



ASIS

Análisis de Situación
de Salud participativo.

La Unión – Antioquia



ALCALDÍA MUNICIPIO
DE LA UNIÓN

2
0
2
5

Análisis de Situación de Salud participativo del municipio de La Unión

2

Carmen Judith Valencia Moreno
Alcaldesa Municipal

Daniela Arboleda Morales
Secretaría de Salud

Caroll Liseth López López
Realizado por:

ALCALDÍA MUNICIPIO
DE LA UNIÓN

Municipio La Unión, Antioquia, Colombia
2025

Contenido

1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO.....	11
1.1 Contexto territorial	11
1.1.3 Accesibilidad geográfica	15
1.2 Contexto poblacional y demográfico	18
1.2.1 Estructura demográfica	20
1.2.2 Dinámica demográfica	22
1.2.3 Movilidad forzada	24
1.2.4 Población LGBTIQ+	25
1.2.5 Dinámica migratoria.....	26
1.2.6 Población Campesina	28
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud	28
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud	32
1.4.1 Políticas Públicas Municipales.....	32
1.4.2 Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores relacionados	36
1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social.....	37
1.6 Conclusiones del capítulo	38
2. CAPITULO 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	40
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio	40
2.2 Condiciones de vida del territorio	40
2.2 Dinámicas de convivencia en el territorio	43
2.3 Análisis de la población en condición de discapacidad	43
2.4 Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social.....	45
2.6 Conclusiones del capítulo	46
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	47
3.1 Análisis de la mortalidad.....	47
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas:	47
3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo	57
3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	68
3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental	76
3.1.5 Conclusiones de mortalidad	78
3.2 Análisis de la morbilidad	79
3.2.1 Principales causas de morbilidad.....	79
3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo	81
3.2.3 Morbilidad específica salud mental	85
3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo	86
3.2.5 Morbilidad de eventos precursores	87

3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	88
3.2.7 Morbilidad población migrante.....	90
3.2.8 Conclusiones de morbilidad.....	91
3.3 <i>Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud</i>	92
4. CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	93
5. CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO	95
6. CAPITULO 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	98





Lista de Gráficos

Ilustración 1. Mapa de División política administrativa y limites	12
Ilustración 2. Mapa de Vías de comunicación	18
Ilustración 3. Pirámide Poblacional	20
Ilustración 4. Población por sexo y grupo de edad	22
Ilustración 5. Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad y natalidad	23
Ilustración 6. Pirámide población victima	24
Ilustración 7. Pirámide población migrante	26
Ilustración 8. Distribución por curso de vida población migrante	27
Ilustración 9. Pirámide de la población con discapacidad	43
Ilustración 10. Tasas ajustadas total	47
Ilustración 11. Tasa de mortalidad ajustada por grupo de edad sexo masculino	48
Ilustración 12. Tasa de mortalidad ajustada por grupo de edad sexo femenino	49
Ilustración 13. AVPP total - Años de Vida Potencialmente Perdidos	50
Ilustración 14. Tasa de AVPP ajustadas por edad población total	51
Ilustración 15. Tasa de AVPP ajustadas por edad en población masculina	53
Ilustración 16. Años de Vida Potencialmente Perdidos en población masculina	54
Ilustración 17. Tasa de AVPP ajustadas por edad en población femenina	55
Ilustración 18. Años de Vida Potencialmente Perdidos en población femenina	56
Ilustración 19. Transmisibles población masculina	57
Ilustración 20. Transmisibles población femenina	58
Ilustración 21. Neoplasias en población masculina	59
Ilustración 22. Neoplasias en población femenina	60
Ilustración 23. Sistema circulatorio en población masculina	61
Ilustración 24. Sistema circulatorio en población femenina	62
Ilustración 25. Periodo Perinatal	63
Ilustración 26. Causas externas en población masculina	64
Ilustración 27. Causas externas en población femenina	65
Ilustración 28. Las demás causas en población masculina	66
Ilustración 29. Las demás causas en población femenina	67
Ilustración 30. Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia	74
Ilustración 31. Tasa de mortalidad neonatal por etnia	74
Ilustración 32. Indicadores de Razón de mortalidad materna por área	75
Ilustración 33. Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia	75
Ilustración 34. Gráfico: Muertes por trastornos mentales, debido al consumo de sustancias psicoactivas	76
Ilustración 35. Epilepsia	77
Ilustración 36. Mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento	77
Ilustración 37. Afiliación en salud de la población migrante	91



Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia	11
Tabla 2. Tabla 2. Tabla Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros a la capital	16
Tabla 3. Tabla de Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos.	17
Tabla 4. Tabla de población por área de residencia.	19
Tabla 5. Tabla de Población por pertenencia étnica	20
Tabla 6. Tabla: Otros indicadores de estructura demográfica	21
Tabla 7. Tasas específicas de fecundidad 10 a 14, 15 a 19, 10 a 19	23
Tabla 8. Atenciones en salud a la población migrante 2024	27
Tabla 9. Servicios habilitados IPS	29
Tabla 10. Otros indicadores del sistema sanitario	31
Tabla 11. Condiciones de vida	40
Tabla 12. Seguridad Alimentaria	41
Tabla 13. Cobertura de la vacunación PAI	41
Tabla 14. Cobertura de educación	42
Tabla 15. Pobreza (NBI o IPM)	42
Tabla 16. Factores psicológicos y culturales	43
Tabla 17. Clasificación del tipo de discapacidad por categoría	44
Tabla 18. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año	68
Tabla 19. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en niños de 1 a 4 años	69
Tabla 20. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez	73
Tabla 21. Causas de morbilidad por ciclo vital general.	79
Tabla 22. Condiciones transmisibles y nutricionales	81
Tabla 23. Condiciones materno-perinatales	82
Tabla 24. Enfermedades no transmisibles	83
Tabla 25. Lesiones	84
Tabla 26. Salud Mental	85
Tabla 27. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos	86
Tabla 28. Morbilidad de eventos precursores	87
Tabla 29. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria	88
Tabla 30. Atenciones en salud de la población migrante	90
Tabla 31. Análisis de los núcleos de inequidad y su transformación esperada	93
Tabla 32. Problemáticas / puntuación: Magnitud, Severidad, Efectividad, Severidad.	96
Tabla 33. Núcleos de inequidades con problemáticas priorizadas	97
Tabla 34. Propuestas por eje estratégico del PDSP según tabla de núcleo de inequidades	99



INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) es una herramienta clave para comprender y responder a las necesidades sanitarias de una población. En el año 2025, este ejercicio se desarrolla en un contexto global marcado por desafíos emergentes, con el propósito de ofrecer una visión integral, participativa y territorial de la salud. A través de un enfoque colaborativo, el ASIS permite identificar prioridades, evaluar recursos disponibles y proponer estrategias efectivas orientadas a mejorar el bienestar colectivo.

Los ASIS son procesos analítico-sintéticos que posibilitan caracterizar, medir y explicar el contexto salud-enfermedad de una población. Incluyen la descripción de daños y problemas de salud, así como de sus determinantes, sean estos de competencia del sector salud o de otros sectores. Además, facilitan la identificación de necesidades y prioridades sanitarias, así como el diseño de intervenciones, programas y proyectos en el marco de la evaluación de su impacto en salud.

Los resultados y conclusiones de estos análisis ofrecen una visión integral de la situación sanitaria del territorio, constituyéndose en insumos esenciales para la toma de decisiones, la formulación de políticas y la gestión eficiente de recursos. De este modo, el ASIS se convierte en un instrumento estratégico para la comunidad científica, técnica y los tomadores de decisiones, al orientar la planeación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos desde la gestión territorial en salud.

En concordancia, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece una hoja de ruta para avanzar en el mejoramiento de la salud de la población en un contexto atravesado por inequidades y retos emergentes. Bajo este marco, el análisis de situación de salud adquiere especial relevancia como herramienta que permite reconocer las necesidades específicas de las comunidades 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.

METODOLOGIA

Para la elaboración del documento ASIS del municipio de La Unión, se adoptó la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), complementada con fuentes de información oficiales y propias, que permiten establecer un diagnóstico integral de la situación de salud en el marco de la participación social. El documento se estructuró en seis capítulos, siguiendo la organización sugerida por el MSPS.

En cuanto a las fuentes de información, se utilizaron las estimaciones y proyecciones poblacionales derivadas del Censo Nacional de 2018, actualizadas con la serie poblacional 2023 (postpandemia), así como los indicadores demográficos para el análisis del contexto poblacional. Para el estudio de la mortalidad en el departamento de Antioquia, se empleó la información del periodo 2014-2023, proveniente de las estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Respecto a la morbilidad, se analizaron los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del periodo 2011-2023, dispuestos en el visor suministrado por el Ministerio. Asimismo, se incorporaron los datos de eventos de alto costo y eventos precursores, actualizados a 2023, y los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), reportados entre 2007 y 2023, a partir de los indicadores calculados y entregados por el MSPS al ente territorial.

La presentación de la situación de salud e indicadores se realizó mediante un análisis descriptivo de persona, lugar y tiempo, utilizando como herramienta de apoyo hojas de cálculo en Excel.

En el componente participativo, se desarrollaron escenarios orientados a consolidar e integrar información cuantitativa y cualitativa, con el propósito de explicar los principales problemas y necesidades en salud del territorio. Para ello, se aplicó la técnica de investigación acción-participativa bajo la metodología de cartografía social, lo que permitió construir un panorama desde la realidad de las comunidades y priorizar los efectos en salud identificados en el proceso.

La elaboración del presente Análisis de Situación de Salud – ASIS 2025 del municipio de La Unión, Antioquia, fue posible gracias al compromiso y la articulación de diferentes actores del ámbito local, departamental y nacional.

Agradecemos al Ministerio de Salud y Protección Social por el acompañamiento técnico y metodológico brindado, y a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia por su orientación y apoyo permanente en los procesos de análisis y gestión de la información en salud.

De manera especial, se reconoce el trabajo del equipo humano de la Secretaría de Salud y Protección Social del municipio de La Unión, quienes, con dedicación y compromiso, lideraron la recolección, sistematización y análisis de los datos que sustentan este documento.

Nuestro agradecimiento también a los presidentes de las Juntas de Acción Comunal, líderes comunitarios y habitantes de las diferentes veredas y barrios del municipio, quienes aportaron su conocimiento y experiencia del territorio, haciendo posible una lectura integral de la situación de salud en cada encuentro a lo largo del año 2025.

Gracias a su participación activa y al trabajo conjunto, este documento se consolida como una herramienta fundamental para la planeación, formulación y evaluación de acciones en salud pública, en coherencia con el Plan de Desarrollo Municipal, el Plan Territorial de Salud 2024–2027 y los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE LA UNIÓN



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

SIGLAS

APS: Atención Primaria en Salud
ASIS: Análisis de la Situación de Salud
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión
COMPOS: Consejo Municipal de Política Social
CORNARE: Corporación Autónoma Regional de las Cuencas de los Ríos Negro y Nare
COVECOM: Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ENT: Enfermedades No Transmisibles
ESE: Empresa Social del Estado
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IRA: Infección Respiratoria Aguda
MASORA: Asociación de Municipios del Altiplano del Oriente Antioqueño
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
ONG: Organización No Gubernamental
PDT: Plan de Desarrollo Territorial
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PTS: Plan Territorial de Salud
RevCom: Red de vigilancia basada en la comunidad
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RIITS: Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud
RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios
SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SPA: Sustancias Psicoactivas
VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
km²: Kilómetros cuadrados



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PARTICIPATIVO DEL MUNICIPIO DE LA UNIÓN

1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización

El municipio de La Unión se localiza en la Subregión Oriente del departamento de Antioquia, dentro de la zona denominada Valle de San Nicolás, a 56 kilómetros de Medellín. Limita con los municipios de La Ceja y El Carmen de Viboral al norte, Sonsón y Abejorral al sur, La Ceja al oeste y El Carmen de Viboral al este. Hace parte de la Asociación de Municipios del Altiplano del Oriente Antioqueño – MASORA, junto con Guarne, San Vicente, Marinilla, El Santuario, Rionegro, El Retiro, El Carmen de Viboral y La Ceja, siendo el quinto municipio en extensión del Altiplano con 16.828 hectáreas.

Por su ubicación geográfica, La Unión se encuentra estratégicamente situada entre el Oriente Cercano y el Suroriente antioqueño, lo que le otorga una relación biofísica y sociocultural con ambas zonas. Su cercanía al Valle de Aburrá, a la Autopista Medellín–Bogotá y al Aeropuerto Internacional José María Córdova le proporciona ventajas competitivas en materia de conectividad, comercio, ecoturismo y desarrollo agroindustrial, siendo parte de una subregión reconocida por su dinamismo económico.

El territorio municipal está conformado por la cabecera municipal, el corregimiento de Mesopotamia y 25 veredas, de las cuales 22 se relacionan directamente con la cabecera y 3 con el corregimiento. La Unión cuenta con una extensión total de 198 km², de los cuales el 31,3% corresponde al área urbana y el 68,7% al área rural. Además, dispone de presencia institucional de la Policía Nacional tanto en la cabecera municipal como en el corregimiento, lo que contribuye a la seguridad y orden público en el territorio.

Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia

Distribución por extensión territorial y área de residencia del municipio de La Unión		
Extensión total	Extensión área urbana	Extensión área rural
198 km ²	31.3% - 62 km ²	68.7% - 136 km ²

A partir de los datos contextuales sobre la localización territorial, la división político-administrativa, los límites geográficos y la extensión del municipio de La Unión, así como el número de habitantes distribuidos geográficamente, se presenta el siguiente mapa ilustrativo:

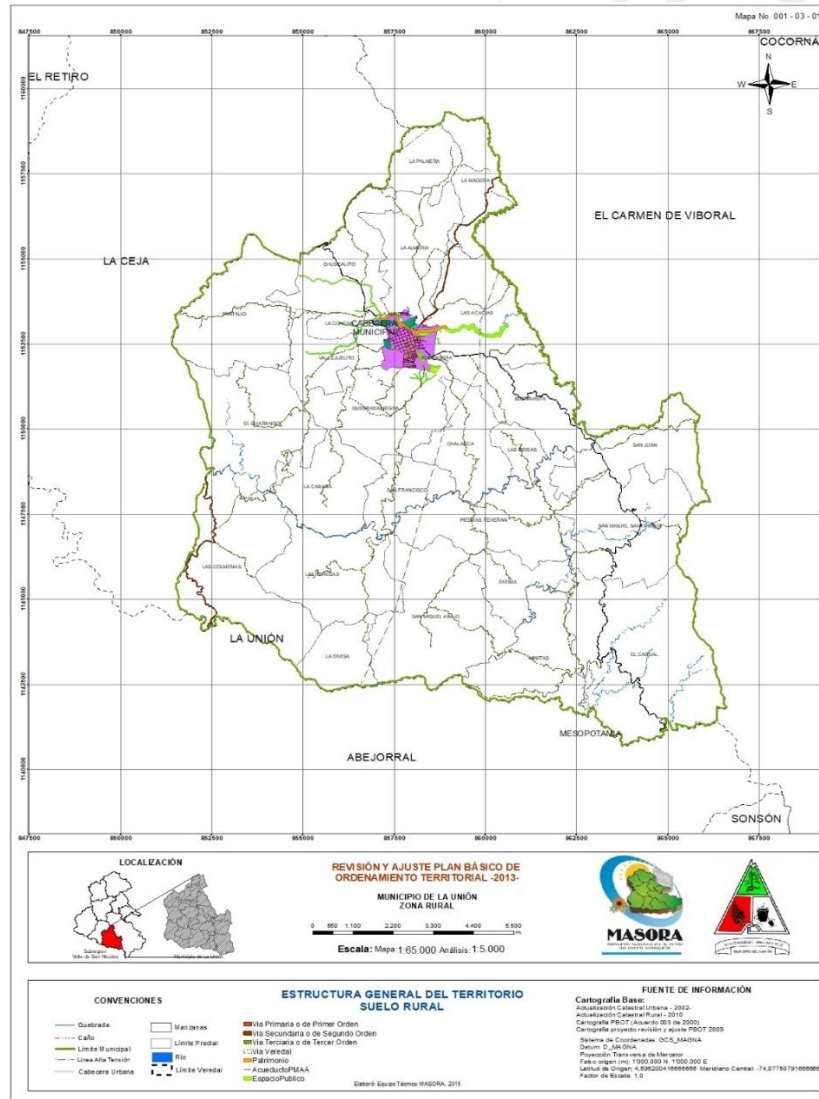


ALCALDÍA MUNICIPIO
DE LA UNIÓN



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Ilustración 1. Mapa de División política administrativa y límites



12

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

Altitud y relieve: El municipio de La Unión se encuentra a una altura de 2500 msnm y la temperatura promedio es de 13°C. Climáticamente el Municipio de La Unión alcanza a recibir la influencia de los vientos húmedos del Valle del Magdalena. Estos vientos traspasan la barrera de la Cordillera Central en inmediaciones del Corregimiento de Mesopotamia y los Cerros de El Cardal y San Miguel. En relación a las tierras quebradas de los cañones el relieve presenta un descenso brusco con una pérdida acompañante de humedad ambiental y lluvias. Los fondos de los cañones constituyen enclaves afectados por "sombra de lluvia", lo cual significa que las nubes "siguen derecho" sin descargar su humedad.

Alcaldía de La Unión, Antioquia. Nit. 890.981.995-0

Cra 10 # 10 - 15 Parque Principal | Tel: 604 556 0610 | contactenos@launion-antioquia.gov.co



Alcaldía de La Unión



alcaldiadelaulunion

www.launion-antioquia.gov.co

Zona norte: Comprende al Valle de La Unión o del alto Río Piedras. Este Valle es el segundo Altiplano en extensión dentro del Altiplano del Oriente Antioqueño, después del Altiplano del Río Negro (Cuenca Alta del Río Negro-Nare). Al Altiplano de La Unión se le llama también Altiplano de La Unión- Sonsón, porque hace parte de un corredor intermitente de tierras planas y semi-planas que va desde el Oriente Cercano hasta el Valle de Sansón.

Zona sur: Comprende las vertientes montañosas quebradas del área de influencia del Río Buey, y en parte del Río Piedras, dentro del Municipio de La Unión. Se puede decir que el Río Piedras tiene un recorrido cómodo y sinuoso mientras está en el Valle de La Unión, porque cuando sale del mismo se "precipita" hacia la zona de los cañones profundos del Río Piedras bajo y Río Buey.

Hidrografía: La Unión es un Municipio de relativa complejidad hidrográfica. Esta complejidad se relaciona con el giro que da el curso del Río Piedras para enrutarse hacia su desembocadura en el Río Buey; este giro es un giro cerrado en "U" que le da a la Cuenca del Piedras una forma poco usual de herradura. Otra cara de esa complejidad es el encañonamiento extremo que van alcanzando el Río Piedras y Río el Buey a medida que bajan por las montañas. El territorio del Municipio de La Unión está conformado hidrográficamente por la Cuenca del Río Buey en forma exclusiva. En términos de sub cuencas la jurisdicción hídrica de La Unión es: El Cardal, San Miguel, el Buey Alto, el Piedras y El Buey Medio. A nivel de micro cuencas se tiene una división en 17 unidades. El curso del Río Piedras está formado básicamente por las microcuencas del Piedras Alto, Piedras Medio y Piedras Bajo. El tamaño de las microcuencas de La Unión varía ampliamente. La micro cuenca de la Quebrada San Juan tiene solo 220 has, en tanto que la del Río San Miguel tiene 2676 has.

No se deben pasar por alto en todo caso las consecuencias que tiene en el régimen hidrográfico subregional la existencia del Altiplano de La Unión como área de recarga de acuíferos y también de quebradas y ríos pertenecientes a la Cuenca Alta del Río Negro-Nare (sector del Valle de La Ceja).

Zonas de riesgo: En el municipio de La Unión, Antioquia, se identifican asentamientos urbanos localizados en zonas de riesgo que requieren manejo, control y procesos de reubicación gradual para evitar pérdidas humanas y materiales. Estas áreas, especialmente las situadas en llanuras de inundación, demandan programas integrales de mitigación articulados con la planeación urbana y la creación de parques lineales que reduzcan la exposición al riesgo.

Adicionalmente, existen amenazas derivadas de la actividad humana, como el alto flujo peatonal en tramos viales intermunicipales y las explotaciones mineras que dejan piscinas espontáneas, las cuales representan un riesgo de inmersión, principalmente para la población infantil. Estas condiciones se presentan en sectores como los barrios Progresar, Convivir y Barrio Unido, en las inmediaciones de unidades de explotación minera.

El estudio de amenazas del municipio evidencia diferentes niveles de exposición —alta, media y baja— según la densidad de construcciones y la vulnerabilidad

del terreno. En la cabecera urbana predominan los riesgos por inundación, mientras que en el corregimiento de Mesopotamia, debido a su relieve quebrado y las dinámicas fluviales torrenciales, los principales riesgos son por movimientos en masa y deslizamientos. En consecuencia, se proponen zonas de manejo especial para implementar acciones de mitigación y erradicación de los riesgos existentes asociados a la actividad minera y a la inestabilidad del suelo.

- Zona de manejo especial 1. Inundación: Se mantiene el riesgo sobre los sectores de La Frontera y Proleche, localizados sobre la llanura de inundación del río Piedras con antecedentes de inundaciones periódicas que afectan sistemáticamente las viviendas y construcciones localizadas en este sector
- Zona de manejo especial 2. Explotación de Caolín: Sobre el sector de las nuevas urbanizaciones se presenta el riesgo por inmersión, especialmente de niños en los lugares de antiguas explotaciones de caolín, ahora muy cercanos a este sector de vivienda formándose piscinas por efecto del nivel freático y aguas lluvias que ya han ocasionado muertes por inmersión

14

Dentro de los estudios más actuales se debe retomar la “evaluación y zonificación de riesgos por avenida torrencial, inundación y movimiento en masa y dimensionamiento de procesos erosivos en el municipio de La Unión” (Convenio CORNARE-Gobernación de Antioquia N°2011-CF-12-0051 y 217-2011), el cual determina los siguientes riesgos y amenazas potenciales:

En la zona rural del municipio de La Unión la principal amenaza geológica corresponde a los deslizamientos circulares y traslacionales que se presentan en vertientes con pendientes superiores al 35 %, especialmente en áreas intervenidas por actividades agrícolas y pecuarias. Estas prácticas han generado pérdida de suelo fértil, erosión y degradación ambiental. Los estudios señalan que la pendiente del terreno, la conformación geomorfológica y la acción antrópica son los factores determinantes de los movimientos en masa, agravados por la inestabilidad de los taludes de las vías rurales y el inadecuado manejo de las aguas de escorrentía. En conjunto, estas condiciones hacen que la intervención humana sea el principal detonante de la amenaza por deslizamientos en el territorio rural del municipio.

De otro lado, también se presenta amenaza por avenidas torrenciales e inundación, principalmente en los cauces del Río Piedras y sus quebradas afluentes, así mismo sobre la unidad geomorfológica denominada Unidad superficie de erosión Santa Helena – La Unión”, en las cuencas de las quebradas La Madera, La Espinosa, El Edén; localizadas sobre las veredas Vallejuelito, La Concha, Chuscalito, La Almería, La Palmera, Las Acacias y parte de la cabecera municipal. “No obstante, no se observó sobre el terreno rasgos geomorfológicos que indiquen que las cuencas relacionadas tengan un comportamiento altamente torrencial”. (CORNARE-Gobernación de Antioquia N°2011-CF-12-0051 y 217-2011. P.15)

Respecto a la vulnerabilidad se presentan dos situaciones, a saber, desde el análisis basado en la metodología SIG se percibe un nivel medio de

vulnerabilidad para casi todo el territorio Municipal, de otro lado, se considera que el Municipio está asentado en áreas que presentan condiciones de vulnerabilidad física y ambiental de bajas a moderadas.

En relación a los riesgos por fenómenos naturales, se menciona un nivel de vulnerabilidad de bajo a moderado, en cuanto al riesgo se dimensiona en un rango similar a la amenaza tanto en intensidad como en distribución espacial.

“Las zonas con nivel de riesgo alto y muy alto por movimientos en masa, se localizan en el costado occidental y sur occidental, concretamente en las veredas Pantalio, Guarango, Las Colmenas, La Cabaña y La Divisa. Se asocian con las vertientes medias de la quebrada El Presidio y los afluentes de la vertiente norte del Valle del Río Buey. Se caracterizan por ubicarse en franjas de pendientes superiores al 35 %, modeladas en saprolitos de roca metamórfica foliada con espesor a 15 metros”, (P.116) las condiciones del terreno suelen verse afectadas por las intervenciones para la adecuación de las vías, quemas, implementación de cultivos y pastos y la desaparición de la cobertura vegetal protectora para fines agrícolas y pecuarios. En el costado sur, sobre la cabecera de la Quebrada El Cardal, también se identifican zonas aisladas donde existe un nivel de riesgo alto y muy alto de movimientos en masa.

El riesgo por inundación y avenidas torrenciales es considerado en nivel muy bajo a bajo, y se localiza principalmente en las franjas paralelas de los principales cauces de las quebradas La Espinosa y El Edén, así como los demás afluentes (sin nombre) de la cuenca alta del Río Piedras incluyendo las veredas La Concha, Las Acacias, Vallejuelito, Chuscalito, La Almería, La Palmera y La Madera.

Los movimientos en masa fueron los más frecuentes en relación con los eventos desastrosos, ocasionados en gran medida por las intervenciones del hombre sobre el terreno, para la construcción de vías, la implementación de suelo para la producción que han generado mayor humedad en el suelo y por ende pérdidas en las capas productivas.

Para las condiciones de amenaza por eventos naturales en la zona urbana, desde el estudio realizado por CORNARE junto con la Gobernación, se corroboran las observaciones y conclusiones de los estudios desarrollados por INGEOMINAS – CORNARE (1.994) y MASORA – CORNARE (2.000), los cuales sustentaron la formulación de la gestión del riesgo para el Municipio de La Unión en el Acuerdo que protocoliza el Plan Básico de Ordenamiento Territorial (PBOT, 2.009).

1.1.3 Accesibilidad geográfica

El Sistema Vial del Municipio de La Unión está altamente favorecido por la ubicación geográfica del territorio municipal respecto a los sistemas viales de la Nación y el Departamento. Actualmente, la intercomunicación con los demás Municipios se da a través de medios terrestres de transporte, tales como:

La Carretera Transversal Medellín-Sonsón: Con articulación a La Ceja, El Retiro, Argelia y Nariño.

- La Autopista Medellín-Bogotá: Une los dos polos de desarrollo más importantes del País. La conexión con esta vía se realiza pasando por el Municipio de La Ceja y el Municipio de Rionegro en un tramo de aproximadamente 40 km en excelente estado.

En resumen, las vías nacionales y departamentales que se articulan estrechamente con el Sistema Vial Municipal son:

- Vía Medellín-Sonsón.
- Vía La Unión-El Carmen de Viboral
- Vía La Frontera-Corregimiento de Mesopotamia-Abejorral.
- Vía La Unión-El Guaico pasando por Las Colmenas-La Ceja.

16

Tabla 2. Tabla 2. Tabla Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros a la capital

Vereda / Municipio	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en Minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
Medellín	120 minutos	60 kilómetros	Terrestre
Buenavista	20 minutos	5 km	Terrestre
Chalarca	15 minutos	4 km	Terrestre
Chuscalito	15 minutos	4 km	Terrestre
Fátima	49 minutos	13 km	Terrestre
El Guarango	33 minutos	9 km	Terrestre
La Almería	20 minutos	5 km	Terrestre
La Cabaña	32 minutos	8 km	Terrestre
La Concha	6 minutos	1.5 Km	Terrestre
La Divisa	60 minutos	16 km	Terrestre
La Madera	22.5 minutos	6 km	Terrestre
La Palmera	26 minutos	7 km	Terrestre
Las Acacias	22.5 minutos	6 km	Terrestre
Las Brisas	26 minutos	7 km	Terrestre
Las Colmenas la García	52 minutos	14 km	Terrestre
Las Teresas	55 minutos	15 km	Terrestre
Pantalio	22.4 minutos	6 km	Terrestre
Piedras Teherán	49 minutos	13 km	Terrestre
Quebrada Negra	12 minutos	3 km	Terrestre

San Francisco	36 minutos	9 km	Terrestre
San Juan	36 minutos	9 km	Terrestre
San Miguel Abajo	60 minutos	16 km	Terrestre
San Miguel Santa cruz	44 minutos	11.5 km	Terrestre
Vallejuelito peñas	12 minutos	3 km	Terrestre
Corregimiento Mesopotamia	76 minutos	19 km	Terrestre
El Cardal	80 minutos	20 km	Terrestre
La Frontera	2 minutos	0.5Km	Terrestre
Minitas	84 minutos	21 km	Terrestre

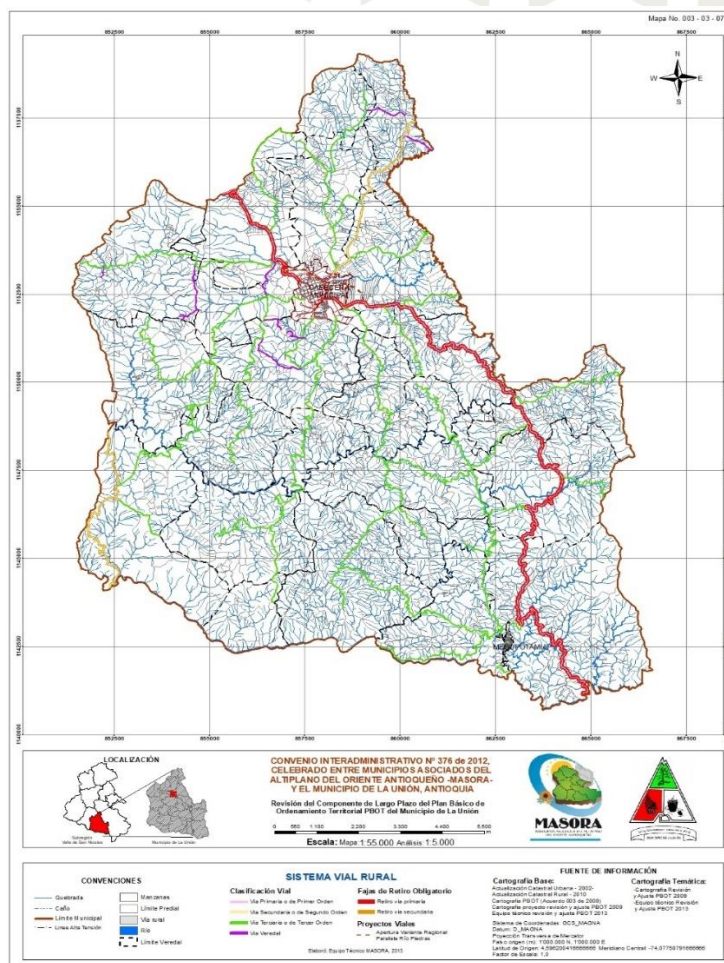
El municipio cuenta con vías en excelente estado hacia la capital de Antioquia, de igual forma cuenta con vías de acceso a cada una de las veredas del municipio en condiciones estables dependiendo del estado climático, permitiendo un fácil acceso de la población a la cabecera municipal y la capital.

Tabla 3. Tabla de Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos.

Municipio	Municipio vecino	Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino.	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino.	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino.	
				Horas	Minutos
La Unión	La Ceja	15km	terrestre	0	36
La Unión	El Carmen de Viboral	27km	terrestre	1	1
La Unión	Abejorral	37,51km	terrestre	2	29
La Unión	Sonsón	50.6Km	terrestre	2	56

El municipio cuenta con acceso a los municipios vecinos, algunas vías se encuentran en carretera destapada como el acceso al Municipio de Abejorral por el corregimiento de Mesopotamia y al Carmen de Viboral por la vereda de la Madera, hacia La Ceja y Sonsón la vía se encuentra pavimentada y en condiciones buenas para el transporte.

Ilustración 2. Mapa de Vías de comunicación



1.2 Contexto poblacional y demográfico

Según las estadísticas del DANE, para el año 2024 el municipio de La Unión contaba con una población total de 23.072 habitantes, mientras que para el año 2025 la cifra ascendió a 23.240 habitantes.

Esto representa un incremento de 168 habitantes, equivalente a un crecimiento poblacional del 0,73% respecto al año anterior.

El aumento refleja una tendencia demográfica estable, con un leve crecimiento que puede asociarse al mantenimiento de las condiciones de natalidad, migración y dinámica social propias del municipio.

Densidad poblacional por km²: El municipio de La Unión cuenta con una extensión territorial de 198 km² y una población total estimada para el año 2025 de 23.240 habitantes, según proyecciones del DANE. Con base en estos datos, la densidad poblacional del territorio equivale aproximadamente a 117.4 habitantes por km², lo que evidencia una distribución poblacional moderada,

propia de un municipio con características rurales y concentraciones urbanas en su cabecera municipal.

Tabla 4. Tabla de población por área de residencia.

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
Nº	%	Nº	%		
15,098	65.0	8,142	35.0	23,240	65.0

El grado de urbanización en el municipio de La Unión para el año 2025 es del 65%, mientras que en el año 2024 era del 64,6%, lo que representa un leve incremento en la proporción de población que reside en el área urbana con respecto a la población total. Este indicador refleja una tendencia sostenida hacia la concentración poblacional en la cabecera municipal.

De acuerdo con las proyecciones del DANE, y en consonancia con las tendencias departamentales y nacionales, se observa que las áreas urbanas presentan mayores tasas de crecimiento poblacional. Por tanto, se prevé que el grado de urbanización en La Unión continuará en aumento, coherente con la dinámica demográfica y económica de la subregión del Oriente antioqueño, especialmente en la zona del Valle de San Nicolás.

En los últimos años, se ha evidenciado una disminución progresiva de la población rural, asociada al éxodo de campesinos hacia los centros poblados y municipios cercanos en busca de mejores oportunidades laborales y condiciones de vida. La población rural se encuentra mayoritariamente dispersa, y las características topográficas del territorio dificultan la satisfacción de necesidades básicas como salud, educación, vivienda y servicios públicos domiciliarios, lo que refuerza la importancia de fortalecer la atención integral en el ámbito rural.

Número de viviendas: El municipio de La Unión cuenta con un total de 7.111 viviendas, de las cuales 3.913 se ubican en el área urbana, 164 en el corregimiento de Mesopotamia y 3.034 en la zona rural. Esta distribución evidencia una concentración importante de viviendas en la cabecera municipal, aunque aún persiste una proporción significativa en el área rural, reflejo de la vocación agrícola y las condiciones geográficas del territorio. El corregimiento de Mesopotamia, por su parte, representa un núcleo intermedio de desarrollo poblacional que contribuye a la articulación entre las zonas rurales y urbanas.

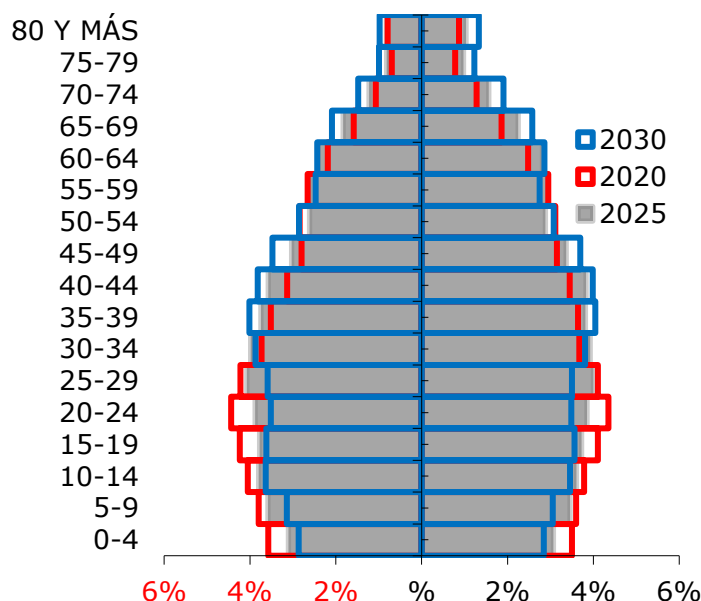
Número de hogares: Asimismo, el municipio cuenta con un total de 7.251 hogares, de los cuales 4.001 se localizan en el área urbana, 166 en el corregimiento de Mesopotamia y 3.084 en la zona rural. Esta distribución mantiene una tendencia similar a la observada en el número de viviendas, con una mayor concentración de hogares en la cabecera municipal y una participación importante del sector rural.

Tabla 5. Tabla de Población por pertenencia étnica

Autoreconocimiento étnico	Casos	%
Indígena	2	0.0%
Gitano(a) o Rrom	0	0.0%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1	0.0%
Palenquero(a) de San Basilio	0	0.0%
Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	59	0.3%
Ningún grupo étnico-racial	23,178	99.7%
Total	23,240	100%

1.2.1 Estructura demográfica

Ilustración 3. Pirámide Poblacional



La pirámide poblacional muestra la estructura por edad y sexo del municipio de La Unión para los años 2020, 2025 y 2030, evidenciando una tendencia gradual hacia el envejecimiento poblacional.

En el año 2020 (línea roja), la base de la pirámide es más ancha, indicando una mayor proporción de población infantil y juvenil (0 a 19 años). Para el 2025 (zona sombreada en gris), se observa una leve reducción en los grupos más jóvenes y un ensanchamiento en los grupos de 25 a 49 años, lo que refleja el avance de cohortes hacia edades productivas y una menor tasa de natalidad.

Hacia el 2030 (línea azul), la pirámide tiende a estrecharse aún más en la base y a ensancharse en los grupos de mayores de 50 años, lo que indica una transición demográfica hacia una población más adulta y envejecida. Esto sugiere que, de mantenerse las tendencias actuales, el municipio experimentará un aumento en la demanda de servicios de salud, protección social y atención al adulto mayor, además de posibles cambios en la estructura económica y laboral.

En conjunto, la forma de la pirámide refleja un proceso de disminución progresiva de la natalidad, aumento de la esperanza de vida y transición hacia una población madura, coherente con la dinámica observada en el Oriente antioqueño y a nivel nacional.

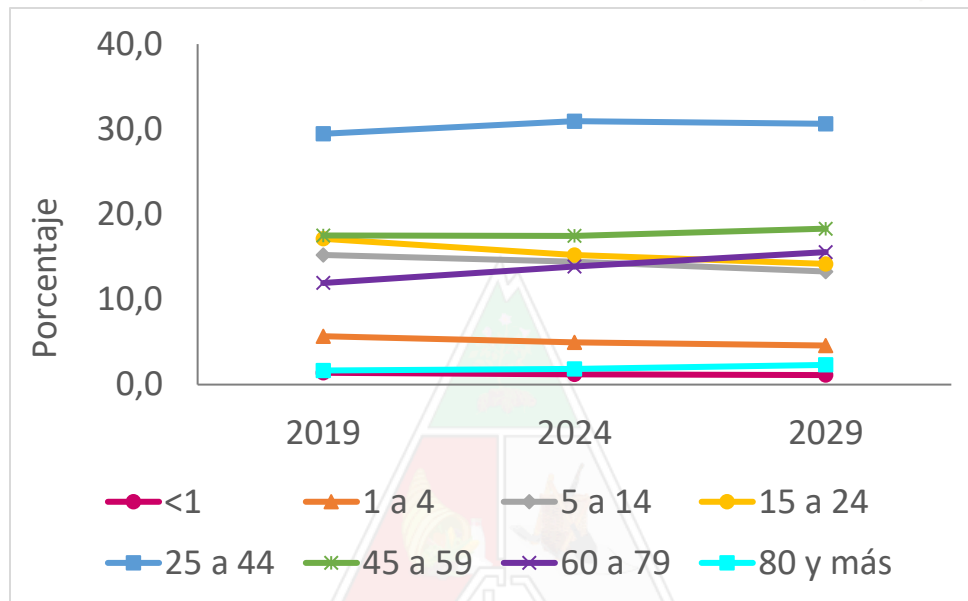
Tabla 6. Tabla: Otros indicadores de estructura demográfica

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2020 por cada 97 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2025 por cada 96 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2020 por cada 27 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2025 por cada 23 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2020 de 100 personas, 22 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 21 personas
Índice de juventud	En el año 2020 de 100 personas, 25 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 23 personas
Índice de vejez	En el año 2020 de 100 personas, 9 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 11 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2020 de 100 personas, 40 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 51 personas
Índice demográfico de dependencia	En el año 2020 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 45 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 45 personas
Índice de dependencia infantil	En el año 2020, 32 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 30 personas
Índice de dependencia mayores	En el año 2020, 13 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 15 personas

Índice de Friz

En el año 2025 el índice Friz fue de 96,1%, lo que indica que existen aproximadamente 96 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años. Este valor refleja un proceso de envejecimiento poblacional avanzado, asociado a la disminución de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida.

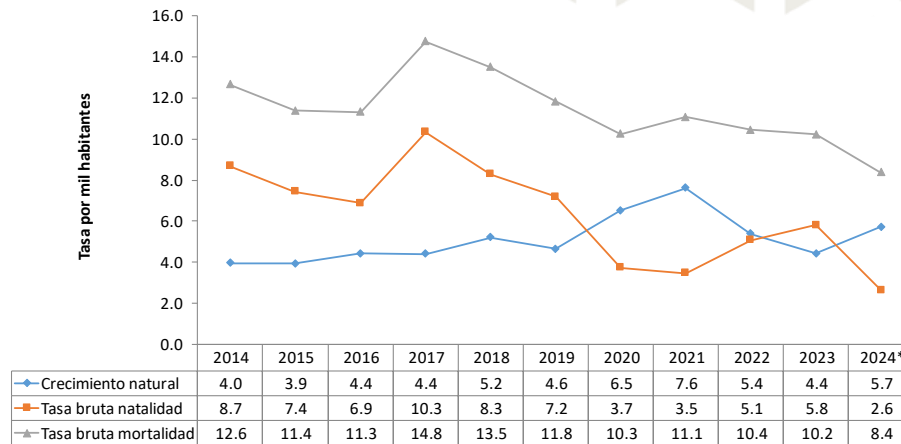
Ilustración 4. Población por sexo y grupo de edad



La distribución poblacional del municipio de La Unión muestra una tendencia hacia el envejecimiento demográfico. Entre los años 2020 y 2025, se observa una disminución progresiva en los grupos de edad menores de 25 años, pasando del 39,4% al 35,8% de la población total, mientras que los grupos de 60 años y más aumentan del 13,6% al 15,8%, con proyección al 17,9% para 2030. Esta variación evidencia una reducción de la natalidad y un incremento en la esperanza de vida, lo que configura una población cada vez más adulta. La mayor concentración se mantiene en el grupo de 25 a 44 años, que representa el 30,9% del total en 2025. Este cambio en la estructura etaria plantea importantes retos para la planeación en salud pública, orientados a la atención integral del adulto mayor, la prevención de enfermedades crónicas y el fortalecimiento de estrategias de envejecimiento saludable.

1.2.2 Dinámica demográfica

Ilustración 5. Tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad y natalidad



Los indicadores demográficos del municipio de La Unión evidencian una tendencia a la disminución de la natalidad durante el período 2014–2024, pasando de una tasa bruta de 8,7 nacimientos por mil habitantes en 2014 a 2,6 en 2024. En contraste, la tasa bruta de mortalidad también muestra una reducción moderada, de 12,6 a 8,4 defunciones por mil habitantes en el mismo periodo. El crecimiento natural, aunque presenta fluctuaciones, se mantiene bajo, con un valor de 5,7 en 2024, lo que indica una dinámica poblacional estable, pero con tendencia al envejecimiento demográfico. Estas variaciones confirman una transición demográfica avanzada, caracterizada por menor fecundidad, reducción de la mortalidad y aumento relativo de la población adulta mayor, lo que plantea retos en la planeación de servicios de salud y protección social.

Tabla 7. Tasas específicas de fecundidad 10 a 14, 15 a 19, 10 a 19

Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	1.2	2.3	0.0	3.4	1.1	3.5	3.5	1.2	0.0	4.8	2.4	
De 15 a 19	70.5	76.5	61.4	83.1	68.1	39.5	34.3	36.6	46.1	29.6	32.1	
De 10 a 19	35.6	38.5	29.8	42.1	33.9	22.3	19.6	19.6	23.7	17.5	17.5	

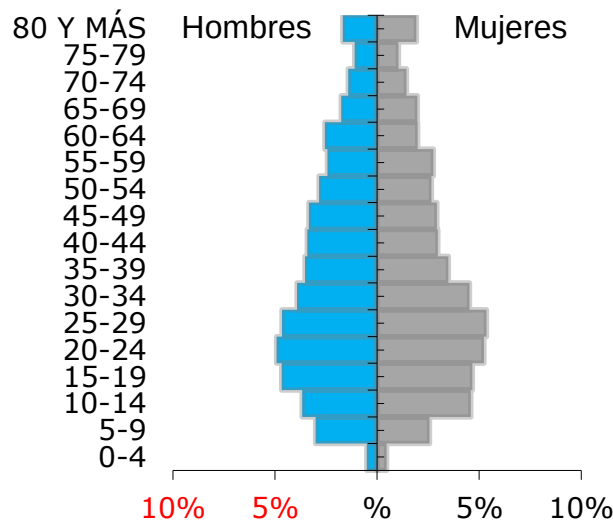
La tasa de fecundidad específica en el municipio muestra una disminución sostenida en los últimos años, especialmente en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, que pasó de 70.5 nacimientos por cada 1.000 mujeres en 2014 a 32.1 en 2024, reflejando un avance importante en la prevención del embarazo adolescente. En el grupo de 10 a 14 años, las cifras se mantienen bajas, aunque con leves fluctuaciones entre 0 y 4.8. En conjunto, la tasa para el grupo 10 a 19 años disminuyó de 35.6 en 2014 a 17.5 en 2024, lo que evidencia una tendencia descendente favorable asociada posiblemente al fortalecimiento de estrategias educativas, de salud sexual y reproductiva y al acceso a métodos anticonceptivos.

1.2.3 Movilidad forzada

La población víctima del conflicto armado en el municipio de La Unión constituye un grupo de especial atención dentro del análisis demográfico y social, debido a las condiciones de vulnerabilidad y rezago que históricamente han enfrentado. El estudio de su estructura por edad y sexo, reflejada en la pirámide poblacional, permite comprender mejor sus características, distribución y necesidades particulares. Este análisis es fundamental para orientar las acciones institucionales en salud, bienestar social y reparación integral, garantizando el restablecimiento de derechos y el acceso equitativo a los servicios básicos.

24

Ilustración 6. Pirámide población víctima



En el año 2025, la población víctima del conflicto armado en el municipio de La Unión asciende a 8.658 personas, con una distribución equilibrada entre 4.279 hombres (49,4%) y 4.379 mujeres (50,6%), mostrando una ligera mayoría femenina, coherente con la tendencia departamental. La pirámide poblacional del municipio refleja una concentración en los grupos de edad entre 15 y 34 años, que agrupan a buena parte de la población en etapa productiva y reproductiva, lo que indica que los hechos victimizantes afectaron principalmente a personas jóvenes y adultas tempranas.

En comparación con Antioquia, donde se observa una mayor proporción de personas mayores y un proceso de envejecimiento más evidente, La Unión presenta una estructura más joven, con una base relativamente amplia y una participación menor de adultos mayores. Esto sugiere que el municipio conserva una población víctima con potencial de inserción laboral y educativa, pero que requiere fortalecer los procesos de atención psicosocial, salud mental, y generación de oportunidades económicas. Asimismo, la presencia sostenida de personas mayores de 60 años resalta la necesidad de mantener acciones de acompañamiento y protección social que garanticen su bienestar y reparación integral.

En el municipio de La Unión, los principales hechos victimizantes registrados hasta el año 2025 corresponden al desplazamiento forzado, con 8.321 personas afectadas (4.099 mujeres, 4.203 hombres y algunos casos sin identificar), lo que representa la gran mayoría de los eventos asociados al conflicto armado. Le siguen en frecuencia las amenazas (161 casos) y los homicidios (649 casos), reflejando la persistencia de situaciones de violencia que impactaron gravemente la seguridad y el tejido social.

Otros hechos, aunque en menor número, también evidencian la magnitud del conflicto en el territorio, como la desaparición forzada (65 casos), los delitos contra la libertad e integridad sexual (22 casos) que afectaron exclusivamente a mujeres, y la pérdida de bienes muebles o inmuebles (50 casos). También se reportan casos aislados de secuestro, tortura y vinculación de niños, niñas y adolescentes a grupos armados, lo que da cuenta de violaciones graves a los derechos humanos.

En conjunto, esta información muestra que las principales afectaciones en La Unión estuvieron relacionadas con la pérdida del territorio, la movilidad forzada y la violencia directa, lo que ha dejado consecuencias sociales, psicológicas y económicas que requieren mantener una atención integral, con enfoque diferencial y de reparación, especialmente en salud mental, restablecimiento de medios de vida y fortalecimiento del tejido comunitario.

1.2.4 Población LGBTIQ+

En el municipio de La Unión no se cuenta con un censo formal que permita identificar de manera precisa a la población LGTBIQ+. Esta ausencia de datos estadísticos limita la capacidad de conocer con exactitud las características y necesidades de este colectivo, especialmente en áreas críticas como la salud. Sin cifras fiables, es difícil implementar políticas públicas que atiendan las problemáticas específicas que enfrentan las personas LGTBIQ+, lo que incluye desde el acceso a servicios de salud adecuados hasta la prevención de la violencia y la discriminación.

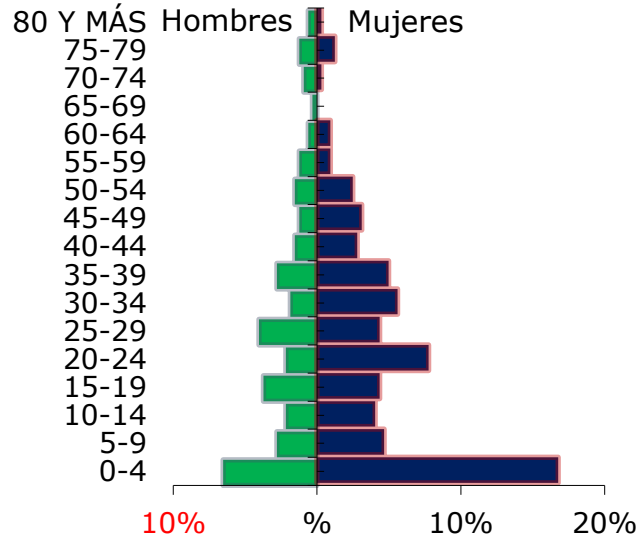
La falta de un censo formal en La Unión es una realidad que se refleja en muchas otras comunidades del país, donde la población LGTBIQ+ sigue estando fuera del radar de los censos nacionales y locales. A pesar de que la visibilidad y los derechos de este colectivo han avanzado, la resistencia institucional y los prejuicios sociales siguen dificultando su inclusión en los registros oficiales. Sin esta información básica, resulta casi imposible formular estrategias de salud pública y otros servicios sociales que respondan de manera efectiva a las necesidades de esta población.

En la actualidad desde la política pública de equidad de género, se están adelantando estrategias que permiten la implementación de un censo que incluya a la población LGTBIQ+. Recolectar esta información no solo permitirá una mejor comprensión de las realidades de este colectivo, sino que también

facilitará la creación de políticas inclusivas, diseñadas a partir de evidencia confiable, que mejoren el acceso a la salud y protejan los derechos fundamentales de las personas LGTBIQ+. Solo mediante la inclusión de este grupo en los censos y el análisis de los datos obtenidos, se podrá garantizar una sociedad más equitativa y libre de discriminación.

1.2.5 Dinámica migratoria

Ilustración 7. Pirámide población migrante

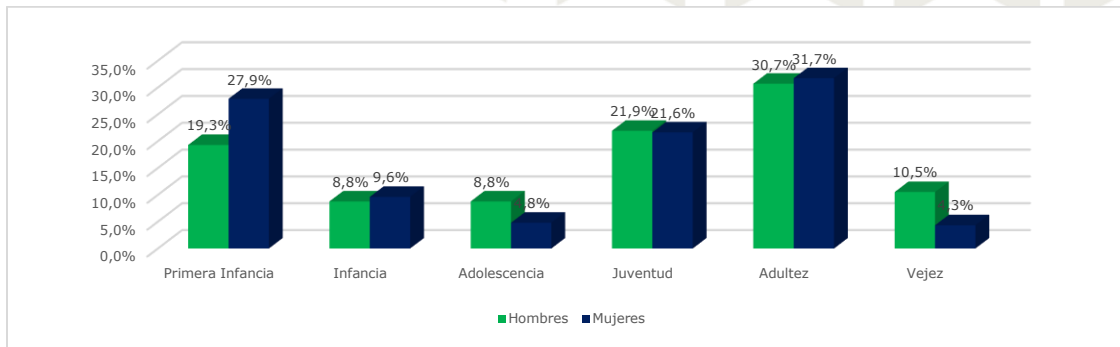


26

La población migrante en el municipio de La Unión está conformada por 322 personas, de las cuales 208 son mujeres y 114 hombres, lo que evidencia una mayor participación femenina (64,6%). La estructura por edades muestra una concentración significativa en los grupos de 0 a 4 años y 20 a 34 años, reflejando la presencia de mujeres jóvenes y niños, posiblemente asociados a procesos de migración familiar.

La pirámide poblacional de la población migrante en el municipio de La Unión muestra una base amplia, destacando una mayor proporción de personas en edades jóvenes y adultas, especialmente entre los 20 y 39 años, lo que evidencia una estructura predominantemente productiva. Se observa un ligero predominio del sexo femenino, lo que puede relacionarse con procesos de reunificación familiar, búsqueda de oportunidades laborales en el sector servicios y doméstico, o asentamiento de madres cabeza de hogar con hijos pequeños. La población infantil también tiene una presencia significativa, lo que refleja la llegada de grupos familiares completos al territorio.

Ilustración 8. Distribución por curso de vida población migrante

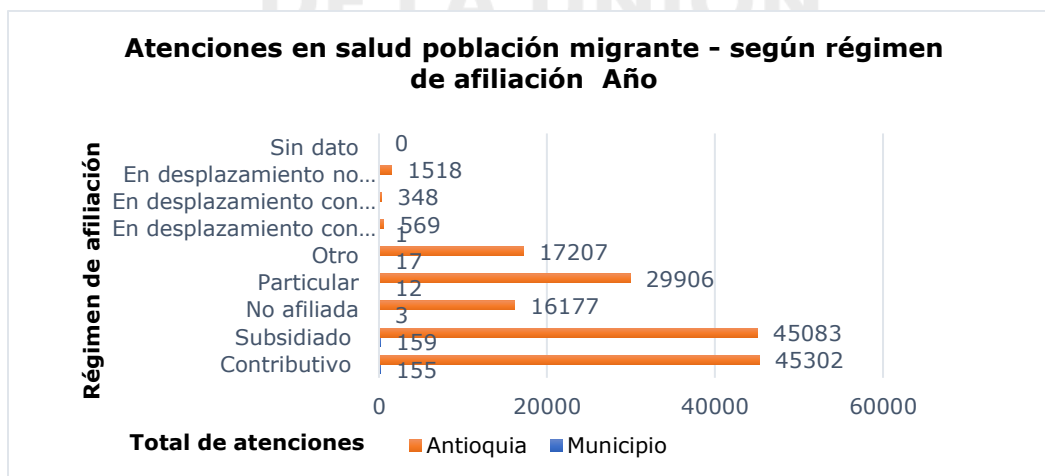


27

De acuerdo con la distribución por curso de vida, la mayoría de las personas migrantes se concentran en las etapas de adultez (30,7% hombres y 31,7% mujeres) y juventud (21,9% hombres y 21,6% mujeres), evidenciando una migración predominantemente joven y en edad productiva. Asimismo, se destaca una alta participación en primera infancia, especialmente en mujeres (27,9%), lo que refuerza la presencia de familias migrantes con niños pequeños y la necesidad de fortalecer las acciones en salud materno-infantil, nutrición y acceso a educación inicial. En contraste, la proporción de personas mayores es baja (10,5% en hombres y 4,3% en mujeres), lo que indica una migración limitada en la etapa de vejez.

Esta estructura demográfica sugiere que la población migrante contribuye activamente al crecimiento poblacional del municipio, con un perfil joven y laboralmente activo, pero que también demanda una atención diferenciada en salud pública, aseguramiento y acceso a servicios sociales, especialmente en temas de atención primaria, salud sexual y reproductiva, y atención integral a la niñez.

Tabla 8. Atenciones en salud a la población migrante 2024



En cuanto al régimen de afiliación de la población migrante la mayoría de la población migrante se encuentra afiliada al régimen subsidiado (159 personas)

al régimen contributivo (155 personas), lo que evidencia un avance en la vinculación de esta población al sistema general de seguridad social en salud. Este comportamiento es coherente con la tendencia departamental de Antioquia, donde ambos regímenes concentran porcentajes similares (29% contributivo y 28.9% subsidiado).

Sin embargo, se identifican brechas en el acceso a la afiliación, dado que aún persisten personas no afiliadas (3) y casos de afiliación particular o de otro tipo (29 en total), lo que podría reflejar dificultades en la regularización migratoria, desconocimiento de los procedimientos o inestabilidad laboral.

Este panorama resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de aseguramiento y caracterización de la población migrante, garantizando su acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente a quienes aún no están vinculados al sistema o presentan afiliaciones inestables.

28

Durante el año 2024 se registraron 632 atenciones en salud a población migrante en el municipio de La Unión, de las cuales el 69% correspondieron a personas provenientes de Venezuela y el 31% a otros países. La mayoría de las atenciones se concentraron en consulta externa (40%), procedimientos (32%) y dispensación de medicamentos (20%), evidenciando una mayor demanda de servicios ambulatorios y de control. Las urgencias (6%) y hospitalizaciones (2%) fueron menos frecuentes, lo que sugiere un acceso oportuno a la atención básica y preventiva. Además, se reportaron 5 nacimientos (1%), resaltando la importancia de fortalecer las acciones en salud sexual y reproductiva dirigidas a esta población.

1.2.6 Población Campesina

En el municipio de La Unión, la población campesina está conformada por 5.636 personas, de las cuales 2.888 son hombres y 2.748 mujeres, lo que representa una distribución equilibrada por sexo. La estructura etaria evidencia una mayor concentración en los grupos de 20 a 39 años, que agrupan cerca de un tercio del total, lo que refleja una población en edad productiva vinculada principalmente a actividades agropecuarias. Sin embargo, también se observa una disminución progresiva en los grupos de menor edad, especialmente entre los 0 y 14 años, lo que sugiere un proceso de envejecimiento rural y migración de jóvenes hacia la zona urbana en busca de oportunidades laborales y educativas.

Asimismo, la participación de personas mayores de 60 años (alrededor del 13%) resalta la necesidad de fortalecer estrategias de protección social, atención en salud y apoyo al relevo generacional rural, garantizando la sostenibilidad de la vida campesina y el reconocimiento de su papel fundamental en la producción de alimentos y el equilibrio territorial.

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

Tabla 9. Servicios habilitados IPS

Oferta Prestadores-Servicios De Salud Habilitados		
Grupo Servicio	Indicador	2024
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cérvico-uterinas	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnosticas	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	8



ALCALDÍA MUNICIPIO
DE LA UNIÓN



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	2
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	2
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	2



TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	1
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1

Tabla 10. Otros indicadores del sistema sanitario

Oferta Prestadores / Capacidad Instalada	
Indicador	2024
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,04
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,00
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,04
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0,22
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,00
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,00
Razón de camas por 1.000 habitantes	0,30

El municipio de La Unión cuenta con una oferta limitada de servicios de salud, concentrada principalmente en el primer nivel de atención, prestada por la ESE Hospital San Roque y algunas IPS privadas que apoyan la atención ambulatoria y de urgencias básicas.

Según los datos reportados para el año 2024, la razón de ambulancias básicas fue de 0,04 por cada 1.000 habitantes, lo que evidencia una disponibilidad moderada de transporte asistencial básico; sin embargo, no se registran ambulancias medicalizadas, lo cual limita la capacidad de respuesta ante emergencias de alta complejidad o traslados intermunicipales de pacientes críticos.

En cuanto a la capacidad hospitalaria, la razón de camas totales fue de 0,30 por cada 1.000 habitantes, de las cuales 0,22 correspondieron a camas de hospitalización de adultos. No se dispone de camas de cuidado intermedio ni intensivo, lo que implica que los casos que requieren manejo especializado deben ser remitidos a municipios de referencia como Rionegro o La Ceja, generando dependencia funcional de la red subregional.

Estos datos reflejan una baja capacidad instalada frente a los estándares nacionales recomendados (1,5 a 2 camas por 1.000 habitantes), lo que plantea la necesidad de fortalecer la infraestructura hospitalaria, ampliar la red de servicios y consolidar la articulación con la red de referencia y contrarreferencia del departamento.

Caracterización EAPB: De acuerdo con las proyecciones poblacionales del DANE (2025), el municipio de La Unión cuenta con 23.240 habitantes, de los cuales se encuentran 23.940 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que equivale a una cobertura del 103,1 %, indicando que la totalidad de la población se encuentra asegurada y que existe un margen de

afiliaciones provenientes de personas no residentes permanentes en el territorio.

En cuanto al régimen de afiliación, el 57,3 % de los usuarios pertenecen al régimen contributivo (13.342 personas), mientras que el 42,8 % hacen parte del régimen subsidiado (10.254 personas). Además, el municipio cuenta con 238 afiliados en el régimen de excepción y 106 pertenecientes a la Fuerza Pública, evidenciando un acceso casi universal al aseguramiento en salud.

Respecto a las EAPB que operan en el municipio, se destaca la participación de SURA EPS como la entidad con mayor número de afiliados (8.257 personas), seguida de Savia Salud EPS con 8.179 afiliados y Nueva EPS con 4.168 usuarios. En menor proporción, Salud Total EPS cuenta con 2.986 afiliados, mientras que EPM y Coosalud registran una presencia marginal con 4 y 2 afiliados, respectivamente.

En términos de composición por régimen, SURA EPS concentra la mayoría de los afiliados del régimen contributivo (6.792), mientras que Savia Salud EPS agrupa la mayor cantidad de población del régimen subsidiado (6.775). Nueva EPS mantiene una participación equilibrada con 2.997 afiliados subsidiados y 1.171 contributivos, mientras que Salud Total EPS concentra principalmente afiliados contributivos (2.144) y en menor medida subsidiados (842).

En síntesis, el municipio de La Unión presenta un alto nivel de aseguramiento y diversidad de EAPB, con predominio de entidades de amplia cobertura regional (SURA, Savia Salud y Nueva EPS). La estructura del aseguramiento refleja una población económicamente activa consolidada en el régimen contributivo y una cobertura subsidiada efectiva para las poblaciones vulnerables, lo que contribuye a la garantía del derecho a la salud en el territorio.

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

1.4.1 Políticas Públicas Municipales

El municipio de La Unión, Antioquia, en el marco de su gestión territorial, reconoce la importancia de las políticas públicas como instrumentos de planificación y acción intersectorial que permiten garantizar el bienestar y la equidad social de su población. En un territorio caracterizado por su diversidad rural, cultural y económica, las políticas públicas buscan responder a las necesidades sociales, de salud y de desarrollo humano, abordando los determinantes sociales que inciden directamente en la calidad de vida de sus habitantes.

Desde la Secretaría de Salud y Protección Social, se lidera la coordinación y seguimiento de las políticas públicas municipales, las cuales se articulan con el Plan de Desarrollo Local, el Plan Decenal de Salud Pública y los lineamientos departamentales y nacionales. Estas políticas abarcan diferentes grupos

poblacionales y dimensiones del desarrollo humano, con el propósito de promover la inclusión, la equidad y el acceso a los derechos sociales.

Actualmente, el municipio cuenta con las siguientes políticas públicas adoptadas mediante acuerdo municipal:

- **PRIMERA INFANCIA, INFANCIA ADOLESCENCIA Y FAMILIA:** El Acuerdo Municipal No. 015 de 2019, por medio del cual se actualiza la Política Pública para la Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar en el municipio de La Unión, Antioquia (2019–2030), deroga el Acuerdo No. 002 de 2008 y constituye el principal instrumento orientador de las acciones dirigidas a este grupo poblacional. Actualmente, la política se encuentra en proceso de asistencia técnica y seguimiento, con la finalidad de realizar ajustes en su marco normativo y fortalecer su implementación. Su desarrollo se articula a través de los ejes estratégicos definidos en el Comité Interinstitucional de Erradicación del Trabajo Infantil (CIETI), que actúa como mecanismo articulador según lo establecido en el Decreto No. 0124 de 2024. Asimismo, el municipio cuenta con un diagnóstico situacional de la primera infancia y un plan de acción que incorpora los ejes estratégicos de la política, permitiendo orientar las intervenciones hacia la garantía de los derechos, el bienestar y el fortalecimiento familiar.
- **JUVENTUD:** El Acuerdo Municipal No. 002 de 2019 adopta la Política Pública de Juventud 2019–2027 del municipio de La Unión, Antioquia, con el propósito de promover la participación, el desarrollo integral y el ejercicio pleno de los derechos de los jóvenes. Actualmente, esta política se encuentra en proceso de acompañamiento técnico orientado a la revisión y ajuste de su contenido, con el fin de actualizar sus estrategias y acciones conforme a las nuevas dinámicas y necesidades identificadas en la población juvenil del territorio.
- **ADULTO MAYOR:** El Acuerdo Municipal No. 014 de 2022 actualiza la Política Pública de Envejecimiento y Vejez del municipio de La Unión, Antioquia, derogando el Acuerdo No. 007 de 2018. En el año 2022 se realizó un ajuste técnico mediante el cual se definieron como sujetos de esta política las personas mayores de la zona urbana y rural mayores de 60 años, así como aquellas de 55 años o más que presenten desgaste físico, vital o psicológico, o que se encuentren en situación de discapacidad o extrema pobreza. Actualmente, no se requieren nuevos ajustes técnicos a la política, más allá de los relacionados con la normatización de las instancias de participación y la asistencia de los secretarios municipales que integran las mesas de trabajo correspondientes.
- **SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL:** El Acuerdo Municipal No. 015 de 2016 establece el Plan Local de Seguridad Alimentaria 2016–2025 para el municipio de La Unión, Antioquia. Actualmente, se están desarrollando mecanismos de participación y procesos de diagnóstico con el fin de evaluar el estado y los resultados del acuerdo vigente, dado que el plan decenal se

encuentra próximo a culminar. Se evidencia la necesidad urgente de actualización y formulación de un nuevo acuerdo municipal, que se alinee con el Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia 2020–2031, garantizando la continuidad de las acciones orientadas a la soberanía alimentaria, la nutrición adecuada y la reducción de inequidades en el acceso a los alimentos.

- **DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL:** El Acuerdo Municipal No. 006 de 2018 tiene como propósito garantizar el goce pleno y en condiciones de igualdad de los derechos de las personas con discapacidad, promoviendo la no discriminación, la integración social, el desarrollo humano y la participación comunitaria. Este acuerdo fue posteriormente modificado en su artículo décimo primero, precisando que la política se financiará con recursos del Sistema General de Participaciones, recursos propios municipales, libre inversión y otras fuentes provenientes de la administración local. En la actualidad, se encuentra en proceso de actualización la Política Pública Departamental de Discapacidad, a la cual deberán alinearse los aspectos normativos y conceptuales de la política municipal. En este contexto, el municipio adelanta mesas de trabajo y ejercicios de diagnóstico participativo, orientados a fortalecer los insumos técnicos y sociales que permitan iniciar la actualización de la política local una vez entre en vigencia la nueva directriz departamental.
- **EQUIDAD DE GÉNERO PARA LA MUJER:** El Acuerdo Municipal No. 015 de 2018 adopta la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres 2019–2027 del municipio de La Unión, Antioquia, con el propósito de promover la igualdad de derechos, oportunidades y condiciones entre mujeres y hombres, así como de garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres en los ámbitos social, político, económico y cultural. Actualmente, la política se encuentra en proceso de asistencia técnica y ajustes para la actualización de su marco normativo, incorporando un mecanismo articulador que permita fortalecer su implementación, seguimiento y evaluación interinstitucional. Este proceso busca garantizar la transversalización del enfoque de género en las diferentes dependencias de la administración municipal y en las políticas públicas locales.
- **SALUD MENTAL:** El Acuerdo Municipal No. 021 de 2019 deroga el Acuerdo No. 006 de 2011 y actualiza la Política Pública de Salud Mental del municipio de La Unión, con el propósito de promover el bienestar emocional, prevenir los trastornos mentales y fortalecer la atención integral en salud mental desde un enfoque comunitario, intersectorial y de derechos. En la actualidad, la política se encuentra en proceso de asistencia técnica, avanzando en la realización de diagnósticos participativos y en la actualización de sus componentes estratégicos y normativos, con el fin de garantizar su articulación con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y las directrices del nivel departamental y nacional.

EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA: El Acuerdo Municipal No. 002 de 2015 establece la Política Pública de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía en el municipio de La Unión, con el objetivo de promover procesos formativos que fortalezcan los derechos sexuales y reproductivos, la equidad de género y la construcción de ciudadanía desde una perspectiva integral de salud y convivencia.

En la actualidad, no existe en el país una política nacional formalizada mediante acto administrativo; por ello, la implementación en el municipio se orienta a partir de los lineamientos establecidos en la Resolución 3280 de 2018, el Plan Decenal de Salud Pública y el Plan de Salud Municipal, garantizando la articulación con las acciones de salud sexual y reproductiva, educación y promoción de derechos.

35

- **PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD:** El Decreto Municipal No. 0022 de 2021 adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS), en concordancia con la Resolución 2063 del 9 de junio de 2017, la cual promueve el empoderamiento ciudadano, el control social y la articulación entre la comunidad y los actores del sistema de salud.

En la actualidad, no es obligatoria su actualización, a menos que el municipio considere necesario realizar ajustes derivados de cambios en la administración local o por desalineación con el Plan de Desarrollo Municipal, garantizando así su coherencia con las dinámicas territoriales y de gestión en salud pública.

- **AGUAS Y SANEAMIENTO BÁSICO:** El Acuerdo 015 de 2013 adopta la Política Pública para el Fortalecimiento de las Comunidades Organizadas que prestan el servicio de agua y saneamiento básico en el municipio de La Unión, Antioquia. Esta política se enmarca en la normativa nacional y departamental relacionada con la gestión integral del recurso hídrico, la calidad del agua y la protección de cuencas.

Entre sus referentes se destacan la Resolución 1256 de 2021, que reglamenta el uso de aguas residuales, y el CONPES 3810 de 2014, sobre gestión sostenible del recurso hídrico. En el ámbito departamental, el Plan Departamental de Aguas y la Ordenanza 19 de 2015 promueven la conservación de ecosistemas estratégicos para el agua.

Estado actual: se recomienda actualizar el marco normativo municipal para su alineación con los lineamientos nacionales y departamentales vigentes.

- **TURISMO:** El Acuerdo 014 de 2019 adopta la Política Pública de Turismo para el municipio de La Unión, Antioquia, con el propósito de promover un desarrollo turístico sostenible, articulado a la protección de los recursos y atractivos locales. Esta política se orienta por la Ley 2068 de 2020 (Ley de Turismo), que actualiza el marco normativo nacional del sector.

En el ámbito departamental, se articula con la Ordenanza 02 de 2023, que adopta la Política Pública de Turismo Sostenible de Antioquia, y con el Plan Sectorial de Turismo 2022–2026, que define metas y acciones estratégicas para el fortalecimiento del sector.

Estado actual: se recomienda la actualización del marco normativo municipal para su alineación con la legislación nacional y departamental vigente.

En general, las políticas públicas del municipio requieren actualización técnica y normativa, fortalecimiento de las instancias de participación y acompañamiento interinstitucional para la consolidación de sus planes de acción. Se identifica la necesidad de fortalecer la participación de la comunidad en las mesas de diagnóstico y formulación, así como el compromiso de las diferentes secretarías municipales para garantizar la integralidad y sostenibilidad de los procesos.

El reto principal consiste en avanzar hacia políticas públicas más operativas, evaluables y articuladas entre sí, que integren los enfoques de equidad, derechos humanos, salud pública y desarrollo sostenible, en coherencia con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.

36

1.4.2 Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores relacionados

La Agenda Antioquia 2040 constituye el horizonte estratégico de desarrollo del Departamento, orientado hacia la construcción de territorios equitativos, educados, competitivos, sostenibles, multiculturales y en paz. Este instrumento de planificación de largo plazo busca consolidar un proyecto común para los territorios, articulando actores públicos, privados, comunitarios y sociales en torno a un modelo de desarrollo incluyente, sostenible y centrado en el bienestar de las personas.

En coherencia con esta visión departamental, el municipio de La Unión ha identificado sus principales demandas sociales a través de procesos de planeación participativa, las cuales reflejan las prioridades de su ciudadanía frente a los desafíos del territorio. Estas demandas se concentran en: desarrollo rural y agropecuario (30,29%), cultura e identidades (20,89%), desarrollo económico (13,84%), ambiente y sostenibilidad (9,66%), educación (9,14%), salud (5,74%) e infraestructura, movilidad y transporte (3,92%).

La visión de la Agenda 2040 en el municipio de La Unión proyecta un territorio que desea ser reconocido por su desarrollo (35%), por el turismo (29%), por la educación de su gente (17%) y por la equidad en sus oportunidades (11%). Actualmente, el municipio se reconoce por su diversidad natural, su riqueza cultural, el potencial turístico, su desarrollo económico local y la calidez de sus habitantes, factores que constituyen pilares para el bienestar y la sostenibilidad del territorio.

En coherencia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), las acciones estratégicas priorizadas en el marco de la Agenda 2040 se orientan a la reducción de las desigualdades, la producción y el consumo responsables, y la protección de la vida de los ecosistemas terrestres, reconociendo que el equilibrio ambiental y social es fundamental para un desarrollo sostenible e inclusivo.

De esta manera, la Agenda 2040 en La Unión articula su desarrollo con el pilar de Territorio Equitativo, impulsando estrategias para la garantía de derechos, la salud integral, la seguridad alimentaria, el acceso a infraestructuras sociales y la participación ciudadana en los procesos de transformación local. Sin embargo, persisten desafíos asociados a la sostenibilidad económica del sector agropecuario, la cobertura de servicios en áreas rurales y la consolidación de una gobernanza participativa que involucre activamente a la comunidad.

Así, el municipio asume la Agenda 2040 como un marco de planificación que orienta sus políticas públicas y el Plan Territorial de Salud 2023–2027 hacia la construcción de un territorio más equitativo, competitivo y sostenible, articulando sus apuestas locales con los objetivos estratégicos del Departamento y con la agenda global de los ODS.

37

1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social

Durante el año 2025, la Secretaría de Salud y Protección Social del municipio de La Unión, en articulación con la ESE Hospital San Roque y la Política Pública de Participación Social en Salud, desarrolló diversas acciones de cartografía social como parte del proceso de reconocimiento del territorio y fortalecimiento de la vigilancia basada en la comunidad (VBC).

Estas actividades se enmarcan en la estrategia denominada “Curso de formación en salud para líderes comunitarios”, cuyo propósito es capacitar a representantes de las veredas en temas de salud pública, autocuidado, gestión del riesgo y participación social, promoviendo la conformación de la Red de Vigilancia Comunitaria en Salud (ReVCom).

El ejercicio de cartografía social permitió realizar un análisis participativo del territorio rural, donde la comunidad identificó los principales riesgos ambientales, sanitarios y sociales, así como los recursos locales disponibles para la promoción de la salud y la respuesta ante emergencias. Este proceso se desarrolló especialmente en las veredas San Juan, Chalarca, Vallejuelito, La Almería, Mesopotamia y Quebrada Negra, priorizadas por su alta participación comunitaria y por concentrar eventos de interés en salud pública durante los años anteriores.

A través de estas jornadas se evidenció que La Unión presenta condiciones territoriales diversas, con problemáticas que reflejan tanto los retos como las oportunidades para el desarrollo local. En varias veredas, la disposición inadecuada de residuos sólidos, la falta de acueducto veredal y la contaminación de fuentes hídricas constituyen riesgos ambientales que inciden en la salud de la población. También se reconocen riesgos por deslizamientos, inundaciones y avenidas torrenciales, especialmente en sectores como La Almería y Mesopotamia, que requieren fortalecimiento de la gestión del riesgo y articulación con los organismos de socorro.

Desde el componente social, la comunidad destacó problemáticas relacionadas con la violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias psicoactivas, la salud mental y la prevención del suicidio, manifestando la necesidad de continuar con los procesos educativos y de acompañamiento psicosocial, especialmente con jóvenes y familias rurales. Asimismo, se identificaron factores de riesgo en salud pública como accidentes rápidos, zoonosis y la presencia de pozos sépticos cercanos a viviendas, lo que refleja la importancia de continuar con estrategias de saneamiento básico y promoción del entorno saludable.

Estos ejercicios participativos han fortalecido el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud en el territorio, permitiendo que las comunidades visualicen las relaciones entre su entorno, las condiciones de vida y el bienestar colectivo. Además, han generado compromisos comunitarios orientados a la protección del ambiente, el fortalecimiento de la convivencia, el autocuidado y la corresponsabilidad en salud.

38

El análisis territorial derivado de la cartografía social ofrece una lectura integral del municipio de La Unión, evidenciando que el territorio combina un fuerte sentido de identidad comunitaria con desafíos persistentes en materia de infraestructura sanitaria, salud mental, acceso a servicios y condiciones ambientales seguras. Este reconocimiento contribuye a orientar la planeación en salud pública, articulando la participación comunitaria con la gestión intersectorial para la promoción de entornos saludables y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente los relacionados con salud y bienestar (ODS 3), reducción de desigualdades (ODS 10) y vida de ecosistemas terrestres (ODS 15).

1.6 Conclusiones del capítulo

El análisis del contexto territorial, poblacional, institucional y social del municipio de La Unión, Antioquia, evidencia un territorio con grandes potencialidades en su desarrollo rural, cultural y social, pero también con desafíos estructurales que requieren una gestión articulada y sostenible. La geografía montañosa, las condiciones climáticas variables y la dispersión rural influyen directamente en la accesibilidad a los servicios de salud, la movilidad de la población y la oportunidad en la atención, especialmente en las zonas más alejadas del casco urbano.

Desde el componente demográfico, se observa una población equilibrada entre hombres y mujeres, con una tendencia al envejecimiento progresivo y una participación importante de población joven en etapa productiva. La dinámica migratoria y la movilidad forzada, aunque han disminuido en comparación con años anteriores, continúan reflejando las huellas del conflicto armado y la necesidad de fortalecer los mecanismos de atención psicosocial, integración social y reparación colectiva. La presencia de comunidades campesinas, que representan una proporción significativa del total poblacional, resalta la importancia de garantizar la equidad en el acceso a la salud, la educación, la vivienda digna y las oportunidades económicas en el territorio rural.

En el ámbito institucional, el municipio cuenta con una estructura sólida de protección social liderada por la Secretaría de Salud y Protección Social, que articula las políticas, programas y estrategias del Plan Territorial de Salud con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. Las políticas públicas municipales en materia de primera infancia, juventud, adulto mayor, discapacidad, equidad de género, salud mental y participación social, entre otras, reflejan un compromiso institucional con el bienestar y la inclusión, aunque la mayoría se encuentran en proceso de ajuste técnico o actualización normativa, lo cual constituye un reto para su efectiva implementación y evaluación.

39

La alineación con la Agenda Antioquia 2040 permite evidenciar que La Unión comparte la visión departamental de un territorio equitativo, educado, competitivo, sostenible y en paz. Las principales demandas sociales identificadas como desarrollo rural y agropecuario, cultura, educación, salud y sostenibilidad ambiental, expresan las prioridades de la comunidad unitense para el futuro. La visión local hacia 2040 destaca el propósito de ser reconocido por su desarrollo económico, el turismo, la educación y la equidad, coherente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente en la reducción de desigualdades, el consumo y producción responsables y la protección de los ecosistemas terrestres.

Finalmente, los ejercicios de cartografía social y los COVECOM desarrollados a lo largo del año fortalecieron el reconocimiento del territorio y la participación comunitaria en salud. Estos espacios permitieron identificar factores de riesgo ambiental, social y sanitario, además de promover el empoderamiento de los líderes rurales a través de la Red de Vigilancia Comunitaria en Salud (ReVCom). El conocimiento construido desde la comunidad evidencia que los principales retos del municipio se concentran en el saneamiento básico, la gestión del riesgo, la salud mental y el acceso equitativo a servicios de salud en zonas rurales dispersas.

En conclusión, La Unión avanza en la consolidación de un modelo de gobernanza local que reconoce su diversidad territorial, promueve la participación ciudadana y busca integrar los determinantes sociales de la salud en sus procesos de planeación. No obstante, persisten desafíos en la actualización y operatividad de las políticas públicas, el fortalecimiento de la red de servicios en salud y la articulación intersectorial, aspectos fundamentales para lograr un desarrollo territorial inclusivo, equitativo y sostenible.

2. CAPITULO 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

El municipio de La Unión se caracteriza por su vocación agrícola, conservando una fuerte tradición campesina. Aproximadamente el 44.3% de su territorio está dedicado al cultivo, principalmente por los campesinos locales. Los cultivos más predominantes son la papa, uchuva, fresa y, en los últimos años, ha habido un notable aumento en la producción de flores tipo hortensia. Además, una parte de la población rural se dedica a la ganadería y a la producción de leche.

Otra actividad importante en el municipio es la minería, especialmente la explotación del Caolín, mineral que se extrae de varias minas en la región. Esta actividad minera está siendo desarrollada por empresas privadas, generando oportunidades de empleo formal para los habitantes del municipio.

En cuanto a su potencial ecoturístico, La Unión cuenta con una oferta atractiva para los turistas. La presencia de fincas lecheras, cultivos de papa y plantas aromáticas, sumada a su variada topografía, hacen del municipio un lugar ideal para la práctica de deportes de aventura. Estas características convierten a La Unión en un destino atractivo para quienes buscan disfrutar del ecoturismo y las actividades al aire libre.

Por otro lado, la población del área urbana se dedica principalmente a actividades de comercio, lo que complementa la dinámica económica del municipio.

2.2 Condiciones de vida del territorio

Tabla 11. Condiciones de vida

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad 2023 (índice de cobertura de energía eléctrica ICEE Unidad de Planeación Minero Energética - UPME 2025)	100	100
Cobertura de acueducto (DNP - TerriData) 2022	98.8	64.7
Cobertura de alcantarillado (DNP - TerriData) 2022	98.4	14.2

En el municipio de La Unión, la cobertura de energía eléctrica alcanza el 100% tanto en la cabecera como en el área rural, lo que evidencia un acceso universal a este servicio esencial. Sin embargo, se observan diferencias importantes en los servicios de acueducto y alcantarillado: mientras en la cabecera municipal las coberturas son del 98,8% y 98,4% respectivamente, en el resto del territorio solo alcanzan 64,7% en acueducto y 14,2% en alcantarillado. Estas brechas reflejan inequidades territoriales en infraestructura básica, que pueden incidir

En las condiciones de salud pública, particularmente en el acceso a agua segura, el saneamiento básico y la prevención de enfermedades de origen hídrico, siendo un reto prioritario para la gestión municipal y la planeación rural.

Tabla 12. Seguridad Alimentaria

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	La Unión	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	12.4	-	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗

41

El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en el municipio de La Unión para el año 2024 fue de 12,4%, cifra superior al promedio departamental de 11,3%. Aunque el indicador presenta una tendencia fluctuante en los últimos años, se mantiene dentro de un rango que requiere seguimiento, dado su impacto en la morbilidad y mortalidad infantil. Este comportamiento refleja la necesidad de reforzar las acciones en salud materna y perinatal, con énfasis en la nutrición de las gestantes, el control prenatal oportuno y de calidad, y el seguimiento a los determinantes sociales que influyen en el desarrollo intrauterino, especialmente en zonas rurales del municipio.

Tabla 13. Cobertura de la vacunación PAI

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia		Diferencias relativas	Comportamiento																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
---------------------------------------	-----------	--	-----------------------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En el municipio de La Unión, las coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) presentan un comportamiento heterogéneo entre biológicos. Para el año 2024, la cobertura de BCG fue de 4,7%, cifra muy inferior al promedio departamental (88,6%). Esta situación se explica principalmente porque la mayoría de los nacimientos de los niños y niñas residentes en La Unión ocurren en hospitales de otros municipios, especialmente en Rionegro, donde reciben la vacuna BCG al nacer, pero se registran estos datos en el sistema nominal del municipio de nacimiento.

Por el contrario, las vacunas DPT (100,4%), Polio (101,3%) y Triple Viral (96,6%) alcanzan o superan las coberturas ideales ($\geq 95\%$), reflejando una

adecuada gestión del programa PAI y un fortalecimiento en las estrategias de búsqueda activa y vacunación en población infantil. A lo largo de los últimos años se evidencia una mayor estabilidad en las coberturas, lo que demuestra avances en la planeación, disponibilidad de biológicos y seguimiento a las metas.

Tabla 14. Cobertura de educación

Indicadores	Antioquia	La Unión	Diferencias relativas
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE) 2018	4.5	4.89	1.0964
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN) 2022	103.3	102.7	0.9944
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundaria (MEN) 2022	115.4	105.9	0.9172
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN) 2022	94.2	79.3	0.8418

42

En el municipio de La Unión, el porcentaje de hogares con analfabetismo (4,89%) se mantiene ligeramente por encima del promedio departamental (4,5%), lo que indica una brecha pequeña pero persistente en el acceso a la educación básica, especialmente en zonas rurales.

En cuanto a la cobertura bruta en educación, se observa un buen desempeño en el nivel primario (102,7%), con valores cercanos al promedio de Antioquia (103,3%), lo que sugiere una amplia inclusión de la población infantil en edad escolar. Sin embargo, en los niveles secundaria (105,9%) y media (79,3%), las coberturas son inferiores al referente departamental (115,4% y 94,2% respectivamente), reflejando una disminución progresiva en la permanencia educativa a medida que avanza el ciclo escolar.

Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de retención y continuidad educativa en adolescentes y jóvenes, especialmente en el sector rural, donde las condiciones económicas, el desplazamiento hacia centros urbanos y las responsabilidades familiares pueden incidir en la deserción escolar.

Tabla 15. Pobreza (NBI o IPM)

Necesidades Básicas Insatisfechas por Categorías %	Prop de Personas en NBI (%)	Prop de Personas en miseria	Componente vivienda	Componente Servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia	Componente dependencia económica
Total	6.67	0.36	0.05	0.01	1.88	1.05	4.07
Cabecera	4.79	0.06	0.06	0.00	1.39	1.02	2.41
Centros Poblados y Rural Disperso	9.55	0.82	0.05	0.04	2.63	1.10	6.61

En el municipio de La Unión, el 6,67% de la población presenta Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), lo que refleja condiciones generales de vida favorables. No obstante, existen diferencias significativas entre la zona urbana y la rural, con un NBI del 4,79% en la cabecera y 9,55% en el área rural, donde

predominan las carencias por dependencia económica y hacinamiento. La proporción de personas en miseria es baja (0,36%), y los componentes de vivienda y servicios básicos muestran buena cobertura. Sin embargo, la inasistencia escolar y las limitadas oportunidades en el campo siguen siendo desafíos. En conjunto, estos resultados reflejan un municipio con buenas condiciones de bienestar básico, pero con desigualdades territoriales que demandan fortalecer la inversión social rural, la educación y las oportunidades económicas para reducir las brechas de pobreza.

2.2 Dinámicas de convivencia en el territorio

En el municipio de La Unión, los factores culturales están fuertemente influenciados por la religión, predominando el catolicismo, seguido en menor proporción por las creencias cristianas y evangélicas, las cuales moldean costumbres, valores y prácticas sociales. La migración ha introducido una diversidad cultural que enriquece el territorio, pero también puede generar tensiones y discriminación cuando no hay apertura hacia la diferencia.

En el ámbito psicológico, el conflicto armado ha dejado secuelas significativas, con víctimas que enfrentan traumas emocionales, ansiedad y desconfianza social, dificultando su integración comunitaria. Estos efectos se suman a los desafíos de convivencia y cohesión social tanto entre víctimas del conflicto como entre población migrante y habitantes locales, evidenciando la necesidad de fortalecer los procesos de inclusión, reconciliación y salud mental en el territorio.

Tabla 16. Factores psicológicos y culturales

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	La Unión
Tasa de violencia intrafamiliar. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	47.5	43.7
Tasa de Violencia contra la mujer. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	52.2	60.0

En relación con los determinantes intermedios de la salud, los indicadores de violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer reflejan dinámicas sociales que inciden directamente en el bienestar físico y emocional de la población. En el año 2023, La Unión presentó una tasa de violencia intrafamiliar de 43,7 por cada 100.000 habitantes, ligeramente inferior al promedio departamental (47,5); sin embargo, la violencia contra la mujer alcanzó una tasa de 60,0, superando el valor de Antioquia (52,2). Estas cifras evidencian la persistencia de patrones culturales de desigualdad de género y la necesidad de fortalecer los mecanismos de prevención, atención psicosocial y empoderamiento femenino, así como la articulación interinstitucional para la detección temprana y el abordaje integral de los casos de violencia en el municipio.

2.3 Análisis de la población en condición de discapacidad

Ilustración 9. Pirámide de la población con discapacidad

Alcaldía de La Unión, Antioquia. Nit. 890.981.995-0

Cra 10 # 10 - 15 Parque Principal | Tel: 604 556 0610 | contactenos@launion-antioquia.gov.co

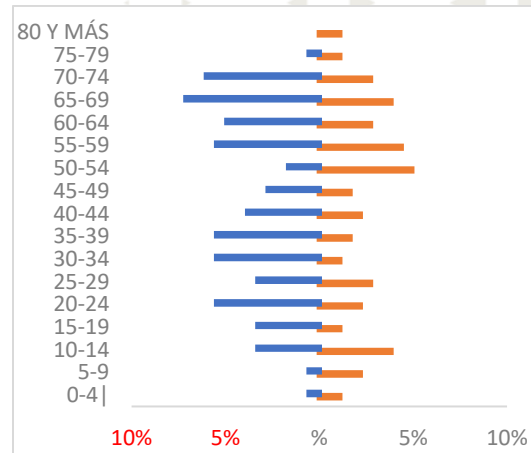


Alcaldía de La Unión



alcaldiadelaulion

www.launion-antioquia.gov.co



En el municipio de La Unión, para el año 2025, se registran 183 personas en condición de discapacidad, de las cuales 109 son hombres (59,6%) y 74 son mujeres (40,4%), evidenciando una mayor prevalencia en el sexo masculino. La distribución por edad muestra una concentración en los grupos de 60 a 69 años (10,9%) y de 65 a 74 años (9,8%), lo que indica una mayor proporción de discapacidad asociada al envejecimiento. Sin embargo, también se observa presencia en población joven y en edad productiva (especialmente entre los 20 y 39 años), lo que plantea retos para la inclusión laboral y educativa.

Esta estructura poblacional resalta la importancia de fortalecer los programas de rehabilitación funcional, inclusión social y accesibilidad, así como la articulación con la política pública de discapacidad para garantizar el acceso a servicios de salud, educación y participación comunitaria, tanto en el área urbana como rural del municipio.

Tabla 17. Clasificación del tipo de discapacidad por categoría

Categoría Discapacidad	Hombres	Proporción Hombres**	Mujeres	Proporción Mujeres**
Física	70	64.2	47	63.5
Visual	13	11.9	11	14.9
Auditiva	8	7.3	4	5.4
Intelectual	43	39.4	25	33.8
Psicosocial (Mental)	41	37.6	26	35.1
Sordoceguera	0	0.0	0	0.0
Múltiple	50	45.9	30	40.5
Total	109		74	

En el municipio de La Unión, las principales discapacidades reportadas en 2025 corresponden a las categorías física (63.9%), múltiple (43.7%), intelectual (37.2%) y psicosocial o mental (36.6%), evidenciando que muchas personas presentan más de una limitación funcional. Al analizar por sexo, se observa que los hombres presentan mayores proporciones en casi todas las categorías, especialmente en discapacidad física (64.2%) e intelectual (39.4%), mientras que las mujeres destacan en las discapacidades visual (14.9%) y psicosocial (35.1%).

Estos datos reflejan la necesidad de fortalecer las acciones de detección temprana, rehabilitación integral, acompañamiento psicosocial y adaptación de entornos, además de promover estrategias de inclusión educativa, social y laboral. También se requiere avanzar en la caracterización actualizada de la población con discapacidad para orientar la planeación de servicios y la articulación con la red de apoyo municipal y departamental.

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

A partir de la cartografía social y de los espacios participativos como los COVECOM, se identifican diversas condiciones que inciden en el bienestar social y en la salud de la población. Entre los eventos más reportados en el sistema de vigilancia SIVIGILA durante los años 2024 y 2025 se destacan los accidentes rábicos, las violencias basadas en género y el intento de suicidio, reflejando problemáticas de convivencia, violencia intrafamiliar y salud mental que requieren abordajes intersectoriales y comunitarios.

En cuanto a las condiciones económicas, aunque en el municipio existen empresas formales que generan empleo, predomina la actividad agrícola y el trabajo informal, lo que dificulta la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la estabilidad laboral. Esta situación se traduce en desigualdades de ingresos, acceso limitado a servicios sociales y mayor vulnerabilidad económica, especialmente en la población rural. A esto se suma que los pagos no son proporcionales a la carga laboral, lo cual impacta en la calidad de vida de los trabajadores y sus familias.

En el componente social y cultural, se evidencia una fuerte influencia religiosa (principalmente católica y en menor medida cristiana y evangélica), que orienta muchas de las prácticas y normas comunitarias, así como las percepciones sobre temas de salud sexual y reproductiva, familia y convivencia. La presencia de población migrante también ha generado nuevos retos en la cohesión social y la integración cultural, requiriendo estrategias de inclusión y reducción de la discriminación.

Por otro lado, el municipio ha sido impactado por los efectos del conflicto armado y el desplazamiento forzado, con un número significativo de víctimas que aún enfrentan secuelas emocionales, traumas psicológicos y dificultades de inserción social y económica. Estos factores, junto con el aumento del consumo de sustancias psicoactivas y las patologías duales, demandan un fortalecimiento de la atención psicosocial, la oferta de espacios de participación comunitaria y la articulación con redes de apoyo.

En síntesis, las condiciones sociales y económicas del municipio reflejan una realidad heterogénea, marcada por desigualdades territoriales, tensiones en la convivencia y desafíos en salud mental y laboral, lo que exige una intervención integral que combine estrategias de inclusión social, generación de ingresos dignos y fortalecimiento de la salud pública territorial.

2.6 Conclusiones del capítulo

El análisis de los determinantes sociales de la salud en el municipio de La Unión evidencia que, aunque existen avances significativos en coberturas de servicios básicos como energía eléctrica, acueducto y alcantarillado en la cabecera municipal, aún se mantienen brechas importantes entre el área urbana y rural, especialmente en el acceso a agua potable y saneamiento. Estas desigualdades territoriales reflejan la necesidad de fortalecer la infraestructura y la gestión de los servicios públicos rurales.

En materia educativa, el municipio presenta niveles favorables de cobertura en primaria y secundaria, aunque persisten desafíos en la educación media y en la reducción del analfabetismo, principalmente en zonas rurales. Las condiciones económicas muestran una marcada prevalencia de informalidad laboral, lo cual limita la estabilidad de los ingresos y la afiliación al sistema de seguridad social, afectando las condiciones de vida y bienestar de las familias.

El índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) refleja un panorama más crítico en los centros poblados y zonas rurales dispersas, donde la pobreza y la dependencia económica son más elevadas. Estos factores, sumados a las dificultades de acceso a servicios sociales, se constituyen en determinantes estructurales de la inequidad en salud.

En el ámbito social y cultural, la fuerte influencia religiosa configura las normas y comportamientos comunitarios, mientras que la presencia de población migrante plantea nuevos retos para la inclusión y la cohesión social. Asimismo, los efectos del conflicto armado interno y el desplazamiento forzado siguen impactando las dinámicas familiares y comunitarias, generando necesidades de atención psicosocial y de fortalecimiento del tejido social.

En el componente de seguridad y convivencia, las tasas de violencia intrafamiliar y de violencia contra la mujer reflejan problemáticas persistentes que afectan de manera directa el bienestar emocional y social, especialmente de mujeres, niñas y adolescentes. A esto se suma el incremento del consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos mentales asociados, lo cual demanda acciones integrales de prevención, atención y rehabilitación desde la salud pública y el ámbito educativo.

Finalmente, los hallazgos de la cartografía social evidencian que las condiciones sociales, económicas y culturales del municipio están estrechamente interrelacionadas y determinan en gran medida las inequidades en salud. En consecuencia, se requiere mantener un enfoque intersectorial, territorial y participativo, que permita abordar los determinantes sociales desde la planificación local, fortaleciendo la atención primaria en salud, la promoción de la equidad y la inclusión social como pilares para mejorar las condiciones de vida de la población unionense.

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

El presente capítulo analiza la situación de salud de la población del municipio de La Unión, a partir del comportamiento de la morbilidad, la mortalidad y las principales problemáticas que afectan la calidad de vida de sus habitantes. Se busca identificar las causas más relevantes de enfermedad y muerte, así como los factores sociales, económicos, culturales y ambientales que influyen en estas condiciones. Este análisis permite comprender las dinámicas del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva territorial, reconociendo las desigualdades existentes entre zonas urbanas y rurales, los determinantes sociales asociados y las necesidades prioritarias que orientan la planeación en salud pública del municipio.

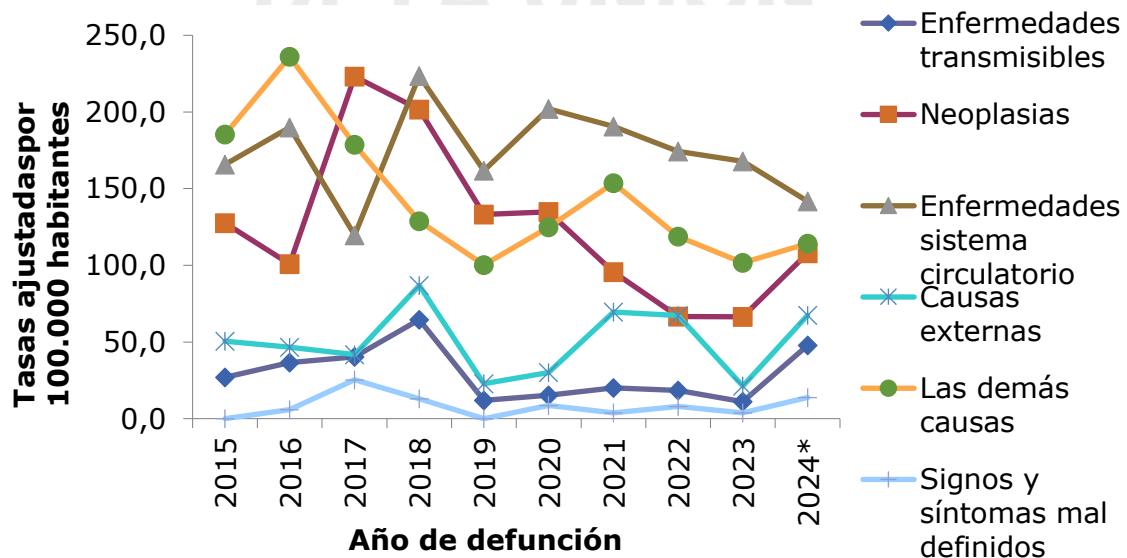
47

3.1 Análisis de la mortalidad

El análisis de la mortalidad en el municipio de La Unión permite identificar las principales causas de muerte y sus tendencias en el tiempo, aportando información clave para la priorización de intervenciones en salud pública. Este componente refleja no solo el estado de salud de la población, sino también las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la ocurrencia de fallecimientos evitables. El estudio de los patrones de mortalidad contribuye a orientar la gestión en salud hacia la prevención de enfermedades, la reducción de brechas en el acceso a los servicios y la promoción de estilos de vida saludables, con especial atención a los grupos poblacionales más vulnerables.

3.1.1 Mortalidad general por grandes causas:

Ilustración 10. Tasas ajustadas total



Durante el periodo 2015–2024, el comportamiento de la mortalidad en el municipio de La Unión muestra variaciones significativas entre los diferentes grupos de causas. Las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como la principal causa de muerte, con tasas altas y sostenidas a lo largo de los años, alcanzando su punto máximo en 2018 (223.6 por 100.000 hab.) y presentando una disminución moderada hacia 2024 (141.8), aunque continúan siendo un importante problema de salud pública.

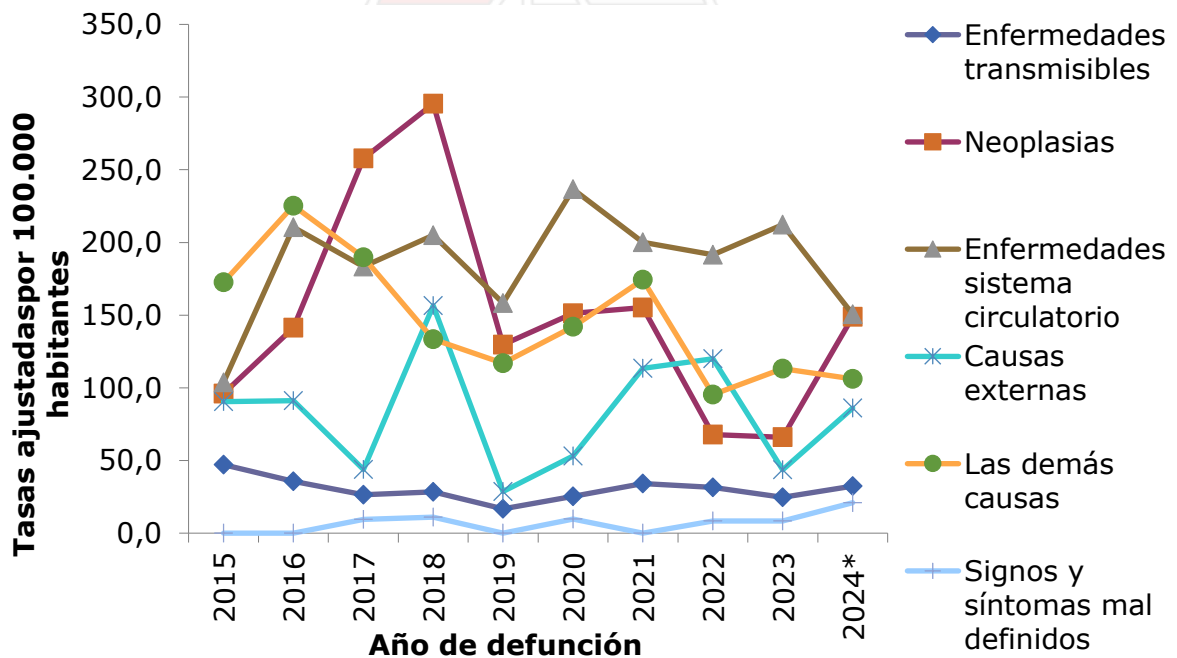
Las neoplasias ocupan el segundo lugar, evidenciando un comportamiento fluctuante con picos elevados en 2017 y 2018, seguidos de una reducción en los últimos años; sin embargo, en 2024 vuelven a incrementarse (107.9), lo que sugiere la necesidad de fortalecer las acciones de detección temprana y control.

Las enfermedades transmisibles, aunque con tasas menores, presentan un aumento notorio en 2024 (47.9), posiblemente asociado a brotes o a la reemergencia de algunas infecciones prevenibles. Por su parte, las causas externas (accidentes, homicidios y suicidios) muestran un comportamiento variable, con incrementos recientes que reflejan problemáticas sociales y de convivencia.

Finalmente, las demás causas y los signos y síntomas mal definidos mantienen proporciones menores, aunque su presencia resalta la necesidad de mejorar la calidad de la certificación de las causas de muerte y el registro de información en salud.

48

Ilustración 11. Tasa de mortalidad ajustada por grupo de edad sexo masculino



En el municipio de La Unión, la mortalidad masculina presenta mayores tasas en comparación con la población general, con predominio de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, que se mantienen como la principal

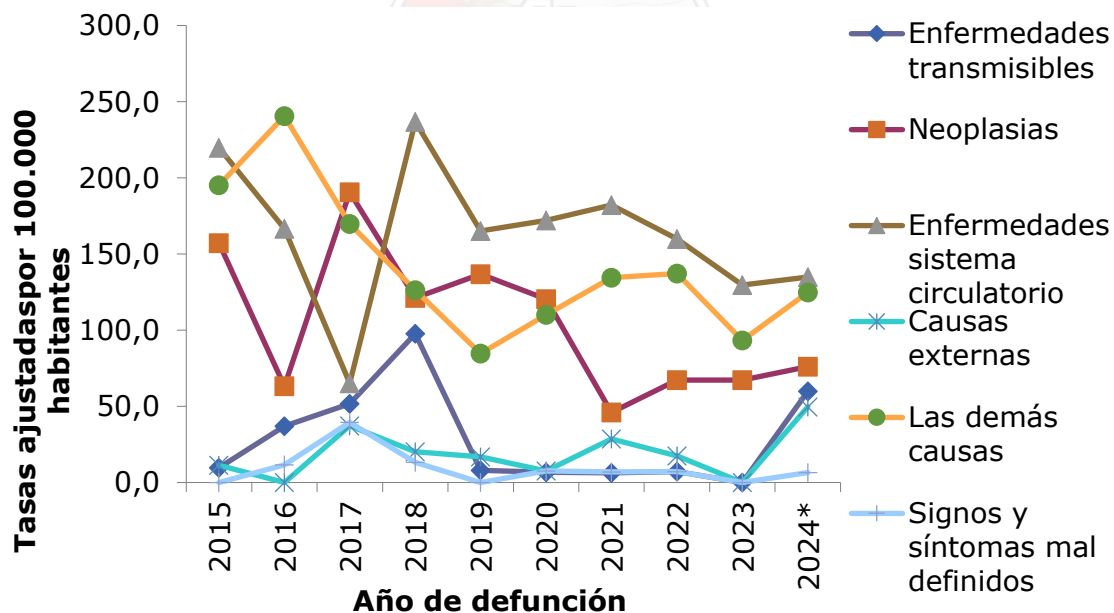
causa a lo largo del periodo analizado. Estas enfermedades alcanzaron su punto más alto en 2020 (236.6 por 100.000 hab.) y aunque disminuyen en 2024 (150.6), continúan representando un importante problema de salud pública en los hombres adultos y mayores.

Las neoplasias ocupan el segundo lugar, con incrementos significativos en los años 2017 y 2018 (257.7 y 295.4 respectivamente), lo que sugiere un impacto considerable del cáncer en la mortalidad masculina. Aunque en años recientes se observa una reducción, en 2024 la tasa vuelve a aumentar (148.8), lo que evidencia la necesidad de mantener estrategias de tamizaje y diagnóstico oportuno.

Las causas externas también son relevantes entre los hombres, mostrando una tendencia fluctuante y picos importantes en 2018 (156.5) y 2022 (119.9), lo que refleja la persistencia de problemáticas como los accidentes, los suicidios y los hechos violentos.

Por su parte, las enfermedades transmisibles mantienen tasas menores pero constantes, con un leve incremento en 2024 (32.3), mientras que las demás causas y los signos y síntomas mal definidos registran valores moderados, aunque su presencia sugiere la necesidad de fortalecer los registros de mortalidad y la calidad de la información.

Ilustración 12. Tasa de mortalidad ajustada por grupo de edad sexo femenino



En las mujeres del municipio de La Unión, la principal causa de muerte continúa siendo las enfermedades del sistema circulatorio, con tasas elevadas y una tendencia oscilante a lo largo del periodo. El punto más alto se registró en 2018 (236.9 por 100.000 hab.) y aunque la cifra disminuye en los años posteriores, se mantiene alta en 2024 (135.0), lo que resalta la

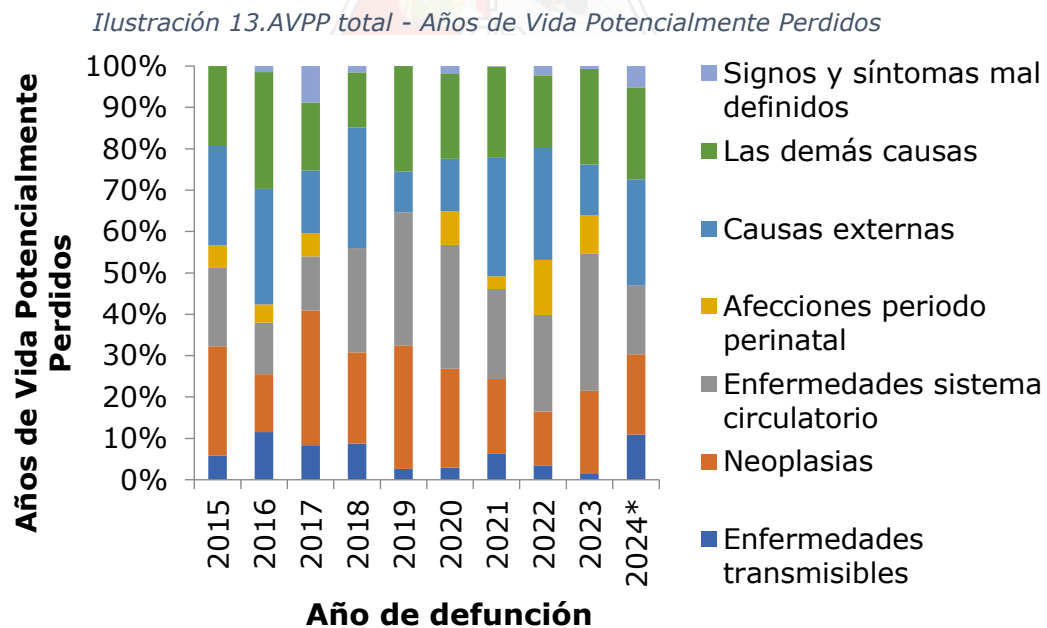
importancia de fortalecer la promoción de hábitos saludables y el control de factores de riesgo como hipertensión, obesidad y sedentarismo.

Las neoplasias se posicionan como la segunda causa de mortalidad femenina, con variaciones marcadas entre los años analizados. Se destacan incrementos en 2017 (190.6) y 2019 (136.9), con una disminución posterior, pero persistiendo en 2024 (76.1). Esto sugiere la necesidad de continuar reforzando los programas de prevención y detección temprana de cáncer, especialmente de mama y cuello uterino.

Por otro lado, las enfermedades transmisibles presentan un comportamiento irregular, con un aumento importante en 2018 (97.7) y nuevamente en 2024 (59.9), posiblemente asociado a brotes o a la reaparición de enfermedades infecciosas prevenibles.

Las causas externas muestran una incidencia baja en comparación con los hombres, pero evidencian un incremento reciente (49.7 en 2024), lo que podría estar relacionado con eventos de violencia o accidentes.

Finalmente, las demás causas y los signos y síntomas mal definidos mantienen tasas estables, aunque su presencia continúa indicando la necesidad de mejorar los procesos de registro y clasificación de las causas de defunción.



El comportamiento de las tasas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en el municipio de La Unión muestra una importante variabilidad durante el periodo 2015–2024, reflejando los cambios en las principales causas de muerte y el impacto diferencial de cada grupo de causas sobre la esperanza de vida de la población.

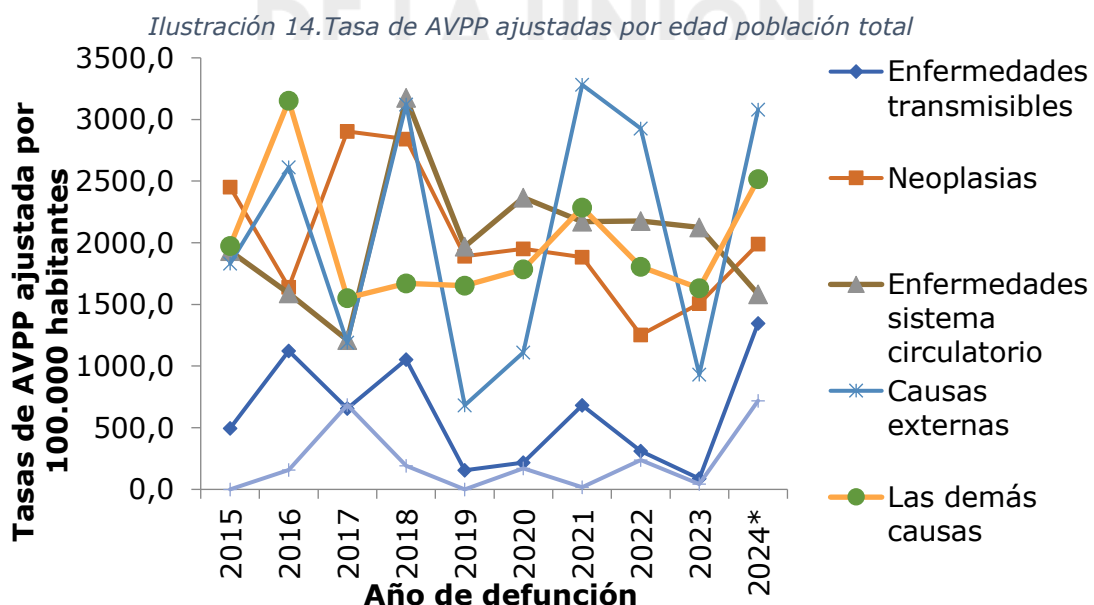
Las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias son las que generan mayores pérdidas de años de vida, con tasas elevadas y sostenidas a lo largo de la serie. En 2018 se evidencia un pico para las enfermedades cardiovasculares (3174.8 por 100.000 habitantes), lo que puede asociarse a un aumento en los eventos agudos como infarto o accidente cerebrovascular. Aunque se observa una disminución posterior, el indicador sigue siendo alto en 2024 (1581.8), lo que subraya la necesidad de mantener estrategias de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Las neoplasias presentan también una carga significativa de AVPP, con una tasa que oscila entre 1639.8 (2016) y 2903.1 (2017), reflejando su contribución al impacto en mortalidad prematura, especialmente por cáncer de mama, cuello uterino, estómago y colon.

Las causas externas muestran un comportamiento fluctuante, pero con picos importantes en 2018 (3121.6) y 2024 (3080.1), lo cual sugiere que los accidentes y las violencias continúan representando una importante causa de muerte prematura, afectando principalmente a la población joven y masculina.

Las enfermedades transmisibles, aunque con tasas menores comparadas con las no transmisibles, presentan un incremento notable en 2024 (1347.3), lo que podría estar relacionado con brotes de enfermedades respiratorias o reemergentes.

Por último, las demás causas y los signos y síntomas mal definidos presentan fluctuaciones importantes, especialmente en 2016 y 2024, lo que evidencia tanto la carga de enfermedades no clasificadas como posibles debilidades en el registro o la determinación precisa de las causas de muerte.



El conteo de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) permite identificar las muertes que ocurren de forma prematura y estimar su impacto en la salud poblacional. En el municipio de La Unión, durante el periodo 2015–2024, las principales causas de pérdida de años de vida se concentran en las neoplasias, las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas, evidenciando el peso de las enfermedades crónicas y los eventos violentos o accidentales en la mortalidad prematura.

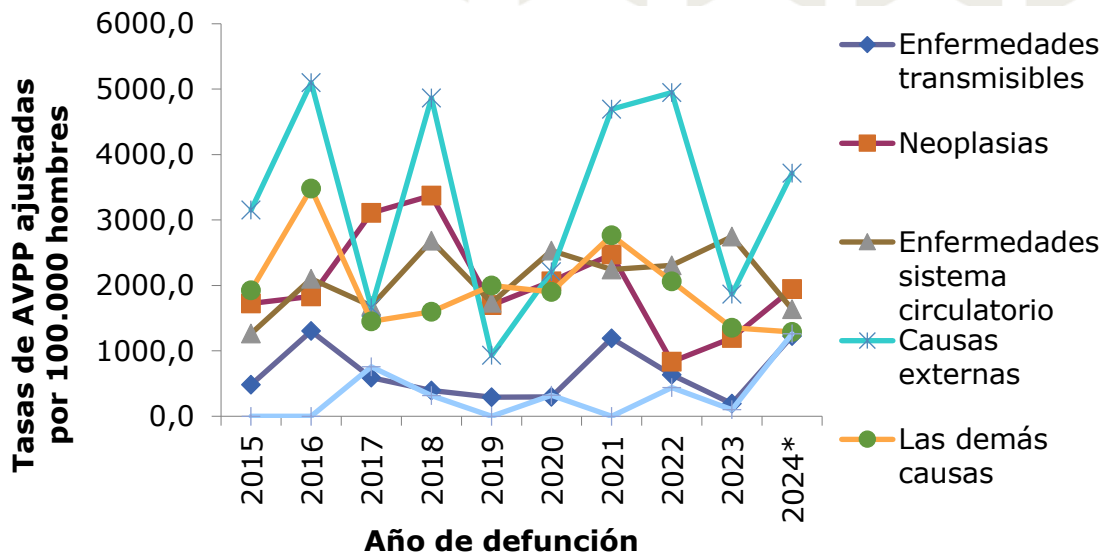
Las neoplasias mantienen un comportamiento alto y sostenido, con un incremento notable en 2024 (527 AVPP), lo que reafirma la carga de los cánceres de alta letalidad y el impacto sobre la población adulta, especialmente femenina. Las enfermedades del sistema circulatorio también se destacan por su contribución continua a la mortalidad prematura, alcanzando el valor más alto en 2018 (536 AVPP), asociado principalmente a enfermedades hipertensivas, cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares.

Por su parte, las causas externas presentan una alta fluctuación con picos importantes en 2018 (622 AVPP), 2021 (722) y 2024 (694), evidenciando la persistencia de muertes violentas o accidentales, especialmente entre hombres jóvenes, lo que constituye una problemática prioritaria en términos de prevención y seguridad vial.

Las enfermedades transmisibles muestran un aumento relevante en 2024 (295 AVPP), lo que podría relacionarse con eventos epidémicos o infecciones respiratorias agudas graves. Las afecciones del período perinatal, aunque de menor frecuencia, destacan en 2022 con 325 AVPP, reflejando su impacto en la mortalidad infantil y la necesidad de fortalecer la atención materno-perinatal.

Finalmente, las demás causas y los signos y síntomas mal definidos evidencian fluctuaciones a lo largo de la serie, alcanzando su punto más alto en 2024 (601 y 140 AVPP respectivamente), lo que puede indicar tanto un aumento de enfermedades diversas no clasificadas como posibles limitaciones en la precisión diagnóstica de las causas de muerte.

Ilustración 15. Tasa de AVPP ajustadas por edad en población masculina



En el municipio de La Unión, el comportamiento de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) ajustados por edad en la población masculina refleja una carga importante de mortalidad prematura, especialmente asociada a causas externas, enfermedades crónicas y neoplasias.

Las causas externas son la principal fuente de AVPP en hombres durante casi todo el periodo analizado, con picos críticos en 2016 (5099,1), 2018 (4864,5) y 2022 (4947,1). Este patrón evidencia un alto impacto de la violencia interpersonal, los accidentes de tránsito y otros eventos traumáticos que afectan principalmente a adultos jóvenes, representando una pérdida significativa de años de vida y un reto en materia de prevención de lesiones y promoción de entornos seguros.

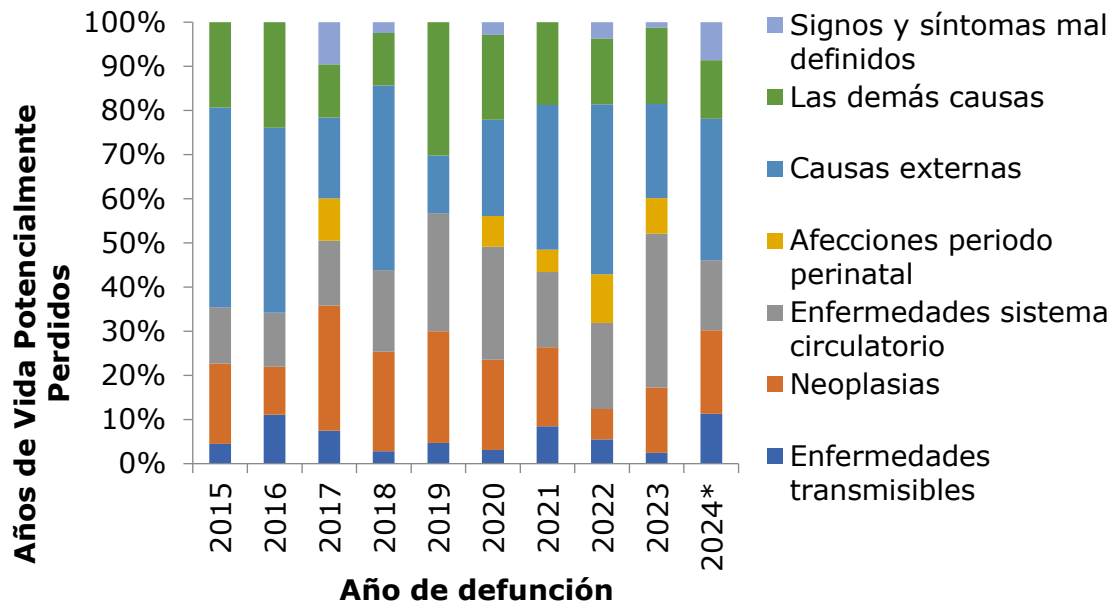
Las neoplasias muestran también una carga creciente, alcanzando su punto máximo en 2018 (3374,4) y manteniéndose elevadas en 2024 (1943,9). Este comportamiento sugiere la presencia de cánceres de alta letalidad, especialmente en hombres adultos mayores, y resalta la importancia de fortalecer la detección temprana y los programas de tamizaje oncológico.

Las enfermedades del sistema circulatorio presentan igualmente una tendencia alta y persistente, con valores superiores a 1600 en la mayoría de los años y un pico relevante en 2018 (2684,1). Este comportamiento indica una elevada mortalidad por eventos cardiovasculares prematuros, asociada a factores de riesgo como hipertensión, tabaquismo, consumo de alcohol y hábitos alimentarios inadecuados.

Por su parte, las enfermedades transmisibles muestran un repunte en 2024 (1226,5), tras varios años de descenso, lo que podría reflejar el impacto de infecciones respiratorias o brotes específicos en población masculina. Las

demás causas se mantienen relativamente estables, aunque con niveles significativos entre 2015 y 2022, mientras que los signos y síntomas mal definidos registran un aumento inusual en 2024 (1259,8), posiblemente relacionado con limitaciones en el registro o certificación de las causas de muerte.

Ilustración 16. Años de Vida Potencialmente Perdidos en población masculina



54

Durante el periodo 2015–2024, el conteo de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en hombres muestra un patrón donde las causas externas representan la principal fuente de pérdida de años de vida. Los picos más altos se observan en 2016 (519), 2018 (491), 2022 (558) y 2024 (423), lo que evidencia el impacto de la violencia, los accidentes de tránsito y otras causas traumáticas sobre la población masculina, especialmente en edades productivas.

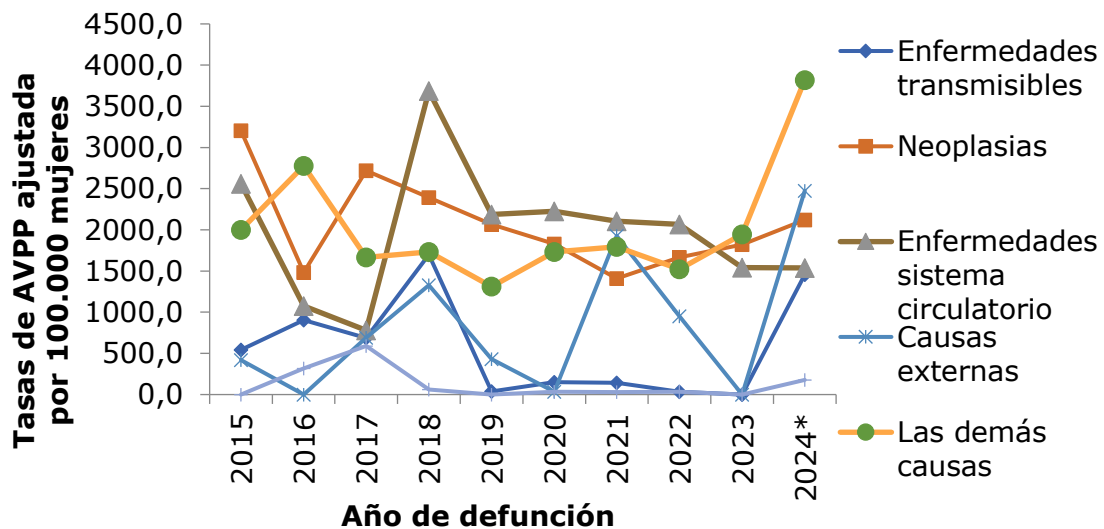
Las neoplasias constituyen otra causa importante, con un comportamiento ascendente hasta 2021 (283 casos) y un nuevo aumento en 2024 (250). Este dato sugiere una persistente mortalidad prematura por cáncer, que afecta principalmente a hombres adultos y mayores, y resalta la necesidad de fortalecer estrategias de detección oportuna, tratamiento y control de factores de riesgo.

Las enfermedades del sistema circulatorio muestran también un aumento sostenido, alcanzando su punto más alto en 2023 con 347 casos. Este comportamiento podría estar relacionado con la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, dislipidemias y estilos de vida poco saludables, lo que representa un desafío para las estrategias de prevención y control de enfermedades crónicas.

Por su parte, las enfermedades transmisibles mantienen valores variables, con incrementos significativos en 2016 (137) y 2024 (149), posiblemente asociados a picos epidémicos o fallas en la oportunidad de atención. Las afecciones del periodo perinatal reflejan un incremento puntual en 2022 (160), lo que sugiere la necesidad de fortalecer el control prenatal y la atención integral materno-infantil.

Finalmente, las demás causas y los signos y síntomas mal definidos mantienen un peso menor, aunque con repuntes en algunos años que podrían indicar subregistros o dificultades en la clasificación de las causas de muerte.

Ilustración 17. Tasa de AVPP ajustadas por edad en población femenina



En la población femenina del municipio de La Unión, las principales causas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) durante el periodo 2015–2024 corresponden a las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio, que mantienen las tasas más elevadas a lo largo del tiempo. Las neoplasias muestran valores altos en casi toda la década, con un pico en 2015 (3204.5) y un incremento nuevamente en 2024 (2120.2), lo que evidencia la persistencia del cáncer como una causa significativa de mortalidad prematura en mujeres.

Las enfermedades del sistema circulatorio también se destacan por su peso en la mortalidad prematura femenina, alcanzando la tasa más elevada en 2018 (3685.1). Este comportamiento sugiere la importancia de fortalecer las acciones de prevención y control de enfermedades cardiovasculares mediante la promoción de estilos de vida saludables y la detección temprana de factores de riesgo.

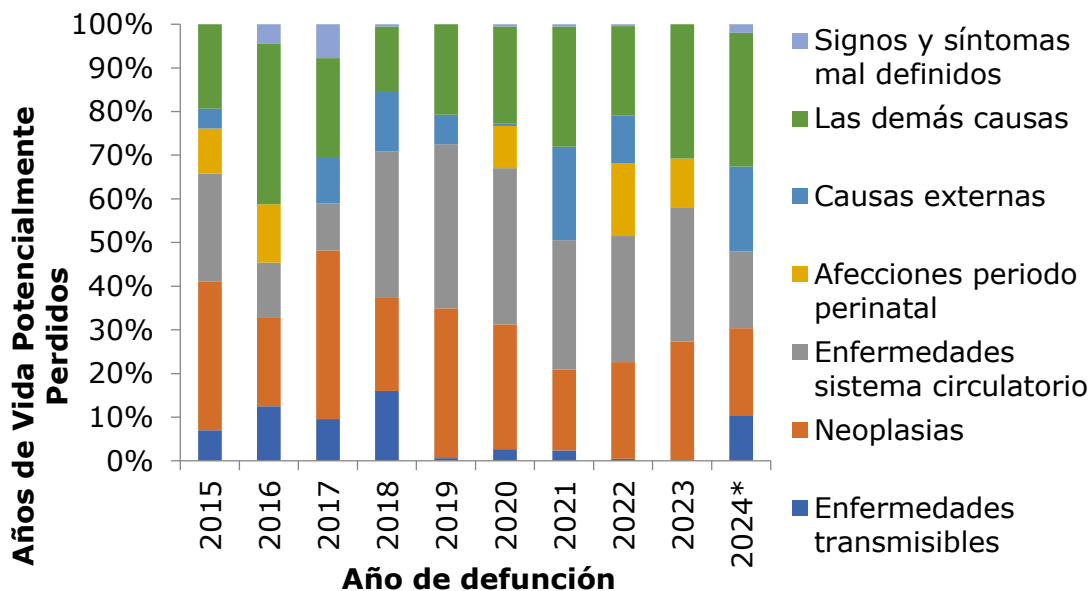
Por otro lado, las causas externas presentan incrementos marcados en los años 2018 (1326.7), 2021 (1926.5) y 2024 (2473.9), lo que podría estar asociado a casos de violencia basada en género, accidentes o suicidios, que afectan de manera considerable la esperanza de vida en mujeres jóvenes.

Las enfermedades transmisibles muestran variabilidad, con un aumento importante en 2018 (1698.2) y nuevamente en 2024 (1454.5), lo que podría reflejar brotes epidémicos o dificultades en la atención oportuna. Asimismo, las categorías de otras causas y signos y síntomas mal definidos evidencian incrementos en 2024, posiblemente relacionados con subregistros o fallas en la clasificación de la causa de muerte.

En general, los datos reflejan que las principales pérdidas de años de vida en mujeres están determinadas por enfermedades crónicas no transmisibles (cáncer y enfermedades cardiovasculares), seguidas de causas externas y algunas enfermedades transmisibles, lo que requiere mantener un enfoque integral de salud pública con perspectiva de género y prevención de la violencia.

56

Ilustración 18. Años de Vida Potencialmente Perdidos en población femenina



En la población femenina del municipio de La Unión, durante el periodo 2015–2024, se observa que las neoplasias son la principal causa de Años de Vida Potencialmente Perdidos, con un comportamiento sostenido y valores elevados a lo largo de los años, alcanzando un pico en 2024 con 276 casos. Este comportamiento evidencia la carga que representa el cáncer en la mortalidad prematura femenina, principalmente asociado a tumores malignos de mama, cuello uterino y otros tipos frecuentes en mujeres adultas.

Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el segundo lugar, con una tendencia alta y estable, que presenta un incremento importante en 2018 (320 casos) y valores elevados en los años subsiguientes, lo cual refuerza la necesidad de fortalecer la promoción de la salud cardiovascular, el control de la hipertensión arterial, la diabetes y otros factores de riesgo.

Las causas externas, que incluyen los eventos violentos y los accidentes, muestran un aumento significativo en 2021 (202 casos) y 2024 (270 casos), lo

que refleja una afectación creciente por factores sociales como las violencias basadas en género, los intentos de suicidio y los siniestros viales.

Las enfermedades transmisibles presentan un repunte notable en 2018 (153 casos) y nuevamente en 2024 (145 casos), lo cual podría estar vinculado a episodios epidémicos o a limitaciones en la cobertura de servicios preventivos. Las afecciones del periodo perinatal se mantienen presentes, principalmente en 2015, 2016 y 2022, lo que evidencia muertes asociadas a condiciones del embarazo, parto o nacimiento que implican una pérdida considerable de años de vida potencial.

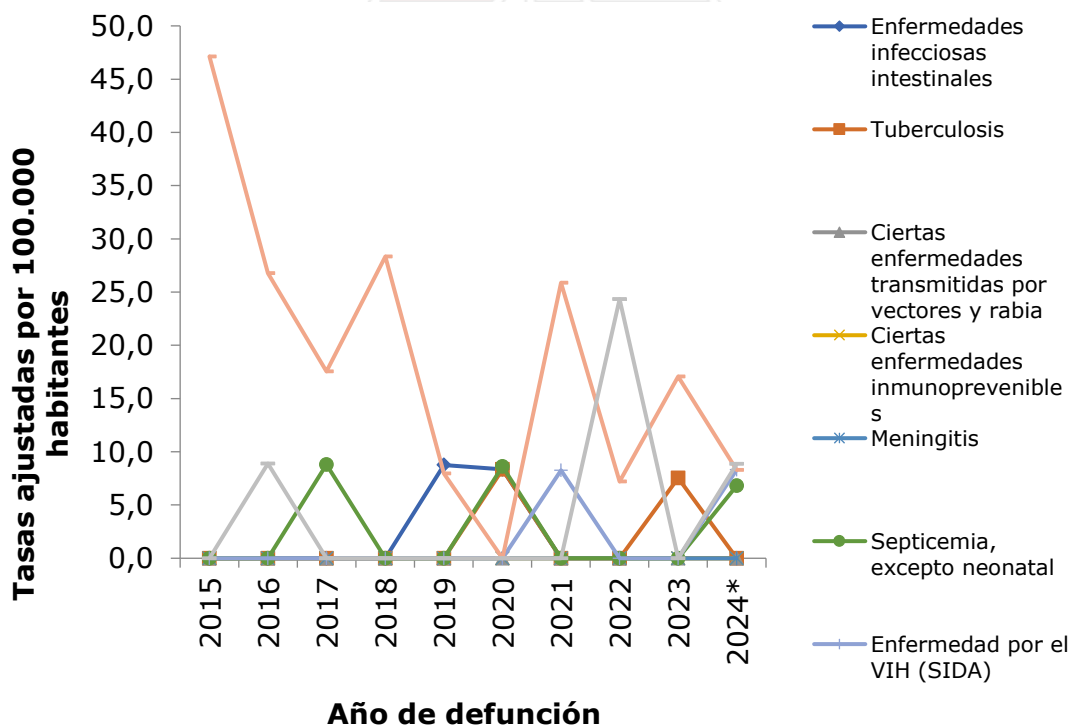
Finalmente, la categoría de otras causas muestra una tendencia ascendente con un aumento importante en 2024 (425 casos), mientras que los signos y síntomas mal definidos permanecen en niveles bajos, aunque su presencia sugiere la necesidad de mejorar la calidad en el registro de la causa básica de muerte.

En general, las cifras evidencian que las principales pérdidas de años de vida en mujeres del municipio están relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles, seguidas de causas externas y condiciones perinatales, lo cual demanda un abordaje integral en salud pública que incluya prevención, diagnóstico oportuno, educación y control de determinantes sociales de la salud.

57

3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

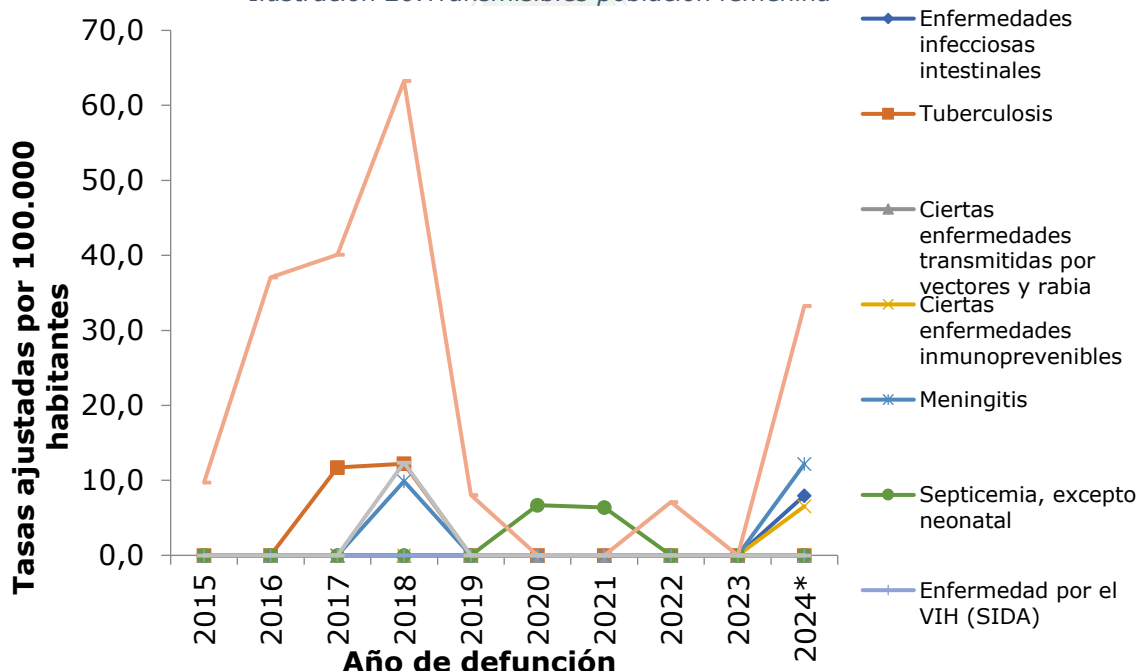
Ilustración 19. Transmisibles población masculina



La mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres del municipio de La Unión entre 2015 y 2024* muestra un comportamiento esporádico, con eventos puntuales que indican fallas en prevención y oportunidad de atención. Las infecciones respiratorias agudas constituyen la principal causa de fallecimiento dentro del grupo, con picos relevantes en 2015, 2018 y 2023, lo que evidencia vulnerabilidad en la atención de neumonías y enfermedades respiratorias graves, especialmente en adultos mayores. Además, se registran muertes aisladas por septicemia, tuberculosis, VIH/SIDA y enfermedades infecciosas intestinales, particularmente entre 2019 y 2024, lo que sugiere brechas en el acceso al diagnóstico oportuno, continuidad de tratamientos y control de infecciones asociadas a la atención en salud. La ausencia de mortalidad por enfermedades transmitidas por vectores, rabia e inmunoprevenibles refleja un buen desempeño en control epidemiológico, aunque se mantienen riesgos por disminución de coberturas de protección en la etapa postpandemia. En general, la mortalidad registrada corresponde a causas prevenibles y tratables, por lo que se requiere fortalecer vigilancia clínica, gestión del riesgo en población con comorbilidades y acceso temprano a atención especializada para reducir muertes evitables en este grupo poblacional.

58

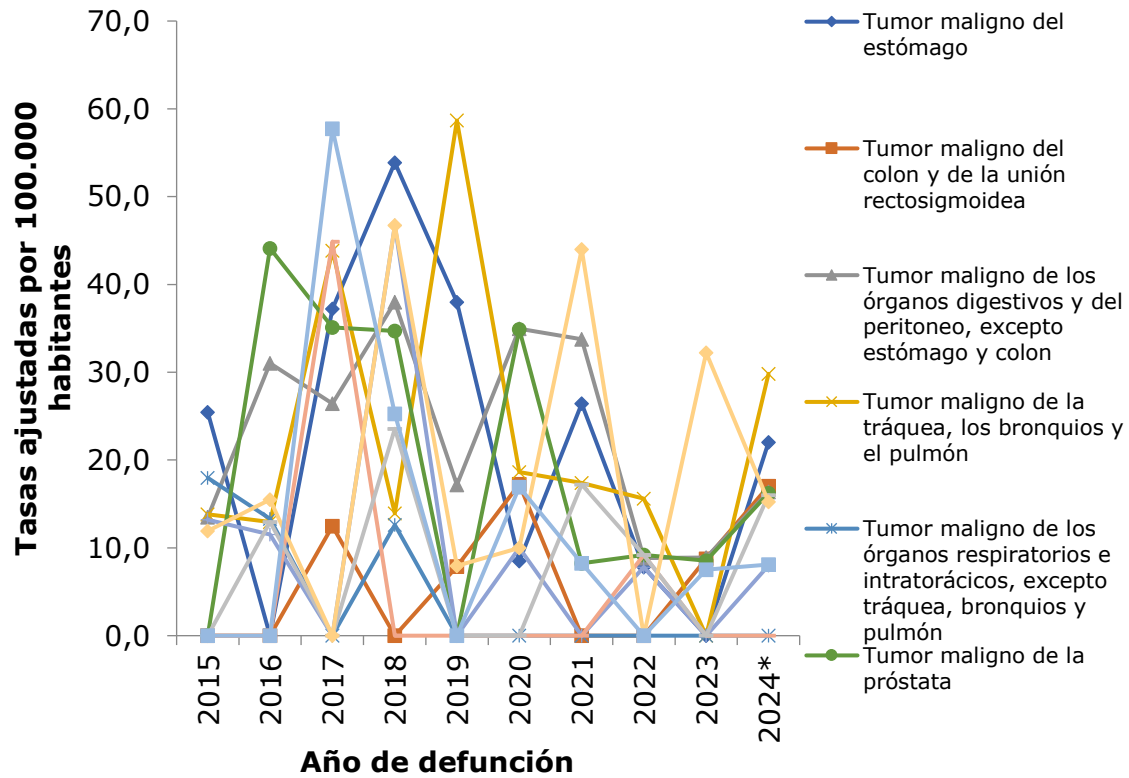
Ilustración 20. Transmisibles población femenina



La mortalidad por enfermedades transmisibles en mujeres del municipio de La Unión presenta un comportamiento bajo y con eventos aislados, aunque con picos críticos que indican vulnerabilidad en determinados años. Las infecciones respiratorias agudas representan la principal causa de muerte dentro del grupo, especialmente en 2016, 2017, 2018 y con un nuevo incremento en 2024, lo que sugiere afectación en población adulta mayor y necesidad de fortalecer la prevención y la atención oportuna de neumonías e influenza. Se registran muertes esporádicas por tuberculosis (2017-2018), meningitis (2018 y 2024) y

Septicemia (2020-2021), así como la aparición en 2024 de un caso por enfermedad inmunoprevenible y uno por enfermedades intestinales, lo que refleja posibles brechas en coberturas de vacunación, calidad del agua y acceso al diagnóstico oportuno. Aunque no se evidencian muertes por vectores ni VIH en la década analizada, el patrón general muestra mortalidad prevenible, relacionada con acceso tardío a los servicios de salud y con determinantes sociales que incrementan el riesgo en mujeres, especialmente en momentos de presión sobre el sistema asistencial como la pandemia.

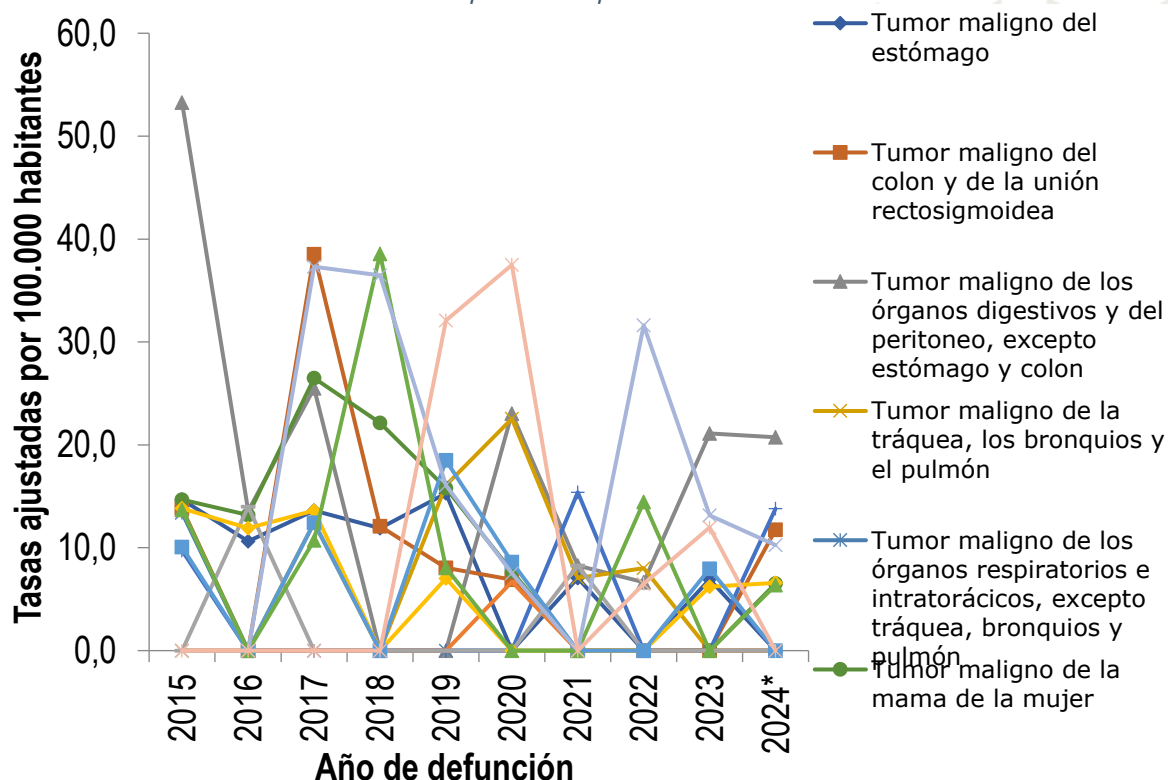
Ilustración 21. Neoplasias en población masculina



La mortalidad por neoplasias en hombres en el municipio de La Unión durante el periodo 2015-2024 muestra una alta carga de enfermedad, con fluctuaciones interanuales, pero con presencia constante de tumores malignos en órganos digestivos, respiratorios y genitourinarios, los cuales representan las principales causas de muerte en este grupo. Destaca el cáncer de estómago con mortalidad relevante y persistente en casi todos los años analizados, evidenciando riesgo asociado a factores alimenticios, infecciones por *Helicobacter pylori* y diagnóstico tardío. Asimismo, los tumores malignos de pulmón, bronquios y tráquea presentan picos importantes, reflejando factores como tabaquismo y exposición a contaminantes del aire. Se observa también una carga importante de cánceres del colon y rectosigmoideas, así como tumores de próstata, cuya presencia recurrente reafirma la necesidad de fortalecer el tamizaje y el diagnóstico oportuno en hombres mayores de 50 años. Adicionalmente, los tumores de otros órganos digestivos, hematológicos y localizaciones no especificadas contribuyen de manera significativa, lo que sugiere retos en la clasificación diagnóstica y

acceso a estudios especializados. En conjunto, el comportamiento refleja una mortalidad elevada y prevenible en una proporción importante, asociada con factores de riesgo modificables y con la detección en estadios avanzados, lo que exige reforzar las estrategias de promoción, detección temprana y calidad de la atención oncológica en la población masculina.

Ilustración 22. Neoplasias en población femenina

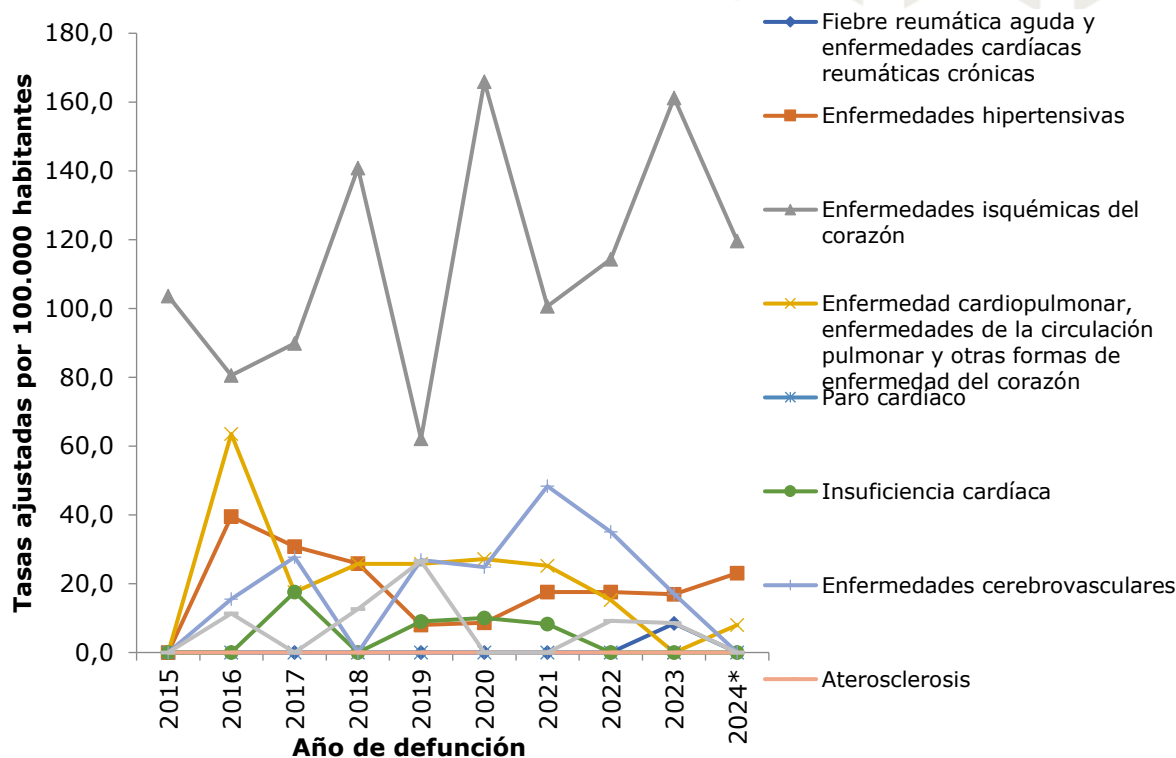


60

La mortalidad por neoplasias en mujeres del municipio de La Unión durante el periodo 2015-2024 presenta un comportamiento fluctuante, pero con una presencia constante de tumores malignos del sistema digestivo, respiratorio y del aparato reproductor femenino, lo que evidencia retos persistentes en la prevención y diagnóstico temprano. Se destacan las muertes por tumores de otros órganos digestivos, neoplasias de estómago y de colon y rectosigmoideas, que sugieren influencia de factores dietarios, cáncer gástrico asociado a *H. pylori* y detección tardía en cáncer colorrectal. En cuanto a tumores propios de salud femenina, se registra mortalidad por cáncer de mama en varios años del periodo analizado, así como muertes por cáncer de cuello uterino, especialmente después de 2021, situación que subraya la necesidad de fortalecer el tamizaje citológico y el acceso a tratamiento oportuno. Los cánceres hematológicos (leucemias y linfomas) también aportan de manera relevante a la carga de mortalidad. Aunque algunos tumores respiratorios aparecen de forma intermitente, su presencia está relacionada con exposición a tabaco y contaminación. Este patrón anual discontinuo, pero siempre presente, evidencia que los cánceres en mujeres continúan siendo una de las principales causas de

muerte evitable, vinculada con la oportunidad del diagnóstico, la adherencia al tratamiento y desigualdades en el acceso a servicios especializados en oncología.

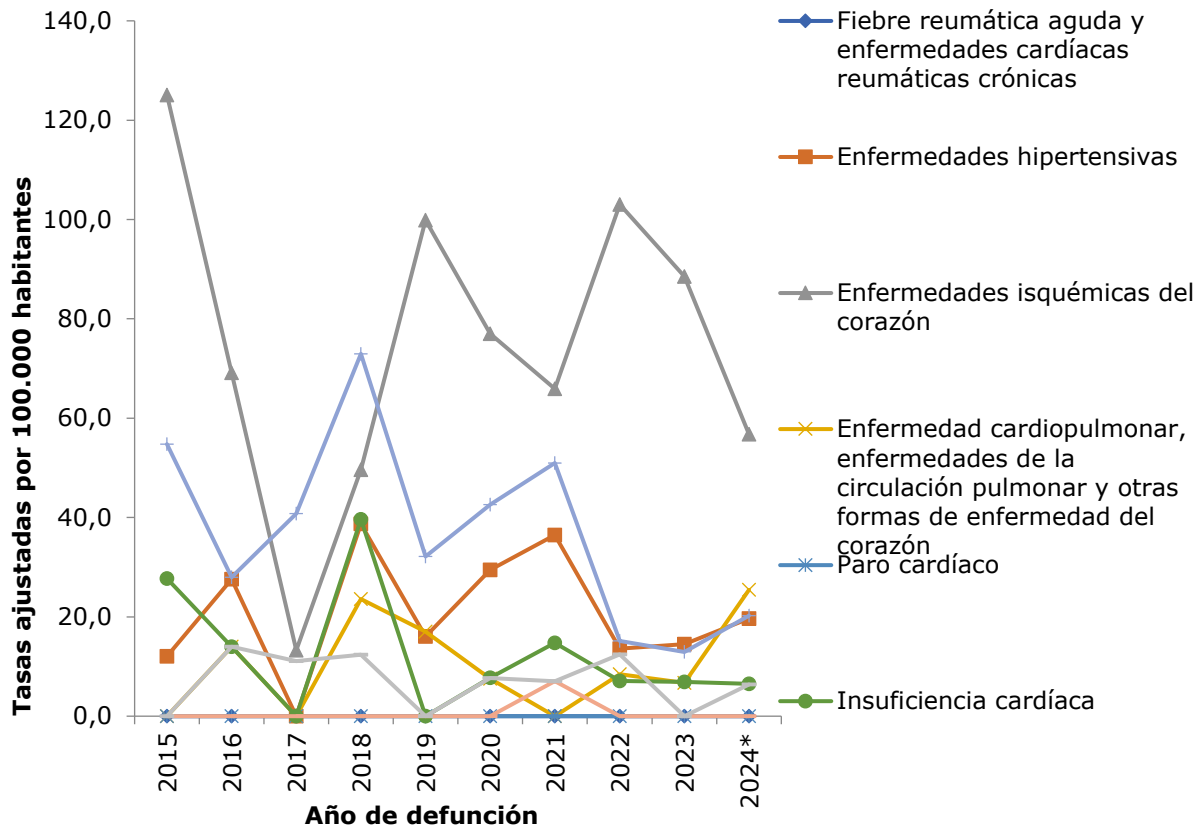
Ilustración 23. Sistema circulatorio en población masculina



61

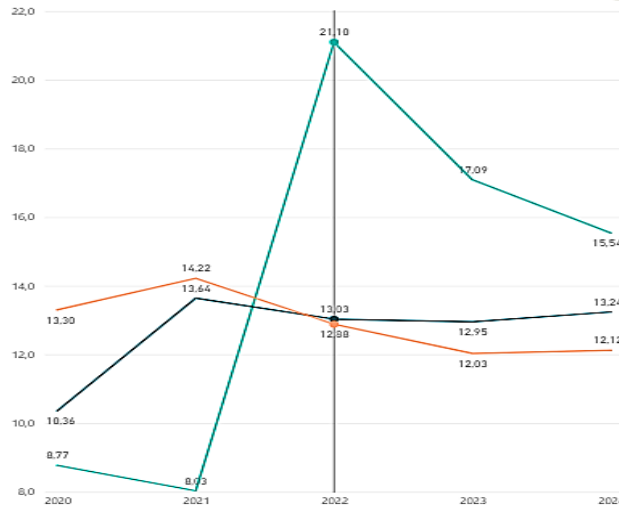
En la población masculina del municipio de La Unión, las enfermedades del sistema circulatorio continúan representando una de las principales causas de mortalidad durante el periodo 2015-2024, destacándose de manera marcada las enfermedades isquémicas del corazón, con picos relevantes en 2018, 2020 y 2023, lo que evidencia la persistencia de factores de riesgo cardiovasculares no controlados. Las enfermedades hipertensivas muestran una tendencia variable, con incrementos recientes que sugieren dificultades en la adherencia y el acceso a programas de control. Por su parte, las enfermedades cerebrovasculares presentan un comportamiento intermitente que puede estar relacionado tanto con problemas en el diagnóstico y registro, como con fallas en el control de la hipertensión y otros determinantes asociados. Estos patrones reflejan la necesidad de fortalecer la prevención secundaria, el tamizaje de riesgo cardiovascular y la continuidad del cuidado, especialmente en hombres adultos y adultos mayores.

Ilustración 24. Sistema circulatorio en población femenina



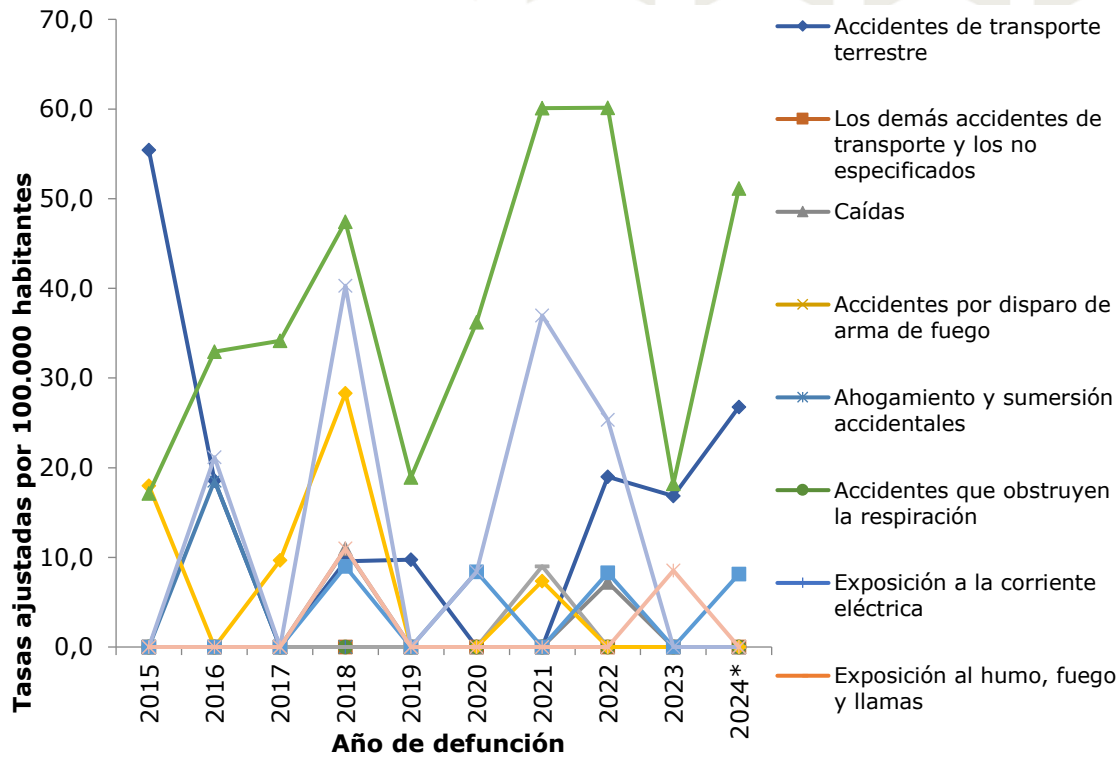
En la población femenina, las enfermedades del sistema circulatorio también representan una de las principales causas de mortalidad en La Unión durante el periodo 2015-2024, con predominio de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, que presentan variaciones anuales pero con picos significativos en 2015, 2018 y 2022, lo que sugiere exposición continua a factores de riesgo como hipertensión, sobrepeso y sedentarismo. Las enfermedades hipertensivas muestran un comportamiento fluctuante con aumentos en 2018 y 2021, indicando posibles brechas en el diagnóstico oportuno y control de la presión arterial en mujeres. Aunque los valores de insuficiencia cardíaca y otras enfermedades cardiocirculatorias son menores, su persistencia en varios años refuerza la importancia de fortalecer estrategias de promoción de estilos de vida saludables y el seguimiento clínico continuo en mujeres, especialmente en edades medias y avanzadas.

Ilustración 25. Periodo Perinatal



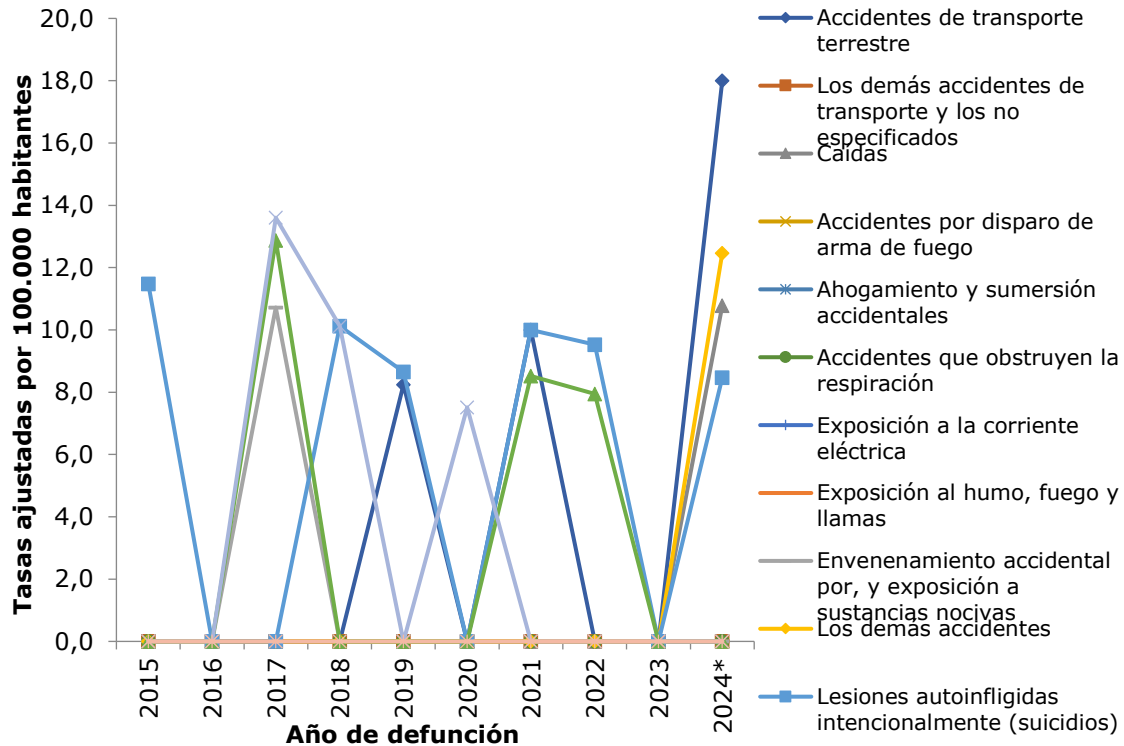
En La Unión, la mortalidad perinatal ha mostrado una tendencia a la disminución en los últimos tres años, pasando de 21,10 por cada 1.000 nacidos vivos en 2022, a 17,09 en 2023, y ubicándose en 15,54 durante 2024. A pesar de este comportamiento favorable, la tasa municipal continúa siendo superior a los promedios del departamento de Antioquia (12,12) y de la subregión del Oriente (13,24) para 2024, lo que evidencia una persistente situación de mayor riesgo perinatal en el territorio. La magnitud del indicador se relaciona principalmente con causas prevenibles como complicaciones obstétricas, prematuridad, bajo peso al nacer y fallas en la adaptación neonatal inmediata, aspectos que requieren reforzar la cobertura y calidad del control prenatal, el manejo integral del parto y la adecuada capacidad resolutoria de la atención neonatal. Mantener el seguimiento prioritario de este indicador permitirá orientar intervenciones que reduzcan muertes evitables en la etapa crítica que comprende el final de la gestación y los primeros días de vida.

Ilustración 26. Causas externas en población masculina



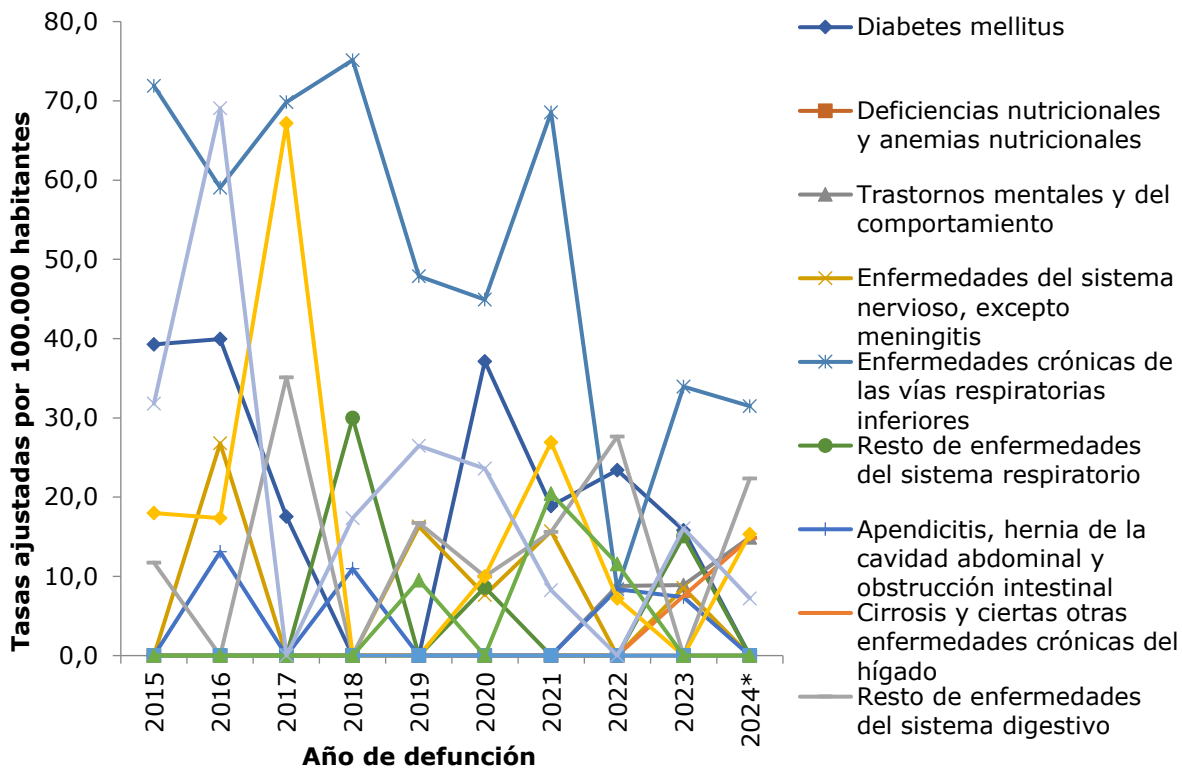
En los hombres del municipio de La Unión, las causas externas representan una causa significativa de mortalidad durante el periodo 2015-2024, principalmente asociadas a agresiones (homicidios) y accidentes de transporte terrestre. Los homicidios muestran alta variabilidad, con incrementos notorios en 2017, 2018 y especialmente en 2021-2022, lo que evidencia la persistencia de problemáticas de violencia y posibles riesgos sociales asociados a dinámicas comunitarias y delictivas. A su vez, los accidentes de transporte terrestre se mantienen como un evento crítico, con picos en 2015 y 2024, sugiriendo factores relacionados con la movilidad, seguridad vial y consumo de alcohol. De manera aislada se observan eventos como suicidios y otros accidentes, lo que resalta la importancia de fortalecer acciones intersectoriales en convivencia, salud mental y prevención de lesiones, con un enfoque prioritario en la población masculina joven y adulta.

Ilustración 27. Causas externas en población femenina



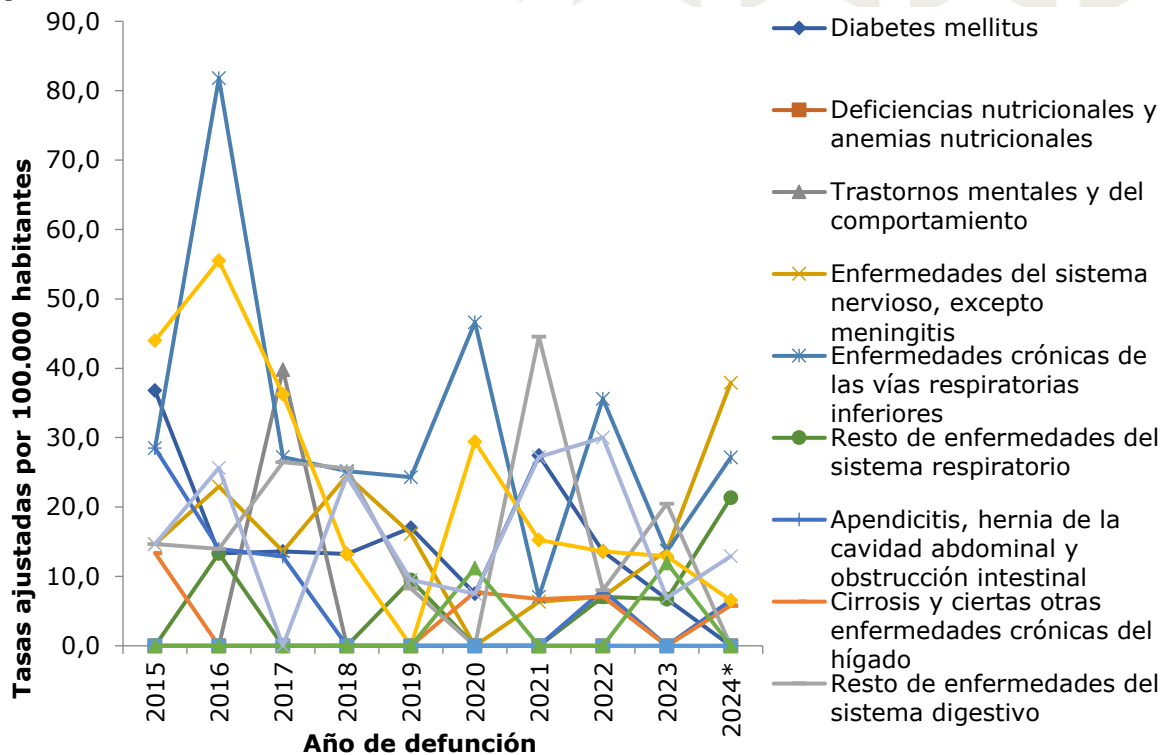
En la población femenina del municipio de La Unión, la mortalidad por causas externas durante el periodo 2015–2024 se caracteriza por su baja ocurrencia, con registro únicamente de eventos accidentales aislados y sin presencia de muertes por suicidio ni agresiones en los años analizados. Sobresalen los accidentes de transporte terrestre, principalmente en 2019 y 2024, lo que indica momentos específicos de mayor exposición al riesgo vial. De manera esporádica se registran caídas, envenenamientos accidentales y otros tipos de accidentes, sin evidenciarse un patrón de incremento o persistencia en el tiempo. En conjunto, este comportamiento sugiere una reducida carga de mortalidad por causas externas en mujeres; sin embargo, la naturaleza prevenible de estos eventos resalta la necesidad de mantener acciones enfocadas en seguridad vial, prevención de accidentes en el hogar y fortalecimiento de estrategias intersectoriales orientadas a la protección de la vida y entornos seguros para las mujeres.

Ilustración 28. Las demás causas en población masculina



En la población masculina, la mortalidad por el grupo de “las demás enfermedades” muestra una concentración principalmente en enfermedades crónicas no transmisibles, con un notable peso de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, que presentan valores elevados y persistentes especialmente entre 2015 y 2021, lo que sugiere exposición mantenida a factores de riesgo como tabaquismo, contaminación del aire y condiciones laborales. La diabetes mellitus también se posiciona como un evento relevante, con fluctuaciones a lo largo del periodo y ausencia de casos únicamente en 2018, 2019 y 2024, lo que evidencia la carga de enfermedades metabólicas en el municipio. Aunque de menor contribución, se observan defunciones por trastornos mentales y del comportamiento en los últimos años, así como mortalidad ocasional por enfermedades del sistema nervioso, del sistema urinario y del sistema digestivo, incluyendo cirrosis hepática, lo cual puede relacionarse con hábitos de riesgo como el consumo de alcohol. En general, la tendencia refleja una importante carga de cronicidad en la población masculina, que demanda estrategias de prevención primaria, control de factores de riesgo y fortalecimiento del acceso a servicios de detección y manejo oportuno.

Ilustración 29. Las demás causas en población femenina



En la población femenina, la mortalidad por el grupo de “demás enfermedades” presenta una distribución diversa, predominando las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las cuales evidencian valores elevados en años como 2016, 2020 y 2022, lo que sugiere exposición a factores ambientales y conductuales de riesgo. La diabetes mellitus también mantiene una carga importante de mortalidad, aunque con una tendencia variable en el tiempo y ausencia de casos en 2024, reflejando posibles avances en el control metabólico o subregistro. Por otra parte, se observa participación de eventos asociados a enfermedades del sistema nervioso, del sistema urinario y del sistema digestivo, incluidas cirrosis, lo cual puede estar relacionado con hábitos de vida y condiciones crónicas. Se destaca además la presencia esporádica de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, especialmente en 2017, lo que subraya la necesidad de fortalecer la atención en salud mental. En general, la tendencia muestra una transición hacia enfermedades no transmisibles en las mujeres, lo que implica reforzar estrategias preventivas, de diagnóstico temprano y manejo integral de condiciones crónicas.



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE LA UNIÓN



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Tabla 18. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 1 año									
Grupo	Sexo	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
		Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8.33	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.27	0.00
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	9.71
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.18
06 - ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	9.35	0.00	18.18	8.33	0.00
	MASCULINO	6.10	0.00	0.00	8.26	7.81	15.75	8.77	0.00



	TOTAL	3.22	0.00	0.00	8.77	4.02	16.88	8.55	0.00
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	9.35	0.00	0.00	8.33	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	7.81	7.87	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	4.39	4.02	4.22	4.27	0.00
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	6.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	3.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

En el municipio, la mortalidad en menores de un año se concentra de manera histórica en las afecciones originadas en el periodo perinatal, las cuales registran las tasas más elevadas durante toda la serie analizada y constituyen la principal causa de muerte en esta etapa. Estas causas, junto con las malformaciones congénitas, muestran variaciones anuales relacionadas tanto con el número reducido de casos como con factores de riesgo perinatal, calidad del control prenatal, atención del parto y condiciones de salud neonatal. En los demás grupos de causa, las tasas se mantienen en cero o con apariciones esporádicas y de muy baja magnitud, lo que refleja un impacto controlado de las enfermedades transmisibles, respiratorias y nutricionales en este grupo etario.

Se evidencia, además, una mayor vulnerabilidad en los recién nacidos del sexo masculino, quienes presentan tasas superiores en la mayoría de los años con registro, lo cual es consistente con el comportamiento epidemiológico descrito para esta población, influenciado por factores biológicos y de adaptación al nacimiento. En los últimos años, la reducción de casos y la presencia de tasas en cero en la mayoría de los grupos sugieren avances en la detección temprana, el manejo de complicaciones perinatales y la oportunidad en el acceso a servicios de salud, especialmente en el componente materno-infantil de la RIAS. No obstante, la persistencia de eventos perinatales y congénitos obliga a mantener vigilancia y fortalecimiento de estrategias para garantizar un inicio de vida saludable.

Tabla 19. Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en niños de 1 a 4 años

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en niños de 1 a 4 años									
Grupo	Sexo	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
		Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00



ALCALDÍA MUNICIPIO
DE LA UNIÓN



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	0.00	140.65	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	170.07
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	68.82	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	84.60
06 - ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	FEMENINO		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00



14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	153.14	160.51	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	77.76	80.78	0.00	0.00

En el municipio, la mortalidad en niños de 1 a 4 años ha sido baja y con comportamiento esporádico a lo largo del periodo analizado. Dentro de los pocos eventos registrados, destacan como principales causas las enfermedades del sistema nervioso, con picos históricos importantes tanto en hombres (122,85 y 132,63 por 100.000 en años anteriores) como en mujeres (140,65 en 2021 y 170,07 por 100.000 en 2024), lo que sugiere la necesidad de reforzar la pesquisa y atención temprana de condiciones neurológicas graves. Las causas externas también han presentado casos en ambos sexos, con mayor impacto en hombres (153,14 y 160,51 por 100.000 en 2020-2021), lo que las convierte en una causa prevenible prioritaria en esta etapa del curso de vida. Otras causas como enfermedades del sistema respiratorio, circulatorio, infecciosas y malformaciones congénitas se observaron solo históricamente, sin recurrencia en los años recientes, mostrando un avance significativo en la prevención de estos eventos. El comportamiento general muestra una reducción progresiva de la mortalidad en este grupo etario, pero persisten alertas en eventos neurológicos y lesiones, que requieren acciones intersectoriales de protección a la infancia y fortalecimiento del acceso a servicios especializados.

71

Tabla: tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años									
Grupo	Sexo	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
		Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa	Valor Tasa
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	134.95	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	67.07	0.00
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	FEMENINO	0.00	111.61	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	274.73



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE LA UNIÓN



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	54.70	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	136.61
06 - ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	126.58	0.00	264.20	134.95	0.00
	MASCULINO	106.84	0.00	0.00	122.70	123.00	260.76	133.33	0.00
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	126.58	0.00	0.00	134.95	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	123.00	130.38	0.00	0.00
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	106.84	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	0.00	0.00	0.00	0.00	123.00	130.38	0.00	0.00
	TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	62.38	65.62	0.00	0.00

72

En los menores de 5 años, la mortalidad muestra un comportamiento bajo y con variaciones mínimas a lo largo de los años observados, manteniéndose predominantemente asociada a causas de origen perinatal, respiratorio y neurológico. Los casos se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino, lo cual concuerda con el patrón nacional y mundial donde los niños pequeños tienen mayor vulnerabilidad inmunológica y riesgo de complicaciones tempranas. La presencia de muertes por epilepsia y trastornos mentales en algunos años recientes evidencia la necesidad de fortalecer la detección y el

Alcaldía de La Unión, Antioquia. Nit. 890.981.995-0

Cra 10 # 10 - 15 Parque Principal | Tel: 604 556 0610 | contactenos@launion-antioquia.gov.co



Alcaldía de La Unión



alcaldiadelaulion

www.launion-antioquia.gov.co

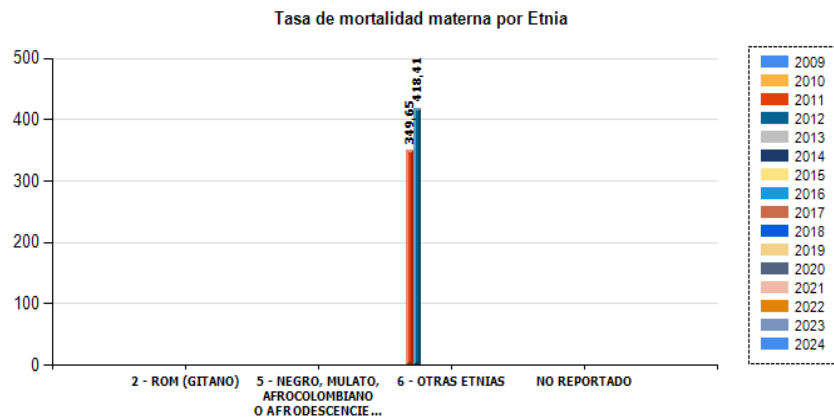
manejo temprano de condiciones neurológicas y del desarrollo. Asimismo, la ausencia de muertes por causas externas en la mayoría de los años sugiere adecuados entornos de protección, aunque se mantiene la necesidad de continuar estrategias de vigilancia del desarrollo infantil, control de infecciones y fortalecimiento de la ruta integral de atención a la primera infancia para evitar desenlaces fatales prevenibles.

Tabla 20. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez

Causa de muerte	Antioquia	La Unión	Comportamiento									
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Razón de mortalidad materna	30.7	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad neonatal	5.4	0.0	↘	↘	↘	↘	-	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	8.4	10.4	↘	↗	↘	↘	-	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	11.5	15.5	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	7.3	0.0	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2.8	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	3.3	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

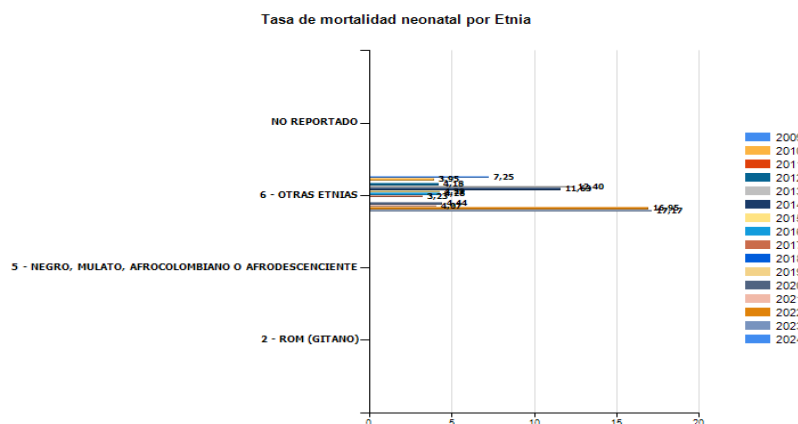
La mortalidad materna en La Unión se ha mantenido en cero casos durante todo el periodo 2014-2024, lo cual refleja un adecuado acceso y oportunidad en la atención obstétrica. Sin embargo, la mortalidad neonatal e infantil ha mostrado fluctuaciones importantes, con picos en los años 2016, 2018, 2019 y especialmente entre 2023 y 2024, donde se observan incrementos significativos, indicando posibles brechas en el control del riesgo perinatal y en el seguimiento de la primera infancia. Aunque las muertes por IRA presentaron un aumento crítico en 2018, y luego desaparecen del registro, es necesario fortalecer las estrategias de prevención de infecciones respiratorias agudas y vigilancia oportuna. Es destacable que el municipio no registra muertes por EDA ni por desnutrición en menores de cinco años en el periodo observado, lo que evidencia avances en seguridad alimentaria, acceso a agua y atención primaria; no obstante, la variabilidad de otros indicadores sugiere reforzar intervenciones integrales materno-infantiles con especial énfasis en vigilancia de la mortalidad evitable.

Ilustración 30. Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia



En el municipio no se reportan muertes maternas en mujeres pertenecientes a comunidades Rom ni población negra, mulata o afrodescendiente durante el periodo analizado, lo que puede estar asociado a su baja representación en la estructura poblacional local. Sin embargo, se observan valores elevados en los años 2012 y 2013 en la categoría otras etnias, así como en el total general, lo cual responde probablemente a la ocurrencia de casos aislados en una población con un número reducido de nacidos vivos, generando tasas altas que afectan la tendencia global. La ausencia de registros recientes (2014-2024) evidencia una mejoría sostenida en la mortalidad materna y sugiere avances en el acceso oportuno y seguro a los servicios de atención prenatal, parto y puerperio, aunque se requiere fortalecer la calidad del registro étnico para garantizar un enfoque diferencial y una vigilancia epidemiológica más precisa.

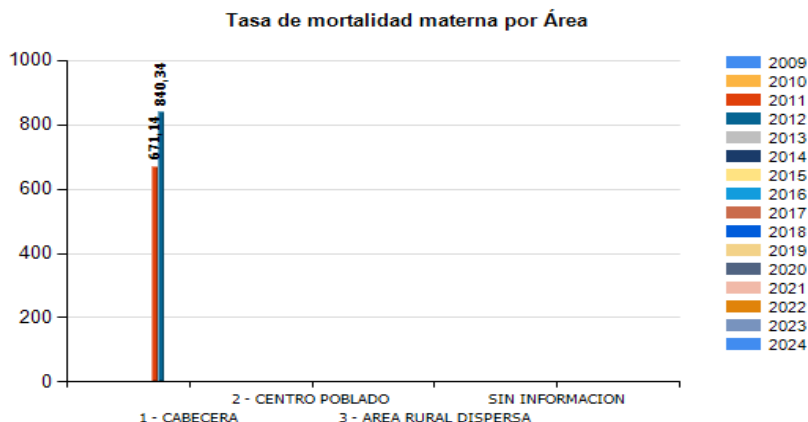
Ilustración 31. Tasa de mortalidad neonatal por etnia



La mortalidad neonatal en el municipio se concentra en la categoría otras etnias, debido principalmente a la baja representatividad o ausencia de registros en población Rom y afrodescendiente, lo cual limita el análisis con enfoque diferencial. Aunque la tendencia muestra variaciones importantes entre los años, se destacan picos en 2013, 2023 y 2024, que se explican por la ocurrencia de muy pocos eventos en una población con bajo número de nacidos vivos, lo que incrementa las tasas de forma significativa. A pesar de periodos con descenso,

La persistencia de la mortalidad neonatal indica la necesidad de fortalecer la atención perinatal, el control prenatal oportuno y la vigilancia de factores de riesgo asociados al embarazo y el nacimiento. Igualmente, se evidencia una importante brecha en la calidad del registro étnico, lo que dificulta evaluar inequidades en salud y limita la planificación con enfoque de derechos y enfoque intercultural.

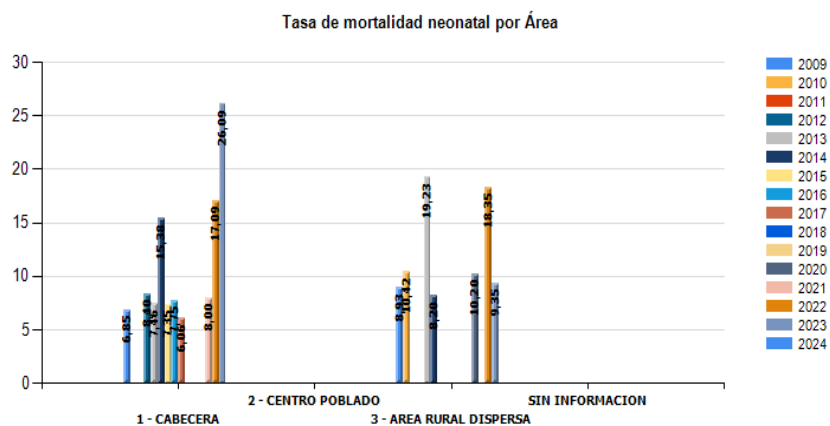
Ilustración 32. Indicadores de Razón de mortalidad materna por área



75

En el municipio, los registros de razón de mortalidad materna por área geográfica muestran un comportamiento concentrado en la cabecera municipal, siendo esta la única zona que reporta eventos en los años con información disponible (2012 y 2013), con valores elevados de 671,1 y 840,3 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente. Estos picos reflejan que, en poblaciones pequeñas, la ocurrencia de uno o pocos casos genera tasas considerablemente altas. No se reportan eventos en zona rural dispersa ni centro poblado, lo cual puede relacionarse con el bajo número de nacimientos, ausencia de casos o posible subregistro. Aunque en los años posteriores no se reportan muertes maternas, es fundamental mantener la vigilancia y el fortalecimiento de la atención integral a la gestante, garantizando oportunidad en el acceso y continuidad del cuidado, especialmente en áreas rurales donde persisten barreras geográficas y de disponibilidad de servicios.

Ilustración 33. Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia

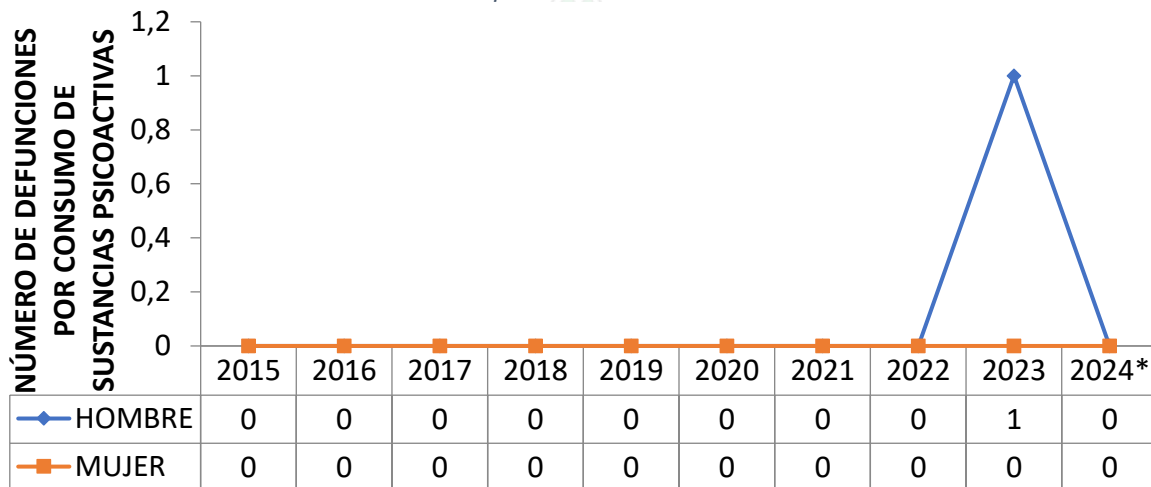


La tasa de mortalidad neonatal en el municipio muestra un comportamiento fluctuante con incrementos relevantes en años recientes, especialmente en la cabecera municipal, donde se registran picos como en 2023, lo que puede deberse al bajo número de nacidos vivos y la sensibilidad del indicador a casos aislados. En el área rural dispersa también se evidencia una mayor vulnerabilidad en años específicos, lo cual sugiere posibles barreras en el acceso oportuno a los servicios de salud materno perinatal y limitaciones en la identificación y seguimiento de gestantes y recién nacidos con riesgo. Estas variaciones indican la necesidad de fortalecer la ruta de atención materno perinatal, mejorar la detección temprana de riesgos y garantizar la continuidad del cuidado tanto en la gestación como en el periodo neonatal, especialmente en zonas con menor oferta y accesibilidad a los servicios de salud.

76

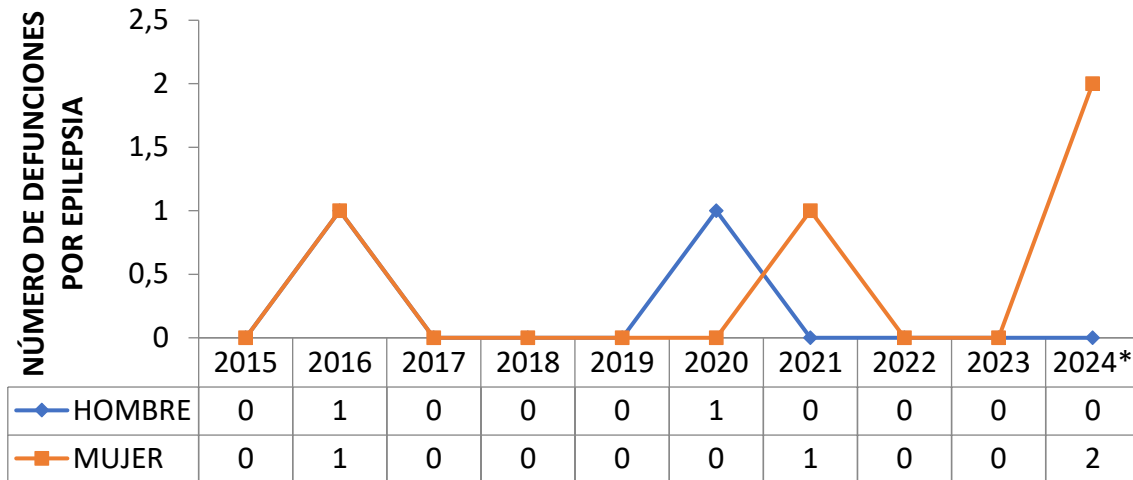
3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental

Ilustración 34. Gráfico: Muertes por trastornos mentales, debido al consumo de sustancias psicoactivas



Entre 2015 y 2024, la mortalidad atribuible a trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en el municipio de La Unión ha sido prácticamente nula, registrándose únicamente un caso en el año 2023 correspondiente a un hombre adulto. Esta baja notificación puede estar relacionada con un subregistro de la causa básica de muerte o con la clasificación de eventos asociados al consumo problemático de sustancias dentro de otras categorías diagnósticas (como causas externas o enfermedades concomitantes). A pesar del bajo impacto en mortalidad, el consumo de sustancias psicoactivas continúa siendo un determinante de salud relevante por sus implicaciones en morbilidad, violencia y condiciones sociales, lo que implica la necesidad de mantener estrategias de prevención, atención integral y vigilancia continua en salud mental.

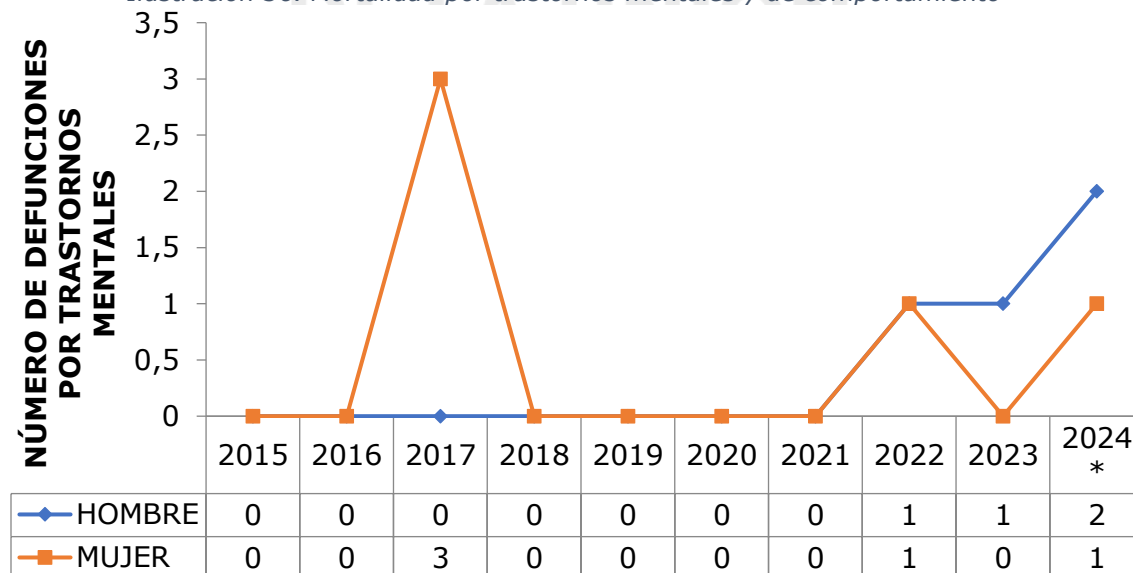
Ilustración 35. Epilepsia



77

Durante el periodo 2015–2024, la mortalidad atribuida a epilepsia en el municipio de La Unión mostró una presencia intermitente y de baja frecuencia, con un total de 6 defunciones registradas, distribuidas de manera similar por sexo. Se identificaron casos en los años 2016 (1 hombre y 1 mujer), 2020 (1 hombre), 2021 (1 mujer) y un incremento relativo en 2024, con 2 muertes en mujeres. Aunque la epilepsia es una condición tratable y controlable en la mayoría de los casos, estas defunciones pueden indicar dificultades en el acceso oportuno a servicios especializados, adherencia terapéutica, continuidad del tratamiento o factores de riesgo asociados como comorbilidades neurológicas, consumo de alcohol o lesiones traumáticas. Se recomienda fortalecer el control en el primer nivel de atención, la disponibilidad de medicamentos anticonvulsivantes y el seguimiento de casos con mayor vulnerabilidad social o clínica.

Ilustración 36. Mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento



En La Unión, entre 2015 y 2024 se registró un comportamiento irregular, pero con tendencia reciente al incremento de la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, acumulando 8 defunciones durante el periodo. El primer pico se observa en 2017 con 3 muertes en mujeres, lo que podría reflejar una mayor carga y vulnerabilidad femenina frente a condiciones como demencias y trastornos afectivos severos. Posteriormente se mantiene un periodo sin casos hasta 2022, año en el que se presenta 1 caso en cada sexo, seguido de 1 muerte en hombres en 2023 y finalmente el valor más alto del periodo en 2024, con 2 hombres y 1 mujer fallecidos. Este patrón revela la necesidad de reforzar la detección temprana de trastornos mentales, la continuidad del manejo especializado y la reducción de barreras de acceso a servicios de salud mental, así como fortalecer el soporte comunitario para personas con enfermedades mentales crónicas.

3.1.5 Conclusiones de mortalidad

El análisis de la mortalidad en el municipio de La Unión durante el periodo 2015–2024 evidencia que las enfermedades crónicas no transmisibles representan la principal causa de muerte y pérdida de años de vida en la población. Las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como la primera causa de mortalidad en ambos sexos, con tasas persistentemente altas y con mayor impacto en hombres, lo que señala la necesidad de reforzar estrategias de promoción cardiovascular y control de factores de riesgo. Las neoplasias continúan como la segunda causa de muerte y aportan una carga significativa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), especialmente en mujeres, lo que subraya la importancia de fortalecer los programas de tamizaje y diagnóstico temprano.

Las causas externas, aunque en menor volumen comparadas con las crónicas, tienen un peso muy relevante por su contribución a la mortalidad prematura, afectando especialmente a hombres jóvenes y evidenciando retos persistentes en seguridad vial, convivencia y prevención de violencias. Las enfermedades transmisibles muestran un repunte en 2024, lo que podría explicarse por brotes infecciosos o eventos de reemergencia, demandando vigilancia y acciones preventivas sostenidas.

Los indicadores perinatales muestran un comportamiento variable con incrementos puntuales de mortalidad neonatal y de AVPP perinatal, lo que indica la necesidad de continuar fortaleciendo la atención materno-infantil y el control prenatal. La mortalidad por salud mental se mantiene baja en el municipio; sin embargo, la aparición reciente de casos asociados a trastornos mentales y epilepsia sugiere la necesidad de mantener estrategias de prevención, intervención temprana y mejora en el acceso a servicios de salud mental.

En términos de información, la presencia de muertes clasificadas dentro de “otras causas” y “signos y síntomas mal definidos” señala la importancia de mejorar la calidad en el registro de la causa básica de muerte. En conjunto, la situación descrita resalta la transición epidemiológica del municipio hacia

predominio de enfermedades crónicas, a la vez que persisten desafíos derivados de problemáticas sociales, enfermedades transmisibles y mortalidad prematura prevenible.

Además, el análisis por grupos etarios evidencia que la mortalidad en menores de un año continúa asociada principalmente a afecciones originadas en el periodo perinatal y malformaciones congénitas, con mayor impacto en el sexo masculino, lo que refleja brechas en la oportunidad y calidad de la atención en el parto y el periodo neonatal inmediato. Aunque otras causas como enfermedades infecciosas, respiratorias y causas externas presentan tasas muy bajas o nulas en los últimos años, la persistencia de fluctuaciones en los indicadores perinatales sugiere vulnerabilidades en la atención de gestantes y recién nacidos que requieren seguimiento continuo. La comparación territorial muestra que, a pesar de la reducción observada en 2024, La Unión mantiene tasas de mortalidad perinatal superiores al promedio del Oriente y del departamento, lo que refuerza la necesidad de fortalecer el cuidado materno perinatal, mejorar la detección del riesgo obstétrico y garantizar rutas de atención efectivas y coordinadas para eventos críticos en los primeros días de vida.

3.2 Análisis de la morbilidad

El análisis de la morbilidad es fundamental para comprender el comportamiento de las enfermedades que afectan a la población del municipio, permitiendo identificar los principales problemas de salud, su frecuencia y distribución por grupos de edad, sexo y territorio. Este análisis orienta la toma de decisiones en salud pública, la priorización de intervenciones y la planificación de estrategias de prevención, promoción y atención, con el fin de mejorar las condiciones de vida y reducir el impacto de las enfermedades en la comunidad.

3.2.1 Principales causas de morbilidad

Tabla 21. Causas de morbilidad por ciclo vital general.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	31.47	29.19	29.22	30.51	21.86	17.68	28.13	23.60	18.80	23.01	4.21
	Condiciones perinatales	4.32	5.64	4.04	4.79	5.53	8.39	6.51	10.10	7.52	1.26	-6.27
	Enfermedades no transmisibles	48.48	48.76	49.77	49.60	53.36	50.10	46.15	42.53	43.76	44.77	1.01
	Lesiones	4.64	4.91	5.14	4.68	5.11	5.77	4.69	5.58	7.81	10.04	2.24
	Condiciones mal clasificadas	11.09	11.49	11.83	10.41	14.14	18.07	14.53	18.18	22.11	20.92	-1.19
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17.43	14.48	19.01	16.73	10.24	5.76	5.26	6.67	7.77	4.12	-3.65
	Condiciones maternas	0.54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.16	0.00	0.09	0.00	1.03	1.03
	Enfermedades no transmisibles	61.54	66.82	55.58	57.93	67.26	62.99	72.61	73.96	63.94	64.95	1.01
	Lesiones	7.14	6.36	9.39	9.51	7.39	12.83	7.23	7.04	8.17	11.00	2.82
	Condiciones mal clasificadas	13.35	12.34	16.02	15.83	15.11	18.26	14.90	12.23	20.11	18.90	-1.21

Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.79	6.69	10.52	9.58	6.62	5.16	4.04	3.90	3.90	8.99	5.89
	Condiciones maternas	3.35	3.03	1.84	2.39	2.29	3.36	2.91	5.00	4.54	5.23	0.69
	Enfermedades no transmisibles	62.36	63.19	55.68	60.10	63.33	62.79	61.88	63.80	57.55	49.67	-7.88
	Lesiones	7.80	9.50	10.44	9.53	9.40	7.36	6.52	11.47	12.03	12.91	0.88
	Condiciones mal clasificadas	16.70	17.59	21.52	18.40	18.35	21.33	24.65	15.84	21.98	23.20	1.22
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10.49	11.53	12.33	10.99	8.48	7.88	6.53	4.69	4.25	6.55	2.30
	Condiciones maternas	6.09	4.36	5.84	6.95	5.70	5.93	7.27	10.32	5.18	4.14	-1.04
	Enfermedades no transmisibles	56.65	57.53	53.36	55.65	57.01	54.78	63.11	57.01	48.60	41.81	-6.79
	Lesiones	9.98	12.18	12.44	10.75	12.54	13.72	7.83	9.86	19.85	23.89	4.04
	Condiciones mal clasificadas	16.80	14.40	16.03	15.65	16.26	17.68	15.26	18.12	22.11	23.60	1.49
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7.27	6.84	7.59	5.90	5.16	4.79	4.49	3.83	3.52	4.06	0.54
	Condiciones maternas	0.92	0.55	0.96	1.29	1.18	1.78	1.70	2.46	1.36	0.51	-0.85
	Enfermedades no transmisibles	75.89	73.82	74.38	76.43	76.41	73.10	76.56	73.92	67.39	65.87	-1.53
	Lesiones	6.52	7.93	6.66	5.72	6.29	7.69	5.84	8.76	11.82	14.44	2.61
	Condiciones mal clasificadas	9.40	10.86	10.40	10.66	10.96	12.64	11.41	11.03	15.90	15.13	-0.77
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4.87	3.92	5.17	4.03	4.04	8.37	2.23	3.91	1.77	2.81	1.04
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00	0.00	0.05	0.00	-0.05
	Enfermedades no transmisibles	85.14	85.66	82.29	84.63	84.29	79.89	87.65	80.94	47.82	79.52	31.70
	Lesiones	3.42	5.01	4.49	3.52	3.58	4.31	3.31	5.36	2.53	4.47	1.94
	Condiciones mal clasificadas	6.56	5.41	8.06	7.82	8.08	7.41	6.80	9.79	47.82	13.20	-34.62

La morbilidad en el municipio de La Unión muestra un perfil diferenciado según el ciclo vital. En primera infancia (0-5 años), predominan las enfermedades no transmisibles, con participación estable alrededor del 45%, pero con un incremento reciente de lesiones (10.04% en 2024; +2.24pp), lo que sugiere mayor exposición a accidentes en el entorno doméstico. Además, las condiciones transmisibles y nutricionales aumentan en 2024 (+4.21pp), mientras que las condiciones perinatales caen marcadamente (-6.27pp), indicando mejoras en salud materno-infantil. En la infancia (6-11 años), persisten como primera causa las enfermedades no transmisibles (>60%), mientras las transmisibles continúan descendiendo (-3.65pp), evidenciando avances en prevención, aunque se observa un aumento de lesiones (+2.82pp). En adolescencia (12-18 años), se resalta la disminución de las ENT (-7.88pp), acompañada del aumento de condiciones transmisibles (+5.09pp) y lesiones, lo que puede asociarse a riesgos conductuales y sociales. En la juventud (14-26 años), disminuyen las ENT y las condiciones maternas (-1.04pp), pero las lesiones se incrementan significativamente (+4.04pp), consolidándose como un problema emergente ligado a violencias y seguridad vial; las condiciones mal clasificadas también aumentan, afectando la calidad del dato. En la adultez (27-59 años), las ENT siguen predominando como principal causa de atención en salud (65.87% en 2024), aunque en descenso, contrastando con un crecimiento sostenido de las lesiones (14.44% en 2024). Finalmente, en la persona mayor, las ENT continúan siendo la principal causa de morbilidad (79.52% en 2024), pero se observa variabilidad inusual por errores de registro en 2023, lo que afecta la interpretación en este grupo y exige mejorar los procesos de clasificación diagnóstica.

Análisis de las causas de morbilidad por sexo

En los hombres del municipio de La Unión, la morbilidad entre 2015 y 2024 se concentra principalmente en las enfermedades no transmisibles, las cuales siguen siendo la primera causa en todos los ciclos vitales, aunque con una

disminución reciente en las edades productivas. En contraste, se destaca un incremento marcado de las lesiones, especialmente en juventud, donde alcanzan el 40% en 2024, evidenciando mayor exposición a violencias y riesgos en el entorno. En la primera infancia y adolescencia se observa un repunte de condiciones transmisibles y nutricionales, lo cual muestra persistencia de vulnerabilidades en salud pública. Finalmente, la presencia de condiciones mal clasificadas en varios grupos etarios indica la necesidad de mejorar la calidad diagnóstica y el registro de información en salud.

En las mujeres del municipio de La Unión, entre 2015 y 2024, las enfermedades no transmisibles también representan la principal causa de morbilidad en todos los ciclos vitales, con mayor concentración en adultez y personas mayores, lo que refleja la creciente carga de condiciones crónicas. En la juventud y adolescencia, persisten las condiciones maternas como un tema relevante en salud pública, con un incremento reciente que indica posibles brechas en planificación familiar, atención prenatal y servicios de salud sexual y reproductiva. Aunque las condiciones transmisibles y nutricionales han disminuido progresivamente, se evidencia un repunte en 2024 en algunos grupos, lo que sugiere exposición continua a riesgos ambientales y de cuidado. Llama la atención el aumento marcado de condiciones mal clasificadas, especialmente en primera infancia y juventud, lo que podría estar asociado a registros clínicos incompletos o diagnósticos inespecíficos. Finalmente, aunque las lesiones mantienen menor participación en comparación con los hombres, su crecimiento en etapas juveniles requiere fortalecer estrategias de prevención de violencias y promoción de la convivencia.

3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Tabla 22. Condiciones transmisibles y nutricionales

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	33.51	39.03	34.04	30.05	29.40	24.77	41.17	27.82	33.95	49.76	15.80
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	63.66	58.51	62.94	66.93	65.95	70.48	51.98	65.59	60.47	45.89	-14.57
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.83	2.46	3.02	3.03	4.66	4.75	6.85	6.59	5.58	4.35	-1.23

El comportamiento de las condiciones transmisibles y nutricionales en el municipio de La Unión, durante el período 2015–2024, evidencia una dinámica cambiante, asociada principalmente a factores ambientales, sociales y de acceso a los servicios de salud. En el año 2024, las enfermedades infecciosas y parasitarias representaron el 49,7% de los casos reportados dentro de este grupo, mostrando un aumento de 15,8 puntos porcentuales respecto al año 2023, lo que sugiere un repunte posterior a la reducción observada tras la pandemia. Por su parte, las infecciones respiratorias agudas (IRA), aunque continúan siendo la principal causa dentro de este subgrupo, presentaron una disminución de 14,6 puntos porcentuales, lo cual podría reflejar mejores

condiciones de control, mayor cobertura en vacunación y prácticas de autocuidado adoptadas por la población.

En contraste, las deficiencias nutricionales mantuvieron una tendencia relativamente estable, con una leve reducción en 2024 (-1,2 pp), lo que podría relacionarse con el fortalecimiento de programas de alimentación escolar, atención integral a la primera infancia y acciones intersectoriales en seguridad alimentaria.

Al analizar por grupos etarios, se observa que la primera infancia (0 a 5 años) continúa siendo el grupo más afectado, con una prevalencia del 23% en 2024, seguida por la adolescencia (8,9%) y la juventud (6,5%), lo que evidencia la necesidad de fortalecer la vigilancia y las acciones preventivas dirigidas a la población infantil y adolescente, especialmente en entornos escolares y comunitarios.

En general, el panorama de morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales en La Unión resalta la importancia de mantener estrategias de prevención de enfermedades infecciosas, educación en salud y promoción de la nutrición adecuada, con un enfoque diferencial por grupos de edad y condiciones de vulnerabilidad.

82

Tabla 23. Condiciones materno-perinatales

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	79.59	70.97	80.48	82.42	81.87	83.77	85.53	78.74	78.70	91.19	12.48
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	20.41	29.03	19.52	17.58	18.13	16.23	14.47	21.26	21.30	8.81	-12.48

Durante el periodo 2015–2024, las condiciones maternas y perinatales en el municipio de La Unión evidencian una tendencia sostenida hacia la predominancia de las condiciones maternas sobre las perinatales. En el año 2024, las causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio representaron el 91,19% de los casos dentro de este grupo, con un incremento de 12,5 puntos porcentuales respecto al 2023, lo que sugiere un aumento en la atención o reporte de complicaciones maternas en el territorio. Por el contrario, las condiciones del periodo perinatal disminuyeron significativamente (-12,5 pp), lo cual podría estar vinculado a una mejor vigilancia del embarazo, fortalecimiento del control prenatal y mejoras en la atención institucional del parto.

El comportamiento histórico muestra que, tras una leve reducción entre 2019 y 2022, el 2024 refleja un repunte en la morbilidad materna, lo cual plantea la necesidad de analizar las principales causas específicas, tales como trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias, infecciones o complicaciones relacionadas con la atención obstétrica. Este aumento también puede relacionarse con una mayor detección oportuna de casos gracias a la implementación de las Rutas Integrales de Atención Materno Perinatal (RIAMP) y al fortalecimiento de la vigilancia de morbilidad materna extrema (MME).

En conjunto, los resultados reflejan avances en la atención neonatal y del recién nacido, pero también alertan sobre la persistencia de riesgos asociados al

embarazo y al parto. Se recomienda mantener la articulación intersectorial para el fortalecimiento de la maternidad segura, la detección temprana de factores de riesgo obstétrico, y la educación a gestantes y familias sobre signos de alarma y control prenatal oportuno, con enfoque diferencial en zonas rurales y población con barreras de acceso.

Tabla 24. Enfermedades no transmisibles

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total											
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1.86	1.93	2.26	1.58	1.47	2.03	2.82	3.24	4.35	4.12	-0.22	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1.07	1.14	1.20	0.96	1.10	1.26	1.95	1.34	1.54	1.16	-0.38	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3.42	3.33	4.67	5.89	6.07	5.80	3.63	4.93	5.15	4.62	-0.53	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	8.17	8.64	9.66	8.85	8.49	9.26	9.43	7.74	7.75	9.01	1.26	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8.20	9.01	7.61	8.15	7.54	9.42	10.66	10.79	12.27	12.22	-0.04	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	5.76	6.03	6.69	5.71	5.77	5.85	6.50	7.96	7.13	8.44	1.31	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	21.27	18.67	17.31	21.83	20.66	21.19	15.67	15.82	17.10	13.70	-3.40	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4.18	4.24	4.98	4.61	4.03	3.37	3.82	4.78	4.83	4.87	0.03	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5.90	5.18	5.57	5.24	5.45	5.33	5.39	6.52	6.51	7.64	1.12	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10.36	10.12	11.01	9.12	8.16	9.57	9.58	9.65	8.69	9.14	0.45	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4.74	4.13	5.60	4.35	4.11	4.52	5.19	3.94	4.20	4.22	0.02	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	10.90	12.85	13.90	13.31	13.76	14.95	15.64	11.85	13.37	13.74	0.37	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.75	0.66	0.60	0.56	0.63	0.55	0.67	0.84	1.36	0.92	-0.45	
	Condiciones orales (K00-K14)	13.41	14.09	8.94	9.82	12.75	6.90	9.05	10.59	5.74	6.20	0.46	

Las enfermedades no transmisibles (ENT) continúan siendo una de las principales causas de morbilidad en el municipio de La Unión, reflejando la transición epidemiológica hacia patologías crónicas asociadas al envejecimiento poblacional y los cambios en los estilos de vida. Entre 2015 y 2024, los subgrupos más relevantes por su frecuencia fueron las enfermedades cardiovasculares, las condiciones neuropsiquiátricas, las enfermedades del sistema musculoesquelético, las genitourinarias y las condiciones orales, las cuales concentran una proporción importante de las consultas y atenciones en el territorio.

En el año 2024 se observa una disminución de 3,4 puntos porcentuales en las enfermedades cardiovasculares respecto a 2023, aunque siguen siendo una de las primeras causas de morbilidad crónica, lo que exige mantener la vigilancia sobre factores de riesgo como hipertensión, dislipidemias, tabaquismo y sedentarismo. Por otro lado, las condiciones neuropsiquiátricas mantienen una tendencia ascendente durante la última década, alcanzando un 12,2% en 2024, lo cual evidencia el incremento de trastornos de salud mental en la población, especialmente depresión, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas.

Asimismo, se destacan incrementos en las enfermedades de los órganos de los sentidos (+1,3 pp) y las digestivas (+1,1 pp), posiblemente asociadas al envejecimiento y a hábitos alimentarios poco saludables. Las enfermedades musculoesqueléticas también presentan un leve aumento (+0,4 pp), reflejando el impacto de las labores agrícolas y de oficios físicos que predominan en el municipio. En contraste, las neoplasias malignas y la diabetes mellitus muestran una estabilidad con leves reducciones frente al año anterior, aunque siguen

representando causas prioritarias de atención dentro de las estrategias de control de ENT.

En general, el comportamiento de las enfermedades no transmisibles evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de promoción de estilos de vida saludables, la detección temprana de riesgo cardiovascular y metabólico, el abordaje integral en salud mental, y el acceso a servicios de rehabilitación funcional y manejo del dolor crónico. Se recomienda continuar con la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en particular la de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la de Enfermedades Crónicas, garantizando un enfoque preventivo, territorial y diferencial.

84

Tabla 25. Lesiones

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total											
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024- 2023	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2.76	3.83	4.29	4.70	6.05	7.50	5.56	4.83	3.07	3.55	0.49	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.45	0.36	0.72	1.41	0.93	1.20	0.52	3.10	1.82	1.24	-0.58	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.03	0.00	0.08	0.02	0.17	0.00	0.00	0.10	0.03	0.00	-0.03	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96.76	95.82	94.90	93.87	92.85	91.30	93.92	91.96	95.09	95.21	0.12	

El grupo de lesiones constituye una causa relevante de morbilidad en el municipio de La Unión, principalmente asociada a traumatismos, caídas y accidentes de tránsito. A lo largo del periodo 2015–2024, se observa que los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00–T98) representan la gran mayoría de los casos, manteniéndose con proporciones superiores al 90% de las atenciones por lesiones, lo que evidencia su persistencia como un problema de salud pública vinculado a las actividades laborales, recreativas y del hogar.

En el año 2024, este subgrupo presentó un leve incremento de 0,12 puntos porcentuales respecto al año anterior, consolidando su estabilidad en el tiempo. Por otro lado, las lesiones no intencionales (como caídas o accidentes domésticos y de tránsito) aumentaron ligeramente (+0,49 pp), mientras que las lesiones intencionales (agresiones y autolesiones) mostraron una reducción de 0,58 pp, lo que podría asociarse al fortalecimiento de las estrategias de convivencia y salud mental comunitaria implementadas en el territorio. Las lesiones de intencionalidad indeterminada mantuvieron valores marginales, sin representar un peso significativo en la morbilidad total.

Este comportamiento resalta la importancia de reforzar las acciones intersectoriales en prevención de accidentes y violencias, el fortalecimiento de los programas de seguridad vial y salud mental, así como la vigilancia activa de lesiones de causa externa dentro del sistema local de salud. De igual forma, se recomienda consolidar los procesos de atención integral al trauma en la red de servicios y promover campañas educativas sobre el autocuidado y la seguridad en el entorno doméstico, escolar y laboral.

3.2.3 Morbilidad específica salud mental

Tabla 26. Salud Mental

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Población Total										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	20.60	50.00	62.93	70.37	77.78	69.70	52.94	95.00	84.46	59.26	-25.20
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.00	0.00	6.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Epilepsia	78.86	41.67	81.90	29.63	6.67	80.30	47.06	2.50	14.86	40.74	25.88
	Depresión	0.00	0.00	0.00	0.00	4.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Ansiedad	0.54	8.33	5.17	0.00	4.44	0.00	0.00	2.50	0.68	0.00	-2.68
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	85.63	88.96	75.26	80.52	82.64	80.34	77.66	83.33	86.79	57.50	-29.29
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.00	0.53	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Epilepsia	13.17	5.84	17.89	14.94	9.92	10.26	7.45	6.06	5.03	36.67	31.64
	Depresión	0.00	1.30	2.11	2.27	0.83	0.85	0.00	1.52	1.89	2.50	0.61
	Ansiedad	1.20	3.90	4.21	2.27	6.61	8.55	14.89	9.09	6.29	3.33	-2.96
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	67.61	57.21	64.49	52.59	63.90	67.61	61.42	55.28	56.07	63.55	7.48
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8.24	11.26	2.17	3.88	5.60	7.04	8.27	10.00	6.23	0.30	-5.93
	Epilepsia	7.10	10.36	12.32	20.91	3.25	3.29	5.12	2.78	3.74	1.81	-1.93
	Depresión	11.08	10.81	5.80	9.70	18.41	12.21	12.60	17.78	17.13	11.75	-5.39
	Ansiedad	5.97	10.36	15.22	12.93	8.84	9.86	12.60	14.17	16.82	22.59	5.77
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61.19	56.56	53.47	52.90	55.53	52.20	61.05	57.02	58.03	59.73	1.70
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5.42	6.25	4.88	4.70	7.25	3.43	5.66	19.74	6.97	16.95	9.98
	Epilepsia	14.98	11.56	17.22	11.48	10.44	12.23	7.18	1.64	7.12	5.03	-2.09
	Depresión	7.58	12.81	10.03	13.33	9.34	13.05	6.77	7.35	9.24	8.22	-1.02
	Ansiedad	10.83	12.81	14.40	17.60	17.44	19.09	19.34	14.25	18.64	10.07	-8.57
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	68.53	60.95	57.18	54.06	50.94	52.34	53.08	56.15	61.13	55.53	-5.60
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1.04	3.08	0.58	0.21	1.06	2.84	3.04	7.18	5.95	3.90	-2.05
	Epilepsia	12.45	10.05	14.44	14.28	14.21	14.60	9.77	6.94	10.26	13.39	3.14
	Depresión	8.22	13.81	15.10	10.75	12.91	13.45	10.12	8.60	13.95	10.66	-3.29
	Ansiedad	9.76	13.01	12.70	20.70	20.89	16.76	23.99	21.14	8.72	16.51	7.80
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	82.12	66.67	69.65	66.50	67.50	73.36	63.52	72.79	55.65	68.32	12.68
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.56	0.62	0.86	2.33	0.47	1.42	0.66	1.08	0.79	-0.29
	Epilepsia	6.46	7.22	8.94	9.33	6.28	7.71	4.27	6.42	18.55	6.81	-11.74
	Depresión	6.46	16.11	12.68	15.09	14.36	7.01	11.03	13.50	18.01	15.18	-2.83
	Ansiedad	4.97	9.44	8.11	8.22	9.52	11.45	19.75	6.64	6.72	8.90	2.18

En La Unión, la morbilidad por salud mental muestra una alta carga en todas las etapas de la vida, con predominio de los trastornos mentales y del comportamiento, que continúan siendo la principal causa en todos los ciclos vitales. En primera infancia e infancia se observa un descenso marcado de estos trastornos en 2024, pero acompañado de un incremento de epilepsia, especialmente en la primera infancia (+25,9 pp), lo que sugiere la necesidad de fortalecer la detección y atención de trastornos neurológicos en menores. En adolescencia, la ansiedad aumenta de forma sostenida hasta 2024 (+5,8 pp), convirtiéndose en el trastorno afectivo de mayor crecimiento, mientras que el uso de sustancias mantiene presencia, pero con una reducción reciente, evidenciando riesgos psicosociales que requieren intervención continua. En juventud, incrementa de manera preocupante la morbilidad asociada al consumo

de sustancias psicoactivas (+10 pp), lo que refleja mayor exposición a entornos de riesgo, presión social y posibles barreras en acceso a soporte emocional y comunitario. En la adultez se mantiene una alta participación proporcional de depresión y ansiedad, lo cual puede relacionarse con factores laborales, económicos y de cuidado familiar. Finalmente, en personas mayores, los trastornos mentales siguen siendo la causa dominante y aumentan en 2024 (+12,7 pp), lo que resalta la importancia de estrategias en demencias, apoyo al cuidador y detección de deterioro cognitivo. En síntesis, el comportamiento observado confirma que la salud mental es un problema transversal y creciente en el municipio, especialmente en adolescentes, jóvenes y adultos mayores, demandando acciones integrales desde la promoción, la prevención y el acceso oportuno a servicios especializados.

3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

Tabla 27. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos

Evento	Antioquia	La Unión	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	91.4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
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	4.4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tasa de incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	39.0	8.7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
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 linfóide (menores de 15 años) (años 2023)	4.4	0.0	-	-	-	-	-	✓	✓	-

El análisis de los eventos de alto costo en el municipio de La Unión permite identificar aquellas condiciones crónicas o graves que generan mayor carga económica y social para el sistema de salud, al requerir tratamientos continuos, especializados y de larga duración. Entre estos eventos se incluyen la enfermedad renal crónica (ERC) en fase cinco, el VIH/SIDA y las leucemias agudas pediátricas, los cuales son objeto de vigilancia específica por parte del sistema de información de enfermedades de alto costo.

En el año 2024, la prevalencia de ERC en fase cinco en La Unión fue de 91,4 por 100.000 habitantes, valor similar al promedio departamental (88,2), lo que refleja un comportamiento estable y dentro del rango esperado según el intervalo de confianza. Sin embargo, la incidencia de nuevos casos (4,4 por 100.000 habitantes) se mantiene por debajo del promedio departamental (10,9), lo que puede asociarse a un subregistro o a un menor número de diagnósticos oportunos en los servicios de salud locales. Este evento requiere mantener la vigilancia de la población con hipertensión arterial y diabetes mellitus, principales factores de riesgo asociados al daño renal progresivo.

Respecto al VIH/SIDA, la tasa de incidencia en 2024 fue de 8,7 por 100.000 afiliados, inferior a la de Antioquia (39,0). Aunque la tendencia ha mostrado

fluctuaciones, se mantiene una notificación baja, lo que puede reflejar tanto una baja transmisión local como barreras en el diagnóstico oportuno o la captación de casos en zonas rurales. Es necesario fortalecer las estrategias de promoción del diagnóstico temprano, consejería y prevención, especialmente en población joven y grupos clave.

En cuanto a las leucemias agudas pediátricas (linfoide y mieloide), el municipio no registró casos durante los últimos años analizados (2016–2024), lo que coincide con la baja frecuencia esperada para este tipo de patologías. No obstante, es importante garantizar la capacidad diagnóstica y la referencia oportuna ante sospechas clínicas en menores de 15 años.

En general, el comportamiento de los eventos de alto costo en La Unión evidencia una carga controlada en comparación con el promedio departamental, aunque persisten retos en detección temprana, seguimiento de pacientes crónicos y fortalecimiento de las rutas de atención integral.

3.2.5 Morbilidad de eventos precursores

Tabla 28. Morbilidad de eventos precursores

Evento	Antioquia	La Unión	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de diabetes mellitus (año 2024)	4.5	4.5	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial (año 2024)	14.7	13.6	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗

El seguimiento a los eventos precursores de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, es fundamental para comprender la carga de enfermedad en la población y orientar las estrategias de prevención y control desde la Atención Primaria en Salud. Estas patologías representan los principales factores de riesgo para eventos cardiovasculares, enfermedad renal crónica y otras complicaciones que impactan la calidad de vida y los costos del sistema de salud.

En el año 2024, la prevalencia de diabetes mellitus en el municipio de La Unión fue de 4,5 %, valor equivalente al promedio departamental (4,5 %), evidenciando un comportamiento estable y dentro del rango esperado según el intervalo de confianza. A lo largo del periodo 2016–2024, se observa una tendencia creciente, pasando de 1,6 % en 2016 a 4,5 % en 2024, lo que puede relacionarse con una mejor detección de casos, envejecimiento poblacional y aumento de factores de riesgo como el sedentarismo y los hábitos alimentarios inadecuados.

Por su parte, la prevalencia de hipertensión arterial alcanzó 13,6 % en 2024, ligeramente inferior al promedio de Antioquia (14,7 %). Este indicador también muestra un comportamiento ascendente respecto a los años anteriores (5,9 %

en 2016 y 11,8 % en 2023), lo que refleja la persistencia de factores de riesgo cardiovascular en la población adulta y la necesidad de fortalecer el tamizaje y seguimiento a personas mayores de 40 años, así como la adherencia al tratamiento y los estilos de vida saludables.

En conjunto, ambos eventos precursores presentan una tendencia sostenida al incremento, lo que exige mantener acciones integrales en promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles, reforzando la educación comunitaria, la identificación temprana de factores de riesgo y la continuidad en los programas de control de crónicos desde la red de atención municipal.

3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Tabla 29. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria

Evento	Antioquia	La Unión	Comportamiento								
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
100 - ACCIDENTE OFIDICO	744	1	-	-	✓	✓	-	-	-	✓	
110 - BAJO PESO AL NACER	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	2168	7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	2516	11	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
210 - DENGUE	5241	0	✓	✓	✓	✓	-	✓	-	✓	
298 - EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION	38	1	-	-	-	-	-	-	✓	-	
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	19051	78	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
330 - HEPATITIS A (BROTE)	684	0	-	✓	✓	-	-	-	✓	✓	
340 - HEPATITIS B	275	0	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	
341 - HEPATITIS C	247	0	✓	-	-	-	-	-	-	-	
343 - HIPOTIROIDISMO CONGENITO	86	1	-	-	-	-	✓	-	✓	✓	
345 - ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	728	2	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	
348 - INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	6818	22	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
356 - INTENTO DE SUICIDIO	6286	52	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
357 - INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVOS	0	0	✓	✓	-	-	-	-	-	-	
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	819	9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	4284	26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
380 - INTOXICACIÓN POR METANOL	28	1	-	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	
400 - INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	92	0	✓	✓	-	✓	✓	-	-	-	
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	801	0	-	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	
412 - INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	289	0	-	-	-	-	-	✓	✓	-	
414 - INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1188	0	-	-	✓	✓	✓	-	-	-	



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE LA UNIÓN



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1031	0	-	✓	✓	-	-	✓	✓	-
450 - LEPROA	6	0	-	-	-	-	-	✓	✓	-
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	199	0	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
455 - LEPTOSPIROSIS	40	0	✓	-	-	-	-	-	-	-
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA LINFOIDE	55	0	-	-	-	-	-	-	✓	✓
458 - LESIONES POR POLVORA	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
459 - CÁNCER INFANTIL	153	1	✓	-	-	-	-	✓	✓	✓
490 - MALARIA VIVAX	14867	1	✓	✓	-	-	-	-	-	✓
520 - MENINGITIS POR NEUMOCOCO	58	0	-	-	-	-	-	✓	✓	-
530 - MENINGITIS TUBERCULOSA	72	1	✓	-	-	-	-	-	-	✓
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	3780	7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
550 - MORTALIDAD MATERNA	37	0	-	-	-	-	-	-	-	-
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	800	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓
600 - MORTALIDAD POR IRA	21	0	✓	✓	-	-	-	-	-	-
620 - PAROTIDITIS	744	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓
735 - ANOMALÍAS CONGENITAS	1446	4	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	156	0	-	-	-	-	✓	-	✓	-
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	1237	1	✓	✓	✓	-	-	-	✓	✓
800 - TOSFERINA	6	0	-	-	-	-	-	-	-	-
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	625	2	-	✓	✓	✓	✓	-	-	✓
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	3312	3	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓
831 - VARICELA INDIVIDUAL	2895	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	2976	4	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
875 - VCM, VIF, VSX	24602	81	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
895 - ZIKA	5	0	✓	✓	-	-	-	-	-	-

89

El análisis de la semaforización de los eventos de notificación obligatoria permite evaluar el comportamiento epidemiológico del municipio frente al departamento y determinar alertas o situaciones que requieren fortalecimiento de la vigilancia y las acciones de respuesta. Durante el periodo 2015–2023, el municipio de La Unión mantuvo un comportamiento estable y controlado en la mayoría de los eventos, sin registrar brotes de magnitud significativa.

Entre los eventos con mayor frecuencia de notificación, se destacan las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, con 78 casos en 2023, manteniendo una tendencia similar a los años anteriores. Asimismo, los intentos de suicidio presentan un comportamiento ascendente, pasando de 21 casos en 2020 a 52 casos en 2023, lo cual evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de salud mental comunitaria, detección temprana y seguimiento de casos.

Alcaldía de La Unión, Antioquia. Nit. 890.981.995-0

Cra 10 # 10 - 15 Parque Principal | Tel: 604 556 0610 | contactenos@launion-antioquia.gov.co



Alcaldía de La Unión



alcaldiadelaulion

www.launion-antioquia.gov.co

Se registran también eventos como morbilidad materna extrema (7 casos en 2023), intoxicaciones por plaguicidas (9 casos) e intoxicaciones por fármacos (26 casos), los cuales se mantienen dentro de los rangos esperados, aunque requieren seguimiento por su relación con factores de riesgo laborales y domésticos.

Otros eventos como infección respiratoria aguda grave (22 casos en 2023) y agresiones por violencia intrafamiliar, sexual o de género (81 casos en 2023) continúan representando importantes retos para la salud pública local, por su impacto en la morbilidad y en las condiciones de vida de la población.

Por otro lado, no se presentaron casos en 2023 de enfermedades como dengue, hepatitis A, lepra, sífilis congénita o tuberculosis pulmonar activa, lo que sugiere una vigilancia oportuna y un control efectivo de los factores de riesgo. Sin embargo, es necesario fortalecer la búsqueda activa institucional y comunitaria para mantener la detección temprana y evitar subregistro.

En general, la semaforización evidencia que La Unión mantiene un panorama epidemiológico estable, con predominio de eventos relacionados con salud mental, agresiones, infecciones respiratorias e intoxicaciones, los cuales deben ser priorizados en las estrategias de promoción, prevención y vigilancia en salud pública, articulando el trabajo con las IPS, la red educativa y las instancias comunitarias.

3.2.7 Morbilidad población migrante

Tabla 30. Atenciones en salud de la población migrante

Entidad territorial	Tipo de atención	Municipio	
		Año	Distribución
Entidad territorial	Consulta Externa	254	40%
	Hospitalización	13	2%
	Medicamentos	125	20%
	Procedimientos	200	32%
	Nacimientos	5	1%
	Urgencias	35	6%
	Total	632	100%

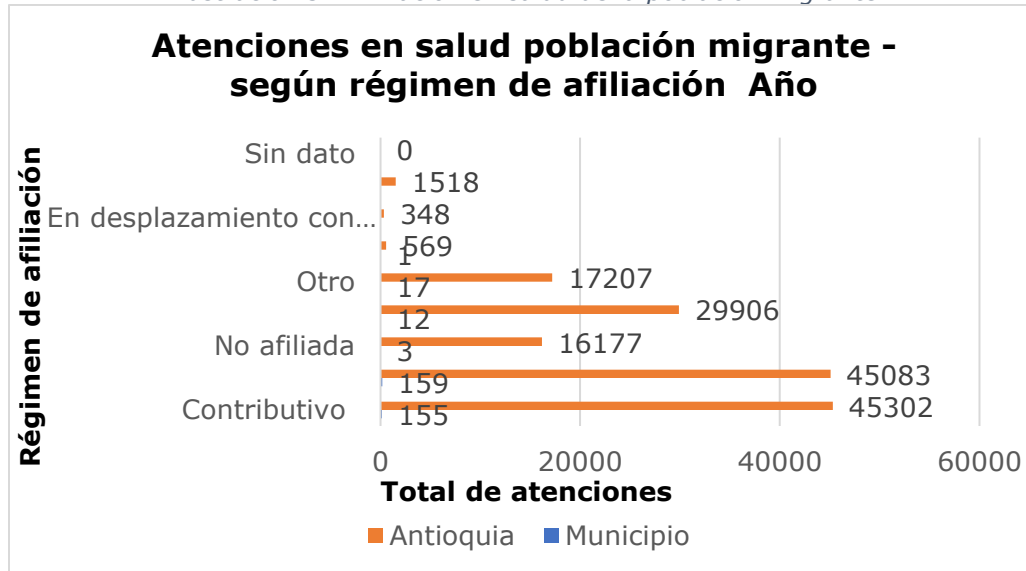
Durante el año analizado, en el municipio de La Unión se registraron 632 atenciones en salud a población migrante, distribuidas principalmente en consulta externa (40%), seguida de procedimientos (32%) y dispensación de medicamentos (20%). Los servicios de urgencias (6%), hospitalización (2%) y nacimientos (1%) representaron una menor proporción, lo que evidencia que la mayoría de la demanda se concentra en la atención ambulatoria y en el acceso a servicios básicos de salud.

Este comportamiento refleja que la población migrante está utilizando principalmente los servicios de atención primaria y seguimiento médico, lo cual sugiere una integración progresiva al sistema local de salud. Sin embargo, la

presencia de casos que requirieron hospitalización o atención de urgencias indica la necesidad de fortalecer la identificación oportuna de riesgos en salud, así como el aseguramiento y la continuidad de la atención para esta población.

En general, las cifras muestran un acceso adecuado, aunque se requiere mantener estrategias intersectoriales de apoyo, especialmente en la garantía del derecho a la salud, vacunación, atención prenatal y salud mental, considerando las condiciones de vulnerabilidad y movilidad de esta población.

Ilustración 37. Afiliación en salud de la población migrante



91

3.2.8 Conclusiones de morbilidad

El análisis de la morbilidad en el municipio de La Unión evidencia una carga de enfermedad dominada por las enfermedades no transmisibles (ENT), que continúan siendo la principal causa de atención en salud en todos los ciclos vitales y en ambos sexos. Sin embargo, se observa una tendencia de leve disminución en los grupos productivos, especialmente en adultos y jóvenes, lo que podría reflejar mejores prácticas preventivas y mayor acceso a servicios de control de enfermedades crónicas. Aun así, la magnitud de las ENT mantiene un desafío importante para la gestión del riesgo y la sostenibilidad del sistema de salud local.

Por otro lado, las lesiones muestran un crecimiento sostenido, particularmente en adolescencia y juventud, donde alcanzan proporciones significativas, sobre todo en hombres. Este comportamiento sugiere una mayor exposición a factores de riesgo sociales y conductuales, incluyendo violencias, accidentes y siniestros viales. Este patrón convierte las lesiones en un problema emergente de salud pública que requiere intervenciones intersectoriales en seguridad, convivencia y educación vial.

Las condiciones transmisibles y nutricionales, aunque en descenso general, presentan repuntes en algunos grupos etarios —principalmente en primera

Infancia y adolescencia—, lo que denota la persistencia de determinantes ambientales, de cuidado y de acceso a servicios. Igualmente, las condiciones maternas mantienen relevancia en las mujeres jóvenes, indicando la necesidad de fortalecer la atención prenatal, la planificación familiar y la educación en salud sexual y reproductiva.

Finalmente, se destaca la presencia de diagnósticos mal clasificados en varios grupos etarios, lo cual limita la precisión del análisis epidemiológico. Este hallazgo plantea como reto mejorar la calidad del registro clínico, la codificación CIE-10 y la capacitación del talento humano en los procesos de información en salud.

En conjunto, la morbilidad en La Unión refleja una transición epidemiológica avanzada, con predominio de enfermedades crónicas, pero también con la persistencia de condiciones prevenibles y emergentes. Este panorama demanda acciones integrales de promoción, prevención, atención primaria y fortalecimiento de los sistemas de información para orientar una respuesta efectiva desde la salud pública territorial.

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

Durante los ejercicios de cartografía social realizados en el marco de los seis COVECOM y de las reuniones de la RevCom, la comunidad destacó la importancia de las jornadas extramurales y de las unidades móviles de las EAPB, que han permitido acercar servicios de detección temprana de cáncer de mama, cuello uterino y próstata a la población rural. Estas estrategias fueron reconocidas como acciones positivas que facilitan el acceso a la atención y contribuyen al diagnóstico oportuno, especialmente en las veredas más alejadas del casco urbano.

Los espacios de diálogo y participación mencionados también permitieron recoger las percepciones, experiencias y conocimientos locales sobre las principales problemáticas que afectan la salud y el bienestar de las comunidades rurales y urbanas.

El proceso evidenció una alta coherencia entre la información aportada por la comunidad y los análisis epidemiológicos institucionales, destacándose como principales efectos de salud priorizados los trastornos mentales y del comportamiento (especialmente ansiedad, depresión y consumo de sustancias psicoactivas), las enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer), los problemas respiratorios y digestivos, las violencias intrafamiliares y de género, y los accidentes de tránsito y laborales. En los encuentros rurales se resaltaron, además, los efectos asociados a determinantes sociales como la dificultad de acceso a los servicios de salud, las limitaciones en transporte y comunicación, la falta de empleo estable y la escasa oferta recreativa y educativa, factores que agravan las condiciones de salud y bienestar. En el área urbana, por su parte, la población priorizó los problemas de salud mental, las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas, reflejando la influencia del entorno social y familiar en la salud colectiva.

Este ejercicio permite no solo priorizar los efectos de salud con mayor impacto percibido, sino también fortalecer la articulación entre los actores institucionales y comunitarios, promoviendo la participación social en salud y la apropiación del territorio como elemento central de la gestión del riesgo en salud pública. En conclusión, la cartografía social desarrollada en el marco de los COVECOM y la RevCom se consolida como una herramienta clave para orientar la planificación local en salud, integrando la evidencia técnica con la voz y la experiencia de las comunidades.

4. CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.

Tabla 31. Análisis de los núcleos de inequidad y su transformación esperada

ID	Núcleo de Inequidad socio-sanitaria	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	Respuesta Institucional		Respuesta organizaciones no gubernamentales		Identificación de posibles conflictos		
				Dependencia o institución	Respuesta actual o a desarrollar en el marco del PDT	Nombre de organización	Respuesta actual o a desarrollar	Actor	Posible beneficio o afectación negativa	Personas u organizaciones que permiten la resolución de los posibles conflictos
1	Desigualdad territorial en el acceso a servicios básicos y de salud	Mejorar la cobertura de APS rural, transporte asistencial y saneamiento básico.	Intersectorial (Salud, Planeación, Obras Públicas)	Secretaría de Salud Municipal / ESE San Roque	Ampliación de rutas extramurales, fortalecimiento APS rural, plan de saneamiento básico veredal.	Juntas de Acción Comunal, MASOR A	Apoyo comunitario para priorizar veredas con mayor brecha de acceso.	Empresas de servicios públicos o juntas administradoras.	Posible resistencia por costos de mantenimiento o tarifas.	Secretaría de Planeación, Concejo Municipal, Personería.
2	Salud mental y convivencia	Implementar red comunitaria de salud mental y programas de prevención del suicidio y consumo de SPA.	Intersectorial (Salud, Educación, Comisaría de Familia, Cultura)	Secretaría de Salud / Comisaría de Familia / ICBF	Fortalecimiento de la Política de Salud Mental y programas escolares de	Fundación Eudes, grupos juveniles, parroquias	Talleres de autocuidado, acompañamiento familiar, espacios de escucha	Familias afectadas, instituciones educativas.	Beneficio: fortalecimiento del tejido social / Posible conflicto:	Consejo Municipal de Política Social (COMPOS), Comisaría de Familia.

					convive ncia.		comunit aria.		estigma tización.	
3	Condi ones laboral es y económ icas precari as	Promover empleo rural, emprendim iento femenino y formalizaci ón laboral agropecuar ia.	Intersecto rial (Desarroll o Económic o, Agricultur a, Salud)	Secreta ría de Desarr ollo Econó mico / secreta ría de agricult ura	Program as de asociati vidad campesi na, formaci ón en economí a solidaria .	Cooper ativas agrícol as, asociac iones de mujere s	Capacita ción en producci ón sostenibl e y comercia lización.	Product os rurales / emplead ores inform ales.	Benefici o: ingreso familiar / Conflict o: cambios en prácti cas produ ctivas.	Secretar ía de Agricult ura, CORNAR E.
4	Riesgos ambien tales y saneam iento básico deficien te	Mejorar la gestión de residuos, acceso a agua segura y mitigación del riesgo por desliza mientos.	Intersecto rial (CORNAR E, Planeaci ón, Salud, Gestión del Riesgo)	Secreta ría de Salud / Gestión del Riesgo / CORNA RE	Implem entación del Plan de Saneam iento Básico y Plan de Gestión del Riesgo.	Juntas de acuedu cto veredal / Veedur ías ambien tales	Educaci ón ambien tal y control comunit ario de residuos.	Comunid ades en zonas de riesgo o con vertim ientos.	Benefici o: salud ambien tal / Conflict o: reubicaci ón o restric ciones de uso del suelo.	CORNAR E, Gestión del Riesgo, Concejo Municipa l.
5	Determ inantes sociales derivad os del conflict o armad o y la migraci ón	Fortalecer la atención psicosocial y el acceso a servicios para pobla ción víctima y migrante.	Intersecto rial (Salud, Desarrollo Social, Personerí a)	Secreta ría de Desarr ollo Social / Unidad de Víctimas	Program as de atención psicosoc ial y orienta ción en asegu ramiento.	Pastora l Social, Cruz Roja, ONG migrat orias	Atención humanit aria y acompa ñamiento jurídico.	Poblaci ón receptor a o emplead ores.	Benefici o: integrac ión social / Conflict o: discrimi nación o rechazo.	Mesa de Víctimas / Personer ía, Secretar ía de Gobiern o.
6	Enferm edades crónicas no transmi sibles (ENT)	Consolidar la ruta integral de atención en enferme dades cróni cas (RIAS) con enfoque preventivo.	Sectorial (Salud) e intersecto rial (Educaci ón, Deportes)	Secreta ría de Salud / ESE Hospita l San Roque	Fortalec er tamizaje s, control de riesgo cardiovas cular, hábit os saludabl es.	Clubes de vida saludab le, escuela s deporti vas	Promoci ón de estilos de vida activ os y alimenta ción saludab le.	Comerci os o actores con interese s en aliment os ultrapro cesados.	Benefici o: reducció n de morbi lidad / Conflict o: resisten cia a cambia os de hábit os.	Secretar ía de Salud, instituci ones educati vas, líderes comunit arios.

El análisis intersectorial permitió identificar las respuestas institucionales y comunitarias que se están desarrollando o se proyectan en el marco del Plan Territorial de Salud (PTS) para atender los núcleos de inequidad priorizados. La matriz evidencia que las problemáticas de mayor impacto requieren acciones articuladas entre los sectores de salud, planeación, educación, desarrollo social, agricultura, cultura y ambiente, con el fin de promover transformaciones sostenibles que mejoren las condiciones de vida de la población.

Los resultados muestran que el municipio de La Unión ha orientado su gestión hacia la consolidación de procesos intersectoriales, especialmente en áreas como el fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS), la salud mental y convivencia, la gestión ambiental y el saneamiento básico, y la atención a enfermedades crónicas no transmisibles. Estas líneas de acción cuentan con respaldo institucional y participación comunitaria, lo que favorece la sostenibilidad de las intervenciones y la resolución colaborativa de posibles conflictos territoriales.

En general, la matriz refleja una coherencia entre la planeación sanitaria y la gestión territorial, destacando la importancia del trabajo conjunto entre las dependencias municipales, las organizaciones sociales y las entidades no gubernamentales. Este enfoque intersectorial fortalece la capacidad del municipio para avanzar hacia un modelo de salud preventiva, predictiva y resolutoria, en el que la equidad, la participación social y la corresponsabilidad institucional se consolidan como ejes fundamentales del desarrollo en salud pública.

95

5. CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO

Para el proceso de priorización de los problemas y necesidades sociales en salud en el municipio de La Unión, Antioquia, se aplicó la metodología Hanlon, adaptada al contexto local y complementada con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031. Esta metodología permitió realizar un análisis objetivo y participativo de las problemáticas identificadas en el diagnóstico situacional, considerando tanto su impacto en la salud colectiva como la posibilidad real de intervención desde el ámbito territorial.

El proceso inició con la identificación y consolidación de los problemas de salud y sus determinantes sociales, a partir de las fuentes de información secundarias (ASIS, SIVIGILA, SISPRO, RIPS, PTS) y de los aportes obtenidos en los espacios de cartografía social y participación comunitaria. Posteriormente, se procedió a la valoración de cada problema mediante los criterios de la metodología Hanlon, que incluyen:

- Magnitud: extensión o número de personas afectadas.
- Trascendencia: severidad o impacto del problema en la calidad de vida, productividad y bienestar.
- Factibilidad: posibilidad real de intervenir el problema considerando los recursos técnicos, económicos, políticos e institucionales.
- Viabilidad: grado de aceptación y apoyo por parte de actores sociales, comunitarios y del gobierno local.

Cada criterio fue calificado a través de un proceso participativo con el equipo técnico de salud pública, representantes de la administración municipal y líderes comunitarios, asignando valores de acuerdo con los rangos establecidos (Muy

Alto, Alto, Medio y Bajo). La sumatoria de los puntajes permitió establecer una jerarquía de problemas, identificando aquellos con mayor prioridad de intervención.

Finalmente, los resultados obtenidos fueron analizados en coherencia con las transformaciones esperadas del Plan Territorial de Salud (2024–2027), garantizando la alineación entre el diagnóstico, la planeación sanitaria y las acciones intersectoriales. Este proceso permitió seleccionar seis núcleos de inequidad sociosanitaria que orientan la respuesta integral del municipio hacia un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, enfocado en la equidad y el bienestar de toda la comunidad.

Tabla 32. Problemáticas / puntuación: Magnitud, Severidad, Efectividad, Severidad.

Criterios Problemas	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	Viabilidad del problema o necesidad en salud	Puntaje total priorización
1. Desigualdad territorial en el acceso a servicios básicos y de salud (ruralidad, transporte, cobertura APS)	4:Alto	5:Muy Alto	4:Muy Alto	3:Alto	2:Muy Alto	18
2. Salud mental y convivencia (violencia intrafamiliar, consumo de SPA, suicidio, depresión)	4:Alto	5:Muy Alto	4:Muy Alto	3:Alto	2:Muy Alto	18
3. Condiciones laborales y económicas precarias (informalidad, pobreza, inequidad rural)	3:Medio	4:Alto	3:Alto	2:Medio	1:Medio	13
4. Riesgos ambientales y saneamiento básico deficiente (agua, residuos, deslizamientos)	4:Alto	5:Muy Alto	4:Muy Alto	3:Alto	2:Muy Alto	18
5. Determinantes sociales derivados del conflicto armado y la migración (víctimas, desplazamiento, exclusión)	3:Medio	4:Alto	3:Alto	2:Medio	1:Medio	13
6. Enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cáncer, ECV)	4:Alto	5:Muy Alto	4:Muy Alto	3:Alto	2:Muy Alto	18

El proceso de priorización de los núcleos de inequidad en salud del municipio de La Unión, Antioquia, permitió identificar las problemáticas que generan mayor impacto en las condiciones de vida y bienestar de la población. La valoración se realizó aplicando los criterios de magnitud, pertinencia social, trascendencia, factibilidad y viabilidad, con base en la información del ASIS, el Plan Territorial de Salud (PTS) y la cartografía social.

Los resultados muestran como núcleos de inequidad con prioridad muy alta la desigualdad territorial en el acceso a servicios básicos y de salud, la salud mental y convivencia, los riesgos ambientales y saneamiento básico deficiente, y las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT). Estas problemáticas reflejan las mayores afectaciones en la calidad de vida, la salud colectiva y la sostenibilidad del territorio, y son susceptibles de intervención desde un enfoque intersectorial y preventivo. Las condiciones laborales y económicas precarias y los determinantes sociales asociados al conflicto y la migración fueron clasificadas con prioridad alta, dada su complejidad estructural y necesidad de articulación con otros sectores.

En conjunto, el análisis evidencia que las principales inequidades en salud del municipio están relacionadas con factores sociales, económicos y ambientales que limitan el acceso equitativo a los servicios y profundizan las brechas entre lo urbano y lo rural. Las prioridades definidas guardan coherencia con las transformaciones esperadas del PTS 2024–2027, orientando la gestión local hacia un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, centrado en la equidad, la participación comunitaria y el bienestar colectivo.

Tabla 33. Núcleos de inequidades con problemáticas priorizadas

Problemas priorizados /Núcleos de inequidad	Puntaje total priorización
Desigualdad territorial en el acceso a servicios básicos y de salud (ruralidad, transporte, cobertura APS)	18
Salud mental y convivencia (violencia intrafamiliar, consumo de SPA, suicidio, depresión)	18
Enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cáncer, ECV)	18
Riesgos ambientales y saneamiento básico deficiente (agua, residuos, deslizamientos)	18
Determinantes sociales derivados del conflicto armado y la migración (víctimas, desplazamiento, exclusión)	13
Condiciones laborales y económicas precarias (informalidad, pobreza, inequidad rural)	13

6. CAPITULO 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

El análisis de articulación entre los núcleos de inequidad sociosanitaria y los ejes estratégicos del PDSP 2022–2031 evidencia que el municipio de La Unión, Antioquia, ha orientado su planificación hacia un enfoque integral y territorial, en coherencia con los principios del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo. Cada núcleo priorizado se vincula con un eje del PDSP que busca transformar los determinantes sociales, ambientales y culturales que condicionan la salud y el bienestar de la población.

98

En primer lugar, los núcleos relacionados con la desigualdad territorial en el acceso a servicios básicos y la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) se alinean con el Eje 4 del PDSP: Atención Primaria en Salud, promoviendo la ampliación de la cobertura rural, la accesibilidad a servicios esenciales y el fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Estas acciones buscan garantizar la continuidad, integralidad y equidad en la atención, especialmente en las zonas rurales y dispersas del municipio.

La salud mental y la convivencia, así como los determinantes sociales asociados al conflicto armado y la migración, se articulan con el Eje 3: Determinantes sociales de la salud, cuyo propósito es transformar las circunstancias injustas que perpetúan brechas sanitarias y sociales. Las estrategias propuestas —como la creación de redes comunitarias de salud mental y el fortalecimiento de la atención psicosocial para población víctima y migrante— apuntan a consolidar territorios saludables, pacíficos y resilientes, promoviendo la gobernanza, la participación social y la convivencia ciudadana.

Por su parte, el núcleo de condiciones laborales y económicas precarias se relaciona con el Eje 2 del PDSP, enfocado en el abordaje diferencial y el reconocimiento de poblaciones rurales, campesinas, mujeres y sectores históricamente excluidos. Desde este eje, se promueve la generación de empleo digno, la participación de comunidades en el desarrollo local y la inclusión del enfoque de género y territorialidad en las políticas públicas, fortaleciendo la equidad y la justicia social en el ámbito municipal.

Finalmente, el riesgo ambiental y el saneamiento básico deficiente se articula con el Eje 5 del PDSP: Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias, impulsando la gestión integral del riesgo, la protección del ambiente y la adaptación al cambio climático. Este componente refuerza la importancia de la soberanía sanitaria y la gestión del conocimiento, generando capacidades locales para prevenir y atender los efectos de los eventos ambientales y climáticos sobre la salud pública.

En conjunto, la matriz refleja una coherencia sólida entre la planeación local y las políticas nacionales de salud pública, destacando el compromiso del municipio con un modelo de atención basado en la equidad, la participación comunitaria, la sostenibilidad ambiental y la territorialización de la salud. Este enfoque intersectorial e integral permite avanzar hacia un sistema de salud más cercano a las comunidades, centrado en la prevención, la gestión del riesgo y el bienestar colectivo.

Tabla 34. Propuestas por eje estratégico del PDSP según tabla de núcleo de inequidades

ID	NÚCLEO DE INEQUIDAD SOCIO SANITARIA (SEGÚN PRIORIZACIÓN DEL CAPITULO V)	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD SECTORIAL	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO, PREDICTIVO Y RESOLUTIVO
1	Desigualdad territorial en el acceso a servicios básicos y de salud	Mejorar la cobertura de APS rural, transporte asistencial y saneamiento básico.	Intersectorial (Salud, Planeación, Obras Públicas)	Eje_4._Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	ii) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS
2	Salud mental y convivencia	Implementar red comunitaria de salud mental y programas de prevención del suicidio y consumo de SPA.	Intersectorial (Salud, Educación, Comisaría de Familia, Cultura)	Eje_3._Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
3	Condiciones laborales y económicas precarias	Promover empleo rural, emprendimiento femenino y formalización laboral agropecuaria.	Intersectorial (Desarrollo Económico, Agricultura, Salud)	Eje_2._Pueblos y comunidades étnicas y campesinas mujeres sectores LGBTIQ y otras poblaciones por condición y situación	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas desconocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE LA UNIÓN



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

04	Riesgos ambientales y saneamiento básico deficiente	Mejorar la gestión de residuos, acceso a agua segura y mitigación del riesgo por deslizamientos.	Intersectorial (CORNARE, Planeación, Salud, Gestión del Riesgo)	Eje_5._ Cambio climático emergencias de sastre y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública	iv) Soberanía sanitaria y gestión del conocimiento
5	Determinantes sociales derivados del conflicto armado y la migración	Fortalecer la atención psicosocial y el acceso a servicios para población víctima y migrante.	Intersectorial (Salud, Desarrollo Social, Personería)	Eje_3._ Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
6	Enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)	Consolidar la ruta integral de atención en enfermedades crónicas (RIAS) con enfoque preventivo.	Sectorial (Salud) e intersectorial (Educación, Deportes)	Eje_4._ Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	ii) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS

100

