



Capítulo IX:

Situación poblaciones vulnerables



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

CAPÍTULO IX.

Introducción.....	2
9.1 Población migrante.....	4
9.1.1 Marco normativo	5
9.1.2 Análisis de la situación.....	8
9.1.3 Respuesta institucional y social	10
9.1.4 Conclusiones y orientaciones estratégicas	11
9.2 Personas habitantes de calle	12
9.2.1 Marco normativo	13
9.2.2 Análisis de la situación.....	14
9.2.3 Respuesta institucional y social	16
9.2.4 Conclusiones y orientaciones estratégicas	17
9.3 Población LGTBIQ+	18
9.3.1 Marco normativo	18
9.3.2 Análisis de la situación.....	20
9.3.3 Respuesta institucional y social	20
9.3.4 Conclusiones y orientaciones estratégicas	21
9.4 Población campesina	22
9.4.1 Marco normativo	22
9.4.2 Análisis de la situación.....	23
9.4.3 Respuesta institucional y social	25
9.4.4 Conclusiones y orientaciones estratégicas	26
9.5 Población étnica.....	27
9.5.1 Marco normativo	28
9.5.2 Análisis de la situación.....	29
9.5.3 Respuesta institucional y social	31
9.5.4 Conclusiones y orientaciones estratégicas	31
9.6 Mujeres	32
9.6.1 Marco normativo	33
9.6.2 Análisis de la situación.....	34
9.6.3 Respuesta institucional y social	35
Conclusiones generales	37



CAPÍTULO IX.

Introducción

Hablar de las poblaciones vulnerables en Antioquia implica reconocer de manera directa las desigualdades sociales que inciden en la vida y la salud de miles de personas en el departamento. Más allá de los indicadores cuantitativos, cada cifra refleja trayectorias de vida, condiciones territoriales y determinantes sociales que configuran de forma diferenciada las posibilidades de vivir con dignidad. En este sentido, surge de la necesidad de comprender realidades diversas y complejas, profundamente influenciadas por factores estructurales que limitan el acceso efectivo a la salud y al bienestar.

Antioquia se caracteriza por una amplia diversidad poblacional y territorial. En su geografía convergen pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes que preservan saberes ancestrales; población campesina que enfrenta brechas históricas asociadas a la ruralidad dispersa; mujeres y diversidades expuestas a violencias estructurales; niños, niñas y adolescentes cuyas oportunidades están condicionadas por el contexto socioeconómico; personas mayores con trayectorias de envejecimiento marcadas por desigualdades; personas con discapacidad que continúan enfrentando barreras físicas, culturales y administrativas; población migrante en tránsito o asentamiento; así como grupos históricamente invisibilizados, como los habitantes de calle, que requieren respuestas diferenciadas y sensibles desde el Estado.

Desde esta perspectiva, la vulnerabilidad no se concibe como una condición individual, sino como la expresión acumulada de inequidades sociales. La pobreza multidimensional, la violencia territorial, el conflicto armado, las brechas educativas, la discriminación estructural, las desigualdades de género y etnia, la limitada disponibilidad de servicios básicos y las barreras geográficas de acceso interactúan y se refuerzan entre sí, configurando escenarios de riesgo diferenciados en los municipios y subregiones del departamento.

Este capítulo ha sido construido desde un enfoque participativo, mediante el diálogo con instituciones, equipos técnicos municipales, organizaciones sociales y representantes de las poblaciones priorizadas. Este proceso permitió incorporar voces, experiencias y percepciones que no siempre se reflejan en los sistemas de información, pero que resultan fundamentales para interpretar los datos y comprender las barreras reales de acceso a la salud y a otros derechos



fundamentales. En coherencia con el enfoque del ASIS departamental, se reconoce que el análisis cuantitativo debe complementarse con una lectura cualitativa que humanice y contextualice las cifras.

El propósito central de esta sección es identificar las principales brechas y desigualdades que afectan a las poblaciones vulnerables, describir sus condiciones de vida, analizar los riesgos acumulados y las barreras en el acceso a los servicios, así como visibilizar oportunidades para la transformación de estas realidades. De manera transversal, se promueve una mirada intersectorial, reconociendo que la reducción de inequidades en salud requiere la articulación con los sectores social, educativo, productivo, ambiental y de justicia, entre otros, bajo principios de equidad, protección social y garantía de derechos.

Finalmente, este capítulo invita a reconocer a las poblaciones vulnerables como sujetos activos, portadores de capacidades, saberes y redes comunitarias que contribuyen a la construcción de salud y bienestar. Identificar no solo sus necesidades, sino también sus fortalezas, permite avanzar hacia un modelo de salud con enfoque territorial, diferencial y centrado en las personas. De esta manera, el departamento de Antioquia reafirma su compromiso con la equidad en salud, la diversidad, la participación efectiva y el cierre progresivo de brechas históricas que aún persisten.



9.1 Población migrante

Antioquia, denominada históricamente como la gran esquina de América, constituye un territorio geoestratégico clave para el tránsito de población migrante en su ruta hacia Centro y Norteamérica. Esta condición ha favorecido, de manera sostenida, el paso y asentamiento de personas que, al huir de contextos sociopolíticos adversos en sus países de origen, buscan mejores condiciones de vida.

Atraídos por las características geográficas, las condiciones socioeconómicas y la infraestructura disponible, un número significativo de migrantes incluidos connacionales retornados desde Venezuela, ha optado por establecerse de manera permanente en los 125 municipios del departamento.

De acuerdo con cifras del Observatorio de Salud de Antioquia, en el departamento residen aproximadamente 390.000 personas migrantes, lo que, según el Reporte Situacional Local del GIFMM Antioquia, representa el 5,62 % de la población total. Esta magnitud poblacional ha generado un impacto sustancial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, configurándose como un fenómeno de relevancia en salud pública.

Si bien el Gobierno nacional ha expedido marcos normativos y ha dispuesto la transferencia de recursos financieros para apoyar la respuesta territorial frente a este fenómeno social, la totalidad de la cadena administrativa y de prestación de servicios de salud ha debido ajustarse de manera progresiva a los retos derivados del aseguramiento, la atención integral y la gestión de recursos adicionales no previstos inicialmente.

En este contexto, la Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia ha fundamentado su respuesta en el Plan Decenal de Salud Pública (Resolución 2367 de 2024) y en el Plan Territorial de Salud, con el propósito de estructurar los ajustes y requerimientos dirigidos a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y la red pública de Empresas Sociales del Estado, garantizando una atención integral de la población migrante en todos los niveles de complejidad.

El fenómeno migratorio venezolano ha impuesto al sistema de seguridad social en salud múltiples retos estructurales para los cuales no existía una preparación previa suficiente. Identificar y analizar de manera integral los impactos económicos, administrativos, científicos y sociales constituye un desafío central de este documento, orientado a comprender el proceso de adaptación y



resiliencia mediante el cual el departamento y su sistema de salud se han transformado para garantizar el derecho fundamental a la salud y, en consecuencia, el derecho a la vida de todas las personas que transitan y habitan el territorio antioqueño.

9.1.1 Marco normativo

Marco legal	Descripción
Decreto 1969 de 2014	Define las acciones intersectoriales del Programa de Asistencia Técnica y Protección a las Víctimas de la Trata de Personas. Establece la atención inmediata en salud, el acompañamiento priorizado a niñas, niños y adolescentes, y asigna funciones a los Comités Departamentales, Distritales y Municipales para la prevención y lucha contra la trata de personas.
Resolución 2063 de 2017	Adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS), orientando a los actores del sistema de salud a incorporar la participación ciudadana en políticas, programas y proyectos. Promueve la participación directa de la población migrante en la identificación y solución de problemáticas de salud que la afectan.
Resolución 5797 de 2017	Crea el Permiso Especial de Permanencia (PEP) como mecanismo de facilitación migratoria para nacionales venezolanos, con el propósito de preservar el orden social, promover la formalización laboral y garantizar su permanencia en condiciones dignas en el país.
Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (ONU, 2018)	Reconoce la necesidad de implementar acciones humanitarias que favorezcan la estabilización emocional de las personas migrantes y faciliten su remisión y articulación con otros servicios del Estado y la institucionalidad territorial.
Ley 2136 de 2021	Establece los principios, definiciones y lineamientos de la Política Integral Migratoria (PIM), estructurada en seis ejes: soberanía y seguridad nacional; derechos humanos; cooperación internacional; gobernanza y coordinación interinstitucional; participación ciudadana; e integración social, económica y cultural.
Decreto 216 de 2021	Adopta el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos (ETPV), como mecanismo de flexibilización migratoria que permite la integración social y productiva y el acceso a la oferta institucional. En el sector salud, sustenta el aseguramiento y el acceso



Marco legal	Descripción
	a servicios mediante: i) atención de urgencias y acciones de salud pública del Programa de Intervenciones Colectivas (PIC), incluyendo jornadas comunitarias, salud sexual y reproductiva, vacunación PAI y pruebas rápidas de ITS (sífilis y VIH) para población no afiliada o en condición irregular; y ii) afiliación al SGSSS cuando se cuenta con documento válido, ya sea al Régimen Subsidiado o Contributivo, según la condición socioeconómica.
Decreto 616 de 2022	Regula la afiliación de oficio e incorpora la contribución solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 572 de 2022	Incluye el Permiso por Protección Temporal (PPT) como documento válido de identificación de migrantes venezolanos en los sistemas de información del Sistema de Protección Social.
Decreto 1209 de 2024	Crea y regula el Permiso Especial de Permanencia para representantes legales o custodios de niñas, niños y adolescentes (PEP-TUTOR), fortaleciendo la protección integral de esta población.
Resolución 1035 de 2022	Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, incorporando capítulos diferenciales para poblaciones priorizadas, incluyendo víctimas del conflicto armado y grupos étnicos.
Resolución 2367 de 2023	Adopta formalmente el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. En su Eje Estratégico 2, Capítulo 5, prioriza la política pública para población migrante y otras poblaciones por condición o situación. Vigencia: 10 años.
Resolución 295 de 2023	Fortalece la articulación de la atención integral en salud y modifica la Resolución 518 de 2015. Ajusta los procesos de gestión pública y las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del PIC, con énfasis en la gestión de la oferta conforme al ASIS.
Resolución 100 de 2024	Establece disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y deroga la Resolución 1536 de 2015, fortaleciendo la coherencia entre planeación, ASIS y gestión territorial.
Resolución 1769 de 2023	Asigna recursos a departamentos y distritos certificados en salud para la cofinanciación de atenciones de urgencias a población migrante no asegurada o en condición irregular, y define las condiciones para el giro a las IPS.



Marco legal	Descripción
Resolución 737 de 2024 – Artículo 4	Establece reglas para la asignación y seguimiento de recursos ejecutados mediante transferencias, definiendo los requisitos administrativos y presupuestales que deben cumplir los actos de asignación.
Resolución 220 de 2024	Define los términos y condiciones para el reporte de información sobre la facturación de la atención de urgencias a población migrante no afiliada por parte de prestadores públicos, privados y mixtos.
CONPES 4100 de 2022	Define la estrategia para la integración de la población migrante venezolana como factor de desarrollo del país. En su Plan de Acción y Seguimiento (PAS), línea 1.2 del objetivo OE1, impulsa la adopción de la estrategia de acompañamiento psicosocial para población migrante, población colombiana retornada y comunidades de acogida. Vigencia: 10 años.
Ley 2294 de 2022 – Plan Nacional de Desarrollo	En el Catalizador 8 promueve el fortalecimiento de vínculos con la población colombiana en el exterior y la inclusión y protección de población migrante, instando a las entidades a coordinar esfuerzos para su atención e integración. Vigencia: 4 años.
Resolución 401 de 2025	Adopta la estrategia de acompañamiento psicosocial para población migrante, población colombiana retornada y comunidades de acogida, y define los criterios habilitantes y de ponderación para la asignación de recursos.
Resolución 1409 de 2025	Asigna recursos del presupuesto de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación de la estrategia de acompañamiento psicosocial. Establece el seguimiento a la ejecución por parte de las Secretarías de Salud departamentales.
Resolución 691 de 2025	Declara la emergencia sanitaria nacional por el brote de fiebre amarilla y adopta medidas de prevención y control, con implicaciones para población migrante y comunidades receptoras.
Decreto 032 de 2025	Crea la Comisión Nacional Intersectorial de Migración, fortaleciendo la gobernanza y coordinación interinstitucional en materia migratoria.
Circular Externa No. 035 de 2022 – MSPS	Recomienda a las entidades territoriales la formulación de una hoja de ruta con cinco líneas estratégicas para fortalecer la inclusión y atención de la población migrante venezolana en el SGSSS,



Marco legal

Descripción

incluyendo su incorporación en programas de salud pública y acciones del PIC, en el marco del PDSP 2022-2031.

Circular

202560000042 de 2025 población migrante venezolana afiliada sin cumplimiento de requisitos legales en el Distrito Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín.

No.

Define lineamientos para el retiro del Régimen Subsidiado de población migrante venezolana afiliada sin cumplimiento de requisitos legales en el Distrito Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín.

9.1.2 Análisis de la situación

La población migrante venezolana se encuentra distribuida en todo el departamento de Antioquia, con una concentración predominante en el Distrito de Medellín y el Valle de Aburrá, territorios que ofrecen mayores oportunidades laborales y de acceso a servicios. Aunque una parte significativa de esta población ha logrado procesos de adaptación e integración, persisten condiciones de vulnerabilidad asociadas a movilidad constante, mendicidad, consumo de sustancias psicoactivas y dificultades para su adecuada caracterización, lo que limita la calidad de la información disponible.

El marco normativo vigente, particularmente el Decreto 216 de 2021, reguló la expedición de nuevos Permisos Especiales de Permanencia para personas mayores de 18 años, generando un aumento de la población en condición migratoria irregular y, con ello, barreras para el aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta situación ha incrementado la presión financiera sobre los entes territoriales, responsables de asumir los costos de la atención por urgencias y emergencias, especialmente en los niveles de mayor complejidad.

A pesar de estos desafíos, el sistema de salud ha respondido de manera articulada mediante la implementación de acciones de salud pública, procesos de regularización, fortalecimiento del aseguramiento y estrategias de participación social, apoyadas por organizaciones sociales y organismos internacionales. A septiembre, el 67 % de la población migrante regularizada se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado, lo que evidencia un esfuerzo institucional relevante para garantizar el derecho a la salud.



Tabla 1. Población migrante de acuerdo con su asentamiento en Antioquia

M2	SEPTIEMBRE 2025										
TOTAL ANTIOQUIA	Migrantes venezolanos que recibieron PPT Antioquia	Encuestados en Sisbén Antioquia con PEP + PPT					Total Afiliados con PEP	Total Afiliados con PPT	Total Afiliados	% Afiliación con PPT	% de participación
		Total	1	2	No pobre No vulnerable	Sin sisbén					
		271.314	163.632	72.525	37.765	598	52.744	15	242.491	242.506	89,38%
MAGDALENA MEDIO	1.838	2.090	1.471	222	1	396	0	2.354	2.354	128,07	0,97
BAJO CAUCA	1.720	2.415	1.862	159	1	393	0	2.543	2.543	147,85	1,05
URABA	6.782	8.928	5.092	628	1	3.207	0	9.998	9.998	147,42	4,12
NORDESTE	2.749	2.954	1.907	426	3	618	0	3.322	3.322	120,84	1,37
OCCIDENTE	3.399	3.354	2.374	462	0	518	0	3.844	3.844	113,09	1,59
NORTE	2.356	2.552	1.473	548	5	526	0	3.344	3.344	141,94	1,38
ORIENTE	28.459	23.204	11.230	5.774	33	6.167	3	35.324	35.327	124,12	14,57
SUROESTE	3.176	3.135	1.860	417	3	855	0	3.848	3.848	121,16	1,59
VALLE DE ABURRA	220.835	115.000	45.256	29.129	551	40.064	12	177.914	177.926	80,56	73,37
fuentes: (1)PPT ENTREGADOS POR MIGRACION COLOMBIA REGIONAL ANTIOQUIA - CHOCÓ SEDE MEDELLÍN SEPTIEMBRE 2025 (2) SISBÉN CORTE SEPTIEMBRE-DNP (3) AFILIADOS BDUA SEPTIEMBRE 2025 * Se excluyen los usuarios con estado suspendidos.											
laboró Plantilla:		Diana Milena López Valencia									
vigilenció y actualizó la Plantilla:		Johana Carmona									

Fuente: Elaboración propia

Población migrante regularizada

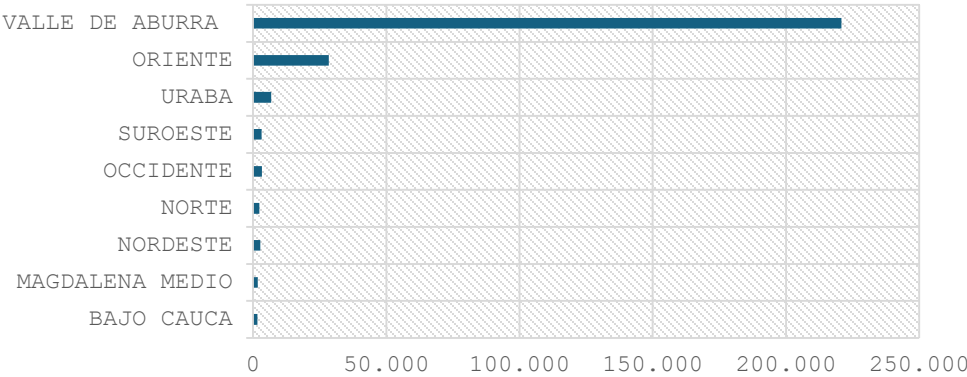


Gráfico 1. Población migrante con PPT

Fuente: Elaboración propia

Los determinantes sociales como el estatus migratorio, las condiciones de vivienda, el empleo informal y el acceso desigual a servicios inciden directamente en los resultados en salud, profundizando brechas territoriales y favoreciendo el uso de los servicios de urgencias como principal puerta de entrada al sistema. Adicionalmente, se identifica una dinámica emergente de



migración inversa, aún sin cifras consolidadas, que requiere ser incorporada en futuros análisis del ASIS.

En conjunto, el fenómeno migratorio ha puesto a prueba la capacidad de respuesta del sistema de salud en Antioquia, el cual ha demostrado resiliencia y adaptación a través de la coordinación interinstitucional, el trabajo territorial y la planificación estratégica, aunque persisten retos estructurales en materia de aseguramiento, financiación y equidad en el acceso a los servicios de salud.

9.1.3 Respuesta institucional y social

La revisión de las acciones implementadas para la atención de la población migrante permite identificar hallazgos, avances y limitaciones que reflejan tanto los esfuerzos institucionales realizados como los desafíos estructurales aún persistentes. En primer lugar, se evidencia que la Política Integral Migratoria, establecida mediante la Ley 2136 de 2021, fue concebida en un contexto orientado principalmente al retorno de población colombiana, sin prever que Colombia se consolidaría como país receptor de migrantes. Esta limitación de origen ha generado desajustes entre el marco normativo y la realidad migratoria actual, produciendo inestabilidad jurídica que afecta directamente los procesos de regularización y, en consecuencia, el aseguramiento de la población migrante en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Como resultado, se ha incrementado la atención de esta población a través de los servicios de urgencias, con una presión financiera significativa para las entidades territoriales.

No obstante, también se reconocen avances importantes. El Estado y las entidades territoriales han logrado implementar acciones focalizadas para atender problemáticas prioritarias, particularmente en el ámbito psicosocial, como lo evidencia la expedición de la Resolución 1409 de 2025 y la ejecución de intervenciones en municipios estratégicos como Turbo y Necoclí. Asimismo, la existencia de mesas de población migrante ha favorecido procesos de participación social y coordinación interinstitucional, contribuyendo a visibilizar las necesidades de esta población y a orientar respuestas más pertinentes desde el nivel territorial.

Sin embargo, la efectividad de estas acciones se ve limitada por varios factores. La salida de la Organización Panamericana de la Salud como instancia coordinadora de las mesas de migración dejó vacíos en la articulación intersectorial, especialmente en municipios con alta presión migratoria. A ello se



suma el carácter temporal y focalizado de las intervenciones implementadas, que no siempre se articulan a una estrategia integral y sostenida en el tiempo. Adicionalmente, persisten debilidades en las capacidades técnicas y administrativas de algunos municipios para asumir de manera autónoma la coordinación del fenómeno migratorio, así como la ausencia de una figura de coordinación territorial permanente que permita integrar la gestión de recursos, el seguimiento de metas y la articulación de la oferta institucional.

En conjunto, el análisis evidencia que, si bien se han logrado avances relevantes en la respuesta institucional frente a la migración, persisten limitaciones estructurales y normativas que afectan la sostenibilidad y efectividad de las acciones, lo que plantea la necesidad de fortalecer la gobernanza migratoria, la coordinación territorial y los mecanismos de regularización y aseguramiento en salud.

9.1.4 Conclusiones y orientaciones estratégicas

El fenómeno migratorio en el departamento ha implicado una transformación sustantiva del sistema de seguridad social en salud, evidenciando tanto capacidades institucionales relevantes como brechas persistentes en la respuesta integral. Si bien se han logrado avances significativos en términos de articulación intersectorial, participación comunitaria y ampliación del aseguramiento, estos esfuerzos resultan aún insuficientes frente a la complejidad, dinámica y heterogeneidad de la población migrante, particularmente en los municipios de mayor presión como Necoclí, Turbo y Medellín.

Asimismo, los determinantes sociales de la salud continúan profundizando las desigualdades y la vulnerabilidad sanitaria de la población migrante, especialmente en aquellos grupos que presentan condiciones de alta precariedad, movilidad constante, consumo problemático de sustancias psicoactivas o exclusión social. Estas situaciones limitan la continuidad del cuidado, incrementan el uso de servicios de urgencias y alta complejidad, y tensionan la capacidad institucional para garantizar una atención oportuna, equitativa y sostenible.

Se concluye también que persisten retos estructurales en la coordinación entre los distintos actores del sistema sector salud, Migración Colombia, EAPB, entidades territoriales y cooperación internacional, así como en la gestión de la



información, la financiación de la atención en salud y el fortalecimiento operativo de los espacios de gobernanza local, como las mesas de migración. Estas limitaciones afectan la planificación, el seguimiento y la toma de decisiones basadas en evidencia.

Finalmente, resulta indispensable avanzar hacia el fortalecimiento de la gestión territorial mediante la asignación de responsables específicos para el abordaje del fenómeno migratorio en las Direcciones Locales de Salud, el desarrollo de estrategias permanentes de caracterización y vigilancia en salud, y la consolidación de la participación social y comunitaria. Estas acciones permitirán mejorar la articulación institucional, optimizar el uso de recursos y garantizar de manera progresiva el derecho a la salud de la población migrante, en coherencia con los principios de equidad, inclusión y enfoque diferencial.

9.2 Personas habitantes de calle

El fenómeno de la habitanza en calle constituye una problemática social y de salud pública de alta relevancia para el departamento de Antioquia, en tanto se encuentra estrechamente asociado a condiciones estructurales como la pobreza extrema, la exclusión social, el consumo problemático de sustancias psicoactivas, los trastornos de salud mental no tratados, la desigualdad, el desempleo y la fragilidad de las redes familiares y comunitarias. Estas condiciones, que se manifiestan de forma heterogénea en los territorios, exponen a esta población a múltiples vulneraciones de derechos fundamentales y a riesgos físicos, psicosociales y ambientales que inciden negativamente en su bienestar y calidad de vida. Desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, la habitanza en calle evidencia desigualdades históricas y brechas sociales profundas que demandan respuestas integrales, intersectoriales y sostenidas en el tiempo.

El abordaje de esta población se enmarca en los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, que prioriza la atención de poblaciones vulnerables mediante la Atención Primaria en Salud, el enfoque preventivo y predictivo, y la garantía del derecho fundamental a la salud. De igual manera, se articula con el Plan Territorial de Salud de Antioquia, el cual reafirma la necesidad de fortalecer la atención integral, la reducción del daño, la prevención de la vida en calle y los procesos de restablecimiento de derechos. Este enfoque es coherente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular los ODS 1 (Fin de la pobreza), 3 (Salud y bienestar), 10 (Reducción de las desigualdades) y 11 (Ciudades y comunidades sostenibles).



La priorización de esta temática responde a su creciente visibilidad en los municipios del departamento, a las demandas institucionales de comprensión y gestión del fenómeno, y al mandato normativo de implementar la Política Pública Social Nacional para Habitantes de Calle, establecida en la Ley 1641 de 2013, el Decreto 1285 de 2022 y la Resolución 2367 de 2023. Asimismo, factores como la movilidad territorial, los impactos del conflicto armado, los procesos migratorios, el consumo de sustancias y el aumento de problemáticas asociadas a la salud mental configuran un escenario que exige un abordaje técnico especializado.

En este contexto, resulta indispensable un análisis a profundidad en el marco del ASIS, que permita dimensionar la magnitud del fenómeno, identificar sus determinantes y su distribución territorial, reconocer las inequidades existentes y evaluar la capacidad de respuesta institucional. Este ejercicio es fundamental para orientar decisiones estratégicas y fortalecer las acciones territoriales dirigidas a la prevención, atención integral e inclusión social de la población habitante de calle en Antioquia.

9.2.1 Marco normativo

Marco legal	Descripción
Ley 1641 de 2013 Política Pública Social Nacional para Habitantes de Calle	Reconoce a la población habitante de calle como sujeto de derechos y de especial protección del Estado. Establece los lineamientos generales para su atención integral, inclusión social, restablecimiento de derechos y prevención de la vida en calle, dando origen a la Política Pública Social Nacional para Habitantes de Calle.
Decreto 1285 de 2022 Reglamentación de la Política Pública Social para Habitantes de Calle	Reglamenta la Ley 1641 de 2013. Define principios rectores como el enfoque diferencial, la inclusión social y la atención integral. Establece la articulación Nación-territorio, regula el Sistema Nacional de Atención a Habitantes de Calle (caracterización, rutas de atención y programas de inclusión) y ordena la formulación de planes departamentales y municipales.
Sentencia C-062 de 2021 Corte Constitucional	Garantiza el derecho al libre desarrollo de la personalidad de las personas habitantes de calle. Declara inconstitucional el internamiento forzoso y los traslados obligatorios, y ordena que las políticas públicas se orienten a la protección de derechos, el acceso voluntario a servicios básicos y el respeto a la autonomía individual.
Resolución 2367 de 2023 Lineamientos técnicos de	Establece los lineamientos técnicos para la implementación territorial de la política pública, incluyendo criterios para la caracterización de la población, la atención integral, la articulación intersectorial y la aplicación del enfoque diferencial a lo largo del curso de vida.



Marco legal	Descripción
la Política Pública Social para Habitantes de Calle	
Ley 1801 de 2016 Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana (art. 41)	Ordena a las entidades territoriales implementar un modelo de atención integral para habitantes de y en calle, con enfoque de ciclo vital y enfoque diferencial, orientado a la prevención, atención, protección y restablecimiento de derechos bajo principios de igualdad, diversidad, equidad y universalidad.
Resolución 3280 de 2018 Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	Adopta los lineamientos técnicos para la atención integral en salud mediante Rutas Integrales de Atención, incluyendo las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, aplicables a poblaciones vulnerables como los habitantes de calle, y orienta su implementación en el ámbito territorial.
Ley 1098 de 2006 Código de Infancia y Adolescencia	Establece los lineamientos para la atención integral de niños, niñas y adolescentes con alta permanencia en calle o en situación de vida en calle, garantizando medidas de protección, restablecimiento de derechos y atención prioritaria bajo el principio del interés superior del niño.
Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031	Marco estratégico nacional que prioriza la atención de poblaciones vulnerables, incluyendo habitantes de calle, mediante la Atención Primaria en Salud, el enfoque diferencial, la prevención de riesgos y la reducción de inequidades en salud.
Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida"	Reconoce la salud como un derecho fundamental y promueve estrategias de atención integral a poblaciones en situación de vulnerabilidad, así como acciones orientadas a la reducción de desigualdades sociales que inciden en la habitanza en calle.
Plan Departamental de Desarrollo de Antioquia 2024–2027 "Por Antioquia Firme"	Establece políticas, estrategias y acciones para el abordaje del fenómeno de habitanza en calle en el departamento, promoviendo la atención integral, la articulación institucional y el fortalecimiento de la capacidad territorial para la prevención, atención e inclusión social.

9.2.2 Análisis de la situación

El fenómeno de la habitanza en calle en Colombia se caracteriza por una marcada concentración urbana y profundas desigualdades territoriales. El Censo de Habitantes de Calle 2017–2021 del DANE identificó 34.091 personas habitantes de calle en el país, distribuidas en 392 municipios, aunque la mayoría de estos presenta cifras inferiores a 200 personas, mientras un número reducido de grandes ciudades concentra la mayor proporción. La información más reciente confirma la fuerte masculinización del fenómeno, con predominio de hombres jóvenes y adultos entre los 25 y 39 años, lo que evidencia su impacto en etapas productivas del curso de vida.



En Antioquia, esta dinámica se reproduce con particular intensidad en el Valle de Aburrá, especialmente en Medellín y su área metropolitana. Los censos y caracterizaciones locales muestran que más del 85 % de las personas habitantes de calle son hombres, con una presencia creciente de población migrante y una alta concentración espacial en zonas centrales de la ciudad. Las estimaciones recientes sugieren un incremento sustancial del fenómeno respecto al censo de 2019, lo que da cuenta de un proceso de expansión y mayor visibilidad de la problemática en el contexto urbano. No obstante, la información departamental evidencia que la habitanza en calle no se limita a Medellín, sino que está presente en múltiples municipios y subregiones, con distintas intensidades, modalidades y niveles de permanencia, lo que configura un escenario heterogéneo que exige respuestas diferenciadas.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, la población habitante de calle se caracteriza por bajos niveles de escolaridad, trayectorias laborales inestables o informales, ruptura de redes familiares y comunitarias y dependencia de actividades de subsistencia como el reciclaje y la mendicidad. A estos factores estructurales se suman determinantes proximales asociados al consumo problemático de sustancias psicoactivas y al deterioro de la salud mental, frecuentemente expresados en patrones de policonsumo y en limitaciones para el desarrollo de actividades cotidianas. La interacción de estas condiciones configura trayectorias acumulativas de vulnerabilidad que aumentan el riesgo de ingreso, permanencia y cronificación de la vida en calle.

El análisis territorial pone en evidencia brechas significativas en la capacidad institucional de respuesta. Mientras el Valle de Aburrá concentra programas especializados, dispositivos de atención y equipos técnicos, la mayoría de municipios intermedios y pequeños cuenta con ofertas fragmentadas, de baja cobertura y centradas en intervenciones reactivas o en el control del espacio público. Estas desigualdades territoriales limitan la continuidad del cuidado, profundizan las vulneraciones de derechos y afectan de manera diferencial a subgrupos especialmente expuestos, como mujeres, personas LGBTQ+, jóvenes, personas mayores, migrantes y personas con discapacidad.

En términos de salud pública, la población habitante de calle presenta una alta carga de enfermedad. Se registra una mayor prevalencia de enfermedades transmisibles, como infecciones respiratorias, tuberculosis e infecciones de transmisión sexual, asociadas a condiciones ambientales adversas y barreras de acceso a servicios básicos. De manera simultánea, se observa una carga significativa de enfermedades crónicas no transmisibles y trastornos mentales graves, frecuentemente no diagnosticados ni tratados de forma oportuna,



agravados por la discontinuidad en la atención, la baja adherencia terapéutica y la ausencia de dispositivos de baja exigencia con enfoque diferencial. Estas condiciones se articulan con otros problemas priorizados de salud pública, como violencias, lesiones de causa externa, inseguridad alimentaria y consumo de sustancias psicoactivas.

Los hallazgos cualitativos permiten comprender la complejidad social del fenómeno. Desde la comunidad y algunos actores institucionales, la habitanza en calle suele asociarse con inseguridad y deterioro urbano, lo que refuerza estigmas, discriminación y prácticas de exclusión. En contraste, desde la perspectiva de las propias personas habitantes de calle, la calle se configura como un espacio ambivalente: escenario de riesgos extremos para la vida y la salud, pero también lugar de construcción de redes informales de apoyo, identidades compartidas y estrategias de supervivencia. Esta dualidad subraya la necesidad de intervenciones respetuosas de la autonomía y los derechos, en concordancia con el marco constitucional vigente.

En síntesis, la habitanza en calle en Antioquia debe entenderse como la expresión acumulativa de desigualdades sociales, económicas, sanitarias y territoriales que se desarrollan a lo largo del curso de vida. El análisis integrado de la información cuantitativa, cualitativa y territorial evidencia que el fenómeno no responde a causas aisladas, sino a la convergencia de determinantes estructurales y proximales que configuran trayectorias prolongadas de exclusión. En este contexto, la respuesta institucional requiere fortalecer capacidades territoriales, reducir brechas de inequidad, mejorar la continuidad del cuidado en salud y avanzar en estrategias intersectoriales de inclusión social, prevención y reducción del daño, orientadas al restablecimiento efectivo de derechos.

9.2.3 Respuesta institucional y social

La respuesta institucional frente a la habitanza en calle en Antioquia se orienta por la Política Pública Social para Habitantes de Calle, el Plan Territorial de Salud, el Plan Departamental de Desarrollo 2024-2027 y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que priorizan la atención integral, la reducción de riesgos y daños y la inclusión social. En este marco, la Secretaría de Salud e Inclusión Social, a través del Componente Habitante de Calle, ha liderado el fortalecimiento técnico de los municipios mediante asistencias técnicas, acompañamiento a planes de acción, capacitación en rutas de atención y uso de instrumentos de caracterización.



A nivel departamental, las asistencias técnicas han permitido mejorar la comprensión del fenómeno, fortalecer la planeación local y promover la articulación intersectorial, así como la apropiación de herramientas como Survey123, la Caja de Herramientas Departamental y los lineamientos de la ruta diferencial. En el nivel municipal, la oferta incluye centros día, albergues, equipos extramurales, programas psicosociales, estrategias de reducción del daño y convenios con IPS y organizaciones sociales; sin embargo, su disponibilidad es heterogénea y se concentra principalmente en el Valle de Aburrá, mientras que en municipios intermedios y rurales persisten respuestas fragmentadas y de baja cobertura.

Las brechas territoriales afectan la cobertura, el acceso y la pertinencia de los servicios, limitando la continuidad del cuidado y el acceso a atención en salud mental, deshabitación e inclusión social, especialmente para mujeres, población LGBTIQ+, personas mayores y migrantes. Pese a ello, se evidencian avances en la caracterización departamental, mayor visibilidad institucional del fenómeno, implementación progresiva de planes municipales, articulación con organizaciones sociales y experiencias de referencia en el área metropolitana. Persisten limitaciones relacionadas con desigualdades territoriales, escasez de dispositivos de baja exigencia, debilidades en la continuidad del cuidado y capacidad insuficiente para abordar casos de alta complejidad, lo que plantea la necesidad de fortalecer modelos diferenciales, la articulación intersectorial y los sistemas de seguimiento.

9.2.4 Conclusiones y orientaciones estratégicas

La habitanza en calle en Antioquia constituye una problemática compleja y multicausal, asociada a desigualdades estructurales sociales, económicas y sanitarias. La evidencia nacional y departamental muestra múltiples vulneraciones y marcadas inequidades territoriales: aunque el Valle de Aburrá concentra la mayor magnitud, el fenómeno también afecta municipios intermedios y pequeños, con dinámicas diferenciadas de riesgo y permanencia. Los determinantes sociales —pobreza, informalidad, rupturas familiares, consumo problemático de SPA y afectaciones en salud mental— configuran trayectorias de exclusión que requieren respuestas integrales y sostenidas.

En la respuesta institucional se reconocen avances en el fortalecimiento de capacidades municipales, la caracterización territorial, la formulación de planes de acción y la articulación intersectorial, especialmente en el área metropolitana.



Sin embargo, persisten brechas en cobertura y pertinencia de la oferta, con limitaciones en acceso a salud mental, continuidad del cuidado, dispositivos de baja exigencia y atención diferencial para mujeres y población diversa, así como debilidades en las estrategias preventivas y comunitarias.

En síntesis, el abordaje de la habitanza en calle debe consolidarse como una prioridad de salud pública con enfoque territorial, intersectorial y de derechos, orientada a reducir brechas, ampliar la oferta diferencial y fortalecer la prevención y la continuidad del cuidado para disminuir las desigualdades que perpetúan el fenómeno.

9.3 Población LGTBIQ+

La población LGTBIQ+ en Antioquia continúa enfrentando barreras estructurales asociadas a la discriminación, la violencia por prejuicio y la exclusión social, que limitan el acceso efectivo a derechos fundamentales como la salud, la educación y el empleo, y profundizan las brechas en bienestar y calidad de vida. Estas condiciones se ven reforzadas por debilidades en la implementación de acciones afirmativas y por la ausencia de indicadores diferenciales en los sistemas de información, lo que dificulta el seguimiento y la evaluación de los impactos de las políticas públicas, así como la identificación de inequidades territoriales. En este contexto, la garantía del derecho a la salud de las personas LGTBIQ+ constituye un eje estratégico de la inclusión social en el departamento y exige fortalecer el análisis de los determinantes sociales, ampliar la oferta de servicios con enfoque diferencial y avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, accesible y respetuoso de la diversidad.

9.3.1 Marco normativo

Marco legal	Descripción
Constitución Política de Colombia de 1991 (arts. 1, 2, 5, 13 y 16)	Establece a Colombia como Estado social de derecho, garantiza la dignidad humana, la igualdad y la no discriminación, el libre desarrollo de la personalidad y la obligación del Estado de proteger los derechos fundamentales de todas las personas, incluyendo aquellas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.
Ley 1482 de 2011, modificada por la Ley 1752 de 2015	Tipifica penalmente actos de discriminación y violencia basados en prejuicio, incluyendo la orientación sexual y la identidad de género, y fortalece la protección jurídica frente a conductas de odio y exclusión.



Marco legal	Descripción
Ley 1448 de 2011 – Ley de Víctimas y Restitución de Tierras	Incorpora el enfoque diferencial y de género para la atención integral de víctimas del conflicto armado, reconociendo vulnerabilidades específicas de personas LGBTIQ+ y la necesidad de medidas de reparación diferenciadas.
Decreto 762 de 2018 – Política Pública Nacional LGBTIQ+	Establece la Política Pública Nacional para garantizar los derechos de las personas LGBTIQ+, promoviendo igualdad, no discriminación, inclusión social y articulación intersectorial a nivel nacional y territorial.
Ley 1616 de 2013 – Ley de Salud Mental	Reconoce la salud mental como un derecho fundamental y ordena la atención integral con enfoque diferencial, relevante para la población LGBTIQ+ por su mayor exposición a violencias, estigmatización y afectaciones psicosociales.
Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031	Prioriza la reducción de inequidades en salud mediante enfoques diferencial, de género y de derechos humanos, e incluye acciones orientadas a poblaciones históricamente discriminadas, como la población LGBTIQ+.
Plan de Desarrollo Departamental – Componente 2.2 Inclusión Social, Programa 2.2.3 “Antioquia se Pinta de Diversidad”	Define estrategias departamentales para la promoción de derechos, la inclusión social y la reducción de violencias y discriminación hacia la población LGBTIQ+ en Antioquia.
Decreto 1311 de 2025	Cuyo objeto es la creación y organización del Sistema Nacional para la Garantía de los Derechos de la Población LGBTIQ+, que busca promover la eliminación de las desigualdades y la garantía de los derechos de la población en el territorio nacional, a través de la articulación interinstitucional e intersectorial con las entidades del orden nacional
Resolución 2138 de 2023	Establece lineamientos para la transversalización del enfoque de género en el sector salud, incorporando la diversidad sexual y de género en la planeación, prestación de servicios y seguimiento en salud.
Normas internacionales de derechos humanos (Declaración Universal de DD. HH.; Declaración de Montreal, 2006; Principios de Yogyakarta, 2007; Resolución ONU 17/19, entre otras)	Reconocen la orientación sexual y la identidad de género como categorías protegidas por los derechos humanos, y obligan a los Estados a prevenir la discriminación, garantizar el acceso a la salud y proteger la dignidad y la vida de las personas LGBTIQ+.



9.3.2 Análisis de la situación

La situación de salud de la población LGBTIQ+ en Antioquia está marcada por desigualdades persistentes asociadas a determinantes sociales estructurales, intermedios y proximales, que limitan el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de salud. Estas brechas se manifiestan en experiencias de discriminación institucional, violencias basadas en prejuicio, barreras administrativas y ausencia de servicios con enfoque diferencial, afectando de manera más intensa a personas trans, no binarias, intersexuales y jóvenes LGBTIQ+.

Aunque la población LGBTIQ+ está presente en todas las subregiones del departamento, la caracterización de su situación de salud es limitada debido a la invisibilización estadística y a la falta de variables diferenciales en los sistemas de información. La implementación desigual de los lineamientos nacionales, como la Resolución 2138 de 2023, y la heterogeneidad en las capacidades institucionales municipales profundizan las brechas territoriales, especialmente en zonas rurales y con menor presencia estatal.

El análisis evidencia que estas inequidades no responden a factores individuales, sino a procesos acumulados de exclusión social, estigmatización y debilidad institucional. La persistencia de modelos normativos binarios, la escasa formación del talento humano en diversidad sexual y de género, y la limitada articulación intersectorial condicionan trayectorias de atención fragmentadas y poco resolutivas. En este contexto, las personas LGBTIQ+ enfrentan mayores riesgos en salud mental, salud sexual y reproductiva y exposición a violencias. En síntesis, la situación de salud de la población LGBTIQ+ en Antioquia requiere una respuesta integral, territorial e intersectorial, que fortalezca los sistemas de información, garantice el reconocimiento identitario y consolide servicios de salud con enfoque de derechos y diferencial, como condición esencial para reducir inequidades y avanzar hacia un sistema de salud más equitativo e inclusivo.

9.3.3 Respuesta institucional y social

La respuesta institucional del departamento de Antioquia para la garantía de derechos y la atención en salud de las personas LGBTIQ+ se articula principalmente a través del programa *Antioquia se Pinta de Diversidad*, en coherencia con el Plan Territorial de Salud, el Plan de Intervenciones Colectivas



(PIC) y los lineamientos nacionales vigentes. Esta respuesta integra acciones de transformación cultural, fortalecimiento institucional, participación ciudadana y reducción de barreras en el acceso a servicios, mediante la articulación intersectorial con entidades territoriales, prestadores de servicios de salud y organizaciones comunitarias.

Desde el nivel departamental, se destacan las asistencias técnicas a municipios orientadas a mejorar la atención con enfoque diferencial, fortalecer la respuesta frente a violencias basadas en prejuicio, optimizar procesos administrativos y promover el reconocimiento del nombre identitario. De manera complementaria, el PIC contribuye con acciones en salud mental, prevención de violencias, sensibilización, capacitación del talento humano y fortalecimiento comunitario, consolidando una respuesta integral para avanzar en la inclusión social y la equidad en salud de la población LGBTIQ+ en el territorio.

9.3.4 Conclusiones y orientaciones estratégicas

La situación de salud de la población LGBTIQ+ en Antioquia evidencia desigualdades persistentes asociadas a determinantes sociales e institucionales que limitan el ejercicio pleno del derecho a la salud. Estas brechas se manifiestan en barreras de acceso, insuficiente reconocimiento identitario, trato discriminatorio, baja formación del talento humano en diversidad sexual y de género, debilidad de los sistemas de información y limitada participación social de los colectivos y liderazgos comunitarios.

Si bien el departamento cuenta con avances normativos y programáticos, su implementación es desigual entre municipios y subregiones, afectando con mayor intensidad a personas trans, no binarias, jóvenes LGBTIQ+ y población en contextos rurales o con baja capacidad institucional. En este sentido, la garantía efectiva del derecho a la salud requiere una respuesta estructural, intersectorial y territorialmente diferenciada, basada en el enfoque de derechos e interseccionalidad, que fortalezca las capacidades institucionales, promueva servicios amigables, mejore los sistemas de información y consolide la participación comunitaria para reducir las inequidades y prevenir violencias basadas en prejuicio.



9.4 Población campesina

En la última década, el campesinado colombiano ha logrado avances significativos en su reconocimiento político, jurídico y social, impulsados por la movilización social desde el Paro Agrario de 2013, decisiones judiciales clave, la adhesión de Colombia a la Declaración de Derechos Campesinos de la ONU (2022) y la reforma constitucional de 2023, que lo reconoce como sujeto de especial protección. Estos hitos han fortalecido las obligaciones del Estado en materia de acceso a la tierra, derechos sociales, participación política y sostenibilidad rural.

En Antioquia, donde se estima una población campesina superior a 1,8 millones de personas, se han desarrollado políticas departamentales orientadas a la agricultura campesina y al fortalecimiento de los jóvenes rurales. No obstante, persisten brechas estructurales en educación, salud, infraestructura, conectividad, empleo formal y seguridad social, así como inequidades de género que afectan especialmente a las mujeres campesinas. A ello se suman los impactos del conflicto armado y del cambio climático, que profundizan la vulnerabilidad social, económica y ambiental.

El acceso a servicios de salud continúa siendo limitado en zonas rurales, evidenciando la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud y el talento humano territorial. La articulación con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, el Plan Territorial de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible permite un abordaje integral basado en determinantes sociales, justicia territorial y sostenibilidad ambiental. En síntesis, el fortalecimiento del campesinado requiere intervenciones integrales y sostenidas que promuevan equidad, soberanía alimentaria, paz rural y condiciones de vida dignas para las comunidades rurales.

9.4.1 Marco normativo

Norma	Descripción
Acto Legislativo 01 de 2023	Reconoce al campesinado como sujeto de especial protección constitucional y establece obligaciones estatales en acceso a la tierra, vivienda digna, infraestructura rural, educación, participación política, intercambio de semillas y trazabilidad presupuestal.
Acto Legislativo 03 de 2023	Modifica la Constitución y crea la jurisdicción agraria y rural, orientada a garantizar justicia territorial y resolver conflictos relacionados con la tierra y el desarrollo rural.



Norma	Descripción
Ley 160 de 1994	Crea el Sistema Nacional de Reforma Agraria y Desarrollo Rural Campesino y establece mecanismos para el acceso a la tierra mediante subsidios y redistribución.
Resolución 464 de 2017	Adopta los lineamientos estratégicos de la política pública para la agricultura campesina, familiar y comunitaria.
Resolución 096 de 2024	Reglamenta aspectos técnicos del Sistema Nacional de Innovación Agropecuaria, fortaleciendo la asistencia técnica y la productividad rural.
Ordenanza 16 de 2019 (Antioquia)	Establece la Política Pública de Agricultura Campesina, Familiar y Comunitaria en el departamento de Antioquia.
Ordenanza 33 de 2019 (Antioquia)	Promueve el fortalecimiento integral de los jóvenes rurales en ámbitos educativos, productivos y sociales, para enfrentar pobreza rural, migración y baja rentabilidad agrícola.
Acuerdo Final de Paz – Reforma Rural Integral (Punto 1)	Busca la transformación estructural del campo, la reducción de brechas campo-ciudad, la erradicación de la pobreza rural y la garantía de derechos para la población campesina.
Acuerdo Final de Paz – Desarrollo social (1.3.2)	Prioriza salud, educación, vivienda y erradicación de la pobreza rural, fortaleciendo la infraestructura y la calidad de los servicios públicos en zonas rurales.
Plan Nacional de Salud Rural	Reconoce la salud rural como eje del desarrollo y la construcción de paz, orientado a reducir brechas entre el campo y la ciudad y atender los efectos del conflicto armado.

9.4.2 Análisis de la situación

El campesinado antioqueño constituye uno de los pilares históricos, culturales y productivos más importantes del departamento. Su aporte a la soberanía alimentaria, la conservación ambiental, la identidad regional y la configuración de los paisajes socioecológicos es fundamental. Sin embargo, este rol ha sido históricamente invisibilizado en los modelos de desarrollo, lo que ha derivado en profundas desigualdades sociales, económicas y territoriales que afectan de manera persistente las condiciones de vida en el campo.

Antioquia cuenta con cerca de 6,9 millones de habitantes, con una alta concentración en el Valle de Aburrá, proceso que ha intensificado el despoblamiento rural y debilitado el relevo generacional campesino. La transición demográfica evidencia un envejecimiento acelerado de la población: se proyecta que para 2050 las personas adultas mayores representarán el 28% del total. Este fenómeno, sumado a la migración de jóvenes hacia las ciudades por la falta de oportunidades, limita la continuidad de la agricultura familiar y la transmisión de saberes ancestrales relacionados con el manejo del suelo, el agua



y las semillas. La migración venezolana, cercana al 6% de la población departamental, ha dinamizado algunos sectores laborales, aunque persisten barreras para su integración social y económica.

La pobreza multidimensional rural supera el 20% y alcanza hasta el 25% en subregiones como Bajo Cauca y Magdalena Medio. Estas condiciones se agravan por brechas significativas en acceso a educación, salud, transporte, conectividad digital y vivienda digna. El deterioro de la red vial terciaria reduce la competitividad de las economías campesinas y limita la comercialización de productos en condiciones justas, profundizando la desigualdad entre el campo y la ciudad.

En el ámbito económico, la informalidad laboral supera el 78%, la dependencia de intermediarios y la falta de seguridad jurídica sobre la tierra restringen la autonomía productiva del campesinado. Aunque Antioquia es el segundo mayor aportante al PIB nacional y cuenta con sectores agrícolas estratégicos como plátano, banano, aguacate y flores, los beneficios de esta dinámica no se distribuyen de manera equitativa. El acceso limitado a crédito, asistencia técnica y mercados justos perpetúa ciclos de pobreza que no responden a la falta de trabajo, sino a la ausencia de garantías estructurales para producir en condiciones dignas.

El conflicto armado ha marcado profundamente la historia rural del departamento, generando desplazamientos forzados, despojo de tierras y ruptura del tejido social. A ello se suman los impactos crecientes del cambio climático, expresados en sequías prolongadas, lluvias intensas y variaciones en los ciclos de siembra, que afectan la productividad y aumentan la vulnerabilidad de las familias campesinas. Pese a este contexto adverso, el campesinado ha demostrado una alta capacidad de resiliencia a través de procesos organizativos, prácticas solidarias y defensa del territorio.

Aunque el reconocimiento del campesinado como sujeto de especial protección constitucional representa un avance significativo, persiste una brecha entre el marco normativo y su implementación efectiva, asociada a la limitada inversión pública, la falta de continuidad institucional y la escasa participación campesina en la toma de decisiones. Estas desigualdades responden a un modelo de desarrollo que ha privilegiado la urbanización, la concentración de servicios y la explotación extractiva del territorio, subordinando la vida rural a lógicas de mercado y rentabilidad, y desconociendo que la agricultura campesina es también productora de cultura, tejido social y equilibrio ambiental.



Fortalecer al campesinado antioqueño es una condición indispensable para la sostenibilidad territorial, la autonomía alimentaria y la cohesión social. Ello requiere acciones integrales orientadas a la formalización y titulación de tierras, el fortalecimiento de mercados campesinos y compras públicas con precios justos, la ampliación de la educación rural con enfoque agroecológico, la mejora de la infraestructura vial y digital, el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud con enfoque rural y comunitario, la adaptación al cambio climático y la participación política efectiva del campesinado en la planificación territorial. Reconocer y dignificar la vida campesina no es un acto asistencialista, sino una decisión estratégica para construir un modelo de desarrollo más equitativo, sostenible y culturalmente arraigado en Antioquia.

9.4.3 Respuesta institucional y social

La institución reconoce el papel esencial del campesinado antioqueño como base histórica, cultural, productiva y ambiental del territorio. El análisis realizado evidencia que las desigualdades persistentes en el campo responden a factores estructurales que han limitado el acceso a derechos, servicios y oportunidades, lo que hace necesario fortalecer una respuesta pública orientada a garantizar condiciones de vida dignas, sostenibles y culturalmente pertinentes para las comunidades campesinas.

En coherencia con el marco normativo vigente y con el reconocimiento constitucional del campesinado como sujeto de especial protección, la acción institucional se orienta al reconocimiento de sus derechos y de su papel como actor social y político fundamental para la soberanía alimentaria, la conservación del territorio y la construcción de paz. El campesinado es entendido no solo como productor agrícola, sino como portador de saberes, prácticas culturales y formas de organización comunitaria que fortalecen el tejido social y territorial.

Desde una perspectiva de salud integral, se prioriza el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud con enfoque rural y comunitario, incorporando acciones de promoción y prevención dirigidas a población adulta mayor, mujeres y niñez campesina, el fortalecimiento de equipos extramurales y la articulación con prácticas tradicionales de cuidado de la salud.

Asimismo, se reconoce que la formulación de políticas públicas rurales requiere la participación efectiva del campesinado. En este sentido, se promueve su inclusión en los espacios de planeación y gobernanza territorial, el



fortalecimiento del liderazgo comunitario y la participación de jóvenes rurales como condición para la sostenibilidad social del campo.

En el ámbito productivo, la respuesta institucional se orienta a mejorar la seguridad económica campesina mediante el fortalecimiento de mercados justos, el acceso a crédito y asistencia técnica con enfoque agroecológico y el impulso de estrategias de relevo generacional. De manera complementaria, se promueven acciones de adaptación al cambio climático y protección de los ecosistemas, basadas en el manejo sostenible del agua y el suelo, la diversificación productiva y la recuperación de semillas nativas.

En conjunto, estas acciones reafirman que fortalecer al campesinado no es un acto asistencialista, sino una decisión estratégica para la justicia social, la sostenibilidad ambiental, la salud integral y la construcción de paz territorial. Garantizar la permanencia digna del campesinado en el campo es esencial para el bienestar del territorio y el futuro sostenible de Antioquia.

9.4.4 Conclusiones y orientaciones estratégicas

El fortalecimiento del campesinado antioqueño constituye un elemento central para avanzar hacia un desarrollo rural más justo, equitativo y sostenible. Garantizar el acceso efectivo a servicios básicos, promover su participación real en los procesos de toma de decisiones y reconocer sus saberes, prácticas culturales y aportes a la seguridad alimentaria resulta indispensable para reducir las brechas históricas entre el campo y la ciudad.

Asimismo, la sostenibilidad del territorio y la construcción de paz territorial dependen de la protección de la relación histórica entre el campesinado y la naturaleza, del fortalecimiento de la autonomía económica rural y de la implementación de políticas públicas integrales que articulen la salud, la protección ambiental y la producción agroecológica. Avanzar en estas orientaciones estratégicas permitirá no solo dignificar la vida en el campo, sino también consolidar un modelo de desarrollo territorial basado en el bienestar, la equidad y la sostenibilidad.



9.5 Población étnica

Las poblaciones étnicas de Antioquia, pueblos indígenas, pueblo Rrom y comunidades afrodescendientes, constituyen un componente fundamental del tejido histórico, cultural y territorial del departamento. Su presencia ha sido clave en la construcción de formas propias de organización comunitaria, cuidado colectivo, gobernanza territorial y manejo ancestral del ambiente, aportando de manera significativa a la diversidad cultural y social de Antioquia. Sin embargo, estas comunidades han enfrentado históricamente procesos de despojo territorial, discriminación estructural, precarización económica y afectaciones profundas derivadas del conflicto armado y la minería ilegal, lo que ha generado desigualdades persistentes en salud, bienestar y calidad de vida.

El análisis de su situación resulta prioritario para la salud pública departamental, no solo por la magnitud poblacional que representan, sino por las brechas evidentes frente a la población no étnica. Estas se manifiestan en barreras geográficas de acceso, deficiencias en saneamiento básico, dificultades de movilidad, limitada oferta de servicios con pertinencia cultural y altos niveles de pobreza multidimensional. En muchos territorios, la presencia institucional en salud es intermitente, con insuficiente continuidad en la atención y escasa articulación entre la medicina occidental y los sistemas propios de salud.

Esta realidad se articula directamente con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, el Plan Territorial de Salud de Antioquia y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular aquellos relacionados con salud y bienestar, reducción de desigualdades, igualdad de género y fortalecimiento institucional. Abordar las condiciones de las poblaciones étnicas es indispensable para avanzar hacia un modelo de salud equitativo, intercultural e inclusivo.

La pertinencia del análisis radica en comprender cómo los determinantes sociales estructurales e intermedios continúan afectando de manera desproporcionada a estas comunidades. La ruralidad dispersa, la precariedad de la infraestructura, la presión ambiental por deforestación y minería, los rezagos educativos y la fragilidad de los servicios públicos inciden de forma directa en su situación de salud, especialmente en subregiones como Urabá, Bajo Cauca, Norte, Occidente y el Valle de Aburrá.



Finalmente, es importante mencionar que el análisis de la situación de salud con enfoque étnico tiene una metodología participativa; es decir, reconoce las propias concepciones sobre salud, bienestar y enfermedad desde las propias voces de los pueblos y comunidades étnicas. Para los pueblos étnicos, la salud trasciende lo biológico e integra dimensiones espirituales, territoriales y relacionales, estrechamente vinculadas al territorio, la medicina ancestral y los liderazgos comunitarios. Incorporar estos enfoques es clave para una comprensión integral del proceso salud-enfermedad-atención y para el diseño de respuestas institucionales culturalmente pertinentes y sostenibles.

9.5.1 Marco normativo

Norma / Política	Descripción
Constitución Política de 1991	Reconoce a Colombia como un Estado pluriétnico y multicultural, garantizando la autonomía, identidad cultural, autogobierno y protección de los territorios de los pueblos étnicos.
Convenio 169 de la OIT – Ley 21 de 1991	Obliga al Estado a realizar consulta previa frente a medidas que afecten a pueblos indígenas y tribales en su vida, cultura o territorio.
Ley 70 de 1993	Establece la protección de los derechos colectivos de las comunidades afrodescendientes, especialmente sobre territorio, identidad cultural y acceso a recursos naturales.
Decreto 2164 de 1995	Regula la constitución, ampliación y protección de los resguardos indígenas.
Ley 691 de 2001	Garantiza la participación de los pueblos indígenas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el reconocimiento de sus autoridades.
Ley 1438 de 2011	Incorpora el enfoque diferencial en el SGSSS y fortalece la Atención Primaria en Salud (APS), reconociendo los derechos de los grupos étnicos y su corresponsabilidad comunitaria.
Decreto 1953 de 2014	Define el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), basado en la cosmovisión, la sabiduría ancestral y la relación armónica con el territorio.
Ley Estatutaria de Salud – Ley 1751 de 2015	Reconoce la salud como derecho fundamental y garantiza la protección especial de los pueblos indígenas, respetando sus concepciones propias de salud a través del SISPI.
Circular 011 de 2018	Establece directrices para la implementación territorial del SISPI en articulación con el SGSSS.
Resolución 2626 de 2019 – MAITE	Instrumento de gestión territorial que articula actores del sistema de salud y comunidades para mejorar las condiciones de salud, bajo liderazgo departamental.



Norma / Política	Descripción
Política Nacional de Salud Intercultural	Orienta la garantía del derecho a la salud mediante la articulación entre los sistemas médicos propios y el sistema oficial.
Lineamientos para atención de comunidades étnicas en emergencias y desastres	Exige la incorporación del enfoque diferencial étnico en la gestión del riesgo y la atención en emergencias.
Ordenanza 10 de 2007 – Antioquia	Formula la política pública para comunidades afrodescendientes, orientada a garantizar derechos y mejorar el acceso a programas sociales.
Ordenanza 042 de 2022 – Antioquia	Adopta la política pública indígena departamental, garantizando derechos individuales y colectivos con enfoque diferencial, de igualdad y no discriminación.
Resolución 464 de 2022	Establece el Capítulo Diferencial para el Pueblo Rrom (Gitano) y los lineamientos para garantizar el derecho a la salud de este pueblo con un enfoque étnico en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).
Resolución 1964 de 2024	Establece los lineamientos para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (NARP)

9.5.2 Análisis de la situación

Las poblaciones étnicas de Antioquia se concentran principalmente en las subregiones de Urabá, Occidente, Norte, Bajo Cauca y el Valle de Aburrá, donde se ubican resguardos indígenas y consejos comunitarios afrodescendientes. Estas dinámicas territoriales expresan realidades profundamente diferenciadas, en las que los determinantes sociales, ambientales y culturales inciden de manera directa sobre los perfiles de morbilidad, mortalidad y bienestar.

En el departamento hacen presencia los pueblos indígenas Embera (Dóbida, Eyábida y Chamí), Senú, Gunadule y Nutabe, el pueblo Rrom y comunidades negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras (NARP) con alta concentración en el Bajo Cauca y Urabá antioqueño y en municipios del área metropolitana como Envigado, Medellín y Bello. La magnitud y distribución de estas poblaciones evidencian condiciones de vulnerabilidad asociadas a desigualdades históricas y a la persistencia de barreras estructurales para el ejercicio pleno de sus derechos.

La situación de salud de las comunidades étnicas no es un fenómeno aislado, sino el resultado de un entramado de factores estructurales, intermedios y proximales que interactúan de manera permanente. Entre las causas



estructurales se destacan la desigualdad histórica en el acceso a derechos, las debilidades en la garantía de la protección territorial, la implementación de modelos de salud poco adaptados a las realidades culturales y la baja presencia institucional, acompañada de limitada inversión social en zonas rurales dispersas.

A estos factores se suman determinantes territoriales y ambientales como los altos niveles de pobreza multidimensional, las limitaciones en educación, empleo, vivienda y servicios básicos, la deforestación, la minería ilegal y la contaminación de fuentes hídricas, así como la precariedad de la infraestructura vial, que dificulta el acceso oportuno a los servicios de salud. El conflicto armado continúa siendo un factor crítico, generando desplazamientos, confinamientos y rupturas del tejido comunitario.

En el nivel proximal, las comunidades enfrentan atención tardía y con escasa pertinencia cultural, deficiencias en el transporte sanitario, débil articulación entre los sistemas propios de salud indígena y afrodescendiente y el sistema oficial, así como una insuficiente disponibilidad de talento humano con formación en enfoque intercultural. Estas condiciones se reflejan en percepciones comunitarias de discriminación, desconocimiento de la medicina ancestral por parte del personal sanitario, dificultades en los procesos de referencia y contrarreferencia y una limitada presencia de promotores y agentes comunitarios de salud.

Como consecuencia, se observa una mayor carga de enfermedades transmisibles como infecciones respiratorias agudas, tuberculosis y enfermedades diarreicas agudas; persistencia de morbilidad materna y neonatal prevenible; desnutrición infantil y anemia en menores de cinco años; afectaciones a la salud mental comunitaria asociadas al conflicto, el desplazamiento y la pérdida territorial; así como mayores riesgos relacionados con embarazo adolescente y maternidad temprana. Todo ello se traduce en tasas elevadas de mortalidad evitable y en una baja cobertura de acciones de promoción y prevención.

Este escenario confirma que las brechas entre territorios urbanos y rurales, y entre población étnica y no étnica, continúan siendo una realidad compleja en Antioquia. En consecuencia, se requiere fortalecer respuestas integrales, interculturales y territorialmente pertinentes, que articulen la acción institucional con los sistemas propios de salud, reduzcan las desigualdades estructurales y garanticen efectivamente el derecho a la salud y al bienestar de las comunidades étnicas del departamento.



9.5.3 Respuesta institucional y social

La respuesta institucional del departamento ha incorporado acciones orientadas a la promoción de la salud, el desarrollo de jornadas de vacunación, el fortalecimiento de la afiliación al sistema y el acompañamiento integral a gestantes, niñas y niños. De manera progresiva, en algunos municipios se han implementado componentes del Modelo de Atención Intercultural, con participación de autoridades indígenas y afrodescendientes, lo que representa un avance en el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural en la prestación de los servicios de salud.

Sin embargo, persisten desafíos estructurales que limitan el alcance de estas acciones, entre ellos las coberturas insuficientes en zonas rurales dispersas, la discontinuidad de los proyectos por falta de recursos sostenidos, la escasez de equipos extramurales con enfoque diferencial étnico y la débil articulación entre EPS, IPS y autoridades étnicas, lo que afecta la oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención.

En el ámbito comunitario, las autoridades indígenas y afrodescendientes desarrollan estrategias propias de cuidado y protección, como la conformación de guardias indígenas y cimarronas para la defensa territorial, el uso de plantas medicinales y prácticas de sanación ancestral, así como redes de cuidado colectivo dirigidas a mujeres, niñas, niños y personas mayores. Estas prácticas constituyen un pilar fundamental para el autocuidado, la cohesión social y la permanencia cultural de las comunidades, por lo que su reconocimiento, fortalecimiento y articulación con la institucionalidad resultan indispensables para avanzar hacia un modelo de salud verdaderamente intercultural y equitativo.

9.5.4 Conclusiones y orientaciones estratégicas

La situación de salud de las poblaciones étnicas en Antioquia evidencia inequidades históricas y estructurales que afectan de manera desproporcionada su bienestar y el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud. Determinantes sociales como la pobreza, la ruralidad dispersa, los riesgos ambientales, la discriminación y las barreras de acceso continúan profundizando brechas persistentes, lo que demanda acciones sostenidas, coordinadas y con pertinencia cultural.



Si bien se han logrado avances institucionales, estos resultan aún insuficientes para cerrar las desigualdades existentes. En este sentido, es prioritario fortalecer el modelo intercultural de salud, garantizar la participación efectiva de las autoridades étnicas, ampliar la oferta de servicios en los territorios y articular de manera real la medicina ancestral con el sistema oficial. La equidad en salud solo será posible a través de una acción pública integral, intersectorial y territorializada, que reconozca la diversidad cultural como un eje central del derecho a la salud y del bienestar colectivo.

9.6 Mujeres

La situación de salud de las mujeres en Antioquia constituye un problema prioritario de salud pública debido a la persistencia de desigualdades estructurales que afectan su bienestar, el acceso a servicios y el ejercicio pleno de sus derechos. Factores como la violencia basada en género, la informalidad laboral, las brechas educativas, las limitaciones en la atención integral en salud y los patrones socioculturales discriminatorios generan escenarios de vulnerabilidad que impactan de manera diferenciada a mujeres rurales, afrodescendientes, indígenas, jóvenes y adultas mayores, especialmente en subregiones con mayores niveles de pobreza o afectación por el conflicto armado.

Estas inequidades se reflejan en indicadores clave como la mortalidad materna, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, la atención a las violencias y la sobrecarga de cuidados no remunerados, evidenciando que las desigualdades de género siguen siendo un desafío estructural para el departamento. La problemática adquiere mayor relevancia al reconocer que la salud de las mujeres no solo es un asunto de equidad, sino un determinante fundamental del desarrollo social, económico y territorial, con efectos directos en el bienestar familiar, comunitario y regional.

Desde el marco de la salud pública, esta situación se articula con las prioridades del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el Plan Territorial de Salud de Antioquia y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente los relacionados con salud, igualdad de género y reducción de desigualdades. La priorización del problema responde a la alta carga de enfermedad evitable, las brechas territoriales persistentes, su impacto en el desarrollo y la necesidad de cumplir compromisos nacionales e internacionales, lo que exige intervenciones integrales, intersectoriales y con enfoque de género y territorial para garantizar



el derecho a la salud de las mujeres y avanzar hacia una sociedad más justa e inclusiva.

9.6.1 Marco normativo

Norma	Descripción
Constitución Política de Colombia	Reconoce el derecho a la igualdad, la protección especial a las mujeres y la obligatoriedad de los tratados internacionales de derechos humanos.
Ley 715 de 2001	Define competencias y responsabilidades del sector salud en los niveles nacional y territorial.
Ley 1122 de 2007	Fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el acceso a los servicios.
Convención Belém do Pará (1994)	Instrumento internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.
Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995)	Marco global para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.
CEDAW y Protocolo Facultativo (Ley 984 de 2005)	Elimina la discriminación contra la mujer y fortalece los mecanismos de exigibilidad de derechos.
Consensos de Quito (2007) y Brasilia (2010) – CEPAL	Compromisos regionales para avanzar en igualdad de género y derechos de las mujeres.
Resolución 1035 de 2022	Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 con enfoque de género y equidad.
Resolución 1597 de 2025	Establece lineamientos sectoriales recientes para la garantía de derechos en salud.
Ley 1257 de 2008	Establece medidas integrales de prevención, atención y sanción de las violencias contra las mujeres.
Resolución 459 de 2012 y modificaciones	Protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencias sexuales.
Ley 1146 de 2007	Garantiza atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.
Ley 1336 de 2009	Refuerza la protección frente a la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes.
Ley 1761 de 2015	Tipifica el feminicidio como delito autónomo.
Ley 1773 de 2016	Sanciona ataques con agentes químicos y fortalece la atención a víctimas.
Ley 2126 de 2021	Crea el Sistema Nacional de Atención y Coordinación para víctimas de violencias basadas en género.
Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022	Reconocen y amplían el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.
Resolución 051 de 2023	Regula la atención integral en salud para la interrupción voluntaria del embarazo.



Norma	Descripción
Resoluciones 1652 y 1904 de 2017	Eliminan barreras económicas y garantizan derechos sexuales y reproductivos, incluida población con discapacidad.
Plan Territorial de Salud	Incorpora el enfoque de género y la reducción de brechas en salud en el ámbito departamental.
Plan de Desarrollo Departamental "Por Antioquia Firme"	Define acciones para la equidad de género, la protección de derechos y la inclusión social de las mujeres.

9.6.2 Análisis de la situación

La situación de salud de las mujeres en Antioquia evidencia avances importantes, pero continúa marcada por desigualdades territoriales, socioeconómicas y de género. De acuerdo con el Plan Territorial de Salud 2024, el departamento cuenta con 6,9 millones de habitantes, de los cuales el 51,8 % son mujeres, en un contexto de acelerado envejecimiento poblacional que incrementa la demanda de servicios para enfermedades crónicas, dependencia funcional y salud mental. La alta concentración urbana, con el 80,4 % de la población en el Valle de Aburrá, contrasta con las limitaciones de acceso a servicios especializados en subregiones rurales y dispersas.

En salud sexual y reproductiva, Antioquia mantiene una tasa global de fecundidad cercana a 0,9 hijos por mujer, reflejando una tendencia sostenida a la disminución. El embarazo adolescente presentó una reducción del 33 % entre 2022 y 2024, asociada al fortalecimiento de la educación sexual integral, la ampliación de los Servicios Integrales Amigables para Adolescentes y Jóvenes y la oferta anticonceptiva en municipios priorizados. No obstante, persisten brechas territoriales y continúa la ocurrencia de embarazos en niñas de 10 a 14 años, lo que evidencia fallas estructurales en la prevención de la violencia sexual y en la garantía de los derechos de la niñez.

En salud materna, aunque a nivel nacional se reportó una disminución del 26 % en la mortalidad materna para 2024, en Antioquia se requiere fortalecer la disponibilidad de información reciente y desagregada por municipio. Los avances logrados deben consolidarse mediante estrategias de acceso oportuno, transporte sanitario, vigilancia comunitaria y articulación con la medicina tradicional, especialmente en territorios rurales e indígenas.



La violencia basada en género continúa siendo uno de los principales determinantes negativos de la salud de las mujeres. En 2024, la Línea 123 Mujer Antioquia atendió más de 3.900 casos y contribuyó a salvar 261 vidas; sin embargo, se registran más de 100 homicidios de mujeres al año, lo que evidencia la persistencia de patrones culturales violentos y la necesidad de respuestas institucionales más robustas y sostenidas.

En enfermedades transmisibles, el VIH presentó un incremento del 14 % en 2024, con mayor afectación en mujeres entre 25 y 29 años. Aunque en 2025 la incidencia muestra signos de estabilización, persiste la necesidad de fortalecer la prevención, el acceso a pruebas diagnósticas, la educación sexual integral y el tratamiento oportuno, especialmente en poblaciones jóvenes y vulnerables. En cuanto a enfermedades crónicas, el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino continúan siendo prioritarios, con retos importantes en la ampliación del tamizaje, el diagnóstico temprano y el acceso a tratamientos, particularmente en municipios con baja cobertura.

Finalmente, se destaca el incremento del presupuesto departamental destinado a asuntos de mujer en 2025, que alcanza cerca de 34 mil millones de pesos, lo cual representa una oportunidad estratégica para fortalecer políticas públicas de salud con enfoque de género e interseccional. No obstante, los principales desafíos persisten en la reducción de brechas territoriales, el fortalecimiento de la salud mental, la respuesta integral a las violencias basadas en género y la sostenibilidad de los avances en salud sexual y reproductiva, reconociendo que la garantía del derecho a la salud de las mujeres sigue condicionada por determinantes estructurales históricos.

9.6.3 Respuesta institucional y social

La Gobernación de Antioquia reconoce la salud de las mujeres como una prioridad estratégica para avanzar en la equidad, el bienestar social y el cierre de brechas estructurales en el territorio. En respuesta a los principales retos identificados —violencia basada en género, mortalidad materna, embarazo adolescente, salud mental y enfermedades crónicas—, la administración departamental ha implementado un conjunto de acciones integrales, diferenciadas y sostenibles, orientadas a fortalecer la garantía de derechos y la atención con enfoque territorial y de género.



Como base para la toma de decisiones, se han elaborado y entregado 125 diagnósticos municipales sobre la situación de las mujeres, con información desagregada en salud, violencias, autonomía económica y participación política, lo que ha permitido focalizar recursos y ajustar las políticas públicas a las realidades específicas de cada municipio.

En materia de prevención y atención de las violencias, la Gobernación destinó más de 8 mil millones de pesos en 2025 para programas orientados a la erradicación de las violencias contra las mujeres. Se fortaleció la ruta interinstitucional de atención y protección, articulando entidades como la Fiscalía, la Policía, las comisarías de familia, la Defensoría del Pueblo y la Secretaría de las Mujeres, y se reforzaron los Hogares de Protección, que brindan atención integral psicológica, jurídica, médica y nutricional a mujeres en riesgo extremo, con esquemas de seguimiento y transición.

En salud sexual y reproductiva, se consolidó la implementación de los Servicios Integrales Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SIAAJO) en 45 municipios, mediante estrategias de educación, acceso a métodos anticonceptivos y entornos protectores, en articulación con el sector educativo y el sector salud, con el fin de prevenir el embarazo infantil y adolescente desde un enfoque de derechos.

Adicionalmente, a través del programa “Mujeres Sanas y con Bienestar”, la Gobernación impulsa campañas de promoción y prevención como #NosQueremosSanas, que incluyen jornadas de tamizaje para cáncer de cuello uterino y mama, pruebas de VIH y acciones de educación para el autocuidado. De manera complementaria, se elaboró una guía intercultural para la atención en salud de mujeres indígenas, con rutas de derechos sexuales y reproductivos traducidas a varios idiomas indígenas presentes en el departamento.

En el ámbito institucional, se actualizó la Política Pública para las Mujeres, incorporando mecanismos especializados para la atención de violencias de género y fortaleciendo las rutas de acogida. Asimismo, se desarrollan encuentros departamentales con autoridades de género y organizaciones de mujeres de las nueve subregiones, orientados a dinamizar la implementación de políticas públicas y reducir brechas persistentes. La Secretaría de las Mujeres también promueve la autonomía económica mediante programas de apoyo a unidades productivas lideradas por mujeres, con énfasis en madres cabeza de familia.

Finalmente, para fortalecer la participación y el liderazgo político, la Gobernación puso en marcha la Escuela de Formación Política para Mujeres Rosita Turizo,



orientada al desarrollo de capacidades en liderazgo, comunicación y formulación programática, como estrategia para ampliar la presencia de las mujeres en los espacios de toma de decisiones.

Conclusiones generales

1. Persistencia de inequidades estructurales y territoriales en salud. Las poblaciones vulnerables del departamento migrantes, personas en situación de habitación en calle, población LGBTIQ+, campesinado, comunidades étnicas y mujeres, continúan enfrentando desigualdades históricas asociadas a determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales. Estas inequidades se expresan de manera más aguda en territorios con alta presión social, ruralidad dispersa o baja capacidad institucional, limitando el acceso oportuno, continuo y pertinente a los servicios de salud y profundizando brechas en el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

2. Avances institucionales relevantes, pero insuficientes frente a la complejidad del fenómeno. Si bien se reconocen progresos en aseguramiento, formulación de políticas, articulación intersectorial y fortalecimiento de capacidades locales, la respuesta institucional sigue siendo fragmentada y desigual entre municipios y subregiones. Persisten debilidades en la coordinación interinstitucional, la financiación sostenible, la gestión de la información, la continuidad del cuidado y la implementación efectiva de enfoques diferenciales, interculturales y de género, lo que limita el impacto de las acciones y la reducción de desigualdades.

3. Necesidad de consolidar un enfoque integral, territorial y de derechos. El cierre de brechas en salud para las poblaciones vulnerables requiere avanzar hacia una gestión territorial fortalecida, con responsabilidades claras a nivel local, participación social efectiva y uso sistemático de evidencia para la toma de decisiones. Resulta prioritario consolidar modelos de atención integrales, intersectoriales y culturalmente pertinentes, que aborden los determinantes sociales de la salud, fortalezcan la prevención, garanticen la continuidad del cuidado y promuevan la equidad, la inclusión y la sostenibilidad como ejes del desarrollo y el bienestar en Antioquia.





Análisis de la Situación de Salud Participativo

2025

Equipo:

Beatriz Carmona Monsalve – Referente poblaciones vulnerables

Héctor Iván Vanegas Cifuentes - Profesional Universitario/Sociólogo (Poblaciones
migrantes)

Anllila Betancur Vásquez - Profesional Universitario/Psicóloga
(Habitante de calle)

Rodrigo Josu Del Rio Torres - Profesional Universitario/Político (Habitante de calle)

Catalina Gaviria Taborda -Profesional Universitario/Psicóloga (Etnias)

Raúl Ignacio Acevedo Zapata - Profesional Universitario/Sociólogo (Poblaciones
campesinas)

Clara Olga Espinosa Correa - Profesional Universitario/Psicóloga y abogada (Mecanismo
articulador para el abordaje integral de las violencias por razón de sexo y género de las
mujeres, niños, niñas y adolescentes)

Planeación-Despacho:

Mary Salazar Barrientos –Profesional especializado/Epidemióloga



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

