

Análisis de Situación de Salud Participativo

ASIS - 2025

**Envi
ga
do** 25 años



Alcaldía de Envigado

Análisis de Situación de Salud Participativo – ASIS – del Municipio de Envigado

Raúl Eduardo Cardona González
Alcalde Municipal

Salomé Londoño Zapata
Secretaría de Salud

Realizado por:
Yanett Marcela Montoya Jaramillo
Sergio Andrés Rodríguez Garzón

Envigado, Antioquia, Colombia
2025

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Ministerio de Salud y Protección Social

Alcalde

Raúl Eduardo Cardona González

Secretaria de Salud

Salomé Londoño Zapata

Dirección de Salud Pública

César Camilo Mesa Vélez – Director

Ana Catalina Posada Galvis – Líder de Vigilancia Epidemiológica

Programa de Salud Mental y Adicciones

María del Mar Arroyave Tamayo

Dirección de Gestión de Servicios de Salud

Maribel Arredondo Gil

Dirección de Control de Factores de Riesgo

Mauricio Ospina Arroyave

Dirección de Aseguramiento

Yina Marcela Arango Ospina

Dirección de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Alejandro Arcila Mesa

Dirección de Gestión del Conocimiento y Planeación en Salud

Walter Alonso Bolívar Múnera – Director

Yanett Marcela Montoya Jaramillo – Asesora

Sergio Andrés Rodríguez Garzón – Profesional Universitario - GESIS

Edwar Montoya López – Profesional en Sistemas

Mónica Liset Álvarez Quevedo – Profesional en Sistemas

María Cristina Guzmán Ramírez – Auxiliar Administrativo

Carlos Andrés Taborda Marín – Auxiliar Administrativo

Paola Múnera García – GESIS

Luisa Fernanda Gaviria Vásquez – Contadora FLS

Yina Bautista Laynez – GESIS

Diana Catalina Cardona Mejía – GESIS

Juliana Rave Pinzón – Profesional Administrativa

SIGLAS

AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

APS: Atención Primaria en Salud

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

BPN: Bajo Peso al Nacer

CAC: Cuenta de Alto Costo

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión

COVECOM: Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria

COVID-19: Enfermedad por Coronavirus SARS-CoV-2 2019

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

ECV: Encuesta de Calidad de Vida del Municipio de Envigado

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

EGI: Estrategia de Gestión Integrada

ESE: Empresa Social del Estado

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a la Inmunización

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ETV: Enfermedades Transmitidas por Vectores

FLS: Fondo Local de Salud

Ha: Hectárea

HTA: Hipertensión Arterial

INS: Instituto Nacional de Salud

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

LI: Límite Inferior

LS: Límite Superior

MEF: Mujeres en Edad Fértil

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

MP: Material Particulado

MSNM: Metros Sobre el Nivel del Mar

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PDE: Plan de Desarrollo de Envigado
PIB: Producto Interno Bruto
PIC: Plan de Intervenciones Colectivas
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional
REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
SARS-CoV-2: Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBÉN: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB: Tuberculosis
TD: Tasa de Desempleo
TGF: Tasa Global de Fecundidad
TO: Tasa de Ocupación
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES.....	3
SIGLAS	5
TABLA DE CONTENIDO	7
PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	12
METODOLOGÍA	13
1 CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	14
1.1 Contexto territorial	14
1.1.1 Localización	14
1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio.....	14
1.1.3 Accesibilidad geográfica	16
1.2 Contexto poblacional y demográfico.....	16
1.2.1 Estructura demográfica	17
1.2.2 Dinámica demográfica.....	20
1.2.3 Movilidad forzada	22
1.2.4 Población LGBTIQ+	23
1.2.5 Dinámica migratoria	23
1.2.6 Población campesina	24
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud	24
1.3.1 Servicios de Salud Habilitados	24
1.3.2 Otros indicadores del sistema sanitario	26
1.3.3 Caracterización de las EAPB	27
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud.....	29
1.4.1 Políticas Públicas Municipales.....	31
1.4.2 Agenda 2040	32
1.5 Reconocimiento del territorio desde la cartografía social.....	34
1.6 Conclusiones configuración del territorio.....	35

2	CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES.....	37
2.1	Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	37
2.2	Condiciones de vida del territorio.....	37
2.2.1	Condiciones de vida.....	37
2.2.2	Seguridad alimentaria y nutricional	39
2.2.3	Cobertura de educación	39
2.2.4	Cobertura de vacunación.....	40
2.2.5	Pobreza y calidad de vida.....	41
2.3	Dinámicas de convivencia en el territorio.....	42
2.3.1	Factores psicológicos y culturales	42
2.4	Análisis de la población en condición de discapacidad.....	42
2.5	Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social.....	44
2.6	Conclusiones del capítulo II.....	46
3	CAPÍTULO III: SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	48
3.1	Análisis de la mortalidad	48
3.1.1	Mortalidad general por grandes causas	48
3.1.1.1.	Años de Vida Potencial Perdidos –AVPP.....	49
3.1.2	Mortalidad específica por subgrupo.....	51
3.1.2.1.	Enfermedades transmisibles.....	51
3.1.2.2.	Neoplasias	52
3.1.2.3.	Enfermedades del sistema circulatorio	53
3.1.2.4.	Causas externas.....	54
3.1.2.5.	Todas las Demás Causas	55
3.1.2.6.	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.....	56
3.2.	Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	57
3.2.2.1.	Tendencia de la mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	60
3.2.2.2.	xMortalidad materna	61

3.2.2.3.	Mortalidad neonatal	62
3.2.2.3.1.	Mortalidad infantil	63
3.2.2.4.	Mortalidad en la niñez	63
3.2.2.	Mortalidad relacionada con la Salud Mental.....	64
3.2.2.5.	Determinantes estructurales	65
3.2.3.	Conclusiones de mortalidad.....	66
3.2	Análisis de la morbilidad.....	68
3.2.1	Principales causas de morbilidad atendida.....	68
3.2.1.1.	Principales causas de morbilidad atendida en hombres	69
3.2.1.2.	Principales causas de morbilidad atendida en mujeres.....	70
3.2.2	Morbilidad específica por subgrupo	70
3.2.4.	Morbilidad específica salud mental.....	73
3.2.5.	Morbilidad de eventos de alto costo	75
3.2.6.	Morbilidad de eventos precursores.....	75
3.2.7.	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	76
3.2.8.	Morbilidad población migrante.....	77
3.2.9.	Conclusiones morbilidad	78
3.3	Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud.....	78
4	CAPÍTULO IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio	81
5	CAPÍTULO V. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio	83
6	CAPÍTULO VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud – APS	84
	ANEXOS	87
	Anexo 1. Mapa relieve e hidrografía. Envigado, 2019.	88
	Anexo 2. Mapa zonas de riesgo por inundación, por movimiento en masa y por riesgo tecnológico. Envigado, 2018-2019.....	88
	Anexo 3. Mapa vías de comunicación urbanas y rurales. Envigado, año 2019.	89
	Anexo 4. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, municipio de Envigado, años 2020, 2025 y 2030.	89

Anexo 5. Tasa de Crecimiento Natural. Envigado, 2014-2024*.	90
Anexo 6. Como se reconoce la población Envigadeña. Agenda Antioquia 2040.	90
Anexo 7. Como se reconoce la población Envigadeña. Agenda Antioquia 2040.	91
Anexo 8. Como se siente la población Envigadeña. Agenda Antioquia 2040.	91
Anexo 9. Principales temas prioritarios para inversión según la población del Valle de Aburrá. Agenda Antioquia 2040.	92
Anexo 10. Acciones estratégicas que comparan la demanda de la población con el estado actual del Objetivo de Desarrollo Sostenible. Envigado, Agenda Antioquia 2040.	92
Anexo 11. Mapa de riesgos, cartografía Social. Envigado, 2024-2025.	93

PRESENTACIÓN

El Análisis de Situación de Salud Participativo (ASIS) 2025 del municipio de Envigado, se desarrolla como instrumento rector para la planificación en salud, en cumplimiento de los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y en concordancia con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo adoptado a nivel nacional. Este documento constituye la base técnica para la formulación del Plan Territorial de Salud 2024-2027 y la articulación de las políticas públicas municipales con el sistema de salud.

El ASIS de Envigado se estructura bajo el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, integrando análisis cuantitativos de fuentes oficiales con metodologías participativas que incorporan la voz de la comunidad. El documento se organiza en tres componentes principales: caracterización territorial y demográfica, análisis de la situación de salud (mortalidad, morbilidad y condiciones de vida), y priorización participativa de problemas con enfoque diferencial.

Como resultado de un proceso riguroso que incluyó cartografía social y análisis estadístico de series históricas, este ASIS evidencia las brechas en salud, identifica poblaciones en condición de vulnerabilidad y establece los núcleos críticos que requieren intervención prioritaria. La información presentada permitirá orientar recursos, diseñar intervenciones efectivas y evaluar el impacto de las políticas en el territorio.

La construcción de este documento se fundamentó en los lineamientos metodológicos establecidos por el Ministerio de Salud, incorporando productos de análisis como tablas, gráficos y mapas que permiten visualizar la situación de salud del territorio. Adicionalmente, se integraron los hallazgos del proceso de cartografía social desarrollado con actores comunitarios, garantizando que el análisis refleje tanto la evidencia estadística como las percepciones y realidades locales sobre la salud.

INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) constituye una herramienta fundamental para comprender y abordar las necesidades sanitarias de una población, integrando un enfoque multidimensional que considera los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales que inciden en el estado de salud. En el año 2025, este análisis se enmarca en un contexto global caracterizado por desafíos emergentes en salud pública, transición demográfica y epidemiológica, y la persistencia de inequidades en el acceso a servicios de salud, con el objetivo de ofrecer una visión integral, participativa y actualizada de la situación de salud en el territorio.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los ASIS son procesos analítico-sintéticos que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños, problemas de salud y sus determinantes, ya sean de competencia del sector salud o de otros sectores. Además, facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como el diseño, implementación y evaluación de intervenciones, programas y proyectos con enfoque territorial y diferencial.

Los resultados y conclusiones del ASIS 2025 ofrecen una radiografía completa de la situación de salud del municipio de Envigado, proporcionando insumos clave para la toma de decisiones informadas, la formulación de políticas públicas con base en evidencia y la gestión efectiva de los recursos disponibles. Este documento se convierte, así, en un instrumento esencial para la comunidad científica, académica, técnica y los tomadores de decisiones, orientando el desarrollo, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en el marco de la planificación y gestión territorial en salud.

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece una hoja de ruta nacional para mejorar la salud de la población en un escenario de inequidades y desafíos emergentes. En este marco, el ASIS 2025 de Envigado se consolida como una herramienta estratégica para identificar las necesidades específicas de la comunidad, priorizar problemas de salud y diseñar intervenciones efectivas, promoviendo un enfoque integral que prioriza la prevención, la promoción de la salud y el acceso equitativo a servicios de calidad, en línea con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo (MPPR) fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS).

METODOLOGÍA

Para la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS) del municipio de Envigado 2025, se adoptó la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), fundamentada en el modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Este enfoque integral permite caracterizar el territorio, identificar desigualdades en salud y priorizar problemas mediante la integración sistemática de información cuantitativa y cualitativa. El documento se estructura en seis capítulos según la plantilla estandarizada por el MSPS, abordando desde la configuración territorial hasta las propuestas de intervención.

Se utilizaron fuentes oficiales que incluyen: proyecciones poblacionales del DANE (Censo 2018 actualizado a 2024), estadísticas vitales de mortalidad (período 2015-2024), Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS (2012-2024), Eventos de Notificación Obligatoria - ENO/SIVIGILA (2008-2024), Eventos de Alto Costo y precursores actualizados a 2024, e indicadores del sistema sanitario del SISPRO. El análisis descriptivo se realizó mediante herramientas de inteligencia de negocios y hojas de cálculo, generando tablas, gráficos y visualizaciones que permiten comprender el comportamiento de los indicadores en las dimensiones de persona, lugar y tiempo.

Se implementó cartografía social mediante investigación-acción participativa, desarrollando escenarios de diálogo con actores comunitarios, institucionales y sectoriales para: 1) mapear colectivamente problemas, necesidades y activos en salud; 2) priorizar efectos en salud desde la perspectiva comunitaria; y 3) contextualizar hallazgos cuantitativos con el conocimiento local. Este proceso facilitó la identificación de núcleos de inequidad y la construcción concertada de respuestas institucionales.

La integración metodológica garantiza un documento técnicamente robusto y socialmente legítimo, alineado con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y el Plan Territorial de Salud, constituyéndose en insumo fundamental para la toma de decisiones basada en evidencia y la planeación participativa en salud con enfoque territorial y diferencial.

1 CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

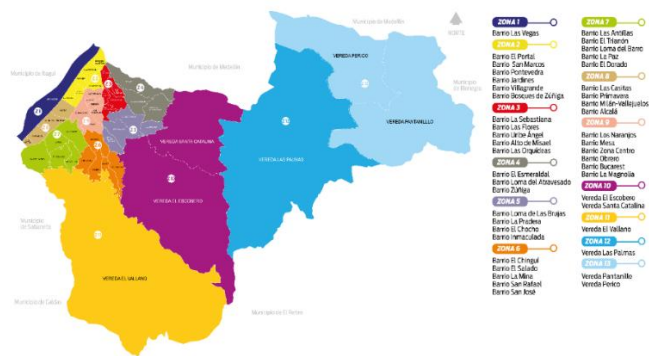
1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización

El Municipio de Envigado se localiza en la zona suroriental del Valle de Aburrá, formando parte del área metropolitana de Medellín. Sus límites territoriales comprenden: al norte con el municipio de Medellín, al sur con Sabaneta, al oriente con los municipios de El Retiro y Rionegro, y al occidente con Itagüí y Caldas. La temperatura promedio en Envigado oscila generalmente entre 16°C y 25°C, con un clima mayormente húmedo y nublado; con una humedad relativa consistentemente alta, que varía generalmente entre el 75% y el 83% a lo largo del año.

El territorio municipal abarca una extensión de 79,36 km², distribuidos en 12,1 km² (15,2%) en el área urbana, 67,76 km² (84,8%) en el área rural y 1,27 km² (1,6%) en extensión. La zona urbana está organizada en 39 barrios agrupados en 9 zonas urbanas, con una extensión aproximada de 1.225 hectáreas; mientras el área rural comprende 6.596,3 hectáreas distribuidas en 6 veredas, agrupadas en 4 zonas según información catastral.

Figura 1. Mapa división política administrativa y límites. Envigado, 2025.



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Municipio de Envigado, 2025.

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

La altitud promedio del área urbana es de 1.575 metros sobre el nivel del mar, caracterizándose por un relieve que combina zonas planas y laderas con pendientes moderadas. El municipio se destaca por su dinámica económica, donde predominan las actividades comerciales (49%), seguidas por los servicios (35%) y la industria (16%), configurando un perfil económico diversificado dentro del contexto metropolitano.

La hidrografía de Envigado comprende parte de la cuenca del río Medellín, que le sirve de límite con Itagüí, y las microcuencas de La Ayurá, Las Palmas y La Mina. El área urbana la cruzan de oriente a occidente algunas quebradas como La Zúñiga, La Ayurá, célebre por sus leyendas, que recibe las aguas de La Sebastiana y El Salado; La Mina, anteriormente rica en oro, en la cual vierte sus aguas La Sucia.

Al oriente del municipio se encuentra la quebrada Las Palmas que se une con la quebrada del Espíritu Santo y, ya en El Retiro, alimenta el embalse La Fe, el cual abastece del líquido a la zona urbana de los municipios que conforman el Valle de Aburrá. Otras quebradas de importancia son: La Morgan, La Ahuyamera, La Miel, La Marta entre otras. La red hídrica hace parte de la estructura ecológica con sus corrientes de aguas, nacimientos, humedales y recargas de acuíferos, así como todas las áreas de protección requeridas para la conservación de las cuencas y permanencia del recurso hídrico (Anexo 1).

1.1.2.1 Zonas de riesgos

Las amenazas por inundación se categorizan en el nivel alto, medio-alto, medio, medio-bajo y bajo riesgo. En el municipio de Envigado, presentan alto riesgo las quebradas: La Zúñiga, La Heliodora o Peña, El Salado, La Miel y La Honda. Riesgo medio y alto las quebradas: El Saperó, La Sebastiana, El Atravesado, La Ahuyamera, La Ayurá. Riesgo medio, las quebradas: La Morgan, La Cachona, La Pavita, Las Palmas y La Seca. Riesgo medio y bajo la quebrada La Sucia y riesgo bajo la quebrada Espíritu Santo.

Algunos factores pueden tener una incidencia directa con respecto a los movimientos en masa activos, inactivos y en nuevos movimientos que se puedan generar. Estos procesos son en su mayoría de respuesta a las acciones antrópicas y su manifestación es de carácter localizado, haciendo que algunos sitios sean más vulnerables que otros.

Las amenazas por movimiento en masa están catalogadas en los niveles de alta, media y alta, media, media y baja, y de bajo riesgo. En el área urbana ningún sitio presenta alto riesgo, se da riesgo medio y alto en las quebradas La Heliodora o Peña, La Mina, La Minita, La Sucia. En los barrios San Rafael, Alto de Misael, Uribe Ángel, Las Flores, La Sebastiana y Las Orquídeas, y en los sectores del Portal del Cerro, del Cementerio La Resurrección, La Palmera en el barrio La Mina. Y riesgo bajo en la quebrada La Polo y en los barrios Bosques de Zúñiga, Las Vegas, Villagrande, Jardines, El Portal, San Marcos, Alcalá, Milán Vallejuelos, La primavera, Las Casitas, Centro, Mesa, Los Naranjos, Obrero, Bucarest, La Magnolia, Pontevedra y parte de los barrios El Dorado, San José, Las orquídeas, La Sebastiana, El Triánón, La Pradera, Las Flores y Zúñiga.

En las zonas de riesgo tecnológico se relacionan las antenas de telefonía celular, gasolineras, industrias que manejan productos químicos, líneas de alta tensión, y las redes de acueducto y gas. Se georreferencian las industrias que puedan generar riesgos tecnológicos (Anexo 2).

1.1.3 Accesibilidad geográfica

Envigado dista del centro de Medellín 10 kilómetros y de la Capital de la República 545 km. El transporte desde las veredas hasta la zona urbana del municipio está entre 20 y 60 minutos, en transporte terrestre, y en este mismo tipo de transporte, a los municipios aledaños hay un tiempo entre 20 y 30 minutos los más cercanos (Sabaneta, Itagüí, Caldas, Medellín) y aproximadamente una hora hasta los municipios más lejanos (Rionegro, El Retiro).

1.1.3.1 Vías de Comunicación

La infraestructura vial del municipio es pavimentada al 100% en la parte urbana lo que le permite una buena integración con el área rural. Se comunica por carretera con Sabaneta, Itagüí, El Retiro, Caldas y Medellín. Todas sus veredas cuentan con calles pavimentadas en su mayoría. La malla vial está conformada principalmente por calles en sentido oriente – occidente, creciendo en su nomenclatura de norte a sur; carreras en sentido norte – sur, creciendo en su nomenclatura de oriente a occidente; diagonales (las que unen carreras), creciendo en su nomenclatura de nororiente a suroccidente y transversales (las que unen calles), creciendo en su nomenclatura de noroccidente a suroriente.

La conformación vial del municipio es reticulada y es interrumpida por varias barreras físicas constituidas naturalmente que limitan tanto la conexión vial interna, como la accesibilidad con otros municipios. Entre los constitutivos naturales intermunicipales se tienen: el Alto de las Flores con el municipio de Sabaneta, el Río Medellín con el municipio de Itagüí y la Quebrada Zúñiga y el Alto de Patio Bonito con el municipio de Medellín. Actualmente en el municipio de Envigado se identifican varios ejes estructurales para su movilidad, los cuales se presentan a continuación (Anexo 3).

1.2 Contexto poblacional y demográfico

El municipio de Envigado cuenta con una población proyectada para 2025 de 250.012 habitantes, según proyecciones del DANE basadas en el Censo 2018. Esto representa una densidad poblacional de 4.902,2 habitantes por km² para el año 2025. La distribución poblacional muestra una marcada concentración en la zona urbana, donde reside el 96,9% de la población (240.655 habitantes), mientras que el área rural alberga al 3,1% restante (7.649 habitantes).

En el año 2024 el total de viviendas urbanas y rurales fue de 86.816 y 6.393 respectivamente. El porcentaje de déficit cuantitativo de vivienda para el año 2019 fue de 0,7 % y para el 2024 fue de 0,8 %, como también para ese año el porcentaje de viviendas con hacinamiento crítico fue de 0%, todo esto según la última encuesta de calidad de vida. Con respecto al número de hogares, la ciudad contaba con 93.289 hogares en el año 2024, con una relación aproximada

de 1 hogar por vivienda, según los registros del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y la base de datos catastral del Departamento Administrativo de Planeación.

Respecto a la población con pertenencia a pueblos y comunidades étnicas, la información disponible según censo 2018, a partir del auto reconocimiento establece que aproximadamente el 0,65% de la población envigadeña es de pertenencia étnica negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente con 1.386 personas. La etnia Indígena representa el 0,05% con 99 habitantes, mientras que las etnias Rrom y Raizal representaron menos del 0,01% del total de la población del municipio; el 98,01% de la población de Envigado no se auto reconoce en ninguna de las etnias anteriores y para el 1,28% no hubo información.

Tabla 1. Población por pertenencia étnica del municipio de Envigado, Censo 2018.

Pertenencia étnica	Total	Porcentaje
Indígena	99	0,05
Gitano(a) o Rrom	16	0,01
Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	11	0,01
Palenquero(a) de San Basilio	6	0,00
Negro(a), Mulata(a), Afroscendiente, Afrocolombiana(a)	1.386	0,65
Ningún grupo étnico	208.201	98,01
Sin Información	2.718	1,28
Total	212.437	100

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, según censo 2018.

1.2.1 Estructura demográfica

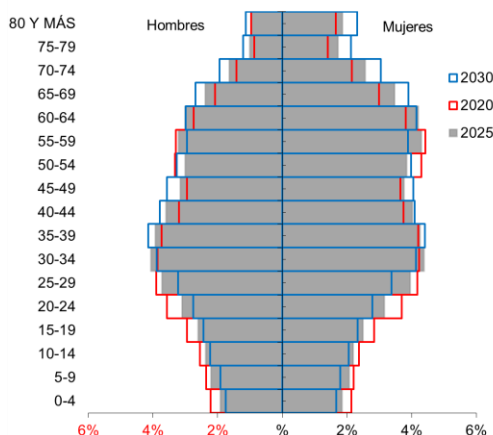
El análisis de la estructura poblacional de Envigado para los periodos 2020, 2025 y 2030 confirma una transición demográfica avanzada, con una pirámide de tipo regresiva que evidencia el envejecimiento de la población, con una reducción constante en los grupos etarios jóvenes y un crecimiento significativo en la población adulta mayor.

Para el año 2030 la pirámide poblacional muestra la reducción en los grupos de 0-4 años, pasando 10.402 en 2020 a 8.764 en 2030. La población menor de 15 años representará el 12,6% del total, mostrando una disminución progresiva respecto a años anteriores. En contraste, la población en edad productiva (15-59 años) constituirá el 65,2%, mientras que los adultos mayores (60 años y más) alcanzarán el 22,2%, superando numéricamente a los grupos de primera infancia y adolescencia.

Simultáneamente, se observa un ensanchamiento en los segmentos de 30-59 años, que concentrarán el 44,3% de la población en 2025. Los grupos de 60 años y más presentan un crecimiento acelerado, pasando de 51.833 en 2020 a 67.423 en 2030, lo que representa un incremento del 30% en una década.

La brecha de género se mantiene consistentemente, con mayor proporción femenina en todos los grupos etarios, especialmente marcada a partir de los 50 años. Para 2030, se proyecta que por cada 100 hombres de 80 años y más habrá 205 mujeres, evidenciando una significativa diferencia en la esperanza de vida entre sexos. Este patrón demográfico de tipo regresivo determina un perfil epidemiológico de doble carga, con profundas implicaciones para el sistema de salud.

Figura 2. Pirámide poblacional. Envigado, 2020, 2025, 2030.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS Población por grupo de edad.

Otros indicadores demográficos

El análisis de los índices demográficos para el municipio de Envigado confirma el patrón de envejecimiento poblacional y la transición demográfica avanzada:

- Relación hombres/mujer: se mantiene constante en 85 hombres por cada 100 mujeres tanto para 2020 como 2025, reflejando la mayor longevidad femenina.
- Razón niño/mujer: disminuye de 16 a 14 niños por cada 100 mujeres en edad fértil entre 2020 y 2025, evidenciando la reducción de la fecundidad.
- Índice de infancia: desciende del 14% al 13%, confirmando la contracción de la base poblacional.
- Índice de juventud: reduce del 21% al 19%, mostrando la disminución relativa de población entre 15-29 años.
- Índice de vejez: aumenta del 14% al 16%, reflejando el crecimiento proporcional de adultos mayores.
- Índice de envejecimiento: presenta un incremento significativo del 98% al 124%, indicando que por cada 100 personas menores de 15 años hay 124 adultos mayores en 2025.

- Índice de dependencia general: se mantiene estable alrededor del 39%, aunque con cambio en su composición.
- Índice de dependencia infantil: disminuye del 19% al 18%, mostrando menor presión por población joven.
- Índice de dependencia de mayores: aumenta del 19% al 22%, señalando mayor carga por población adulta mayor.
- Índice de Friz: el valor de 58,5 en 2025 clasifica a Envigado como una población envejecida, confirmando la tendencia demográfica hacia el envejecimiento progresivo. Este resultado es coherente con los demás indicadores analizados y refleja la combinación de baja fecundidad y aumento de la esperanza de vida en el municipio.

La combinación de estos indicadores consolida aún más el diagnóstico de una estructura poblacional regresiva, con implicaciones importantes para la planeación de servicios sociales, de salud y de seguridad social en el municipio.

Tabla 2. Otros indicadores estructura demográfica. Envigado, 2020,2025,2030.

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Poblacion total	238.656	250.012	256.605
Poblacion masculina	109.767	114.741	117.803
Poblacion femenina	128.889	135.271	138.802
Relación hombres:mujer	85,2	84,8	84,9
Razón niños:mujer	16,4	14,4	13,6
Indice de infancia	13,8	12,6	11,4
Indice de juventud	21,1	19,0	16,9
Indice de vejez	13,5	15,6	18,4
Indice de envejecimiento	97,7	124,0	161,0
Indice demografico de dependencia	37,7	39,3	42,4
Indice de dependencia infantil	19,1	17,5	16,2
Indice de dependencia mayores	18,6	21,8	26,1
Indice de Friz	66,4	56,7	50,4

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS.

La transición demográfica evidenciada en la población del municipio, proyecta que para el 2030 entre la población adulta mayor y la población de 27-59 años, estará aproximadamente el 76% de población del municipio. Lo cual requiere de manera prioritaria la planeación enfocada en mitigar los riesgos asociados a esta condición.

Tabla 3. Proporción de la población por ciclo vital. Envigado, 2020, 2025, 2030.

Ciclo vital	2020		2025		2030	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	12.547	5,3	11.473	4,6	10.600	4,1
Infancia (6 a 11 años)	13.300	5,6	13.086	5,2	11.911	4,6
Adolescencia (12 a 18)	17.994	7,5	16.948	6,8	16.413	6,4
Juventud (19 a 26)	27.972	11,7	25.665	10,3	23.166	9,0
Adulthood (27 a 59)	118.895	49,8	125.755	50,3	129.111	50,3
Persona mayor (60 y más)	47.948	20,1	57.085	22,8	65.404	25,5
TOTAL	238.656	100	250.012	100	256.605	100

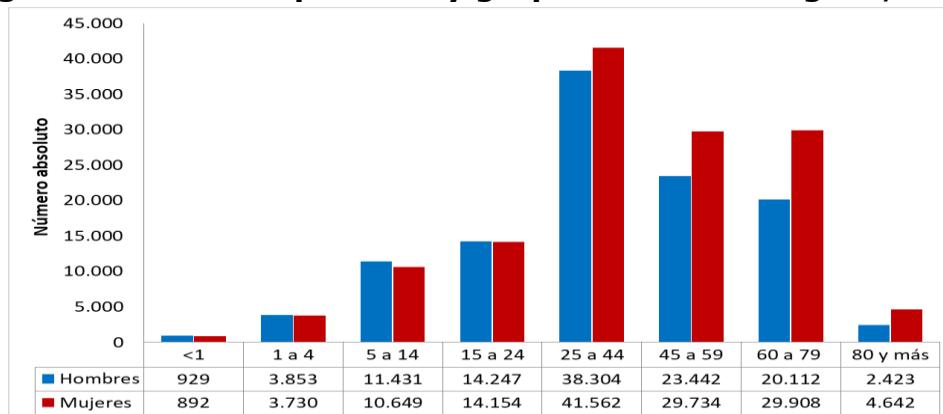
Fuente: Proyección de población DANE 2020, 2025 y 2030, según Censo de población 2018.

En la Figura 6 se observa que la proporción de la población en el grupo de 25 a 44 años es la más alta en los tres años proyectados (2020, 2025, 2030). En contraste, los grupos de edad más jóvenes (menores de 25 años) muestran una marcada disminución en su proporción a lo largo del tiempo. Por otro lado, se identifica un crecimiento progresivo en la proporción de los grupos de 45 a 79 años; también se observa que el grupo de 80 y más años es el de mayor crecimiento, lo cual evidencia una tendencia al envejecimiento poblacional, consistente con lo observado en la pirámide poblacional e indicadores de la estructura demográfica (Anexo 4).

Al revisar la distribución de la población por sexo y grupos de edad (Figura 7), se confirma un perfil joven-adulto, donde el grupo de 25 a 44 años es el más numeroso tanto en hombres (38.304) como en mujeres (41.562). Efectivamente, más de la mitad de la población de ambos sexos se concentra en los grupos de 25 años y más.

Se identifica una distribución diferenciada por sexo: en las edades más jóvenes (menores de 25 años), la población masculina es ligeramente mayoritaria. Sin embargo, esta tendencia se invierte de manera clara y sostenida a partir del grupo de 25 a 44 años, donde la población femenina comienza a superar a la masculina, y esta brecha se amplía progresivamente en los a partir de los 45 años.

Figura 3. Población por sexo y grupo de edad. Envigado, 2025.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.2.2 Dinámica demográfica

Para el período 2014-2024*, el municipio de Envigado evidencia una transición demográfica avanzada, marcada por una disminución sostenida de la tasa bruta de natalidad, que pasó de 7,7 a 4,6 nacimientos por cada mil habitantes, lo que explica estructuralmente el estrechamiento progresivo de la base de la pirámide poblacional. De forma paralela, se registra un incremento fluctuante de la tasa bruta de mortalidad, que aumentó de 4,3 a 6,0 en el mismo periodo, influenciado por el envejecimiento poblacional y eventos como la pandemia, visible en el pico de 8,0 en 2021.

Como resultado de estas tendencias, la tasa de crecimiento natural experimentó un punto de inflexión determinante: tras descender de manera continua, alcanzó valores negativos por primera vez en 2020 (-0,4) y ha mantenido esta condición de saldo natural negativo hasta 2024 (-1,4), confirmando que el número de defunciones supera de manera persistente al de nacimientos. Este escenario no solo refleja una inversión en el crecimiento poblacional por causas naturales, sino que consolida un perfil demográfico envejecido, con una concentración relativa creciente en los grupos de adultos y adultos mayores.

La persistencia de una Tasa de Crecimiento Natural negativa desde 2020, ubicándose en -1.4 para 2024, consolida un nuevo paradigma demográfico para Envigado, que exige una reorientación profunda de la política pública. En consecuencia, la planificación en salud debe pivotar de manera decisiva desde un enfoque tradicional materno-infantil hacia uno centrado en el envejecimiento saludable, la gestión de la cronicidad y el fortalecimiento de los cuidados paliativos. La prioridad estratégica será mantener la funcionalidad y la calidad de vida de la creciente población adulta mayor, lo que a su vez representa una oportunidad para repensar integralmente la ciudad y sus servicios, transformándolos en entornos verdaderamente amigables y accesibles para las personas mayores (Anexo 5).

1.2.2.1 Otros indicadores de la dinámica de la población

La tasa de fecundidad específica para el grupo de 10 a 14 años se ha mantenido en niveles muy bajos (<1) durante el periodo 2014-2024, mostrando un patrón fluctuante con valores puntuales de 0,7 (2016) y 0,5 (2020), y registros de 0,0 en varios años, incluido el 2023. Para el grupo de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad específica evidencia una reducción significativa y sostenida, pasando de 16,3 nacimientos por cada 1.000 mujeres en 2014 a 6,0 en 2024. Si bien este grupo presenta una tasa considerablemente más alta que el grupo de 10 a 14 años, la tendencia a la baja es clara y consistente, con una disminución del 63% en el periodo analizado. Adicionalmente, la tasa de fecundidad consolidada para el grupo de 10 a 19 años confirma la tendencia general favorable, al descender de 8,6 (2014) a 3,3 (2024) nacimientos por cada 1.000 mujeres.

Esta tendencia refleja una prevalencia mínima de embarazos en estas edades, lo que sugiere una efectiva implementación de las estrategias municipales en Salud Sexual y Reproductiva, particularmente los programas de prevención primaria en entornos educativos (Escuela Saludable) y el acceso garantizado a servicios de salud diferenciales para la primera infancia y adolescencia, incluida la provisión de métodos anticonceptivos modernos.

Tabla 4. Tasas de fecundidad específicas por grupos de edad. Envigado, 2014-2024*.

Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	0,2	0,1	0,7	0,1	0,0	0,3	0,5	0,0	0,2	0,0	0,2	
De 15 a 19	16,3	12,2	10,7	9,2	10,6	10,1	8,4	7,7	6,9	6,1	6,0	
De 10 a 19	8,6	6,4	5,9	4,8	5,4	5,7	4,8	4,2	3,8	3,3	3,3	

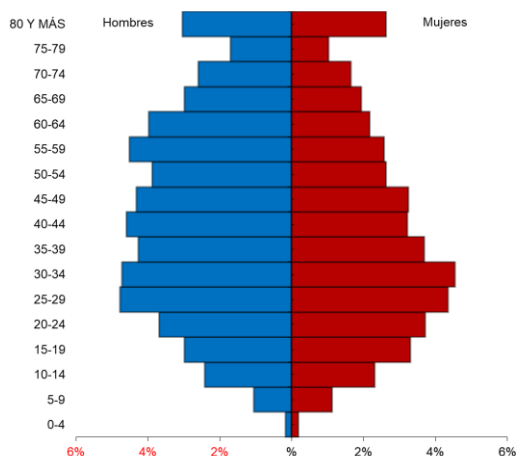
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.2.3 Movilidad forzada

En el municipio de Envigado se han registrado 12.084 víctimas de desplazamiento forzado con corte a 2025. La presencia de esta población puede estar asociada con la capacidad institucional del municipio y su oferta de servicios sociales y programas de bienestar, factores que lo posicionan como un destino con vocación de permanencia para personas en condición de vulnerabilidad.

La pirámide poblacional de esta población revela una estructura predominantemente adulta joven, con una marcada sobrerrepresentación de mujeres en prácticamente todos los grupos de edad, especialmente entre los 25 y 39 años. Este perfil refuerza la hipótesis de dinámicas diferenciales del conflicto armado en los territorios de origen, donde la población masculina suele verse más afectada por formas de violencia que limitan su movilidad o sobrevivencia, resultando en flujos de desplazamiento con mayor presencia de mujeres en edades productivas y reproductivas. Este hallazgo exige fortalecer la articulación intersectorial en el municipio para ofrecer rutas de atención con enfoque de género, que respondan a las necesidades específicas de protección, salud y autonomía económica de estas mujeres, muchas de ellas jefas de hogar.

Figura 4. Pirámide poblacional víctimas. Envigado, 2025.



Fuente: RUV- SISPRO- MINSALUD. Julio, 2025.

1.2.4 Población LGBTIQ+

De acuerdo con la nueva Política Pública LGBTIQ+ de Envigado, que utiliza la denominación OSIEGNH (Orientaciones Sexuales, Identidades y Expresiones de Género no Hegemónicas), se estima que este grupo poblacional representa el 5% de la población total del municipio. Según proyecciones del DANE para 2023 con base en el censo de 2018, esto equivale a aproximadamente 12.137 personas que se autorreconocen como parte de esta comunidad. Es crucial señalar que esta cifra probablemente constituye un subregistro significativo. La literatura sobre poblaciones ocultas indica que las estimaciones basadas en autorreconocimiento en encuestas o censos suelen ser conservadoras, ya que están sujetas a un fenómeno conocido como "sesgo de deseabilidad social". En el contexto colombiano, factores como el estigma social, la influencia de doctrinas religiosas, una cultura tradicionalmente conservadora y el temor a la discriminación o la violencia, dificultan que una porción considerable de la población OSIEGNH se visibilice estadísticamente. Por lo tanto, la cifra real de esta población en el municipio podría ser sustancialmente mayor a la estimada.

En el municipio se implementó la Política Pública LGBTIQ+ 2023-2034, que tiene como propósito institucionalizar acciones estratégicas y sostenibles para garantizar el goce efectivo de los derechos humanos de las personas OSIEGNH. Esta política se estructura en cuatro líneas estratégicas que son: Ser y Dignidad, que incluye servicios diferenciales en salud; Significados y Representaciones; Espacio Diverso y Seguro; y finalmente Gobernanza con Participación.

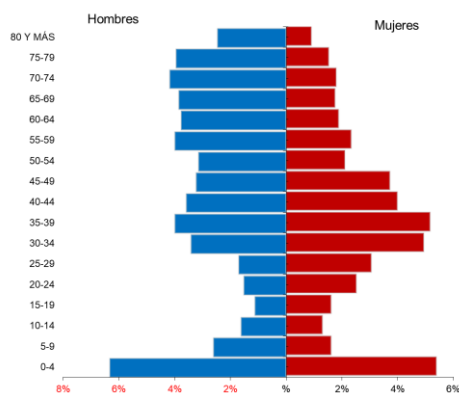
Como parte de dicha política se cuenta con un diagnóstico completo que permitió caracterizar la población y sus necesidades, y que ha permitido el diseño de estrategias de intervención focalizadas para mayor efectividad.

1.2.5 Dinámica migratoria

La caracterización demográfica de la población migrante en Colombia presenta complejidades derivadas de la situación migratoria irregular de un porcentaje elevado de personas, especialmente procedentes de Venezuela, muchas de las cuales carecen de documentación legal o autorización para permanecer en el país y no acceden a los servicios de salud, por lo tanto, no pueden ser identificadas para su caracterización.

La pirámide poblacional de las atenciones registradas revela un perfil mayoritariamente masculino y adulto. Del total de 2,230 atenciones, el 54.4% (1.214) corresponden a hombres y el 45.6% (1.016) a mujeres, concentrada en la población en edad laboral joven (25 a 44 años, donde se acentúa la sobrerrepresentación masculina, que continúa en todos los grupos etarios. Este patrón sugiere dinámicas migratorias diferenciales por sexo, posiblemente asociadas a flujos laborales inicialmente masculinizados.

Figura 5. Pirámide poblacional extranjera atendida. Envigado, 2025.



Fuente: Reporte circular 029 Consultado en bodega de datos SISPRO.

1.2.6 Población campesina

La población campesina registrada en Envigado representa un segmento minoritario y envejecido, concentrado principalmente en las veredas Pantanillo (48,6%), Perico (20,8%) y El Vallano (19,7%). De acuerdo con la caracterización realizada en 2024 por la Secretaría de Medio Ambiente, este grupo está compuesto mayoritariamente por hombres, excepto en las veredas El Vallano y Santa Catalina, donde predominan las mujeres. La estructura etaria refleja un claro envejecimiento, con la mayor concentración entre 30 y 79 años, lo que sugiere un relevo generacional limitado y un perfil de adulto mayor activo en labores agropecuarias.

En cuanto a sus condiciones socioeconómicas y productivas, predomina la actividad agrícola (70,5%), orientada principalmente a cultivos de seguridad alimentaria (59,6%), con productos como lechuga, fresa, tomate y papa. La mayoría se identifica como jefe de unidad familiar (82,6%) y pertenece al estrato 2 (60,1%). Si bien el 81,7% cuenta con algún nivel de educación formal: primaria y secundaria principalmente, se observa una baja cotización al sistema de pensiones (52,2%) y una afiliación moderada al sistema de salud (53,7% en EPS), lo que refleja condiciones de vulnerabilidad social y económica pese a su rol en la producción local de alimentos.

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

1.3.1 Servicios de Salud Habilitados

El municipio de Envigado ha tenido una tendencia creciente en el número de servicios de salud habilitados, pasando de 786 servicios en el año 2015, a 1.022 en el año 2024; lo que corresponde a un aumento de 23%. El servicio de mayor crecimiento ha sido consulta externa,

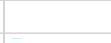
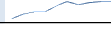
que aumentó 38% y para el 2024 se contaba con 594 habilitaciones, con crecimiento también de los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

Los servicios de internación y quirúrgicos también aumentaron, 27% y 24% respectivamente; mientras que los servicios de urgencias disminuyeron, quedando el municipio con sólo tres servicios habilitados.

No obstante la tendencia anterior, en el año 2025, Envigado cuenta con una infraestructura de salud diversificada que totaliza 2.647 unidades de servicio habilitados, destacándose una sólida capacidad para la atención ambulatoria con 1.350 consultorios (1.342 de consulta externa) y para procedimientos con 133 salas, incluyendo 36 quirófanos. La capacidad de hospitalización asciende a 786 camas, con un enfoque predominante en la población adulta (518 camas de hospitalización general, 59 UCI adultos y 50 cuidados intermedios adultos). Los servicios de apoyo terapéutico son notorios, con 123 sillas de hemodiálisis y 107 de quimioterapia. No obstante, el sistema evidencia brechas críticas en la atención de alta complejidad para poblaciones pediátrica y neonatal, con 0 camas de UCI pediátrica y solo 4 de UCI neonatal, así como la ausencia de camas para salud mental y de ambulancias medicalizadas, lo que señala áreas prioritarias para el fortalecimiento de la red.

En los servicios incluidos se suman 34 camas de hospitalización adultos, 2 pediátricas, 2 obstétricas, se suman también 6 camas de cuidados intermedios adultos, 4 camillas pediátricas y 16 camillas de adultos, 3 salas de quirófanos y 1 de partos, 28 consultorios y 4 ambulancias básicas; reportados por la Clínica de la Policía.

Tabla 5. Servicios de Salud y Recursos Institucionales Habilitados. Envigado, 2015-2024.

Grupo Servicio	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Tendencia
CONSULTA EXTERNA	368	409	431	440	488	528	512	545	571	594	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	162	172	174	190	208	216	203	225	216	208	
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	155	162	178	145	148	156	143	121	111	109	
OTROS SERVICIOS	12	14	13	13	13	13	10	10	7	3	
PROCESOS	19	21		22	29	27	26	23	20	20	
NO DEFINIDO	1		21								
TRANSPORTE ASISTENCIAL	1	1									
URGENCIAS	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	
INTERNACION	11	12	10	10	13	13	13	15	15	15	
QUIRURGICOS	53	55	49	49	53	59	54	65	67	70	
Total general	786	850	880	873	956	1.016	964	1.007	1.010	1.022	

Número de camas, salas, sillas de apoyo terapéutico y ambulancias de las Instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS por tipo de servicio.

Camas		Nº	Camillas		
Hospitalización	Adultos	518	Adultos		78
	Pediátricas	34	Pediátricas		8
	Obstétricas	41	Otras Patologías		26
Unidad de Cuidados Intensivos UCI	Adultos	59	Subtotal camillas		112
	Pediátricas	0	Sillas de apoyo terapéutico		
	Neonatales	4	Sillas de Hemodiálisis		123
Cuidados intermedios	Mental	0	Sillas de Quimioterapia		107
	Adultos	50	Ambiente de transición urgencias		14
	Neonatales	4	Subtotal apoyo terapéutico		244
Cuidados básicos	Pediátricas	4	Consultorios		
	Mental	0	Consulta Externa		1.342
	Adultos	59	Urgencias		8
Subtotal camas		786	Subtotal consultorios		1.350
Salas			Ambulancias		
Procedimientos		106	Transporte asistencial		
Quirófanos		36	Básica		5
Partos		3	terrestre		0
Radioterapia		3	Medicalizada		0
Subtotal salas		148	Subtotal ambulancias		5
			Unidad Móvil		
			Unidad Móvil		2
			Subtotal unidad móvil		2
			Total General		2.647

Fuentes: Base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Envigado, hasta la fecha 22-01-2025. 2. Reporte de capacidad instalada proporcionada por la Clínica de la Policía. Envigado, 2023.

1.3.2 Otros indicadores del sistema sanitario

En la semaforización del comparativo entre el departamento de Antioquia y Envigado, para los determinantes intermedios de la salud, se encontró que el porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia y porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud, según datos del DNP y el DANE 2018, son inferiores en el municipio de Envigado, y en el caso del primer indicador, esta diferencia es significativa.

La cobertura de afiliación al SGSS aumentó entre 2018 y 2022, pero disminuyó en el año 2023 y fue inferior a la del departamento de Antioquia, sin embargo, dicha diferencia no fue significativa.

El parto institucional tuvo una cobertura de 99,9%, al igual que el porcentaje de partos atendidos por personal calificado, siendo este valor mayor que el valor de Antioquia, aunque no se presentaron diferencias significativas. De todos los nacidos vivos en el municipio de Envigado, tenían cuatro o más consultas de control prenatal 98,7%, mientras que, de los nacimientos en Antioquia, cumplían con esta meta sólo el 91,5%, sin diferencias significativas.

Tabla 6. Determinantes intermedios de la salud. Antioquia-Envigado, 2007-2023.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Envigado	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE)	7,3	1,0													↗					
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE)	2,6	1,5													↗					
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	103,2	87,9					↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	88,3	249,4	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	89,5	84,8	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	89,0	84,8	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	92,2	88,3	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	91,5	98,7	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	99,3	99,9	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	-	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	99,3	99,9	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	-	-	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.3.3 Caracterización de las EAPB

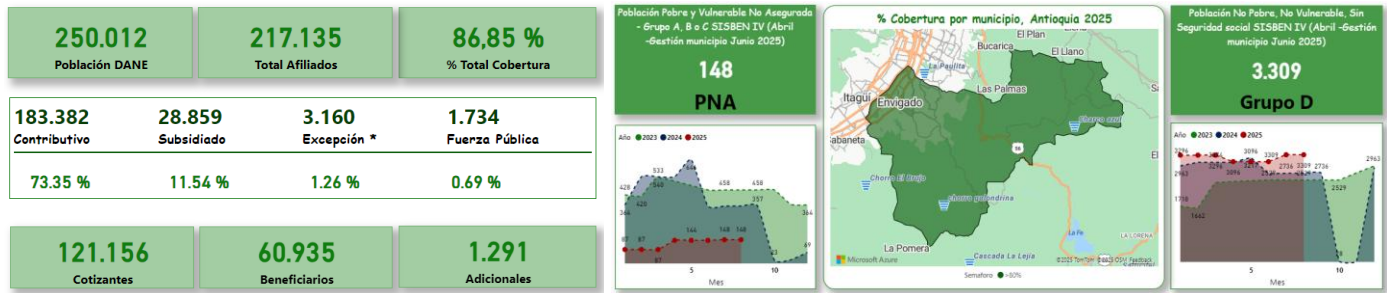
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Para el año 2025, el municipio de Envigado reporta una cobertura de aseguramiento en salud del 86,85%, con un total de 217.135 personas afiliadas sobre una población proyectada de 250.012 habitantes. La estructura de afiliación por régimen se distribuye de la siguiente manera: Régimen Contributivo con 183.382 personas (73,35%), Régimen Subsidiado con 28.859 (11,54%), y Régimen de Excepción y Fuerza Pública con 4.894 personas (1,95% combinado).

Dentro del Régimen Contributivo, se identifican 121.156 cotizantes y 60.935 beneficiarios. Una revisión de la tendencia de la Población No Asegurada (PNA) vulnerable (Grupos A, B o C del SISBÉN IV) muestra una significativa reducción como resultado de las gestiones municipales, alcanzando 148 personas en junio de 2025. Por otra parte, la población no pobre y no vulnerable sin seguridad social (Grupo D del SISBÉN IV) se mantiene como un desafío, con 3.309 personas por afiliar en el mismo periodo.

En cuanto a la distribución por aseguradores, en el Régimen Contributivo predominan EPS Sura (76,5% del régimen), Nueva EPS (8,7%) y Salud Total (6,9%). En el Régimen Subsidiado, Savia Salud EPS concentra el 49,7% de los afiliados, seguida por Sura Subsidiado con el 35,7%.

Figura 6. Cobertura en aseguramiento de la población. Envigado, septiembre 2025.



Fuente: Análisis de afiliación, https://dssa.gov.co/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=2176&Itemid=466

La caracterización de las principales Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) en Envigado durante 2022 revela patrones diferenciados de priorización según el régimen de afiliación. En el régimen contributivo, las EAPB con mayor peso poblacional concentran sus priorizaciones principalmente en riesgos crónicos y materno-perinatales. SURA, que cuenta con 141.336 afiliados y es la EAPB más grande del municipio, prioriza la captación de diabetes en población de 18 a 69 años, un indicador coherente con el perfil epidemiológico del territorio. Le siguen Nueva EPS contributivo (15.125 afiliados), que prioriza la prevalencia de hipertensión; Salud Total contributivo (13.712), que orienta su atención hacia la mortalidad por enfermedades crónicas respiratorias como EPOC; Sanitas contributivo (12.748), que focaliza la mortalidad por afecciones del periodo perinatal; y Savia Salud contributivo (1.583 afiliados), que prioriza la mortalidad por diabetes. En conjunto, estas cinco entidades concentran la mayor carga poblacional y se orientan principalmente hacia riesgos cardio-metabólicos y de salud respiratoria.

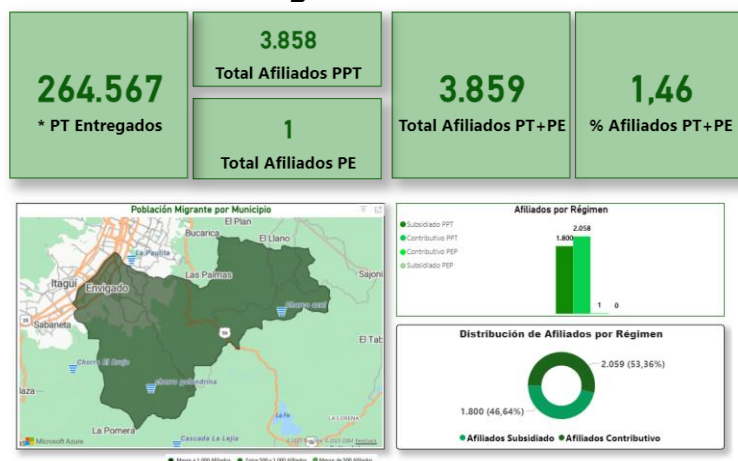
En el régimen subsidiado, las priorizaciones también giran alrededor de riesgos crónicos, aunque aparecen indicadores asociados a cáncer y salud materna. Savia Salud subsidiado, con 15.154 afiliados, prioriza la mortalidad por diabetes, mientras que SURA subsidiado (7.252 afiliados) mantiene como prioridad la captación de diabetes, reforzando la relevancia territorial del riesgo metabólico. Le sigue Salud Total subsidiado (1.776), que prioriza la mortalidad por cáncer de cuello uterino, un evento trazador de importancia en salud pública; y Sanitas subsidiado (479 afiliados), que prioriza el cumplimiento de cuatro o más atenciones prenatales. Este comportamiento evidencia que, aun con menor volumen poblacional, las EPS pertenecientes al régimen subsidiado aportan riesgos diversos que complementan el panorama epidemiológico municipal.

En los regímenes especiales y de excepción, aunque la población afiliada es comparativamente menor, las priorizaciones ofrecen información relevante para la vigilancia diferenciada. Ecopetrol (110 afiliados) prioriza la mortalidad por trastornos del comportamiento y de la personalidad; CAPRUIS (2 afiliados) la mortalidad por cáncer de próstata; UNISALUD prioriza la atención de enfermedades crónicas no transmisibles; y la Universidad de Antioquia focaliza la prevalencia de hipertensión arterial. Aunque estas poblaciones no representan un volumen significativo dentro del municipio, sus priorizaciones permiten identificar riesgos específicos asociados a grupos laborales o poblacionales particulares, fortaleciendo el entendimiento integral de los eventos priorizados **por las EAPB**.

Afiliación de la Población Migrante Venezolana

Para el año 2025, del total de Permisos de Protección Temporal (PPT) entregados en el municipio de Envigado (264.567 a nivel nacional como referencia), se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud 3.859 migrantes venezolanos. Esta cifra representa el 1.46% del total de la población asegurada del municipio. La afiliación de esta población se distribuye casi en su totalidad en el Régimen Subsidiado, con 3.858 afiliados con PPT. Solo 1 persona se encuentra afiliada al Régimen Contributivo con Permiso Especial de Permanencia (PEP). Del total de afiliados migrantes, 1.800 (46.64%) son hombres y 2.059 (53.36%) son mujeres.

Figura 7. Cobertura de afiliación al SGSS población migrante venezolana. Envigado, agosto 2025.



Fuente: Análisis de afiliación, https://dssa.gov.co/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=2176&Itemid=466

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

Desde la Secretaría de Salud se cuenta con herramientas para implementar la normatividad dirigida a favorecer la salud de los pobladores a través de asesoría y asistencia técnica, educación y formación a la comunidad y visitas de inspección, vigilancia y control que permiten realizar el seguimiento al cumplimiento de la normatividad vigente en Resolución 3280 de 2018, Resolución 459 de 2012 y Resolución 2063 de 2017. Adicionalmente, se realiza asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en los Prestadores de Servicios de su jurisdicción, según lo establecido en el Decreto 780 del 6 de mayo de 2016

Desde la Secretaría, se generan además estrategias, planes, programas y proyectos que tienen como finalidad transformar las realidades sociales que contribuyan a mejorar y recuperar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población del municipio, articulando los diferentes actores y buscando impactar los determinantes sociales; por medio del Plan Territorial de Salud

que se realiza de manera participativa, permitiendo y promoviendo la Política de Participación Social en Salud a través del Decreto 217 del 2020.

La Secretaria de Salud del municipio de Envigado, implementa cada año el Plan de acción de la PPSS, con acciones que respondieron al cumplimiento de los 5 ejes estratégicos y las respectivas líneas de acción que son competencia municipal, según normatividad vigente; en la cual se puede destacar:

- El fortalecimiento de las instancias de participación: COPACO; Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud CMSSS, Veedurías en Salud y visitas de asesoría y asistencia técnica a las IPS más representativas del municipio, para seguimiento a los procesos de participación.
- Realización de las estrategias de formación, con las cuales se brindó a los integrantes de las instancias en salud y a los líderes comunitarios, conocimientos que les permitan participar en la Gestión Pública en Salud.
- Estrategia de información en redes sociales para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; así como para la promoción de los espacios de participación con el acompañamiento de integrantes del Copaco y Veedurías.
- Estrategia de reconocimiento a la labor realizada por los líderes en salud
- Conversatorios con actores del SGSSS del municipio de Envigado, en la temática de participación y control social en salud.
- Audiencias públicas de rendición de cuentas, como un espacio de construcción conjunta que busca fortalecer el diálogo ciudadano y facilitar el ejercicio del control social.

Desde el municipio también se han fortalecido los lazos de confianza existentes con pueblos y comunidades, a través del desarrollo de proyectos para dinamizar la participación social en salud, de proyectos de identificación y caracterización, y de políticas públicas específicas para poblaciones especiales, vulnerables y comunidades con la población negra, afrocolombiana, raízal y palenquera (NARP), y la comunidad LGBTIQ+. Además, se trabaja de manera articulada con las instituciones prestadoras de servicios de salud para la garantía del derecho a la salud y a la participación.

Barreras más comunes de acceso a los servicios de salud

- Dificultades con los canales de comunicación (Call center, páginas de web, chat), especialmente en la población de adultos mayores
- Falta de oportunidad en el acceso a los servicios de salud de la mediana y alta complejidad

- Falta de oportunidad en la dispensación de medicamentos (formulas incompletas, desabastecimiento de medicamentos)
- Servicios de salud distantes del lugar de residencia
- Condiciones y espacios físicos de algunos prestadores no garantizan la atención adecuada de la población con condiciones espaciales
- Falta de humanización en la prestación de servicios de salud

1.4.1 Políticas Públicas Municipales

Políticas públicas, participación y programas:

En la ejecución del Plan Territorial de Salud 2020-2023, se desarrolló el estudio sobre los conocimientos del talento humano en salud sobre costumbres, creencias y situación de salud de los grupos étnicos y el estudio sobre comportamientos, limitaciones y aspectos positivos del acceso de los grupos étnicos. A Partir de los cuales se construyó un plan de acción de corto y mediano plazo, para la terminación del PTS 2020-2023 se ejecutó, red comunitaria NARP Y Gitanos, capacitación al talento humano en salud de las IPS de Envigado y de programas de APS para el reconcomiendo de los grupos étnicos Envigado y sus costumbres en salud, así como en enfoque étnico cultural; también acciones educativas como talleres, jornadas de cuidado de la salud con grupos étnicos.

La población NARP tiene una instancia de participación municipal, denominada Concejo Municipal Afrocolombiano, dos organizaciones comunitarias reconocidas, Corporación Afrocolombiana Ana Fabricia Córdoba y Asociación Afroenvigadeños.

Por su parte, la población Gitana tiene su propia organización a través de la Kumpany Envigado liderado por el señor Jaime Gómez, con quien se mantiene la interlocución con la representación de la Alcaldía en todas sus dependencias.

Recientemente, fue aprobada la Política Pública de Grupos Étnicos 2024-2034 de Envigado, 4 ejes estratégicos, la diversidad étnica y perspectivas es la primera línea, donde además está incluido el componente etnosalud. Otras líneas son el fortalecimiento organizativo, la autonomía económica y la gobernanza de la política pública con enfoque participativo.

Dado que las políticas públicas se implementan mediante un plan a corto, mediano y largo plazo, a través de programas y proyectos que se materializan en cada período administrativo, se convierten en insumos del Plan de Desarrollo Municipal 2024-2027 ya que estas políticas proponen alternativas de solución que se traducen en proyectos y productos priorizados. Actualmente, el municipio de Envigado tiene adoptadas 15 políticas públicas, que abarcan aspectos poblacionales, sectoriales y físico-ambientales, detalladas a continuación:

IDENTIFICACIÓN	ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN
Política Pública de Infancia y Adolescencia	Política pública adoptada mediante Acuerdo Municipal 017 de 2008
Política Pública de Vivienda	Política pública adoptada mediante Acuerdo Municipal 014 de 2015
Política Pública de Juventud	Política pública adoptada mediante Acuerdo Municipal 024 de 2015
Política Pública de Discapacidad	Política pública adoptada mediante Acuerdo Municipal 026 de 2015
Política Pública de Salud Mental y Adicciones	Política pública adoptada mediante Acuerdo Municipal 023 de 2020
Política Pública de Bienestar Animal	Política pública adoptada mediante Acuerdo Municipal 039 de 2020
Política Pública de Movilidad	Política pública adoptada mediante Acuerdo Municipal 002 de 2022
Política Pública de Participación Ciudadana	Política pública actualizada mediante Acuerdo Municipal 033 de 2022
Política Pública Económica	Política pública actualizada mediante Acuerdo Municipal 002 de 2023
Política Pública de Turismo	Política pública adoptada mediante Acuerdo Municipal 003 de 2023
Política Pública de Equidad de Género	Política pública actualizada mediante Acuerdo Municipal 008 de 2023
Política Pública para las Familias	Política pública adoptada mediante Acuerdo Municipal 0027 de 2023
Política Pública LGBTIQ+	Política pública adoptada mediante Acuerdo Municipal 030 de 2023
Política Pública para los Grupos Étnicos	Política pública adoptada mediante Acuerdo Municipal 031 de 2023

Cuadro 10. Fuente: Elaboración propia.

1.4.2 Agenda 2040

Visión Antioquia 2040 es uno de los programas bandera del Plan de Desarrollo UNIDOS por la Vida 2020-2023, cuyo objetivo es construir en conjunto con los antioqueños y antioqueñas un plan estratégico territorial para el desarrollo del Departamento, con fundamento en la participación de la ciudadanía, asociación de actores del desarrollo y generación de conocimiento colectivo y por supuesto: proyectos, programas e indicadores de largo plazo. Es una oportunidad para que UNIDOS soñemos y construyamos una Antioquia que ponga la vida en el centro de todo, una Antioquia equitativa, con identidad, sostenible y regenerativa, competitiva, y con buena gobernabilidad. La participación de la población envigadeña, como parte de la subregión Valle de Aburrá, permitió tener los siguientes resultados municipales y regionales, en la Visión Antioquia 2040:

❖ Como se reconoce la población en su territorio

La población del municipio de Envigado se reconoce como una población con diversidad natural (28%) y por su cultural (25%) como los dos elementos principales de su reconocimiento; adicionalmente, se reconocen por su turismo (17%), su desarrollo económico y por sus habitantes, ambos con 16%. En términos productivos la agricultura (7%) y la minería (5%) hacen parte del reconocimiento de la población; y de otro lado también consideran la falta de oportunidades y la violencia (Anexo 6).

❖ **Como quieren ser reconocida la población en su territorio**

Cuando se indagó acerca de cómo quiere ser reconocida la población envigadeña en el año 2040, las respuestas de mayor frecuencia es que desean ser reconocidos por su desarrollo (35%) y su oferta de turismo (9%); seguido en su orden por la educación de su gente (17%), tener equidad en las oportunidades (11%) y su infraestructura (9%). La cultura y la diversidad natural pasaron a ser el 6% cada una, y surgieron temas como la educación y la robótica e innovación, como parte de los deseos para el 2040 (Anexo 7).

❖ **Como se siente la población en su territorio**

Con respecto a los sentimientos de la población del municipio de Envigado, manifestaron en su gran mayoría (60,8%) sentimientos favorables como positivismo (35,7%), confianza (15,4%) y alegría (9,7%); el 10,5% de los participantes manifiesta sentirse sorprendido y anticipado, y el 20% restante tiene sentimientos desfavorables como negativismo 9,5%, tristeza, disgusto, miedo y enfado, todos con porcentajes inferiores al 5%.

Las palabras con las que más frecuentemente describen sus sentimientos por el municipio son: educación, participación, oportunidad, sostenibilidad, vida y salud, entre otras (Anexo 8).

❖ **Principales temas prioritarios para inversión en el Valle de Aburrá**

El principal tema de inversión que consideró la población del Valle de Aburrá fue la educación (15,14%), seguida muy cerca de la protección social que incluye salud y vivienda (13,23%), y la agricultura y el desarrollo rural con 12,27%. Con porcentajes de aproximadamente el 10,5% el desarrollo económico, emprendimiento y empleo, y la protección del medio ambiente. Otros temas priorizados para inversión fueron: ciencia, tecnología e innovación; cultura recreación y deporte; infraestructura y transporte, y seguridad, con valores inferiores al 10%; y consideran que se debe invertir en acuerdos de paz y reconciliación el 5,76% (Anexo 9).

❖ **Acciones estratégicas**

La población del municipio de Envigado, cuando se le preguntó cómo desea visualizar el municipio en el año 2040, respondió:

Figura 8. Principales demandas territoriales de la población envigadeña. Agenda Antioquia 2040.



Teniendo en cuenta lo anterior, las principales demandas de la población envigadeña fueron: desarrollo económico (26,03%), ambiente y sostenibilidad (22,15%) y salud (11,69%), como se puede observar en anexo 10.

Al analizar las demandas de la población versus el estado actual de los Indicadores de Desarrollo Sostenibles (ODS) en el territorio, se observa que hay una demanda insatisfecha de la población en los siguientes tres indicadores: ODS6. Agua limpia y saneamiento básico, ODS11. Ciudades y comunidades sostenibles, y ODS12. Producción y consumo responsable; acciones orientadas a contribuir a estos tres objetivos son altamente demandadas por la comunidad, sin embargo, el estado actual permite ver que es necesario priorizarlas dentro de los planes municipales, debido a la insatisfacción en la demanda comunitaria y la importancia de su contribución en el desarrollo del municipio, el departamento y el país.

Con menor brecha entre lo demandado por la comunidad y el estado actual del indicador, se encuentran los siguientes cuatro objetivos: ODS10. Reducción de las desigualdades, ODS13. Acción por el clima, ODS14. Vida submarina, que no aplica directamente para el municipio por sus características geográficas, y ODS15. Vida de los ecosistemas terrestres; que también requieren atención.

No obstante, vale la pena destacar que diez de los 17 ODS fueron evaluados satisfactoriamente en el municipio de Envigado, dado que su estado actual demuestra que se está contribuyendo adecuadamente con el desarrollo territorial y el aporte a los objetivos mundiales, independiente de si la comunidad lo está demandando o no (Anexo 10).

1.5 Reconocimiento del territorio desde la cartografía social

La población del municipio de Envigado reconoce su territorio como un gran lugar para vivir, que cuenta con amplias zonas verdes y espacios agradables para la convivencia; además reconoce y hace uso de los espacios de participación social en salud, resaltando las posibilidades de ser escuchados y los beneficios que reciben.

También describen que conocen algunas zonas con riesgos para la salud y la calidad de vida, que afectan la convivencia y el bienestar. Las zonas centrales del municipio fueron reconocidas como zonas inseguras con problemas de delincuencia, como robos, consumo de sustancias

psicoactivas y atracos, entre otros delitos menores; y consideran esta zona de mucho ruido, contaminación, un aumento de la población habitante de calle.

Como riesgos adicionales consideran la falta de andenes y el mal estado de los mismos en algunos sectores, los riesgos de accidentes de tránsito, en las zonas periféricas, especialmente generados por las motocicletas, imprudencias de los conductores, cruces peligrosos y mala señalización. En algunos sectores la comunidad expresa el mal uso de las zonas verdes y las vías públicas para consumo de sustancias psicoactivas.

De manera adicional, y reiterativo en varias zonas, se destacaron los problemas de salud mental y la soledad de los adultos mayores; y se reconocieron factores culturales, sociales y económicos que pueden afectar la salud y la calidad de vida, y que son tratados de manera específica en el componente de núcleos de inequidad (Anexo 11).

1.6 Conclusiones configuración del territorio

El municipio de Envigado es uno de los municipios con mejores condiciones de vida y de salud del país, cuenta con características privilegiadas de ubicación, cartografía, estructuras viales, acceso a servicios públicos, a educación y a servicios de salud de calidad que benefician en gran medida su población residente, y contribuyen en la atención de poblaciones aledañas. Adicionalmente, la gestión y administración de los recursos públicos es reconocida, no sólo por sus habitantes, sino también desde el orden departamental y nacional.

Estas condiciones le han permitido a la población envigadeña recibir directamente los resultados de las acciones de diferentes sectores que han contribuido para que puedan tener una vida saludable, duradera y con buena calidad de vida; además, tener oportunidades de participación social efectiva y garantizar la salud como un derecho, como se puede evidenciar en sus indicadores demográficos y de determinantes sociales de la salud incluidos en este capítulo.

En el marco demográfico el municipio de Envigado tiene una alta urbanización (96,8%), lo cual hace que la gran mayoría de la población está ubicada cerca de la oferta de servicios de salud, incluyendo las áreas rurales que distan poco del centro urbano, y que cuentan con buena estructura vial y buenas posibilidades de transporte. No obstante, es importante trabajar en las barreras de acceso físico identificadas.

Con respecto a la estructura de la población, el municipio tiene una transición demográfica avanzada y cuenta con mayor presencia de las mujeres, especialmente en los grupos de mayor edad; por lo tanto, es evidente en su pirámide poblacional es regresiva, en los resultados y tendencias de los indicadores demográficos, y en las tasas de nacimientos y defunciones. Esta transición implica un efecto importante en el perfil epidemiológico al aumentarse la carga de las

enfermedades crónicas y degenerativas que afectan las etapas finales de la vida. Es así como Envigado es comparable con países emergentes y desarrollados donde la mayor parte de su población se encuentra actualmente en edades productivas, con tendencia al aumento del envejecimiento, lo que requiere planificar y generar las acciones necesarias para brindarle a la población una vejez digna, equitativa y con calidad hasta el final de la vida.

La población residente reconoce a Envigado y sus condiciones de vida como favorables, sin embargo, identifica riesgos de accidentes, ruido y la contaminación, entre otros; los cuales se considera que ocurren debido a que por la ubicación del municipio en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, es un corredor vial que cuenta con vías importantes para la movilidad como son un tramo en la Avenida Regional y un tramo en la vía Las Palmas. Adicionalmente, presenta una alta concentración de motos y vehículos particulares especialmente en las horas pico, lo que es gestionado por la administración municipal a través de la Secretaría de Movilidad quien regula esta situación con los funcionarios de tránsito, la integración con el área metropolitana adoptando medidas como el pico y placa, realizado diferentes proyectos de infraestructura vial y generando campañas educativas para mejorar la movilidad y la seguridad de sus habitantes.

Todo esto sumado al liderazgo de la Secretaría de Salud, que cuenta con el apoyo de los recursos propios municipales con una cobertura aproximada del 30% del Plan Territorial de Salud (PTS), convierten a Envigado en un lugar atractivo de asentamiento definitivo, que se ha convertido en la elección de personas pensionadas no nativas y de poblaciones migrantes, especialmente desde Venezuela.

En este contexto, existen retos importantes para la salud pública en el municipio, que incluyen desde el aseguramiento hasta la calidad de los servicios de salud, teniendo en cuenta las características de su población, y la reiterativa identificación de riesgos asociados a los temas de salud mental, soledad de los adultos mayores y las barreras de acceso a los servicios de salud, de las cuales se destaca el desarrollo tecnológico y la digitalización.

Es así como la Secretaría de Salud municipal, quien tiene como objetivo principal para el PTS 2024-2027 articular otros actores y sectores municipales, departamentales y nacionales, que le permitan garantizar un sistema de salud de calidad que contribuya a mejorar la participación efectiva de los actores institucionales y comunitarios requeridos; y garantizar el goce efectivo de la salud y la calidad de vida las familias envigadeña, hasta el final de sus vidas.

2 CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

En el año 2022 se identificaron 10.466 empresas activas en el territorio envigadeño, de las cuales, el 32,6%(3.413) estaban ubicadas en la zona 9, que corresponde a la parte central del área urbana. Según los tipos de empresa, las microempresas fueron predominantes en el municipio con un 85,9% para el año 2022, seguido de las pequeñas empresas con un 10% y en el 4,1% restante se encuentran las medianas y grandes empresas.

La población en edad para trabajar en Envigado el año 2024, fue de 221.128 personas, lo que corresponde aproximadamente al 88% de los habitantes del municipio, según proyecciones del DANE; evidenciándose un aumento entre los años 2020 y 2023 y una disminución en el año 2024, con respecto al año anterior. El número de empleos efectivos ha mostrado una disminución significativa, pasando de 1.120 en el año 2018 a 588 en el año 2024.

En cuanto al número de empleos efectivos con el servicio público de empleo SENA-Envigado se evidencia una disminución en el período 2020-2021, a partir del año 2022 aumenta pasando de 368 empleos efectivos para ese año a 588 empleos efectivos para el año 2024.

Tabla 7. Indicadores socioeconómicos. Envigado, 2018-2024.

Mercado Laboral	2020	2021	2022	2023	2024
Población en edad de trabajar (>=12 años) según proyección DANE ¹	215.843	219.751	223.634	227.593	221.128
Porcentaje de la población en edad de trabajar ¹	89,1	89,3	89,5	89,7	89,1
Número de empleos efectivos en la Agencia Pública de Gestión y Colocación para el Empleo Municipio de Envigado ²	442	345	368	438	588

Fuentes: Cálculo de la Secretaría de Desarrollo Económico a partir de inferencias de la población 2018 y proyección geométrica de la tasa de crecimiento de la población municipal, ambas según datos DANE, año 2024. Información reportada por la Agencia Pública de Gestión y Colocación para el empleo de Envigado. Año 2024.

2.2 Condiciones de vida del territorio

2.2.1 Condiciones de vida

El suministro de servicios públicos como el agua, la electricidad, y el gas domiciliario, así como la cobertura en acueducto y alcantarillado desempeñan un papel clave en el desarrollo social y económico de un territorio.

El porcentaje de residencias con acceso a los servicios públicos domiciliarios en el municipio de Envigado, desde el año 2017, posee coberturas del 100% tanto en fluido eléctrico como en el

servicio de aseo. Según la Encuesta de Calidad de Vida (ECV), que se realiza cada dos años, se identificó que para el año 2024 la cobertura en los servicios de acueducto fue del 98,6%, disminuyendo con respecto a los años 2019–2023.

Para el año 2024, la cobertura en el servicio de gas domiciliario e internet disminuye con respecto al año 2023 con un 91,3% y un 86,8% respectivamente. El uso de la telefonía fija continúa disminuyendo, pasando de 94% en el año 2017 a 51,9% en el año 2024, esto puede ser resultado del alto uso de los celulares en los últimos tiempos. En cuanto al servicio de alcantarillado que tenía una cobertura del 98,3% de las viviendas en el 2017, alcanzó el 98,5% en el 2019 y en el año 2024 baja con un 97,5%. Ver tabla 20.

En conclusión, se puede decir que en Envigado se cuenta con altas coberturas en los servicios públicos domiciliarios, lo que le permite tener indicadores con resultados positivos en algunas enfermedades, como la enfermedad diarreica aguda, las parasitosis, entre otros; por esta razón, los logros en salud de los que gozan los envigadeños están relacionados con la acción multisectorial impulsada por la Secretaría de Salud Municipal como autoridad sanitaria.

El promedio de toneladas de residuos sólidos recolectados ha presentado variaciones durante los últimos 5 años, siendo 2019 el año en el que más toneladas se recolectaron al día con 243; aumentando con respecto al año anterior en donde el promedio de toneladas diarias fue de 211 (2017) en los años 2021, 2023, y 2024 se presenta un promedio de 211, 191 y 172 toneladas respectivamente, reportándose la cifra del 2024 como el promedio más bajo del último quinquenio.

Tabla 8. Determinantes intermedios de la salud condiciones de vida. Envigado, 2017-2024.

Acceso a servicios públicos domiciliarios	Porcentaje de viviendas con acceso a servicios Públicos				
	2017	2019	2021	2023	2024
Cobertura del servicio de acueducto ¹	99,5	100,0	100,0	100,0	98,6
Cobertura del servicio de alcantarillado ¹	98,3	98,5	98,0	98,0	97,5
Cobertura del servicio de energía ¹	100,0	100,0	100,0	100,0	99,9
Cobertura del servicio de gas ¹	92,2	89,2	91,5	91,5	91,3
Cobertura del servicio de telefonía ¹	94,0	88,6	82,0	82,0	51,9
Cobertura del servicio de Internet ¹	86,6	79,9	90,4	90,4	86,8
Acceso a servicios públicos domiciliarios	2020	2021	2022	2023	2024
Cobertura del servicio de aseo ²	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Promedio de toneladas de residuos sólidos recolectados por día ²	211	243	211	191	172

Fuentes: 1. Encuesta de Calidad de Vida del municipio de Envigado, año 2024. 2. Enviaseo ESP. Envigado, año 2024.

2.2.2 Seguridad alimentaria y nutricional

El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (BPN) en Envigado aumentó de 2022 a 2023, pasando de 10,1% a 10,5%; y en 2024 disminuyó a 9,6%, siendo menor que el valor del departamento; aunque la diferencia no es significativa.

En el municipio de Envigado se cuenta con un sin número de acciones en Seguridad alimentaria y nutricional, y especialmente se ha controlado el embarazo en la adolescencia; no obstante la tendencia de este indicador en los últimos años ha sido al incremento, y los análisis de este tema han permitido identificar la relación de los casos de BPN con el régimen subsidiado y los partos de población migrante.

Tabla 9. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional. Envigado, 2005-2024.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Envigado	Comportamiento																		
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE) 2024*	11,3	9,6	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

2.2.3 Cobertura de educación

Los indicadores de cobertura bruta de educación del municipio de Envigado durante el año 2024, no mostraron diferencias significativas en porcentaje de hogares con analfabetismo, estando por debajo el municipio (0,9%), en comparación con el departamento de Antioquia (4,5%). Los valores de coberturas para educación primaria, secundaria y categoría media aumentaron y son mayores a las coberturas del departamento, posiblemente debido a que la población estudiantil del municipio tiene un alto porcentaje de personas no residentes en el municipio, lo que hace que las coberturas superen el 100% de la población de residentes.

Tabla 10. Tasa de cobertura bruta de educación. Antioquia-Envigado, 2003-2022.

Indicadores	Antioquia	Envigado	Comportamiento																			
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	4,5	0,9		-														↗				
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	100,0	107,0	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	89,9	115,3	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	89,9	105,1	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗

Fuente: DNP-DANE 2005 y MEN 2019

2.2.4 Cobertura de vacunación

El indicador coberturas administrativas de vacunación con BCG del municipio de Envigado, se ubica por encima del indicador del departamento y la tendencia en los últimos años ha sido al incremento, debido a que la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel es un referente departamental para la atención de partos, lo que indiscutiblemente eleva el valor del indicador hasta superar las coberturas esperadas.

Las coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis, polio 3 dosis y triple viral en menores de un año, han aumentado en los últimos cuatro años, y hasta el año 2023 estuvieron por debajo de los valores del departamento, sin diferencias significativas; sin embargo, para el año 2024 fueron superiores, con valores de 93%, 92,8% y 97,8% respectivamente.

El parto institucional tuvo una cobertura de 99,9%, al igual que el porcentaje de partos atendidos por personal calificado, siendo estos valores mayores que el valor de Antioquia n ambos casos, aunque no se presentaron diferencias significativas. De todos los nacidos vivos en el municipio de Envigado, el 98,3% tenían cuatro o más consultas de control prenatal, mientras que, de los nacimientos en Antioquia, cumplían con esta meta sólo el 92,9%, sin diferencias significativas.

Tabla 11. Determinantes intermedios de la salud - Sistema sanitario. Antioquia-Envigado, 2006-2024.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Envigado	Comportamiento																				
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE) 2019	7,3	1,0														↗							
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE) 2019	2,6	1,5														↗							
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) 2024	103,4	88,2				↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘		↗	↗	↗	↗	↘	↗		
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS) 2024	88,6	286,3	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗		
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	89,0	93,0	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗		
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (Información departamento-Preliminar) 2024	88,8	92,8	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗		
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	91,7	97,8	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗		
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE) 2024	92,9	98,3	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘		
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE) 2024	99,4	99,9	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	-	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘		
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE) 2024	99,4	99,9	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	-	-	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘		

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

2.2.5 Pobreza y calidad de vida

Según información proporcionada por la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del año 2024, el índice de condiciones de vida muestra una disminución en los años 2017 - 2019, pasando de 76,60 en el 2017 a 74,08 en el 2019. Para el año 2021 tiene un leve aumento de 0,07 puntos, quedando para ese año en 74,15 cifra que permanece constante para el año 2023 pero que disminuye de nuevo para el año 2024 quedando para ese año con una cifra del 68,78.

El porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) presentó una disminución notable pasando de 5,28% en el año 2021 a 0,51% para el año 2024 siendo algo positivo para el municipio ya que este indicador muestra qué porcentaje de viviendas inadecuadas existen, cuántas se encuentran en hacinamiento crítico, con servicios inadecuados, con alta dependencia económica y con niños en edad escolar que no asisten a la escuela. Respecto a las NBI en personas, también presentó una disminución significativa quedando para el año 2024 en 0,52%, cifra que para ese año sale de la encuesta de calidad de vida a diferencia de los años anteriores (2017 - 2023) en donde la información es suministrada por el DANE y su última actualización corresponde al Censo del año 2018 según fuente del Departamento Administrativo de Planeación por lo que hay tanta diferencia entre los últimos datos.

En cuanto a la tasa de desempleo, se evidencia un aumentó en el periodo 2017-2019, pero a partir del año 2021 disminuye pasando de 6,85% para ese año a 5,13% para el año 2024 evidenciando una recuperación del municipio respecto al desempleo; probablemente debido a la reapertura económica después de la pandemia ocasionada por el virus COVID-19. Con el desempleo en proceso de disminución, las personas podrán tener fuentes de ingreso para el sostenimiento de los hogares y las viviendas.

Tabla 12. Indicadores de pobreza y calidad de vida. Envigado, 2017-2021.

Calidad de vida (Macroindicadores)		Años				
		2017	2019	2021	2023	2024
Índice de condiciones de vida (ICV) ¹		76,60	74,08	74,15	74,15	68,78
Necesidades básicas insatisfechas (NBI)	Hogares ¹	2,40	5,28	5,28	0,51	5,28
	Personas ²	5,40	5,40	5,40	0,52	5,40
Tasa de desempleo (%) ¹		6,67	7,59	6,85	6,85	5,13

Fuente: 1. Encuesta de Calidad de Vida del Municipio de Envigado, año 2024. 2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE, según censo 2018, (años 2017 al 2023).

2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

2.3.1 Factores psicológicos y culturales

La violencia intrafamiliar ha estado en aumento durante los últimos años, tanto en Antioquia como en Envigado: la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar en Envigado pasó de 38,6 por cien mil habitantes en el 2023, a 38,6 en el año 2023, y en Antioquia pasó de 42 a 47,5; sin diferencias significativas. De manera opuesta se ha comportado la tasa de incidencia de violencia contra la mujer en Antioquia, que pasó de 35,5 por cien mil habitantes en el año 2023 a 38,61 en el 2024; mientras que el municipio no tuvo mayor variación, pasando de 31,3 en el año 2023 a 31,5 en el 2024.

En ninguno de los indicadores anteriores se presentaron diferencias significativas entre Antioquia y Envigado en el año 2024; aunque ambas tasas fueron inferiores en Envigado.

Tabla 13. Determinantes intermedios de la salud, factores psicológicos y culturales. Envigado, 2024.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Envigado
Tasa de violencia intrafamiliar. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	47,5	38,6
Tasa de Violencia contra la mujer. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	52,2	31,5

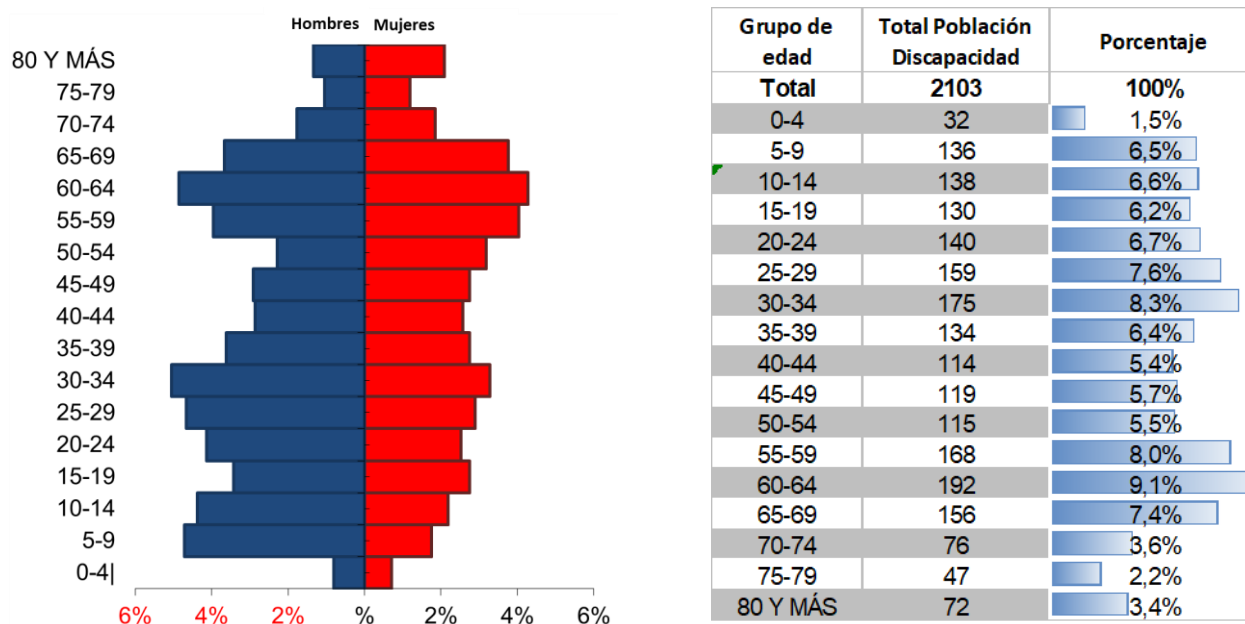
Fuente: Forensis 2024

2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad

Para el primero agosto de 2022 se tenían identificadas 2.530 personas con discapacidad en el municipio de Envigado, sin embargo, para el año 2024 esta población disminuyó y el registro muestra un total de 2.103 personas en esta condición; de las cuales 44,6% son mujeres y 55,45 hombres. Esto puede obedecer a los cambios en el registro de esta población a nivel nacional, lo que puede haber generado subregistro en un grupo de población que ya estaba identificada en años anteriores, por las dificultades de desplazamiento para la certificación; y también posibilidades de registro para el ingreso de nuevas personas, debido al requerimiento de este documento para diferentes trámites y beneficios.

Esta condición afecta a todos los grupos etarios en diferentes proporciones. Entre los cero y los 4 años se presenta la menor proporción de discapacidad, seguida de la población entre 75 y 79 años; los grupos de edad más afectados fueron de 60-64 años y 30-34.

Figura 9. Pirámide de la población en condición de discapacidad. Envigado, 2024.



Fuente: **RLCP- SISPRO- MISANLUD. Fecha de corte: 1 de agosto 2024.**

Las principales alteraciones permanentes son las psicosociales (mentales) con un total de 1.041 personas afectadas en proporciones mayores en hombres (50,8%) y mujeres (47,9%); en segundo lugar, se encuentran la discapacidad múltiple que afecta a 966 personas de las 2.103 registradas, seguidas muy de cerca por la discapacidad intelectual (981 personas) y la física (944 personas).

Llama la atención que no haya registro de personas con sordoceguera y sean muy pocas las personas con discapacidad visual; lo que puede ocurrir debido a fallas en el registro y a que posiblemente personas con estas condiciones pueden presentar múltiples alteraciones.

Tabla 14. Distribución de las alteraciones permanentes. Envigado, 2024.

Categoría Discapacidad	Hombres	Proporción Hombres**	Mujeres	Proporción Mujeres**	Total
Física	483	41,5	461	49,1	944
Visual	111	9,5	89	9,5	200
Auditiva	79	6,8	94	10,0	173
Intelectual	549	47,1	432	46,1	981
Psicosocial (Mental)	592	50,8	449	47,9	1.041
Sordoceguera	0	0,0	0	0,0	0
Múltiple	533	45,8	463	49,4	996
Total	1.165		938		2.103

**Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100% Fuente: RLCP- SISPRO- MISANLUD. Fecha de corte: 1 de agosto 2024.

2.5 Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social

Condiciones Sociales

En el componente social también los habitantes reportaron inconvenientes y problemas para la salud que se generan por la soledad del adulto mayor en varios aspectos, de los cuales destacan principalmente que por ausencia de compañía no pueden asistir a las consultas médicas para el control de sus enfermedades, y en ocasiones, no se pueden alimentar, no consumen los medicamentos o no desean hacerlo por problemas de depresión.

También especificaron riesgos en los roles que cumplen los abuelos, cuando son encargados del cuidado de los hijos enfermos con discapacidad, los nietos y de las mascotas; lo que es especialmente importante, si se tiene en cuenta que las caídas desde su propia altura constituyen una de las principales causas de muerte de la población adulta mayor del municipio.

Condiciones Culturales

Durante la cartografía social la población definió el orgullo como una barrera social para acceder a los servicios de salud y a los beneficios de los programas sociales, debido a que consideran que hay familias que no se presentan en los espacios destinados para las atenciones, por vergüenza a ser vistos recibiendo las ayudas brindadas por la Secretaría de Salud y de otras instancias municipales.

También reportan que la salud se puede ver afectada por temas como la automedicación, el abandono de los tratamientos y el consumo de productos naturales, los cuales gran parte de los adultos mayores los consideran importantes en el manejo de las enfermedades; pero no siempre se verifica su efectividad y su legalidad en el sistema de salud colombiano.

Un aspecto adicional mencionado en temas culturales fueron las barreras de creencias religiosas y sobrenaturales, que dificultan o en casos impiden el acceso a los tratamientos médicos o su continuidad, con el argumento de que la salvación viene de factores externos sobrenaturales y que no requiere la intervención humana. En el caso de la muerte digna, también estas creencias dificultan las actuaciones del sector salud tradicional, a pesar de que la normatividad lo permite.

Desde la comunidad piden prestar atención a la malnutrición, tanto por el consumo de alimentos inadecuados, que se publicitan sin regulaciones normativas, como desde el consumo excesivo de suplementos, medicamentos naturales y energizantes, con altos contenidos de elementos dañinos que se venden con muy poca restricción.

Finalizando el tema cultural, fue puesto a consideración un componente que solicitan sea abordado en espacios posteriores, y que hace referencia a lo convicción de que la salud, el bienestar y la calidad de vida son responsabilidad de los demás, de factores externos y de condiciones diferentes a su responsabilidad. La importancia de este tema radica en que tiene grandes implicaciones en el autocuidado, porque existe poca consciencia de la responsabilidad como actor activo del proceso salud-enfermedad y de los deberes y derechos como ciudadano; por lo que debe ser priorizado como un aspecto a mejorar desde la secretaría de salud del municipio.

Condiciones Económicas relacionadas con el empleo

Entre las condiciones económicas destacadas en la cartografía social, se hizo énfasis en la gran cantidad de domiciliarios y la inseguridad y los problemas sociales que ocasionan: mal uso de las zonas comunes en las unidades residenciales, incumplimiento de las señales de tránsito, transitando en contravía y a altas velocidades, incluso en zonas residenciales, mal estado de las motocicletas generando ruido y contaminación; entre otros.

Desde los aspectos económicos proponen mayor intervención de las ventas ambulantes que producen alimentos, dado que las condiciones de salubridad no siempre se cumplen y se evidencian focos de contaminación que pueden generar daños a la salud.

Condiciones Ambientales

Otro aspecto reportado fue el mal manejo de las mascotas y de la gran cantidad de excrementos que producen, las mordeduras, los malos olores por la disposición inadecuada de basuras, que generan altos índices de roedores y problemas de convivencia entre vecinos. En este sentido, también se debe tratar el tema de humanización, como parte del maltrato, y de la carga económica, que muchas veces genera desplazamiento de las necesidades de las personas, privilegiando el bienestar de las mascotas.

Adicionalmente se propone control de los establecimientos abiertos al público que producen altos niveles de ruido, al igual que las empresas que generan además del ruido, contaminación ambiental.

2.6 Conclusiones del capítulo II

El municipio de Envigado, la Secretaría de Salud y en interacción con otros actores y sectores, cuida la salud y la calidad de vida de sus habitantes, a través de acciones que le permiten a la población tener resultados en salud satisfactorios y una buena calidad de vida; como se puede ver en los resultados de los indicadores este capítulo, donde se observa alta cobertura de servicios públicos, buena calidad del agua, bajo porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), alta cobertura en educación y bajos niveles de desempleo.

La salud materno infantil permite evidenciar una alta cobertura de vacunación, y disminución del porcentaje de BPN, que para el año 2024 fue inferior a 10% y por debajo del valor del departamento. Esta situación obedece a las acciones constantes enfocadas a la lactancia materna, los controles prenatales y el cuidado general de la gestante tanto en las instituciones de salud, como en las acciones extramurales. No obstante, se sigue considerando que el BPN debe ser atendido con prioridad, especialmente en la población migrante y del régimen subsidiado, identificadas como principales poblaciones de riesgo en el municipio, durante los últimos años.

En lo relacionado con las condiciones sociales y los factores psicológicos y culturales, es necesario analizar a profundidad las causas del incremento de la violencia intrafamiliar, y la aparente disminución de la violencia contra la mujer; ya que esta situación puede obedecer a un problema en la notificación de ambos eventos, debido a confusiones en las especificaciones de los casos, que pueden hacer que se estén reportando estos últimos casos como violencia intrafamiliar y no como violencia contra la mujer. Adicionalmente, es necesario generar acciones urgentes y prioritarias en este tema, que hace parte no sólo de una alta demanda en los servicios de salud; sino que es claramente reconocido por la comunidad como uno de los principales problemas del municipio, debido, entre otras cosas, a las consecuencias para las personas y las familias.

Ante la situación de violencia, es necesario aclarar que a través de la política de salud mental se promueve en toda la población del municipio el reporte de la violencia, y se hace búsqueda activa de casos, desde el año 2016; lo que también puede aumentar el número de casos, no por un aumento de la violencia necesariamente, sino por una mejora en la denuncia de este tipo de eventos por parte de la población. Esto se ha podido observar a través del análisis detallado de los tipos de violencia reportados, en los cuales ha incrementado la violencia psicológica, al igual que los casos de violencia en hombres.

Es necesario incluir dentro de las prioridades en salud del municipio, los problemas reportados por la comunidad con respecto a la contaminación, los riesgos de caídas y accidentes de tránsito, los problemas de inseguridad, los problemas de salud mental y del adulto mayor, como condiciones de riesgo importantes para la planificación en salud.

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

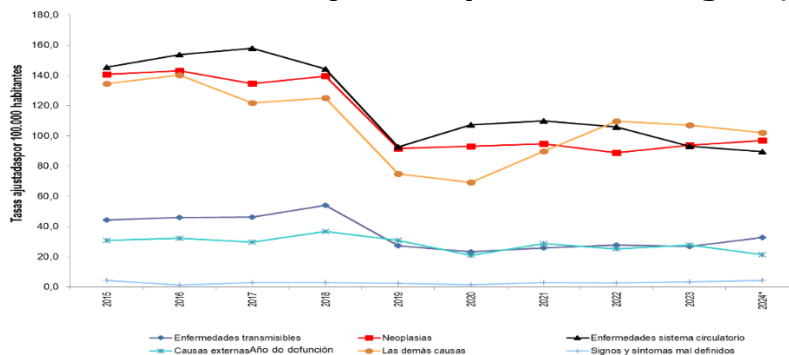
3.1 Análisis de la mortalidad

3.1.1 Mortalidad general por grandes causas

En el período comprendido entre 2015 y 2024, muestra que las principales causas de mortalidad para este último año, continúan siendo las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), ocupando el primer lugar las enfermedades del grupo de las demás causas, que ha presentado un notable aumento en los últimos años; seguidas de las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio; todas ellas propias de la población envejecida.

Las causas externas y las enfermedades transmisibles se comportan de manera similar, con tasas de muerte por debajo de 40 por cien mil habitantes, y han tenido tendencia a la disminución durante todo el período de estudio.

Figura 10. Tasa de mortalidad ajustada por edad. Envigado, 2015–2024.

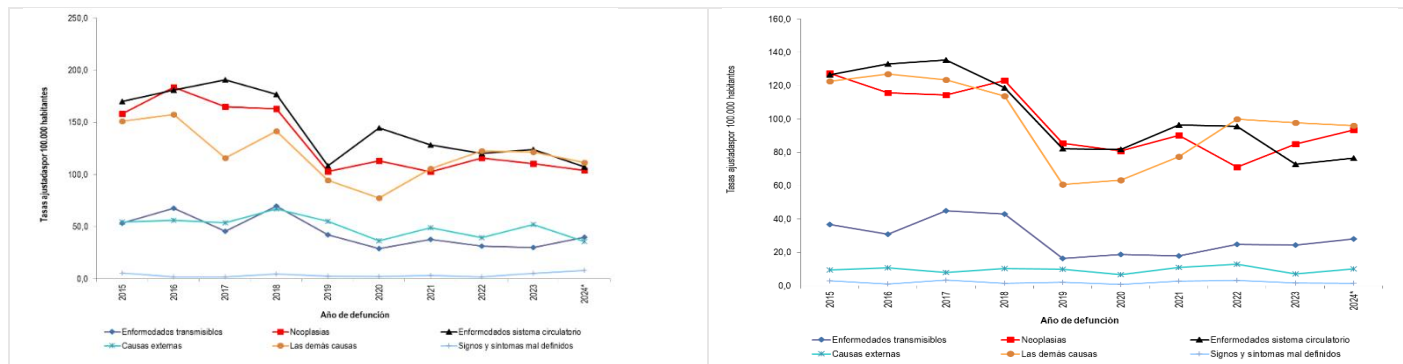


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

La tasa de mortalidad general, tanto en hombres como en mujeres, muestra comportamiento similar a la tasa de mortalidad total, teniendo como principales causas de muerte las ECNT; con mayor número de muertes en hombres en todas las causas.

Figura 11. Tasa de mortalidad ajustada por edad para hombres y mujeres. Envigado, 2015–2024.

Hombres	Mujeres
---------	---------



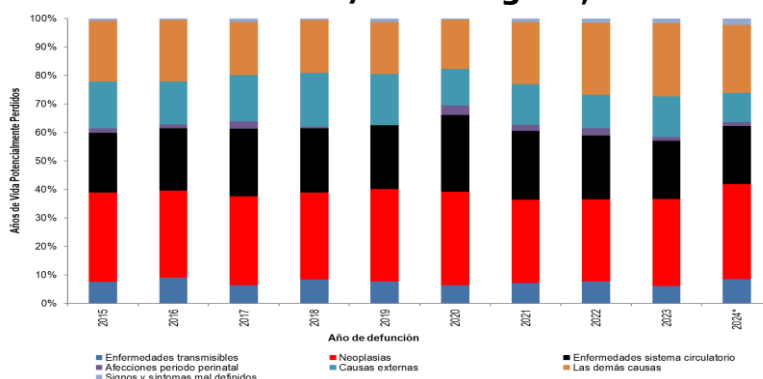
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.1.1. Años de Vida Potencial Perdidos –AVPP

La distribución porcentual de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por grandes causas, muestra las neoplasias como principal contribuyente de AVPP durante los últimos años, tanto en número de AVPP como en tasa por 100 mil habitantes. En segundo lugar aparecen las demás causas, y la disminución de los AVPP por causas circulatorias, los dejó desde el año 2023 en el tercer lugar; lo que implica que las acciones dirigidas a reducir la mortalidad temprana han tenido efectos positivos.

Es importante resaltar que, aunque la mortalidad por neoplasias ocupa el segundo lugar en la mortalidad del municipio, es la causa que genera más años de vida potencial perdidos a lo largo del período. Se destaca también la disminución de AVPP por causas externas.

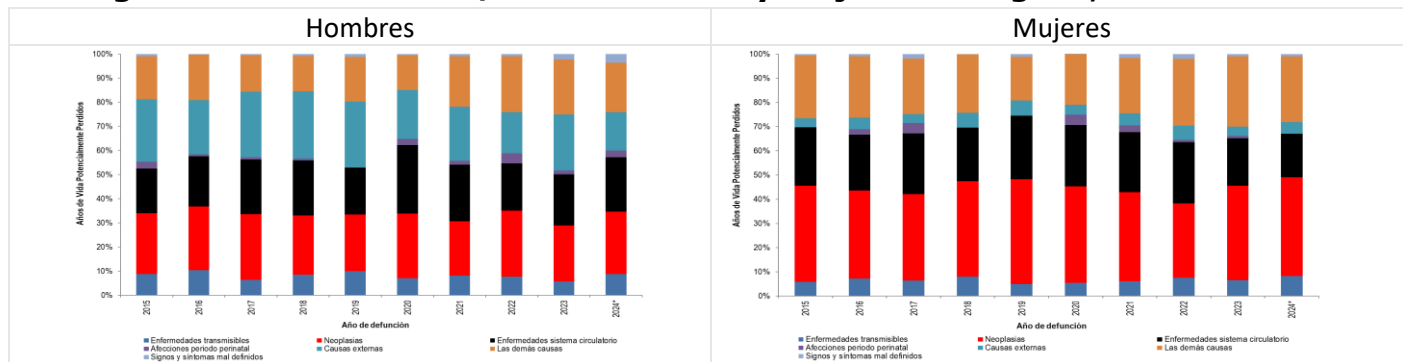
Figura 12. Distribución porcentual de los años de Vida Potencial Perdidos – AVPP por grandes causas lista 6/67. Envigado, 2015–2024.



Fuente: DANE, 2014 – 2024

El comportamiento de los AVPP en los hombres, permite ver como primeras causas de mortalidad prematura son las neoplasias, seguidas de las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas. En las mujeres, los AVPP por neoplasias son casi mayores del valor en los hombres, y son seguidas las demás enfermedades, y las demás causas, estas últimas en valores inferiores a los hombres.

Figura 13. Distribución porcentual de los años de Vida Potencial Perdidos – AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres y mujeres. Envigado, 2015–2024.

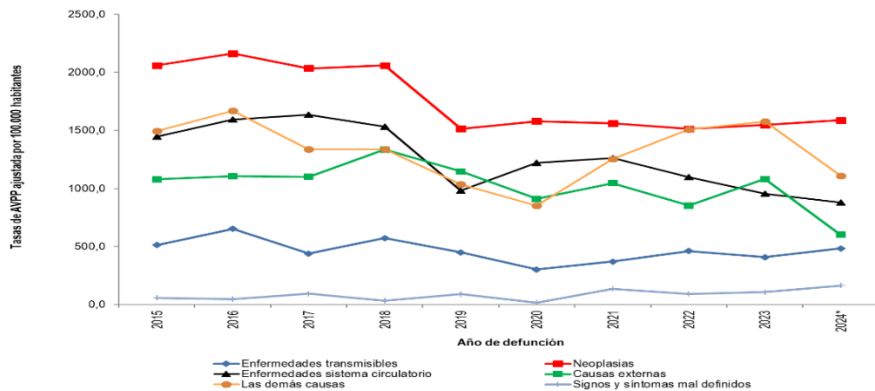


Fuente: Registros de defunciones DANE, 2014-2024

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencial Perdidos –AVPP

Las enfermedades del sistema circulatorio han sido históricamente las de mayor tasa de AVPP, en el año 2024 las demás causas ocuparon el segundo lugar, luego de iniciar una tendencia creciente desde el año 2020. Las neoplasias y las causas externas fueron el tercer y cuarto lugar, respectivamente.

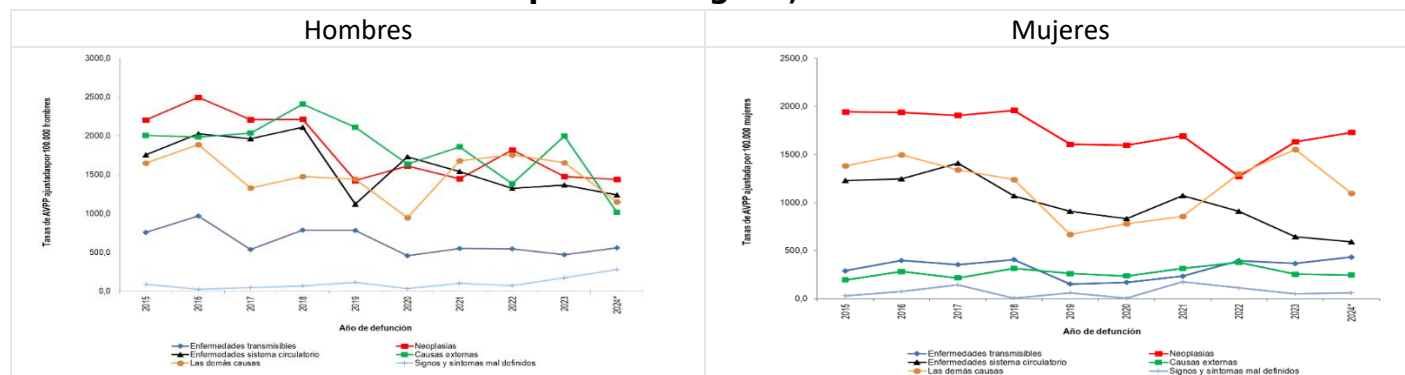
Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67. Envigado, 2015-2024.



Fuente: DANE, 2014-2024

La tasa más alta de AVPP por grandes causas para los hombres, han sido las causas externas, las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y las enfermedades agrupadas en las demás causas; pero todas han tenido una disminución evidente. El comportamiento de la tasa en las mujeres del municipio, evidencia el aporte de las neoplasias como principal causa de la mortalidad temprana, seguidas de las demás causas en segundo lugar, y con menor valor las enfermedades del sistema circulatorio ocupan la tercera causas en la tasa de AVPP.

Figura 15. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en los hombres del municipio de Envigado, 2015–2024.



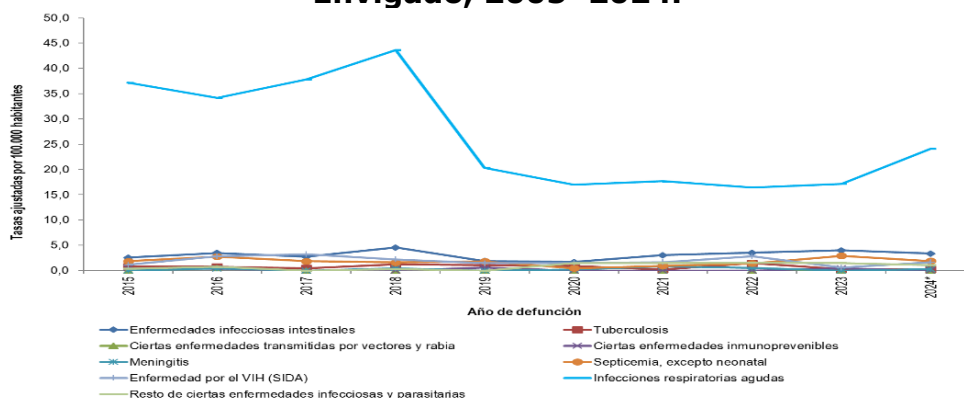
Fuente: DANE, 2014-2024

3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

3.1.2.1. Enfermedades transmisibles

Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de muerte en el grupo de enfermedades infecciosas, en el municipio de Envigado. Este tipo de infección es la más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública, donde la neumonía es la causa principal de complicaciones a nivel mundial.

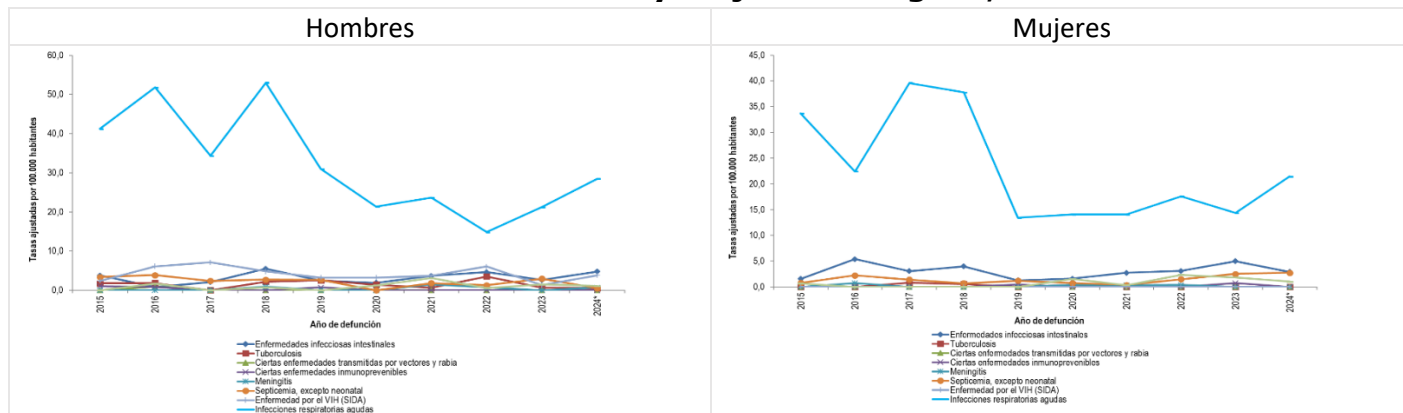
Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada para las enfermedades transmisibles. Envigado, 2005–2024.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El comportamiento de la tasa de mortalidad de las enfermedades transmisibles en las mujeres es similar al de los hombres, siendo las infecciones respiratorias agudas las principales causas de defunción en ambos grupos; sin embargo, en ambos grupos se viene presentando una disminución desde el año 2018 hasta el 2022, donde empiezan a aumentar.

Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres y mujeres. Envigado, 2015–2024.

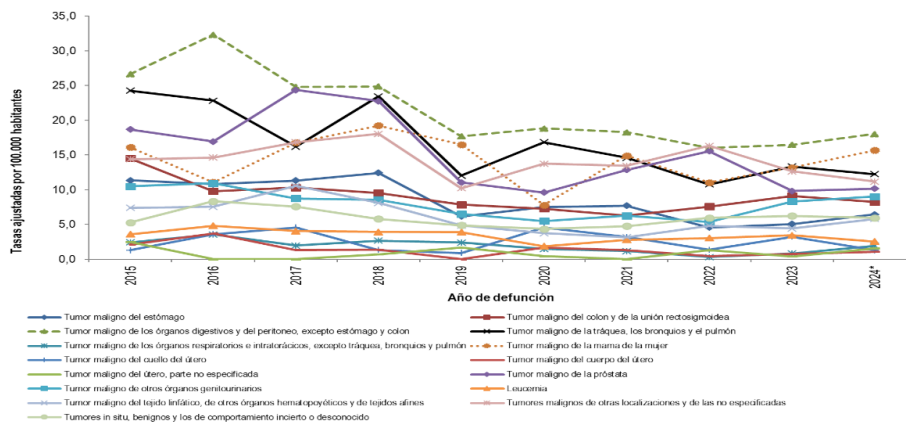


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.2.2. Neoplasias

La mortalidad ajustada para neoplasias en el periodo comprendido entre 2014 y 2024 ha tenido variaciones con respecto a las primeras causas, sin embargo, en los primeros lugares has estado: el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, el tumor maligno de la mama en la mujer y el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón.

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada para las neoplasias. Envigado, 2015-2024.

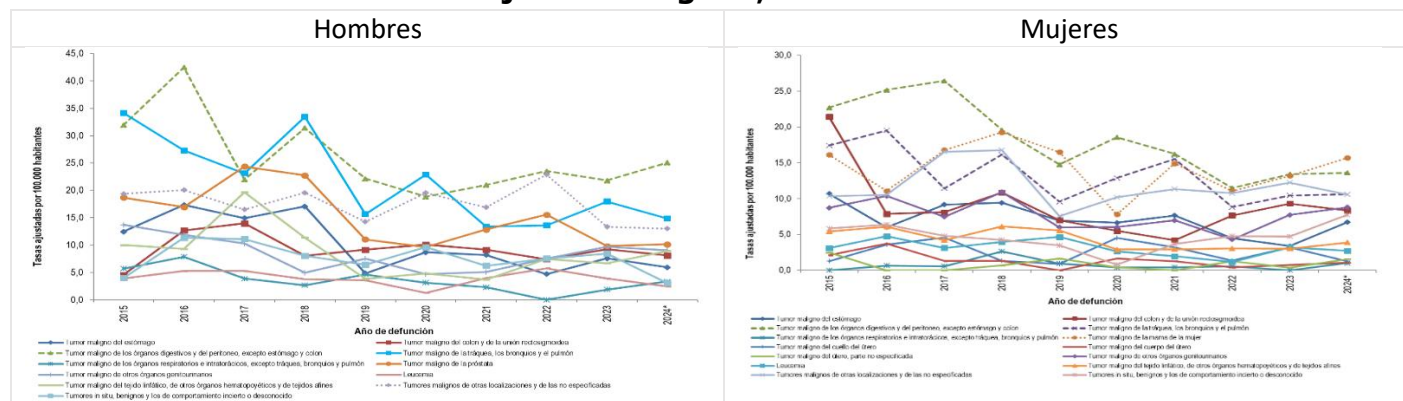


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

La tasa de mortalidad por neoplasias en hombres, muestra una disminución por todos los tipos de tumores y permite ver en los primeros lugares los tumores de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon; los tumores malignos de la tráquea, los bronquios y el pulmón; y los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas. El cáncer de próstata pasó a ocupar el cuarto lugar como causa de muerte en el año 2024.

Las tres neoplasias predominantes en las tasas de mortalidad para las mujeres fueron, en su orden: tumor maligno de la mama, tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, y tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón.

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres y mujeres. Envigado, 2014–2024.

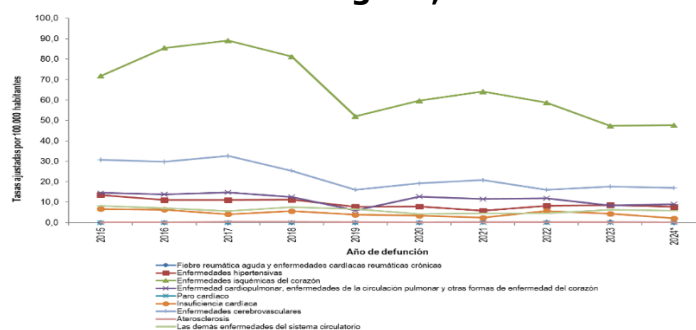


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.2.3. Enfermedades del sistema circulatorio

En las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades isquémicas del corazón son la mayor causa de muerte de la población, con un valor que a lo largo de todo el período analizado ha triplicado todas las demás causas de muerte de este grupo. Su comportamiento en el tiempo ha tenido una clara tendencia a la disminución, sin embargo, su comportamiento es variable y para el año 2023 continúa en disminución, pero se sostiene estable para el 2024. El segundo lugar como causas de muerte por enfermedades del sistema circulatorio, lo ocupan las enfermedades cerebrovasculares (ECV), que han mostrado una tendencia similar a las isquémicas; sin embargo, la mortalidad que ocasionan las ECV es evidentemente menor.

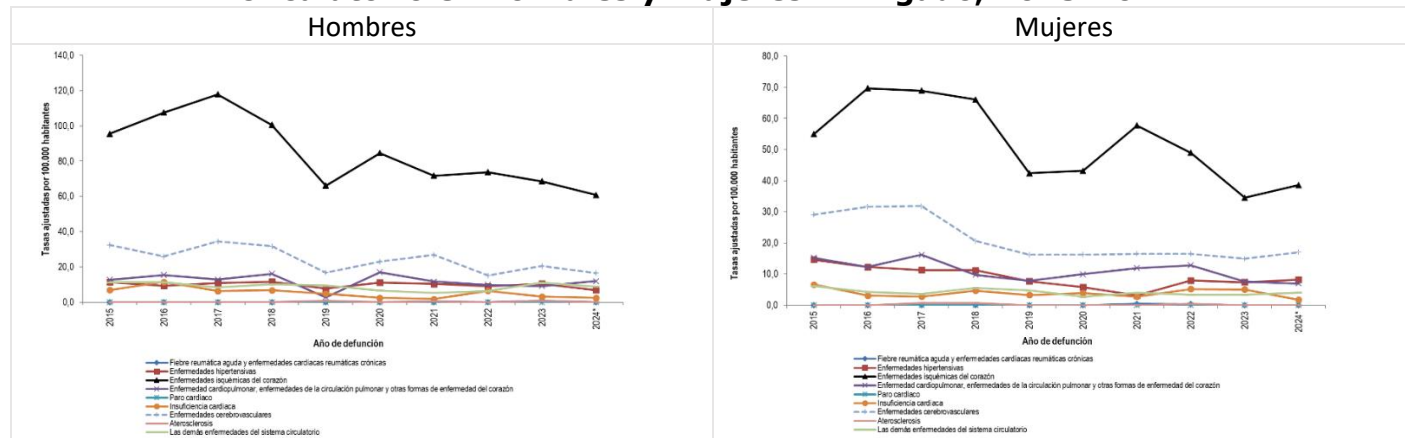
Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada general para las enfermedades del sistema circulatorio. Envigado, 2014–2024.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

La tasa de mortalidad en hombres y en mujeres, por enfermedades del sistema circulatorio, se ha comportado de manera similar a la tasa de mortalidad general por estas causas, donde la primera causa de muerte son las enfermedades isquémicas del corazón, y la segunda, las enfermedades cerebrovasculares; sin embargo, en las mujeres la mortalidad fue significativamente menor que en los hombres.

Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres. Envigado, 2015-2024.

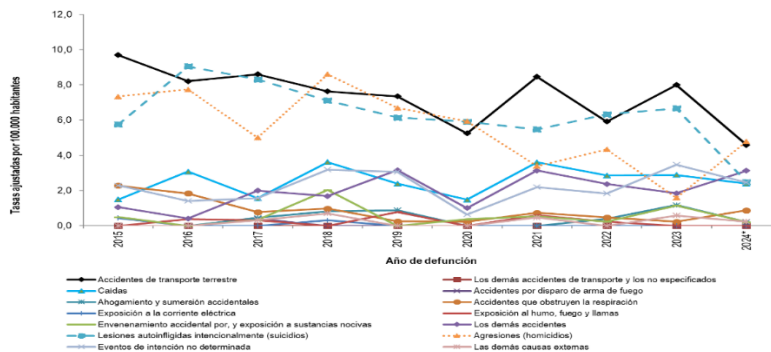


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.2.4. Causas externas

La mortalidad por causas externas, comprende todos los hechos que se presentan de manera no natural, incluyendo las muertes violentas, autoinfligidas y los accidentes; ha permitido ver que los accidentes de transporte terrestre, los suicidios y las agresiones, son las primeras causas de este tipo de causas. Entre los años 2015 y 20234 la tendencia de todas las causas externas ha mostrado una disminución evidente en el municipio de Envigado; pero para este último año aumentaron de nuevo los agresiones (homicidios), llegando a ocupar el primer lugar.

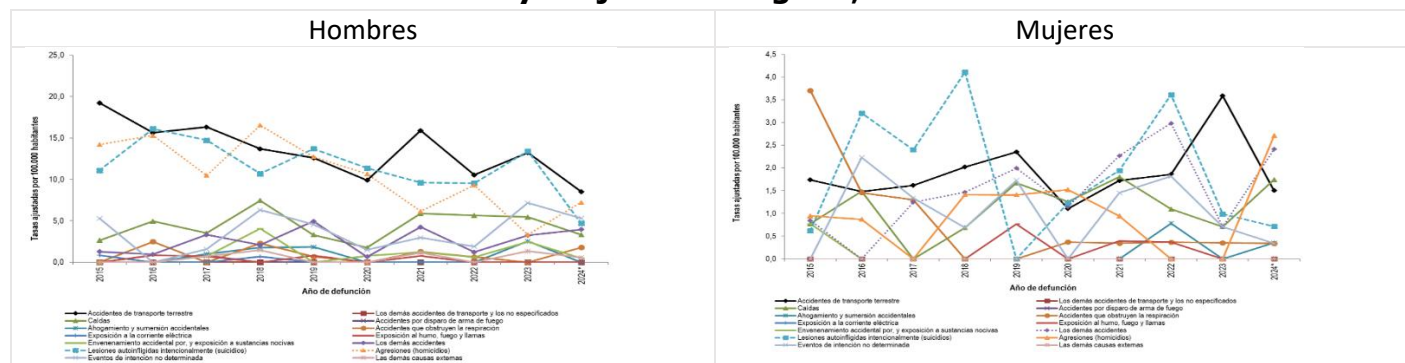
Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas. Envigado, 2014-2024.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

La tasa de mortalidad más alta para las causas externas en hombres fueron los accidentes de transporte terrestre, que aumentaron superando las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y las agresiones (homicidios). En ñas mujeres la tasa de mortalidad para las causas externas en mujeres muestra un comportamiento irregular a lo largo de todo el período; la tasa más alta en el 2024 fue por agresiones y la segunda causa fue por otro tipo de accidentes.

Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres y mujeres. Envigado, 2015-2024.

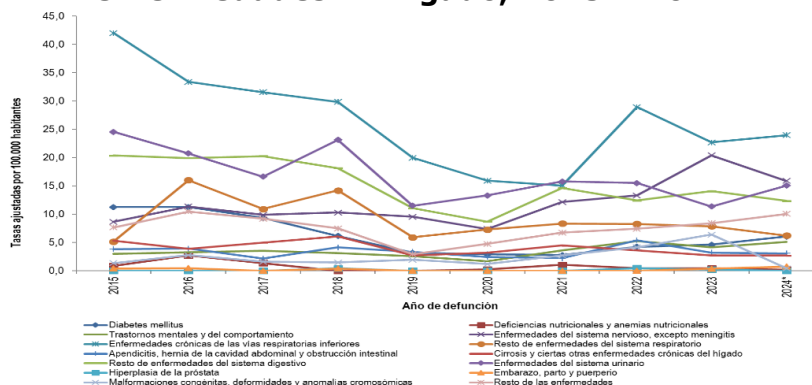


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.2.5. Todas las Demás Causas

En el grupo de las demás causas se agrupan las enfermedades metabólicas, renales, hepáticas, pulmonares y otras causas, no clasificados en otros grupos. Las primeras causas de muerte por esta agrupación en el municipio de Envigado, durante el período analizado, fueron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades del sistema nervioso, excepto la meningitis, y las enfermedades del sistema urinario.

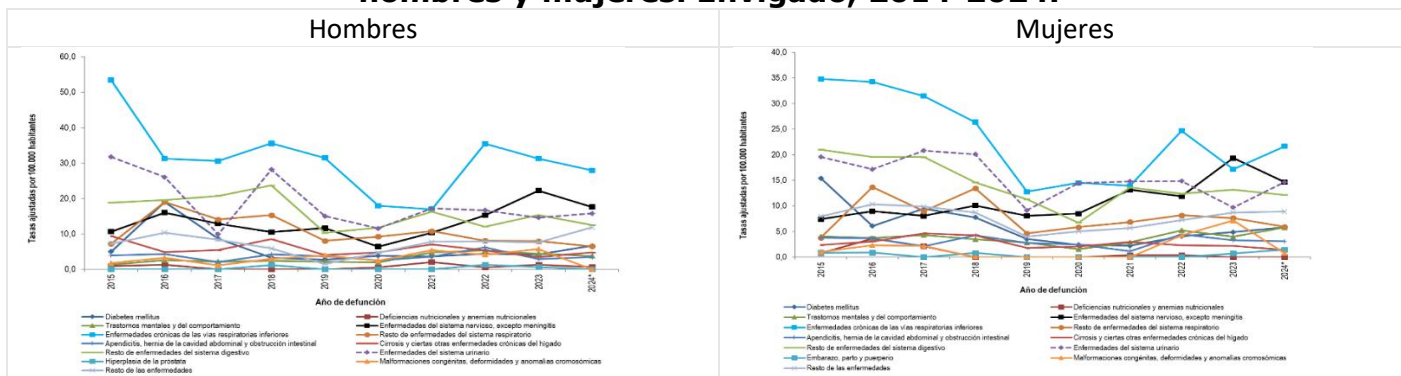
Figura 24. Tasa de mortalidad general ajustada por edad para las demás enfermedades. Envigado, 2015 – 2024.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En el grupo de las demás enfermedades, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, donde se incluyen el EPOC y el asma, fueron las principales causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres. En segundo lugar se encontraron las enfermedades del sistema nervioso y en tercer lugar las enfermedades del sistema circulatorio, para ambas poblaciones.

Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres y mujeres. Envigado, 2014-2024.

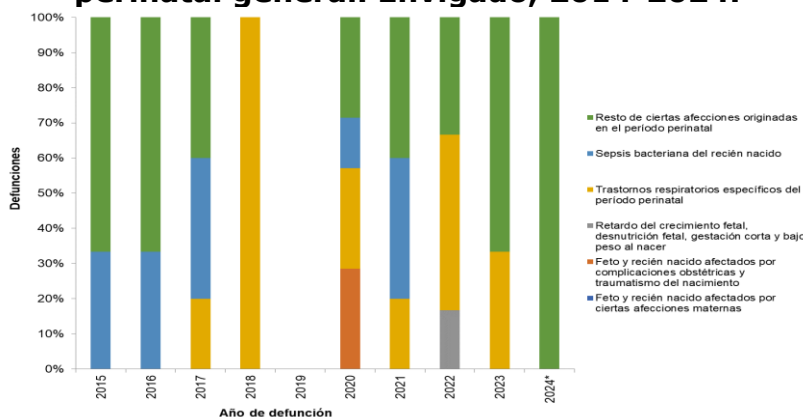


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.2.6. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Respecto a las muertes totales debidas a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal del municipio de Envigado entre 2015 y 2024, las principales causas fueron: resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, trastornos respiratorios específicos y sepsis bacteriana del recién nacido.

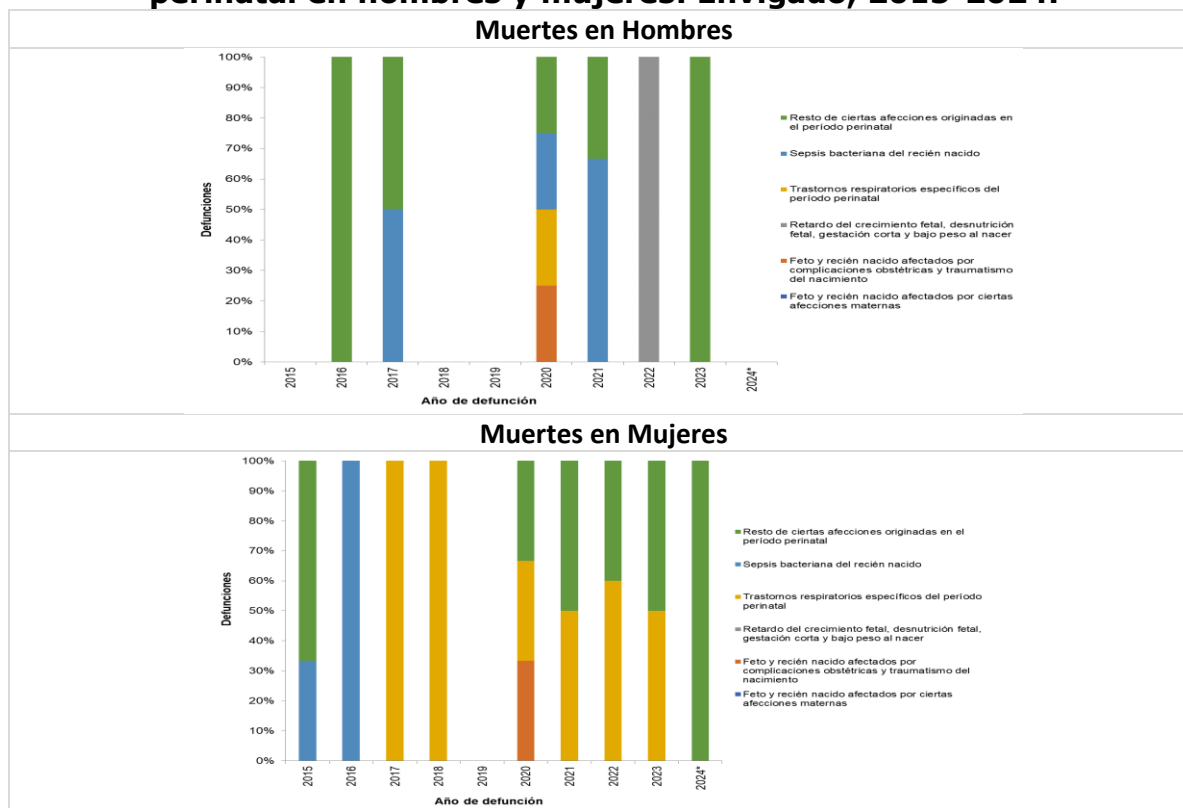
Figura 26. Número de muertes para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal general. Envigado, 2014-2024.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En el año 2024, no se presentaron muertes en los hombres durante el período perinatal. En las mujeres, se presentó una muerte en el 2024, debida a el resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

Figura 27. Número de muertes para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres y mujeres. Envigado, 2015-2024.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2. Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Las grandes causas de muerte materno - infantil y en la niñez, reportadas en el municipio de Envigado, ubican en primer lugar el grupo de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, entre 2017 y 2024, y esta agrupación constituye la única causa de la mortalidad durante el año 2024.

El análisis desagregado por sexo muestra que, para los hombres menores de un año, la principal causa de mortalidad en el municipio de Envigado fueron las mismas que en la población general y en las mujeres, no se presentaron muertes.

Tabla 15. Tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez según la lista de tabulación de la mortalidad infantil y del niño (menores de 1 año), (16 grandes causas). Envigado 2017–2024.

Grupo de Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,63	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,12	0,62	0,00	5,16	3,68	4,37	2,45	2,62
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,25	1,23	1,28	0,74	1,47	2,92	3,27	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez en hombres menores de 1 año, según 16 grandes causas. Envigado 2017–2024.

Grupo de Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,61	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	1,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	1,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1,25	1,22	0,00	4,30	2,82	6,93	3,22	4,92
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,25	2,44	2,52	1,43	2,82	2,77	3,22	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSP

Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez en mujeres menores de 1 año, según 16 grandes causas. Envigado 2017–2024.

Grupo de Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,66	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	1,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5,00	0,00	0,00	6,06	4,63	1,54	1,66	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,25	0,00	0,00	0,00	0,00	3,08	3,32	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Con relación al grupo de 1 a 4 años, se puede observar que las muertes del año fueron por enfermedades del sistema respiratorio, y ocurrieron en hombres, mientras que en las mujeres no se presentaron muertes.

Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad infantil en niños en edades de 1 año y 4 años, según 16 grandes causas. Envigado 2014-2024.

Grupo de Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	7,67	0,00	11,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	7,67	0,00	11,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	23,19	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	11,74	0,00	0,00	12,18	0,00	12,85
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	11,59	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	11,59	0,00	12,51	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	7,67	0,00	0,00	0,00	11,59	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	7,56	11,74	0,00	0,00	0,00	25,03	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad infantil en niños hombres en edades de 1 año y 4 años, según 16 grandes causas. Envigado 2014-2024.

Grupo de Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	15,01	0,00	22,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	15,01	0,00	22,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	22,99	0,00	0,00	0,00	0,00	25,30
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	22,76	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	22,76	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	14,79	22,99	0,00	0,00	0,00	49,29	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tabla 20. Tasas específicas de mortalidad infantil en niños mujeres en edades de 1 año y 4 años, según 16 grandes causas. Envigado 2014-2024.

Grupo de Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	47,25	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,75	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,42	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	15,70	0,00	0,00	0,00	23,62	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Con relación al grupo de la niñez, se puede observar que las principales causas de muerte en el año 2024 fueron el grupo de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, y las enfermedades respiratorias; y en ambos casos afectaron sólo a los hombres.

Tabla 21. Tasas específicas de mortalidad infantil en niños y niñas menores de 5 años, según las 16 grandes causas. Envigado 2014–2024.

Grupo de Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,30	0,00
Tumores (neoplasias)	6,17	0,00	9,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	6,17	0,00	18,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	18,64	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	9,41	0,00	0,00	9,92	0,00	9,85
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	9,41	0,00	9,32	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	6,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	30,86	6,08	0,00	65,06	46,59	59,54	30,46	29,54
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12,35	12,16	18,82	9,29	27,96	39,69	50,76	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	6,17	0,00	0,00	0,00	9,32	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	6,08	9,41	0,00	0,00	0,00	20,30	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tabla 22. Tasas específicas de mortalidad infantil en niños menores de 5 años, según las 16 grandes causas. Envigado 2014–2024.

Grupo de Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,98	0,00
Tumores (neoplasias)	12,07	0,00	18,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	12,07	0,00	18,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	18,43	0,00	0,00	0,00	0,00	19,26
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	18,43	0,00	18,30	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	12,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	12,07	11,88	0,00	54,71	36,60	97,66	39,96	57,79
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12,07	23,76	36,87	18,24	54,89	39,06	39,96	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	11,88	18,43	0,00	0,00	0,00	39,96	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tabla 23. Tasas específicas de mortalidad infantil en niñas menores de 5 años, según las 16 grandes causas. Envigado 2014–2024.

Grupo de Causas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,64	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	19,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	37,98	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,17	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	50,55	0,00	0,00	75,82	56,97	20,17	20,64	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12,64	0,00	0,00	0,00	0,00	40,35	61,92	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	12,64	0,00	0,00	0,00	18,99	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.2.1. Tendencia de la mortalidad materno – infantil y en la niñez

La equidad en salud trata de crear igualdad de oportunidades y reducir al mínimo las diferencias en salud, mediante la eliminación o reducción de aquellas variaciones derivadas de factores evitables e injustos. Una posible definición de equidad en salud materna e infantil podría ser proporcionar a las mujeres y niños una oportunidad justa de alcanzar su máximo potencial de salud y no resultar desfavorecidas en su consecución, si ello es evitable. La mortalidad materno-

infantil es un indicador clave del desarrollo humano municipal porque el nivel y la calidad de la asistencia proporcionada en los sistemas de salud a las mujeres antes, durante y después del embarazo, al igual que a los niños, refleja el valor relativo que la sociedad les otorga.

En el caso de la mortalidad materna, se presentaron dos casos de muerte en residentes del municipio de Envigado; mientras que en departamento de Antioquia la tasa de MM fue significativamente menor.

En el año 2024 la mortalidad materno-infantil y en la niñez se puede identificar que no existen diferencias significativas entre los indicadores de mortalidad neonatal y mortalidad infantil, entre el municipio de Envigado y el departamento de Antioquia, a pesar de que ambas tasas son menores en el municipio. La mortalidad de la niñez fue significativamente menor en el municipio en el mismo año; mientras que la mortalidad por IRA y EDA fue mayor, con diferencias significativas en la segunda causa. La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años fue de cero entre 2015 y 2024.

Como parte del plan de gobierno y específicamente del PTS, el objetivo es mantener los indicadores de mortalidad materno-infantil y niñez del municipio en cero, a través del sostenimiento y mejoramiento en las coberturas y adherencia de la población a los programas misionales que tiene la secretaría de salud de Envigado.

Tabla 24. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Envigado 2014–2024.

Causa de muerte	Antioquia	Envigado	Comportamiento										
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	
Razón de mortalidad materna	30,7	87,3	↗	↗	↘	-	-	↗	↘	-	↗	↗	
Tasa de mortalidad neonatal	5,4	3,5	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad infantil	8,4	3,5	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad en la niñez	11,5	4,4	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	7,3	10,4	↗	↘	-	-	↗	↘	-	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,8	10,4	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	↗	
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	3,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

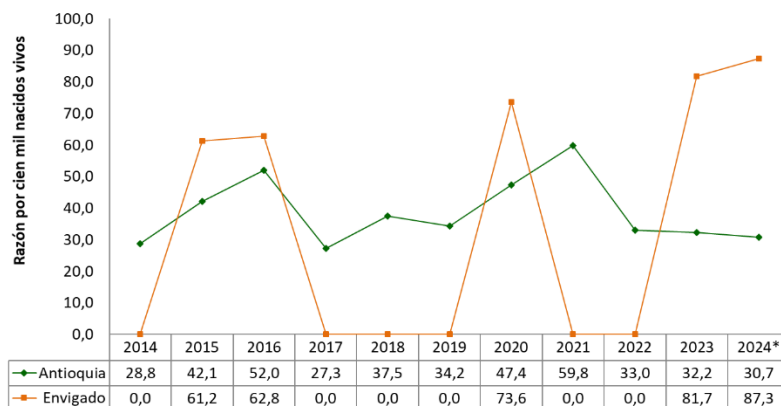
Fuente: DANE-SISPRO-MS

3.2.2.2. xMortalidad materna

Esta gráfica muestra el comportamiento del indicador razón de mortalidad materna en el municipio de Envigado, a través del período comprendido entre los años 2014 y 2024; donde se puede observar que en general el indicador se ha mantenido en cero en seis de los 11 años analizados; sin embargo, en el año 2024 se presentó una tasa de 87,3 que equivale a 2 muertes de población residente del municipio, de las cuales, según la IEC, una de ellas era evitable y la otra no.

La mortalidad materna es considerada una prioridad desde la administración municipal, y se implementaron las acciones correctivas del caso evitable.

Figura 28. Razón de mortalidad materna. Envigado, 2014-2024.



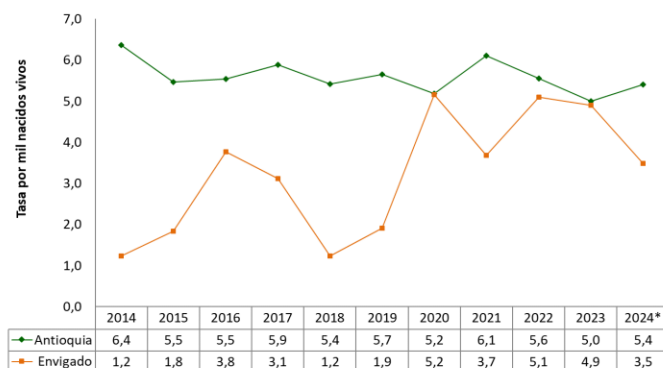
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.2.3. Mortalidad neonatal

El comportamiento de la tasa de mortalidad neonatal en el municipio de Envigado irregular, sin embargo, se puede observar una tendencia al aumento a partir del año 2018; en el año 2024 la mortalidad disminuyó con respecto al año anterior y sigue siendo menor que la mortalidad del departamento. Esta situación que puede estar asociada a la población migrante y la población del régimen subsidiado, por tal razón se está profundizando en el análisis de la salud materno infantil en esos grupos poblacionales.

Adicionalmente, en el municipio se siguen implementando acciones de mejoramiento de la atención primaria en salud, específicamente en los programas de salud sexual y reproductiva; de tal forma que identifiquen oportunamente los riesgos y se dé la orientación y atención de calidad, que permita reducir los desenlaces adversos en el binomio madre-hijo.

Figura 29. Tasa de mortalidad neonatal. Envigado, 2014-2024.

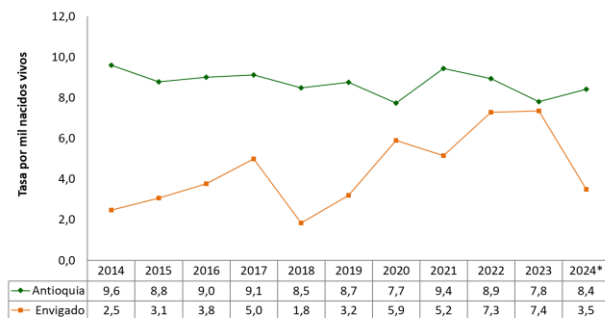


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.2.3.1. Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil durante el período 2014 a 2024, también tiene una tendencia al aumento, a pesar de ha estado por debajo de la tasa del departamento de Antioquia en todos los años analizados En el año 2024 esta tasa pasó de 7,4 a 3,5 en el municipio; sin embargo, se considera que, al igual que la mortalidad neonatal, puede estar asociada a condiciones socioeconómicas desiguales, y se está profundizando en el análisis causal.

Figura 30. Tasa de mortalidad infantil ajustada. Envigado, 2014-2024.



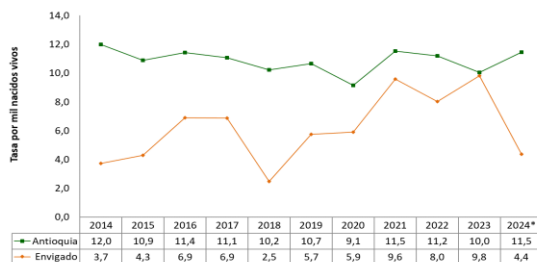
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.2.4. Mortalidad en la niñez

La tasa de mortalidad en la niñez en el municipio de Envigado, se ve influenciada por el comportamiento de la mortalidad neonatal y la mortalidad infantil, por lo cual se observa el mismo comportamiento de dichas tasas. Para el período 2014 a 2024, el valor estuvo por debajo de la tasa del Departamento; no obstante, en el año 2023, se presentó la tasa más alta del municipio y la mayor cercanía con la tasa departamental. Esta situación mejoró en el 2024, con una disminución evidente de la mortalidad en menores de 5 años, que se redujo a menos de la mitad del año anterior.

Dada la tendencia de la mortalidad en esta población, se da prioridad en la planeación a reforzar las acciones en pro de la salud materno infantil, durante los próximos años; especialmente porque puede tratarse de un núcleo de inequidad, enfocado en población vulnerable.

Figura 31. Tasa de mortalidad en la niñez. Envigado, 2014-2024.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.2. Mortalidad relacionada con la Salud Mental

El número de muertes por asociadas a causas de salud mental viene en aumento en los últimos años, tanto en el municipio de Envigado, como en el departamento y el país; las principales causas son los trastornos mentales y del comportamiento, y la epilepsia. Sin embargo, en el año los años 2023 y 2024 se presentaron dos muerte asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, que son las únicas muertes desde 2015.

Tabla 25. Número de muertes por Salud Mental. Envigado, 2015-2024.

Año	Muertes por trastornos mentales, debido al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19)		Epilepsia (G40-G41)		Transtornos mentales y de comportamiento (F00-F99)	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
2015	0	0	2	2	1	5
2016	0	0	0	1	2	5
2017	0	0	0	0	2	6
2018	0	0	1	2	2	5
2019	0	0	3	0	3	7
2020	0	0	0	3	3	4
2021	0	0	1	2	8	8
2022	0	0	1	2	8	14
2023	0	1	3	4	7	11
2024*	1	0	2	1	6	17

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

La tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda, en el municipio de Envigado, se ha mantenido en cero durante casi todo el período analizado; sin embargo, se presentaron algunos casos de puntuales de muerte en 2019 y 2024, razón por la cual, las acciones de prevención al respecto, fueron intensificadas; debido a que la meta del municipio es de cero muertes por EDA y se ha logrado en 9 de los 11 años analizados.

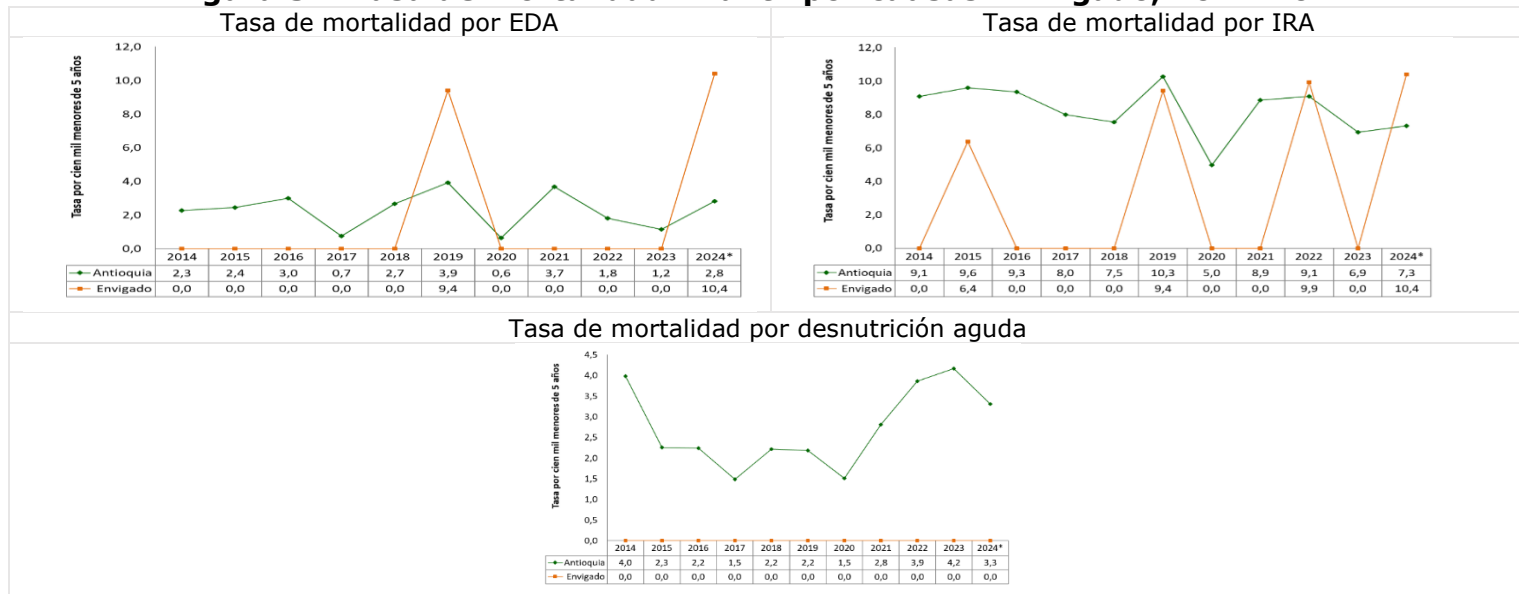
El comportamiento departamental de la tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda muestra una tendencia a la disminución; sin embargo, en el año 2021 se presenta un aumento en este indicador, posiblemente asociado a fenómenos migratorios y efectos de la pandemia. Las tasas del municipio han sido cero durante 7 de los años de estudio, no obstante, durante el año 2024 fue superior a la del departamento, posiblemente porque este indicador en el municipio se ve muy afectado por cualquier variación, debido a que la población infantil es baja.

La tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de cinco años en el municipio de Envigado, a través de todo el período analizado ha sido cero, lo que claramente ubica al municipio por debajo de las tasas departamentales, y demuestra el esfuerzo por dar continuidad y fortalecimiento a los programas de alimentación sana y con equidad, a través del fortalecimiento de programas de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN).

En este logro se destacan la voluntad política para consolidar este programa de SAN como uno de los ejes estructurales del Plan Territorial de Salud; que son complementadas con el Plan de Intervenciones Colectivas del municipio y las demás acciones extramurales de la Secretaría de Salud y otras áreas y sectores del municipio: alimentación escolar, complementos nutricionales a niños y niñas menores de 6 años, complementos nutricionales a gestantes y lactantes, y

comedores comunitarios; todo esto con el fin de garantizar el derecho a la vida y a la salud de la población, especialmente de la materno infantil.

Figura 32. Tasa de mortalidad infantil por causas. Envigado, 2014-2024.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.2.5. Determinantes estructurales

Etnia y mortalidad: Desde el cuatrienio 2020-2023 se incluyó en el Plan para el reconocimiento de las diferencias étnicas y de poblaciones especiales en el municipio de Envigado, a través de 4 grandes acciones: 1. Diagnóstico y línea base. 2. Estudio sobre los conocimientos del talento humano en salud de las costumbres, creencias y situación de salud de los grupos étnicos. 3. Estudio sobre comportamientos, limitaciones y aspectos positivos del acceso de los grupos étnicos. 4. Reconocimiento de las costumbres en salud de los grupos étnicos.

Adicionalmente, se creó una red comunitaria en salud con los grupos étnicos del municipio y durante el año 2023 y se continúa con el plan en el actual cuatrienio, desarrollando las siguientes actividades: - Curso dirigido al recurso humano de aseguradoras, prestadoras de servicios de salud y de Atención Primaria en Salud, para el desarrollo de habilidades en relacionamiento con los grupos étnicos y reconocimiento de la diversidad y salud intercultural.- Jornadas educativas sobre hábitos de vida saludables para grupos étnicos. - Acciones educativas para grupos étnicos.- Mantenimiento y mejoramiento de la red comunitaria en salud con los grupos Étnicos de Envigado. Con todo lo anterior se busca identificar y atender las necesidades en salud específicas de esta población, respetando su identidad e incorporando sus saberes.

Con respeto a los indicadores de mortalidad materna y neonatal por pertenencia étnica, se evidencia que estos indicadores no están relacionados con la etnia; dado que los casos no están

afectando a un tipo de etnia específico, sino a la población general que no se identifica con ninguna de las especificadas raciales definidas.

En el municipio se ha avanzado en la caracterización sociodemográfica de las minorías étnicas: con la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera (NARP), se creó el comité de Etnosalud NARP, y se continuarán incluyendo de manera progresiva todas las poblaciones vulnerables en el reconocimiento de sus condiciones, el rescate y valoración de sus saberes, y la inclusión en los diferentes programas de promoción y prevención

Tabla 26. Tasa de mortalidad materna y neonatal por etnia. Envigado, 2013–2024.

Determinantes Estructurales		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Etnia													
Tasa de Mortalidad Materna	1 - INDÍGENA												
	3 - RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)												
	5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE												
	6 - OTRAS ETNIAS			61,46	62,97				73,80			82,24	87,80
	NO REPORTADO												
Total General				61,24	62,814				73,64			81,70	87,26
Etnia		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tasa de Mortalidad Neonatal	1 - INDÍGENA												
	3 - RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)												
	5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	166,67											
	6 - OTRAS ETNIAS	2,67	1,24	1,84	3,78	3,13	1,23	1,92	5,17	3,70	5,11	4,93	3,51
	NO REPORTADO												
Total General		3,33	1,24	1,84	3,77	3,12	1,23	1,91	5,15	3,68	5,10	4,90	3,49

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales-DANE

Área de residencia y mortalidad: La mortalidad materna del área urbana y rural fue cero en 7 de los 12 años analizados, y cuando se presentaron casos, todos fueron en la cabecera municipal. En la mortalidad neonatal sólo se presentaron casos en el área rural en 2 años, y los casos en el área urbana fueron constantes, pero disminuyeron en el 2024. Aun así, estas diferencias no pueden considerarse significativas y menos inequitativas, debido a que la población rural del municipio es inferior al 3% y está distribuida especialmente en edades avanzadas, por lo que los nacimientos son de baja frecuencia.

Tabla 27. Tasa de mortalidad materna y neonatal por etnia. Envigado, 2013–2024.

Determinantes Estructurales		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Area Geográfica													
Tasa de Mortalidad Materna	1 - CABECERA			62,74	64,39				75,76			84,03	89,93
	2 - CENTRO POBLADO												
	3 - AREA RURAL DISPERSA												
	SIN INFORMACION												
	Total General			61,24	62,81				73,64			81,70	87,26
Area Geográfica		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tasa de Mortalidad Neonatal	1 - CABECERA	3,40	1,27	1,88	3,86	3,19	0,63	1,97	5,30	3,77	4,46	5,04	3,60
	2 - CENTRO POBLADO												
	3 - AREA RURAL DISPERSA						28,57				43,48		
	SIN INFORMACION												
	Total General	3,33	1,24	1,84	3,77	3,12	1,23	1,91	5,15	3,68	5,10	4,90	3,49

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales-DANE

3.2.3. Conclusiones de mortalidad

El panorama de mortalidad en el municipio de Envigado, permite identificar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como las principales causas de muerte, entre las cuales las

neoplasias, las enfermedades del sistema circulatorio y las demás enfermedades, entre las cuales están la diabetes mellitus, las renales y las hepáticas, entre otras, como principales causas de mortalidad en el municipio. Adicionalmente, se puede evidenciar una disminución en las muertes por enfermedades transmisibles y por causas externa; lo cual es coherente con la transición demográfica avanzada del municipio.

Para la intervención de los diferentes tipos de enfermedades causantes de mortalidad, se desarrollan desde la Secretaría de Salud acciones enfocadas a la gestión integral del riesgo, desde las diferentes direcciones, donde se destacan las intervenciones en seguridad alimentaria y nutricional, las acciones de información y educación, los tamizajes para detección temprana de riesgos y diagnóstico oportuno y la vigilancia de la calidad de los servicios de salud.

Es importante destacar que las tasas de mortalidad en los hombres son superiores a las de las mujeres en casi todas las causas; por lo tanto, es necesario implementar estrategias que permita incentivar a los hombres para que participen de los programas de promoción y prevención, de tal forma que se logre obtener un verdadero impacto en la población masculina con respecto al reconocimiento de señales de alarma y motivos urgentes de consulta, en la adherencia a tratamientos, y en el cuidado de la salud y la vida con respecto a las causas externas. Además, es necesario continuar con los programas de mejoramiento de los estilos de vida orientados a la disminución del consumo de tabaco y alcohol, alimentación saludable, actividad física y manejo del estrés, tanto en hombres como en mujeres; ya que el control de estos factores determinantes tiene impacto sinérgico y positivo en la reducción de la incidencia, severidad y mortalidad por todas las ECNT.

Con respecto a la mortalidad evitable, es importante destacar que la mayor proporción de años de vida potencial perdidos (AVPP) la aportan las neoplasias, seguidas de las demás causas y las enfermedades del sistema circulatorio; lo que permite confirmar la importancia de las intervenciones orientadas a la disminución de las ECNT, debido a que generan alta mortalidad en edades tempranas.

Con respecto a las neoplasias, aunque no es la causas de mayor número de muertes, si es la causa que genera el mayor número de años de vida potencial perdidos a lo largo del período; por esta razón desde el año 2018 se dio inicio al monitoreo permanente y se articularon las intervenciones de esta enfermedad como prioritarias dentro de los programas de promoción y prevención, y se enfatizaron las acciones en pro del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, especialmente en el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer infantil. Además, se continua con acciones focalizadas en el cáncer de mama, de cuello uterino y de próstata, los cuales, a pesar de su comportamiento irregular, muestran una tendencia a la disminución.

Las causas externas en cambio, dejaron de ser las causas de muerte prematura de mayor tasa de AVPP, al tener una disminución contundente durante el período de análisis. Lo anterior permite evidenciar la efectividad de las medidas encaminadas al control de la mortalidad por

causas externas, que se hace de manera articulada por varias secretarías del municipio de Envigado, y que se monitorean desde la Secretaría de Salud a través del Comité de Morbimortalidad Violenta que articula diferentes actores del SGSSS del orden municipal y departamental.

En general, las tasas de mortalidad asociada a las enfermedades transmisibles tienen un comportamiento bajo en el municipio de Envigado, y presentan las variaciones oscilantes debido a los diferentes factores asociados que pueden modificar la incidencia y prevalencia de dichas enfermedades; no obstante, se tiene control permanente de este tipo de muerte en la localidad.

Con respecto a la mortalidad materno perinatal, a pesar de los buenos resultados durante los últimos años, es fundamental seguir mejorando las intervenciones en salud dirigidas a la mujer antes y durante el embarazo, continuar con los programas enfocados a fomentar la lactancia materna y seguir mejorando las condiciones de atención en salud prioritaria durante la gestación y el puerperio. De igual manera, las campañas y programas para la prevención del embarazo en la adolescencia y promover la maternidad consciente y responsable; de tal forma, que las maternas tengan condiciones seguras que contribuyan a proteger su salud y la del recién nacido.

Los resultados en salud materno-infantil evidencian los esfuerzos del municipio por mantener sanas y con calidad de vida las familias residentes, las cuales han sido consideradas siempre de máxima importancia en el municipio; esto se puede concluir por las bajas tasas de mortalidad evitable y valores inferiores en todos los indicadores trazadores del municipio, comparados con los del departamento de Antioquia, aunque las diferencias no sean estadísticamente significativas.

Por todo lo anterior, se puede concluir que en general, el municipio de Envigado tiene muy buenos resultados en salud, evidenciados en una alta esperanza de vida, una baja mortalidad infantil y causas de muerte enfocadas en las enfermedades crónicas no transmisibles.

3.2 Análisis de la morbilidad

3.2.1 Principales causas de morbilidad atendida

En general, la mayor proporción de consultas registradas en todos los ciclos vitales, corresponde a las enfermedades no transmisibles, en las cuales, la proporción es mayor en la medida que aumenta la edad. Las condiciones transmisibles y nutricionales son la segunda causa de atenciones en casi todos los grupos de edad, y disminuyen inversamente proporcional a la edad.

La población de la primera infancia presentó aumento en las consultas por condiciones transmisibles y nutricionales en el año 2024, en comparación con el 2023, al igual que en las atenciones por enfermedades no transmisibles. Las condiciones no transmisibles fueron las

principales causas de consulta en la población infantil, adolescente, joven y adulta, con aumentos en el último año de estudio.

Las condiciones mal clasificadas disminuyeron en todos los grupos etarios, pero el mayor cambio se evidenció en los mayores de 60 años. Vale la pena aclarar que en esta clasificación se encuentran las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por lo tanto, el aumento de esta agrupación puede corresponder a la transformación del enfoque de la atención hacia la prevención, que es una de las estrategias principales de la Secretaría de Salud, y por esta razón es preocupante la disminución observada en el año 2024.

Tabla 28. Principales causas de morbilidad por ciclo vital. Envigado 2015–2024.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Tendencia
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	37.54	38.01	36.72	34.82	31.38	20.03	21.47	33.16	25.34	28.84	3.50
	Condiciones perinatales	4.14	2.61	3.84	4.61	4.23	10.98	9.07	7.09	5.95	6.84	0.89
	Enfermedades no transmisibles	41.47	42.46	41.60	41.59	42.44	44.30	42.73	38.10	45.97	48.11	2.14
	Lesiones	4.33	4.40	3.96	4.06	4.97	7.68	6.87	5.17	6.39	5.30	-1.09
	Condiciones mal clasificadas	12.53	12.53	13.86	14.93	16.96	17.01	19.86	16.47	16.35	10.51	-5.85
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20.33	18.48	17.60	16.51	15.16	9.55	7.52	15.87	14.22	11.88	-2.34
	Condiciones maternas	0.20	0.10	0.05	0.09	0.12	0.03	0.07	0.06	0.07	0.09	0.03
	Enfermedades no transmisibles	58.06	60.29	60.42	59.58	61.11	66.65	66.03	56.83	62.35	68.61	6.26
	Lesiones	6.09	6.84	5.60	6.83	5.98	6.70	6.85	9.19	7.49	9.07	1.57
	Condiciones mal clasificadas	15.33	14.28	16.33	16.99	17.58	17.07	19.53	18.35	15.87	10.15	-5.73
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11.33	10.62	11.53	9.40	8.85	5.88	4.60	7.41	6.86	5.49	-1.37
	Condiciones maternas	0.96	0.72	0.59	0.58	0.54	0.81	1.19	0.62	0.71	0.13	-0.57
	Enfermedades no transmisibles	63.16	66.88	65.86	67.97	68.06	72.44	71.13	66.95	68.86	77.01	8.15
	Lesiones	8.18	8.57	7.42	7.30	6.72	6.36	8.01	9.84	9.15	7.89	-1.27
	Condiciones mal clasificadas	15.77	13.20	14.59	14.75	15.83	14.51	15.07	15.19	14.42	9.48	-4.95
Juventud (14 - 25 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17.64	18.04	16.77	16.57	15.49	10.01	6.90	7.55	8.44	9.42	0.97
	Condiciones maternas	3.52	2.77	2.46	2.34	1.96	4.88	2.99	4.26	2.77	1.17	-1.60
	Enfermedades no transmisibles	58.38	60.61	60.68	61.85	62.96	62.22	63.70	59.89	64.53	70.11	5.58
	Lesiones	7.77	7.96	7.55	7.04	6.21	6.77	7.41	9.96	10.90	9.03	-1.87
	Condiciones mal clasificadas	12.77	10.56	12.58	12.60	13.37	16.12	19.00	19.41	13.36	10.27	-3.09
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10.23	10.95	10.31	9.86	8.90	6.52	5.07	6.19	6.05	6.78	0.72
	Condiciones maternas	1.04	0.80	0.74	0.74	0.70	1.08	1.04	1.32	1.02	0.42	-0.60
	Enfermedades no transmisibles	73.32	73.28	72.71	72.65	72.85	75.48	74.05	68.10	71.97	74.91	2.94
	Lesiones	5.01	5.45	4.93	4.75	4.73	5.01	5.54	7.89	7.66	7.70	0.04
	Condiciones mal clasificadas	10.40	9.51	11.31	12.01	12.82	11.90	14.31	16.50	13.30	10.19	-3.11
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5.49	4.69	4.48	4.26	4.00	3.50	2.55	6.28	4.80	5.79	0.99
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.02	0.01	0.00	0.04	0.01	-0.03
	Enfermedades no transmisibles	83.40	82.53	77.33	76.33	76.38	84.85	84.37	72.53	45.07	78.59	33.52
	Lesiones	3.59	5.47	3.28	3.44	3.73	3.52	3.59	5.99	5.03	5.36	0.34
	Condiciones mal clasificadas	7.51	7.31	14.91	15.97	13.87	8.12	9.49	15.20	45.07	10.25	-34.82

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

3.2.1.1. Principales causas de morbilidad atendida en hombres

Analizando la morbilidad en hombres, se observa un comportamiento similar al análisis general del municipio, dado que la mayor proporción de consultas registradas en todos los ciclos vitales fue por enfermedades no transmisibles, ésta presenta un notable aumento y hay disminución de las atenciones de PyP.

Tabla 29. Principales causas de morbilidad en hombres por ciclo de vital. Envigado 2015–2024.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres											Tendencia
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	37,19	38,00	37,37	36,43	31,86	19,78	21,34	35,24	34,79	25,09	0,11	
	Condiciones perinatales	3,30	3,15	3,90	5,31	3,61	10,29	10,40	5,60	5,88	6,55	0,87	
	Enfermedades no transmisibles	82,38	41,89	48,43	48,75	42,63	45,50	48,09	38,53	44,24	50,98	8,35	
	Lesiones	4,51	4,66	4,03	3,83	5,26	7,78	6,94	5,62	8,11	5,71	-2,60	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones mal clasificadas	12,62	12,30	13,26	14,88	16,63	16,65	20,23	17,01	16,98	9,46	-1,53	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,64	17,68	17,54	15,43	14,35	9,13	7,50	16,23	13,50	11,17	-2,33	
	Condiciones maternas	0,15	0,20	0,04	0,13	0,11	0,02	0,05	0,00	0,04	0,00	-0,04	
	Enfermedades no transmisibles	57,93	61,37	60,73	60,48	61,33	67,56	64,53	55,70	63,91	69,00	5,09	
Adolescencia (12 - 18 años)	Lesiones	7,16	7,30	6,22	7,23	6,87	6,61	7,50	10,33	8,30	10,22	1,91	
	Condiciones mal clasificadas	14,12	13,44	15,47	16,73	17,32	16,69	20,41	17,71	14,24	9,61	-4,13	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,59	10,60	12,49	9,57	8,90	5,95	4,76	8,99	7,52	5,28	-2,24	
	Condiciones maternas	0,03	0,11	0,03	0,07	0,03	0,06	0,05	0,09	0,30	0,00	-0,30	
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades no transmisibles	61,56	65,16	63,19	66,29	67,32	72,32	71,30	66,13	64,66	75,56	7,22	
	Lesiones	11,74	11,64	10,61	10,12	8,46	7,93	8,89	11,41	11,09	8,61	-1,12	
	Condiciones mal clasificadas	13,72	12,48	13,70	14,00	15,28	13,10	14,00	13,39	12,43	9,11	-3,32	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,08	20,41	19,33	18,97	17,65	11,91	9,15	8,36	10,57	10,02	-0,55	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas	0,05	0,06	0,05	0,01	0,05	0,56	0,10	0,07	0,13	1,26	1,13	
	Enfermedades no transmisibles	56,38	57,29	57,07	58,52	60,28	62,82	62,58	58,88	60,87	67,64	6,76	
	Lesiones	13,98	13,46	12,79	11,56	9,54	10,15	10,36	14,87	15,85	11,50	-4,35	
	Condiciones mal clasificadas	10,56	8,79	10,75	11,14	12,47	14,56	17,40	18,22	12,58	9,59	-2,99	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,99	8,78	12,02	11,47	10,41	8,10	7,01	7,12	7,57	8,56	0,99	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,04	0,01	-0,03	
	Enfermedades no transmisibles	72,69	71,12	70,58	70,82	71,22	73,58	70,78	66,33	66,28	71,78	2,22	
	Lesiones	7,57	7,77	7,28	6,96	6,99	7,22	8,08	11,09	10,63	10,27	-0,65	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones mal clasificadas	8,76	8,33	10,12	10,71	11,37	11,08	14,13	15,46	12,21	9,38	-2,83	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,50	4,50	4,44	4,43	3,99	3,46	3,21	7,01	4,20	5,52	1,32	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	-0,01	
	Enfermedades no transmisibles	66,43	63,07	77,92	76,79	79,22	82,97	83,56	72,98	45,38	77,71	32,33	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Lesiones	3,26	5,51	3,43	3,62	3,78	4,12	3,83	5,96	5,08	6,25	1,17	
	Condiciones mal clasificadas	6,80	6,91	14,21	15,16	13,03	8,44	9,29	14,54	48,36	10,53	-34,83	

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

3.2.1.2. Principales causas de morbilidad atendida en mujeres

Las principales causas de morbilidad en mujeres, no difieren considerablemente del análisis para los hombres y del análisis general. La mayor proporción de consultas, en los ciclos vitales, fueron por enfermedades no transmisibles, que aumentaron en todos los grupos, excepto en los menores de 5 años. Las proporciones por causas de morbilidad no transmisibles son mayores en las mujeres, mientras que la morbilidad atendida por lesiones es mayor en los hombres. En todos los grupos etarios de la población femenina se presentaron disminuciones en las condiciones mal clasificadas.

Tabla 30. Principales causas de morbilidad en mujeres por ciclo vital. Envigado, 2015-2024.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres											Tendencia
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	37,52	38,02	35,98	35,27	30,83	20,33	21,63	30,87	35,99	33,05	7,06	
	Condiciones perinatales	5,08	2,91	3,77	3,78	4,03	11,77	7,52	8,74	6,02	7,16	1,14	
	Enfermedades no transmisibles	40,45	43,10	41,80	41,39	42,24	42,91	44,53	38,84	47,39	43,26	-4,13	
	Lesiones	4,12	4,09	3,87	4,57	4,64	7,56	6,78	4,67	4,38	4,84	0,46	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones mal clasificadas	12,43	12,78	14,59	14,98	17,37	17,43	19,44	15,87	15,62	11,68	-3,93	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,01	19,34	17,65	17,73	16,02	10,05	7,54	15,41	15,03	12,73	-2,30	
	Condiciones maternas	0,25	0,00	0,00	0,05	0,04	0,04	0,09	0,11	0,09	0,21	0,11	
	Enfermedades no transmisibles	56,18	59,13	60,10	58,57	60,99	65,57	67,68	57,52	60,59	65,58	7,09	
Adolescencia (12 - 18 años)	Lesiones	4,98	6,35	4,97	6,38	5,02	6,81	6,12	7,80	6,58	7,70	1,12	
	Condiciones mal clasificadas	16,58	15,19	17,22	17,29	17,85	17,52	18,66	19,14	17,71	10,78	-6,93	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,36	10,64	10,72	9,24	8,81	5,83	4,47	6,09	6,26	5,68	-0,58	
	Condiciones maternas	1,67	1,24	1,07	1,03	0,97	1,42	2,08	1,06	1,07	0,26	-0,81	
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades no transmisibles	65,88	68,92	68,14	69,88	68,98	70,82	71,00	67,64	69,04	77,59	8,55	
	Lesiones	5,44	5,98	4,72	4,82	5,25	5,10	6,54	8,53	7,42	6,24	-1,18	
	Condiciones mal clasificadas	17,35	13,82	15,35	15,43	16,29	15,64	15,92	16,69	16,21	9,82	-6,39	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,84	16,54	15,20	15,10	14,20	8,81	5,46	6,99	7,00	9,01	2,01	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas	5,46	4,49	3,92	3,77	3,10	7,60	4,84	7,14	4,57	1,12	-3,45	
	Enfermedades no transmisibles	59,38	62,62	62,62	63,36	64,58	67,28	69,54	69,01	67,02	71,79	4,77	
	Lesiones	4,30	4,47	4,36	4,27	4,23	4,64	5,14	6,93	7,52	7,36	-0,17	
	Condiciones mal clasificadas	14,01	11,68	13,70	13,50	13,91	17,10	20,03	20,23	13,89	10,73	-3,16	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,83	9,92	9,37	8,98	8,04	5,58	3,94	5,60	5,12	5,66	0,54	
	Condiciones maternas	1,59	1,25	1,15	1,14	1,09	1,73	1,63	2,16	1,62	0,67	-0,95	
	Enfermedades no transmisibles	73,68	74,51	73,87	73,62	73,78	76,52	75,97	69,22	73,46	76,87	3,41	
	Lesiones	3,65	4,14	3,65	3,55	3,45	3,69	4,05	5,85	5,84	6,10	0,26	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones mal clasificadas	11,27	10,17	11,96	12,71	13,64	12,39	14,41	17,16	13,97	10,70	-3,27	
	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,48	4,81	4,50	4,15	4,00	3,53	2,14	5,84	5,14	5,93	0,79	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	-0,04	
	Enfermedades no transmisibles	82,79	82,19	76,98	76,05	77,87	85,42	84,90	72,56	44,91	79,04	34,13	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Lesiones	3,79	5,45	3,19	3,32	3,72	3,13	3,44	6,01	5,00	4,92	-0,08	
	Condiciones mal clasificadas	7,93	7,55	15,34	16,47	14,40	7,90	9,60	19,59	44,91	10,11	-34,80	

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales: En este grupo de causas, las enfermedades infecciosas y parasitarias son la primera causa de consulta y aumentaron 20% aproximadamente en el 2024; mientras que las infecciones respiratorias disminuyeron casi en

la misma proporción. Las deficiencias nutricionales son las de menor frecuencia, y bajaron aún más en el 2024.

Condiciones materno perinatales: En la salud materno perinatal, las atenciones en la madre constituyen alrededor del 75% de las atenciones, en los últimos cinco años y aumentaron en el año 2024; mientras que las atenciones del período perinatal, disminuyeron en 8%.

Enfermedades No Transmisibles ENT: En esta agrupación, las enfermedades cardiovasculares han tenido la mayor proporción de atenciones en el período, sin embargo, han estado en disminución, al igual que las enfermedades respiratorias, digestivas y las neoplasias. Las enfermedades genitourinarias, las condiciones orales y la diabetes mellitus presentaron el mayor aumento en el año 2024.

Lesiones: Las principales subcausas del grupo de lesiones fueron los traumatismos, envenenamientos o algunas otras consecuencias de causas externas, durante todo el período, y en los últimos tres años superan el 92%. Las lesiones intencionales ocupan el segundo lugar (6,04% en 2024) y las lesiones no intencionales disminuyeron.

Tabla 31. Morbilidad específica por subgrupo. Envigado 2015–2024.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023	Tendencia
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	40,64	43,84	41,67	44,14	44,09	49,31	52,21	34,94	38,77	58,08	19,32	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	56,47	53,47	55,55	52,17	52,17	43,29	39,31	57,78	54,22	36,57	-17,65	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	2,89	2,69	2,78	3,70	3,74	7,40	8,48	7,28	7,02	5,35	-1,67	
Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas (O00-O99)	82,07	86,62	80,19	78,06	77,29	77,29	75,60	73,91	74,55	82,55	8,64	
	Condiciones derivadas durante el período perinatal (P00-P96)	17,93	13,38	19,81	21,94	22,71	22,71	24,40	26,09	25,45	17,45	-8,00	
Enfermedades no transmisibles	Neoplasias malignas (C00-C97)	2,69	2,28	2,29	2,64	2,51	3,29	3,23	4,54	4,02	2,83	-1,19	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,42	1,40	1,30	1,48	1,35	1,42	1,67	1,56	1,59	1,15	-0,44	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,52	3,00	2,76	3,16	3,50	4,90	4,21	3,08	3,07	3,97	0,89	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6,52	6,16	6,37	7,24	7,13	6,77	7,42	5,70	5,67	5,73	0,06	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,67	8,60	9,11	10,51	10,59	11,95	12,42	10,53	11,91	11,77	-0,14	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,23	7,38	7,96	8,04	7,26	6,91	8,09	11,34	10,13	9,96	-0,17	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	15,74	14,63	15,78	15,08	16,44	24,68	20,80	19,48	17,34	16,05	-1,29	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,49	4,11	4,55	4,50	3,89	4,40	4,93	5,94	5,58	4,24	-1,34	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,84	6,37	6,19	6,40	6,38	5,56	5,21	5,79	5,38	5,15	-0,23	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	11,56	10,80	10,09	10,45	10,29	9,35	8,74	8,09	8,37	9,93	1,56	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,28	5,28	5,32	5,37	4,95	4,03	4,61	4,31	4,57	4,10	-0,47	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	15,54	15,49	15,38	15,62	14,79	11,71	12,85	10,71	12,42	12,81	0,39	
Lesiones	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,54	0,52	0,49	0,48	0,46	0,34	0,42	0,41	0,37	0,30	-0,07	
	Condiciones orales (K00-K14)	9,96	13,98	12,44	9,04	10,45	4,69	5,41	8,54	9,57	12,01	3,44	
	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,40	19,61	5,91	8,58	11,75	11,52	11,28	6,01	5,53	6,04	0,51	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,42	0,47	0,39	0,29	0,55	0,86	1,14	1,67	1,24	0,73	-0,51	
Signos y síntomas mal definidos	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,02	0,01	0,04	0,04	0,03	0,04	0,06	0,04	0,01	-0,03	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,17	79,90	93,69	91,10	87,66	87,60	87,54	92,26	93,19	93,22	0,03	
Signos y síntomas mal definidos	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	0,00	

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

Las primeras causas de morbilidad por subgrupo en los hombres, fueron similares a las de la población general. Se presentan diferencias en el subgrupo de condiciones transmisibles y nutricionales, donde las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron el 49,3% y no se presentaron infecciones respiratorias. En las lesiones, encontramos que en los hombres los traumatismos, envenenamientos y algunas otras causas externas son superiores al 94% en el

2023, y aumentaron con respecto al año anterior; además, durante el año 2024, llama la atención que en los hombres existen registros de condiciones maternas que corresponden al 100%, lo que puede implicar un problema de calidad del dato.

Tabla 32. Morbilidad específica por subgrupo en hombres. Envigado 2015–2024.

Grandes causas de morbilidad		Hombres											Tendencia
Subgrupos de causa de morbilidad		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023	
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	45,32	50,24	47,62	50,47	50,50	58,67	60,26	39,43	46,71	96,04	49,33	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H69)	53,13	48,46	51,01	47,63	47,60	37,59	34,94	54,79	47,90	0,00	-47,90	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	1,55	1,30	1,37	1,90	1,90	3,73	4,80	5,79	5,39	3,96	-1,43	
Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas (O00-O99)	2,86	0,00	0,00	0,34	1,54	14,64	3,73	3,25	12,42	100,00	87,58	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	97,14	100,00	100,00	99,66	98,46	85,36	96,27	96,75	87,58	0,00	-87,58	
Enfermedades no transmisibles	Neoplasias malignas (C00-C97)	2,93	2,60	2,49	2,84	2,64	3,87	3,73	5,22	4,55	3,37	1,18	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,05	1,14	0,91	1,15	1,03	1,40	1,40	1,34	1,45	0,95	0,50	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,33	3,70	3,31	3,81	4,24	5,48	4,66	3,15	3,11	4,10	0,99	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,67	4,34	4,53	5,22	5,13	4,72	5,65	4,37	4,17	4,18	0,01	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G05-G98)	8,65	8,09	8,73	10,57	10,53	12,37	12,53	10,47	12,39	12,70	0,31	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,33	7,67	8,24	8,32	7,40	6,96	8,41	10,83	10,02	9,75	0,27	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	17,19	15,89	17,08	16,83	18,06	25,99	21,77	20,31	17,49	16,18	1,31	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,26	4,89	5,40	5,24	4,47	4,70	5,58	6,76	6,58	4,86	1,72	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,80	6,30	6,35	6,61	6,54	5,63	5,74	6,40	6,06	5,53	0,87	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	8,86	8,73	8,36	8,88	9,05	9,64	8,79	7,95	8,20	9,97	0,70	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,72	5,83	5,78	5,80	5,52	4,27	4,61	4,32	4,58	4,21	0,37	
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	14,64	14,04	14,04	13,74	12,81	9,59	10,47	8,94	10,09	10,16	0,07	
Lesiones	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,60	0,59	0,56	0,58	0,56	0,37	0,48	0,46	0,30	0,30	0,16	
	Condiciones orales (K00-K14)	11,97	16,17	14,24	10,43	12,02	5,17	6,18	9,45	10,87	13,74	2,88	
	Lesiones no intencionales (V01-V99, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,94	14,35	4,80	6,89	9,30	9,40	8,49	5,07	5,36	5,25	-0,12	
	Lesiones intencionales (X80-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,31	0,36	0,31	0,21	0,54	0,92	1,04	1,13	0,51	0,37	-0,14	
Signos y síntomas mal definidos	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,02	0,02	0,08	0,05	0,01	-0,04	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,75	85,28	94,88	92,89	90,16	89,66	90,44	93,73	94,08	94,37	0,30	
Signos y síntomas mal definidos		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

El análisis de subcausas para las mujeres mostró que su comportamiento es similar al de los hombres; no obstante, al interior de las enfermedades no transmisibles, el subgrupo de enfermedades cardiovasculares tuvo la mayor proporción de atenciones prestadas, seguido por enfermedades musculo-esqueléticas y las condiciones neuropsiquiátricas, con porcentajes similares a la población masculina. Cuando se analizó el grupo de condiciones transmisibles y nutricionales, las enfermedades infecciosas y parasitarias son la primera causa de morbilidad, seguidas de las infecciones respiratorias, esto difiere de lo hallado en los hombres; y de igual manera, las deficiencias nutricionales aumentaron entre 2019 y 2022 y son superiores a las de los hombres.

Las principales subcausas del grupo de lesiones fueron los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas, durante todo el período, y terminaron con un porcentaje mayor al 90% el año 2023. En las condiciones derivadas durante el periodo perinatal, tienen el mayor peso en las condiciones maternas (82,2%) que las derivadas durante el período perinatal.

Tabla 33. Morbilidad específica por subgrupo en mujeres. Envigado 2015–2024.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres											Tendencia
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023	
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	37.36	38.83	36.97	39.22	39.11	41.83	43.74	30.92	31.86	42.37	10.51	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	58.82	57.39	59.13	55.69	55.73	47.97	43.91	60.47	59.71	51.70	-8.01	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, E50-E53, E64.8, E51-E54)	3.82	3.77	3.89	5.09	5.16	10.40	12.36	8.61	8.43	5.93	-2.51	
Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas (O00-O99)	87.82	95.02	90.05	90.35	86.58	87.06	88.76	82.79	85.62	82.30	-3.32	
	Condiciones derivadas durante el período perinatal (P00-P96)	12.08	4.98	9.95	9.65	13.42	12.94	11.24	17.21	14.38	17.80	3.42	
	Neoplasias malignas (C00-C97)	2.55	2.09	2.17	2.51	2.44	2.93	2.93	4.10	3.70	2.50	-1.20	
Enfermedades no transmisibles	Otras neoplasias (D00-D48)	1.64	1.56	1.52	1.68	1.55	1.53	1.83	1.69	1.68	1.28	-0.40	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.05	2.58	2.44	2.77	3.04	4.53	3.94	3.03	3.06	3.89	0.83	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E55-E58)	7.60	7.27	7.46	8.46	8.35	8.09	8.47	6.55	6.58	6.67	0.09	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8.68	8.90	9.33	10.47	10.63	11.69	12.36	10.57	11.62	11.20	-0.42	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8.17	7.20	7.80	7.87	7.17	6.87	7.90	11.66	10.19	10.08	-0.11	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	14.89	13.86	14.97	14.04	15.45	23.85	20.22	18.94	17.25	15.98	-1.26	
	Enfermedades respiratorias (J30-J88)	4.05	3.63	4.05	4.05	3.54	4.21	4.54	5.42	4.08	3.87	-0.11	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6.87	6.40	6.10	6.27	6.28	5.51	4.90	5.40	4.96	4.92	-0.05	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	13.14	12.05	11.12	11.39	11.05	9.16	8.70	8.17	8.47	9.91	1.44	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5.02	4.95	5.05	5.12	4.80	3.87	4.61	4.31	4.57	4.03	-0.54	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	16.07	16.37	16.18	16.75	16.01	13.06	14.27	11.84	13.84	14.42	0.58	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.50	0.49	0.45	0.41	0.40	0.33	0.39	0.36	0.31	0.30	-0.01	
Lesiones	Condiciones orales (K00-K14)	8.78	12.65	11.38	8.20	9.48	4.38	4.95	7.96	8.79	10.96	2.17	
	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	8.05	25.24	7.17	10.41	14.24	13.82	14.01	6.94	5.70	6.85	1.15	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.54	0.60	0.48	0.36	0.57	0.80	1.24	2.21	2.00	1.09	-0.92	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.01	0.02	0.02	0.07	0.07	0.03	0.07	0.04	0.03	0.02	-0.02	
Signos y síntomas mal definidos	Traumatismos, empujones u otros accidentes de causas externas (S00-T98)	91.40	74.14	92.33	89.16	85.12	85.35	84.69	90.81	92.26	92.05	-0.21	
	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	0.00	

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

3.2.4. Morbilidad específica salud mental

En general, la mayor proporción de consultas registradas por causas relacionadas con la salud mental, siguen siendo los trastornos mentales y del comportamiento, en todos los grupos etarios, con menor prevalencia en los jóvenes y los adultos, donde la depresión y la ansiedad son superiores al resto de los ciclos vitales, y esto se presenta también en los adultos mayores. La población con mayores trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, están entre los 18y los 59 años.

Tabla 34. Morbilidad específica salud mental. Envigado 2015-2024.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total											Tendencia
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	77.02	71.72	87.54	72.99	82.22	80.42	87.79	78.40	92.60	94.30	1.70	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.21	0.61	0.70	0.00	0.54	0.16	0.00	-0.16	
	Epilepsia	19.33	25.86	27.95	25.80	9.96	9.79	9.13	19.29	4.51	4.60	0.09	
	Depresión	0.91	0.20	0.29	0.21	3.56	2.97	0.23	0.14	0.16	0.00	-0.16	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	76.47	78.41	75.25	82.46	77.53	79.45	80.20	84.24	85.16	89.39	4.23	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.21	0.14	0.00	0.00	0.03	0.00	0.06	0.00	0.33	0.00	-0.33	
	Epilepsia	10.32	7.97	12.95	6.21	7.74	8.53	9.42	4.63	3.49	2.05	-1.44	
	Depresión	7.53	8.91	6.34	6.54	8.31	5.21	3.95	4.86	3.22	1.47	-1.75	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	87.83	84.37	83.83	81.27	81.27	81.88	89.85	80.14	85.38	87.75	2.37	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6.82	3.84	5.45	6.91	6.91	8.69	1.97	1.50	1.14	3.58	2.44	
	Epilepsia	6.15	5.43	4.78	6.91	4.78	4.24	2.61	3.89	2.17	2.54	0.38	
	Depresión	11.70	16.25	15.91	17.03	15.07	13.63	21.85	12.26	13.18	7.67	-5.52	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	7.80	10.11	10.23	7.88	11.97	11.77	13.92	22.21	18.12	18.43	0.31	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	60.65	59.31	56.16	57.62	54.96	55.51	55.85	50.84	59.62	58.02	-1.60	
	Epilepsia	7.77	6.86	5.94	7.24	4.89	6.36	2.25	6.30	4.37	7.44	3.07	
	Depresión	7.69	5.50	7.62	5.71	4.85	6.10	2.78	3.58	3.10	3.36	0.26	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	12.96	16.81	17.38	18.38	13.96	19.31	11.73	9.90	8.56	6.65	-1.91	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	10.94	14.06	13.47	12.66	16.92	18.07	20.01	22.76	22.98	22.61	-0.37	
	Epilepsia	60.81	57.24	56.30	56.37	55.96	55.13	53.89	54.88	55.36	57.89	2.53	
	Depresión	3.67	2.55	3.50	4.08	3.93	3.98	2.31	5.62	6.43	6.53	0.10	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	6.69	6.03	7.54	5.57	5.02	8.68	6.30	5.98	6.38	3.98	-2.40	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	14.89	19.34	18.45	20.50	18.76	18.68	12.05	9.79	9.10	8.89	-0.89	
	Epilepsia	13.95	14.84	13.60	13.47	16.72	19.22	18.83	21.36	22.03	23.29	1.26	
	Depresión	69.44	65.44	68.56	67.35	64.75	66.96	68.34	71.24	69.91	68.32	-1.59	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.71	1.07	1.16	0.98	1.25	0.84	0.94	2.35	2.91	2.50	-0.41	
	Epilepsia	4.73	4.56	6.30	3.85	4.19	4.07	2.26	5.17	5.44	4.97	-0.47	
	Depresión	13.17	16.62	14.60	15.81	15.02	9.33	12.28	6.84	6.99	7.59	0.60	
	Anxiedad	11.95	12.30	9.39	12.01	14.79	18.80	16.18	14.40	14.76	16.62	1.86	

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

En el mismo análisis por sexo el hallazgo es similar al general, por lo tanto, es importante seguir fortaleciendo como municipio el acceso, oportunidad y oferta de servicios que respondan a las necesidades en salud mental de la población.

En los hombres el aumento de los trastornos mentales y del comportamiento fue menor que en las mujeres y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, fue mayor. En las mujeres de la primera infancia, los trastornos mentales y del comportamiento fueron superiores al 90% de las causas de atención en los servicios de salud durante el año 2024.

Tabla 35. Morbilidad específica salud mental en hombres. Envigado 2015-2024.

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres												A pp 2024-2023	Tendencia
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024				
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	74.48	76.49	81.02	72.13	84.87	85.56	93.82	92.05	92.67	95.45		2.78		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.32	0.99	1.02	0.00	0.80	0.00	0.00		0.00		
	Epilepsia	23.44	20.90	17.11	26.59	9.87	10.23	4.17	6.56	5.64	3.41		2.23		
	Depresión	0.52	0.37	0.53	0.52	0.82	3.07	0.17	0.00	0.24	0.00		0.24		
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	82.03	81.62	82.18	85.86	80.71	86.52	85.67	86.96	86.69	91.83		5.14		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.23	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.00	0.19	0.00		0.19		
	Epilepsia	7.87	4.85	7.16	5.03	6.19	3.08	5.14	3.26	3.75	2.20		1.55		
	Depresión	7.07	9.58	5.68	5.53	8.91	3.80	3.46	5.08	3.09	0.18		2.92		
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	71.29	69.36	70.34	67.84	65.22	65.35	63.25	69.30	76.92	73.99		1.93		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5.70	6.83	7.62	9.01	7.32	11.99	4.32	1.92	1.55	3.45		1.63		
	Epilepsia	8.34	3.08	3.32	3.55	2.49	4.47	4.44	5.33	3.81	2.19		0.48		
	Depresión	8.34	12.13	11.32	13.02	14.18	10.32	17.76	8.85	6.79	6.31		0.48		
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61.85	62.55	58.27	60.85	56.80	57.0	58.27	57.88	64.47	61.30		3.17		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	12.76	11.87	10.20	12.54	8.56	10.44	4.73	13.15	5.71	9.80		4.09		
	Epilepsia	6.83	4.90	7.18	5.12	5.74	6.53	2.85	3.75	3.54	3.68		0.13		
	Depresión	9.87	10.68	11.20	11.56	14.15	10.79	16.47	8.85	8.08	7.05		1.03		
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	60.74	59.11	59.33	58.18	57.69	55.31	53.14	55.14	57.94	60.22		2.28		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8.58	6.66	8.13	8.06	9.08	8.33	4.84	9.18	12.05	12.61		0.56		
	Epilepsia	8.10	8.85	9.13	7.45	6.54	13.30	11.67	8.92	7.48	4.49		2.99		
	Depresión	12.51	14.39	12.59	14.91	14.07	9.38	13.74	8.92	8.64	6.19		0.54		
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	74.14	66.15	70.46	70.96	67.32	68.33	68.35	71.27	68.47	67.74		0.73		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.86	2.88	2.61	2.61	2.92	1.96	2.41	3.69	5.85	6.30		0.45		
	Epilepsia	4.05	8.43	9.35	5.53	5.81	6.02	3.56	6.29	6.32	7.35		0.94		
	Depresión	10.82	12.58	11.30	12.39	11.61	7.76	12.85	6.75	5.54	5.34		0.20		

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

Tabla 36. Morbilidad específica salud mental en mujeres. Envigado 2015-2024.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres												A pp 2024-2023	Tendencia
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024				
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80.99	86.05	81.44	73.53	77.83	80.11	74.73	48.93	92.67	91.55		-1.12		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.49	0.00		-0.49		
	Epilepsia	13.55	81.72	88.89	24.18	10.11	8.84	19.86	46.78	2.20	7.43		5.23		
	Depresión	1.47	0.00	0.00	0.00	7.98	2.76	0.36	0.43	0.00	0.00		0.00		
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	56.16	72.62	63.35	75.37	71.32	64.25	66.17	80.08	83.03	85.77		2.74		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.59	0.00	0.00	0.00	0.09	0.00	0.00	0.00	0.52	0.00		-0.52		
	Epilepsia	14.85	13.59	22.87	8.66	10.78	20.00	18.06	6.71	3.13	1.83		-1.88		
	Depresión	16.38	7.71	7.47	8.44	8.50	8.19	4.94	4.54	3.39	3.39		0.00		
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	62.58	60.13	57.95	54.18	57.45	58.15	57.69	55.44	60.46	62.95		2.49		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5.03	1.31	3.33	4.53	6.51	5.55	0.69	1.29	0.95	3.67		2.72		
	Epilepsia	6.76	7.42	6.21	10.70	7.07	4.02	1.61	3.16	1.39	2.82		1.43		
	Depresión	16.19	15.74	20.40	10.57	15.94	16.77	24.09	13.98	16.17	9.72		0.55		
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	59.83	56.23	54.96	54.93	53.82	53.80	53.85	53.96	55.85	55.94		-0.81		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3.28	2.05	1.88	2.01	2.02	2.22	0.56	1.38	3.33	5.28		1.95		
	Epilepsia	8.46	6.09	8.04	6.28	4.16	5.87	2.73	3.45	2.76	3.08		0.31		
	Depresión	16.72	17.70	22.15	12.11	21.68	17.17	21.25	13.79	11.35	8.94		-0.86		
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	60.84	56.38	55.43	55.13	54.25	55.21	54.33	54.25	53.90	54.33		0.43		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.70	0.55	1.01	1.74	0.75	1.14	0.81	2.91	1.64	1.53		-0.07		
	Epilepsia	5.83	4.75	6.69	4.46	4.09	5.66	3.14	3.75	5.45	3.57		0.12		
	Depresión	16.33	21.74	21.61	15.43	19.25	22.67	20.13	24.65	28.47	28.98		0.51		
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	67.38	65.14	67.58	65.58	63.52	66.31	66.34	71.23	70.65	68.63		-2.61		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.64	0.31	0.41	0.17	0.46	0.31	0.32	1.72	1.40	0.44		-0.95		
	Epilepsia	5.03	2.92	4.74	3.03	3.42	3.16	1.70	4.64	4.98	3.69		-1.29		
	Depresión	14.20	18.33	16.28	17.48	16.64	10.08	12.04	6.88	7.72	8.81		1.09		

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

3.2.5. Morbilidad de eventos de alto costo

La morbilidad de las enfermedades de alto costo, en el período 2017-2024, no presentó diferencias significativas con los indicadores de este tipo de eventos en el departamento de Antioquia, a pesar de que todos los valores fueron inferiores en el municipio. Tanto la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 (ERC5) con terapia de remplazo renal, como la tasa de incidencia de personas diagnosticadas en este mismo estadio, son menores en Envigado. Lo cual puede obedecer al a búsqueda activa de casos, que ha sido una de las principales estrategias del municipio en sus diferentes intervenciones institucionales y extramurales.

En la tasa de incidencia de VIH notificada, no se presentaron diferencias significativas con el departamento de Antioquia, a pesar de que la tasa del municipio fue inferior, sin embargo, la captación aumentó en el municipio con respecto al año anterior.

Durante los últimos 4 años no se presentaron cero casos de leucemia aguda pediátrica mieloide, en el municipio, mientras que la tasa en Antioquia fue de 1,3 por cien mil habitantes. En leucemia aguda pediátrica linfoide en menores de 15 años, el valor de la tasa en el departamento fue de 4,4 por 100 mil en 2023 y en Envigado fue superior con 5,8 por cien mil.

Tabla 37. Semaforización de los eventos de alto costo. Envigado, 2017-2024.

Evento	Antioquia	Envigado	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 habitantes (año 2024)	88,2	76,8	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 habitantes (año 2024)	10,9	8,9	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	39,0	37,3	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) (año 2023)	1,3	0,0	-	↗	↘	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años) (años 2023)	4,4	5,8	↗	↘	↘	-	-	-	↗	

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS, Situación de Salud municipal y Cuenta de Alto Costo.

3.2.6. Morbilidad de eventos precursores

En Envigado la prevalencia de diabetes mellitus y de hipertensión arterial no presentó diferencias significativas con el departamento; el primer indicador fue inferior en Envigado y el segundo superior; sin embargo, ambos indicadores han aumentado en los últimos dos años, como efecto de la captación temprana de las diferentes estrategias de la SS.

Uno de los objetivos primordiales de la Secretaría de Salud de Envigado es la prevención de las ECNT, con tal finalidad, se han mejorado extramurales desde el PIC y los equipos básicos de atención, promoviendo el acceso a los servicios de salud institucionales en las personas de

riesgo, mejorando las acciones educativas en las empresas, los barrios y los hogares, en pro de contribuir de manera efectiva a la identificación temprana de signos de alarma, especialmente en población de riesgo; con el fin de promover el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Tabla 38. Tabla de eventos precursores. Envigado, 2017-2024.

Evento	Antioquia	Envigado	Comportamiento									
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Prevalencia de diabetes mellitus (año 2024)	4,5	4,3	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗		
Prevalencia de hipertensión arterial (año 2024)	14,7	16,2	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗		

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

3.2.7. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Para los eventos de notificación obligatoria del municipio de Envigado, en comparación con el departamento de Antioquia, se puede apreciar los resultados detallados en la siguiente tabla, donde se observan las diferencias y similitudes en cada uno de los indicadores correspondientes a los eventos de interés en salud pública, que son objeto de vigilancia epidemiológica.

Tabla 39. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria (ENO' s. Envigado, 2008-2023.

Evento	Antioquia	Envigado	AÑO										
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Casos de Ébola	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de accidente ofídico	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de chagas	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Cólera	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de dengue	0,2	0,0	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Dengue grave	1,2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Difteria	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Encefalitis	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de eventos adversos seguidos a vacunación	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de fiebre tifoidea y paratifoidea	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de hepatitis A	0,2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de hepatitis B, C y infección B-D	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de hipotiroidismo congénito	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,5	2,0	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗		
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	1,1	2,3	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗		
Letalidad de intoxicaciones	0,4	0,7	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗		
Letalidad de leishmaniasis	0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de leishmaniasis cutánea	0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Lepra	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de leptospirosis	12,2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de lesiones por pólvora y explosivos	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Malaria	0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de malaria asociada	4,6	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de malaria falciparum	0,2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de malaria vivax	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Meningitis Neisseriameningitidis (Nm)	10,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Meningitis Streptococpneumoniae (Spn)	3,5	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de meningitis tuberculosa	6,9	0,0	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-		
Letalidad de parotiditis	0,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Peste (bubónica/neumónica)	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de rubeola	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de sarampión	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de sífilis congénita	3,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Sífilis gestacional	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Síndrome de rubeola congénita	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Tifus	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de tosferina	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	4,6	0,0	-	↗	↘	↗	↗	↘	-	-	-		
Letalidad de Tuberculosis farmacorresistente	9,7	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de tuberculosis pulmonar	6,1	2,2	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗		
Letalidad de Varicela	0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

Fuente: SIVIGILA del departamento de Antioquia

3.2.8.Morbilidad población migrante

Como consecuencia del proceso migratorio se han logrado identificar cuatro grupos de personas procedentes de Venezuela: 1. colombianos retornados con sus familias. 2. Nacionales venezolanos en condición regular. 3. Inmigrantes con Permiso Especial de Permanencia-PEP 4. Migrantes Irregulares. Toda esta población demanda servicios de salud que no siempre coinciden con las demandas de la población colombiana, debido a las condiciones socio-económicas y culturales; por lo tanto, se describen de manera individual las atenciones en salud de la población migrante, de tal forma que puedan diferenciarse de los residentes, con el fin de que dicha población pueda ser atendida de manera según sus necesidades.

En el municipio de Envigado durante el año 2024 se realizaron 4.068 atenciones en población migrante, el mayor número de éstas fueron por consulta externa y procedimientos en salud, seguidas en su orden, pero con baja frecuencia por medicamentos, urgencias, hospitalización y nacimientos.

Tabla 40. Atenciones en salud población migrante. Envigado, 2024.

Tipo de atención	Municipio		Antioquia		Concentración Entidad territorial
	Año	Distribución	Año	Distribución	Año
Consulta Externa	1.635	40%	105.359	36%	1,6%
Hospitalización	154	4%	9.601	3%	1,6%
Medicamentos	387	10%	49.017	17%	0,8%
Procedimientos	1.599	39%	108.447	37%	1,5%
Nacimientos	20	0%	1.927	1%	1,0%
Urgencias	273	7%	15.586	5%	1,8%
Total	4.068	100%	289.937	100%	1,4%

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

Según el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el que se registraron las atenciones de la población extranjera atendida, se identifica que para Envigado la mayor proporción de atenciones corresponde al contributivo (59,9%), seguido por particular y otros (15,1% y 15,4% respectivamente).

Tabla 41. Régimen de afiliación en salud de la población migrante. Envigado, 2024.

Regimen de afiliación	Antioquia	%	Municipio	%	Concentración
Contributivo	45.302	29,0	1.359	59,9	3,0%
Subsidiado	45.083	28,9	159	7,0	0,4%
No afiliada	16.177	10,4	58	2,6	0,4%
Particular	29.906	19,2	343	15,1	1,1%
Otro	17.207	11,0	348	15,4	2,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	569	0,4		0,0	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	348	0,2		0,0	0,0%
En desplazamiento no asegurado	1.518	1,0		0,0	0,0%
Sin dato	0	0,0		0,0	
Total de migrantes atendidos	156.110	100	2.267	100	1,5%

Fuente: SISPRO-MSPS-RIPS

3.2.9. Conclusiones morbilidad

Las principales causas de atención en los servicios de salud en el municipio, permitieron identificar que la mayor proporción de consultas, en todos los ciclos vitales, corresponde a las enfermedades no transmisibles, que afectan principalmente la población adulta. En segundo lugar, pero con porcentajes muy inferiores se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales. En las lesiones fueron más afectados la infancia y la juventud, especialmente en población masculina. En el grupo de ECNT, el principal aporte lo hacen las enfermedades cardiovasculares, seguidas de las condiciones neuropsiquiátricas, que incluyen los diagnósticos de alteraciones de la salud mental; lo cual coincide con la transición demográfica y epidemiológica identificada en el municipio.

Adicionalmente, en el grupo de enfermedades transmisibles y nutricionales, el mayor porcentaje lo aportan las infecciones respiratorias y los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas; con mayor frecuencia en hombres. Lo que permite concluir que las campañas deben ser orientadas por género, y ciclo vital, para lograr un mayor impacto.

Respecto a las enfermedades de alto costo y los eventos precursores, es necesario profundizar en el análisis de las diferencias y enfocar acciones de mayor captación en VIH. De igual manera se debe proceder con los eventos de notificación obligatoria (ENO's), y más específicamente con aquellos que presentan diferencias significativas con el departamento, como la letalidad por IRA, la cual debe ser objeto de análisis y ajuste en las intervenciones.

3.3 Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud

Se hace el análisis de los problemas de salud, convivencia y calidad de vida, de dos momentos de recolección de datos con actores comunitarios durante el año 2024 y el año 2025, uno en febrero y otro en octubre; con el fin de consolidar los diferentes riesgos y problemas sentidos por la comunidad, e incluirlos en el ejercicio de priorización. Además, se incluyen las propuestas de solución planteadas por dichos actores.

Condiciones Sociales

En el componente social también los habitantes reportaron inconvenientes y problemas para la salud que se generan por la soledad del adulto mayor en varios aspectos, de los cuales destacan principalmente la soledad, debido a que por ausencia de compañía dejan no pueden asistir a las consultas médicas para el control de sus enfermedades, y en ocasiones, no se pueden alimentar, no consumen los medicamentos o no desean hacerlo por problemas de depresión.

También especificaron riesgos en los roles que cumplen los abuelos, cuando son encargados del cuidado de los hijos enfermos con discapacidad, los nietos y de las mascotas; lo que es

especialmente importante, si se tiene en cuenta que las caídas desde su propia altura constituyen una de las principales causas de muerte de la población adulta mayor del municipio.

Condiciones Culturales

Durante la cartografía social la población definió el orgullo como una barrera social para acceder a los servicios de salud y a los beneficios de los programas sociales, debido a que consideran que hay familias que no se presentan en los espacios destinados para las atenciones, por vergüenza a ser vistos recibiendo las ayudas brindadas por la Secretaría de Salud y de otras instancias municipales.

También reportan que la salud se puede ver afectada por temas como la automedicación, el abandono de los tratamientos y el consumo de productos naturales, los cuales gran parte de los adultos mayores los consideran importantes en el manejo de las enfermedades; pero no siempre se verifica su efectividad y su legalidad en el sistema de salud colombiano.

Un aspecto adicional mencionado en temas culturales fueron las barreras de creencias religiosas y sobrenaturales, que dificultan o en casos impiden el acceso a los tratamientos médicos o su continuidad, con el argumento de que la salvación viene de factores externos sobrenaturales y que no requiere la intervención humana. En el caso de la muerte digna, también estas creencias dificultan las actuaciones del sector salud tradicional, a pesar de que la normatividad lo permite.

Desde la comunidad piden prestar atención a la malnutrición, tanto por el consumo de alimentos inadecuados, que se publicitan sin regulaciones normativas, como desde el consumo excesivo de suplementos, medicamentos naturales y energizantes, con altos contenidos de elementos dañinos que se ven con muy poca restricción.

Finalizando el tema cultural, fue puesto a consideración un componente que solicitan sea abordado en espacios posteriores, y que hace referencia a la convicción de que la salud, el bienestar y la calidad de vida son responsabilidad de los demás, de factores externos y de condiciones diferentes a su responsabilidad. La importancia de este tema radica en que tiene grandes implicaciones en el autocuidado, porque existe poca consciencia de la responsabilidad como actor activo del proceso salud-enfermedad y de los deberes y derechos como ciudadano; por lo que debe ser priorizado como un aspecto a mejorar desde la secretaría de salud del municipio.

Condiciones Económicas relacionadas con el empleo

Entre las condiciones económicas destacadas en la cartografía social, se hizo énfasis en la gran cantidad de domiciliarios y la inseguridad y los problemas sociales que ocasionan: mal uso de las zonas comunes en las unidades residenciales, incumplimiento de las señales de tránsito, transitando en contravía y a altas velocidades, incluso en zonas residenciales, mal estado de las motocicletas generando ruido y contaminación; entre otros.

Desde los aspectos económicos proponen mayor intervención de las ventas ambulantes que producen alimentos, dado que las condiciones de salubridad no siempre se cumplen y se evidencian focos de contaminación que pueden generar daños a la salud.

Condiciones Ambientales

Otro aspecto reportado fue el mal manejo de las mascotas y de la gran cantidad de excrementos que producen, las mordeduras, los malos olores por la disposición inadecuada de basuras, que generan altos índices de roedores y problemas de convivencia entre vecinos. En este sentido, también se debe tratar el tema de humanización, como parte del maltrato, y de la carga económica, que muchas veces genera desplazamiento de las necesidades de las personas, privilegiando el bienestar de las mascotas.

Adicionalmente se propone control de los establecimientos abiertos al público que producen altos niveles de ruido, al igual que las empresas que generan además del ruido, contaminación ambiental.

4 CAPÍTULO IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio

En el municipio de Envigado, la salud de la población materno infantil y la salud del adulto mayor han sido una prioridad en los últimos años, tanto desde los Planes de Desarrollo Municipal, como desde las acciones de la Secretaría de Salud. Por lo tanto, se tiene como objetivo alcanzar y sostener los mejores resultados en salud, bienestar y calidad de vida de estos grupos poblacionales; sin embargo, en la población migrante y los afiliados al régimen subsidiado, no se han alcanzado los resultados esperados en asistencia a controles prenatales, reducción del bajo peso al nacer y morbilidad del binomio madre-hijo; como tampoco se ha logrado reducir la severidad de la enfermedad en el adulto mayor, disminuir el tiempo de recuperación y la mortalidad evitable y temprana.

En salud materno infantil, esto puede ser debido a bajos niveles educativos de las madres, altas tasas de fecundidad, bajas condiciones socioeconómicas de las familias, falta de legalidad en la nacionalización de la población migrante y las dificultades en el acceso a servicios de salud de calidad, tanto institucionales como extramurales, que permitan garantizar el goce pleno de la salud como derecho en las madres gestantes y la población infantil; y por supuesto, generar el impacto positivo deseado para cumplir con los objetivos municipales y los respectivos aportes nacionales e internacionales.

En la población mayor de 59 años, se deben analizar los determinantes sociales de la salud, que generan barreras de acceso a los servicios de salud; entre las cuales se destacan los bajos niveles educativos, las dificultades en el uso de las tecnologías de información y comunicación, las creencias religiosas, el uso de tratamientos alternativos y la automedicación. Situación que puede verse agravada por la soledad de los adultos mayores y los roles de cuidadores que deben hacer en sus familias.

Ambas condiciones se consideran núcleos de inequidad, debido a los resultados de los últimos años, en los cuales, los indicadores de riesgo de la población materno infantil han dado un cambio, que puede ser consecuencia de los efectos de la migración y de la pandemia del COVID-19; que afectó las condiciones económicas y las posibilidades de acceso a los servicios de salud de la población materno infantil; especialmente en poblaciones vulnerables. Adicionalmente, en la población adulta, el avance en la digitalización de los servicios, las deficiencias visuales y auditivas propias de la avanzada edad y la ausencia de compañía, hacen que estas personas puedan tener resultados inequitativos en su salud y bienestar.

Reconociendo las condiciones de vulnerabilidad de estas poblaciones, en el municipio se cuenta con múltiples estrategias, planes, programas, proyectos y actividades dirigidas a contribuir en

el logro de los objetivos planteados; estas acciones son ejecutadas desde las instituciones públicas del orden municipal, y no sólo desde la Secretaría de Salud.

Un aspecto importante a destacar, especialmente en el tema del adulto mayor, es que existen y operan de manera sistemáticas Comités Zonales, que actúan de manera conjunta con el COPACO y la SS, para planear, ejecutar y evaluar acciones complementarias al PDM y PTS, que favorecen de manera específica las necesidades identificadas en cada zona; en un trabajo integral y participativo, que viene contribuyendo a transformar los desenlaces adversos, al beneficiar un alto porcentaje de la población en condición de vulnerabilidad.

5 CAPÍTULO V. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio

Salud Materno Infantil: En el núcleo de inequidad identificado en el municipio de Envigado, se evaluaron la magnitud, la pertinencia social, la trascendencia del problema o necesidad, la factibilidad y la viabilidad; y se encontró que la salud materno infantil, debe ser analizada y redefinida con prioridad, para poder lograr los objetivos esperados en los resultados en salud de esta población. En este sentido, y teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas y los determinantes sociales del municipio, se considera que es necesario focalizar las acciones en dos grupos poblacionales de riesgo; en los cuales, dichos resultados pueden ser menores a los de la población residente.

Por lo anterior, el primer paso en la intervención diferencial para mejorar los resultados en salud en impacto del binomio madre-hijo y sus familias, es profundizar en los análisis de los resultados; fortaleciendo el enfoque que permita observar las diferencias entre la población migrante, la población del régimen subsidiado y el resto de los habitantes del municipio.

La calificación de 17, con puntajes altos y muy altos en los criterios de evaluación, lo que permite evidenciar un problema de salud pública, que debe ser atendido con prioridad, y cuyos resultados pueden tener efectos positivos en una proporción importante de la población; y en este caso, adicionalmente contribuir al logro de los objetivos del Plan de Desarrollo Municipal, el Plan Territorial de Salud y su respectivo aporte a los planes nacionales e internacionales enfocados en la población materno infantil.

Salud Adulto Mayor: El municipio de Envigado tiene un proceso avanzado de transición demográfica que ha llevado a que la población de adultos mayores sea creciente, 23% aproximadamente en el año 2025 y superior al 25% en el año 2030; y con alto índice de dependencia. Esta transformación constante de la estructura demográfica hace que en el municipio se presenten dificultades de acceso a los servicios de salud, propios de las personas mayores de 59 años, ocasionados posiblemente por las condiciones sociales, económicas, culturales, familiares y personales de los adultos en sus diferentes contextos.

La anterior situación puede tener efecto negativo en la asistencia a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en la adherencia a los tratamientos médicos, el tiempo de recuperación de la salud, las complicaciones y la mortalidad temprana y evitable.

Tabla 42. Núcleo de inequidades, problemas priorizados. Envigado, 2025.

Problemas priorizados/Núcleos de Inequidad	Puntaje total Priorización
La población materno infantil migrante y del régimen subsidiado, residente en el municipio de Envigado-Antioquia, puede tener condiciones educativas, socioeconómicas y legales que le dificultan el acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud institucionales y extramurales; y esto puede contribuir a tener altas tasas de fecundidad, baja asistencia a controles prenatales, bajo peso al nacer y mayor morbilidad y mortalidad del binomio madre-hijo.	17
Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	4 MUY ALTO
Pertinencia social	5 (MUY ALTO)
Trascendencia del problema o necesidad	3 (ALTO)
Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	3 (ALTO)
Viabilidad del problema o necesidad en salud	2 (MUY ALTO)
Puntaje total priorización Materno Infantil	Total: 4+5+3+3+2 = 17
Avanzado de transición demográfica en el municipio de Envigado, con población crecimiento de adultos mayores sea creciente y con alta dependencia, lo que hace que esta población tenga barreras de acceso sociales, económicas, culturales, familiares y personales que pueden afectar la asistencia a las actividades de promoción y prevención, la adherencia a los tratamientos médicos, el tiempo de recuperación, complicaciones de las enfermedades y la mortalidad temprana y evitable.	16
Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	4 MUY ALTO
Pertinencia social	5 (MUY ALTO)
Trascendencia del problema o necesidad	1 (BAJO)
Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	4 (ALTO)
Viabilidad del problema o necesidad en salud	2 (MUY ALTO)
Puntaje total priorización Adulto Mayor	Total: 4+5+1+4+2 = 16

6 CAPÍTULO VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud – APS

Tal como se contempla desde la introducción de este documento, el Análisis de Situación de Salud se construye teniendo como marco conceptual y operativo el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y sus ejes estructurales, reglamentado en la Resolución 2367 de 2023; el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo (Decreto 0858) y el Plan Nacional de Desarrollo Ley 2294 de 2023; los cuales tienen como finalidad establecer una hoja de ruta

nacional para mejorar la salud de la población disminuyendo la brecha de las inequidades y desafíos emergentes.

Tanto el modelo como el PDSP se consolidan en las acciones municipales, distritales y departamentales, que son quienes llevan a la operación las acciones correspondientes para el logro de los objetivos, a través de los Planes de Desarrollo Locales y los Planes Territoriales de Salud. En este contexto se desarrolla el ASIS del municipio de Envigado-Antioquia, en el cual, se hace el análisis de los resultados en salud de la población, con los enfoques sugeridos en para la identificación y disminución de las desigualdades inevitables e injustas.

El seguimiento de la metodología propuesta le permitió al municipio identificar los resultados en salud materno infantil en los últimos cinco años, como una posible inequidad, que puede ser evitable, debido a que los resultados adversos en el binomio madre-hijo, parecen tener mayor frecuencia en la población migrante y del régimen subsidiado. De igual manera, se consideró que las barreras de acceso a los servicios de salud de la población de 60 y más años del municipio, puede llegar a generar resultados diferenciales y negativos en este grupo poblacional, debido a que afecta la asistencia a los programas de promoción y prevención, la adherencia a los tratamientos médicos, el tiempo de recuperación, las complicaciones de las enfermedades y la mortalidad temprana y evitable.

Estas situaciones, si bien no se pueden evidenciar lo suficiente con los datos contenidos en el presente ASIS, si permiten plantear las hipótesis correspondientes para profundizar en los análisis de los datos disponibles y proponer acciones de intervención mejoradas en el Plan de Acción en Salud 2026 y 2027.

Vale la pena destacar que la definición del núcleo de inequidad en la salud materno infantil se hace a pesar de que los resultados en el municipio son mejores que los resultados del departamento y del país; sin embargo, dada la prioridad que se le ha dado a esta población desde la administración municipal y desde la Secretaría de Salud, se considera que las acciones realizadas deben ser analizadas desde la desigualdad en sus determinantes sociales, y deben consolidarse intervenciones intersectoriales que puedan contribuir a la disminución de las brechas existentes.

Es por esto que desde el Plan de Desarrollo Municipal y desde el Plan Territorial de Salud, se harán los ajustes necesarios para el logro efectivo de los mejores resultados en salud, bienestar y calidad de vida del binomio madre-hijo en la población migrante y del régimen subsidiado del municipio, al igual que de los adultos mayores; con el fin de contribuir efectivamente en el logro de los objetivos departamentales, nacionales e internacionales, relación a la salud materno infantil y la disminución de inequidades.

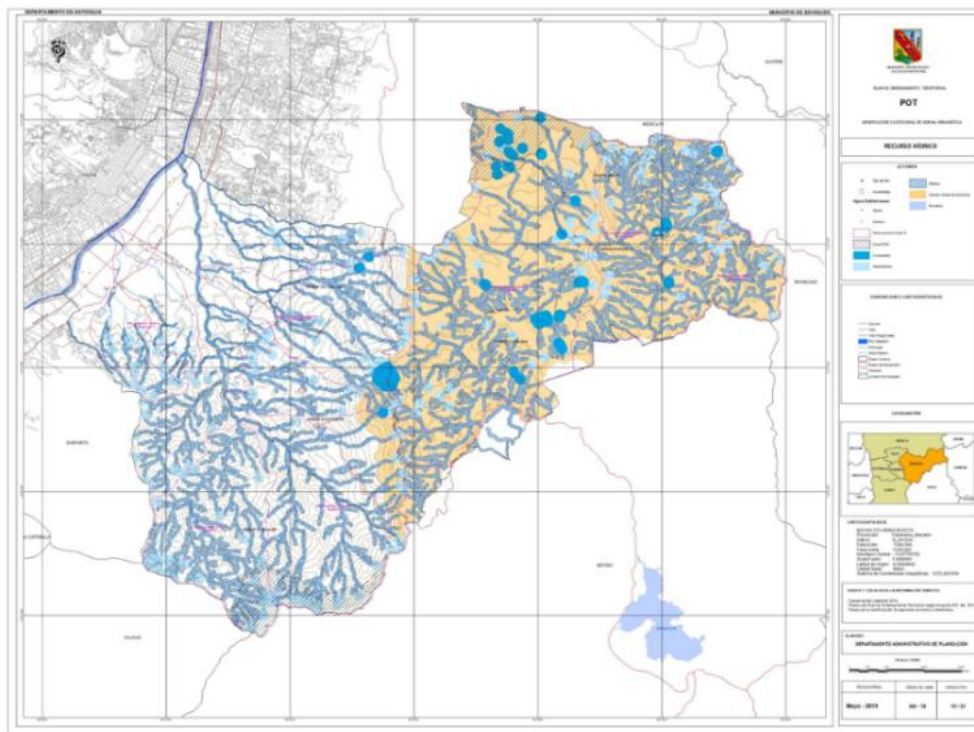
En este sentido, el primer compromiso de la Secretaría de Salud será analizar los datos para validar o descartar las hipótesis planteadas, y revisar las acciones de intervención y sus

respectivos resultados, generando espacios para la articulación de los actores correspondientes, y promoviendo su participación y compromiso con los resultados y los planes. Además, con la transformación de aquellas intervenciones que así lo requieran; de tal forma, que se puedan generar soluciones integrales que promuevan la implementación del Modelo de Salud PPR, teniendo como estrategia principal la atención primaria en salud.

ANEXOS

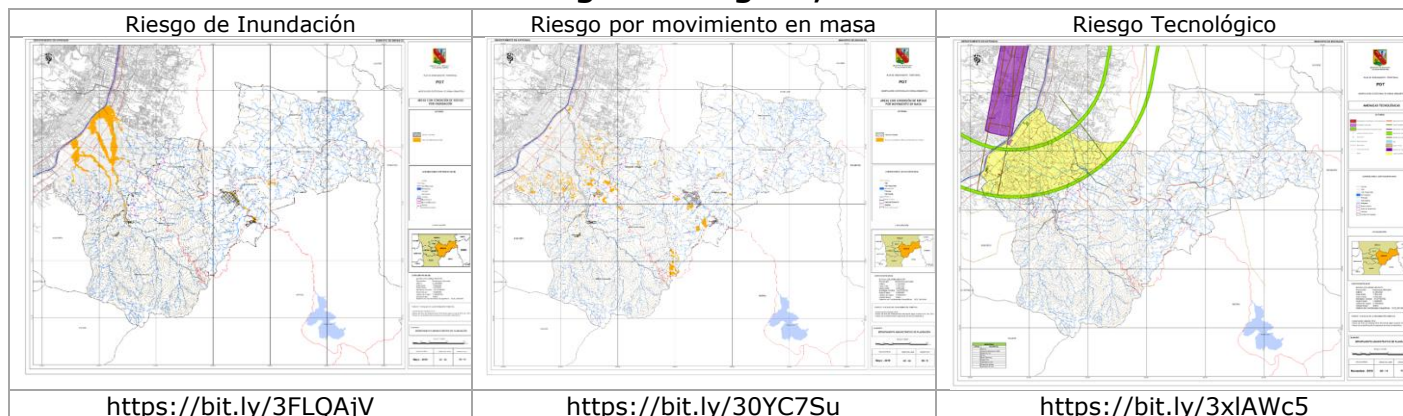
ANEXOS ASIS 2025 ENVIGADO

Anexo 1. Mapa relieve e hidrografía. Envigado, 2019.



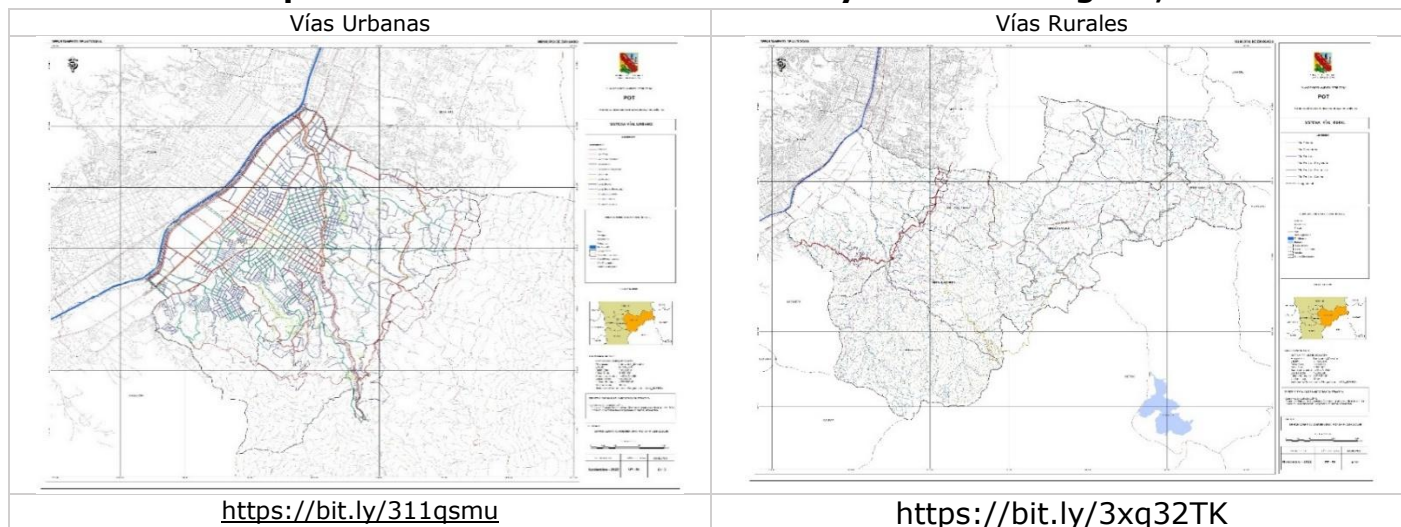
Fuente: Oficina Asesora de Planeación, Municipio de Envigado, 2019. <https://bit.ly/3E02QNu>

Anexo 2. Mapa zonas de riesgo por inundación, por movimiento en masa y por riesgo tecnológico. Envigado, 2018-2019.



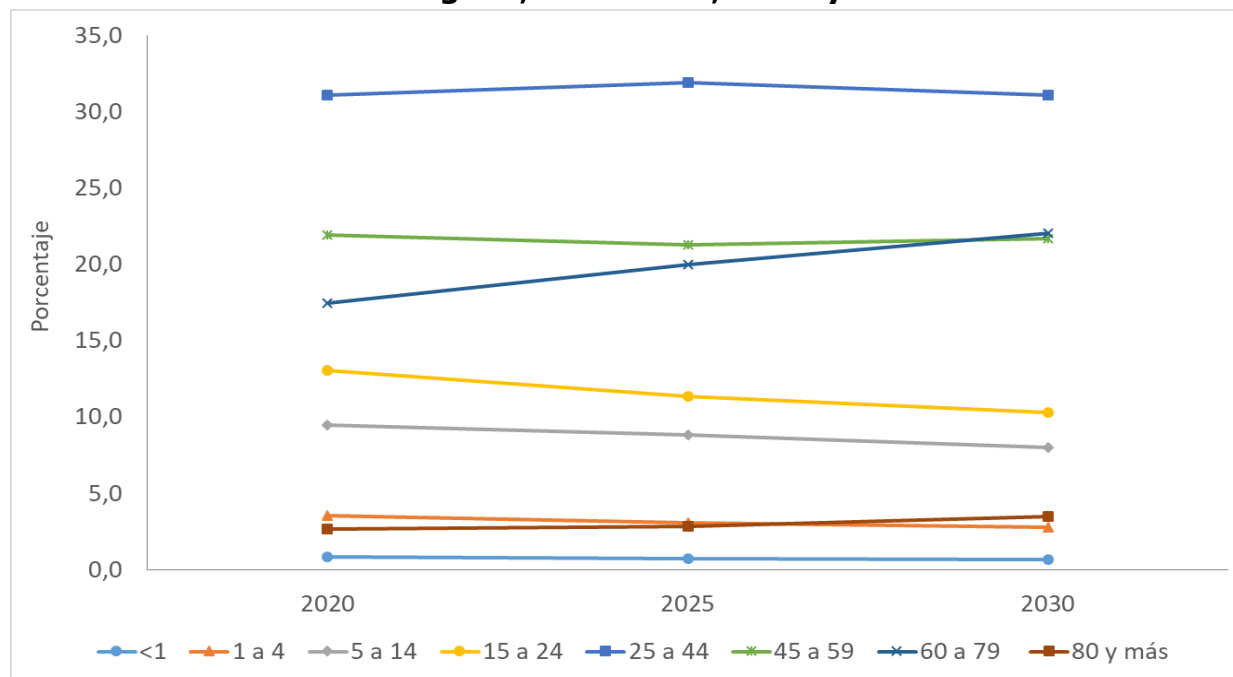
Fuente: Oficina Asesora de Planeación, Municipio de Envigado, 2019.

Anexo 3. Mapa vías de comunicación urbanas y rurales. Envigado, año 2019.



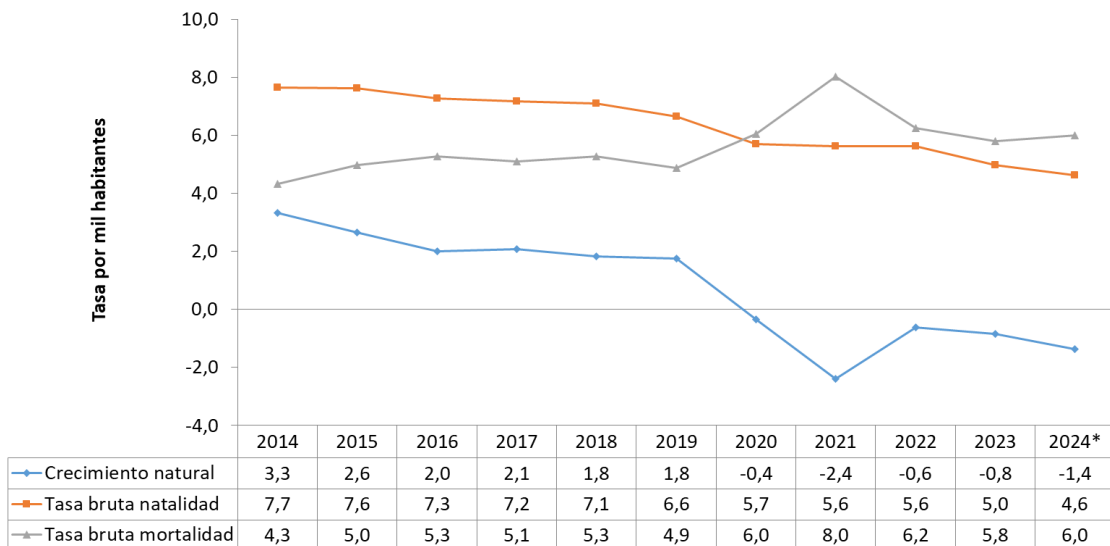
Fuente: Oficina Asesora de Planeación, Municipio de Envigado, 2019.

Anexo 4. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, municipio de Envigado, años 2020, 2025 y 2030.



Fuente: Proyección de población DANE 2020, 2025 y 2030, según Censo de población 2018.

Anexo 5. Tasa de Crecimiento Natural. Envigado, 2014-2024*.

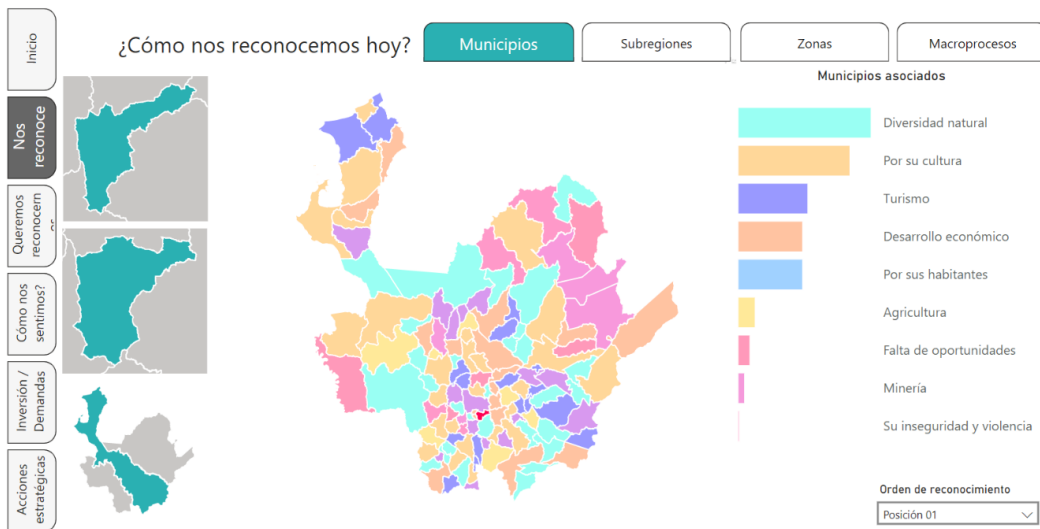


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

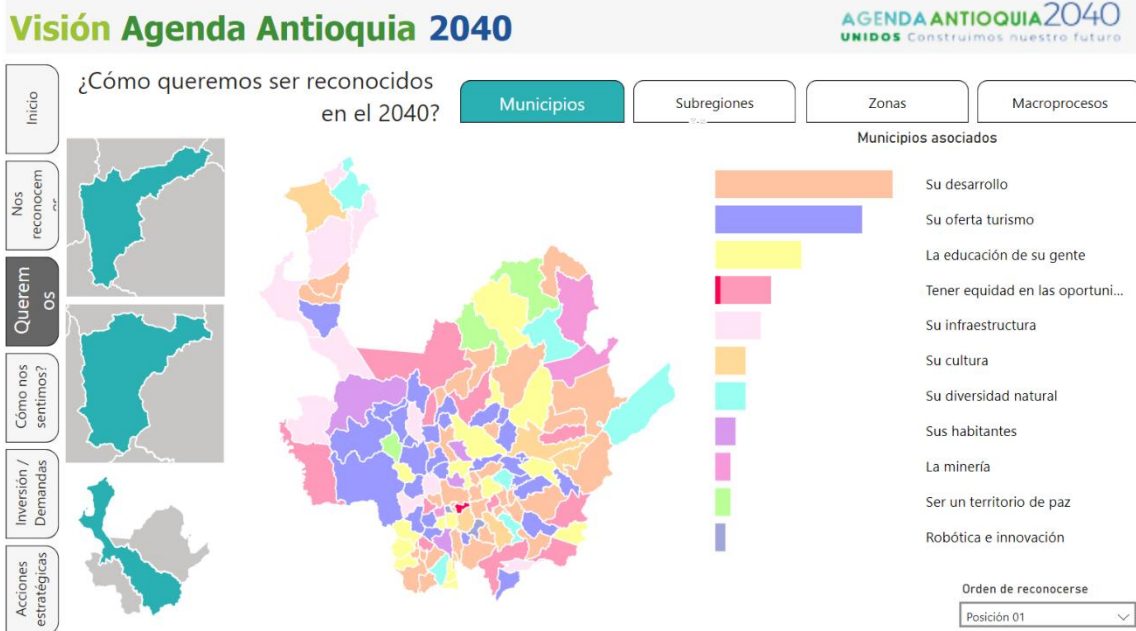
Anexo 6. Como se reconoce la población Envigadeña. Agenda Antioquia 2040.

Reconocimiento Agenda Antioquia 2040

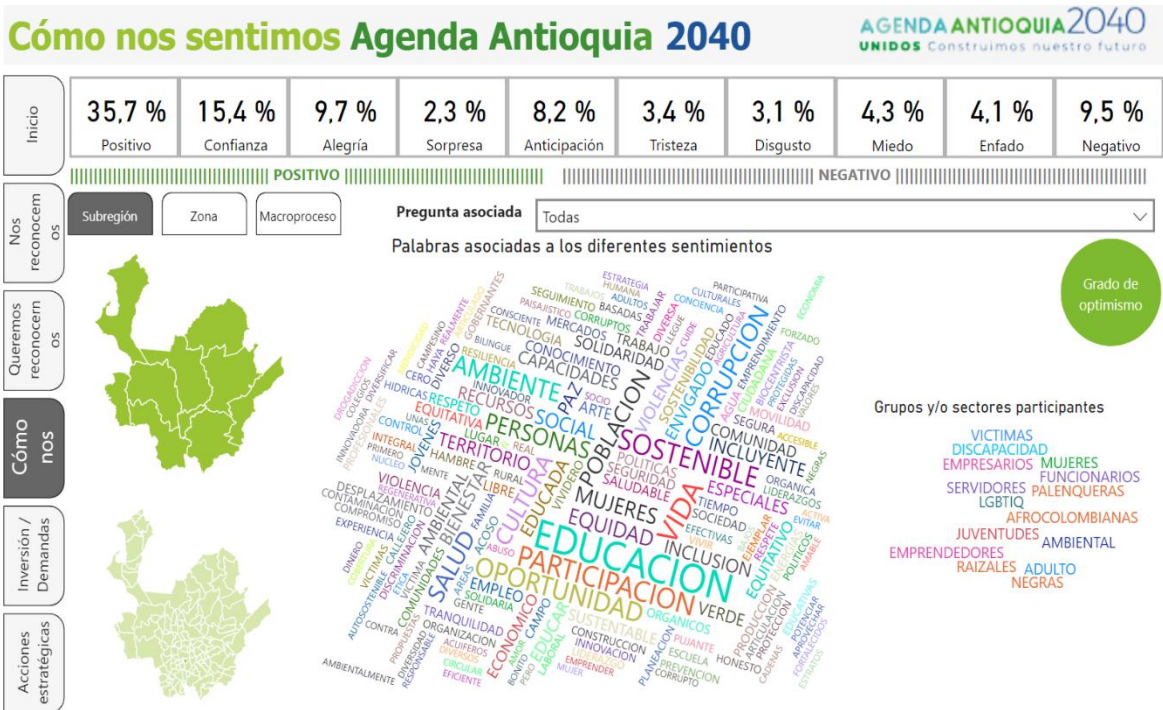
AGENDA ANTIOQUIA 2040
UNIDOS Construimos nuestro futuro



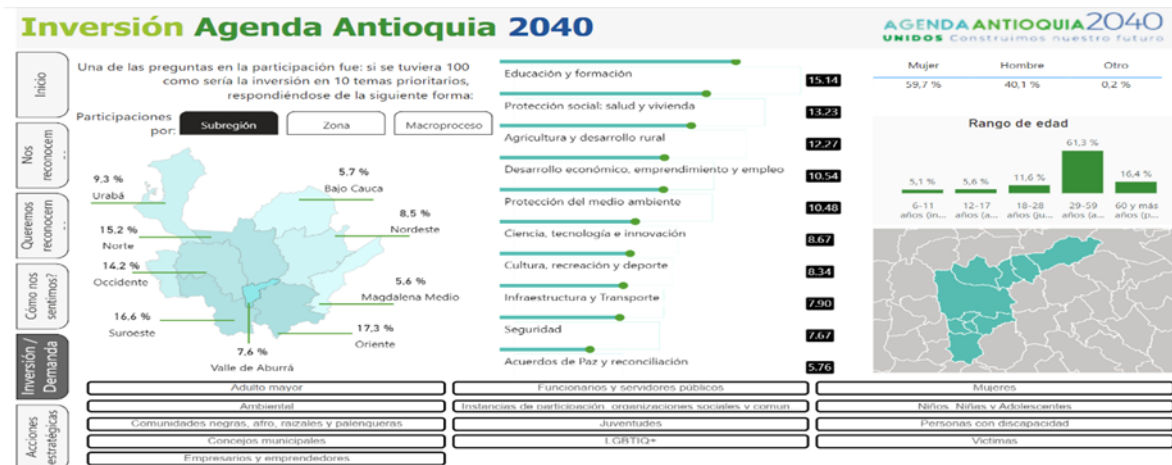
Anexo 7. Como se reconoce la población Envigadeña. Agenda Antioquia 2040.



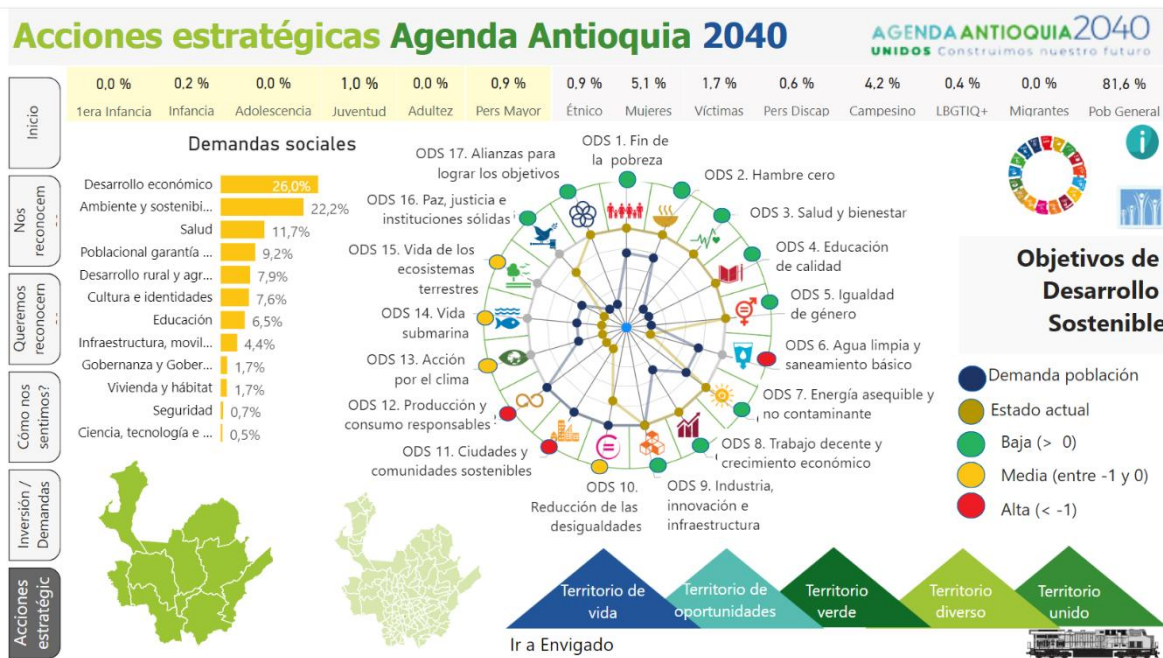
Anexo 8. Como se siente la población Envigadeña. Agenda Antioquia 2040.



Anexo 9. Principales temas prioritarios para inversión según la población del Valle de Aburrá. Agenda Antioquia 2040.



Anexo 10. Acciones estratégicas que comparan la demanda de la población con el estado actual del Objetivo de Desarrollo Sostenible. Envigado, Agenda Antioquia 2040.



Anexo 11. Mapa de riesgos, cartografía Social. Envigado, 2024-2025.

