0	-100,0%	0
Nordeste	2	1	2	100,0%	0
Norte	0	0	0	0,0%	0
Occidente	2	0	1	100,0%	2
Oriente	5	6	9	50,0%	10
Suroeste	1	0	0	0,0%	0
Urabá	4	0	4	100,0%	1
Valle de Aburrá	1	1	0	-100,0%	0
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>33,3%</b>	<b>13</b>

**Fuente.** Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

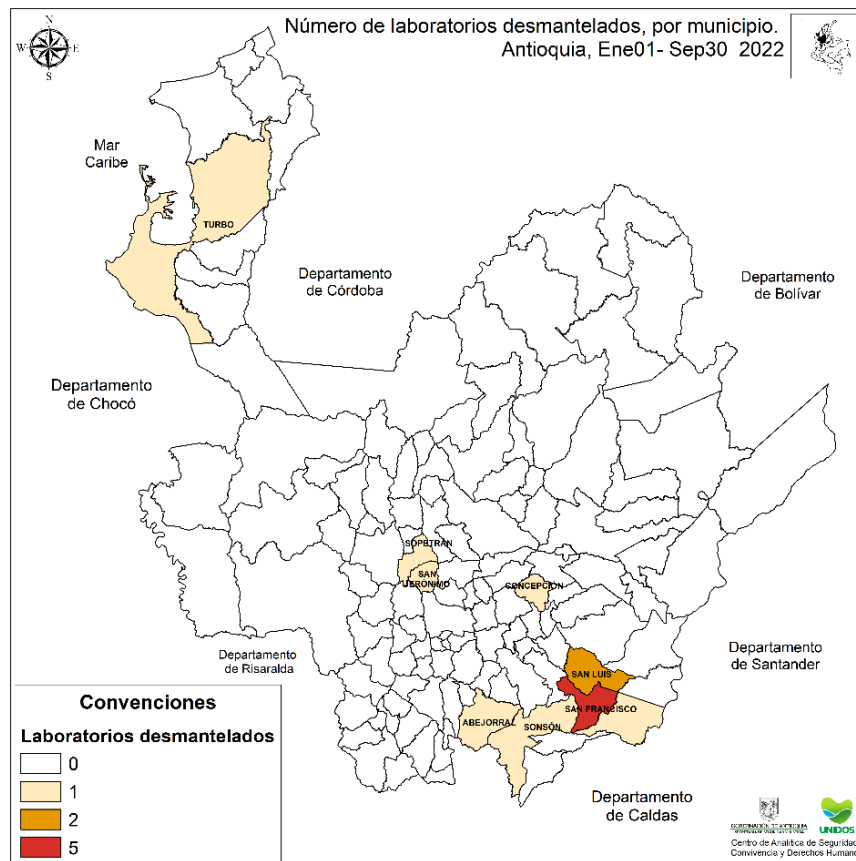
Figura 246. Número de laboratorios destruidos por año. Antioquia 2010-2021



Fuente. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho

Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

Mapa 45. Número de laboratorios desmantelados por municipio. Antioquia enero 01-septiembre 30 2022



Fuente. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho

Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

## 6.6.1. Insumos incautados

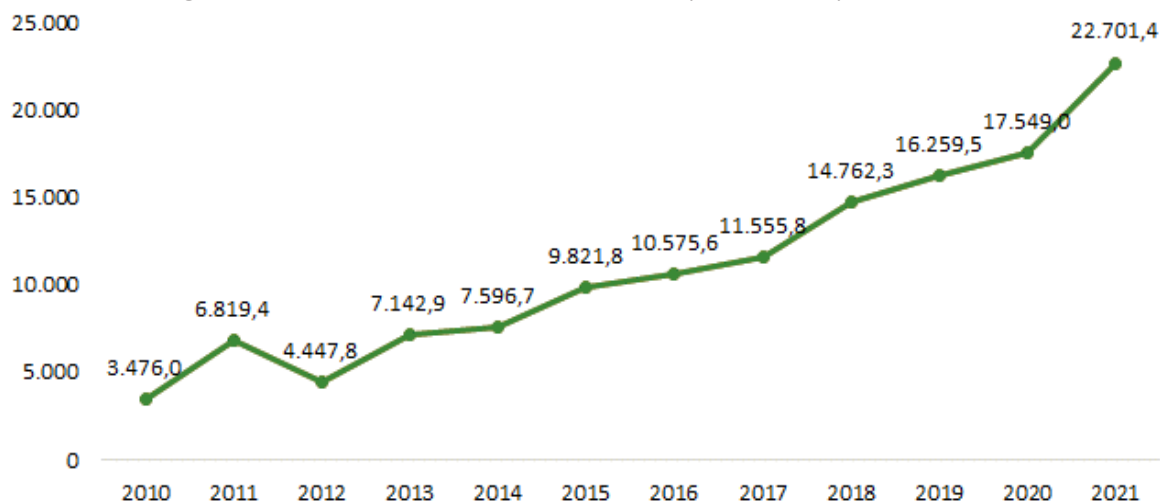
Del 01 de enero al 30 de septiembre de este año, se han incautado en el departamento de Antioquia 19.531,7 toneladas de insumos sólidos, la subregión en la cual se incautaron más toneladas de este elemento fue el Suroeste, y en el Valle de Aburrá se generó el mayor aumento en la cantidad de toneladas de insumos sólidos incautados, durante este periodo, comparado con el mismo periodo del año 2021. En cuanto a los insumos líquidos se han incautado 10.294,9 metros cúbicos en el Departamento y es la subregión del Nordeste la que aparta el mayor porcentaje de incautación.

**Tabla 129.** Toneladas de insumos sólidos incautados por subregión de ocurrencia del hecho. Antioquia, 2019-2022\*(\* a septiembre 30)

Subregión	2019	2020	2021	Var % 2021 vs 2019	Var % 2021 vs 2020	ene 01- sep30 2019	ene 01- sep30 2020	ene 01- sep30 2021	ene 01- sep30 2022	Var % ene 01- sep30 2022 Vs ene 01- sep30 2021
Bajo Cauca	1.954,5	1.553,6	1.160,0	-40,6%	-25,3%	1.696,7	874,6	1.037,6	1.177,4	13,5%
Magdalena Medio	1.324,1	1.939,0	3.102,3	134,3%	60,0%	1.120,6	1.275,5	2.640,9	2.273,1	-13,9%
Nordeste	2.093,1	2.093,2	2.593,7	23,9%	23,9%	1.857,2	1.479,1	1.838,2	2.868,2	56,0%
Norte	3.808,6	3.199,3	4.527,8	18,9%	41,5%	3.248,6	1.902,6	3.764,5	2.346,4	-37,7%
Occidente	1.848,1	1.656,2	1.732,7	-6,2%	4,6%	1.640,9	1.152,1	1.402,1	1.860,1	32,7%
Oriente	1.316,6	1.789,6	3.595,3	173,1%	100,9%	1.130,6	778,7	2.383,8	2.681,5	12,5%
Suroeste	3.143,7	3.591,6	3.064,0	-2,5%	-14,7%	2.838,7	2.476,0	2.333,4	3.087,3	32,3%
Urabá	640,4	718,0	911,4	42,3%	26,9%	640,0	716,7	910,7	511,1	-43,9%
Valle de Aburrá	130,4	1.008,6	2.014,3	1444,9%	99,7%	130,4	677,5	1.092,2	2.726,6	149,6%
<b>Total</b>	<b>16.259,5</b>	<b>17.549,0</b>	<b>22.701,4</b>	<b>39,6%</b>	<b>29,4%</b>	<b>14.303,8</b>	<b>11.333,0</b>	<b>17.403,4</b>	<b>19.531,7</b>	<b>12,2%</b>

Fuente. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho. Información 2022, preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

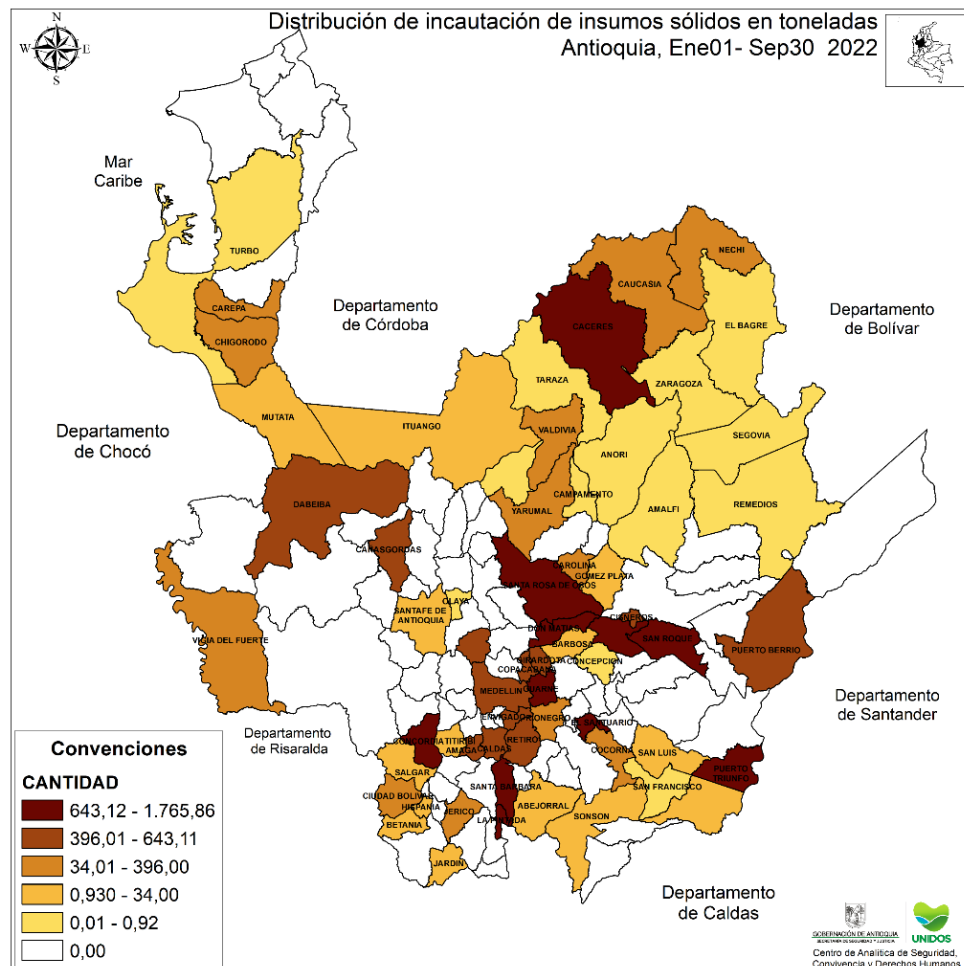
**Figura 247.** Toneladas de insumos sólidos incautados por año. Antioquia, 2010-2021



Fuente. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.



Mapa 46. Distribución de incautación de insumos sólidos en toneladas Antioquia, enero 01 – septiembre 30 de 2022



Fuente. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho. Información, preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

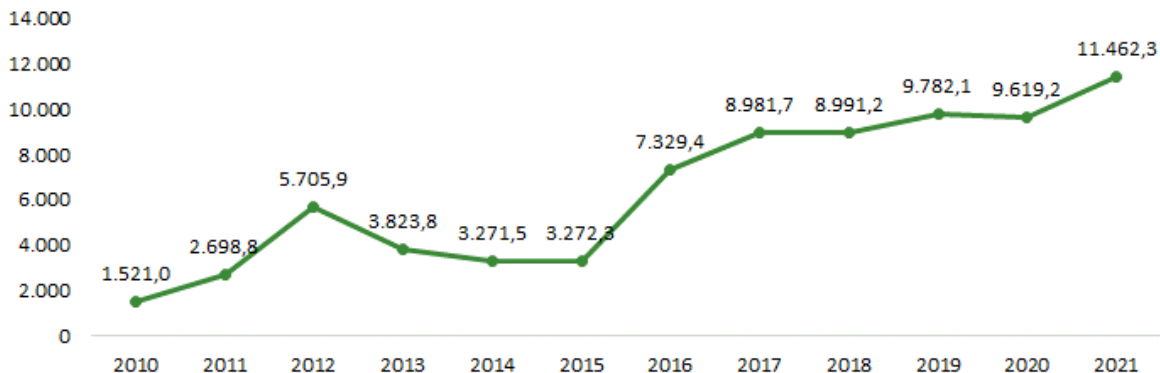
Tabla 130. Metros cúbicos de insumos líquidos incautados, por subregión de ocurrencia del hecho. Antioquia, 2019-2022\* (a septiembre 30)

Subregión	2019	2020	2021	Var % 2021 vs 2019	Var % 2021 vs 2020	ene 01- sep30 2019	ene 01- sep30 2020	ene 01- sep30 2021	ene 01- sep30 2022	Var % ene 01- sep30 2022 Vs ene 01- sep30 2021
Bajo Cauca	1.529,90	959,9	715	-53,3%	-25,5%	1.345,9	545,4	526,0	954,7	81,5%
Magdalena Medio	525,5	1.042,40	1.465,70	178,9%	40,6%	501,1	810,6	1.330,3	725,4	-45,5%
Nordeste	2.114,60	1.964,20	2.472,30	16,9%	25,9%	1.845,0	1.572,4	1.846,2	2.242,2	21,5%
Norte	1.988,60	1.749,30	1.967,60	-1,1%	12,5%	1.677,7	1.259,6	1.807,2	1.183,1	-34,5%
Occidente	1.204,20	903,5	1.043,20	-13,4%	15,5%	970,2	705,9	978,5	682,7	-30,2%
Oriente	678,8	845,2	1.241,00	82,8%	46,8%	582,9	370,5	949,0	1.546,0	62,9%
Suroeste	1.387,30	1.536,70	1.615,30	16,4%	5,1%	1.334,5	1.012,6	1.253,5	1.385,0	10,5%
Urabá	267,3	284,2	197,3	-26,2%	-30,6%	267,2	283,9	197,2	455,7	131,1%
Valle de Aburrá	85,9	333,9	745	767,3%	123,1%	85,9	279,0	507,7	1.119,9	120,6%
<b>Total</b>	<b>9.782,1</b>	<b>9.619,2</b>	<b>11.462,3</b>	<b>17,2%</b>	<b>19,2%</b>	<b>8.610,4</b>	<b>6.839,9</b>	<b>9.395,5</b>	<b>10.294,9</b>	<b>9,6%</b>

Fuente. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho. Información 2022, preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.



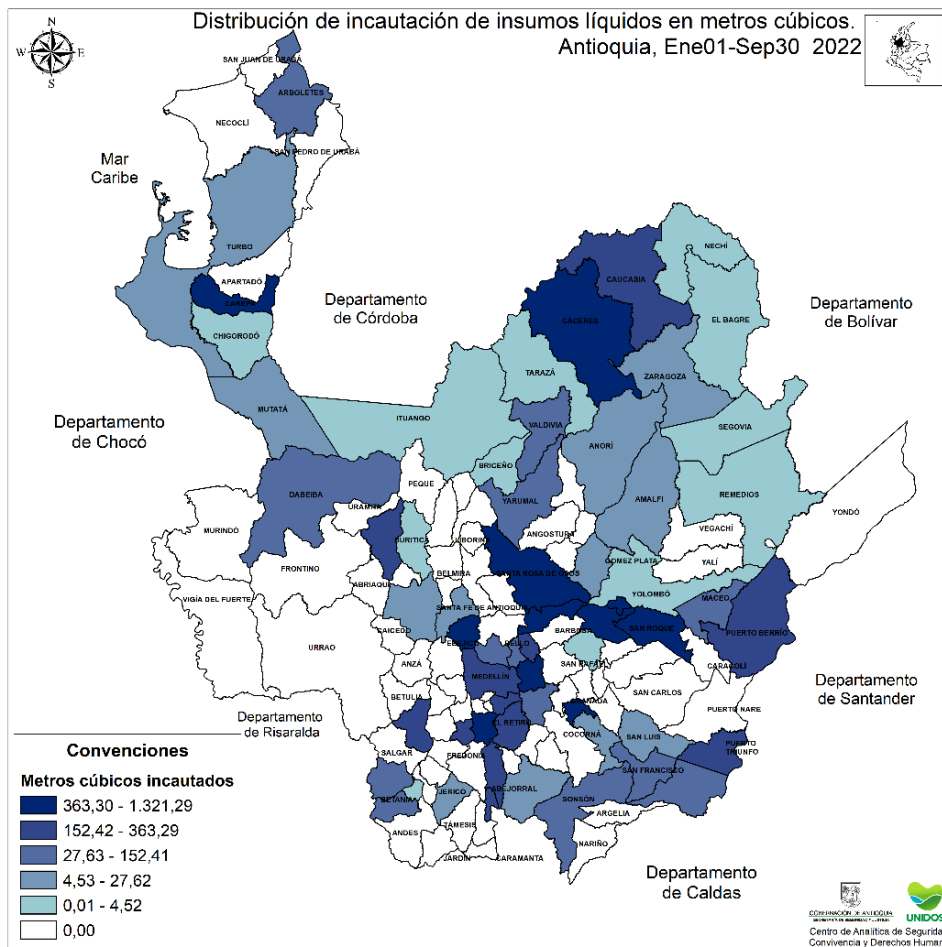
Figura 248. Metros cúbicos de insumos líquidos incautados, por mes. Antioquia, 2010-2021



Fuente. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho.

Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Mapa 47. Distribución de incautación de insumos líquidos en metros cúbicos. Antioquia enero 01 – septiembre 30 de 2022.



Fuente. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho. Información 2022, preliminar

Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.



## 6.6.2. Capturas por tráfico, fabricación y porte de estupefacientes

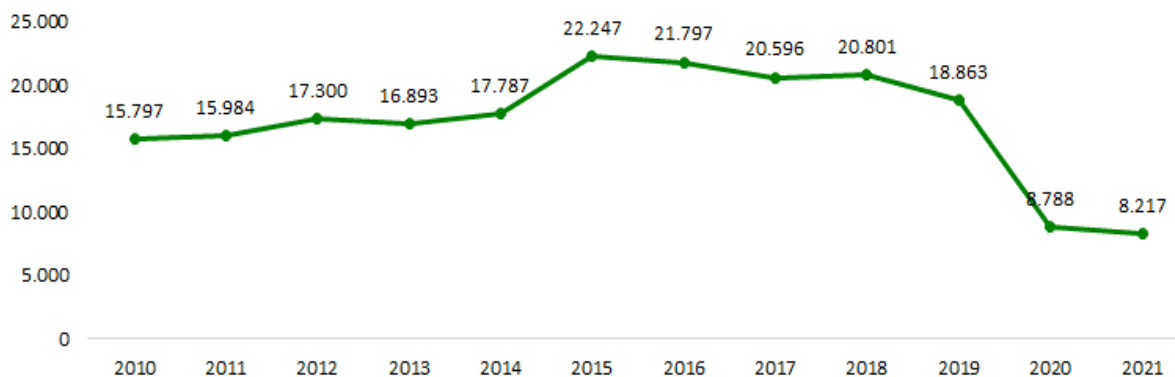
La tipificación de un delito como el tráfico, fabricación y porte de estupefacientes, ha sido un reto en materia legislativa para el país, debido a la presión que ejercen las grandes potencias sobre la política antidrogas y a la jurisprudencia de la Corte Constitucional frente al manejo de este delito especialmente en lo referente al consumo, lo cual puede estar en contraposición con las medidas que se implementan para contrarrestar este fenómeno en el país, sin embargo, tanto el país como el departamento de Antioquia han tenido avances en las políticas implementadas para abordar esta problemática, es así como en lo corrido de este año las autoridades departamentales han capturado 7.341 personas por tráfico, fabricación y porte de estupefacientes, la subregión en la cual se han realizado más capturas es el Valle de Aburrá.

Tabla 131. Capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes, por subregión de ocurrencia del hecho. Antioquia, 2020-2022\* (\* a septiembre 30)

Subregión	2020	2021	Var % 2021-2020	ene 01- sep30 2020	ene 01- sep30 2021	ene 01- sep30 2022	Var % ene 01- sep30 2022 Vs ene 01- sep30 2021
Bajo Cauca	80	74	-7,5%	59	65	53	-18,5%
Magdalena Medio	115	164	42,6%	107	136	154	13,2%
Nordeste	184	255	38,6%	154	215	182	-15,3%
Norte	260	198	-23,8%	207	163	143	-12,3%
Occidente	150	132	-12,0%	118	110	80	-27,3%
Oriente	1.174	514	-56,2%	853	422	323	-23,5%
Suroeste	804	620	-22,9%	635	510	324	-36,5%
Urabá	150	195	30,0%	123	158	59	-62,7%
Valle de Aburrá	5.871	6.065	3,3%	4.712	4.741	6.023	27,0%
<b>Total Dpto</b>	<b>8.788</b>	<b>8.217</b>	<b>-6,5%</b>	<b>6.968</b>	<b>6.520</b>	<b>7.341</b>	<b>12,6%</b>

Fuente. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho. Información 2022, preliminar  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

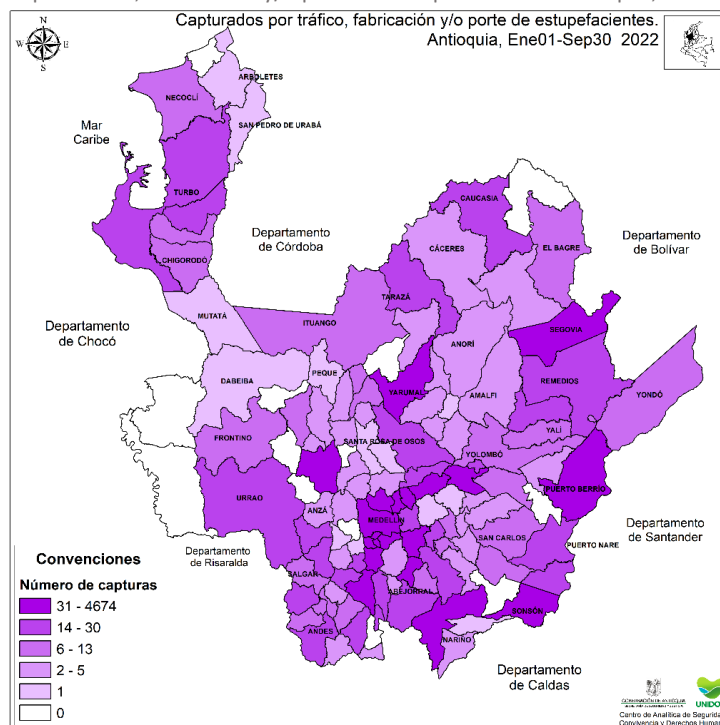
Figura 249. Capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes, por año de ocurrencia del hecho. Antioquia, 2020-2021



Fuente. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.



Mapa 48. Capturados por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes. Antioquia, enero 01 – septiembre 30 de 2022.



Fuente. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho.

Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

## 6.7. Minas intervenidas

En el departamento de Antioquia, se han intervenido 665 minas del 01 enero al 31 de octubre del presente año, siendo la subregión del Nordeste en la cual se ha intervenido el mayor número de minas, y los municipios Cáceres, Buritica y San Roque, los que aportan el mayor porcentaje de minas intervenidas.

Tabla 132. Minas intervenidas, por subregión. Antioquia. 2020-2022\*(\* a octubre 31)

Subregión	2020	2021	Var % 2021-2020	ene01-oct31-2020	ene01-oct31-2021	ene01-oct31-2022	Var % ene01-oct31-2022 vs ene01-oct31-2021
Bajo Cauca	833	262	-68,5%	833	257	128	-50,2%
Magdalena Medio	39	92	135,9%	30	72	101	40,3%
Nordeste	564	304	-46,1%	516	293	285	-2,7%
Norte	3	7	133,3%	1	7	17	142,9%
Occidente	374	679	81,6%	297	586	122	-79,2%
Oriente	44	13	-70,5%	43	13	6	-53,8%
Suroeste	0	10	100,0%	0	10	0	-100,0%
Urabá	0	2	100,0%	0	1	0	-100,0%
Valle de Aburrá	24	23	-4,2%	21	15	6	-60,0%
<b>Total</b>	<b>1.881</b>	<b>1.392</b>	<b>-26,0%</b>	<b>1.741</b>	<b>1.254</b>	<b>665</b>	<b>-47,0%</b>

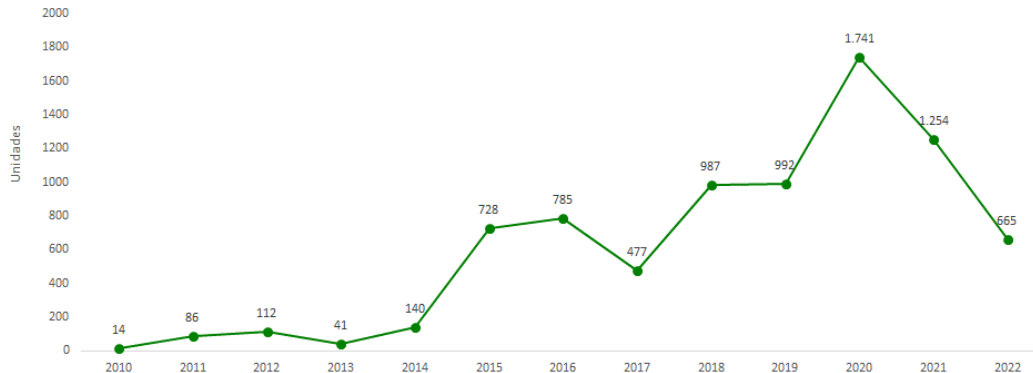
Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional

Elaboró: Centro de Analítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.





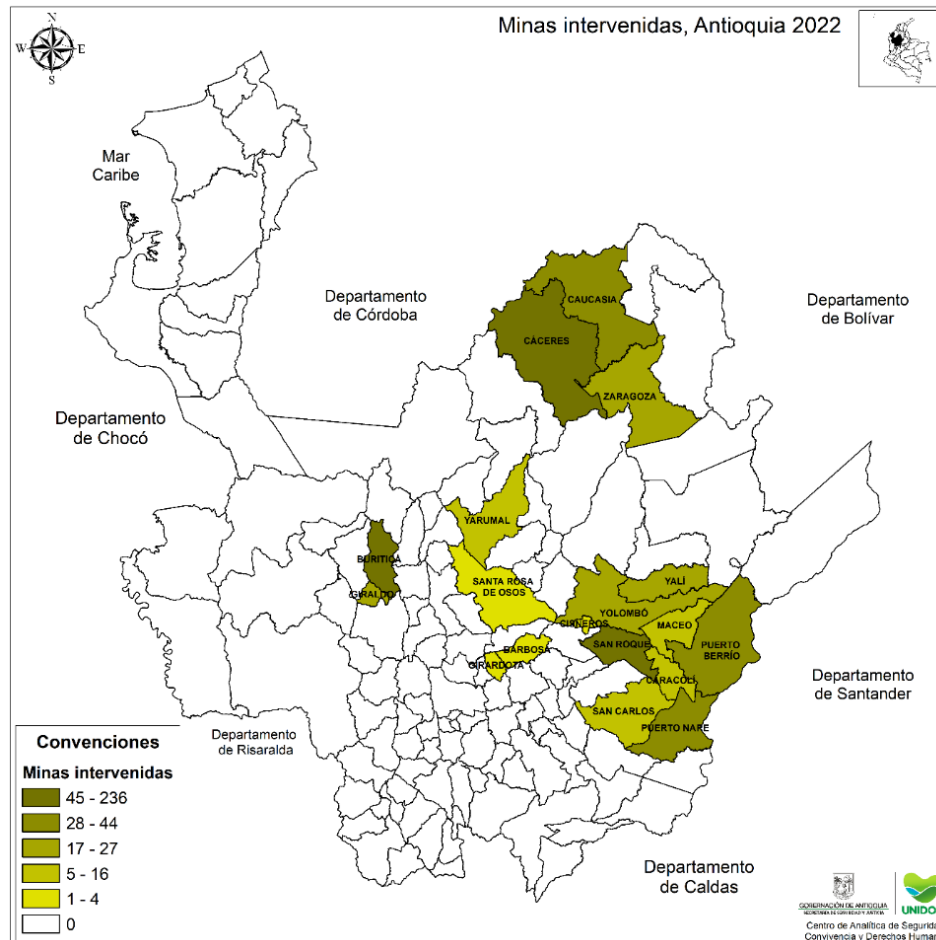
Figura 250. Minas intervenidas por año. Antioquia, enero 01 a 31 de octubre 2022



Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional

Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.

Mapa 49. Minas intervenidas, Antioquia 2022



Fuente. Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional

Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia.





# Salud mental

## CAPÍTULO VII



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

## CAPÍTULO VII SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud, OMS en octubre del 2021 manifestó que “El mundo no alcanza la mayoría de las metas de Salud Mental fijadas para el 2020; la ampliación del Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS hasta 2030 ofrece una nueva oportunidad de avanzar a este respecto” (Fuente: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>). Se reporta un fracaso al prestar servicios de salud mental ya que la pandemia ha aumentado estos problemas y las personas necesitan mayor atención. El Atlas en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud- OMS que se publica cada 3 años, con el reporte de 171 países da cuenta que aún no se ha avanzado en ampliar la red de atención de salud mental acorde a las necesidades, además recopila en su informe, políticas, inversiones, recursos humanos, legislación, disponibilidad y utilización de servicios de salud, y sistemas de información, sirve además para monitorear los alcances al Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud- OMS. Se evidencia en el documento la falta de avances en liderazgo, la gobernanza, incumplimiento de las metas en prestación de servicios comunitarios, promoción y prevención de servicios de salud mental y sistema de información. La única meta que se alcanzó para el 2020 fue la reducción de la tasa de suicidio del 10%. Solo el 25% de los países informó sobre la descentralización de los servicios de salud mental y el fortalecimiento de los servicios de salud mental en entornos comunitarios cumplimiento de todos los criterios de integración definidos en la Estrategia de Atención Primaria en Salud. Se presentó un ligero aumento en los programas de promoción y prevención de la salud mental pasando de 41% en 2014 a 52% en 2020, pero sin informar los avances e impacto de estos.

Según la Organización Mundial de la Salud -OMS la depresión alcanza al 3.8% de la población mundial, cerca de 280 millones de personas presentan depresión, la depresión puede llevar al suicidio, siendo este la cuarta causa de muerte en el grupo de 15-29 años

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud-OPS, en las Américas la pandemia por COVID-19 ha agravado la situación de salud mental, los trastornos mentales, neurológicos y el consumo de sustancia psicoactivas y el suicidio; por el suicidio 100.000 personas fallecen por año en las Américas.

La OPS informa que los trastornos de salud mental aumentan lesiones intencionales y no intencionales y aumentan riesgos de otras enfermedades. La depresión es la primera causa de enfermedad de salud mental, es dos veces mayor en las mujeres, durante el embarazo y puerperio; en países industrializados la presentan entre el 10-15% y entre el 20-40% en países en desarrollo. La carga de trastornos mentales y neurológicos en adultos mayores aportan a las enfermedades no transmisibles. En la región la prevalencia en mayores de 60 años está entre el 6.4% y 8.48% e espera que esta se duplicara cada 20 años.



610

La mediana de la brecha para el tratamiento para las personas adultas y graves con trastornos afectivos, de ansiedad y consumo de psicoactivos, está en 73.5% en América, siendo inferior con 42.7% en el Norte y mayor para Latinoamérica con 77.9%.

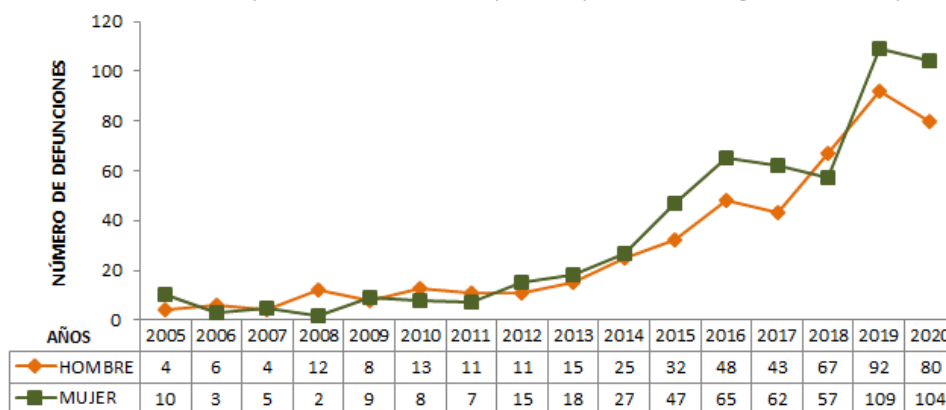
El 60% del gasto en salud mental se destina a hospitales psiquiátricos, el gasto total en salud mental alcanza solo el 2%.

Eventos que causan grado de estrés importante, como la pandemia COVID-19, se convierten en factor de riesgo para aparición, exacerbación o recaída de un gran número de problemas relacionados a la salud mental, en las Américas, ha habido aumento de depresión, ansiedad, desasosiego, insomnio, igualmente a las personas con COVID-19 presentan complicaciones neurológicas y mentales.

## 7.1. Indicadores de Salud Mental en Antioquia

En Antioquia, de acuerdo con la información del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO, se evidencia que las defunciones por trastornos mentales y de comportamiento en los últimos 15 años están en ascenso, presentando una pendiente mayor para los años 2018 y 2019, en el año 2020 se observa una disminución en el número de defunciones por esta causa, en ambos sexos; no obstante persiste un mayor número de defunciones entre las mujeres, observándose 24 defunciones más en este grupo poblacional, este comportamiento pudiera estar relacionado a que la mujer utiliza más los servicios de salud, lo que mejora el diagnóstico y el certificado de defunción lo evidencia con más claridad.

Figura 251. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020



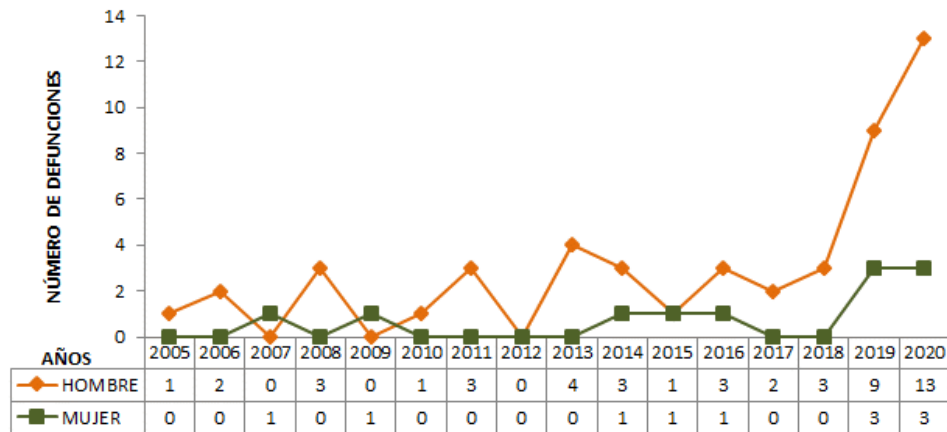
Fuente: SISPRO

Para el Departamento, las muertes por el consumo de sustancias psicoactivas de las personas que sufren un trastorno mental y de comportamiento está en ascenso, causando un número de fallecidos, con tendencia a incremento, especialmente en los últimos 2 años, es necesario además aclarar que este reporte pueda tener subregistro debido a que aún el estigma del consumo puede



enmascarar el diagnóstico final, los registros indican que son los hombres quienes aportan más fallecimientos (48 casos) por esta causa, situación que es coherente porque hay mayor número de hombres reconocidos como consumidores de sustancias psicoactivas; no obstante en los dos últimos años se aprecia un incremento en las defunciones por esta causa en las mujeres.

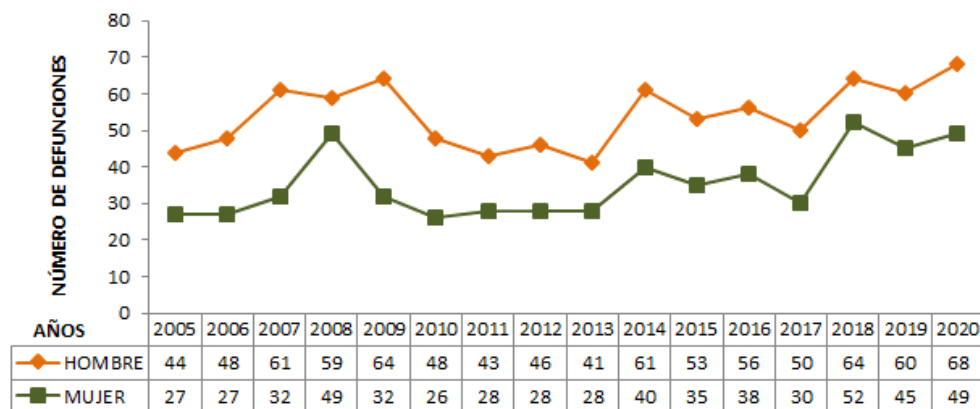
Figura 252. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO

Para los antioqueños la muerte por epilepsia ha presentado una oscilación en el comportamiento en el período comprendido entre 2005 y 2020 tanto en hombres como en mujeres, con una leve tendencia al aumento; los hombres presentan mayor número de personas fallecidas por este diagnóstico, lo que puede tener como explicación que son los hombres quienes presentan más casos de lesiones por causas externas y dentro de estas presentan mayor número de lesiones del sistema nervioso que dejen secuelas y una de ellas es la epilepsia. La Organización Mundial de la Salud - OMS, informa que la muerte prematura es tres veces más frecuente en personas con epilepsia.

Figura 253. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales – DANE.



612

## 7.2. Morbilidad específica en salud mental

El acceso a los servicios de salud mental desde los primeros niveles de atención es una prioridad en el plan de acción de la OMS, igualmente disponer de información oportuna y consistente, por tal razón se evidencia cuáles son las causas de consulta debidas a problemas de salud mental por las tres grandes causas (trastornos mentales y del comportamiento, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y epilepsia), por ciclo vital y por sexo, es necesario aclarar que a través de esta medición podemos evidenciar la utilización de servicios por estas causas de morbilidad, no la morbilidad real por causas asociadas a patología mental en el Departamento y no se pueden hacer cálculos de incidencia o prevalencia.

Al evaluar la morbilidad atendida, por eventos relacionados con la salud mental, en el año 2021 se observa, que la mayor proporción de consultas se presentó por trastornos mentales y del comportamiento, este porcentaje se vio incrementado a medida que aumentaba el grupo de edad de los consultantes; pasando de un 84.9% en la primera infancia a un 88.0% en las vejez; en todos los cursos de vida se observó en el año evaluado un incremento en la proporción de consultas por esta causa, en la juventud se atendieron la mayor proporción de consultas por este grupo de causas, 90.3% del total de consultas en este ciclo vital.

En cuanto a las consultas por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, encontramos que los cursos de vida en los cuales se presentan un mayor porcentaje de consultas por esta causa son en su orden, la juventud y la adultez, con un 14.7 y un 10.6% del total de consultas respectivamente; en el primer grupo esta proporción disminuyó con respecto a lo observado el año anterior.

En cuanto a la consulta relacionada con la epilepsia se observa que la primera infancia es el grupo poblacional en el cual se puede observar una mayor proporción de consultas por esta causa, a pesar de la disminución en 6.8 puntos, observado el año 2021; en segundo lugar, está el grupo de infancia en el cual el 12.5% de las consultas estuvo relacionada con la epilepsia, con excepción de la vejez en todos los otros cursos de vida, se observó disminución en las consultas por esta causa.

En total en el Departamento en el período comprendido entre 2009 y 2021 se atendieron 7'785.465 consultas relacionadas a los tres grandes grupos de causas de salud mental; la causa que predomina son los trastornos mentales y del comportamiento con 6'011.629 de consultas, que equivale al 87% del total de consultas, seguido por la epilepsia con el 13% del total.



Tabla 133. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental. Antioquia, 2009 – 2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	58,96	58,57	65,10	64,86	70,15	68,89	73,21	73,91	74,26	75,90	77,76	74,20	81,01	6,81	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,72	0,34	0,86	0,71	0,21	0,27	0,29	0,20	0,46	0,23	0,92	0,77	0,16	-0,60	
	Epilepsia	41,04	41,43	34,90	35,14	29,85	31,11	26,79	26,09	25,74	24,10	22,24	25,80	18,99	-6,81	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,79	76,88	79,02	81,48	85,20	85,00	85,89	90,54	88,94	90,32	90,16	86,06	87,44	1,37	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,39	0,23	0,22	0,18	0,16	0,13	0,24	0,20	0,18	0,18	0,24	0,14	0,07	-0,06	
	Epilepsia	25,21	23,12	20,98	18,52	14,80	15,00	14,11	9,46	11,06	9,68	9,84	13,94	12,56	-1,37	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,45	70,62	71,70	74,02	76,36	77,70	79,84	82,01	80,57	80,70	84,18	81,98	86,86	4,89	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,97	9,13	6,16	7,99	9,65	8,71	9,91	9,16	9,39	11,31	7,61	6,98	4,60	-2,38	
	Epilepsia	24,58	20,25	22,14	17,99	13,98	13,59	10,26	8,83	10,04	7,98	8,21	11,04	8,54	-2,51	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	76,50	80,11	79,17	81,22	83,13	84,49	87,90	87,97	84,61	87,95	89,77	88,14	91,32	3,18	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,38	11,80	11,39	12,85	13,77	13,69	16,51	13,63	12,37	16,92	11,59	10,67	9,01	-1,66	
	Epilepsia	23,50	19,89	20,83	18,78	16,87	15,51	12,10	12,03	15,39	12,05	10,23	11,86	8,68	-3,18	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	83,07	83,87	83,61	84,00	84,90	84,88	89,12	88,80	85,19	87,87	89,16	86,35	89,82	3,47	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,32	4,67	3,77	5,01	5,39	5,64	7,37	6,13	5,50	8,52	6,16	5,53	5,61	0,08	
	Epilepsia	16,93	16,13	16,39	16,00	15,10	15,12	10,88	11,20	14,81	12,13	10,84	13,65	10,18	-3,47	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	88,99	89,74	91,54	92,49	91,54	90,14	92,96	92,74	91,02	92,39	92,35	91,61	91,80	0,19	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,76	1,19	1,32	0,90	1,98	1,51	1,92	1,87	1,56	1,70	2,14	1,35	1,64	0,29	
	Epilepsia	11,01	10,26	8,46	7,51	8,46	9,86	7,04	7,26	8,98	7,61	7,65	8,39	8,20	-0,19	

Fuente: SISPRO

En Antioquia, las mujeres presentan el mayor número con 3'818.091 de consultas debido a los tres grandes grupos de causas de salud mental, en tanto los hombres la utilización de los servicios por estas tres grandes causas fueron un total de 3'147.002 consultas.

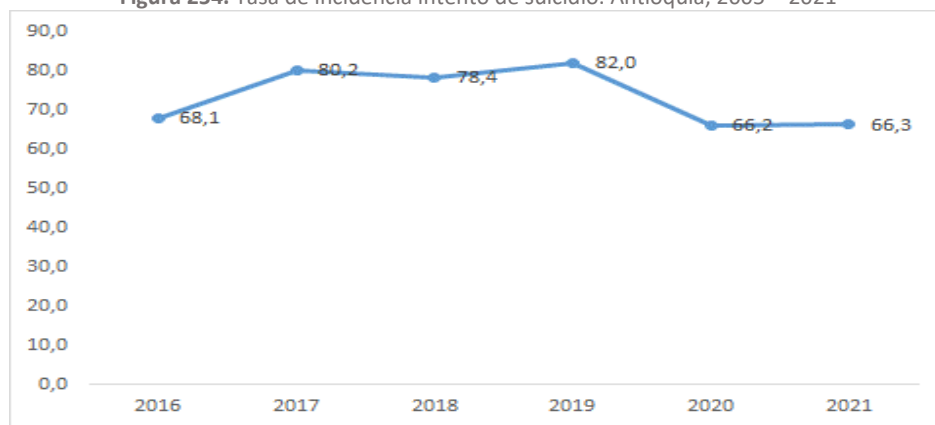
### 7.3. Comportamiento del Intento de Suicidio en Antioquia

El intento de suicidio es una conducta autoinfligida, iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros, y sin resultado fatal. La existencia de intentos suicidas en el pasado es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia del suicidio consumado en la población general.

En diferentes estudios se resalta el carácter multifactorial de la conducta suicida; entre los factores que se identifican con mayor frecuencia, está la presencia de trastornos psiquiátricos como la depresión y el uso/abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol, toma de decisiones e impulsividad o agresividad.

El alto número de casos, los costos para los servicios de salud y la afectación de las familias y la sociedad en general, han hecho que éste se considere un problema de salud pública, objeto de vigilancia epidemiológica, frente al cual se han generado diferentes respuestas desde diferentes estamentos gubernamentales; no obstante, como puede verse en la siguiente figura, al evaluar el comportamiento del evento en los últimos 6 años las tasas de incidencia exhiben un comportamiento fluctuante, con un pico de 82 casos por 100.000 habitantes, en 2019, para luego descender hasta 66.3 por 100.000 habitantes en 2021, valor muy similar al observado el año anterior.

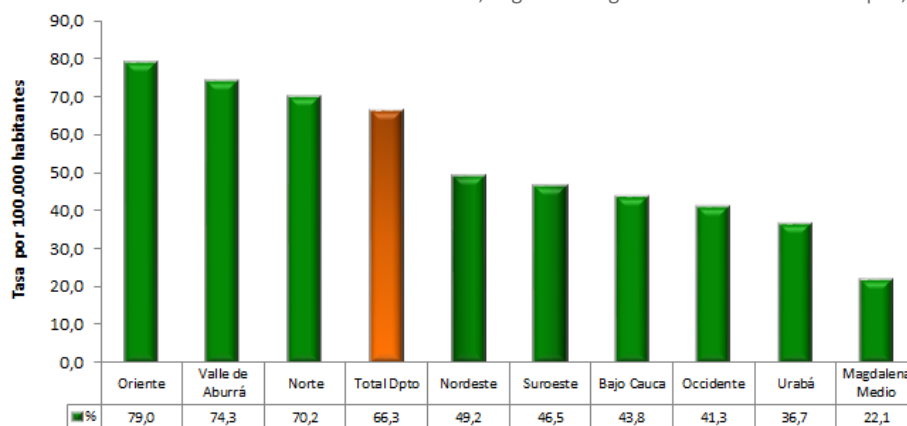
Figura 254. Tasa de incidencia intento de suicidio. Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: Sivigila

Por subregión la tasa más alta se presenta en el Oriente 79 casos por 100.000 habitantes, seguida del Valle de aburra 74.3 por 100.000 habitantes, el Urabá y el Magdalena Medio con 37 y 22 casos respectivamente, presentan las tasas más bajas del departamento, situación que puede deberse a subregistro de la información.

Figura 255. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, 2021



Subregión

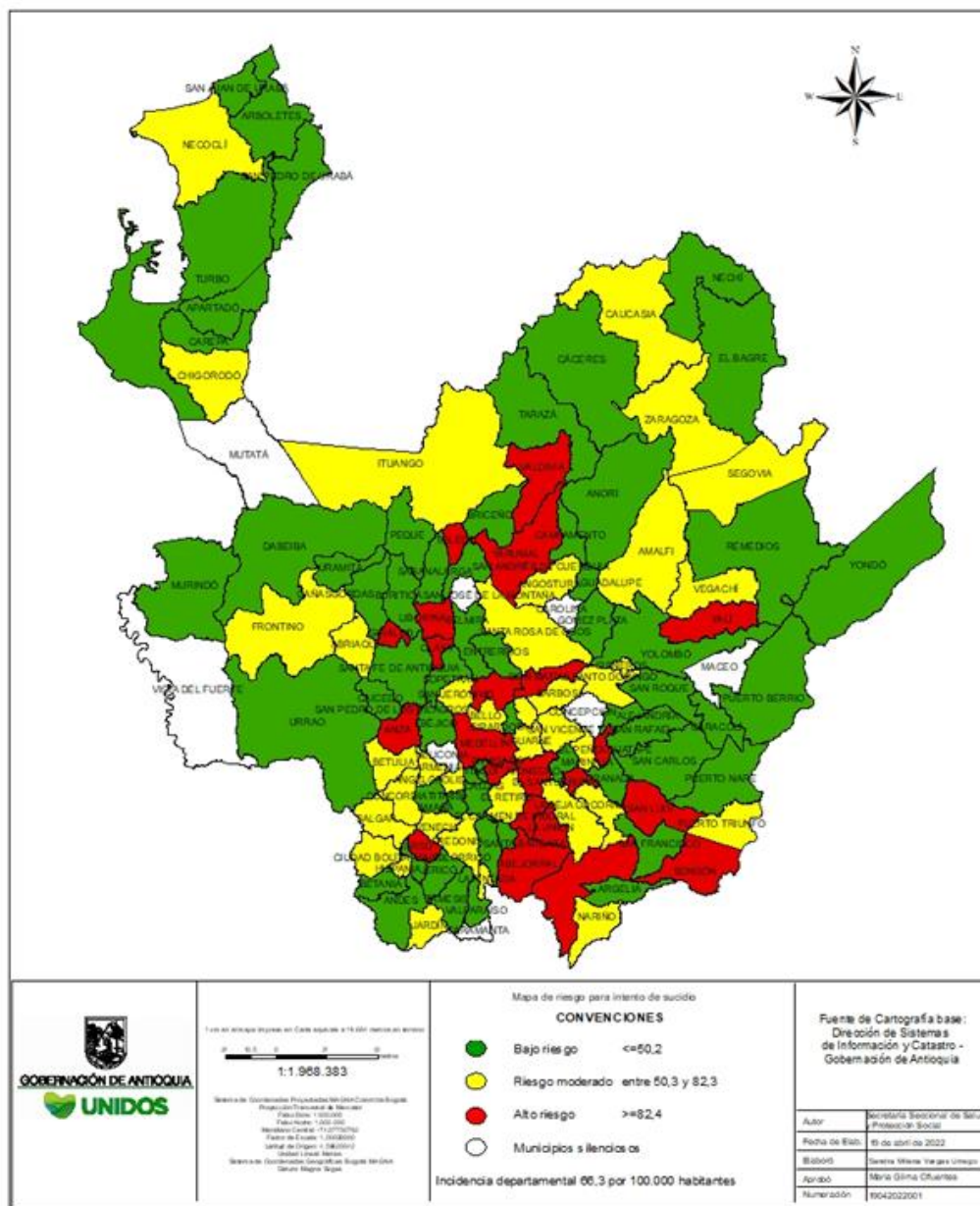
Fuente: Sivigila





Al georreferenciar el riesgo de intento de suicidio, se observa que el alto riesgo que corresponde a una tasa de 82.4 por 100.000 habitantes o más, se concentra en 21 municipios de los 125 del Departamento, estos son: Abejorral, Anzá, Donmatias, El Santuario, Envigado, Giraldo, Guatapé, La Ceja, La Unión, Liborina, Medellín, Olaya, Rionegro, San Luis, San Pedro de los milagros, Sonsón, Tarso, Toledo, Valdivia, Yalí y Yarumal. Los municipios de Dabeiba, Puerto Nare, Caldas, Jericó y Betania, con tasas que oscilan entre 10 y 4 casos por 100.000 habitantes, se identifican con el menor riesgo.

Mapa 50. Riesgo para Intento de suicidio. Antioquia 2021.



Fuente: Sivigila

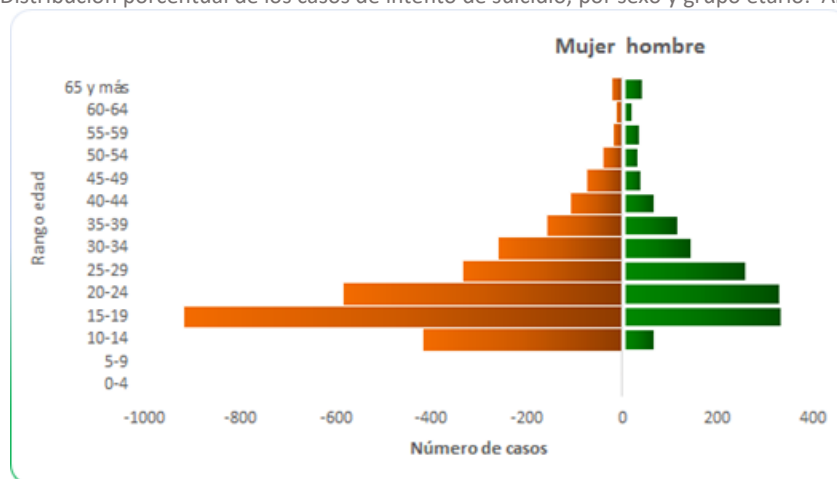


Al analizar el comportamiento de intento de suicidio por sexo, es consistente con lo documentado en la literatura donde el mayor número de intentos de suicidio se presentan en las mujeres porque utiliza métodos menos letales que el hombre, es por esta razón que los intentos de suicidios se repiten más en mujeres que en hombres.

Nuevamente las tasas más altas de intento de suicidio se presentaron en el grupo de adolescentes, seguido del grupo de jóvenes, en el año 2021, el riesgo de esta conducta aumento en estos dos grupos poblacionales pasando de una tasa de 160 a 175 casos por 100.000 adolescentes y de 154 a 161 intentos en los jóvenes (20 a 24 años).

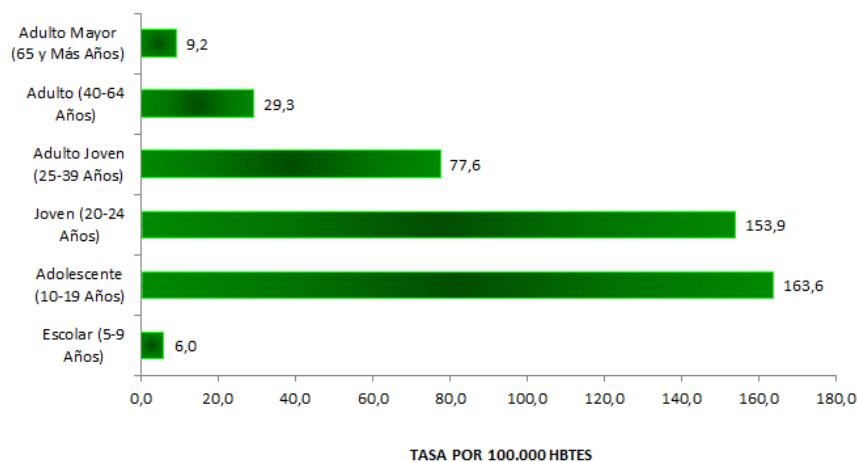
En cuanto al grupo de niños de 5 a 9 años, la tasa se redujo a la mitad pasando de 6 a 3 casos por 100.000 niños, el total de casos notificados fue 16.

Figura 256. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo y grupo etario. Antioquia, 2021



Fuente: SIVIGILA

Figura 257. Distribución de los casos de intento de suicidio, por grupo de edad. Antioquia, 2021



Fuente: SIVIGILA



617

Al caracterizar los casos de intento de suicidio por los 5 grupos étnicos, se identifica que el 98.9% de las personas reportadas no se identificaron como pertenecientes a ninguna etnia priorizada en el país; el 0.6% (26 personas) se reconocieron afrodescendientes y se identificaron 11 casos en indígenas, 9 de ellos, Embera (de estos 4 se identificaron como Embera Chami y uno Embera Katio) uno Nasa y otro sin reporte de pertenencia a ningún grupo.

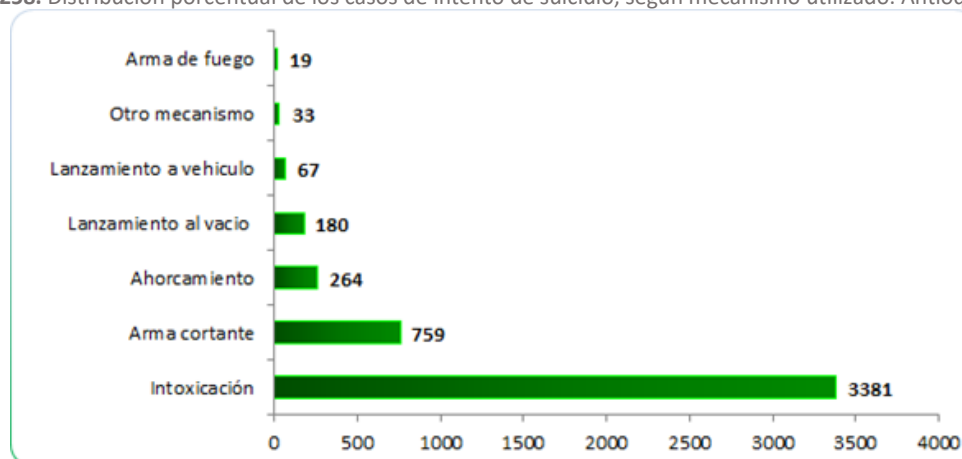
El 59.6% de las personas que intentaron suicidarse fueron hospitalizados, lo importante es hacer seguimiento cuantos de estas personas fueron integrados a un programa de terapia y atención por psicólogo y psiquiatra con el fin de reducir el riesgo de otros intentos.

La mayor proporción de casos notificados pertenecían al régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado. El 3.6% de los casos notificados o no estaban asegurados o fueron reportados como estado indeterminado, en cualquiera de los dos casos se trata de personas que por su estado de no aseguramiento se ve restringido su acceso a una institución de salud, alcanzando escasamente la atención de urgencia, lo que los deja en un gran estado de vulnerabilidad por no poder contar con atenciones complementarias que suelen necesitar la personas que manifiestan conducta suicida.

De los pacientes no asegurados 46 (1.0%) son migrantes venezolanos, y bien se ha documentado que un porcentaje de ellos vive en condiciones muy precarias, favoreciendo la presencia de varios eventos de interés en salud pública, con desenlaces infortunados como muerte materna, sífilis gestacional y congénita, entre otros, por sus precarias condiciones de vida y falta de acceso a los servicios de salud.

La intoxicación es el mecanismo más frecuente utilizado en los casos de conducta suicida aportante el 75% de los casos, el 17% fue por arma cortante y el 6% por ahorcamiento, constituyéndose estos en los tres mecanismos más frecuentemente utilizados; el arma de fuego fue el menos reportado.

Figura 258. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, según mecanismo utilizado. Antioquia, 2021



Fuente: SIVIGILA



El 87% de los pacientes fueron remitidos a Psiquiatría, el 62% a Psicología y el 38% a Trabajo Social; dada la complejidad y multicausalidad de la conducta suicida, pero cuando está asociada a trastornos psiquiátricos, el tema que se ha identificado es el acceso a estos servicios, especialmente en los municipios más alejados del Valle de Aburrá, que no cuentan con estos profesionales en el territorio y la aseguradora ofrece la consulta en municipios algunas veces alejados de su lugar de residencia; esta situación es particularmente crítica para acceder al servicio de psiquiatría toda vez que estos están concentrados en el Valle de Aburrá y algunos municipios de oriente, lo que se constituye en una barrera de acceso por la disponibilidad de recursos económicos para asistir a las citas asignadas, costo representado en pasajes, alimentación, etc.

#### 7.4. Comportamiento de Suicidio en Antioquia

En el mundo de acuerdo a la OMS, (Informe de septiembre del 2021), 1 de cada 100 fallecimientos se debe al suicidio, anualmente se presentan cerca de 700.000 suicidas, entre las personas de 15 a 29 años es la cuarta causas de muerte, los hombres se suicidan el doble que las mujeres (12.6 por cada 100.000 hombres, 5.4 por 100.000 mujeres) la tasa más alta en hombres se presenta en países de ingresos altos con una tasa de 12.6 por 100.000 hombres, las tasas más altas en mujeres se presentan en países de ingresos medios y bajos (7.1 por 100.000 mujeres). La tasa de suicidio en la región de África es de 11.2 por 100.000 habitantes en Europa 10.5 por 100.000 habitantes, en Asia sudoriental 10 por 100.000 habitantes, regiones que superan la tasa media mundial de 9 por 100.000 habitantes, .la tasa más baja es en la región del Mediterráneo Oriental con 6,4 por 100.000 habitantes. Entre el 2.000 y el 2020, las tasas de suicidio se han reducido en un entre un 17% en la región del Mediterráneo Oriental y 49% en la región del Pacífico Occidental.

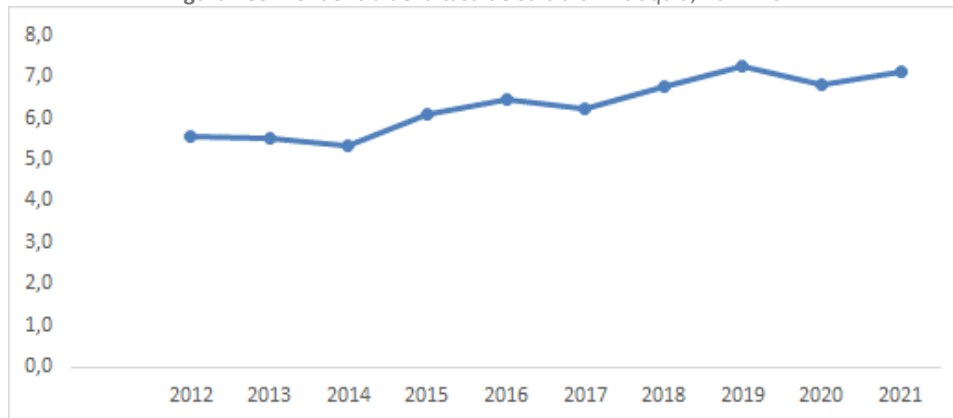
En las Américas es la región donde más asciende la tasa de suicidios, incrementado en un 17%. A pesar de esto solo 38 de los países han implementado estrategias de prevención del suicidio.

En Colombia, de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social, durante los años 2010 a 2019 la tasa de suicidio osciló entre 4 y 5.7 por 100.000 habitantes, el 17% se presentó entre niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 5-19 años, con tasas que van de 2.6 a 3.5 por 100.000 habitantes. Dos casos se presentaron entre menores de 4 años.

En Antioquia en los últimos 10 años se han presentado un total de 3.995 casos de suicidio, con un promedio de 399 casos por años y valores que oscilan entre 323 en 2014 y 483 en 2021; la tasa oscila entre 5.3 a 7.3 por cien mil habitantes, cifras superiores a las reportadas por el país, posterior al leve descenso observado el 2020, nuevamente el presente año se observa aumento del número de casos de suicidio, llegando a un número mayor al observado en al año 2020.



Figura 259. Tendencia de la tasa de suicidio Antioquia, 2012-2021



FUENTE: DANE. 2021

Información Preliminar

Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Tabla 134. Distribución de los casos y tasas de Suicidios Antioquia 2012 - 2021

SUBREGION MUNICIPIO	AÑO																							
	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021					
	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.				
TOTAL DEPARTAMENTOC	330	5,6	330	5,5	323	5,3	374	6,1	400	6,4	392	6,2	434	6,8	476	7,3	453	6,8	483	7,1				

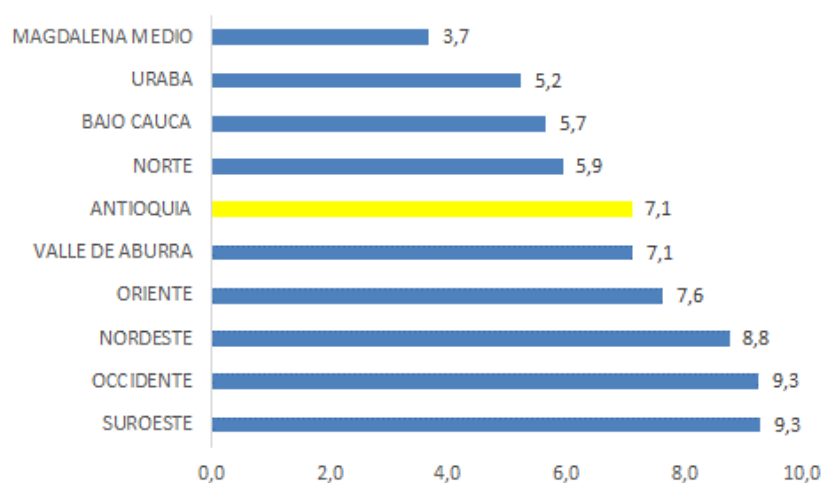
FUENTE: DANE. 2021

Información Preliminar

Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Con relación a las subregiones las tasas de suicidio más altas se presentan en Occidente, Nordeste y Suroeste con una tasa de 9 suicidios por 100.000 habitantes; La subregión de Magdalena Medio tiene el indicador más bajo, 4 suicidios por 100.000 habitantes.

Figura 260. Tasa de incidencia suicidio por subregión, Antioquia 2021



Fuente: DANE. 2021

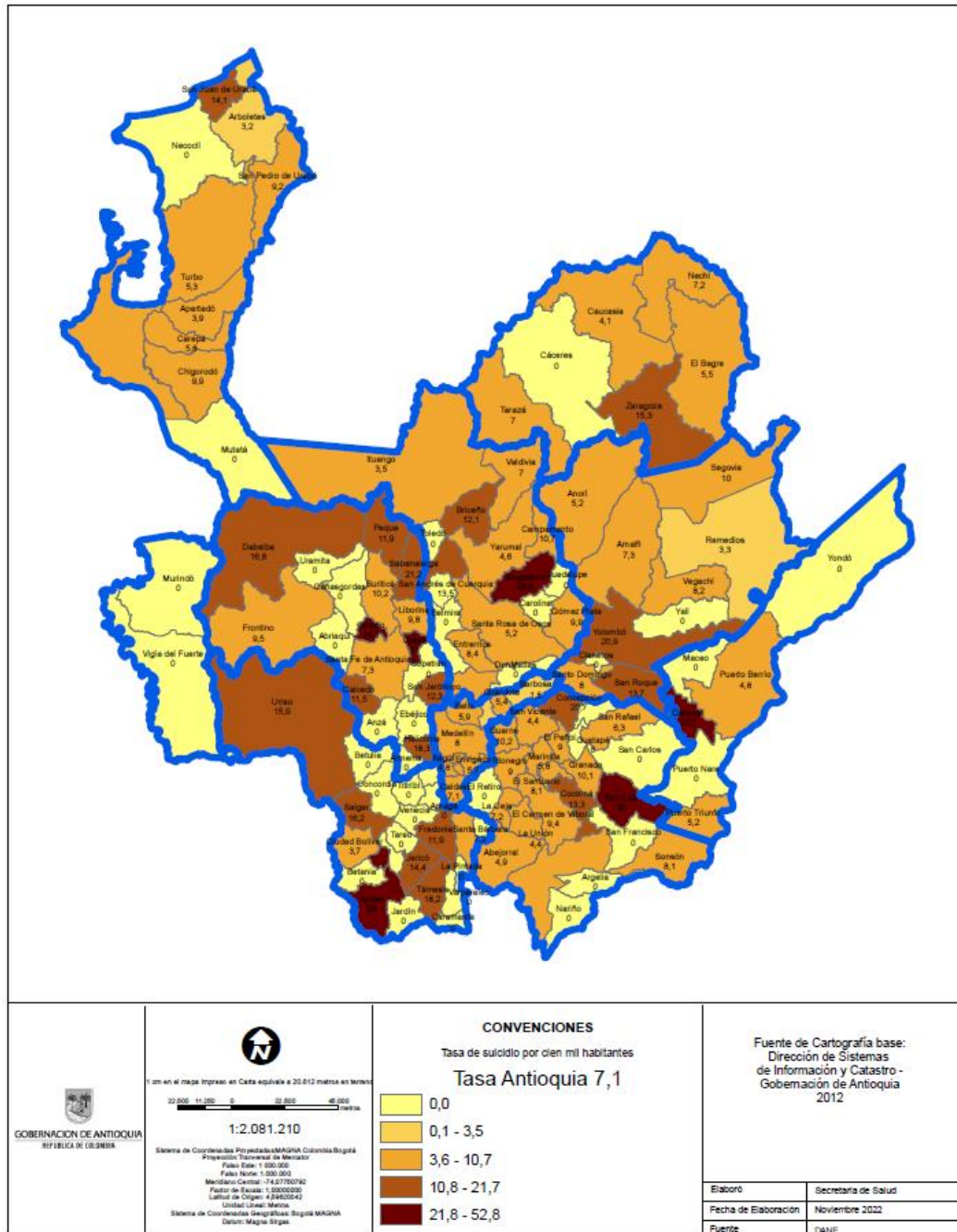
Información Preliminar

Procesa Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



La georreferenciación de la tasa de suicidio permite identificar 8 municipios con el riesgo poblacional más alto de suicidios con tasas de 20 o más suicidios por 100.000 habitantes, en contraste se observan 44 municipios en los cuales no se presentaron suicidios el año 2021. En los municipios de Vigía del fuerte, Abriaquí, Valparaíso y Alejandría, no se han presentado casos, en los últimos 11 casos.

Mapa 51. Comportamiento del suicidio en Antioquia 2021.



Fuente. DANE. Información preliminar.



El año 2021 se presentaron 483 casos, de estos el 98% pertenecen a población no perteneciente a una de las etnias priorizadas en el país; 8 casos pertenecían a la población afro-colombiana y un caso en indígenas.

Los grupos con más casos fueron el de 20 a 24 años y 25 a 29 años, con un 14% cada uno; se presentó un caso en el grupo de 5 a 9 años.

En cuanto al mecanismo utilizado la mayor proporción de caso (67%) fueron por ahorcamiento, el 12% por envenenamientos, el 6% por arma de fuego y en el 14% restante se utilizaron otros mecanismos.

En cuanto al mecanismo utilizado por grupo etaria, tenemos que el 48% de los casos de suicidio con mecanismo arma de fuego se presentaron entre personas de 25 a 39 años y el 18% de suicidios por envenenamiento se presentaron en personas entre 10 a 19 años.

## 7.5. Comportamiento de Violencia de Género en Antioquia

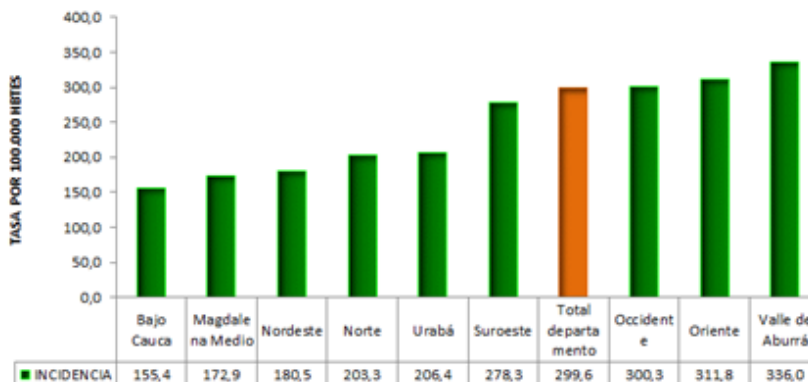
De acuerdo con la OMS, la Violencia de Género afecta a más de la mitad de la población mundial, y no puede ser ignorada. El Objetivo de Desarrollo Sostenible No 5, destinado a la igualdad de género, define las metas a conseguir, faltan 10 años para que ninguna mujer o niña se quede atrás en la carrera al desarrollo sostenible. 1 de 3 mujeres en el mundo ha sufrido violencia física, psicológica, sexual por parte de su pareja o expareja, o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. “Las estimaciones de la OMS, sobre la prevalencia de la violencia de pareja sufrida a lo largo de la vida van del 20% en la Región del Pacífico Occidental de la OMS, 22% en los países de ingresos elevados y la Región de Europa de la OMS y 25% en la Región de las Américas de la OMS, al 33% en la Región de África de la OMS, 31% en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS y 33% en la Región de Asia Sudoriental de la OMS”.

En Antioquia en el año 2021 se notificaron un total de 16.689 casos sospechosos de violencia intrafamiliar, de género y sexual; estos se distribuyeron así: violencia física 7.718 casos, violencia psicológica 2.177 casos, negligencia y abandono 648 casos y violencia sexual 6.146 casos.

El comportamiento de la violencia de género e intrafamiliar en el departamento de Antioquia, sostiene la tendencia de una mayor frecuencia de casos reportados por violencia física presentando una tasa de 114 casos por cien mil habitantes, seguida de la violencia sexual con una tasa de 91 casos por cien mil habitantes, violencia psicológica y negligencia y abandono presentan unas tasas de 32 y 10 por cien mil habitantes respectivamente. La tasa de violencia física, psicológica y negligencia disminuyeron con respecto al año anterior; la tasa de violencia sexual aumentó pasando de 76.8 a 90.6 casos por 100.000 habitantes. La tasa de negligencia y abandono evidenció una disminución marcada pasando de 32 a 10 casos por 100.000 habitantes.



Figura 261. Incidencia de violencia por subregión. Antioquia, 2021



Fuente. SIVIGILA

En el mapa de riesgo del comportamiento de la violencia de Género, sexual e Intrafamiliar en todo el departamento de Antioquia durante el 2021, se puede apreciar que hay 51 municipios críticos con tasas que están por encima de la tasa departamental de 407.2 casos por cien mil habitantes. Los tres municipios con las tasas más altas son: Tarso, Titiribí y Támesis, (1135, 1121 y 1102 casos por 100.000 habitantes respectivamente). Con tasas inferiores al indicador departamental se encuentran 74 municipios; las tasas más bajas se observan en los municipios de: Maceo, Caicedo y Alejandría con tasas de: 47, 46 y 42 casos por 100.000 habitantes.

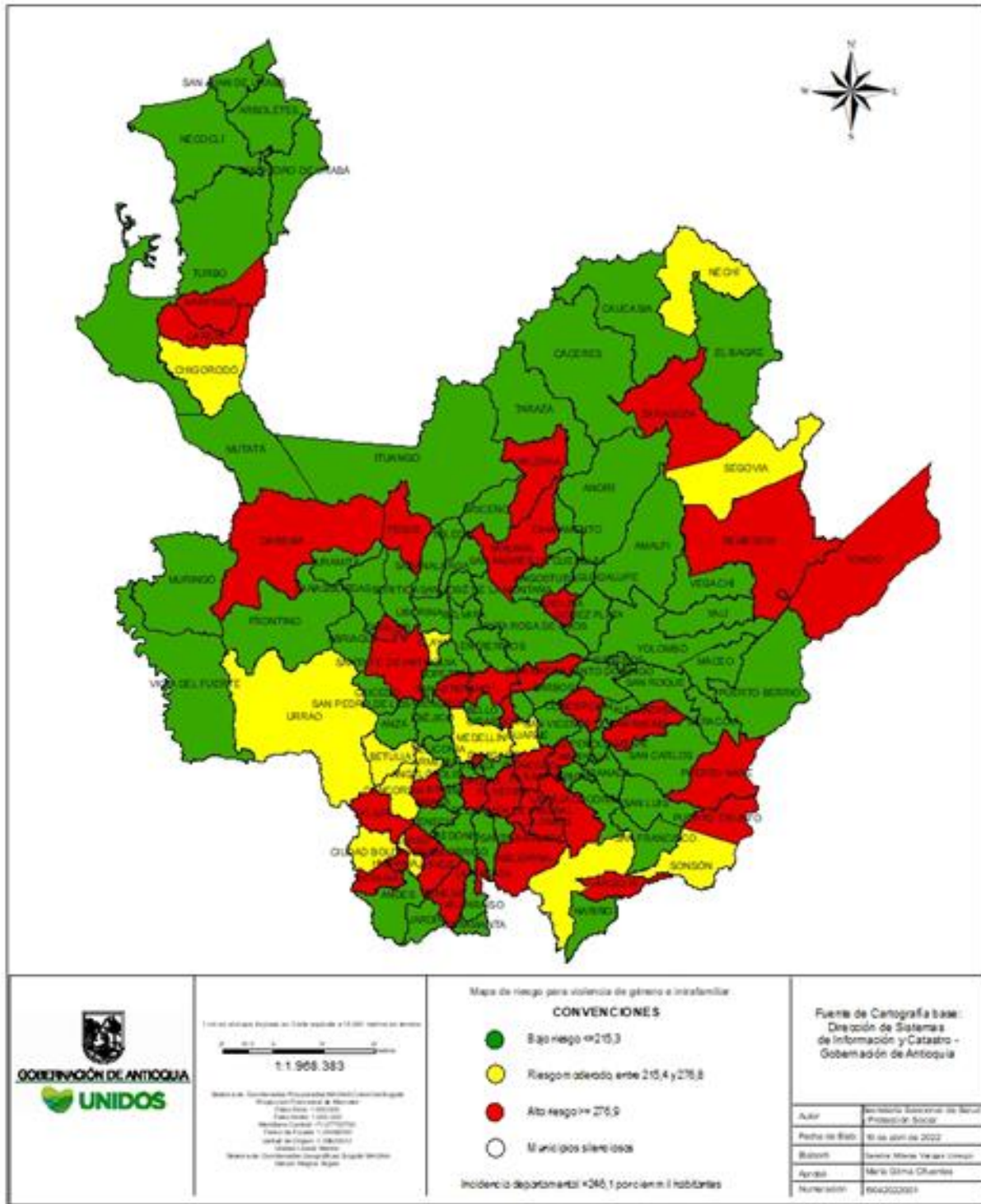
Además, cuando se evalúan las tasas de incidencia por tipo de violencia se observan diferencias entre las subregiones y municipio, así, la subregión Valle de Aburrá tiene la tasa más alta de violencia sexual con 109 casos por 100.000 habitantes; los municipios con tasas más altas de violencia sexual en esta subregión son en su orden: Medellín, Bello e Itagüí, con tasas de 130, 98 y 80 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

La subregión de Oriente tiene la tasa más alta de violencia física (143 casos por 100.000) y Psicológica (107 casos por 100.000). Los municipios que aportan las tasas de violencia física más altas en esta subregión son: El Retiro, La Unión y Marinilla con tasas de 595, 356 y 335 por 100.000 habitantes respectivamente. En cuanto a la tasa de violencia psicológica, son estos mismos municipios los que presentan las tasas más altas, la diferencia se encuentra en la magnitud del evento, siendo Marinilla el municipio con la tasa más alta, seguido de El Retiro y finalmente La Unión, con tasas de 769, 534 y 346 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Magdalena Medio presentó la tasa más alta de negligencia y abandono, de 85 casos por 100.000 habitantes; nuevamente son los municipios de Puerto Triunfo y Yondó los que aportaron las tasas más altas, 259 y 117 casos por 100.000 respectivamente.



Mapa 52. Georreferenciación de la Violencia de Género, Antioquia 2021



Fuente: SIVIGILA



Cada año se observa que son las mujeres las más afectadas en todas las modalidades de violencia, representando en el 85% de los casos.

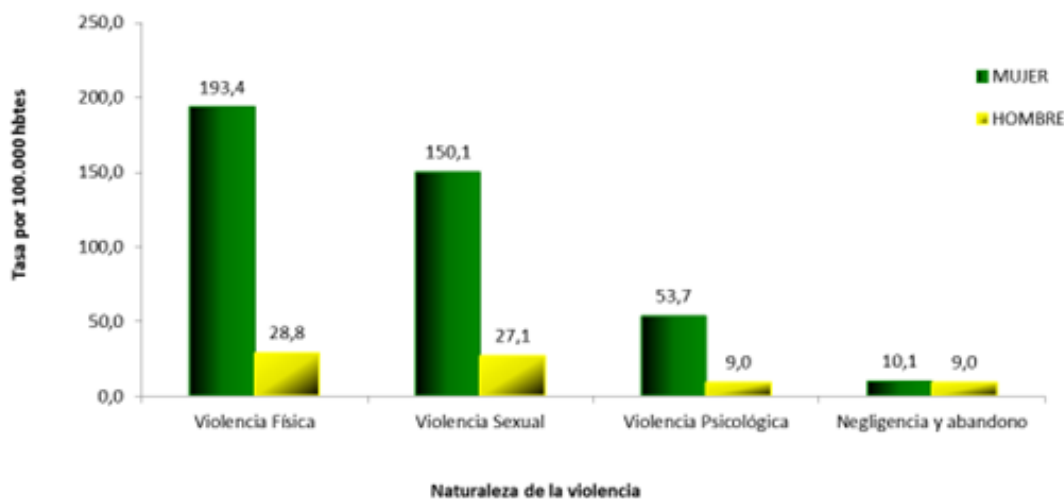
La tasa de violencia según sexo para el 2021 en el Departamento en mujeres es de 407 casos por 100.000 mujeres y de hombres es de 74 casos por 100.000 hombres. Se observó disminución en la tasa para ambos sexos.

Al evaluar la tasa de violencia por naturaleza se observa una disminución en la tasa en todos los tipos de violencia excepto en la violencia sexual, la cual aumento en ambos sexos, pasando de 125 a 150 casos por 100.000 mujeres y de 25 a 27 casos por 100.000 hombres.

La violencia de género e intrafamiliar se categoriza en cuatro modalidades, si bien se presentan casos tanto en hombres como en mujeres, la afectación es francamente diferente en contra de las mujeres. Presentándose 5 casos de violencia, en cualquier modalidad, contra mujeres por cada hombre afectado. Al mirar esto por algunas modalidades de violencia se encuentra que para la violencia psicológica la relación es de 6.0 mujeres por cada hombre y la violencia física es de 6.7 mujeres por cada hombre. Esto se expresa en tasas significativamente más altas en las mujeres con respecto a los hombres, en las modalidades física, psicológica y sexual; frente a la negligencia y el abandono la vulnerabilidad la dan otras variables como la edad, por lo cual las tasas acá son muy similares para ambos sexos.

Durante el año 2021 se presentó un mayor porcentaje de víctimas de violencia sexual en el grupo de edad comprendido por adolescentes (entre los 10 a 19 años) con un 51%, seguido del grupo escolares (5 a 9 años) con un 15% de los casos y en tercer lugar los adultos jóvenes (25 a 39 años) con el 11% de los casos.

Figura 262. Incidencia de violencia, según naturaleza. Antioquia, 2021



Fuente: Sivigila

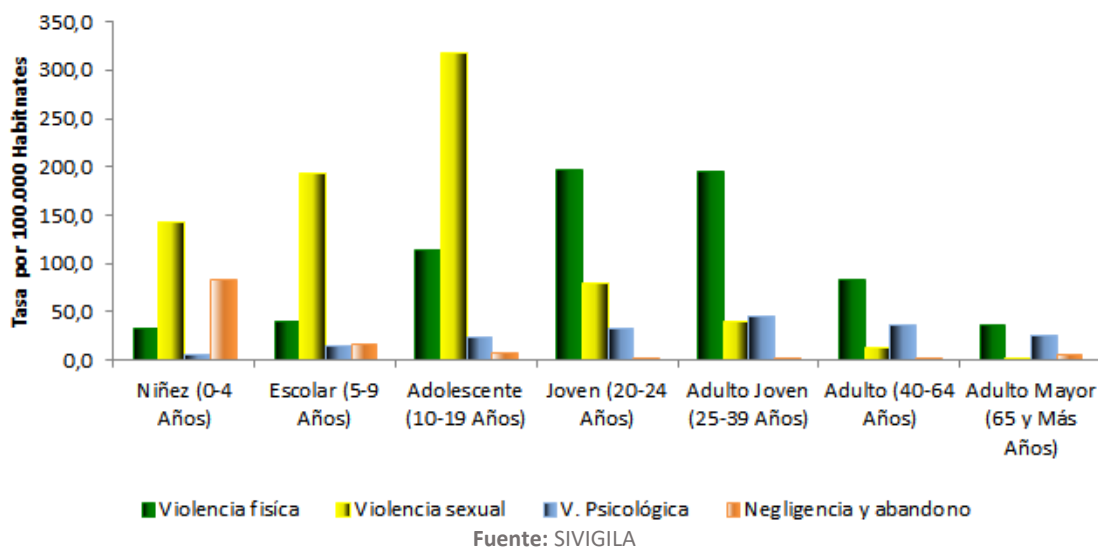


El comportamiento de la violencia de género e intrafamiliar en el departamento de Antioquia, sostiene la tendencia de una mayor frecuencia de casos reportados por violencia física presentando una tasa de 114 casos por cien mil habitantes, seguida de la violencia sexual con una tasa de 91 casos por cien mil habitantes, violencia psicológica y negligencia y abandono presentan unas tasas de 32 y 10 por cien mil habitantes respectivamente. (Figura 3).

La tasa de violencia física, psicológica y negligencia disminuyeron con respecto al año anterior; la tasa de violencia sexual aumentó pasando de 76.8 a 90.6 casos por 100.000 habitantes. La tasa de negligencia y abandono evidenció una disminución marcada pasando de 32 a 10 casos por 100.000 habitantes.

En todos los ciclos vitales se presentan violencias de todos los tipos, pero puede observarse que el riesgo es diferencial de acuerdo al ciclo vital del ser humano, así; los niños de 0 a 4 años tienen la tasa más alta de negligencia y abandono con 83 casos por 100.000 niños; en los adolescentes es la violencia sexual, expresado en una tasa de 318 por 100.000 adolescentes; en los jóvenes la violencia física con una tasa de 198 por 100.000 jóvenes y los adultos jóvenes a la violencia psicológica con una tasa de 45 por 100.000.

Figura 263. Incidencia de violencia intrafamiliar, según naturaleza y ciclo vital. Antioquia, 2021



## 7.6. Fortalecimiento de la salud mental en Antioquia

Colombia dando cumplimiento al Plan de Salud Mental establecido por la OMS, implementa la Ley 1616 de 2013, donde establece la salud mental como interés y prioridad nacional.

En el departamento de Antioquia aplicando lo establecido en la ley y con base en el análisis de la situación de salud en el Departamento, y para dar respuesta a los efectos en la salud mental



ocasionados por la pandemia por el COVID-19, además con el fin de alcanzar las metas de salud mental, definidas en el Plan de Desarrollo de Antioquia “Unidos por la Vida 2020-2023”, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia desde el año 2020 ha fortalecido todas y cada una de las estrategias para abordar la problemática de la salud mental no solo desde la promoción, prevención y reducción, sino impulsando una red de atención que favorezca el acceso oportuno estructurado y especializado para que toda la población prevenga las condiciones y mantenga en control las que ya le han sido diagnosticadas.

El Plan de Desarrollo, en la Línea 4: Nuestra Vida, define el Proyecto: Salud Mental, Convivencia Social, Salud Para el Alma Antioquia, el cual ha estructurado tres componentes, el primero se denomina “Intervenciones colectivas” que propende por la creación de una “Red protectora” en cada uno de los 125 municipios, la red está conformada por gestores comunitarios y gestores institucionales que buscan identificar y gestionar cada uno de los casos en el territorio y canalizar al servicio de salud cuando se requiera, para las intervenciones se utilizan una serie de estrategias que tienen en cuenta el curso de vida, los entornos, la población diferencial y la territorialidad; el segundo componente es la “Prestación de servicios” que busca la intervención oportuna de los casos que requieren atención básica o especializada de los servicios de salud y por ultimo “Inclusión social” que acompaña el seguimiento de los casos, fomenta la psicoeducación y aborda la reducción del estigma en relación a la salud mental.

Es así como el proyecto: Salud Mental, Convivencia Social, Salud Para el Alma Antioquia, desplegó toda una oferta institucional a través de 3 componentes, el primero se denomina “Intervenciones colectivas” que propende por la creación de una “Red protectora” la red está conformada por gestores comunitarios y gestores institucionales que buscan identificar y gestionar cada uno de los casos en el territorio y canalizar al servicio de salud cuando se requiera, para las intervenciones se utilizan una serie de estrategias que tienen en cuenta el curso de vida, los entornos, la población diferencial y la territorialidad; el segundo componente es la “Prestación de servicios” que busca la intervención oportuna de los casos que requieren atención básica o especializada de los servicios de salud y por ultimo “La Inclusión social” que acompaña el seguimiento de los casos, fomenta la psicoeducación y aborda la reducción del estigma en relación a la salud mental.

Para el fortalecimiento del talento humano que atiende la salud mental en el Departamento se estructuró el Diplomado de programa de acción que busca superar las brechas en salud mental-MHGAP auspiciado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social y operado por la Facultad Nacional de Salud Pública, dirigido a los integrantes del equipo de salud municipal fortaleciendo la referencia de forma oportuna y la contrarreferencia para seguimiento en el nivel primario una vez que ya ha sido reducido sus riesgos y así se beneficien de la Rehabilitación Basada en la Comunidad-RBC.







Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

## 7.7. Estrategias de Promoción y Prevención y Reducción de Daño.

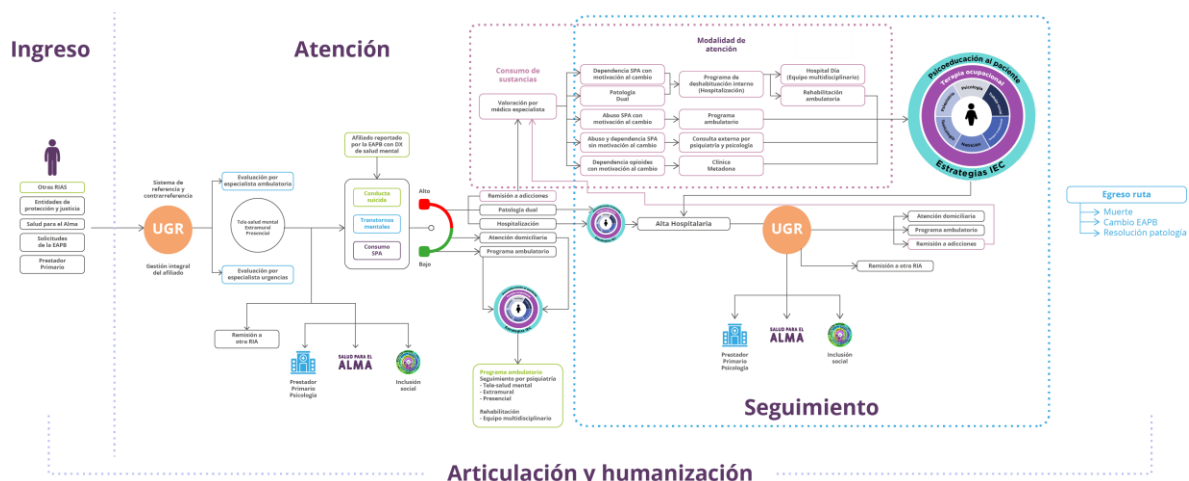
Para la caracterización de salud de las personas con riesgos individuales y colectivos en salud mental, se implementaron estrategias territoriales de información, educación y comunicación, con el fin de gestionar mecanismos de intervención y canalización a los servicios de salud mental de manera prioritaria, colocando en conocimiento de la población las líneas telefónicas de orientación en salud mental, promoviendo la capacitación de líderes comunitarios en dispositivos comunitarios en primera ayuda psicológica y gestionar de manera intersectorial la atención integral e inclusión social tanto educativa, laboral, cultural, deportiva, de vivienda para las personas que presentaron alteración o trastorno en salud mental durante la pandemia.

Dispositivos comunitarios, estrategia social y en salud dirigida la “comunidad en general”, su alcance es de “orientación y apoyo”, escucha activa, promueve espacios de confianza y seguridad emocional, promueven la ayuda mutua, la ayuda social y comunitaria. Los dispositivos comunitarios, apoyan la identificación y detección temprana, el abordaje inicial, la gestión de casos, y la derivación a procesos de apoyo específico como la Rehabilitación Basada en Comunidad.

Estos dispositivos no están direccionados a realizar tratamiento escolar. En relación de los dispositivos se tiene:

- Centros de Escucha CE: Constituyen una opción de organización de la escucha comunitaria para afrontar la salud mental y problemáticas asociadas, y generar opciones de respuesta con presencia de los actores comunitarios y las redes de recursos. Buscan dar una respuesta inmediata a demandas y necesidades procedentes de la población de una comunidad local con riesgo o gravemente excluida y en particular de los integrantes del grupo objetivo.

- Las Zonas de Orientación (ZO): Se constituyen en un espacio relacional y en ocasiones físico en donde se establecen servicios y acciones de orientación a la comunidad educativa (escolar o universitaria) con el propósito de reducir la exclusión social y la deserción escolar, mejorar la calidad de vida de los actores que la integran, y prevenir situaciones de vulnerabilidad y riesgo en salud mental y consumo de SPA.
- Estrategias de Promoción y Prevención Municipales, redes para fortalecer el trabajo comunitario, con redes que soportan la Promoción y cuidado de la salud y prevención y reducción de daños y riesgos desde el enfoque de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)
- Redes Integradas de atención en salud mental, se diseñó la ruta de atención integral, del nivel primario al complementario o especializado, con el fin de garantizar acceso, oportunidad y continuidad en la atención de personas con diagnósticos con patología mental y otras problemáticas relacionadas a la salud mental.



En materia de desarrollo de capacidades y oferta de formación para el fortalecimiento de habilidades del talento humano y el componente comunitario están:

- El Curso virtual tutores de resiliencia que integra temas como: Aspectos generales salud mental positiva, Factores de riesgo y factores de protección, Modelo de intervención y resiliencia, Rehabilitación basada en la comunidad, con temas como temas como: (de formación de capacidades para la promoción de salud mental, Primeros auxilios psicológicos, Habilidades para la vida).
- Procesos comunitarios de resiliencia en jóvenes, Estrategias de trabajo con comunidades, Comunicación audiovisual y multimedia, Manejo de software para diseño y edición de videos
- Procesos de formación en el curso de MHGAP, Diplomado Virtual MHGAP, 90 horas para profesionales de la salud que puedan fortalecer capacidades en la atención seguimiento y

acompañamiento adecuado de trastornos mentales y del comportamiento, trastornos neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

- SAMU: es un aplicativo que permite a los equipos psicosociales, maestros, psicólogos, investigadores, profesionales de la salud, etc. tamizar la situación en salud mental, determinando los niveles de riesgo. SAMU identifica riesgos en la salud mental de niños entre los 8 y 17 años y en adultos de todos los grupos de edades. SAMU evalúa el estado emocional de los adultos y la resiliencia en niños y niñas. Los profesionales de diferentes ramas, pueden descargar el aplicativo y evaluar al número de personas que lo deseen y obtendrán resultados de manera inmediata.

## 7.8. Resultados preliminares del Proyecto de Salud Mental, Convivencia Social, Salud para el Alma.

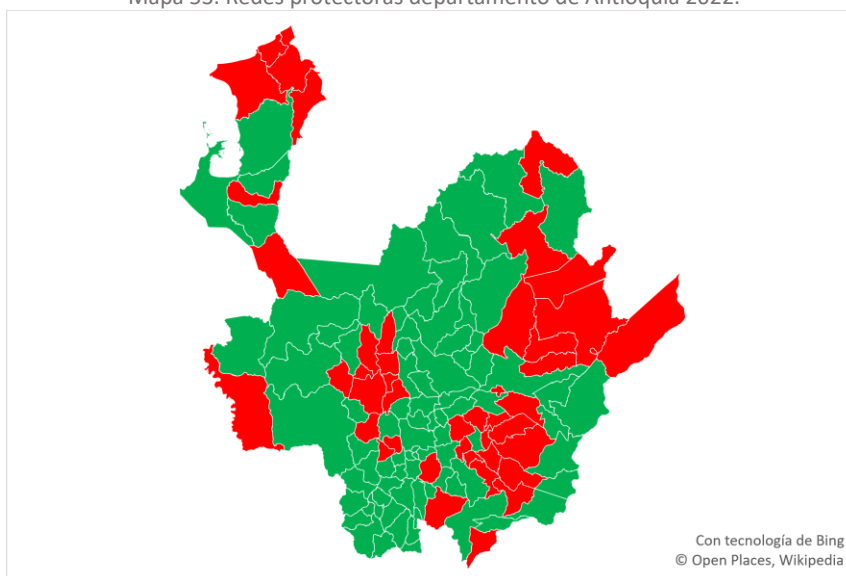
### Fortalecimiento de la oferta institucional

A través de la articulación de la oferta departamental para el 2021, se brindaron 2.014 asesorías en las 4 líneas del proyecto, dirigida a los actores municipales de los 125 municipios. Acompañamiento a 108 municipios para la adopción de la política pública de salud mental.

### Entorno comunitario

Implementación de 80 redes protectoras, 2.368 gestores territoriales formados en salud mental, son integrantes de la comunidad para que detecten situaciones e integren a la ruta de atenciones en salud.

Mapa 53. Redes protectoras departamento de Antioquia 2022.



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021



## En el entorno del hogar

Se desplegó la línea de base de involucramiento parental en asocio con la Facultad Nacional de Salud Pública, luego se aplicó el modelo a 400 familias identificadas de mayor riesgo durante la línea de base hizo el montaje de la plataforma JUGAR que es herramienta de ayuda para las familias con ayudas lúdicas para fortalecer el involucramiento parental.

## En el entorno educativo

Atendida por APH y personal psicosocial, para las personas que presentaron alteración o trastorno en salud mental durante la pandemia COVID-19, se activó la Línea de Atención a comunidad 5407180 - 018000413838 en la que expertos dan acompañamiento psicosocial, asesoría a las familias y activación de rutas de atención con el respectivo seguimiento, con el fin de hacer intervenciones en forma temprana, para prevenir deterioro del estado de salud mental de las personas beneficiarias se ha atendido 7.430 personas que han utilizado la línea.

## Línea telefónica

Atendida por APH y personal psicosocial, para las personas que presentaron alteración o trastorno en salud mental durante la pandemia COVID-19, se activó la Línea de Atención a comunidad 5407180 - 018000413838 en la que expertos dan acompañamiento psicosocial, asesoría a las familias y activación de rutas de atención con el respectivo seguimiento, con el fin de hacer intervenciones en forma temprana, para prevenir deterioro del estado de salud mental de las personas beneficiarias se ha atendido 6.430 personas que han utilizado la línea.

## Programa en televisión, de Salud mental, Convivencia Social, Salud para el alma

Emitido los miércoles, con la participación de profesionales de salud mental en temas estratégicos y cruciales de salud mental como; elaboración del duelo, la depresión la esquizofrenia, la identificación precoz de los niños que pueden desencadenar trastornos mentales entre otros.

Figura 264. Logros del Proyecto Salud Para el Alma, Salud Mental y Convivencia Social Antioquia, 2021



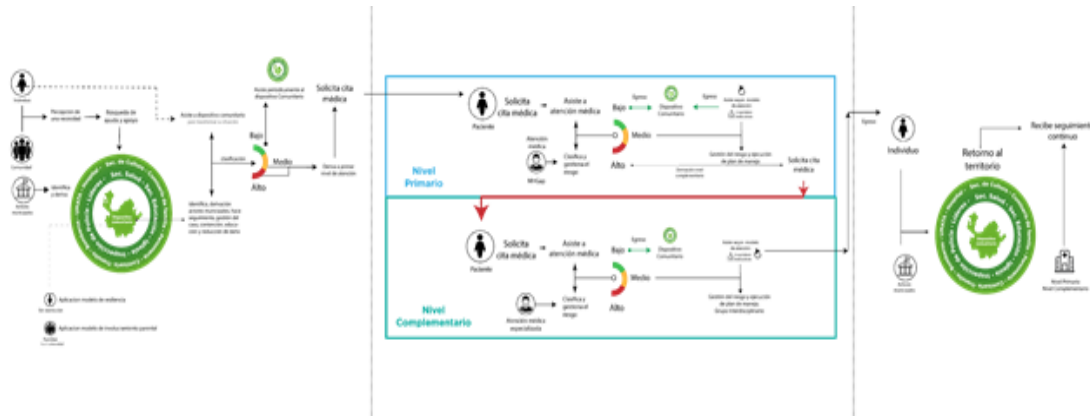
Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021





## 7.9. Estructuración del modelo de la ruta para la atención en salud mental

En articulación con el Hospital Mental de Antioquia (HOMO) y la ESE Carisma, se inició el proceso de planeación y estructuración de la ruta para la atención especializada de las personas identificadas en el nivel primario, con el fin de fortalecer la accesibilidad y la oportunidad de la atención de las personas con diagnósticos relacionados con la salud mental.



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

Para avanzar en identificar con mayor profundidad la situación de salud mental de la población antioqueña, se han realizado tres estudios con base en los cuales se fortalecen y estructuran nuevas estrategias desde el proyecto de Salud Para el Alma.

## Resiliencia

Resultados de la Línea base de resiliencia en la población escolar matriculada en establecimientos públicos entre 6 y 11 grado de bachillerato del departamento de Antioquia 2018, Contrato N° 4600008614, con el fin de disponer de línea base para programas de intervención. Autores: Grupo de Investigación en Salud Mental, Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

En Antioquia predominó la resiliencia media, 53,9%. Los escolarizados de las subregiones Oriente, Suroeste y Norte fueron los que obtuvieron los puntajes más altos de resiliencia, con 57,1%, 53,9% y 50,6%, respectivamente, y los de las subregiones Magdalena Medio, Urabá y Bajo Cauca los menores. En el Valle de Aburrá la resiliencia fue media: 44,2%.

El 41,7% de los estudiantes manifestaron que vivían con más de cinco personas en su casa, aunque cuando se indagó acerca de quién ejercía la autoridad, la mayoría respondió que ambos padres (40,6%) y la madre (39,4%); la principal actividad, tanto del padre como de la madre, era el trabajo (69% vs. 54,2%), aunque el 37,2% de las mujeres se dedicaban al hogar.

En el 43,8% de los casos, la persona que le daba más cariño al estudiante eran ambos padres, seguidos por el que les profesaba la madre (38,7%); es importante resaltar que el 14,5% manifestó llevar a cabo labores por dinero fuera de sus actividades lectivas.

Funcionalidad familiar: Para Antioquia, los escolarizados de la zona urbana cuyas familias eran funcionales, es decir, aquellas en las cuales la comunicación efectiva, la disciplina y el apoyo emocional y afectivo son relevantes, constituyeron el 39,2%. Fue en las subregiones Oriente, Suroeste, Norte, Nordeste y Valle de Aburrá donde predominaron las familias funcionales (47,8%, 47,3%, 45,7%, 39% y 39%, respectivamente). Las subregiones donde prevalecieron las familias con algún grado de disfuncionalidad fueron Bajo Cauca, Magdalena Medio, Urabá y Occidente.

Con relación a la autoestima: El 30,5% de los escolarizados calificaron su autoestima como adecuada, en contraste con el 14,4% y el 1,4%, quienes afirmaron que su autoestima era deficiente o severamente deficiente. Las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas relacionadas con su autoestima fueron Magdalena Medio, Bajo Cauca y Suroeste.

La Asertividad para Antioquia de los escolarizados fue del 29,9%, mientras que el 20,2% y 3,2%, en ese orden, afirmaron ser esporádicamente asertivos o para nada asertivos. El asertividad predominó en los estudiantes de las subregiones Occidente (37,6%), Suroeste (33,7%), Oriente (31,8%) y Valle de Aburrá (31,3%), en contraste con el poco asertividad de los escolarizados del Bajo Cauca, Nordeste y Urabá: 6,6%, 4,6% y 4,5%, respectivamente.

Para Antioquia la adaptabilidad reportó que el 20,9% de los escolarizados indicaron que se adaptaban adecuadamente a las situaciones. Fue en Urabá, Nordeste y Occidente donde los escolarizados más refirieron que su adaptación a las situaciones que les deparaba la vida era severamente inadecuada.

Creatividad en Antioquia, la mayoría de los escolarizados manifestó que era entre creativo o moderadamente creativo. Fue en las subregiones Suroeste, Oriente, Occidente y Valle de Aburrá donde predominaron los escolarizados creativos (49,4%, 47,8%, 46,3%, 46,2%, respectivamente); las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas de creatividad fueron Nordeste, Bajo Cauca, Urabá, Magdalena Medio y Norte.

Capacidad de pensamiento crítico: Para Antioquia, en el 27,1% de los estudiantes se reveló pensamiento crítico, en contraposición con el 14,2% y el 0,7% en quienes se encontró pensamiento poco crítico o acrítico, en ese orden. En las subregiones Suroeste, Magdalena Medio y Oriente prevalecieron los estudiantes con pensamiento crítico (37,4%, 30,4%, 29%, respectivamente); las subregiones que sobresalieron con estudiantes de pensamiento poco crítico fueron Urabá, Occidente y Bajo Cauca.

Impulsividad, el Departamento, la proporción de escolarizados no impulsivos fue del 37,6%, quienes predominaron en las subregiones Norte, Bajo Cauca y Oriente (47,7%, 46,7% y 46,1%, respectivamente); las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con algún grado de impulsividad fueron Occidente, Valle de Aburrá, Magdalena Medio y Urabá.

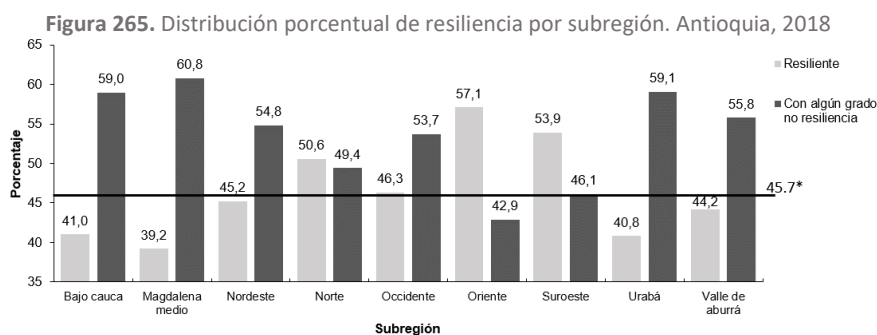
Afectividad: En Antioquia, la proporción de afectividad estimada por parte de los estudiantes fue del 53,2%, en contraste con el 17,6% y el 2,4% cuyas respuestas al dominio relacionado con la afectividad revelaron que eran afectivos ocasionalmente o no afectivos, respectivamente. Por subregión se destacaron Oriente (61,6%), Suroeste (57,2%) y Norte (58,4%) como aquellas en las cuales la valoración de la afectividad, en el sentido positivo, predominó; las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas relacionadas con la afectividad fueron Magdalena Medio, Occidente y Valle de Aburrá.

La Valoración de la resiliencia en los estudiantes de los colegios públicos de la zona urbana del departamento de Antioquia, observó como resiliencia media (53,9%), en contraste con el 0,3%, en la cual esta fue baja, los escolarizados del Oriente, Suroeste y Norte los que obtuvieron los mejores resultados, con resiliencia alta: 57,1%, 53,9% y 50,6%, en ese orden. La resiliencia media prevaleció en el Magdalena Medio y Bajo Cauca con el 60,3% y el 59%. Se identificó que para los escolarizados residentes en las subregiones Urabá, Occidente y Nordeste hubo una resiliencia baja del 2%, 1,2% y 1,2%, respectivamente.

**Tabla 135.** Distribución porcentual de los niveles de resiliencia por subregión. Antioquia 2018.

Resiliencia	Bajo Cauca	Magdalena Medio	Nordeste	Norte	Occidente	Oriente	Suroeste	Urabá	Valle de Aburrá	Antioquia
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Alta	41,0	39,2	45,2	50,6	46,3	57,1	53,9	40,8	44,2	45,7
Media	59,0	60,3	53,5	49,0	52,5	42,4	46,1	57,1	55,8	54,0
Baja	0,00	0,40	1,20	0,40	1,20	0,40	0,00	2,00	0,00	0,30

Fuente. Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia



Fuente. Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia



634

Resiliencia vs. Variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social. En Magdalena Medio, Urabá y Bajo Cauca, los estudiantes presentaron mayores oportunidades de algún grado de no resiliencia con respecto a los que provenían del Valle de Aburrá, aunque sin diferencias estadísticas. En las demás subregiones, las oportunidades de algún grado de no resiliencia fueron menores que las de los escolarizados del Valle de Aburrá, con variaciones entre un 4%, para el Nordeste, y de un 41%, para el Oriente.

En cuanto a la edad del estudiante, cuando se consideraron como referencia los escolarizados de 12 años, los que tenían 14 años mostraron mayor oportunidad de no resiliencia del 10%, y en las demás edades se reflejó que dichas posibilidades fueron menores: del 30% para los de 13 años y del 10% para los de 15 a 17 años con relación a los de 12 años.

Con respecto al sexo, la jornada académica, la zona de dónde provenía el estudiante, el grado y el nivel socioeconómico, fueron menores las oportunidades de algún grado de no resiliencia en un 20%, 30%, 40% y 10% en los hombres que estudiaban en la jornada de la mañana, que vivían en la zona urbana, que cursaban el grado décimo y cuyo nivel socioeconómico era bajo o medio en comparación con las mujeres que estudiaban en la jornada de la tarde, que vivían en la zona rural, que cursaban el grado sexto y que tenían nivel socioeconómico alto.

**Tabla 136.** Distribución de la resiliencia según variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social en escolarizados. Antioquia, 2018-2019

Variables y categorías	No Resilientes	Resilientes	Prevalencia	RP (IC 95% RP) †
	N	N		
<b>Variables sociodemográficas y escolares</b>				
<b>Sexo</b>				
Hombres	787	472	62,5	1,13 (1,06 - 1,20)
Mujeres	939	760	55,3	1*
<b>Zona de residencia</b>				
Urbano	1054	631	62,6	1,18 (1,11 - 1,27)
Rural	672	601	52,8	1*
<b>Jornada académica</b>				
Tarde	371	427	46,5	0,74 (0,68 - 0,80)
Mañana	1355	805	62,7	1*
<b>Grado escolar</b>				
Sexto	334	322	50,9	0,87 (0,78 - 0,98)
Séptimo	444	129	77,5	1,33 (1,22 - 1,46)
Octavo	292	255	53,4	0,92 (0,82 - 1,03)
Decimo	236	174	57,6	0,99 (0,88 - 1,11)
Once	166	167	49,8	0,86 (0,75 - 0,98)
Noveno	254	185	57,9	1*
<b>Actividad fuera colegio por dinero</b>				
No	1373	1008	48,9	0,94 (0,87 - 1,04)
Si	353	224	58,3	1*
<b>Número de eventos de vulnerabilidad vividos</b>				
Algún evento	418	194	68,3	1,22 (1,14 - 1,30)



Variables y categorías	No Resilientes	Resilientes	Prevalencia	RP (IC 95% RP) †
	N	N		
Ningún evento	1309	1037	55,8	1*
<b>Variables familiares</b>				
<b>Tipo de familia</b>				
Otro tipo de familia	409	233	63,7	1,10 (1,09 – 1,18)
Monoparental	683	537	56	0,96 (0,90 - 1,03)
Nuclear	634	462	57,8	1*
<b>¿Cuál es la persona que le da más cariño?</b>				
Madre	821	551	59,8	1,14 (1,04 – 1,19)
Padre	195	132	59,6	1,14 (1,02 – 1,27)
Otros	316	188	62,7	1,20 (1,09 – 1,32)
Ambos padres	394	361	52,2	1*
<b>Actividad principal de la madre</b>				
Desempleada	86	37	69,9	1,12 (0,95 - 1,27)
Se dedica al hogar	464	491	48,6	0,78 (0,72 – 0,84)
Jubilada/Pensionada	15	15	50	0,80 (0,56 - 1,15)
Se desconoce	76	39	66,1	1,06 (0,92 - 1,22)
Negocio familiar	82	37	68,9	1,32 (0,91 - 1,93)
Trabaja	1003	613	62,1	1*
<b>Actividad principal del padre</b>				
Desempleado	88	51	63,3	1,04 (0,91 - 1,19)
Se dedica al hogar	15	21	41,7	0,68 (0,24 – 0,91)
Jubilado/Pensionado	22	64	25,6	0,42 (0,29 – 0,60)
Se desconoce	454	342	57	0,94 (0,80 - 1,02)
Negocio familiar	20	15	57,1	0,87 (0,45 - 1,70)
Trabaja	1127	739	60,4	1*
<b>¿Quién tiene la autoridad en la casa?</b>				
Padre	87	61	58,8	1,22 (1,05 – 1,42)
Madre	822	526	61	1,26 (1,17 – 1,37)
Otros	364	156	70	1,45 (1,33 – 1,58)
Ambos padres	453	489	48,1	1*

Fuente. Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Cuando se consideraron aspectos familiares, los escolarizados con familia monoparental (padre), monoparental (madre) o consanguínea tuvieron mayor oportunidad de algún grado de no resiliencia (1,8, 1,5 y 1,2 veces) con respecto a escolarizados cuya familia era nuclear. Nótese que, si la autoridad en la casa la tenían ambos padres, la oportunidad de que el escolarizado mostrara algún grado de no resiliencia disminuyó en un 40% frente a si la autoridad la ejercía el padre.

También, la oportunidad de no resiliencia disminuyó en un 10% y 30% cuando la madre se dedicaba a un negocio familiar o al hogar en comparación con madres cuya actividad principal era trabajar por fuera de la casa; asimismo, en el caso de los hombres llamó la atención que la oportunidad de algún grado de no resiliencia fuera de 2,1 veces cuando su padre se dedicaba al hogar en comparación con aquellos que trabajaban. Los estudiantes que afirmaron que nadie les daba

cariño incrementaron su oportunidad de algún grado de no resiliencia 6,0 veces con relación a aquellos estudiantes que afirmaron que ambos padres, sin distingos, los trataban afectivamente. El número de personas que habitaban en la casa del escolarizado, y que formaban parte de su familia, no influyó en la resiliencia, aunque si este ejecutaba alguna actividad por dinero, la oportunidad de algún grado de no resiliencia se incrementaba en un 30%

Con relación a características que referían la vulnerabilidad social de los escolarizados, para los estudiantes que dijeron que tenían alguna discapacidad, eran migrantes, habían tenido algún embarazo o eran población LGTBTIQ+, la oportunidad de no resiliencia fue de 1,1 - 2,6 - 1,5 y 4,1 veces frente a aquellos que dijeron que no habían vivido circunstancias en su vida como las indicadas. Nótese que la oportunidad de algún grado de no resiliencia fue menor en los estudiantes que afirmaron que eran desplazados y en los que dijeron que eran víctimas del conflicto en un 20% y un 1%.

En Antioquia, estudiar en la jornada de la tarde, pertenecer a una familia diferente a la nuclear o monoparental, ser hombre y donde la afectividad era diferencial de los padres hacia sus hijos, fueron factores con mayor contribución a la no resiliencia.

## Involucramiento Parental

Resultados de la medición del Involucramiento Parental, en el departamento de Antioquia en población de 3 a los 17 años, 2021, participantes de Instituciones educativas, Secretarías de Educación y Salud de los municipios. Docentes y Rectores. Padres, madres, cuidadores, niños, niñas y adolescentes, medición con el fin de tener una línea de base e implementar un modelo de intervención para la promoción del involucramiento parental y medir el impacto de las intervenciones en el departamento. Investigación realizada bajo el Contrato Interadministrativo Gobernación de Antioquia – Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública. (Contrato # 4600011717). Autores: Grupo de Investigación en Salud Mental, Grupo de Demografía y Salud.

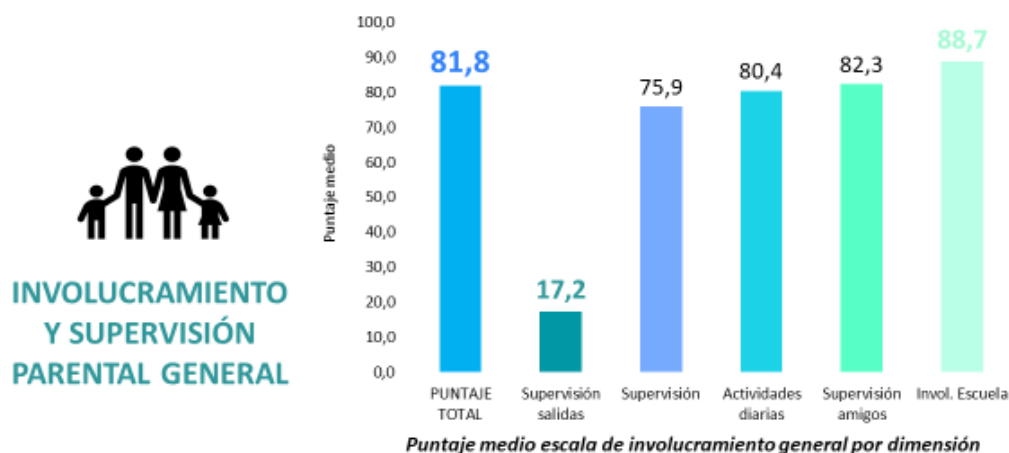
Con relación al involucramiento parental es necesario comprender que: Familia desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell, José et al 2012. P.4) Desde su origen, la familia tiene varias funciones que podríamos llamar universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variará de acuerdo con la sociedad en la cual se encuentre el grupo familiar. (Pérez Lo Presti, A y Reinoza Dugarte, M, 2011. P. 629).

El desarrollo de los niños, niñas y adolescentes es un proceso dinámico de diferenciación, desenvolvimiento, maduración y transformación hacia mayores y más complejos niveles de



organización y adquisición de habilidades, incluye aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, cultural y social<sup>70</sup>. En este proceso es fundamental el ambiente familiar y escolar<sup>71</sup>. En este sentido, el involucramiento parental y las prácticas de crianza juegan un papel importante. El involucramiento parental consiste en una serie de actividades que el acudiente, padre o madre emprende para satisfacer las necesidades y establecer un adecuado diálogo para comprender la necesidad de los niños, niñas o adolescentes, esto abarca atender actividades escolares, participar activamente en la escuela, revisar las tareas y escuchar atentamente sus necesidades y sus actividades diarias<sup>72</sup>.

El puntaje total de involucramiento parental osciló entre 80,3 en Occidente y 83,0 en Valle de Aburrá. Este fue más bajo en el estrato alto (77,9), entre los acudientes hombres (80,4), mayores de 50 años (79,6) y entre quienes no asistieron a la escuela o solo estudiaron primaria, respectivamente 73,5 y 78,6. En el Departamento se encontró un 38% de bajo involucramiento, en el Magdalena Medio y Occidente se encontró el porcentaje más alto de bajo involucramiento (43,4% y 43,0% respectivamente).



<sup>70</sup>Ministerio del Protección Social. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2000.

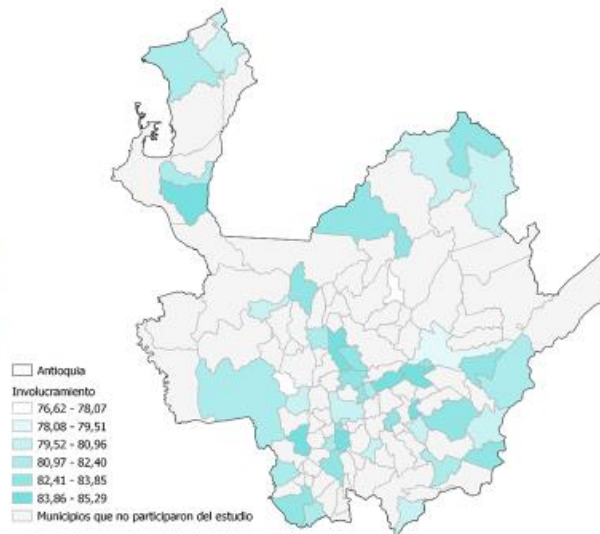
<sup>71</sup>Shonkogg JP, Garner AS. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on early childhood. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129(1):e232-e46.

<sup>72</sup>Georgiou SN. Parental involvement: Definition and outcomes. Social Psychology of Education. 1996;1(3):189-209!

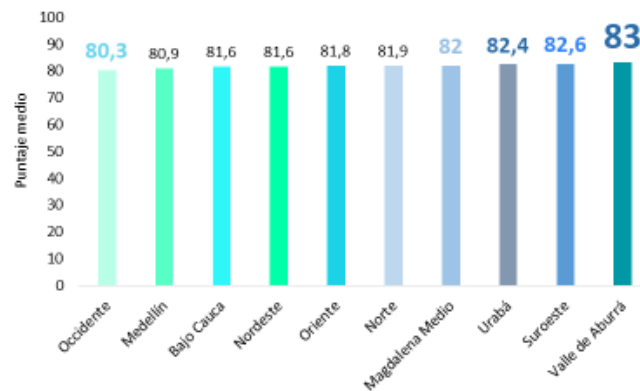


## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL GENERAL

MUNICIPIO	PUNTAJES
Campamento	76,6
Calcedo	77,3
Yalombó	78,1
Caucasia	79,5
Granada	79,5
Puerto Nare	79,5
Itagüí	79,8
Nariño	79,9



## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL GENERAL



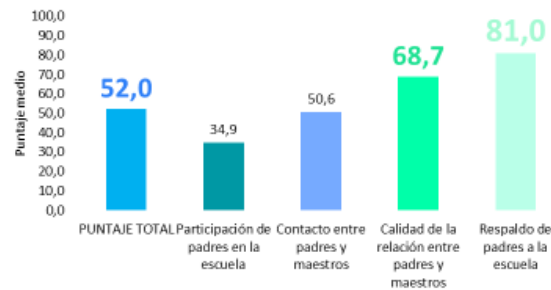
Puntaje medio escala de involucramiento general por región

Por su parte, el involucramiento parental en la escuela en Antioquia osciló entre mínimo 49,2 en el Valle de Aburrá y máximo 56,7 en el Urabá. El menor involucramiento en la escuela se observó entre los acudientes con estudios de primaria (50,1), mayores de 50 años (48,7), hombres (49,0) y de estrato socioeconómico medio (49,5). El bajo involucramiento en la escuela fue de 21,3% en todo el Departamento, en las regiones varió entre 13,6% en Nordeste y 28,6% en el Valle de Aburrá.





## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA



Puntaje medio escala de involucramiento en la escuela por dimensión



## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA



Puntaje medio escala de involucramiento en la escuela por región



Los puntajes de comunicación con los acudientes y niños(as) y adolescentes variaron entre 68,2% en Occidente y 74,8% en el Valle de Aburrá. La baja comunicación entre acudientes y estudiantes se presentó en proporciones superiores al 65% en todas las regiones. El castigo en el hogar estuvo entre 17,7 puntos en el Bajo Cauca y 21,3 en el Magdalena Medio. El alto castigo en el hogar se presentó en porcentajes inferiores al 10% en todas las regiones. Las pautas de educación y crianza puntuaron 41,8% en todo el Departamento, variando entre 38,9% en Medellín y 47,3% en Occidente. El porcentaje de bajas pautas de educación y crianza más alto se observó en Medellín, Valle de Aburrá y Oriente con porcentajes superiores al 30%. Los niveles de comunicación y afecto variaron entre 68,2% en Occidente y 74,8% en el Valle de Aburrá. El bajo afecto y comunicación fue de 15,5% en todo el Departamento, oscilando entre 10,9% en el Suroeste y 21,1% en Occidente.





## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA

MUNICIPIO	PUNTAJE
Copacabana	46,5
Itagüí	47,3
Ciudad Bolívar	47,6
Barbosa	47,9
Girardota	48,1
El bagre	48,3
Granada	48,9
La Ceja	49,2
Entrerrios	49,4
Amagá	49,4



Se concluyó que se requiere:

- Trabajo conjunto con los acudientes de ambos sexos, con énfasis en los hombres, los cuales presentan el menor involucramiento parental general y en la escuela.
- Apoyar procesos que mejoren la participación de acudientes en las actividades escolares para padres.
- Trabajar en la reducción de castigo físico, psicológico y verbal.
- Fomentar entre las acudientes adecuadas prácticas de educación y crianza, y lograr que se vinculen a estos procesos.
- Incentivar entre las familias la participación a mecanismos que faciliten procesos de comunicación asertiva con sus hijos e hijas o los niños, niñas o adolescentes a cargo.
- Política Pública de Salud Mental Departamental (PPSMD), Análisis de los determinantes sociales de la salud, Mesas subregionales de salud mental

Resultados del análisis de los determinantes sociales y la salud mental, ejercicio realizado con la creación de las nueve mesas subregionales de la Política Pública de Salud Mental Departamental desde el 14 de agosto hasta el 14 de octubre del 2021. Participantes alcaldes, secretarios de despacho, directores locales de salud, coordinadores de salud, personeros municipales, comisarios de familia, gerentes de IPS, psicosociales y comunidad en general. 88 municipios representando las nueve subregiones de Antioquia. Diagnóstico realizado como insumo para la implementación de la Política Pública de Salud Mental departamental. Realizado en el marco de la ejecución del contrato interadministrativo No. 4600011801 de 2021, suscrito con la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y el Hospital Mental de Antioquia – HOMO. Línea de política pública, Libia Amparo Hernández Martínez.

El análisis de los determinantes sociales de la salud se basó en el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS de la OMS (2008). Descansa en dos pilares principales: El

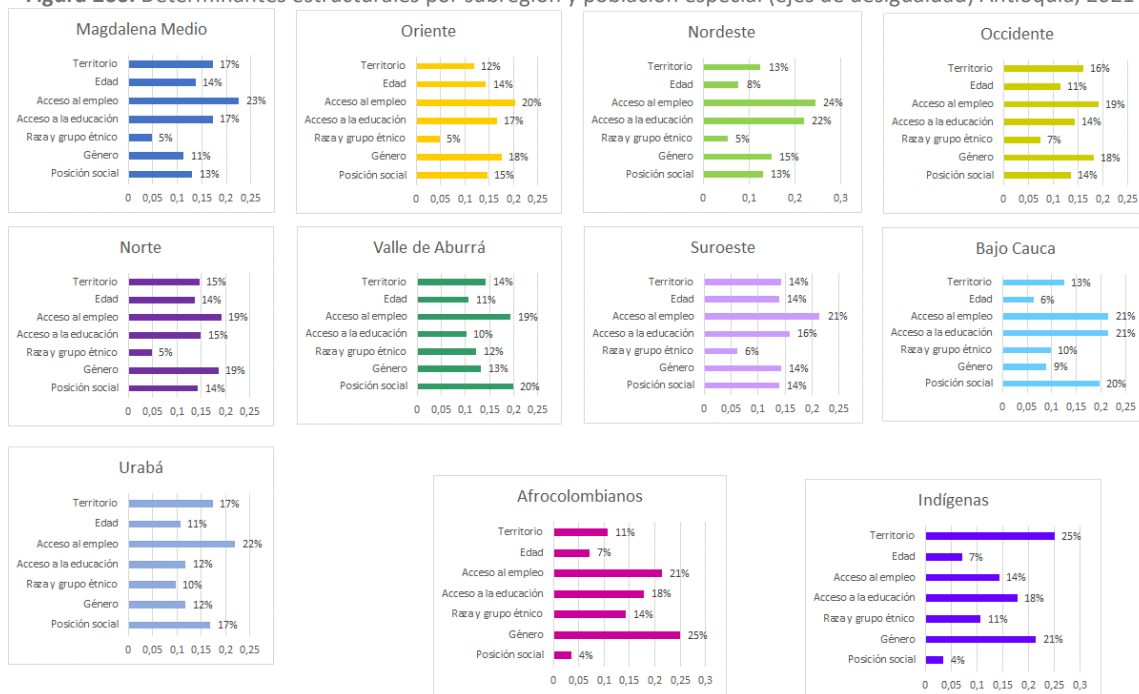


641

concepto del poder social como elemento fundamental de la dinámica de la estratificación social, y el modelo de la producción social de la enfermedad, concebido por Diderichsen y sus colegas (Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T (ed.) Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. Oxford: Oxford University Press; 2011).

La metodología utilizada fue la adaptación de los patrones funcionales de salud como guía para establecer el “como” recopilar los datos y establecer el proceso planificado de recoger la información e interpretarla, buscando en cada municipio “quienes” tendrían el mayor grado de evidencia y las respuestas integrales a los problemas de salud mental que se presentan en cada territorio (Álvarez Suarez, J. L., del Castillo Arévalo, F., Fernández Fidalgo, D., & Muñoz Meléndez, M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. En J. L. Álvarez Suarez, F. del Castillo Arévalo, D. Fernández Fidalgo, & M. Muñoz Meléndez, Manual de Valoración de Patrones Funcionales (págs. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Área Sanitaria V – Gijón (Asturias): Comisión de Cuidados, Dirección de Enfermería de Atención Primaria).

Figura 266. Determinantes estructurales por subregión y población especial (ejes de desigualdad) Antioquia, 2021



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La configuración para el análisis de los DSS se hizo con base en la Resolución 4886 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, que hace referencia a la Política Nacional de Salud Mental. En esta configuración realizada entre el 24-08-14-10-del 2021 participaron 88 municipios correspondiente al 70.4%.

Al analizar el peso de los determinantes sociales se evidencia que hay tres determinantes claros

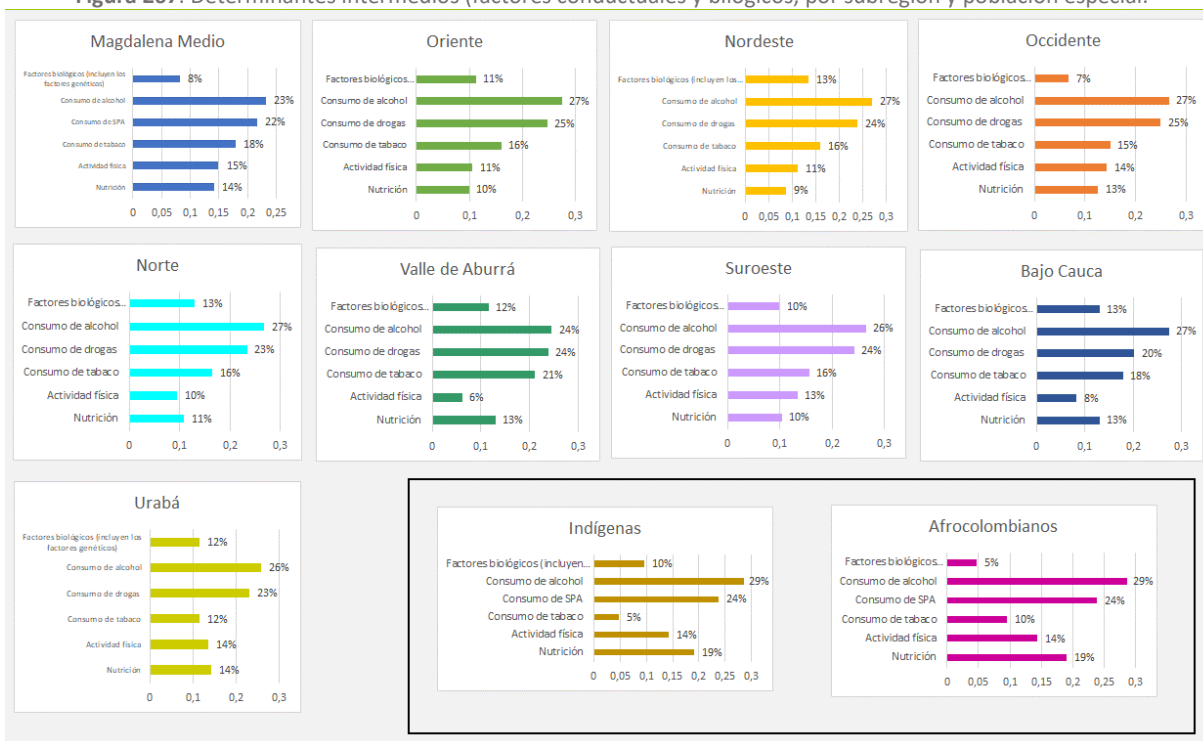


que son los de mayor peso en todas las subregiones del Departamento, como son el acceso al empleo, el acceso a la educación y la posición social, encontrándose algunas subregiones donde el orden de estos tres determinantes se invierte, en la subregión del Valle de Aburrá donde la posición social tiene un peso mayor al acceso al empleo. En la subregión de Urabá el peso da igual para el territorio y posición social, situación que se debe a que en esta región los dueños son pocos, y son grupos de personas del país y de otros países como dueños del territorio.

Entre Oriente y el Norte, hay un cruce por capacidad de pago en Oriente, debido a que en Oriente ya no es productivo en lo relacionado a los cultivos y se trasladan a arrendar la tierra del Norte para los cultivos principalmente el tomate, desplazando las personas del Norte y trasladando campesinos del Oriente a esta nueva zona de cultivo. En otro orden de ideas la mujer fundamentalmente genera ingresos a través de su postura cuidadora, por ejemplo, se ve que es la mujer quien prepara la alimentación en los territorios del Norte donde están los arrendatarios del Oriente.

Al analizar estos determinantes en dos grandes etnias como son afrodescendientes e indígenas se evidencia claramente como el territorio para los nativos tienen el mayor peso sobre los otros determinantes, seguido del género y acceso a la educación, para los afros predomina el género, seguido del acceso al empleo y en tercer lugar el acceso a la educación.

Figura 267. Determinantes intermedios (factores conductuales y bilógicos, por subregión y población especial.



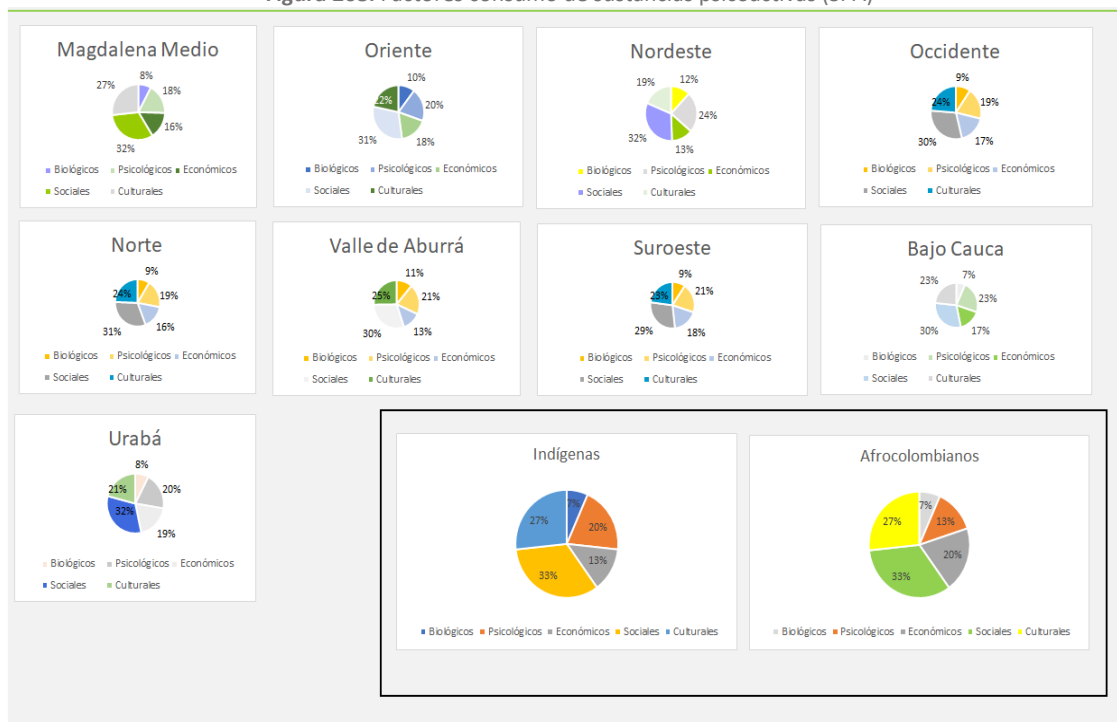
Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia





Como resultado de la configuración de los determinantes intermedios, conductuales y biológicos se evidencia que por región el peso del factor de consumo de alcohol como factor de riesgo en todas las regiones es reconocido como el primer determinante de la salud, oscila entre el 23% y 27%, pero al configurarlo con enfoque étnico tanto en los indígenas como en los afros este factor aumenta a un 29%. Al revisar el consumo de sustancias psicoactivas este oscila entre el 20% y 25%, y en las etnias el 24%, si se agrupara los dos factores se estaría diciendo que se reconoce el consumo de “alcohol como sustancia lícita” y las Sustancias Psicoactivas-SPA que son reconocidos como factores de riesgo conductuales en el 50% de las subregiones. El consumo de tabaco ocupa un tercer lugar en las subregiones, reconocido entre el 12% a 18%, pero este no tiene el mismo peso en los dos grupos étnicos que solo lo reconocen entre el 5% en indígenas y el 10% en la población afro. La actividad física no se reconoce de forma homogénea como factor protector oscilando entre un 6% en la subregión del Valle de Aburrá.

Figura 268. Factores consumo de sustancias psicoactivas (SPA)

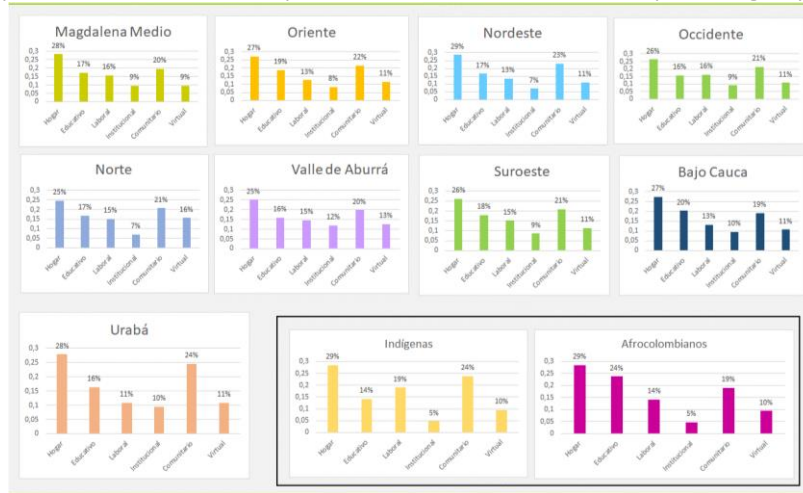


Fuente. SSSA

Al investigar el factor relacionado al origen de porque las personas usan SPA, es importante el peso porcentual que se le da las relaciones sociales, en todas las subregiones e inclusive en los dos grupos étnicos peso porcentual oscila entre 29 a 33% siendo el factor de mayor peso. En segunda posición están los factores culturales, es preocupante que se relacione la cultura con el consumo el uso de SPA, el peso esta entre 19 y 27%, es de resaltar que las dos etnias lo reconocen con un peso de 27%. El factor psicológico tiene un buen peso para el consumo de SPA en todas las regiones, entre el 13 y 24%, el más bajo es en el grupo indígena, debe ser que para ellos desde la

cosmovisión no se reconoce los aspectos psicológicos como son identificados en el mundo occidental.

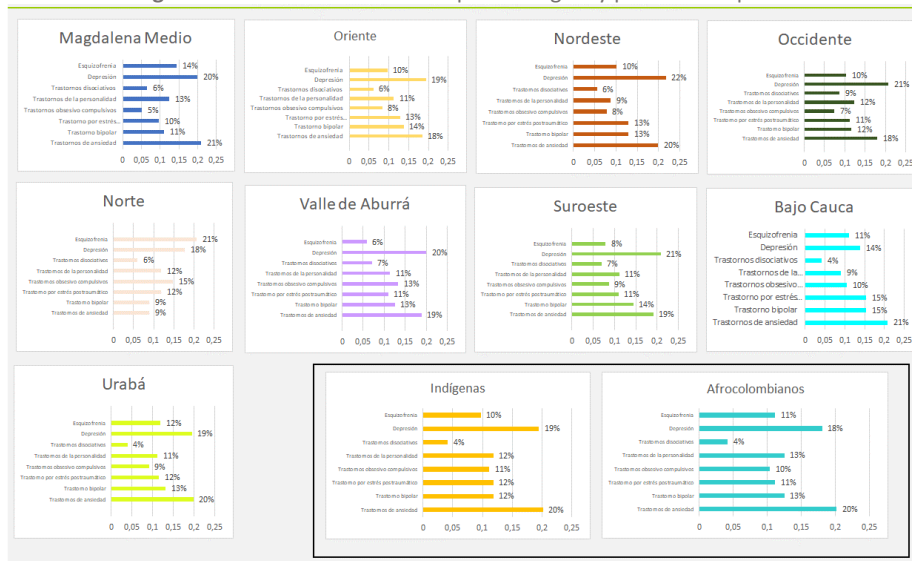
Figura 269. Principales entornos causantes de problemas o enfermedades mentales por subregión y población especial



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Al evaluar el factor de entornos causantes de problemas o enfermedades mentales, se evidencia como el hogar en todas las subregiones y en los dos grupos étnicos es un entorno propicio el desarrollo de problemas de salud mental, donde el rol del hogar debería ser un espacio de convivencia y amor para que todos sus integrantes se desarrollan con estado de salud plena. El peso de este factor oscila entre 25 y 29%, el segundo factor de más peso es el entorno comunitario evidenciado entre 19 y 24% en todas las subregiones y los dos grupos étnicos.

Figura 270. Trastornos mentales por subregión y población especial.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



Bajo la Resolución 089 del 2019, Política Integral para la Prevención y Atención al consumo de Sustancias Psicoactivas, se identifica cuáles son las principales enfermedades mentales que en las diferentes subregiones reconocen los participantes, se evidencia que la depresión y el trastorno de ansiedad compiten por el primer lugar situación que concuerda con las estadísticas disponibles en diferentes continentes, donde la depresión es la primera causa de estos trastornos, se evidencia como en el Bajo Cauca, a depresión no es reconocida como primera causa con un peso porcentual del 14%. Se observa cómo se reconoce el trastorno bipolar obteniéndose un peso que oscila entre 9 y 15%, se identifica también el estrés postraumático como problema de salud mental, reconocido en las subregiones con un peso entre 10 y 15%.

## Conclusiones

- El revisar diferentes fuentes de información ha posibilitado tener una mirada más profunda del análisis de la situación de salud mental para el Departamento.
- Se ha identificado cómo el intento de suicidio, el suicidio, la depresión, la violencia de género predominan en la población antioqueña como problemas de salud mental.
- La tasa de mortalidad por suicidio es un indicador de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030.
- Se observa que la salud mental es y debe continuar siendo una prioridad de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en coordinación intersectorial e interinstitucional con el fin de avanzar en las metas de Objetivo de Desarrollo Sostenible, el Plan de Desarrollo de Antioquia, "Unidos por la Vida 2020-2023" para lograr una población antioqueña más saludable.
- Se evidencia como la no resiliencia, afecta en forma diversa a las subregiones y que los modelos de intervención favorecen que se fortalezca esta con énfasis en los escolares.
- El involucramiento parental, requiere de un proceso de intervención para reducir el riesgo de problemas de comportamiento en los niños, niñas y adolescentes de Antioquia
- Los Determinantes Sociales relacionados a la salud mental, evidencian la necesidad de fortalecer la resiliencia, el involucramiento parental y todas y cada una de las estrategias del proyecto de salud mental, convivencia social, salud para el alma, para potencializar el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes del territorio antioqueño.
- Se requiere continuar el fortalecimiento de la red de atención en la promoción, prevención, atención oportuna de la salud mental.





# Profundización **étnica**

## CAPÍTULO VIII



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS



## Capítulo VIII Profundización Étnica

### 8.1. Fundamentos de la identidad cultural

#### 8.1.1. Grupos étnicos y diferenciales

El enfoque de derechos para la atención diferencial es una forma de abordar, comprender e identificar alternativas de respuesta a las necesidades de una población específica que genere condiciones para garantizar el ejercicio de sus derechos individuales y colectivos y el restablecimiento de los derechos vulnerados. Este enfoque se sustenta en tres puntos fundamentales: (a) Reconocimiento de los grupos de población como titulares (sujetos) de derechos y deberes individuales y colectivos; (b) Diseño de mecanismos que aseguren el ejercicio de los derechos; (c) Generación de condiciones que propendan por el desarrollo integral y armónico, reconociendo la igualdad y dignidad humana, fortaleciendo lo social y lo comunitario. Desde esta perspectiva se reconoce que en la población colombiana existen grupos que por sus particularidades requieren que el gobierno desarrolle acciones que hagan efectivo el ejercicio pleno de sus derechos.

La diversidad étnica y cultural de nuestro país se manifiesta con la presencia de comunidades y pueblos indígenas, negros, afros, raizales, palenqueros y Rrom. La diversidad y diferencia cultural obedece a realidades sociales y culturales que cohabitan el territorio colombiano que conlleva a relaciones interculturales, lo que implica el reconocimiento de sus diferencias; de acuerdo con la Sentencia T-349 (1996) la definición de un pueblo étnico contempla dos condiciones: una subjetiva y otra objetiva. La primera, está relacionada con la conciencia de la identidad étnica, es decir; *“(…) La conciencia que tienen los miembros de su especificidad, es decir, de su propia individualidad a la vez que, de su diferenciación de otros grupos humanos, y el deseo consciente, en mayor o menor grado, de pertenecer a él, es decir, de seguir siendo lo que son y han sido hasta el presente”*. La segunda se refiere a los elementos materiales que distinguen al grupo, comúnmente reunidos en el concepto de *“cultura”*; este término hace relación básicamente al conjunto de creaciones, instituciones y comportamientos colectivos de un grupo humano. *(…) “y el sistema de valores que caracteriza a una colectividad humana.”* En este conjunto se entienden agrupadas, entonces, características como la lengua, las instituciones políticas y jurídicas, las tradiciones y recuerdos históricos, las creencias religiosas, las costumbres (folklore) y la mentalidad o psicología colectiva que surge como consecuencia de los rasgos compartidos.

El enfoque de derechos para la atención diferencial tiene como fin último la garantía del ejercicio de derechos de los grupos poblacionales, procurando la inclusión y el reconocimiento de sus características y situaciones particulares; el Departamento Nacional de Planeación ha propuesto definir el enfoque diferencial como una forma de analizar, actuar, valorar y garantizar el desarrollo de una población, basada en sus características diferenciales desde una perspectiva de equidad y diversidad



648

En ese sentido, se considera la diversidad de la población que se encuentra en un territorio determinado, y desde allí comprender sus necesidades y requerimientos, a partir de lo cual se asumen como sujetos de desarrollo que se deben atender mediante políticas diferenciales promoviendo así una visión múltiple de las opciones de desarrollo que respetan la diversidad de género, momento del ciclo de vida, situación de discapacidad y/o pertenencia étnica.

El enfoque diferencial étnico remite a una perspectiva integrada de análisis, reconocimiento, respeto y garantía de los derechos individuales y colectivos de todos los grupos étnicos existentes en el país, haciendo énfasis en la igualdad de oportunidades desde la diferencia, la diversidad y la no discriminación.

El enfoque diferencial étnico está en concordancia con la Visión de futuro contemplada en el punto 8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en la cual se contempla “... un mundo en el que sea universal el respeto de los derechos humanos y la dignidad humana, el estado de derecho, la justicia, la igualdad y la no discriminación; donde se respeten las razas, el origen étnico y la diversidad cultural y en el que exista igualdad de oportunidades para que pueda realizarse plenamente el potencial humano y para contribuir a una prosperidad compartida; un mundo que invierta en su infancia y donde todos los niños crezcan libres de la violencia y la explotación; un mundo en el que todas las mujeres y niñas gocen de la plena igualdad entre los géneros y donde se hayan eliminado todos los obstáculos jurídicos, sociales y económicos que impiden su empoderamiento; un mundo justo, equitativo, tolerante, abierto y socialmente inclusivo en el que se atiendan las necesidades de los más vulnerables”.

El enfoque diferencial étnico se sustenta en la Constitución Política de 1991, que reconoce al país como pluriétnico y multicultural, y consagra derechos fundamentales relacionados con la diversidad cultural y lingüística, la identidad, la participación y la autonomía de los grupos étnicos. De esta manera el Estado consagra, el derecho a ser reconocidos y protegidos en el marco de la diversidad étnica y cultural del país (Art. 7); el derecho a ser reconocidas dignamente sus manifestaciones culturales, en igualdad a los demás que conviven en el país como fundamento de la nacionalidad (Art. 70), y oficializa las lenguas y dialectos de los grupos étnicos en sus territorios (Art. 10).

En Colombia la diversidad étnica hace referencia al reconocimiento y existencia de tres grupos étnicos, a saber: Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras- NARP, Pueblos Indígenas y el Pueblo Rrom o Gitano.

### 8.1.1.1. Comunidades y Pueblos Indígenas

El Artículo 2.14.7.1.2, del Decreto 1071 (2015), define a la comunidad o parcialidad indígena como el grupo o conjunto de familias de ascendencia amerindia, que tienen conciencia de identidad y comparten valores, rasgos, usos o costumbres de su cultura, per sé cómo formas de gobierno, gestión, control social o sistemas normativos propios que la distinguen de otras comunidades,



tengan o no títulos de propiedad, o que no puedan acreditarlos legalmente, o que sus resguardos fueron disueltos, divididos o declarados vacantes.

Para los pueblos indígenas el territorio se define como el eje central donde se desarrolla la vida, en el cual está la garantía de pervivencia y supervivencia física, espiritual, material y cultural, también es un espacio cosmogónico porque se genera una interacción del ser humano con el cosmos el cual determina el orden social, cultural, productivo, reproductivo y político de los pueblos indígenas que allí habitan, pero también de aquellos que no siendo indígenas se relacionan y benefician de este y de todos los elementos que en él convergen, es un organismo vivo que constituye la “*madre tierra*” o “*pacha mama*” y tiene relación profunda con la comunidad la familia y el individuo; allí está el origen, la vida los alimentos, la historia, los recursos de la sabiduría ancestral, los sitios sagrados las representaciones sociales y culturales, los mitos, las leyendas las formas de autoridad y gobierno propio, la sacralidad, la lucha y resistencia de los pueblos indígenas en sus procesos; además proporciona el soporte y las condiciones para la armonía, el equilibrio y el “*buen vivir o vivir bien*”, es así como las desarmonías y todo lo que afecte son causas generadoras de problemas de salud.

Con relación a la Identidad Cultural indígena, está asociada con el sentido de pertenencia que tienen los pueblos indígenas con un conjunto de elementos materiales e inmateriales tales como humores, energías, vida espiritual, idiomas propios que crean y le dan simbolismo especial a la cultura propia de determinado pueblo indígena, determina el modo de vida propio que tienen las comunidades, estudia los procesos socioculturales, territoriales, políticos, productivos, creencias y los usos y costumbres.

## 8.1.1.2. Negros, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueros (NARP)

### 8.1.1.2.1. Comunidades Negras y Afrocolombianas

En Colombia se emplean dos (2) categorías para referirse a las poblaciones de origen africano que llegaron a América por las rutas de la esclavitud: comunidades negras o afrocolombianos. De acuerdo con el Artículo 2 de la Ley 70 (1993), una comunidad negra la constituye un conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, que revelan y conservan conciencia de identidad que las distinguen de otros grupos étnicos. Esta misma ley establece que la forma de organización social y política de las comunidades negras se da a partir de Consejos Comunitarios. De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación - DNP (2019) los territorios colectivos de las comunidades negras tienen una extensión aproximada de 5.762.081,38 hectáreas, titulada a 207 consejos comunitarios.



## 8.1.1.2.2. Palenqueros

Los Palenqueros habitan en el Consejo Comunitario Makankamana en el Corregimiento de San Basilio de Palenque, del municipio de Mahates, departamento de Bolívar el cual fue declarado por la Unesco Patrimonio Oral e Inmaterial de la Humanidad en 2005.

Actualmente los Palenqueros cuentan con un título colectivo, una organización social y familiar que revela huellas de africanía y una lengua criolla afrocolombiana (el palenquero) que mezcla raíces africanas con el castellano.

## 8.1.1.2.3. Raizales del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

La denominación de raizales obedece a la necesidad de diferenciación de los indígenas, quienes son referenciados como “*nativos*”. La identidad de los raizales del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina es producto de las relaciones entre culturas africanas, antillanas y anglosajonas. Los raizales habitan principalmente en el Archipiélago, hablan el creole, como lengua propia y su religión originaria es la protestante.

## 8.1.1.3. Pueblo Rrom o Gitano

Son un pueblo de origen nor-índico y transnacional que habita en todos los rincones del planeta. A pesar de sus orígenes (Europa y Asia), han hecho parte de la historia del país, incluso desde tiempos coloniales; este pueblo constituye una sociedad patrilineal cuya autoridad recae en el padre cabeza de familia (Seró Rom), el conjunto de padres (Seré romange) conforman la autoridad de la Kumpania y se encargan de solucionar los conflictos y mantener la armonía; este pueblo cuenta con su propia lengua, conocida como Romani. El Estado Colombiano los reconoció como un pueblo étnico de este país, por medio de la Resolución 022 (1999) expedida por el Ministerio del Interior. El marco normativo para la protección de los derechos del pueblo Rrom lo constituye el Decreto 2957 (2010), posteriormente unificado en el Decreto 1066 (2015).

## 8.2. Comunidades étnicas en Antioquia

En el presente apartado se tratan dos aspectos claves, el primero se configura cómo el abordaje, caracterización y reconocimiento de los diversos grupos étnicos y diferenciales que habitan en los territorios de Antioquia, a partir de aspectos como su organización social, cosmovisión, sistema de salud, entre otros; al mismo tiempo, el segundo aspecto trata de todos aquellos conceptos requeridos para lograr entender de una manera más amplia las realidades de estas comunidades, sus concepciones y necesidades para garantizar su bienestar.

### 8.2.1.1. Caracterización de la población

El censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 planteó la pertenencia a los diferentes grupos étnicos conforme al auto - reconocimiento de cada persona registrada. Dada esta característica



651



sólo el 5,46% de la población se auto reconoció como parte de un grupo étnico, el 1,1% se abstuvo de responder y el 93% expresó no pertenecer a ninguna de las etnias. De aquellos que indicaron formar parte de alguna etnia se autor reconocieron 311.289 como Negro, Mulato, Afrodescendiente, 37.628 Indígena, 640 Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 183 Palenquero de San Basilio y 140 Gitano o Rrom; no obstante, en Junio de 2021 el DANE realiza estimación de población étnica omitida a niveles subnacionales, en donde se identifica un incremento en las cifras departamentales así: 348.095 como Negro, Mulato, Afrodescendiente, 38.811 Indígena, 640 Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 183 Palenquero de San Basilio y 140 Gitano o Rrom, sin embargo esta información no ha sido suministrada al departamento desde el nivel nacional, por esta razón se relaciona cifras censo sin ajustes

Tabla 137. Población censada por subregión, municipio y grupo étnico. Antioquia. 2018

Subregión	Municipio	Gitano(a) o Rrom	Indígena	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	No informa	Palenquero(a) de San Basilio	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Ningún grupo étnico	Total general
BAJO CAUCA	Cáceres		1.674	594	365		3	23.824	26.460
	Caucasia	1	1.077	3.442	566	1	4	79.626	84.717
	El Bagre	4	880	2.211	203	1	4	44.339	47.642
	Nechi		93	2.977	54		1	20.941	24.066
	Tarazá		83	451	186	1	1	22.104	22.826
	Zaragoza		1.965	7.885	56		6	14.155	24.067
	<b>Total BAJO CAUCA</b>		<b>5</b>	<b>5.772</b>	<b>17.560</b>	<b>1.430</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>204.989</b>
MAGDALENA MEDIO	Caracolí			12	12			3.943	3.967
	Maceo		8	52	21			7.216	7.297
	Puerto Berrio		59	1.450	647	2	5	34.638	36.801
	Puerto Nare		20	362	82		4	11.693	12.161
	Puerto Triunfo		8	158	46			17.019	17.231
	Yondó		22	648	85	11	2	16.829	17.597
	<b>Total MAGDALENA MEDIO</b>			<b>117</b>	<b>2.682</b>	<b>893</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>91.338</b>
NORDESTE	Amalfi	1	2	102	117			20.043	20.265
	Anorí		167	244	89			14.002	14.502
	Cisneros		6	110	75			8.719	8.910
	Remedios	1	96	120	121			22.192	22.530
	San Roque		1	55	67			17.669	17.792
	Santo Domingo		3	53	21			9.709	9.786
	Segovia	1	574	880	516		1	31.718	33.690
	Vegachi		45	96	50			10.943	11.134
	Yalí		10	39	43			6.142	6.234
Yolombó		6	106	100			18.798	19.010	
<b>Total NORDESTE</b>		<b>3</b>	<b>910</b>	<b>1.805</b>	<b>1.199</b>		<b>1</b>	<b>159.935</b>	<b>163.853</b>

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

Subregión	Municipio	Gitano(a) o Rrom	Indígena	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	No informa	Palenquero(a) de San Basilio	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Ningún grupo étnico	Total general	
NORTE	Angostura	4		49	24	4		10.419	10.500	
	Belmira		1	2.098	22			3.228	5.349	
	Briceño		3	30	21	1		5.891	5.946	
	Campamento				22	62			7.348	7.432
	Carolina	1	8	38	29				3.267	3.343
	Don Matías			64	31				14.113	14.208
	Enterrios			7	31	43			8.739	8.820
	Gómez Plata			1	66	59			8.109	8.235
	Guadalupe			5	29	23			5.395	5.452
	Ituango	1	477		126	5.396		14	17.770	23.784
	San Andrés de Cuerquia			1	45	24			6.225	6.295
	San José de La Montaña				28	32			2.892	2.952
	San Pedro de Los Milagos			5	57	132			16.925	17.119
	Santa Rosa de Osos			12	140	229			30.686	31.067
	Toledo			12	30	10			4.878	4.930
	Valdivia			2	87	39			11.383	11.511
	Yarumal			13	148	291		1	35.884	36.337
<b>Total NORTE</b>		<b>6</b>	<b>547</b>	<b>3.088</b>	<b>6.467</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>193.152</b>	<b>203.280</b>	
OCCIDENTE	Abriaquí	1		43	24			2.091	2.159	
	Anzá		2	22	36			6.328	6.388	
	Armenia		3	7	5			3.804	3.819	
	Buriticá			27	49			7.333	7.409	
	Caicedo		1	16	71			6.930	7.018	
	Cañasgordas	1	3	45	87		1	13.458	13.595	
	Dabeiba		4.747	116	253			17.601	22.717	
	Ebéjico	1	2	47	58			10.230	10.338	
	Frontino			3.812	104	199		1	16.040	20.156
	Giraldo				15	18			5.024	5.057
	Heliconia	1	6	21	19				4.662	4.709
	Liborina		1	34	31				7.862	7.928
	Olaya		1	32	22				2.664	2.719
	Peque			58	29				7.068	7.155
	Sabanalarga	2	4	109	40		1		7.677	7.833
	San Jerónimo		9	36	59				13.054	13.158
	Santafé de Antioquia			24	705	174		64	22.249	23.216
Sopetrán	1	3	1.674	80			2	11.988	13.748	
Uramita			110	52	17			6.344	6.523	
<b>Total OCCIDENTE</b>		<b>7</b>	<b>8.728</b>	<b>3.163</b>	<b>1.271</b>		<b>69</b>	<b>172.407</b>	<b>185.645</b>	
ORIENTE	Abejorral		2	62	107			17.428	17.599	
	Alejandro			12	30			3.797	3.839	
	Argelia		2	57	65			6.628	6.752	
	Cocorná			85	69	1		14.588	14.743	
	Concepción			12	19			3.905	3.936	
	El Carmen de Viboral		28	156	135			53.630	53.949	
	El Peñol		13	73	40			17.884	18.010	
	El Retiro		2	59	81			20.558	20.700	
	El Santuario	3	3	61	96			30.148	30.311	
	Granada		117	163	85	1		8.838	9.204	
	Guarne		40	190	268	1	2	41.999	42.500	
	Guatapé		4	29	80			6.925	7.038	
	La Ceja	1	17	203	381		1	58.783	59.386	
	La Unión		2	49	152		1	20.565	20.769	
	Marinilla		40	182	318		2	54.688	55.230	
	Nariño	1	2	27	32			8.541	8.603	
	Rionegro	1	48	716	1.350	1	6	114.278	116.400	
San Carlos		10	47	175			14.248	14.480		
San Francisco		1	33	20			5.311	5.365		
San Luis		2	51	27			3	11.037	11.120	
San Rafael			57	53	6		12.462	12.578		
San Vicente			27	77			17.947	18.051		
Sonsón		7	173	158			31.523	31.861		
<b>Total ORIENTE</b>		<b>6</b>	<b>340</b>	<b>2.524</b>	<b>3.818</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>575.711</b>	<b>582.424</b>	

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2022

Subregión	Municipio	Gitano(a) o Rrom	Indígena	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	No informa	Palenquero(a) de San Basilio	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Ningún grupo étnico	Total general
SUROESTE	Amagá	2	9	125	74	3		26.608	26.821
	Andes		248	225	523	1	2	37.145	38.144
	Angelópolis		3	27	10			4.987	5.027
	Betania		32	64	22			8.471	8.589
	Betulia		27	71	87			14.912	15.097
	Caramanta		1	15	20			4.233	4.269
	Ciudad Bolívar		255	191	86			22.829	23.361
	Concordia			61	108		1	15.925	16.095
	Fredonia		15	157	58	1	1	18.558	18.790
	Hispania		11	39	19			4.881	4.950
	Jardín		1.487	67	38			11.949	13.541
	Jericó		2	24	64			11.167	11.257
	La Pintada		9	87	41			7.837	7.974
	Montebello		7	13	40			5.821	5.881
	Pueblorrico		167	29	34			6.972	7.202
	Salgar		7	98	53			15.624	15.782
	Santa Bárbara		6	93	65			21.866	22.030
	Támesis		156	76	169	2		14.609	15.012
	Tarso			18	36		1	5.608	5.663
	Titiribí		2	30	39			8.245	8.316
Urao		1.726	1.192	277	1	3	25.805	29.004	
Valparaiso		288	15	12			5.116	5.431	
Venecia		8	44	71		1	10.156	10.280	
<b>Total SUROESTE</b>		<b>2</b>	<b>4.466</b>	<b>2.761</b>	<b>1.946</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>309.324</b>	<b>318.516</b>
URABA	Apartadó	2	810	42.854	800	8	32	68.963	113.469
	Arboletes	2	958	7.100	120	3	8	18.098	26.289
	Carepa	1	68	11.371	909	1	1	33.585	45.936
	Chigorodó	1	2.220	27.532	256	3	1	25.551	55.564
	Murindó		1.925	2.411	254	2	1	49	4.642
	Mutatá		2.115	1.187	44		1	9.260	12.607
	Necoclí	1	1.495	18.358	123	8	1	18.434	38.420
	San Juan de Urabá		211	10.253	102	12	5	9.409	19.992
	San Pedro de Urabá	16	572	326	569			29.044	30.527
	Turbo	2	2.322	72.550	478	3	11	39.068	114.434
Vigía del Fuerte		1.035	6.675	386	4	4	35	8.139	
<b>Total URABA</b>		<b>25</b>	<b>13.731</b>	<b>200.617</b>	<b>4.041</b>	<b>44</b>	<b>65</b>	<b>251.496</b>	<b>470.019</b>
VALLE DE ABURRA	Barbosa	1	20	230	227			44.279	44.757
	Bello	9	303	9.272	6.447	17	58	465.795	481.901
	Caldas		49	408	690	5		75.108	76.260
	Copacabana	5	52	679	797	1	4	74.941	76.479
	Enviado	16	99	1.386	2.718	6	11	208.201	212.437
	Girardota		46	2.975	392	1	3	45.628	49.045
	Itagüí	5	319	2.138	2.778	4	31	258.057	263.332
	La Estrella		13	366	528		3	66.971	67.881
	Medellín	48	2.071	59.064	31.165	63	314	2.279.605	2.372.330
Sabaneta	2	45	571	823	3	12	80.341	81.797	
<b>Total VALLE DE ABURRA</b>		<b>86</b>	<b>3.017</b>	<b>77.089</b>	<b>46.565</b>	<b>100</b>	<b>436</b>	<b>3.598.926</b>	<b>3.726.219</b>
<b>Total general</b>		<b>140</b>	<b>37.628</b>	<b>311.289</b>	<b>67.630</b>	<b>183</b>	<b>640</b>	<b>5.557.278</b>	<b>5.974.788</b>

Fuente: - Censo DANE. 2018

## 8.2.2. Identidad cultural de los grupos étnicos en Antioquia

### 8.2.2.1. Indígenas

En Antioquia se reconocen tres pueblos Indígenas:

#### 8.2.2.1.1. Pueblo Embera

La palabra Emberá en idioma Emberá significa “*gente*”, para la cual la madre naturaleza es el punto cero de la cosmogonía, una revisión de las lógicas de los asentamientos muestra una tendencia a organizarse en forma dispersa, a partir de allí son desplegados todos los relatos, los simbolismos y la actividad social, cultural y económica; la organización social Emberá tiene como elemento base y estructurante a la familia o parentela; la cual se compone tradicionalmente de un padre, una madre y su respectiva descendencia. La autoridad es ejercida por el jefe de familia, el cual en la mayoría de los casos está representado por una persona mayor. La familia Emberá, es considerada la unidad social más importante ya que desde ella se toman las decisiones trascendentales de la comunidad y se resuelven los conflictos internos.

Con el nacimiento de las organizaciones indígenas regionales, como es el caso de la OIA (Organización Indígena de Antioquia) en el departamento de Antioquia en el año de 1985, pueblos originarios como el Emberá alcanzaron a consolidar procesos socio – políticos como la creación de resguardos, la inclusión de un sistema educativo cultural propio, el impulso a la producción comunitaria y la formación de cabildos, entre otros. De esta manera los cabildos se han convertido en la institución política primordial dentro de las comunidades Emberá, aclarando que son una figura histórica surgida desde la época colonial pero que en décadas anteriores ha tomado un peso importante dentro de la realidad política de dicho pueblo. Los cabildos están conformados por diferentes miembros de la comunidad los cuales ejercen el cargo de autoridades; de esta forma los cabildos Emberá tiene como objetivo principal entablar relaciones entre las comunidades y el estado (Upme, 2015).

Un aspecto importante dentro de la organización social Emberá es la existencia de la figura del “*Jaibaná*”, el cual se configura como un sabio tradicional no hereditario que aprende los conocimientos de su labor por medio de maestros experimentados en la naturaleza, la salud, la subsistencia, la regulación de la vida y el poder mágico espiritual. El Jaibaná, mantiene relación y comunicación con los Jai (espíritus) para mantener el equilibrio de la naturaleza y la vida. Dentro de sus actividades en la sociedad Emberá se encuentra, la curación de enfermedades, la curación de la tierra, las zonas de cultivo y las viviendas, guiar espiritualmente a la comunidad y fungir como consejero, entre otros (Jimenez., 2019).

Las familias Emberá poseen un carácter monogámico, razón por la cual suelen ser nucleares (Madre, Padre e hijos) o extensas (nietos, tíos, abuelos, entre otros) y habitar en una vivienda construida por ellos mismos denominada “*tambo*”, que es una edificación de forma circular o rectangular hecha en madera y elevada con pilotes a la cual se accede a través de un tronco



muestras. La parentela, es la unidad laboral que se encarga de la siembra, obtención de alimentos y materias primas, transporte de recursos, entre otros. Las mujeres en su diario vivir se encargan del cuidado del hogar, la crianza de los hijos y la elaboración de vestidos y bisutería como collares y manillas en chaquiras de diversos colores, las cuales tradicionalmente representan en sus motivos mitos, historias y leyendas de su cosmovisión, también elaboran canastos en fibra vegetal y objetos en arcilla. Por su parte, los hombres se encargan del desmonte, deshierbe, limpieza, carga y almacenamiento de los productos agrícolas. De igual manera, se dedican a las labores de pesca, cacería y recolección de madera. Son los encargados de realizar las transacciones comerciales, la talla de madera y la fabricación de herramientas. (Gobierno de Colombia, 2017).

La economía Emberá anteriormente era de subsistencia soportada en la recolección, pesca y cacería, sin embargo, en los últimos años la agricultura ha tomado un papel importante dentro de su economía, siendo los productos más cultivados el maíz, el plátano, el arroz, el café, el cacao y la caña de azúcar. Al ser los ríos un elemento importante de la cosmovisión Emberá los patrones de asentamiento de los cultivos se realizan en las riberas de los ríos. Para la cacería, hacen uso de perros y cerbatanas con dardos venenosos; al mismo tiempo que en algunas regiones se dedican a la extracción maderera y a la minería. Tradicionalmente la pintura corporal y facial, junto con la realización de bisutería ha representado una fuente de reconocimiento e identidad dentro de las comunidades Emberá, ya que dichas expresiones exponen ciclos vitales y estados emocionales en ceremonias, ritos religiosos, procesos de curación e incluso en la cotidianidad.

El pueblo embera se constituyen como un grupo originario presente en la República de Colombia, especialmente en los departamentos de la zona occidental del país entre los cuales se incluye al territorio de Antioquia; se reconoce la presencia de 3 (tres) de estos grupos, los cuales son:

- **Emberá Eyabida:** También conocidos como Katíos; cuyo nombre significa “gente de la montaña”, es el grupo más numeroso dentro del departamento la cual se concentra especialmente en las subregiones de Urabá y de Occidente; los Eyabida practican como actividades económicas la agricultura con el cultivo de maíz y plátano, la pesca, la cría de especies menores y la recolección debido a su estilo de vida semi – nómada; entre los rasgos comunes están su lengua nativa, la cosmovisión jaibaná, la movilidad territorial, la cultura selvática, y la forma de organización social y política, elaboran vasijas de barro y canastos de bejuco. (ONIC, 2020).
- **Emberá Chamí:** Son el segundo grupo en cuanto a población se refiere, este grupo se localiza sobre todo en las subregiones de suroeste y nordeste; los Chamí se dedican a la agricultura en parcelas donde se cultivan una gran variedad de productos que van desde el café, plátano, maíz, frijol, caña de azúcar, acompañado de la pesca la caza y la recolección; otras actividades realizadas son la extracción de oro y madera. (ONIC a, 2020).
- **Emberá Dovidá:** Su nombre significa “hombres de río”, son el grupo más reducido en el departamento. A partir de las estadísticas oficiales, el epicentro geográfico de los Dovidá es el municipio de Vigía del Fuerte, en la subregión de Urabá. Los Dovidá se dedican al cultivo de plátano, maíz y frijol, también a la caza, a la pesca y a la recolección. Son personas



o “gente” que viven a orilla del río, cuyo eje de vida gira en torno al río, sus casas y huertos están a la orilla del río donde la pesca es una actividad permanente.

Los Jaibanás y las parteras cumplen un papel muy importante son los encargados de enseñar a conservar la vida es decir se enseñaba a vivir a través de diferentes actividades vitales como la pesca, la cacería, la recolección, la agricultura, utilizando como recursos pedagógicos la danza, el canto, la artesanía la pintura, los juegos tradicionales (ONIC b, 2020).

### 8.2.2.1.2. Pueblo Senú

Los Senú, Sinú o Zenú cuyos miembros son denominados como “*los hijos de la caña flecha*”, son un pueblo indígena que se ubica especialmente en las Subregiones de Urabá y Bajo Cauca, se configuran como el segundo pueblo indígena más numeroso del departamento después de los Emberá. El núcleo original de este grupo está asentado en el resguardo de San Andrés de Sotavento, en el departamento de Córdoba, desde donde han migrado hacia Antioquia en busca de tierras para cultivar. En épocas más recientes, el pueblo Senú ha estado sufriendo un proceso exponencial de aculturación debido a fenómenos como el desplazamiento, la apertura socio – cultural y el desarraigo a sus territorios ancestrales, lo cual ha generado que hayan tenido que integrarse a la cultura occidental de una manera más acelerada que otros pueblos. Razón por la cual, factores importantes de su identidad como su lengua, se han extinguido.

Las familias suelen ser numerosas, el hombre Senú se encarga de la pesca y de la caza de forma artesanal en los bosques y ríos de su territorio habitacional. También se encargan de labores agrícolas, manufactureras y de “*jornaleo*” en fincas de la región (Ministerio de la cultura, 2010). La cosmovisión Senú es el resultado de un sincretismo cultural que une las creencias católico – cristianas y sus creencias tradicionales, son devotos al Dios cristiano al mismo tiempo que posee un panteón de santos como San Simón de Juego y San Simón Blanco, a los cuales les brindan tributos y les hacen ofrendas para el bienestar de la comunidad (ONIC c, 2020).

El sistema médico Senú es un elemento vital dentro de su composición social, estando fundamentada en el uso de plantas con las cuales se realizan brebajes y esencias para diferentes propósitos como santificar lugares, ayudar en los partos y ahuyentar a los malos espíritus. Las plantas son cultivadas en huertos cercanos a las viviendas o recolectadas en los bosques y entre las más utilizadas se encuentran el tabaco, la hierbabuena, el orégano y la mata –ratón. Dichas ceremonias son acompañadas con rezos y conjuros (ONIC c, 2020).

En cuanto a la música, el pueblo Senú ha reemplazado los ritmos y los instrumentos tradicionales que imitaban los sonidos de la naturaleza por ritmos con influencia occidental como la cumbia. En la actualidad, los hombres visten con pantalón, camisa y sombrero “*vueltaio*”, mientras que las mujeres utilizan faldas y blusas coloridas (ONIC c, 2020).



Las principales actividades económicas de los Senú son en primera instancia la agricultura, ya que cultivan plátano, frijol, cacao, ñame, ajonjolí, hierbas medicinales y maíz, entre otros. La actividad agrícola en estas comunidades se destina generalmente al autoconsumo y subsistencia de sus integrantes. Las artesanías, son otro elemento importante de la economía Senú; tradicionalmente esta comunidad ha sido considerada muy hábil en la producción de elementos artesanales a partir de la tejeduría de la caña flecha (fibra vegetal), siendo el producto más emblemático el sombrero vultiao o Senú. La esencia cultural del sombrero radica tanto en las técnicas de trenzado de las fibras que han sido traspasadas de generación en generación como en los dibujos y símbolos que los componen, los cuales identifican el trabajo de una familia o comunidad determinada. Por último, el “*jornaleo*” o el trabajo asalariado en fincas y haciendas cercanas a sus territorios, se ha convertido en otra actividad económica para dicho pueblo.

### 8.2.2.1.3. El pueblo Guna-dule

Los Gunadule, Tule, Cuna o Tacarcuna, son un pueblo indígena ubicado en el oriente de Panamá y el occidente de Colombia incluyendo al departamento de Antioquia en la subregión de Urabá. Este pueblo históricamente ha migrado por diferentes territorios colindantes a la región del Darién a causa de distintos conflictos bélicos con otros pueblos indígenas y con los exploradores europeos. En épocas posteriores, los procesos de colonización y de explotación de recursos naturales en sus territorios ancestrales han motivado el desplazamiento de algunas de estas comunidades a otras regiones que tradicionalmente no ocupaban (Universidad Nacional, 2017).

Dichos fenómenos socio – históricos, han generado que el pueblo Gunadule genere fuertes procesos de cohesión comunitaria en los cuales el cacicazgo es el eje fundamental de su organización política. De igual manera, han creado un sistema educativo y un plan de salvaguarda cultural junto con la realización de congresos generales para analizar aspectos políticos y diplomáticos de su sociedad.

En la cultura Gunadule la familia extensa es la asociación básica productora, el trabajo agrícola es compartido por hombres y mujeres en el caso de la cacería, son exclusivamente los hombres los que se encargan de este oficio, que es considerado netamente masculino y se ejecuta por medio de arcos pequeños de madera, trampas o armas de fuego como escopetas. El alto nivel de cohesión social de los Gunadule ha permitido que un gran porcentaje de sus manifestaciones culturales hayan permanecido intactas a lo largo del tiempo, sin desconocer que han adoptado algunos elementos occidentales a su cosmovisión, dentro de la comunidad, las ceremonias del ciclo vital son más marcadas para las mujeres debido al papel simbólico que poseen dentro de su cosmovisión; entre los ritos más importantes están el entierro del cordón umbilical del recién nacido y su posterior baño con ungüentos vegetales para protegerlo de los espíritus, en la niñez se impone la nariguera de oro a las niñas al realizar una apertura nasal por parte de un hombre mayor o sabio. Cuando el individuo entra en la etapa de la pubertad, se realizan las fiestas de Surba inna y Naobed inna (fiestas de la pubertad), en las cuales se realizan bailes y se cuentan historias; teniendo como objetivo representar simbólicamente el paso del individuo de la niñez a la adultez.

Cuando el individuo fallece se le suele cubrir con una manta y enterrarlo bajo su vivienda, colocando huesos en su tumba para que el difunto pueda distraer a los espíritus malignos de camino hacia la otra vida (Upme a, 2015).

Las actividades económicas se centran en el cultivo, del plátano, el arroz, la yuca y el maíz, de los mencionados cultivos, todos son de autoconsumo y de comercialización, como es el caso del plátano, puesto que diversas comunidades han generado iniciativas de exportación de este alimento el cual es sembrado en grandes extensiones de tierra. (ONIC d, 2020).

### 8.2.2.2. Comunidades negras y afrocolombianas

En el departamento Antioquia, se pueden encontrar miembros de las comunidades Afro y Negras en todos sus municipios, sin embargo, las Subregiones del Bajo Cauca y de Urabá presentan un porcentaje alto de representantes de dicha comunidad. En este apartado se mencionarán los territorios colectivos pertenecientes al pueblo afrocolombiano dentro del departamento, teniendo presente que estos espacios son constituidos legalmente por grupos de personas afrocolombianas, los cuales poseen no solo un componente económico, sino que también un componente social, territorial y cultural que fortalece su identidad.

Los títulos colectivos corresponden y representan a los Consejos Comunitarios de las comunidades afrocolombianas en el departamento; la figura de Consejo Comunitario fue creada por medio de la ley 70 de 1993 en su artículo 5 , el cual expone que *“Toda comunidad negra podrá constituirse en consejo comunitario, que como persona jurídica ejercerá la máxima autoridad de administración interna dentro de las tierras de las comunidades negras, de acuerdo con los mandatos legales y constitucionales que lo rigen”* (Ministerio de agricultura, 2014). En el caso de Antioquia, la Gobernación departamental adoptó la Ordenanza 10 de 2007, la cual busca reconocer y garantizar los derechos de las comunidades negras por medio de políticas públicas; entre los diversos objetivos concentrados allí se encuentra el fortalecimiento de las organizaciones de base afrocolombianas y la promoción de la compra y titulación de tierras por parte de las citadas comunidades (Asamblea departamental de Antioquia a, 2018).

Dentro de los espacios territoriales para las comunidades afrocolombianas y negras, los lugares donde se desarrollan las diferentes actividades están identificados con los roles de género de mujeres y hombres; por tal razón las actividades que requieren de mayor esfuerzo físico como la minería o la cacería son reservadas para los hombres, y el resto de las actividades son desarrolladas por las mujeres. Para las y los afrocolombianos, el lugar donde habitan expresa formas organizativas alrededor de actividades como la agricultura, la minería, la pesca y la caza; dichas formas organizativas son un reflejo de su tradición y ancestralidad.

Las tradiciones afrocolombianas son transversalizadas por su resistencia ancestral, lo que significó que muchos de sus parámetros culturales y saberes ancestrales permanecieran a lo largo del tiempo. Esto se debió a que, en muchas ocasiones, sus actos culturales fueron condenados por



motivos religiosos, sociales e incluso morales; sin embargo, una importante cantidad de representaciones de su cultura pueden ser observadas en la actualidad, desde danzas como el sainete, el currulao o el bambuco, hasta instrumentos musicales tales como los tambores y la marimba que han repercutido en el nacimiento de muchos ritmos musicales no solo en el departamento sino en todo el país. Los relatos de tradición oral (forma de transmisión de conocimiento predominante en las comunidades afrocolombianas) se han convertido en una forma de memoria colectiva, que reconocen, visibilizan y empoderan las raíces africanas, afianzando sus sentidos de pertenencia e identidad (Ministerio de la Cultura a, 2010).

### 8.2.2.3. Rrom o Gitanos

El origen de los Rrom o Gitanos se remonta a más de 1.000 años, provienen del norte de la India, conservan un bagaje cultural diferenciado. Fueron reconocidos como grupo étnico colombiano mediante la Resolución No. 022 del 2 de septiembre de 1999 expedida por la Dirección General de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia, y luego por el Decreto 2957 del 6 de agosto de 2010 el Estado colombiano reconoce sus derechos, las características de su propia identidad y de la conciencia étnica particular, su forma organizativa social específica y la definición histórica de sus propias instituciones políticas y sociales.

Las kumpanias son denominadas como el conjunto de grupos familiares configurados patrilinealmente (patrigrupos), que a partir de alianzas de diverso orden optan por compartir espacios para vivir cerca o para itinerar de manera conjunta. En Colombia, se ubican generalmente en sitios específicos de centros urbanos, ciudades principales e intermedias del País; actualmente se identifican 11 Kumpanias, una de ellas en Antioquia denominada “*Kumpania Envigado*”, compuesta actualmente por 32 personas que residen en los municipios de Envigado, Medellín, Copacabana y Angostura, según Censo propio de fecha 2 de septiembre de 2022<sup>73</sup>.

#### 8.2.2.3.1. Político organizativo: identificación de procesos propios

Los grupos étnicos han construido instrumentos propios de planeación (Planes de Vida - Pueblos Indígenas, Planes de Etnodesarrollo - Comunidades Negras, Plan del Buen Largo Camino – Pueblo Rrom), que incorporan acciones para garantizar su pervivencia en el territorio y el mejoramiento de su calidad de vida. Estos instrumentos pueden estar plasmados por escrito o en forma oral

**Los planes de vida** son ejercicios de planeación orientados a la pervivencia física y cultural de los pueblos indígenas, que se caracterizan por partir de dinámicas comunitarias y construcciones colectivas donde los mismos integrantes de los pueblos realizan autodiagnósticos, identifican sus problemáticas y formulan sus propuestas de desarrollo, programas y estrategias desde su propia visión. Los Planes de Vida son definiciones para la vida de la comunidad o el pueblo, sus principios

<sup>73</sup> Población gitana o Rrom de Colombia, disponible en

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-poblacion-gitana-rrom-2019.pdf>

son la cosmovisión, la territorialidad, la memoria histórica, la espiritualidad, la cultura, la identidad, la autonomía, la colectividad; orientados hacia la pervivencia e integridad física y cultural de los pueblos.

**Los planes de Etnodesarrollo** de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras de Colombia se pueden considerar como instrumentos de gestión y planificación que pretenden reflejar las perspectivas y preferencias sobre el propio desarrollo desde la visión particular de cada comunidad que pertenezca a la población NARP (tienen que ver con la manera de habitar su territorio y su cosmogonía y su visión particular del desarrollo.)

**El Plan del Buen Largo Camino -O'lasho Lungo Dromo** las propuestas de desarrollo propio para el Pueblo Rrom representan oportunidades de desarrollo, mediante un proceso en permanente construcción, que parte de sus exigencias para ser reconocidos en el contexto cultural, social, político, económico de sus lugares de asentamiento como grupo étnico, en condiciones de equidad frente a los derechos reconocidos a los demás grupos étnicos en el país.

### 8.3. Estado actual de los procesos interculturales en salud

#### 8.3.1. Aspectos del cuidado de la salud: conceptos salud y enfermedad

Puede definirse como la coexistencia de las culturas propias de la salud como modalidades diferenciadas en la atención en salud de las poblaciones y la visión de una salud alopática, donde ambas interactúan y coordinan esfuerzos terapéuticos, manteniendo su identidad y autonomía integradas por mutuo acuerdo en la gestión territorial integral de actividades, intervenciones, procedimientos y servicios en salud y atención en salud (MSPS,2017;Suarez,2010), la práctica de la interculturalidad permite establecer como elementos estratégicos de la gestión integral territorial en salud con cada grupo étnico cultural los Marcos Estratégicos Interculturales, que se definen como el encuadre metodológico fundamentado en los principios propios de cada pueblo y comunidad

La salud pública más que la atención clínica reconoce la relación estrecha entre cosmovisiones y comportamientos, identifica que las personas se comportan y se comprometen en acciones y toman las decisiones sobre su salud de acuerdo a la percepción que tengan sobre el tipo, la gravedad y los riesgos relacionados con la enfermedad o el malestar.

**Salud para el grupo étnico indígena:** La salud *“es la armonía y el equilibrio entre el cuerpo, la mente, el espíritu y la naturaleza para el Buen Vivir, y, en este sentido, se manifiesta como bienestar integral que abarca lo biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y su comunidad (en condiciones de equidad)”* (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación- MPC) EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 19).

Esta armonía y equilibrio también debe darse en la relación de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio y comprende procesos y acciones orientados al fomento



661

protección y recuperación de la salud (Subcomisión de Salud de la MPC), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, pág. 5).

**Enfermedad para el grupo étnico indígena:** La enfermedad es el desequilibrio y desarmonía entre cuerpo, mente, espíritu y naturaleza, que ocurre cuando se rompe la relación con todo lo que existe (uno mismo, la familia, la comunidad, el territorio, los elementos de la naturaleza, las fuerzas cósmicas). Las causas son: no respetar la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio; no reconocer la cosmovisión y la cosmogonía; no reconocer la interdependencia con todos los seres y la naturaleza; no respetar la autodeterminación indígena; no preservar el saber ancestral; no garantizar la soberanía y la seguridad alimentaria; no respetar los derechos de la comunidad indígena (no tener garantizados los derechos).

Se manifiesta en diferentes formas: *“desorden fisiológico (biológico) del cuerpo humano, perturbación de las relaciones con los otros y con la naturaleza, perturbación espiritual, emocional y mental que conlleva a la necesidad de reequilibrarse, lo que pasa por la identificación de lo que está y el restablecimiento de la unidad y la armonía en el individuo y entre él y el mundo que lo rodea”* (Subcomisión de Salud de la MPC), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 19).

**Medicina Ancestral Indígena:** La medicina indígena representa *“los conocimientos, habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias indígenas de diferentes culturas, utilizadas en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico, mejora o tratamiento de enfermedades físicas y mentales”*, mucha de la fuerza y capacidad de supervivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, claro está, para combatir enfermedades propias. **Ayuda a mantener el equilibrio entre la mente, el cuerpo y el espíritu del ser humano y su entorno**, desde su cosmovisión y cosmogonía (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 20).

**Buen Vivir:** Desde la salud, el buen vivir implica no sólo la tenencia de la tierra como espacio físico, sino **la garantía de un territorio sano y en armonía** que de manera holística garantice la protección y pervivencia de los pueblos indígenas que lo habitan (...). (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 8).

### 8.3.2. Total, de personas aseguradas al Sistema General de Seguridad Social

De acuerdo con la información suministrada por el Ministerio de Salud y protección social a través de SISPRO corte octubre 2022, es posible identificar en Antioquia que, de 349.880 habitantes reconocidos como población étnica, están afiliados al Sistema General de Seguridad Social el 12%, siendo las poblaciones de Indígenas y Rrom las de mayor proporción (95% y 54% respectivamente) y los Raizales los de menor con un 0.2%.



Tabla 138 Estados de afiliación activo y suspendido a octubre 2022, Antioquia

Autoreconocimiento étnico	Total	Afiliación SGSSS	% Afiliados
Indígena	37.628,00	35.851,00	95%
Gitano(a) o Rrom	140,00	76,00	54%
Palenquero(a) de San Basilio	183,00	40,00	22%
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	311.289,00	4.943,00	2%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	640,00	1,00	0%
<b>Total</b>	<b>349.880,00</b>	<b>40.911,00</b>	<b>12%</b>

Raizal, Afrodescendiente y Palenqueros: Información disponible hasta 2017

Fuente: SISPRO - Cubo BDUA, Octubre 2022.

Aquí es importante mencionar que el aseguramiento en población indígena ha incrementado un 21.22% con respecto al 2012 (Afiliados al SGSSS en 2012:29.574) a diferencia del resto de grupos, en donde la disminución promedio de personas aseguradas ha sido 60.9%.

Tabla 4 Estados de afiliación activa y suspendida, Antioquia, 2012-2022

Autoreconocimiento étnico	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Cambio porcentual %
INDIGENA	29574	31164	32567	32865	33122	34233	34834	34858	35734	35972	35851	21,22
RROM	998	881	883	788	687	590	331	206	181	133	76	-92,38
RAIZAL	4	4	4	1	1	1						-75,00
AFRODESCENDIENTE	11377	10877	10477	9235	8368	4943						-56,55
PALENQUERO	50	47	40	45	42	40						-20,00

Raizal, Afrodescendiente y Palenqueros: Información disponible hasta 2017

Fuente: SISPRO - Cubo BDUA, Octubre 2022.

## 8.4. Encuentros de saberes: Indígenas, Negros y Afrodescendientes

Se llevaron a cabo 9 encuentros interculturales de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, el cual pretendió validar elementos técnicos de la salud propia e intercultural de las comunidades Indígenas, Negras y Afrodescendientes, para identificar las prioridades de atención en salud con base en el perfil de morbilidad y mortalidad del territorio donde viven, así mismo los problemas que causan esta situación y sus posibles soluciones; se orientaron las actividades manteniendo las siguientes premisas: el privilegio del punto de vista y la construcción de la realidad étnica, la aprehensión de lo extraño para convertirlo en familiar, la observación y construcción de los nexos entre lo general, particular y singular y el uso de la teoría social para la guía y consolidación de las propias observaciones<sup>74</sup>; hubo participación de personas que son figuras representativas en los Cabildos y comunidades indígenas tales como autoridades, líderes y lideresas, guardias, médicos tradicionales (jaibanás y botánicos), parteras, docentes, artesanos y artesanas, entre otros.

<sup>74</sup> Wilcox K. La etnografía como una metodología y su aplicación al estudio de la escuela: una revisión. En: Velasco H, García J, Díaz de Rada A, editores. Lecturas de antropología para educadores: el ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar. Madrid: Editorial Trotta; 1993. p.97



Los municipios donde se ejecutaron estas actividades fueron: Andes, Arboletes, Caucasia, Frontino, Ituango, Puerto Berrio, Vegachi, Chigorodo y Urrao.

### 8.4.1. Indígenas

Inicialmente y en concordancia a la metodología implementada para el desarrollo de los diálogos de saberes, los pueblos indígenas reconocen el territorio como parte fundamental para mantener la salud de sus comunidades, ya que este determina las condiciones en que los pobladores nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen.

La salud intercultural puede ser interpretada de distintas maneras según las posiciones que se asuman, algunas veces es una herramienta útil en los procesos de cambio; en otros momentos resulta ser un campo donde se dirimen los conflictos; y en otros escenarios, es un reconocimiento de dominio y sojuzgamiento de la cultura médica dominante ante los saberes populares subordinados. Desde nuestra posición teórica, la interculturalidad debe ser entendida como un proceso, dado que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias económicas y sociales, pero sobre todo de las culturales, en donde la salud y la enfermedad, la muerte y el accidente ocupan un lugar preponderante.

En este sentido, las concepciones indígenas en torno a la salud y la enfermedad, así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria y, a veces, de síntesis con la medicina occidental son objeto de nuestra orientación intercultural en materia de salud.

Con relación al territorio los indígenas Embera eyabida de Occidente coinciden en afirmar

*“...donde hay un territorio armonizado, sin ningunas enfermedades, donde hay un territorio armonizado no hay enfermedad, donde hay territorios fortalecidos la comunidad vive sano, tiene su alimentaciones, tiene su sitio sagrado...” (Indígenas, Chigorodo).*

*“ya no pueden salir a cazar y sembrar por temor a las minas antipersonas que están sembradas en los territorios por grupos armados, no pueden pescar por la contaminación de los ríos por minería y cultivos ilícitos” (autoridades de Murindó)*

*“el territorio ya no es libre, vivimos constantemente confinados por los grupos armados, los caminos se dañan por la lluvia y los ríos se crecen, es difícil salir al pueblo” (indígenas de Urrao)*

*“El territorio es vida, es alimento, pero el desplazamiento forzado de las comunidades hace daño, las mujeres quedan solas con los hijos y muchas veces los niños son abandonados” (autoridades Mutatá)*

Referente a las enfermedades, los embera eyabida manifiestan que “actualmente se presentan más enfermedades que antes, la población que más se enferma son los niños y las personas mayores, primero acuden al médico tradicional Jaibaná y/o botánico y si no mejora su salud acuden a la ESE-hospital más cercano, es así que los indígenas de Urrao manifiestan que “la gente se

*enferma mucho, a los niños les da mucha gripa, vómito, diarrea, granos en la piel, a los adultos les da paludismo, sufren accidentes en los ríos y en los caminos, también por picadura de culebra”.*

Los líderes de Frontino expresan que *“el conflicto armado y la entrada de la minería a los territorios se han agudizado los problemas de salud ya no es suficiente con la intervención de los médicos tradicionales jaibaná y/o botánicos y deben acudir al centro de salud más cercano para la atención con medicina occidental, la malaria, dengue y las gripas son muy frecuentes entre niños y adultos, al igual que enfermedades en la piel, vómito y diarrea otras enfermedades que se han vuelto comunes en la gente adulta es la hipertensión y la diabetes”.*

Con relación a la muerte, los Emberá Eyabida de occidente dicen que está asociada en su gran mayoría a los “jais”, lo que significa para ellos *“algo invisible”, “el espíritu que solo el jaibaná puede ver”,* a esta creencia aducen las muertes por ahorcamiento de adolescentes y jóvenes, otras muertes ocurren por mordedura de serpientes, homicidios y accidentes por diversos eventos entre ellos por artefactos explosivos como minas antipersonales sembradas en sus territorios por grupos al margen de la ley, también ocurren fallecimientos por enfermedades que no son atendidas oportunamente por la medicina occidental especialmente en los niños y las gestantes.

Para los indígenas Embera Chamí de la subregión de suroeste el territorio es:

*“...es la madre para nosotros, es la que nos da vida y es la que nos mantiene en una cadena de existencia y el tiempo, el territorio, que es lo más sagrado que hay y es la que nos une, es la que nos mantiene y es la que nos está dirigiendo a nosotros...” (Indígenas, Andes).*

La enfermedad para los Emberá Chamí es *“la desarmonización del cuerpo y el espíritu, que se produce por los “jais” que si no se atiende oportunamente puede causar la muerte” “...las medicinas occidentales no tienen en cuenta las creencias de eso, entonces, viene la familia, no, eso no lo mató un Jaibaná, el examen médico dice que lo mató un paro cardíaco, entonces son 2 cosas que no nos estamos entendiendo.” (Indígenas, Andes).* Las enfermedades más frecuentes dicen los embera chamí son respiratorias (asfixia, fiebre) y las diarreicas (vómito y desnutrición de los niños), enfermedades que muchas ocasiones ocasionan la muerte, entre los jóvenes se presenta con frecuencia la muerte por ahorcamiento y muertes materno perinatales.

Para los Emberá el médico tradicional “jaibaná” es una figura muy importante para la curación de las enfermedades, los indígenas anteponen el cuidado de la salud en su sistema médico propio *“...primero llevamos donde un médico tradicional, si ese médico tradicional no es capaz, lo llevamos a un centro de salud a un hospital...” (Indígenas Frontino y Urrao)*

Para los indígenas Senú de Urabá y Bajo Cauca, el territorio representa:



*“...Es el centro de la vida, está siendo destruida por la siembra de cultivos ilícitos y por la minería, afectando la vida y la salud de los comuneros también por la contaminación del agua” (Indígenas del Bagre y Zaragoza).*

Dicen los indígenas Senues que la alimentación y el medio ambiente incide directamente en su salud, *“actualmente se presentan más enfermedades que antes, por la falta de acceso a una alimentación adecuada y por la contaminación del territorio por minería y cultivos ilícitos, la malaria, el dengue, diarrea, y gripas, afectan constantemente la población, también se presenta un alto índice de violencia intrafamiliar por el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, el embarazo a temprana edad es muy frecuente, situación que pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres especialmente de las niñas y adolescentes; los homicidios también son una causa de muerte” (indígenas de Caucasia y el Bagre).*

Ante las enfermedades los Senues acuden con más frecuencia a la medicina occidental, por las facilidades de acceso a los servicios de salud en centros de salud y hospitales, no obstante, aquellas comunidades ubicadas en zonas lejas acuden a su sistema propio de salud con médicos botánicos y parteras

Sumado a lo anterior, hay un reclamo de apoyo en el manejo y cuidado en salud de los indígenas cuando son atendidos desde la medicina tradicional, siendo necesaria la articulación de saberes entre los sistemas etnomédicos y biomédico; entendiéndose como un complemento o engranaje, que favorecerá la recuperación por enfermedad en las comunidades:

*“...crear rutas de atención en salud pública a través de conocimiento ancestral con énfasis en psicosocial, o sea salud pública nos abarca todos, que nos atiendan, que en la salud pública le hagan seguimiento a todas esas enfermedades que hay en las comunidades indígenas y que no las dejen ahí como siempre”. (Indígenas, Caucasia).*

*“...yo creo que la alcaldía tiene toda la voluntad y nosotros como cabildo mayor, cómo articular de pensar en construir un tambo propio indígena, donde el paciente puede estar en el hospital pero en ese momento también si el hospital ve que no hay mejoría, pues pasar y tener un médico tradicional permanente...” (Indígenas, Frontino).*

Otro punto en común entre las comunidades indígenas, fue la importancia de ejecutar estrategias de forma multisectorial para superar la inequidades en salud, reconociendo como causas: la violencia en los territorios (violencia intrafamiliar, conflicto armado) *“...llegar a un acuerdo con los grupos ilegales para que no nos siembren minas anti persona ya que esto nos causa daño físico o la muerte...” (Indígena, Vegachí) “... a nosotros nos llegó un mensaje de que dejáramos el territorio, que tiene 5 o 6 selvas para que desocupen todas, no sé quién, o qué, ni porqué...” (Indígena, Ituango), la educación “...construcción de escuelas, por qué lo tomamos como una, buscamos una solución desde ahí, la escuela de nosotros los indígenas también es multicultural porque allá no solamente no enseñamos lo que es lo básico desde, lo ustedes, español, matemáticas, nosotros*



*también articulamos muchas cosas, lo que es la cultura, lo que es la danza, lo que es remedio tradicional, entonces siempre vemos que desde la educación necesitamos también la estructura para la escuela para que los niños estén más adecuadamente en ellos, para que se les pueda mejorar la educación a ellos...”(Indígena, Frontino), el daño ambiental generado por la mala disposición de residuos, deforestación y minería “...la minería está contaminando las quebradas y los ríos, nos está contaminando el territorio en general...”(Indígena, Frontino) “...los territorios ha afectado mucho los sitios sagrados por el debido de talación de bosques, como han venido tumbando mucho bosque los colonos entonces nos afecta mucho como los sitios sagrados que tenemos en estos resguardos...”(Indígena, Urrao); y el acceso al sistema sanitario (alcantarillado, agua potable).*

Aquí es importante mencionar que enfermedades se identifican como frecuentes en los territorios, aquellas como las enfermedades respiratorias (resfriado común, SARSCOV-2) y gastrointestinales (diarrea), enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria), eventos relacionados con la salud mental (violencia, maltrato intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas), cáncer, desnutrición, accidentes ofídicos; siendo estas patologías acordes a las más prevalentes según el perfil de morbilidad y mortalidad de los municipios visitados.

#### **8.4.2. Comunidades negras y Afrocolombianas de Urabá**

La interculturalidad en la gestión integral territorial integral de la salud pública conlleva a la conservación y pervivencia del sistema de conocimientos tradicionales del pueblo afrocolombiano el cual tiene conexión directa con la conservación de la diversidad biológica en sus territorios. La sabiduría ancestral es clave para generar un autocuidado, sanación y bienestar en la salud de todos incluyendo la salud del territorio, es decir que hay una salud integral cuando están en buenas condiciones físicas, mentales y espirituales de los habitantes, el medio ambiente y el territorio.

La medicina y saberes ancestrales: se refiere a los saberes, creencias y costumbres de la tradición cultural, relacionada con la salud, las técnicas terapéuticas, los recursos naturales tales como las plantas medicinales y agentes comunitarios que desempeñan funciones como médicos tradicionales, parteras, hierbateros, sobanderos, entre otros; están son las personas autorizadas en la comunidad para curar y sanar por ser consideradas con un don especial y otros aprendieron de sus mayores lo cual hace parte de sus saberes ancestrales. Para la población negra y afrocolombiana el “arte de partear” es muy importante hace parte de su sistema de creencias, se compone de un conjunto de prácticas de cuidado que se da en el marco de las relaciones de confianza y amor, dicen las parteras que para traer una vida al mundo se “requiere de tiempo, paciencia y mucha energía”.

Con relación al territorio, las comunidades manifiestan que “*el territorio es vida, es el lugar donde transcurre todas sus actividades cotidianas*” reviste una importancia especial para la cultura y los valores espirituales; las prácticas tradicionales son definidas como actividades y técnicas agrícolas, mineras, de extracción forestal, pecuarias, de caza, pesca y recolección de productos naturales en





general que han utilizado consuetudinariamente las comunidades negras para garantizar la conservación de la vida y el desarrollo auto sostenible. Actualmente muchos de ellos habitan en zonas urbanas a causa del desplazamiento forzado por el conflicto armado, en contextos urbanos han logrado fortalecer los espacios colectivos para la gobernanza y para su desarrollo su identidad cultural.

Son las condiciones ambientales, la agricultura, la identidad como colombianos, la disponibilidad de recursos naturales, son los que propician un estado de bienestar para sus poblaciones; un aspecto clave es que se identifican como colombianos reconociendo los símbolos patrios y a las fuerzas militares:

*“...como podemos observar esto es una palmera, una palmera donde tiene cultivo de coco, esto es una mariposa, que ya cumplió su metamorfosis, ustedes saben que primero se es gusano y ya luego mariposa, como quien dice de niña a mujer, algo así, estos son los gallinazos, las casas cerca de los ríos, más que todo pa las orillas, esta es una iglesia, donde asistimos todos los peregrinos, aquí como pueden observar esto es una chamba... como todo colombiano tricolor, vean amarillo, azul y rojo, es una falda campesina y está lista y preparada para bailar, acá abajo se encuentra un señor, un hombre pescador; se dirigió para la playa a pescar, a buscar el sustento de su hogar, una alimentación para sus hijos” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes)*

Además, reconocen los efectos causados por la deforestación y contaminación ambiental, traducidos en inundaciones y deslizamientos, generan barreras de acceso a los servicios centralizados en la cabecera municipal *“...Desembocan en los ríos y genera mucha contaminación, aquí vemos las carreteras que por medio de las lluvias que hoy en día nos están afectando mucho, hay bastante deforestación y se ruedan las bancadas y las carreteras...” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes)*

Fue posible identificar a través de los testimonios experienciales de la población afrodescendiente participante, una mejor adaptación a los procesos coloniales en cuanto a la aplicación de sus terapéuticas y nosologías etnomedicinas con las del sistema biomédico; la medicina tradicional de la comunidad afrocolombiana de Urabá, utiliza diversos métodos de curación relacionados con el uso de hierbas para la preparación de remedios (emplastos e infusiones), rezos, rituales. Reconociendo a las personas de una manera holística para sanar y cuidar la salud. La relación entre la medicina tradicional y la religiosidad, hace referencia al ambiente y el espacio que se utiliza para las prácticas, imágenes religiosas, altares, flores, oraciones, así mismo la imposición de manos le da gran valor al contacto entre el cuerpo y el mundo espiritual. Se da gran valor a las plantas y los ancestros africanos ayudan en los rituales de sanación. También aparecen el uso de amuletos y rezos para la "protección" y representando a Dios como el que ayuda a curar las enfermedades, ya que por medio de la oración y la fe las personas consiguen la sanación. (Cartilla adaptabilidad étnica).



Desde las voces de las comunidades NARP se resalta como reconocen como un factor determinante para la presencia de enfermedades tales como las infecciones respiratorias y gastrointestinales y el acceso y calidad de los servicios de salud, la ubicación geográfica:

*“...es muy factible en una región de esta, de clima cálido, existen casi todas estas enfermedades y que los recursos médicos y de salud sean tan precarios...” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes)*

Dentro de las enfermedades que se mencionan, el cáncer en mujeres (mama, ovario y cérvix) los de mayor afectación en la población negra y afrodescendiente de la región; por otra parte enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión y diabetes, también los trastornos hipertensivos en el embarazo, son identificados por los participantes:

*“...es muy común la diabetes en esta región, la diabetes es quizás más peligrosa que el cáncer, ¿por qué? Porque es que la diabetes no avisa... colapsan los órganos principales, los riñones, entonces es una enfermedad sumamente grave... cáncer de ovarios, esto también es prevenible...a las mujeres como se hacen el auto reconocimiento del cáncer de mama, la mano contraria revisa los módulos que tenga y ese es un detonante que cuando ya tiene esos módulos, esa persona tiene que asistir inmediatamente a hacerse los exámenes respectivos” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes).*

Un elemento central fue los problemas relacionados con la salud mental, como lo son prostitución, drogadicción, maltrato intrafamiliar, los cuales están afectando la dinámica individual, familiar y colectiva de estas comunidades, siendo algunas de las causas de esta situación las condiciones de desigualdad como pobreza, desempleo y poca educación; para ello sugieren dentro de las estrategias intersectoriales de solución la implementación de programas productivos y de autogestión que permita fortalecer las capacidades de las familias y superar las mayores inequidades en las comunidades:

*“...esto puede tener muchos factores, muchas causas, problemas entre la pareja, deudas, problemas psicológicos, drogadicción, estar en un estado de esos es facilitar de que esta determinación recurre...” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes)*

*“...enfoque en las mujeres vulnerables, ideas de empleo, perder el miedo en enfrentar los obstáculos, solucionar problemas sin conflictos, ejecutar en casa ideas productivas, como por ejemplo, un criadero de pollos, hacer postres, rellenas, hacer mazamorra, tejer, etc...” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes)*

Se hace indispensable fortalecer la red de atención médica disponible en la región, favoreciendo una mejor oportunidad en la atención en salud, mayor acceso al portafolio de servicios de consulta médica especializada, diagnóstico e imagenología y disponibilidad de tratamientos médicos:

*“...los hospitales hoy en día se aglomeran mucho las personas, uno pide una cita médica y se la dan a determinado tiempo, no que venga tal día, una semana, no puede ser así porque se puede morir*

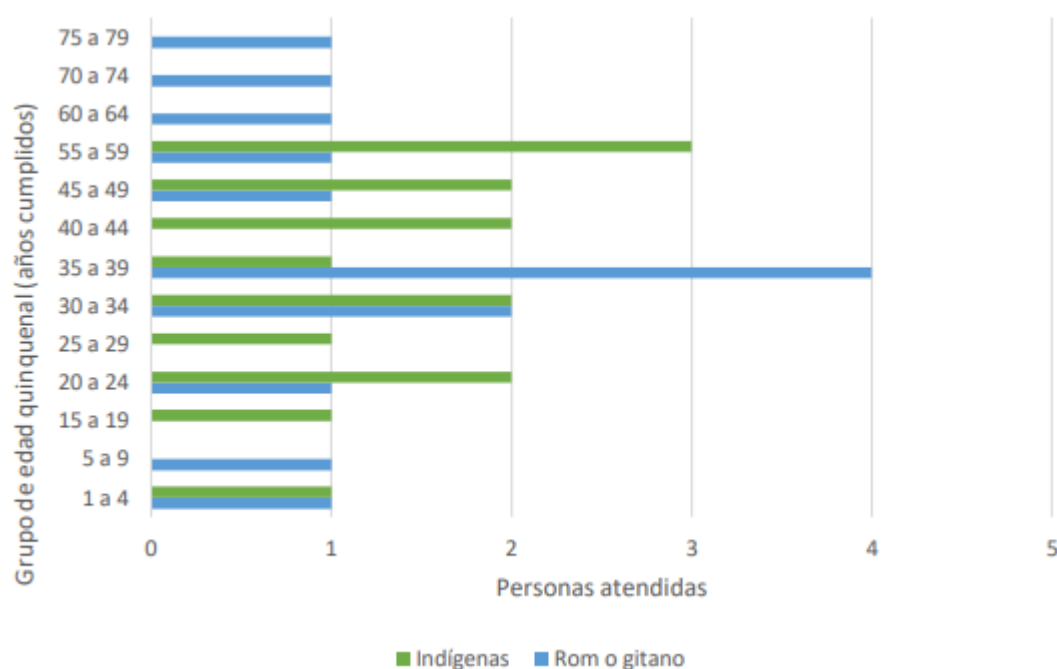


*la persona, tiene que madrugar uno a las 3:00 de la mañana para coger un ficho a las 7:00...” “...una de las soluciones es dotar de profesionales especializados para una mejor oferta, debieron de tener todo eso para nosotros, esos especialistas que se necesitan para el buen cuidado de lo físico, cuerpo, mental de cada individuo...” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes)*

### 8.4.3. Rrom o Gitanos:

De acuerdo con lo identificado en el “*Diagnóstico y medición de indicadores que ayuden al reconocimiento de las condiciones de salud, retos de atención y la generación de planes de acción en salud en el Municipio de Envigado para las minorías étnicas*”, según la información disponible para 2021 de población étnica atendida en el sistema de salud de Envigado, la distribución por sexo fue equiparable entre hombres y mujeres, destacándose las edades entre 35 y 39 años como aquellas de mayor frecuencia en consultas, a excepción del rango entre 15 a 19 y 25 a 29 años quienes no registran atenciones.

Figura 271. Distribución de frecuencia de atención de la población étnica en el municipio de Envigado, 2021



**Fuente:** Diagnóstico y medición de indicadores que ayuden al reconocimiento de las condiciones de salud, retos de atención y la generación de planes de acción en salud en el Municipio de Envigado para las minorías étnicas

También fue posible en esta investigación, recopilar testimonios sobre la perspectiva del pueblo Rrom sobre el talento humano en salud de Envigado- quienes los describen como “difíciles y cerrados”- ellos por el contrario se asumen como amables y dispuestos, en sus propias palabras: “Nosotros somos amables, somos abiertos para el diálogo, somos los más tratables (...) la parte difícil, difícil es con nosotros y costumbre, por eso es que nosotros somos diferentes”. Lo anterior,

debe entender también como una barrera de paciente, ya que como Kumpania hay una suerte de apertura/limitación con occidente que por supuesto tiene un correlato en salud y en la garantía efectiva de sus derechos constitucionales étnicos.<sup>75</sup>

## 8.5. Análisis de situación de salud desde lo institucional

El análisis de los efectos en salud en las poblaciones étnicas de Antioquia se realizará a través de las medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión para mortalidad y morbilidad, considerando los siguientes aspectos:

- Mortalidad: se agrupará por grandes causas y subgrupo de causas y mortalidad materno infantil y en la niñez
- Morbilidad: se agrupará de acuerdo a la lista propuesta la OMS la cual agrupa los CIE 10 en las siguientes categorías: condiciones transmisibles, maternas perinatales y nutricionales;
- enfermedades no transmisibles; y lesiones.

Si bien desde el Ministerio de Salud y protección social se dispone de información para las poblaciones Raizal y Palenquero de San Basilio, el análisis se centrará en aquellas que registran asentamiento en el departamento, tal es el caso de los Negros, Afrodescendientes, Rom e Indígenas.

### 8.5.1. Identificación de las causas de mortalidad

Entre 2008 y 2021 se registraron 13.891 muertes en poblaciones étnicas, con una mediana de 10 fallecimientos (RIC 91). El mayor número de casos se concentró en las poblaciones Negras, Afrodescendientes (89%) seguido de los Indígenas (8%).

#### 8.5.1.1. Indígenas

Las causas externas de mortalidad fueron el grupo de enfermedades con mayor prevalencia en la población indígena de Antioquia entre 2008-2021 siendo las agresiones las de mayor frecuencia; las enfermedades del sistema circulatorio se ubican como la segunda causa de muerte y en tercer lugar los tumores. Adicionalmente, se identifica un incremento en el número de casos de un 3% entre 2008 y 2020. Para 2021, hubo 38 muertes de las cuales las afecciones del periodo perinatal y las enfermedades del sistema circulatorio representan las causas más prevalentes para ese año.

<sup>75</sup> Diagnóstico y medición de indicadores que ayuden al reconocimiento de las condiciones de salud, retos de atención y la generación de planes de acción en salud en el Municipio de Envigado para las minorías étnicas



Tabla 139. Número de defunciones - población Indígena, Antioquia 2008-2021

CAUSAS BÁSICAS DE DEFUNCIÓN POBLACIÓN - INDÍGENA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A00-899 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	5	12	10	6	5	5	10	7	23	4	7	5	5	2
C00-D48 TUMORES	10	22	8	5	12	2	6	11	8	5	12	12	10	3
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	8	7	3	5	5	4	13	12	5	4	11	7	2	3
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	5	4	1	3	2	1	1	0	2	2	4	3	3	0
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	15	14	15	14	11	4	12	6	5	10	9	15	18	7
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	9	10	12	11	8	13	7	8	11	7	4	12	6	2
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	6	10	3	3	2	0	2	2	3	2	9	2	6	1
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0
N00-N99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	8	5	4	3	0	2	0	1	2	3	2	2	0	0
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0	1	2	1	0	1	0	3	1	0	0	0	1	2
P00-P96 CIERTAS AFECIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0	11	5	8	6	2	7	2	7	5	8	9	3	7
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	2	8	2	1	1	1	4	1	4	8	6	1	3	4
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1	3	4	1	1	5	5	1	1	1	0	2	3	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	27	26	18	24	12	12	12	22	20	16	21	15	21	5
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	2

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 30/11/2022

## 8.5.1.2. Afrodescendientes

Las causas básicas de defunción en la población Afrodescendiente de Antioquia son las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de las causas externas de morbilidad y mortalidad y los tumores. Para cada uno de estos grandes grupos son más representativas las siguientes agrupaciones de enfermedades: enfermedades isquémicas del corazón, agresiones y tumores de órganos digestivos respectivamente. Entre 2008 y 2021 ha habido una disminución del 61% de los fallecimientos para este grupo étnico, siendo el 2009 y el 2010 los años donde más muertes se acumularon en esta población.

Tabla 140. Número de defunciones - población Afrodescendiente, Antioquia 2008-2021

CAUSAS BÁSICAS DE DEFUNCIÓN	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A00-899 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	37	56	41	42	30	32	28	33	47	33	38	35	20	6
C00-D48 TUMORES	149	223	177	138	135	130	173	148	149	155	163	155	156	38
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	5	10	7	7	3	2	7	7	3	5	2	2	9	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	40	48	39	40	36	37	42	32	24	28	27	37	44	4
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0	0	1	0	0	3	1	2	1	0	1	2	3	0
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	16	18	16	7	17	12	21	14	16	5	11	14	13	9
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	252	386	322	207	247	229	250	265	257	265	219	242	264	107
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	90	159	107	66	75	75	65	105	88	76	65	73	53	16
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	51	52	41	29	34	29	26	26	43	33	46	28	30	9
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	6	18	5	4	4	0	8	3	2	0	3	1	3	1
N00-N99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	7	12	7	4	7	4	3	9	10	8	5	3	6	1
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	32	44	34	23	22	16	29	21	37	28	25	32	18	6
P00-P96 CIERTAS AFECIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	2	10	1	3	6	4	4	5	3	3	5	3	0	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	21	35	21	17	24	25	19	21	20	17	11	10	14	4
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	13	17	10	12	10	11	10	8	12	15	11	3	7	3
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	17	23	25	28	14	19	37	44	28	31	21	24	24	10
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	129	352	253	211	212	167	208	125	182	167	142	85	89	28
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	148	94

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 30/11/2022.

## 8.5.2. Identificación de la mortalidad materno – infantil y en la niñez

### 8.5.2.1. Indicadores Salud materna

Mejorar la salud materna sigue siendo una prioridad para las regiones, aún más cuando siguen presentándose altas cifras de mortalidad materna, especialmente en los pueblos indígenas quienes continúan registrando incremento en los casos. La OPS/OMS y CEPAL han identificado a los grupos étnicos como aquellos en situación más desfavorable con respecto a sus condiciones de vida, y en particular de salud. Del mismo modo, el no contar con suficiente información que permita identificar a esta población en las estadísticas vitales, se considera una limitación importante para el diseño de programas y políticas en salud pertinentes.

Los factores sociales que más influyen en la salud materna infantil son el nivel escolar, ingresos económicos y pertenecer a un grupo étnico, los cuales producen inequidades en salud, especialmente durante el embarazo y parto, lo cual puede ser evidenciado en:



**Razón de mortalidad materna:** Las mujeres indígenas están en clara desventaja respecto a la salud sexual y reproductiva con el resto de la población, al calcular la razón de mortalidad materna en población indígena sobre la base de datos suministrada por el DANE, obteniendo razones en 2020 de 230.41 y 47.36 por 100.000 nacidos vivos para la población indígena y general respectivamente, implica una brecha igual a 4.8, es decir que una mujer indígena tiene 5 veces el riesgo de morir durante el embarazo, parto o puerperio que el que tiene una mujer antioqueña en promedio.

**Porcentaje nacidos vivos con bajo peso al nacer:** Las poblaciones étnicas tienen menor acceso a los servicios de planificación familiar y a métodos anticonceptivos seguros, lo cual incrementa el riesgo de embarazo adolescente y la multiparidad, siendo estos factores de riesgo para el bajo peso al nacer; en Antioquia al 2020, la población negra e indígena reportan el mayor porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer entre los demás grupos étnicos con un incremento promedio entre 2019 y 2020 de 35%.

**Partos atendidos por personal cualificado:** Las muertes maternas en un alto porcentaje son causadas por complicaciones derivadas cerca del parto (hemorragias, retención fetal, infección, eclampsia, es por esta razón que se debe asegurar que en cada parto haya presencia de un agente en salud capacitado que atienda el alumbramiento y que identifique en qué momento desplazarse a otro establecimiento de salud cuando se requiera la remisión de emergencia. Las mujeres indígenas o afrodescendientes, tienen menor probabilidad de dar a luz con asistencia del parto cualificada; en Antioquia, entre 2015 y 2020 se identifica a la población indígena como aquella con menor porcentaje de partos atendidos por personal calificado, pasando de 75.23% en 2015 a 63.59% en 2020, lo cual representa una disminución en la proporción del 15.47% entre un período y otro.

**Acceso a servicios de salud con calidad durante el embarazo y parto:** La población indígena y afrodescendiente muestran una salud más deficiente y menor acceso a los servicios de salud durante el embarazo y parto; una de las estrategias de mayor importancia para mejorar la atención del parto y aumentar las probabilidades de salud de las poblaciones, es la mejora de las instituciones de salud, entiéndase como el mejoramiento de la calidad de los servicios ofertados y el reconocimiento por parte de las comunidades para de esta manera aumentar su demanda; existe una asociación entre el maltrato a la mujer debido a la actitud inadecuada del personal sanitario y cómo esta repercute negativamente en los resultados en salud.

- En 2020, el porcentaje promedio de nacidos vivos con 4 o más consultas de control en grupos étnicos fue de 35%, siendo menor en la población Afrodescendiente, Indígena y Palenquera (9.92%, 14.24% y 25%).
- El porcentaje de partos atendidos en instituciones de salud es bajo entre las minorías étnicas, siendo aún menor en población indígena, quienes en promedio el 70% de los partos son atendidos institucionalmente; es pertinente evaluar los procesos de atención materna en las instituciones de salud al servicio de poblaciones indígenas, asegurando una mayor



673

sensibilización del personal de salud en las normas culturales relativas al parto, permitiendo aplicar aquellas que no comprometan el proceso de atención, como por ejemplo la presencia de una persona de confianza de la paciente durante el parto, así como la posibilidad de que la parturienta escoja la posición vertical para el parto o la posibilidad de deambular durante el trabajo de parto.

**Tabla 141** Indicadores de salud materna por pertenencia étnica, Antioquia 2020

INDICADOR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Cambio % 2015-2020	Minigráfico
<b>PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL</b>								
1 - INDÍGENA	43,17	50,00	42,46	39,24	44,99	44,48	3,04	
2 - ROM (GITANO)	16,67	80,00	50,00		100,00	40,00	140,00	
3 - RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)	85,71	100,00	66,67	83,33	83,33	100,00	16,67	
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO	87,50	50,00	100,00	75,00	100,00	75,00	-14,29	
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	76,82	79,07	79,61	79,56	81,15	76,69	-0,16	
6 - OTRAS ETNIAS	91,87	91,79	91,17	90,69	90,67	87,68	-4,56	
<b>PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO</b>								
1 - INDÍGENA	75,23	75,71	72,03	61,49	67,83	63,59	-15,47	
2 - ROM (GITANO)	16,67	100,00	100,00		100,00	33,33	100,00	
3 - RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	98,57	98,78	98,74	98,61	97,89	96,51	-2,10	
6 - OTRAS ETNIAS	99,63	99,59	99,55	99,56	99,57	99,45	-0,18	
<b>PORCENTAJE DE PARTOS INSTITUCIONALES</b>								
1 - INDÍGENA	74,84	76,68	71,72	62,39	67,03	63,29	-15,43	
2 - ROM (GITANO)	16,67	100,00	100,00		100,00	40,00	140,00	
3 - RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	98,46	98,90	98,67	98,43	97,91	96,36	-2,14	
6 - OTRAS ETNIAS	99,58	99,53	99,48	99,53	99,54	99,39	-0,19	
<b>RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA A 42 DIAS</b>								
1 - INDÍGENA	305,81	315,46				230,41	-24,65	
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	178,57	140,78	45,15	143,61	60,42		-100,00	
6 - OTRAS ETNIAS	36,81	48,24	26,95	34,69	33,85	47,30	28,49	

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 30/11/2022.

## 8.5.2.2. Indicadores salud infantil

Dentro de las acciones implementadas para medir el comportamiento de la mortalidad infantil frente al desarrollo de estrategias que buscan disminuir los casos, se ha logrado observar que aquellas que son evitables, por ejemplo, las muertes por causas vinculadas al entorno tal es el caso de los fallecimientos por diarrea y enfermedades respiratorias, suelen disminuir primero; cuando estas muertes disminuyen, aumenta la mortalidad neonatal asociada a factores no modificables, como por ejemplo las malformaciones congénitas y los problemas asociados al embarazo y parto.

Sin embargo, la mortalidad infantil y en la niñez de los grupos indígenas y afrodescendientes es más alta que en la población que no pertenece a estas minorías, esta diferencia refleja las inequidades que sufren estos grupos sociales en todo el mundo, pues esta sobremortalidad no es exclusiva de países pobres como Perú, Brasil e India, si no también se presenta en países desarrollados como Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda<sup>76</sup>. En América latina, la mortalidad infantil en las poblaciones indígenas es de un 60% mayor a las comunidades no indígenas. Otros

<sup>76</sup> Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes. CEPAL, Santiago de Chile.

estudios han puesto en evidencia la relación entre la inequidad, etnia y otros factores, tal es el caso de los menores afrodescendientes en quienes se asocia la mortalidad neonatal con altos niveles de segregación espacial, pobreza y bajos niveles de poder político (Krieger, 2000). En América Latina, las mayores diferencias identificadas en la mortalidad infantil se relacionan con la riqueza y educación de la madre, siendo las poblaciones indígenas y afrodescendientes quienes por los niveles altos de pobreza, bajo nivel educativo, menor uso de los servicios de atención prenatal y además lejanía geográfica.

Es relevante analizar además del comportamiento de los indicadores de mortalidad en este curso de vida, también las causas de aquellas muertes consideradas evitables, ya que condiciones de vida adecuada y acceso oportuno a los servicios sanitarios podrían agudizarse en la medida en que el niño y la niña crecen. Así mismo reconocer que se han aunado esfuerzos desde todos los actores que participan en el proceso de atención infantil (educación, salud, vivienda, seguridad, alimentación etc.) para disminuir las barreras de atención y favorecer el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y niñas de todo el territorio nacional, sin embargo, los esfuerzos no son suficientes pues persisten brechas de acceso según origen étnico y área de residencia.

Por lo anterior es necesario que se aumente el acceso a los servicios sanitarios y haya un mejoramiento en la calidad de la atención médica, además se requiere que las acciones sean direccionadas equitativamente entre todos los grupos poblacionales, ampliando las coberturas en programas que salvan vidas, dirigidos al recién nacido y población de bajo peso y enfermos, como canguro, reanimación del recién nacido, tratamiento de sepsis neonatal (Unicef, 2018)

**Tasa de mortalidad perinatal:** La tasa de mortalidad perinatal disminuyó un 75% entre 2014 y 2020, pasando de 18.93 casos a 4.63 fallecimientos en población indígena.

**Tasa de mortalidad neonatal:** Los indígenas presentaron un incremento de la tasa de mortalidad neonatal del 88.36% con respecto al 2020. Al comparar estas cifras con las generadas en la población general, es posible identificar que, por cada muerte ocurrida en el periodo neonatal en población general, se presentan 2 muertes en población Indígena.

**Tasa de mortalidad en menores de 1 año de edad:** entre 2015 y 2020 ha disminuido un 16% en promedio en todos los grupos étnicos, evidenciado un mejor comportamiento en la población indígena, quien pasó de una tasa de 45.87 casos en 2015 a 27.65 fallecimientos por cada 1000 nacidos vivos en 2020.





Tabla 142 Indicadores de salud infantil por pertenencia étnica, Antioquia 2020.

INDICADOR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Cambio % 2015-2020	Minigráfico
<b>TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO DE EDAD</b>								
1 - INDÍGENA	45,87	94,64	37,13	45,95	39,39	27,65	-39,72	
2 - ROM (GITANO)								
3 - RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)								
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO								
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	15,63	15,02	14,90	11,01	10,88	15,88	1,65	
6 - OTRAS ETNIAS	8,37	8,45	8,79	8,17	8,50	7,43	-11,31	
<b>TASA DE MORTALIDAD NEONATAL</b>								
1 - INDÍGENA	6,12	22,08	24,75	26,26	10,94	11,52	88,36	
2 - ROM (GITANO)								
3 - RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)								
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO								
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	9,82	10,32	10,84	7,18	4,83	8,89	-9,44	
6 - OTRAS ETNIAS	5,30	5,33	5,63	5,23	5,64	5,06	-4,60	
<b>TASA DE MORTALIDAD PERINATAL</b>								
1 - INDÍGENA		18,93	12,38	13,13	6,56	4,61	-75,65	
2 - ROM (GITANO)								
3 - RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)								
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	6,25	6,57	8,13	4,31	3,02	6,99	11,82	
6 - OTRAS ETNIAS	3,74	3,74	3,99	3,55	3,91	3,77	0,91	

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 30/11/2022.

### 8.5.2.3. Etnia y área de residencia.

En 2020, se observa un descenso en la razón de la mortalidad materna en la cabecera municipal y un marcado aumento en el área rural, predominando el riesgo en centros poblados. Una vez más, se corrobora que el área de residencia habitual, se comporta como un determinante importante para la ocurrencia de la muerte materna.

En 2020, se observa un aumento en la razón de la mortalidad materna en la cabecera municipal pasando de un 26.7 a 34.8 (diferencia de 8.05 puntos) y un marcado aumento en el área rural, predominando el riesgo en centros poblados. Una vez más, se corrobora que el área de residencia habitual, se comporta como un determinante importante para la ocurrencia de la muerte materna.

Para la mortalidad neonatal se evidencia un discreto aumento en todas las áreas de residencia. Para el año 2020, se presentó la tasa de mortalidad más alta en el área rural dispersa.

Tabla 143. Indicadores de razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Antioquia, 2019-2020

Área	2019	2020	Cambio	Resumen gráfico	
<b>Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos</b>					
Cabecera	26,7	34,8	8,05	Cabecera	
Centro Poblado	71,7	92,3	20,64	Centro Poblado	
Área rural dispersa	55,6	86,1	30,49	Área rural dispersa	
<b>Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos</b>					
Cabecera	5,2	4,7	-0,5	Cabecera	
Centro Poblado	6,9	4,6	-2,28	Centro Poblado	
Área rural dispersa	7,1	7,4	0,3	Área rural dispersa	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales – DANE



### 8.5.3. Identificación de las diez primeras causas de consulta en Antioquia

Estudiar la morbilidad en los grupos étnicos es necesaria puesto que permite identificar el comportamiento de las condiciones de salud y enfermedad de los mismos, así como las posibles causas de su comportamiento y con ello planear las acciones que se implementarán en los territorios en función de la promoción y mantenimiento de la salud de las comunidades.

Es importante mencionar que al transcurrir el tiempo, se han ido incrementando las atenciones según grandes causas, lo cual podría ser explicado por las acciones de sensibilización para la identificación étnica en los registros en salud, entendiéndose como una necesidad a resolver para la búsqueda de estrategias que promuevan acciones más equitativas en la distribución de recursos según las regiones y poblaciones; se debe continuar trabajando en el fortalecimiento en la calidad de los registros en salud generados asegurando la mayor concordancia entre las diferentes fuentes de información disponibles y la dinámica social de las comunidades con un especial énfasis en las poblaciones rurales, siendo estas las de menor cobertura por los programas estatales (partos no institucionalizados, registro civil tardío, pocos o ausencia de control prenatal, etc)<sup>77</sup>.

#### 8.5.3.1. Rrom o Gitanos

Entre 2009 y 2021 se atendieron 148.798 motivos de consulta en este grupo étnico, de las cuales el 64% correspondieron a enfermedades no transmisibles, el 18% a signos y síntomas mal definidos, 9% condiciones transmisibles y nutricionales, lesiones y condiciones maternas perinatales las de menor frecuencia (6% y 3%).

- Enfermedades no transmisibles con 95.800 consultas de las cuales el 18.65% correspondió a condiciones orales y el 17.24% a enfermedades cardiovasculares; entre 2020 y 2021 se evidencia un incremento del 3.29% en las atenciones por condiciones orales, mientras que las atenciones por Diabetes Mellitus tuvieron una disminución del 4.58% en ese mismo periodo.
- Signos y síntomas mal definidos con 27.226 atenciones lo cual corresponde a un 18% del total de consultas.
- Condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 9% del total de atenciones del departamento es decir 12.995 consultas en el periodo, siendo las de mayor frecuencia las enfermedades infecciosas y parasitarias (50.99%) y las infecciones respiratorias (40.47%).
- Lesiones con 8.481 atenciones, de las cuales el 3% correspondieron a Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas
- Condiciones materno perinatales, 4.296 atenciones que representaron el 98.16% de las consultas en este grupo étnico, siendo las condiciones maternas las de mayor frecuencia 98.16%.

<sup>77</sup> Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia disponible en <https://www.paho.org/col/dmdocuments/Equidad%20en%20salud.pdf>

Tabla 144 Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Rrom, Antioquia

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total de atenciones en la Población Rrom													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	38.09	39.47	47.09	48.14	55.40	40.53	61.11	60.94	53.31	55.90	53.16	56.58	55.98	-0.60	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	51.66	51.78	46.35	45.65	29.91	53.75	31.79	31.12	34.50	35.95	39.18	37.87	38.37	0.50	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	10.25	8.75	6.56	6.21	14.69	5.72	7.09	7.94	12.19	8.15	7.65	5.56	5.65	0.09	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	99.63	99.25	97.22	94.69	99.13	91.40	98.43	100.00	98.68	100.00	98.94	100.00	98.73	-1.27	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	0.37	0.75	2.78	5.31	0.87	8.60	1.57	0.00	1.32	0.00	1.06	0.00	1.27	1.27	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	32.18	44.87	1.99	1.28	0.99	1.04	3.72	1.61	2.68	1.16	2.14	1.62	1.65	0.02	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1.47	0.83	2.33	4.34	1.63	1.46	2.73	2.04	0.97	0.93	0.91	1.22	2.80	1.59	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1.22	0.88	4.73	1.77	3.99	2.85	1.89	5.05	4.04	3.78	4.20	10.00	5.41	-4.58	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	2.17	1.49	3.19	2.79	4.23	4.01	4.23	4.41	3.89	4.59	6.03	5.30	6.55	1.25	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	1.11	1.13	1.99	1.38	1.92	2.02	4.67	5.14	5.86	5.42	5.87	5.10	6.47	1.38	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	3.05	3.29	4.81	3.83	5.49	5.57	6.06	7.38	7.10	6.80	5.44	5.98	7.46	1.48	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12.15	11.37	19.13	13.98	17.76	16.49	13.31	13.36	17.73	22.53	17.51	23.11	19.47	-3.65	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3.69	2.01	4.70	2.46	8.86	9.48	7.16	3.31	3.33	2.70	3.23	2.42	2.00	-0.42	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	4.25	5.58	6.97	5.27	7.29	5.29	4.05	4.62	5.06	6.74	5.00	5.47	6.77	1.30	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10.53	8.82	13.92	10.48	9.21	9.18	16.00	13.45	12.76	10.55	12.34	11.08	9.26	-1.82	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	3.46	3.18	5.38	3.59	5.01	4.04	4.22	3.80	3.06	3.66	3.28	3.82	3.35	-0.47	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	9.41	5.53	13.55	9.55	12.84	14.45	14.08	12.59	16.17	12.38	12.44	13.41	14.04	0.63	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.24	0.22	0.20	0.04	0.77	0.39	0.21	4.82	0.48	0.29	0.49	0.17	0.19	0.02	
Condiciones orales (K00-K14)	15.08	10.81	17.11	39.23	20.02	23.75	17.67	18.43	16.87	18.66	21.13	11.29	14.58	3.29		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3.92	2.26	3.78	5.44	1.42	2.90	13.27	4.33	2.89	3.80	6.90	6.04	5.75	-0.29	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.24	0.13	0.00	0.00	0.00	1.70	0.59	0.00	-0.59	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96.08	97.74	96.22	94.56	98.58	96.86	86.61	95.67	97.11	96.20	91.40	93.37	94.25	0.88	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00		

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 15/01/2022.

### 8.5.3.2. Negros, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueros (NARP)

Durante los años transcurridos entre 2009 y 2021 se generaron en Antioquia 572.804 atenciones en la población NARP, en donde predominaron los diagnósticos asociados a las enfermedades no transmisibles (64%), seguido de signos y síntomas mal definidos (18%), condiciones transmisibles y nutricionales (8%) y en menor proporción lesiones y condiciones maternas perinatales (5% y 4% respectivamente).

- Enfermedades no transmisibles con 1.840.864 consultas de las cuales el 21.75% correspondió a enfermedades cardiovasculares y el 17.16% a condiciones orales; entre 2020 y 2021 se evidencia un incremento del 3.17% en las atenciones por condiciones orales, a diferencia de las enfermedades cardiovasculares las cuales tuvieron una disminución del 3.88% en ese mismo periodo.
- Signos y síntomas mal definidos con 522.615 atenciones lo cual corresponde a un 18% del total de consultas.
- Condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 8% del total de atenciones del



678

departamento es decir 241.988 consultas en el periodo, siendo las de mayor frecuencia las enfermedades infecciosas y parasitarias (50.33%) y las infecciones respiratorias (39.81%), las cuales registraron un incremento del 10.41% y una disminución del 10.70% respectivamente entre 2020 y 2021.

- Lesiones con 148.817 atenciones, de las cuales el 94.52% correspondieron a Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas
- Condiciones materno perinatales, 109.738 atenciones que representaron el 4% de las consultas en este grupo étnico, siendo las condiciones maternas las de mayor frecuencia 97.33%.

**Tabla 145** Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Negra, Afro, Raizal y Palenquera, Antioquia

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total de atenciones en la Población Negra, Afro, Raizal y Palenquera													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E51.9)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	39,78	45,29	42,26	49,69	45,97	49,75	55,12	54,33	52,04	51,26	52,61	55,13	65,54	10,41	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	51,09	47,48	49,34	42,17	44,15	41,21	35,49	37,39	36,80	36,86	36,09	34,08	23,38	-10,70	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E51.9)	9,13	7,24	8,39	8,14	9,88	9,04	9,40	8,28	11,16	11,87	11,30	10,80	11,08	0,28	
Condiciones maternas perinatales (O00-C99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-C99)	95,67	91,64	96,65	97,24	97,01	95,33	95,82	99,12	99,63	99,90	99,54	99,53	99,31	-0,22	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	4,33	8,36	3,35	2,76	2,99	4,67	4,18	0,88	0,37	0,10	0,46	0,47	0,69	0,22	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,75	1,44	1,68	4,02	2,80	2,64	2,31	2,31	1,84	2,03	1,91	3,37	4,13	0,76	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,31	1,90	2,33	2,12	2,23	1,86	1,77	2,42	1,58	1,40	1,44	1,48	2,03	0,55	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,14	3,90	4,51	2,45	4,76	3,89	3,59	4,10	5,88	5,35	5,72	8,36	6,67	1,69	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,25	3,96	4,34	4,17	4,18	4,55	4,36	4,53	4,32	4,83	5,67	5,44	5,26	-0,17	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	1,01	1,61	1,41	1,51	1,36	1,87	5,37	5,50	4,71	4,85	5,19	5,09	5,37	0,27	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	4,41	4,63	4,38	4,76	5,75	4,80	5,49	6,21	5,71	5,46	5,08	5,15	5,68	0,53	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	19,91	22,67	22,73	15,20	23,58	21,95	16,12	17,21	22,01	22,51	21,38	27,93	23,95	6,99	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,18	5,33	4,40	3,75	4,55	4,56	4,34	3,20	2,70	2,95	2,67	2,24	2,50	0,25	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,14	7,50	6,41	7,44	5,94	6,63	6,22	5,31	4,98	4,63	5,33	5,25	5,01	-0,24	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10,68	10,39	10,65	11,48	9,58	10,26	14,70	13,78	12,73	13,21	11,56	11,67	11,86	0,19	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,15	4,93	5,27	4,12	4,42	4,15	4,22	3,76	3,63	3,46	3,17	3,05	3,23	0,18	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,47	12,61	13,16	11,58	11,75	12,69	13,77	14,19	13,09	12,32	12,54	12,24	12,21	-0,03	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,47	0,40	0,32	0,29	0,31	0,39	0,43	0,47	0,33	0,29	0,27	0,14	0,22	0,08	
Condiciones orales (K00-K14)	25,13	18,73	18,42	27,10	18,80	19,76	17,32	16,99	16,48	16,70	18,07	8,68	11,85	3,17		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2,30	2,31	4,17	2,71	3,01	4,12	3,82	4,99	4,16	6,73	7,18	5,06	6,96	1,89	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,26	0,27	0,20	0,38	0,10	0,46	0,24	1,03	0,63	0,89	0,76	0,85	0,56	-0,29	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,37	0,00	0,24	0,09	0,14	0,15	0,06	0,00	0,18	0,06	0,02	0,02	0,01	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	97,44	97,05	95,63	96,67	96,81	95,28	95,79	93,93	95,21	92,20	92,00	94,07	92,45	-1,62	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00		

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 15/01/2022.

### 8.5.3.3. Indígena

Entre 2009 y 2021, en los indígenas de Antioquia las atenciones por grandes causas se comportaron de la siguiente manera:

- Enfermedades no transmisibles con 363.116 consultas, es decir el 60% de las atenciones realizadas por los prestadores de salud del departamento; de las cuales el 21.3% correspondió a condiciones orales y el 17.37% a enfermedades cardiovasculares; entre



2020 y 2021 se evidencia un incremento del 3.45% en las atenciones por condiciones orales, a diferencia de las enfermedades cardiovasculares las cuales tuvieron una disminución del 3.80% en ese mismo periodo.

- Signos y síntomas mal definidos con 106.181 atenciones lo cual corresponde a un 18% del total de consultas.
- Condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 12% del total de atenciones del departamento es decir 69.806 consultas en el periodo, siendo las de mayor frecuencia las enfermedades infecciosas y parasitarias (48.66%) y las infecciones respiratorias (40.33%), las cuales registraron una disminución del 7.57% y un incremento del 8.47% respectivamente entre 2020 y 2021.
- Lesiones con 40.215 atenciones, de las cuales el 92.14% correspondieron a traumatismos, envenenamientos o algunas otras consecuencias de causas externas
- Condiciones materno perinatales, 22.473 atenciones que representaron el 4% de las consultas en este grupo étnico, siendo las condiciones maternas las de mayor frecuencia 92.68%.

Tabla 146 Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Indígena, Antioquia

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total de atenciones en la Población Indígena													Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	40,38	46,03	36,90	38,15	43,77	45,20	49,23	52,73	47,82	52,79	53,69	63,45	55,88	-7,57	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	47,91	35,17	36,44	50,33	47,81	43,07	42,10	40,28	40,59	38,70	37,28	25,59	34,06	8,47	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	11,71	18,80	26,66	11,51	8,43	11,73	8,67	6,99	11,59	8,51	9,03	10,96	10,06	-0,90	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	95,31	80,02	84,19	82,00	89,83	90,22	91,67	96,41	98,91	99,24	94,39	95,15	99,50	4,35	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	4,69	19,98	15,81	18,00	10,17	9,78	8,33	3,59	1,09	0,76	5,61	4,85	0,50	-4,36	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,99	1,10	2,83	5,28	0,90	3,62	4,35	1,96	2,63	1,78	3,32	5,95	3,24	-2,71	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,77	1,68	2,02	1,72	1,84	1,19	1,16	1,29	1,10	0,94	1,31	1,19	2,16	0,98	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,61	3,29	5,54	2,68	3,86	3,41	3,25	3,28	3,13	3,48	3,33	5,18	4,95	-0,23	
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,54	5,06	5,59	4,56	4,39	6,12	4,47	4,53	4,67	4,27	5,16	4,81	5,51	0,70	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	1,44	1,60	1,52	1,01	1,57	1,98	5,58	6,88	6,03	5,72	5,08	5,47	6,07	0,60	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	5,27	5,75	5,44	5,14	5,97	5,18	5,96	7,04	6,04	4,97	4,54	4,50	5,31	0,82	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	14,82	21,74	21,02	16,67	19,30	17,42	15,15	14,07	15,97	15,59	16,96	21,27	17,47	-3,80	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,17	6,51	3,93	4,22	5,08	4,75	4,14	3,13	3,72	2,78	2,61	2,40	2,53	0,13	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,45	8,07	6,93	6,58	5,83	8,56	6,06	6,01	5,69	7,01	6,00	6,34	6,65	0,32	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10,63	8,15	8,46	9,77	10,25	10,14	12,74	11,96	13,08	12,97	12,48	13,74	12,71	-1,03	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,94	5,52	4,52	4,83	5,09	4,58	4,06	4,06	4,12	3,35	3,45	4,29	3,76	-0,53	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,49	12,35	10,71	9,68	11,73	11,52	11,98	13,57	13,11	12,02	11,55	11,80	12,99	1,19	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,15	0,82	2,24	1,01	0,64	0,48	0,73	0,62	0,44	0,29	0,47	0,23	0,35	0,13	
Condiciones orales (K00-K14)	30,74	18,35	19,24	26,85	23,54	21,07	20,38	21,60	20,28	24,83	23,73	12,83	16,28	3,45		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	1,80	7,53	2,66	3,38	15,03	3,27	17,29	7,75	4,60	5,38	6,44	6,43	6,27	-0,16	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	1,83	0,00	0,40	0,19	0,66	0,45	0,22	1,56	0,78	1,44	0,95	-0,49	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,43	0,00	0,11	0,04	0,00	0,00	0,00	0,22	0,00	0,17	0,00	0,02	0,02	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	98,20	92,04	95,51	96,51	84,54	96,54	82,05	91,79	94,96	93,06	92,61	92,13	92,76	0,63	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00		

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 15/01/2022.



## 8.6. Reporte de población con discapacidad.

Es importante señalar que los grupos étnicos no tienen una visión unificada respecto a la discapacidad; por ejemplo, en algunas lenguas indígenas, no existe la expresión “personas con discapacidad”, o los términos que existen son peyorativos o solo abarcan determinados tipos de discapacidad, o algunos otros, tienen una visión muy positiva frente a sus miembros con discapacidad por considerar que tienen dones especiales como una fuente de sabiduría o un contacto positivo con los espíritus o la vida espiritual o filosófica. Sin embargo, por efecto del contacto e influencia ejercida por la cultura occidental, pareciera ser que en algunas comunidades dicha actitud positiva se ha ido tornando cada vez más negativa (ONU, 2013). Es por esta razón, que se debe favorecer las condiciones en el territorio para que la atención en salud sea culturalmente competente y que promueva la inclusión de estos individuos en la comunidad, respetando su cosmovisión, tradiciones y características del territorio. Así mismo, las poblaciones étnicas tienen más probabilidades de experimentar discapacidad debido a las condiciones de desigualdad a comparación de la población general, a razón de: altos niveles de pobreza, mayor exposición a la degradación del medio ambiente, alto impacto por grandes proyectos de desarrollo (represas o actividades mineras), mayor riesgo a ser víctimas de violencia; así como el riesgo de exposición a los desastres y emergencias ya que en su mayoría las poblaciones étnicas viven en zonas de riesgo (cambio climático, medio ambiente, conflictos armados, militarización etc.)<sup>78</sup>A 2021, se reportaron 5.951 discapacidades en 3.159 personas<sup>79</sup>. El tipo de alteración permanente más frecuente identificada en los grupos étnicos para este periodo fueron las relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con un 27.6% en promedio, seguido de aquellas del sistema nervioso con un promedio del 23.7%.

Tabla 147 Distribución de las alteraciones permanentes por grupo étnico, Antioquia, 2021

Tipo de discapacidad	Rrom		Indígena		NARP	
	N° Personas	%	N° Personas	%	N° Personas	%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	88	28,76	339	25,47	1240	28,74
El sistema nervioso	75	24,51	304	22,84	1025	23,76
Los ojos	44	14,38	197	14,8	681	15,79
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	14	4,58	97	7,29	332	7,7
Los oídos	26	8,5	104	7,81	265	6,14
La voz y el habla	29	9,48	168	12,62	418	9,69
La digestión, el metabolismo, las hormonas	11	3,59	47	3,53	121	2,8
El sistema genital y reproductivo	9	2,94	42	3,16	120	2,78
La piel	3	0,98	18	1,35	59	1,37
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	7	2,29	15	1,13	53	1,23

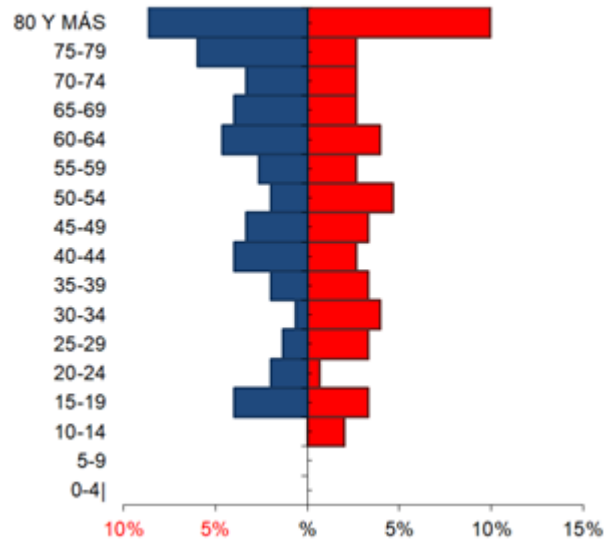
Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 01/08/2022.

<sup>78</sup> Enfoque diferencial y discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social.

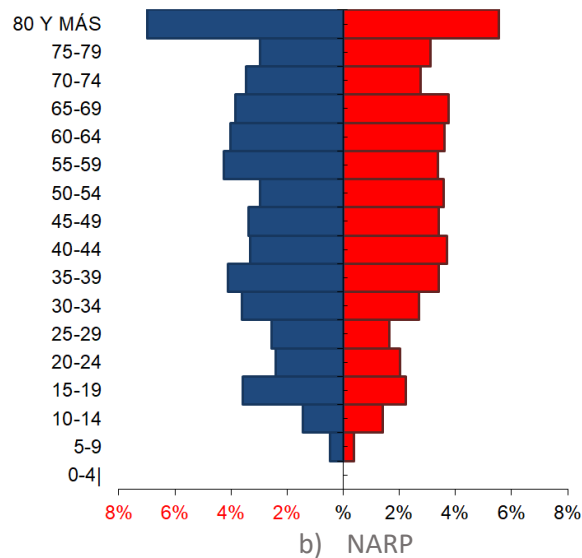
<sup>79</sup> Una persona puede tener más de una discapacidad

Con relación a la edad, a pesar de que se registren casos en cada una de las agrupaciones, es importante destacar que son los mayores de 80 años los más afectados por esta condición, siendo aún más marcado este comportamiento en el grupo étnico NARP e Indígenas; lo anterior explicado por el deterioro progresivo asociado al envejecimiento y adicionarle a esto las consecuencias físicas que generan enfermedades crónicas como lo es la diabetes e hipertensión no controladas.

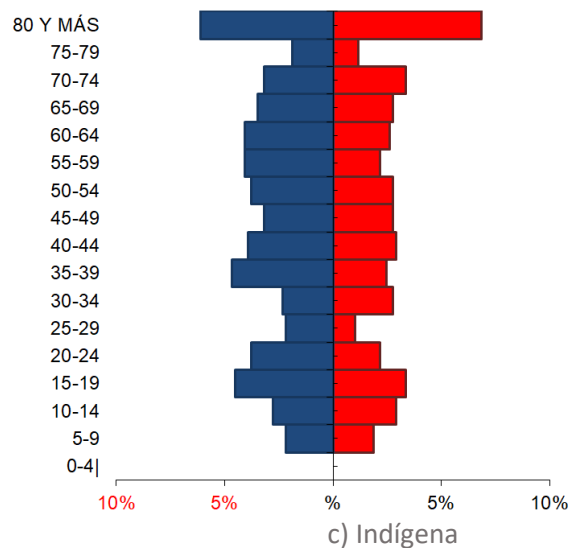
Figura 272. Pirámide de la población en condición de discapacidad, Grupos étnicos, Antioquia 2022.



a) Rrom



b) NARP



c) Indígena

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 01/08/2022.

## Bibliografía

- Álvarez-Díaz DA, Laiton-Donato K, Franco-Muñoz C, Mercado-Reyes M. Secuenciación del SARS-CoV-2: la iniciativa tecnológica para fortalecer los sistemas de alerta temprana ante emergencias de salud pública en Latinoamérica y el Caribe.
- Biomédica. 2020;40(Supl. 2):188-197. Published 2020 Oct 30. doi:10.7705/biomedica.5841.
- Li, F. (2016). Structure, Function, and Evolution of Coronavirus Spike Proteins. Annual Review of Virology, 3(1), 237–261. <https://doi.org/10.1146/annurev-virology-110615-042301>
- Li, B., Deng, A., Li, K., Hu, Y., Li, Z., Xiong, Q., Lu, J. (2021). Viral infection and transmission in a large, well-traced outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant. MedRxiv, 2021.07.07.21260122. <https://doi.org/10.1101/2021.07.07.21260122>
- Greaney, A. J., Loes, A. N., Crawford, K. H. D., Starr, T. N., Malone, K. D., Chu, H. Y., & Bloom, J. D. (2021). Comprehensive mapping of mutations in the SARS-CoV-2 receptor-binding domain that affect recognition by polyclonal human plasma antibodies. Cell Host & Microbe, 29(3), 463-476.e6. <https://doi.org/10.1016/J.CHOM.2021.02.003>
- Laiton-Donato, K., Franco-Muñoz, C., Álvarez-Díaz, D. A., Ruiz-Moreno, H. A., Usme-Ciro, J. A., Prada, D. A., ... Mercado-Reyes, M. (2021). Characterization of the emerging B.1.621 variant of interest of SARS-CoV-2. Infection, Genetics and Evolution, 95, 105038. <https://doi.org/10.1016/J.MEEGID.2021.105038>
- Infecciosas, C. para el control y prevención de enfermedades. (2021). SARS-CoV-2 Variant Classifications and Definitions. Retrieved December 2, 2021, from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-info.html>
- Emily Stephenson (2021). Single-cell multi-omics analysis of the immune response in COVID-19. Nature Medicine volume 27, pages904–916 (2021).
- Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999, 1-3.
- Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Diario Oficial 48241, Presidencia de la República (2 de noviembre de 2011).
- Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2018
- Ministerio de salud y protección social. Envejecimiento demográfico Colombia. 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá. Junio de 2013
- Gobernación de Antioquia. Encuesta calidad de vida 2019. Informe de indicadores. Universidad Nacional. Área metropolitana del valle de aburra.
- Plan integral de desarrollo agropecuario y rural con enfoque territorial. Tomo II. departamento de Antioquia. Caracterización multidimensional del desarrollo agropecuario y rural departamental





- Análisis de situación de salud departamento de Antioquia. Actualización 2019. Secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia. Equipo asís Antioquia
- BIA. boletín información para la acción. Pueblos indígenas de Antioquia. Contexto sociodemográfico. Gobernación de Antioquia.
- Perfiles socioeconómicos de las subregiones de Antioquia. Cámara de comercio de Medellín. Marzo 2019.
- Plan de desarrollo Unidos por la vida 2020 – 2023.
- DANE. Encuesta nacional de calidad de vida. 2019. Resultados julio de 2020
- Plan municipal de gestión de desastres 2015-2030
- DANE: boletín técnico. Pobreza multidimensional departamental 2018
- Plan departamental para la gestión de riesgos de desastres. DAPARD
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Antioquia, 2019
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Antioquia, 2017
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia, 2019.
- Plan territorial en salud 2020-2023
- Anuario estadístico de Antioquia 2018
- Encuesta calidad de vida 2019-Informe de indicadores
- Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018
- Fenómeno de migrantes venezolanos y SGSS
- Alcaldía de Medellín. (23 de 12 de 2020). <https://www.medellin.gov.co>. Obtenido de Efectos económicos y sociales por COVID-19 y alternativas de política pública: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/COVID19/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos/2020/AnalisisEfectosEconomicosCovid19.pdf>
- DNP, S. T. (18 de 02 de 2016). <https://colaboracion.dnp.gov.co>. Obtenido de RECOMENDACIONES PARA LA PROYECCIÓN Y ESTIMACIÓN: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/Documentos/Recomendaciones%20proyecciones%20SGP%202017-2019.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (20 de 01 de 2020). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5865](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5865). Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5865](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5865):
- Ministerio de salud y protección social. (23 de 12 de 2020). Régimen subsidiado población pobre no asegurada. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx>



- Organización Mundial de la Salud. El Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud a través de acciones intersectoriales: cinco casos de política pública de México. México; 2013. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6291> [ Links ]
- Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos de Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=F1A51668C6D78085735778F0DA17BFD0?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F1A51668C6D78085735778F0DA17BFD0?sequence=1) [ Links ]
- Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. Capítulo 2 Determinantes e Inequidades en Salud. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en) [ Links ]
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008. Disponible en: [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category\\_slug=equidad-en-salud&Itemid=493](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category_slug=equidad-en-salud&Itemid=493) [ Links ]
- Navarro V. Concepto actual de salud pública. En Martínez F., Castellanos P. L., Navarro, V., Salud Pública. Mc Graw-Hill. (pp. 49-54). Ciudad de México.
- Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999, 1-3.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, A novel coronavirus outbreak of global health concern. The Lancet [Internet]. 2020 [citado 18 mar 2020]. 35(10223). Disponible en: URL doi:10.1016/s0140-6736(20)30185-9
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. El Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna hace un llamado a la acción para reducir la mortalidad materna. [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/25-5-2021-grupo-trabajo-regional-para-reduccion-mortalidad-materna-hace-llamado-accion>
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/es/millennium-development-goals.html>
- Departamento Nacional de Planeación. Objetivos de Desarrollo del Milenio [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/pol%C3%ADticas-sociales-transversales/Paginas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio.aspx>
- Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 3918. Estrategia para la implementación de los Objetivos de desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Consultado 22



- Oct 2021]. Disponible en: <https://www.ods.gov.co/es>
- Banco Mundial. Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos). [Consultado 22 Oct 2021]. Disponible en: [https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?most\\_recent\\_value\\_desc=false](https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?most_recent_value_desc=false)
  - Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. [Consultado 22 Oct 2021]. Disponible en: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/who\\_rhr\\_15.23\\_spa.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/who_rhr_15.23_spa.pdf)
  - Equipo de Maternidad Segura – Instituto Nacional de Salud. Mortalidad Materna. [Consultado 05 May 2021]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Mortalidad%20materna%202005.pdf>
  - Equipo de Maternidad Segura – Instituto Nacional de Salud. Informe del Evento Mortalidad Materna, Colombia, 2016. [Consultado 05 May 2021]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Mortalidad%20materna%202016.pdf>
  - Resolución 2465 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016 [Internet]. República de Colombia; 14 de junio 2016 [Consultado 12 de diciembre noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion\\_no.\\_2465\\_del\\_14\\_de\\_junio\\_de\\_2016.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no._2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf)
  - Resolución 2350 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2350 de 2020 [Internet]. República de Colombia; 17 de diciembre de 2020 [Consultado 10 de diciembre 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf)
  - WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A joint statement. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf), página consultada el 10 de diciembre de 2014).
  - WHO. Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A joint statement. [Internet]. Ginebra; 2009 [Consultado 19 noviembre 2014]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf)

