



**ALCALDÍA DE
SANTA FE DE ANTIOQUIA**

**Análisis de Situación de Salud participativo del municipio de
SANTA FE DE ANTIOQUIA**

YAMID CARVAJAL CARVAJAL
Alcalde Municipal

DANIELA GARCÉS VELÁSQUEZ
Secretaría de Salud

Realizado por:
ING. LUIS ENRIQUE VILLADA GONZALEZ

Municipio Santa fe de Antioquia, Colombia
2025



Tabla de contenido

1.1	Contexto territorial.....	12
1.1.3	Accesibilidad geográfica	17
1.2	Contexto poblacional y demográfico	19
1.2.1	Estructura demográfica.....	24
1.2.2	Dinámica demográfica.....	28
1.2.3	Movilidad forzada.....	29
1.2.4	Población LGBTIQ+	32
1.2.5	Dinámica migratoria	32
1.2.6	Población Campesina.....	33
1.3	Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud	34
1.4	Gobierno y gobernanza en el sector salud.....	42
1.4.1	Políticas Públicas Municipales.....	42
1.4.2	Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores relacionados.....	43
1.5	Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social.....	44
1.6	Conclusiones del capítulo	45
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 -	46
2.1	Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio	46
2.2	Condiciones de vida del territorio.....	48
2.3	Dinámicas de convivencia en el territorio.....	52
2.4	Análisis de la población en condición de discapacidad	53
2.5	Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social.....	54
2.6	Conclusiones del capítulo	55
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	57
3.1	Análisis de la mortalidad	57





3.1.1 Mortalidad general por grandes causas:	57
3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo	64
3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez	72
3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental	76
3.1.5 Conclusiones de mortalidad	77
3.2 Análisis de la morbilidad	78
3.2.1 Principales causas de morbilidad	78
3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo	79
3.2.3 Morbilidad específica salud mental	81
3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo	83
3.2.5 Morbilidad de eventos precursores	83
3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	84
3.2.7 Morbilidad población migrante	85
3.2.8 Conclusiones de morbilidad	86
3.3 Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud	86
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	88
5. CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO	92
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 –	





Lista de Tablas

Tabla 1. Tabla de distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia...	12
Tabla 2. Tabla de tiempos de traslado desde santa fe hacia Medellín y sus veredas	17
Tabla 3. Tabla de tiempos de traslado desde santa fe hacia municipios cercanos.....	17
Tabla 4. Densidad población por km2	20
Tabla 5. Número de viviendas	21
Tabla 6. Número de hogares	21
Tabla 7. Tabla de población por pertenencia étnica.....	23
Tabla 8. Índices de población.....	24
Tabla 9. Interpretación de índices demográficos.....	25
Tabla 10. Distribución del número de víctimas por hecho victimizante y Sexo. 2025. (Corte 8 de agosto de 2025) Santa fe de Antioquia	31
Tabla 11. Caracterización de la población diversa según su orientación sexual e identidad de género Santa Fe de Antioquia 2024.....	32
Tabla 12. Dinámica migratoria.....	33
Tabla 13. Servicios habilitados IPS.....	34
Tabla 14. Determinante sistema sanitario	40
Tabla 15. Caracterización EAPB.....	42
Tabla 16. Tabla comparativa indicadores económicos y laborales.....	47
Tabla 17. Determinantes municipales condiciones de vida.....	48
Tabla 18. Determinantes Municipales seguridad alimentaria.....	49
Tabla 19. Determinantes municipales Educación.....	50
Tabla 20. NBI 2024 Santa fe por categorías.....	51
Tabla 21. Tabla de explicación del NBI por categorías.....	51
Tabla 22. Determinantes psicológicos y culturales	52
Tabla 23. Enfermedades del sistema circulatorio por sexo y causas	Error!
definido.	Marcador no
Tabla 24. Semáforo mortalidad materno-infantil	74
Tabla 25. Tasa de mortalidad materna por etnia	75
Tabla 26. tasa de mortalidad materna por área	75
Tabla 27. Tasa de mortalidad materna	76
Tabla 28. Tasa de mortalidad neonatal por área.....	76
Tabla 29. Mortalidad por salud mental	77
Tabla 30. Morbilidad por ciclo vital.....	78
Tabla 31. Semáforo Tendencia de eventos de alto costo	83
Tabla 32. Mortalidad x eventos precursores	83
Tabla 33. Afiliaciones de salud población migrante	85





Tabla 34. Atenciones de salud a la población migrante.....	86
Tabla 35. Tabla de propuestas y actores	iError! Marcador no definido.
Tabla 36. Calificación y priorización de núcleos de inequidad	93
Tabla 37. Tabla explicativa núcleo 1.....	95
Tabla 38. Tabla explicativa núcleo 2.....	96
Tabla 39. Tabla explicativa núcleo 3.....	96
Tabla 40. Tabla explicativa núcleo 4.....	97
Tabla 41. Tabla explicativa núcleo 5.....	98





Lista de Ilustraciones

Ilustración 1. Mapa de división política administrativa y límites	12
Ilustración 2. Mapa de relieve	14
Ilustración 3. Mapa de hidrografía	15
Ilustración 4. Mapa de riesgo	16
Ilustración 5. Mapas de vías de comunicación urbanas.....	18
Ilustración 6. Mapa de vías de comunicación rurales	19
Ilustración 7. Mapa de viviendas	22
Ilustración 8. Composición étnica.....	23
Ilustración 9. Pirámide poblacional	24
Ilustración 10. Tabla población por sexo y grupo de edad.....	26
Ilustración 11. Tendencia grupo edad	27
Ilustración 12. Pirámide población víctimas	29
Ilustración 13. Víctimas por etnia y sexo	30
Ilustración 14. Demandas sociales agenda Antioquia 2040	43
Ilustración 15. Fotografías cartografía social	44
Ilustración 16. Tasa de ocupación por sexo	48
Ilustración 17. Pirámide poblacional discapacidad.....	53
Ilustración 18. Componentes del análisis del territorio 2025	54
Ilustración 19. Mortalidad tasa ajustada total	57
Ilustración 20. Tasa de mortalidad ajustada a hombres	58
Ilustración 21. Tasa de mortalidad ajustada mujeres	59
Ilustración 22. AVPP Total	60
Ilustración 23, AVPP Hombres	61
Ilustración 24. AVPP Mujeres	61
Ilustración 25. Tasa ajustada AVPP Hombres.....	63
Ilustración 26. Tasa ajustada AVPP mujeres	64
Ilustración 27. enfermedades transmisibles H y M	65
Ilustración 28. Neoplasias x sexo y causa.....	¡Error! Marcador no definido.
Ilustración 29. Perinatal casos hombres	69
Ilustración 30. Perinatal casos mujeres	69
Ilustración 31. Causas externas por sexo	70
Ilustración 32. Demas causas x sexo	71
Ilustración 33. Causas materno infantil < 1 año.....	72
Ilustración 34. Causas materno infantil 1 y 4 años	73
Ilustración 35. Causas materno infantil < 5 años	73





Ilustración 36. Condiciones transmisibles y nutricionales	79
Ilustración 37. Condiciones materno-perinatales	80
Ilustración 38. Enfermedades no transmisibles	80
Ilustración 39. Lesiones	81
Ilustración 40. Morbilidad en salud mental x ciclos vitales	82
Ilustración 42. Semáforo eventos de notificación obligatoria	84





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 Santa fe de Antioquia**, 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 2024, 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.





AGRADECIMIENTOS

El equipo responsable de la formulación del Análisis de Situación de Salud – ASIS 2025 expresa su más profundo agradecimiento a todas las personas, instituciones y comunidades que hicieron posible este proceso.

A las autoridades locales y regionales de salud, por su compromiso con la generación de conocimiento útil para la toma de decisiones que promuevan el bienestar colectivo.

10

A los equipos técnicos y profesionales de las instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades administradoras de planes de beneficios, direcciones territoriales y organismos comunitarios, por su valiosa disposición para compartir información, experiencias y aprendizajes que enriquecieron este diagnóstico.

A la comunidad, verdadero centro de este análisis, por abrir sus puertas, su tiempo y su voz para visibilizar las realidades que día a día enfrentan en materia de salud y bienestar. Su participación genuina permitió comprender el territorio desde la mirada humana y sentida de quienes lo habitan.

A los actores intersectoriales, por reconocer que la salud trasciende los servicios sanitarios y se construye desde la educación, la vivienda, el ambiente, el trabajo y la equidad.

Finalmente, un reconocimiento especial a cada integrante del equipo formulador del ASIS 2025, por su compromiso técnico, ética profesional y sensibilidad social. Este documento no solo representa un producto técnico, sino un ejercicio de responsabilidad, escucha y esperanza en la transformación de las condiciones de vida de nuestra población.





ASIS-Análisis de la situación de salud en los territorios

MSPS-Ministerio de salud y protección social

DANE-Departamento administrativo nacional de estadística

RIPS-Registro individual de prestación de servicio

ENO-Eventos de notificación obligatoria

PBOT-Plan básico de ordenamiento territorial

EAPB-Entidades prestadoras del servicio de salud en el territorio

INMLCF-Instituto Nacional de medicina legal y ciencias forenses

IMP-Índice de pobreza multidimensional

NBI-Necesidades básicas insatisfechas

PDSP: Plan decenal de salud pública

PDM: Plan de Desarrollo Municipal

PDN: Plan de desarrollo Nacional





CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

El municipio de Santa Fe de Antioquia está ubicado en el corazón de la subregión occidente del Departamento de Antioquia. Dista a 56 Km de la capital del Departamento de Antioquia, la ciudad de Medellín; este trayecto se realiza por la vía del Túnel de Occidente la cual ha ratificado a Santa Fe de Antioquia como un punto intermedio y estratégico, vista en el contexto regional. Santa Fe de Antioquia tiene una extensión de 493 Km², de los cuales 2,1 Km² corresponden al área urbana y 491,1 Km² al área rural. Cuenta con 42 veredas, 6 corregimientos y 9 centros poblados.

12

Santa Fé de Antioquia es conocida como “Ciudad Madre” y “Cuna de la raza paisa”, porque fue la primera población fundada y llegó a ser capital del departamento, lo que permite que sea un pueblo lleno de historia en sus calles, arquitectura y en cualquiera de los lugares que se visite.

1.1.1 Localización

Santa Fe de Antioquia limita por el norte con los municipios de Giraldo y Buriticá, al oriente con Liborina, Olaya y Sopetrán; al sur con Ebéjico y Anzá; y al occidente con los municipios de Caicedo y Abriaquí.

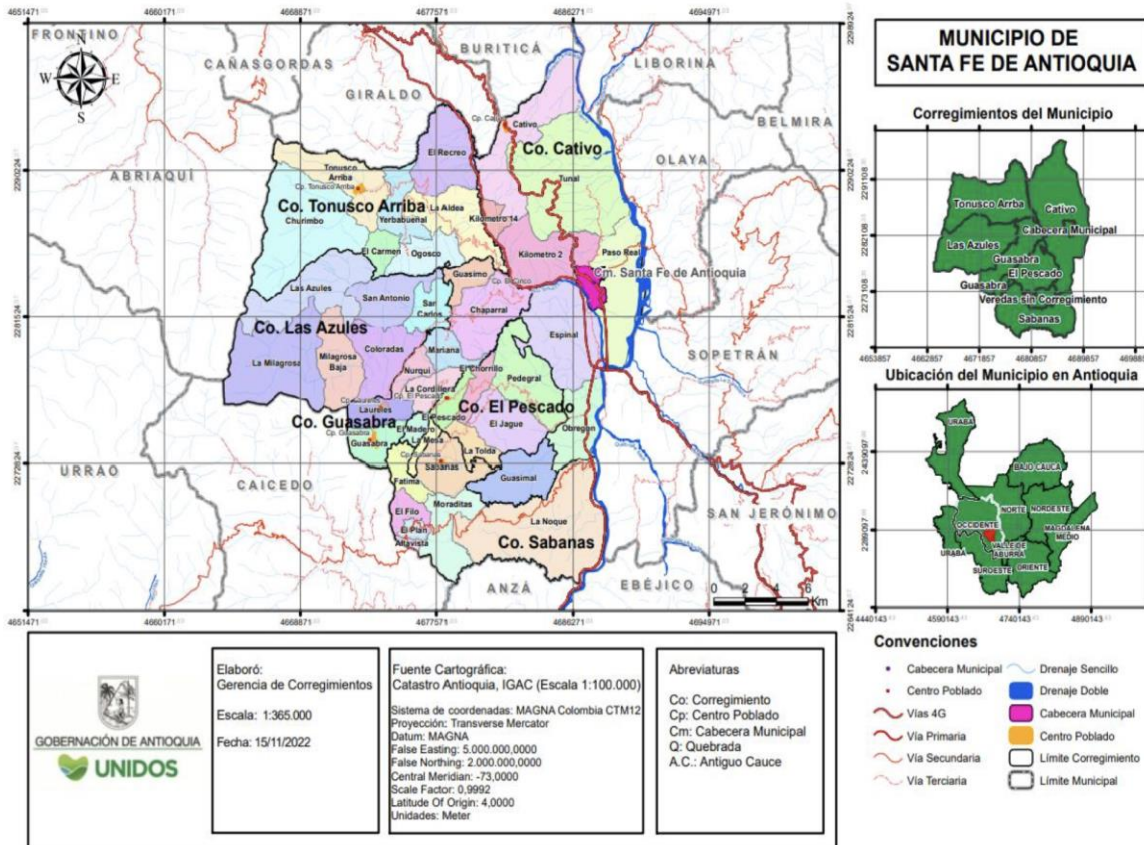
Tabla 1. Tabla de distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia

Municipio	Área urbana		Área rural		Área total	
Santa fe de Antioquia	2,1 km ²	0,42%	491,1 km ²	99,58%	493km ²	100%

Fuente: Dane-SISPRO-MSPS

Ilustración 1. Mapa de división política administrativa y límites





Fuente: DAP-Municipio de Santa Fe de Antioquia. 2025

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

El municipio de Santa Fe de Antioquia tiene una altura sobre el nivel del mar de 550 metros y una extensión de 493 Km²; hace parte del sistema montañoso de la Cordillera Occidental que conforma el cañón del Río Cauca al lado de la Cordillera Central. Limita al norte con los municipios de Giraldo y Buriticá, al Sur con el municipio de Anzá, al Oriente con los municipios de Olaya, Sopetrán y Ebéjico y al Occidente con los municipios de Abriaquí y Caicedo.

Por su localización geográfica, su condición topográfica y su incrustación entre dos importantes ramificaciones de las cordilleras de los Andes colombianos y el propio encajonamiento del Río Cauca, en el municipio se hacen presentes los cuatro pisos térmicos que en general están distribuidos así: Clima cálido 168 kms, Templado 223 kms, Frío 101 Kms, Páramo 13,27 kms.

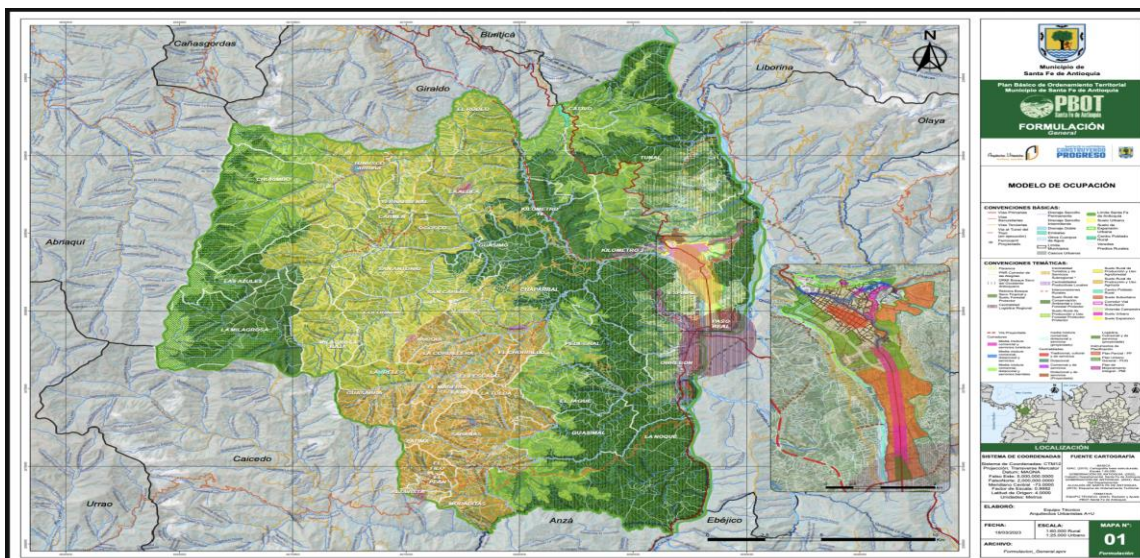




Santa Fe de Antioquia cuenta con dos grandes afluentes, el río Cauca segundo río más importante de Colombia y el río Tonusco que nace en el corregimiento Santa Fe de Antioquia cuenta con dos grandes afluentes, el río Cauca segundo río más importante de Colombia y el río Tonusco que nace en el corregimiento.

El municipio debido a las condiciones naturales y a la ocupación de su territorio se ve amenazado principalmente por movimientos en masa e inundaciones. Los movimientos en masa se deben por lo general a las altas pendientes, el uso inadecuado del suelo, la alta humedad y las características geológicas; mientras las amenazas de inundaciones se presentan por flujos torrenciales o inundaciones lentas, la inundaciones por flujos torrenciales se debe a la gran diferencia de altura entre el sector occidental y oriental del municipio donde desembocan las quebradas, sumándose a esto, el área de las cuencas, la disposición de material y a las elevadas precipitaciones de la parte alta, se presentan principalmente en la desembocadura del río Tonusco y la quebrada la Noque en el río Cauca, la quebrada la Pená, la parte baja del sector denominado Paso Real, Espinal Bajo, Pedregal sector bajo, Las Juanes en su sector bajo, vereda Guasimal en su zona más baja y un sector de la vereda El Tunal. La temperatura promedio es de 28 C y es uniforme durante todo el año. La temperatura máxima promedio al día es de 33 C y la mínima promedio es de 23 C con una humedad relativa promedio que oscila entre el 78 y el 84%. Este agradable clima ha permitido que se desarrolle el turismo en el municipio, consolidándose como un destino bastante concurrido por los habitantes de Medellín y el área Metropolitana. La cabecera municipal de Santa Fe de Antioquia presenta el clima bosque seco tropical, característico del valle del río Cauca, debido a su baja altura y su ubicación geográfica cerca de la línea ecuatorial.

Ilustración 2. Mapa de relieve



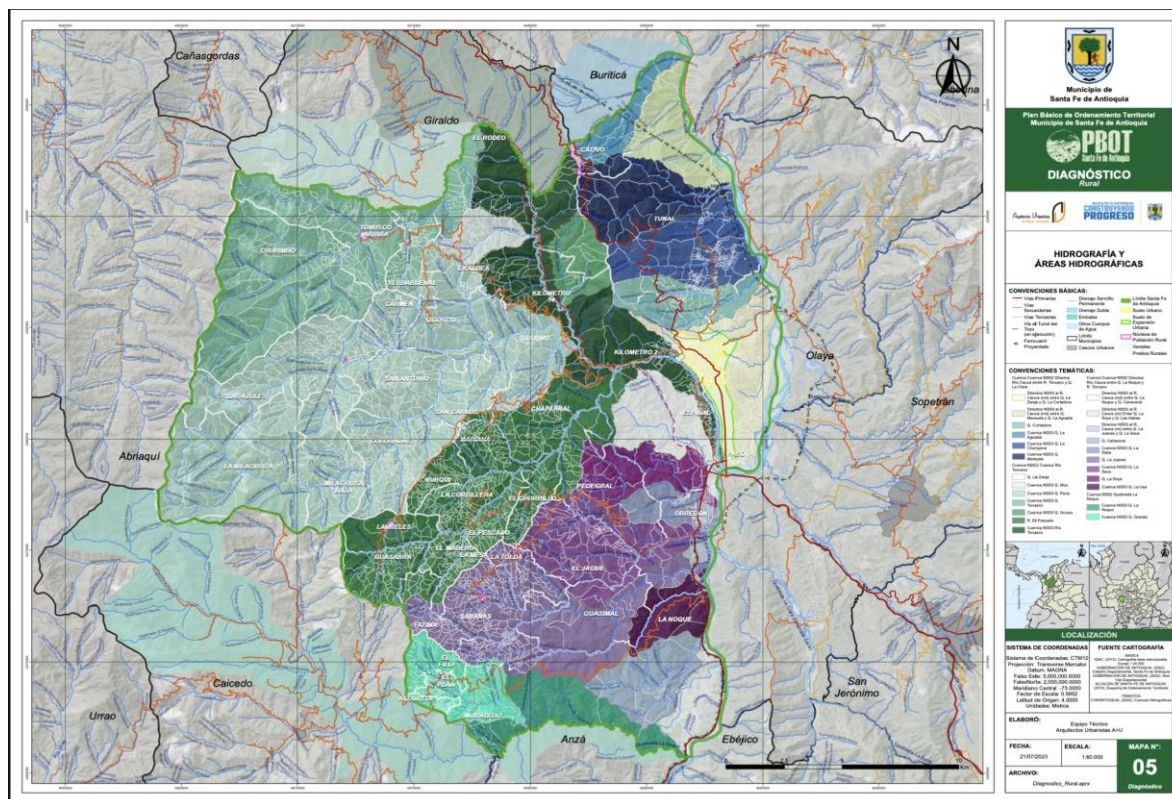
Fuente: DAP-PBOT-Municipio de santa fe de Antioquia. 2025





Santa Fe de Antioquia presenta un relieve complejo, con sectores de menor altitud próximos al río Cauca y otros de mediana altitud en la zona montañosa, lo que genera variaciones de pendiente importantes y convierte parte del territorio en área de pendiente fuerte.

Ilustración 3. Mapa de hidrografía



Fuente: DAP-PBOT-Municipio de Santa Fe de Antioquia. 2025

El municipio está vinculado a la cuenca del Río Cauca, ya que el cauce del río atraviesa o limita parte del territorio municipal. Además del río principal, existen quebradas y afluentes menores que desembocan en el río Cauca o en subcuencas locales. Por ejemplo, se mencionan amenazas por inundaciones relacionadas con el río Cauca y la quebrada Juan García.

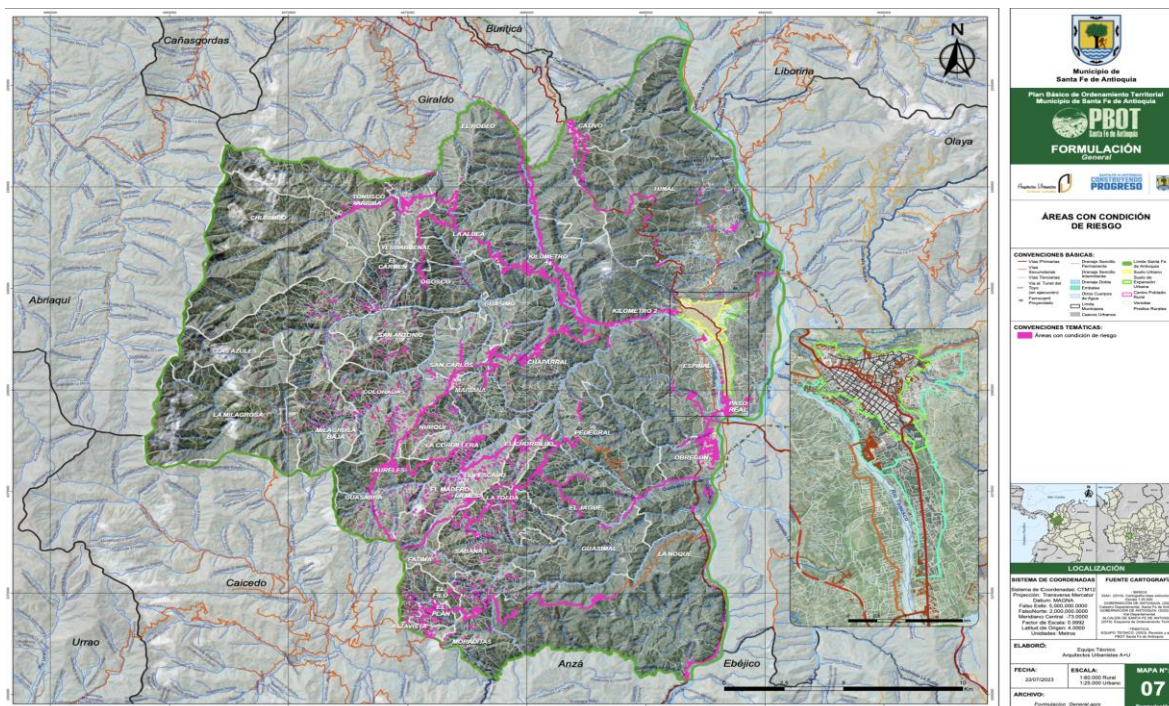
La hidrografía es relevante tanto para los recursos hídricos, el ecosistema y la generación de riesgos (como desbordamientos) debido a los cauces que circulan por zonas con pendientes pronunciadas y confinadas en valles. Es importante para el municipio considerar la gestión de





cuentas y quebradas, ya que la topografía contribuye a canalizaciones rápidas de agua cuando llueve fuerte.

Ilustración 4. Mapa de riesgo



Fuente: DAP-PBOT-Municipio de santa fe de Antioquia. 2025

Santa Fe de Antioquia presenta riesgo de inundación, especialmente en sectores próximos al río Cauca y sus márgenes. Por ejemplo, en 2020 se declaró alerta roja en el municipio por fuertes aguaceros que causaron inundaciones y damnificados. También se identifican movimientos en masa (deslizamientos, taludes inestables) debido al relieve abrupto, la pendiente y el tipo de suelo/roca, lo que genera vulnerabilidad en laderas.

En el estudio de geología se menciona que la amenaza por inundación es mayor en Santa Fe de Antioquia por la presencia del río Cauca, el río Tonusco y la quebrada Juan García.

Entre los Factores que potencian los riesgos están las pendientes pronunciadas, precipitaciones fuertes en temporada, ocupación cercana a cauces o márgenes de ríos, suelos superficiales o erosionados, y relieve escarpado.





1.1.3 Accesibilidad geográfica

Tabla 2. Tabla de tiempos de traslado desde santa fe hacia Medellín y sus veredas

Origen	Destino	Tipo de transporte	Dista aprox (Km)	Tiempo estimado (Min)
Santa Fe de Antioquia	Medellín	Automóvil/taxi	56 km	51 min
Santa Fe de Antioquia	Medellín	Bus intermunicipal	56 km	1 h 15 min

17

Fuente: Elaboración propia

El tiempo promedio desde las 42 veredas hacia santa fe de Antioquia está repartido en grupos cercanos, medianos y lejanos; siendo el primero a 30 minutos, el segundo a 90 minutos y el tercero los que superan los 105 minutos en transporte Inter-veredal/rutas lo que hace que el municipio tenga veredas como el madero, Churimbo, pedregal, el rodeo, coloradas, Guasabra, cativo y la Noque a más de 3 horas.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Tabla de tiempos de traslado desde santa fe hacia municipios cercanos

Origen	Destino	Tipo de transporte	Dista aprox (Km)	Tiempo estimado (Min)
Santa Fe de Antioquia	Girardo	Automóvil/bus	39	38
Santa Fe de Antioquia	Sopetran	Automóvil/bus	23	30
Santa Fe de Antioquia	Anza	Automóvil/bus	35.6	44 min
Santa Fe de Antioquia	Caicedo	Automóvil/bus	78,8	1 h 50 min
Santa Fe de Antioquia	Abriaquí	Automóvil/bus	82	2 h 27 min
Santa Fe de Antioquia	Buriticá	Automóvil/bus	34,8	59 min





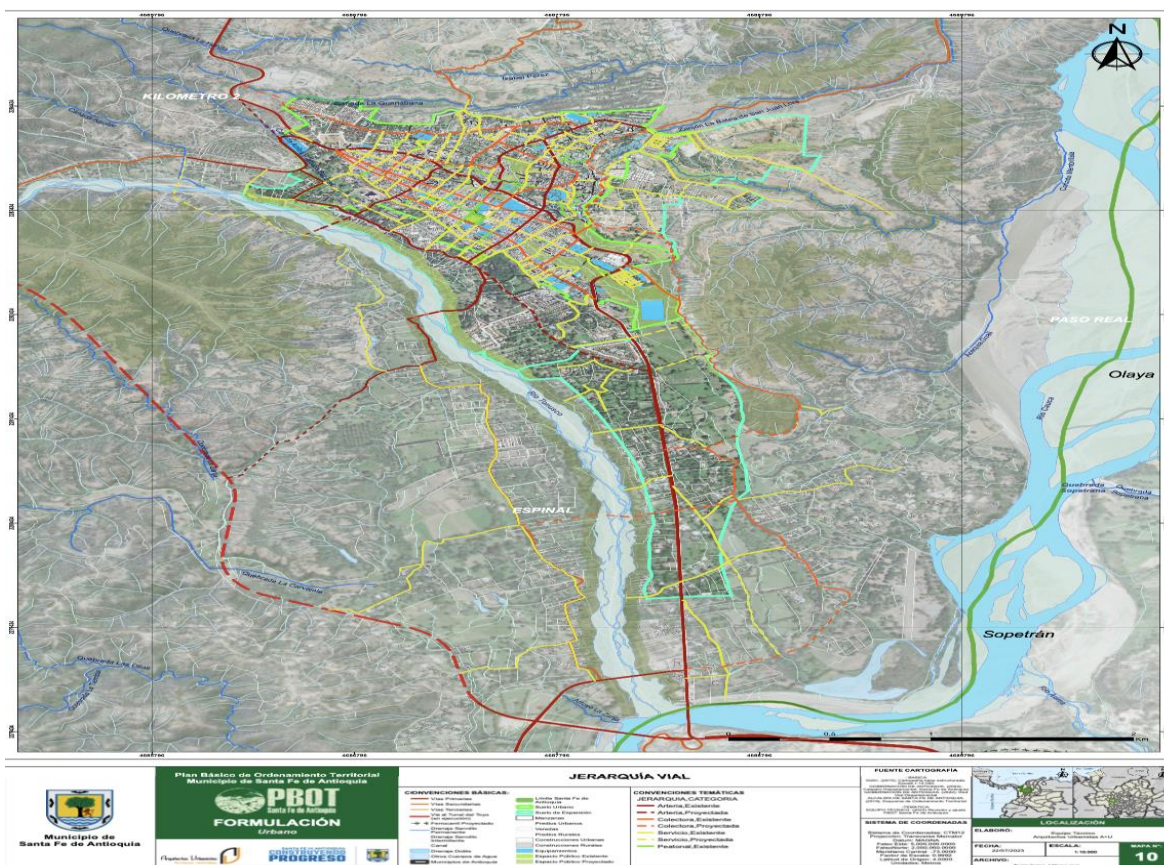
Santa Fe de Antioquia	Liborina	Automóvil/bus	53,5	1h 28 min
Santa Fe de Antioquia	Olaya	Automóvil/bus	81	1 h 57 min
Santa Fe de Antioquia	Ebéjico	Automóvil/bus	53	1 h 20 min
Santa Fe de Antioquia	San Jerónimo	Automóvil/bus	21,5	28 min

Fuente: Elaboración propia

18

Concluimos que los municipios del occidente antioqueño son relativamente cerca como Sopetrán, san Jerónimo y Giraldo a menos de una hora, lo demás como Caicedo, Liborina, Ebéjico entre otros a menos de 2 horas y municipios como Abriaquí y Olaya de igual y mayor a 2 horas.

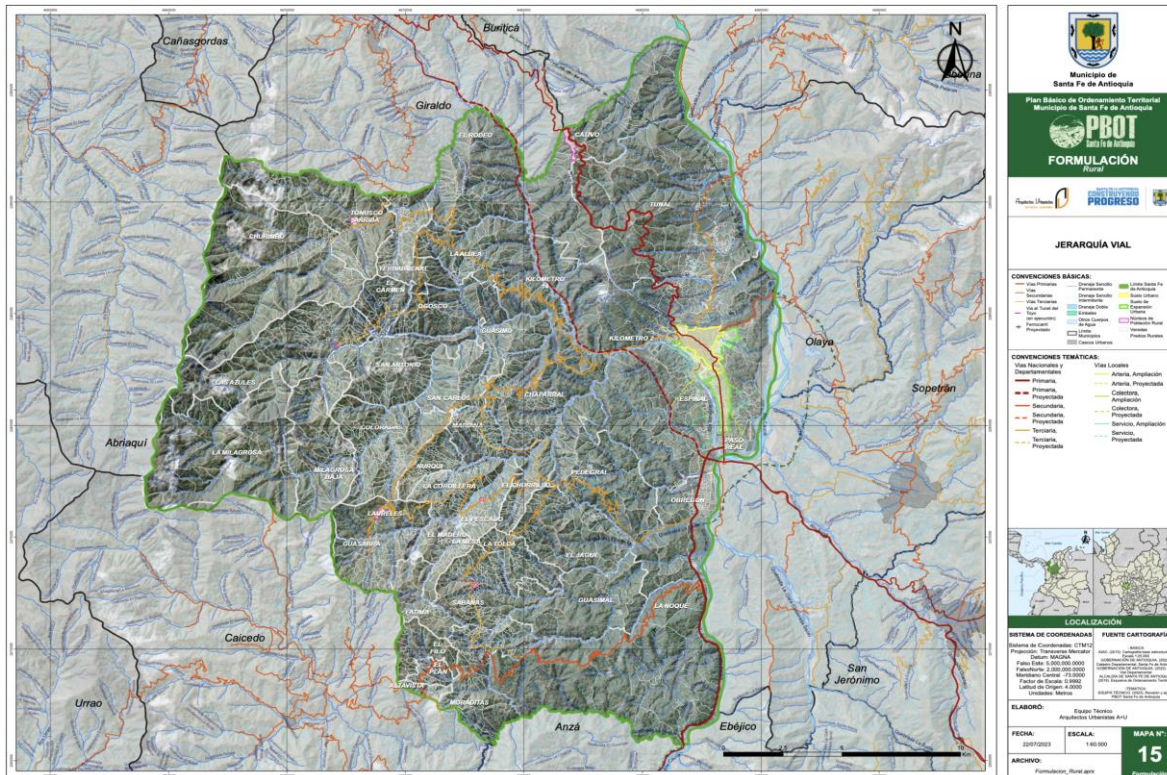
Ilustración 5. Mapas de vías de comunicación urbanas





Fuente: DAP-PBOT-Municipio de santa fe de Antioquia. 2025

Ilustración 6. Mapa de vías de comunicación rurales



19

Fuente: DAP-PBOT-Municipio de santa fe de Antioquia. 2025

Actualmente la malla vial urbana se encuentra en intervención por parte del municipio donde más del 70% de las vías, presentan daños en su carpeta asfáltica. Así mismo el Municipio en su parte rural viene interviniendo más de 5 tramos considerados clave en la estructura vial rural que comprenden más de 40 km entre los que se destacan Tonusco, pedregal, laureles, espinal y el tunal.

1.2 Contexto poblacional y demográfico

Con una proyección de crecimiento entre el 3% y 4%, la proyección de la población a 2030 parece estable siguiendo una variación positiva de 2,71% lo que equivale a un aumento de 767 habitantes.





Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Población total	27.071	28.246	29.013
Población Masculina	13.426	13.944	14.319
Población femenina	13.645	14.302	14.694
Relación hombres: mujer	98,4	97,5	97,4
Razón niños:mujer	27,4	24,1	22,6

Fuente: Secretaria de Salud departamental-Municipio de santa fe de Antioquia. 2025

El municipio de santa fe de Antioquia con una extensión de 499 km² y una población para 2025 de 28.246 personas presenta una densidad de 56,6 personas por km² que se traduce en una equilibrada ocupación del espacio donde cada ciudadano puede disfrutar libremente.

Tabla 4. Densidad población por km²

Nombre Municipio	Extensión km ²	Población 2025	Densidad poblacional 2025
SANTA FE DE ANTIOQUIA	499	28.246	56,6

Fuente: Secretaria de Salud departamental-Municipio de santa fe de Antioquia 2025

Tabla de Población por área de residencia

Más del 67% de la población del municipio se asienta en la cabecera municipal, demostrando la importancia de lo urbano para los habitantes que muchas veces por lo alejado de sus veredas no pueden acceder fácilmente a servicios de salud y demás.

Cabecera municipal		Resto		Total
Nº	%	Nº	%	
19.176	67,9	9.070	32,1	28.246

Fuente: Secretaria de Salud departamental-Municipio de santa fe de Antioquia. 2025





Santa fe de Antioquia es un pueblo patrimonio con arquitectura colonial, que aunado con la actualización del nuevo PBOT a logrado complementar la expansión de los suelos de forma equilibrada que rumbo al 70%.

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
Nº	%	Nº	%		
19.176	67,9	9.070	32,1	28.246	67,9

Fuente: Secretaria de Salud departamental-Municipio de santa fe de Antioquia. 2025

Tabla 5. Número de viviendas

Año	N.º estimado de hogares	Factor de ajuste (1,05)	N.º estimado de viviendas
2020	9 335	1,05	9 802
2021	9 435	1,05	9 907
2022	9 535	1,05	10 012
2023	9 635	1,05	10 117
2024	9 704	1,05	10 189
2025	9 740	1,05	10 227
2026	9 808	1,05	10 298
2027	9 876	1,05	10 370
2028	9 944	1,05	10 441
2029	9 974	1,05	10 473
2030	10 004	1,05	10 504

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Número de hogares

Año	Población estimada	Tamaño medio del hogar	N.º estimado de hogares (Población ÷ 2,9)
2020	27 071	2,9	9 335
2021	27 361	2,9	9 435



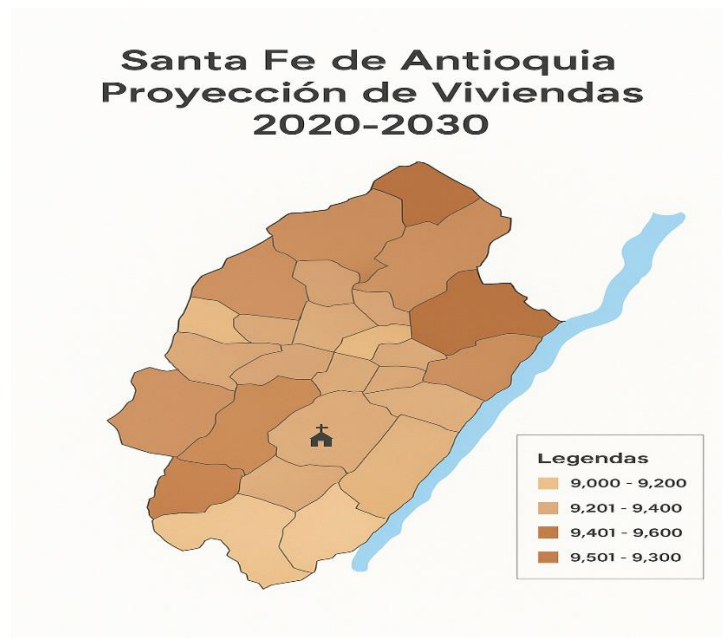


Año	Población estimada	Tamaño medio del hogar	N.º estimado de hogares (Población ÷ 2,9)
2022	27 651	2,9	9 535
2023	27 941	2,9	9 635
2024	28 141	2,9	9 704
2025	28 246	2,9	9 740
2026	28 443	2,9	9 808
2027	28 640	2,9	9 876
2028	28 837	2,9	9 944
2029	28 925	2,9	9 974
2030	29 013	2,9	10 004

Fuente: Elaboración propia

Para 2030, se proyectan ~10 000 hogares, lo que representa un crecimiento aproximado del 7,1 % en 10 años. Este aumento es moderado y coherente con la expansión poblacional del municipio y el tamaño medio de los hogares en Colombia, que tiende a disminuir ligeramente con el tiempo.

Ilustración 7. Mapa de viviendas



Fuente: Elaboración propia





Población por pertenencia étnica

La población indígena y la afro representan el 3,2% de la población total en el territorio, no es tan significativa pero se debe tener en cuenta para escenarios de acción y decisión donde se busque intervenir focalmente.

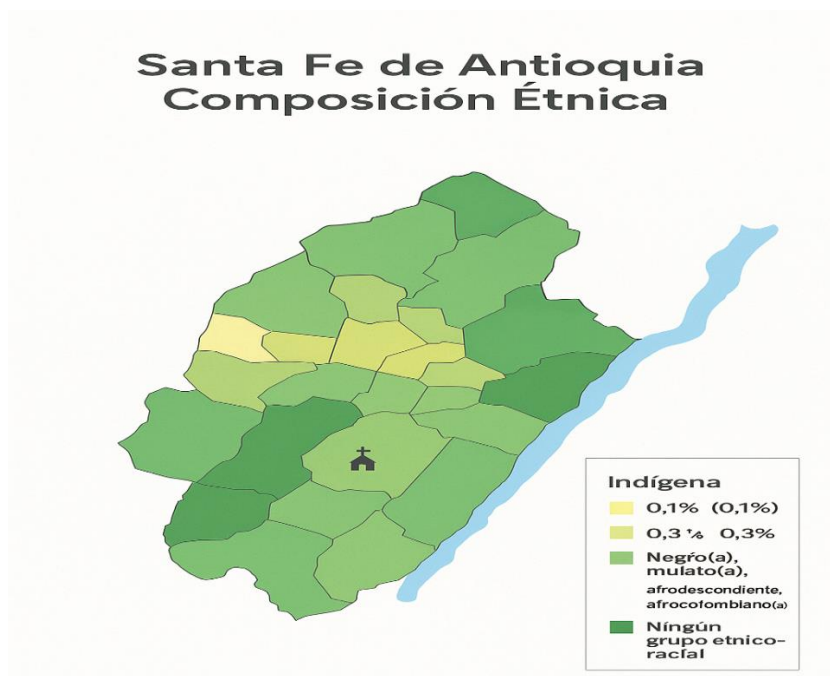
Tabla 7. Tabla de población por pertenencia étnica

Autorreconocimiento étnico	Casos	%
Indígena	29	0,1%
Gitano(a) o Rrom	0	0,0%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	80	0,3%
Palenquero(a) de San Basilio	0	0,0%
Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	878	3,1%
Ningún grupo étnico-racial	27.259	96,5%
Total	28.246	100%

23

Fuente: Secretaria de Salud departamental-Municipio de Santa Fe de Antioquia. 2025

Ilustración 8. Composición étnica



Fuente: Elaboración propia



1.2.1 Estructura demográfica

En la siguiente tabla observaremos la relación de la población dentro de la pirámide poblacional desde el año 2020 al 2030 con una variación entre el -4% y 4% que representa una variación por crecimiento normal dentro de los límites con las características que veremos a continuación:

Ilustración 9. Pirámide poblacional

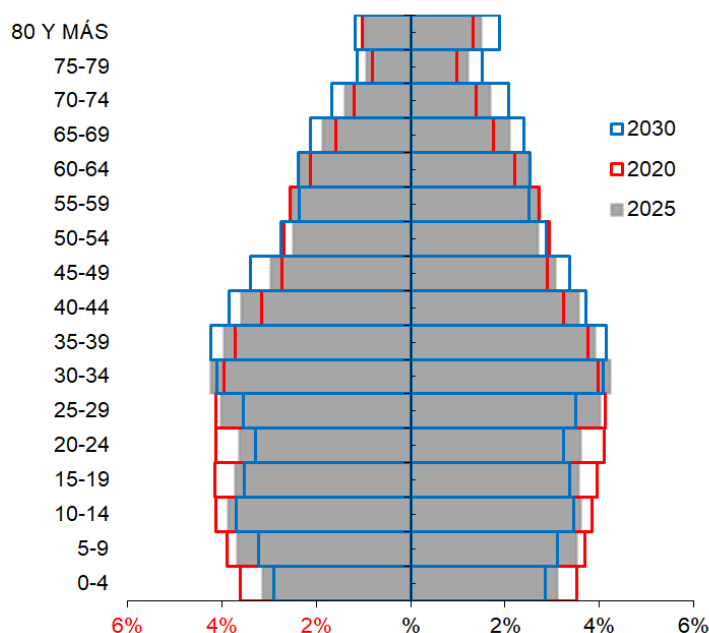


Tabla 8. Índices de población

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Índice de infancia	22,7	20,9	19,2
Índice de juventud	24,6	22,5	20,5
Índice de vejez	10,1	11,7	14,0
Índice de envejecimiento	44,4	56,1	72,7
Índice demográfico de dependencia	48,7	48,4	49,8



Índice de dependencia infantil	33,8	31,0	28,8
Índice de dependencia mayores	15,0	17,4	21,0
Índice de Friz	112,3	95,4	84,7

Fuente: Secretaria de Salud departamental-Municipio de santa fe de Antioquia. 2025

El municipio presenta alta densidad vial en comparación con su tamaño, lo que sugiere buena accesibilidad general según friz, aunque la calidad o el estado de las vías podría variar.

Tabla 9. Interpretación de índices demográficos

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2020 por cada 98 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2025 por cada 97 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 24 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2020 de 100 personas, 23 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, 10 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 12 personas





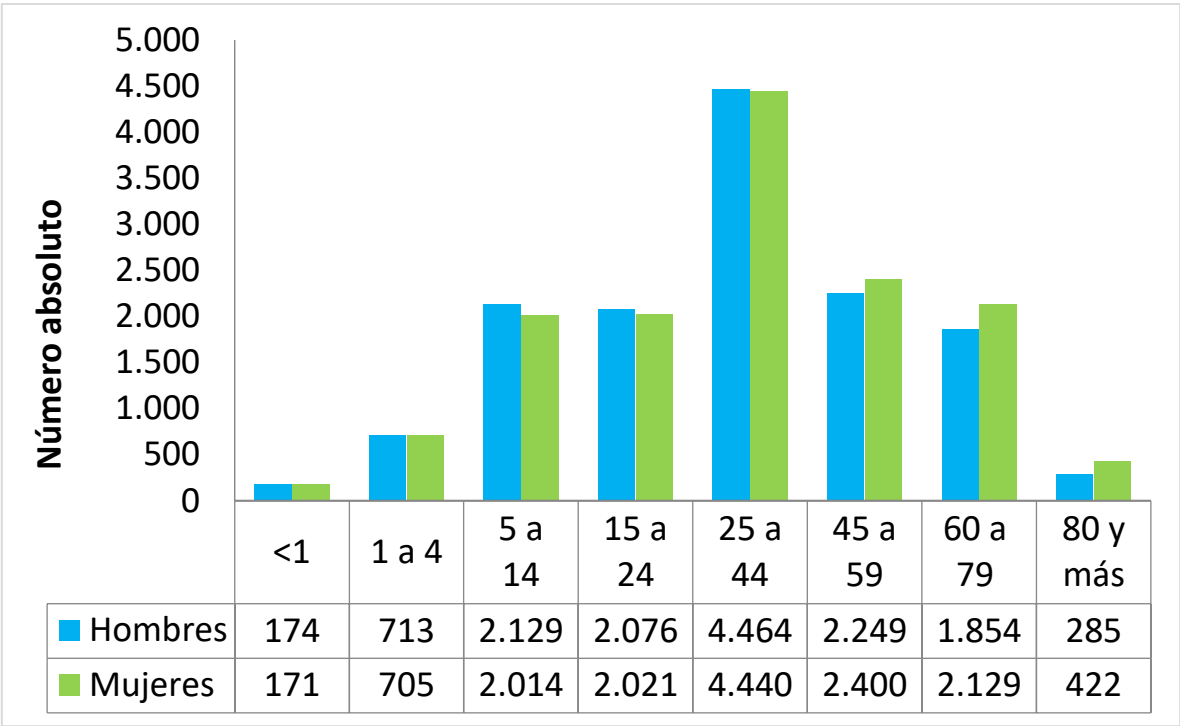
Índice de envejecimiento	En el año 2020 de 100 personas, 44 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 56 personas
Índice demográfico de dependencia	En el año 2020 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 49 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2025 este grupo poblacional fue de 48 personas
Índice de dependencia infantil	En el año 2020, 34 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 31 personas
Índice de dependencia mayores	En el año 2020, 15 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2025 fue de 17 personas
Índice de Friz	El Índice de Fritz indica que Santa Fe de Antioquia avanza hacia una estructura poblacional más envejecida, con una reducción de la población joven y aumento progresivo de adultos mayores. Si bien la situación no es crítica, la transición demográfica ya está en marcha, lo que requiere políticas estratégicas orientadas a: fortalecer la salud pública preventiva, planificar servicios para adultos mayores, proteger la población joven, y garantizar sostenibilidad social y económica hacia el 2035002E

Fuente: Secretaria de Salud departamental-Municipio de Santa Fe de Antioquia. 2025

El 31,5% de la población se concentra en hombres y mujeres de 25 a 44 años, resaltando la disminución en menores de un año con una participación de 1,2% y mayores de 80 años con una participación del 2,5% sobre el total.

Ilustración 10. Tabla población por sexo y grupo de edad

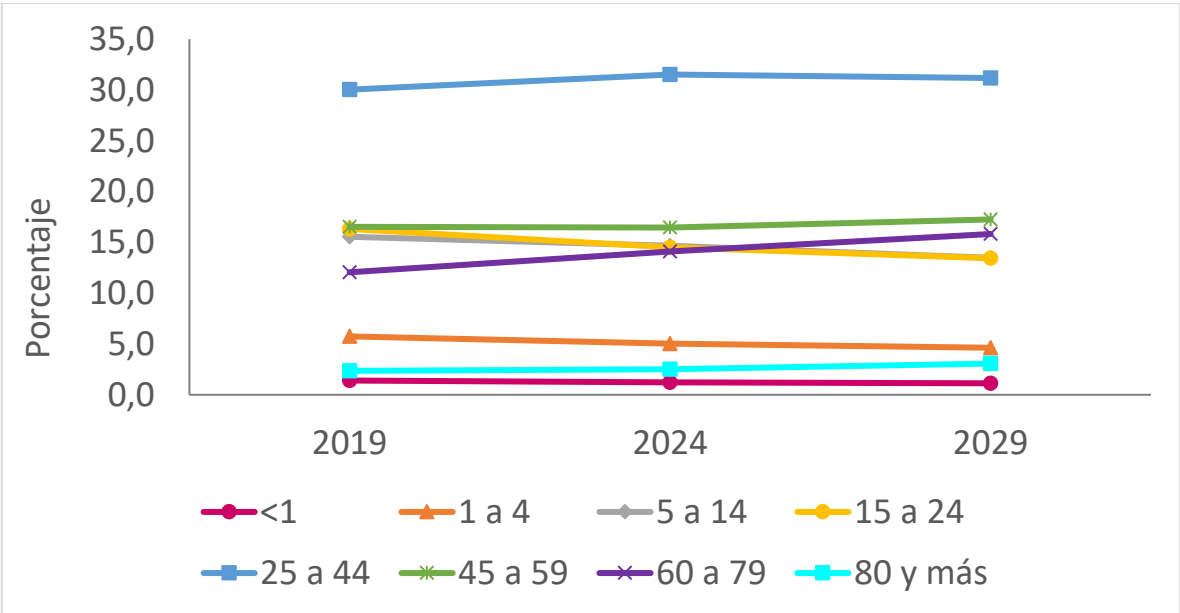




27

Fuente: Secretaria de Salud departamental-Municipio de santa fe de Antioquia. 2025

Ilustración 11. Tendencia grupo edad



Fuente: Secretaria de Salud departamental-Municipio de santa fe de Antioquia. 2025





La población de 25 a 79 años cubre más del 64% de la población, siendo el dato más relevante para decir que cada vez hay menos nacimientos y la población adulta mayor decrece aceleradamente.

1.2.2 Dinámica demográfica

Natalidad

En 2014 la tasa era 15,8‰, alcanzó su pico en 2017 (16,5‰). Desde entonces muestra un descenso sostenido, llegando a 9,2‰ en 2024, lo cual representa una reducción del 44 % en una década. Este comportamiento sugiere una transición demográfica avanzada, con menor fecundidad y cambios en los patrones familiares.

28

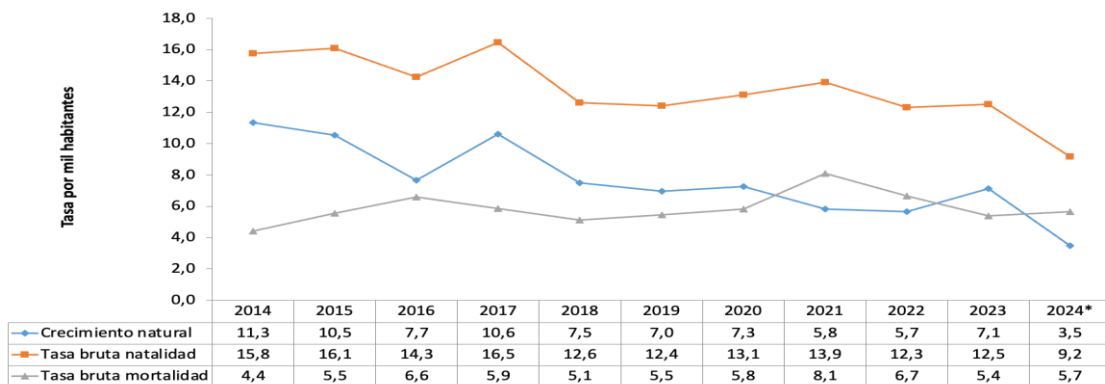
Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad se mantiene relativamente estable entre 5,1‰ y 5,9‰ hasta 2020. Aumenta significativamente en 2021 (8,1‰), posiblemente influenciada por la pandemia de COVID-19, para luego estabilizarse alrededor de 5,7‰ en 2024. Esto indica una recuperación del sistema de salud y una reducción de los efectos coyunturales.

Crecimiento natural

Presenta una tendencia descendente clara: de 11,3‰ en 2014 a 3,5‰ en 2024, es decir, una disminución del 69 %. El descenso está directamente asociado a la caída en la natalidad y el aumento coyuntural de la mortalidad. De continuar esta tendencia, el municipio podría acercarse a un crecimiento natural nulo o negativo hacia 2030, lo que implicaría un envejecimiento poblacional progresivo.

Ilustración 12. Dinámica demográfica





Fuente: Secretaria de Salud departamental-Municipio de Santa Fe de Antioquia. 2025

Entre 2014 y 2024, Santa Fe de Antioquia muestra una transición reproductiva positiva, con:

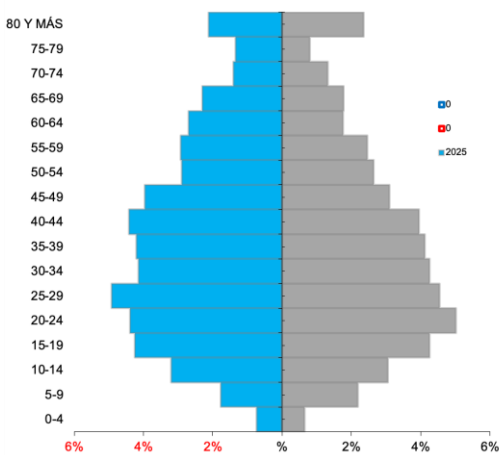
- Caída sostenida de la fecundidad adolescente.
- Control casi total del embarazo infantil.
- Consolidación de políticas de prevención efectivas.
- Síntesis: El municipio avanza hacia un perfil de maternidad más tardía y planificada, reflejando progreso social y educativo.

Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	3,6	3,6	1,8	1,8	2,7	2,8	2,9	4,8	1,9	0,0	1,0	
De 15 a 19	87,5	104,0	97,4	92,3	74,9	53,2	64,9	67,2	54,2	54,8	27,7	
De 10 a 19	46,2	53,3	48,2	45,1	37,0	28,5	34,3	36,3	28,1	27,3	14,3	

Fuente: Secretaria de Salud departamental-Municipio de Santa Fe de Antioquia. 2025

1.2.3 Movilidad forzada

Ilustración 13. Pirámide población víctimas



Fuente: Cubo Registro Único Víctimas 2025, Fecha de consulta: 8 agosto de 2025.

La pirámide poblacional de víctimas en Santa Fe de Antioquia (2025) evidencia:

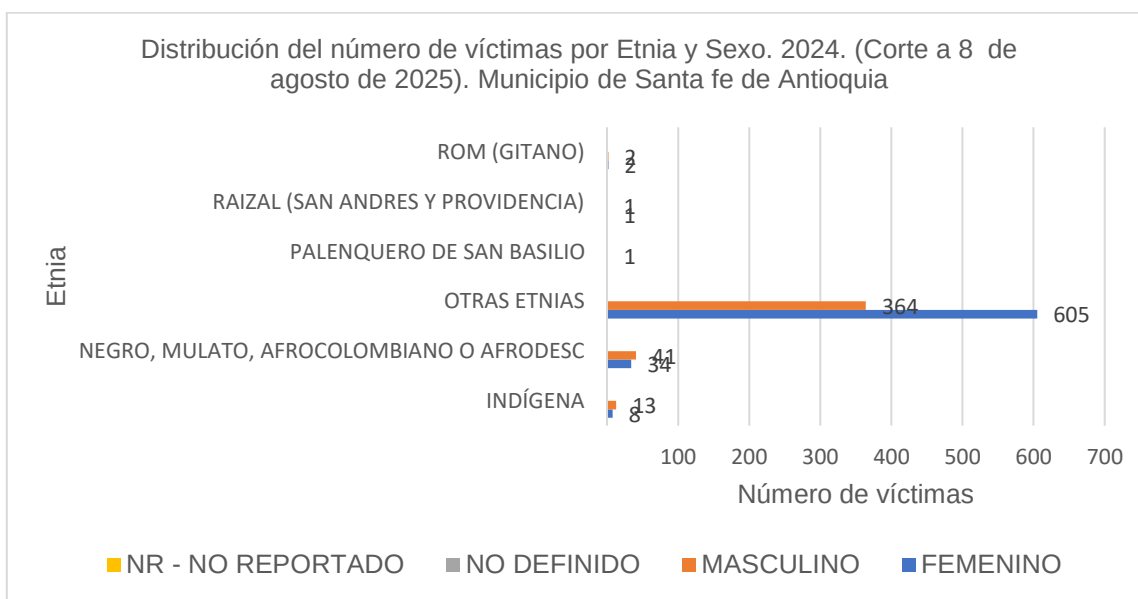
- Transición demográfica con predominio de adultos jóvenes.
- Disminución de la población infantil víctima.
- Aumento gradual del grupo adulto mayor.

La estructura sugiere un proceso de envejecimiento dentro de la población víctima, asociado a la migración, violencia y pérdida de cohesión familiar, lo que plantea la necesidad de:

- Reforzar la atención psicosocial comunitaria.
- Promover programas de autonomía económica y reparación colectiva.
- Desarrollar estrategias diferenciadas para la infancia y la vejez víctima.

30

Ilustración 14. Víctimas por etnia y sexo



Fuente: Cubo Registro Único Víctimas 2025, Fecha de consulta: 8 agosto de 2025.

El predominio femenino (alrededor del 60%), especialmente en el grupo de "otras etnias". Esto se asocia con altos índices de viudez, jefatura femenina del hogar y desprotección económica. El componente masculino mantiene relevancia en comunidades afrodescendientes, reflejando exposición directa al conflicto y desplazamiento por amenazas o reclutamiento forzado. El patrón observado es típico en municipios receptores de población desplazada donde predomina la





heterogeneidad étnica y el subregistro de identidades culturales, lo que refleja pérdida del arraigo y disolución comunitaria tras el desplazamiento.

La feminización del registro de víctimas muestra un efecto estructural de la guerra sobre el tejido social y familiar, aumentando la carga del cuidado y la pobreza multidimensional femenina. La estructura étnica y de género de la población víctima en Santa Fe de Antioquia demuestra una alta diversidad cultural, con predominio de personas no adscritas a grupos étnicos específicos y una mayor proporción de mujeres afectadas. Así mismo es importante Implementar acciones afirmativas con enfoque étnico diferencial, especialmente para comunidades afrodescendientes e indígenas y fortalecer la oferta psicosocial, educativa y productiva dirigida a mujeres víctimas, como eje de reparación integral. A continuación, veremos los principales hechos victimizante por sexo en el municipio.

Tabla 10. Distribución del número de víctimas por hecho victimizante y Sexo. 2025. (Corte 8 de agosto de 2025) Santa fe de Antioquia

Hecho	Sexo			
	FEMENINO	MASCULINO	NO DEFINIDO	NR - NO REPORTADO
ABANDONO O DESPOJO FORZADO DE TIERRAS	2	2		
ACTO TERRORISTA / ATENTADOS / COMBATES / ENFRENTAMIENTOS / HOSTIGAMIENTOS	6	16		
AMENAZA	148	172		1
CONFINANIENTO	4	4		
DELITOS CONTRA LA LIBERTAD Y LA INTEGRIDAD SEXUAL EN DESARROLLO DEL CONFLICTO ARMADO	11	2		
DESAPARICIÓN FORZADA	103	78		
DESPLAZAMIENTO FORZADO	2.152	2.061	15	1
HOMICIDIO	585	400		
LESIONES PERSONALES FISICAS		2		
LESIONES PERSONALES PSICOLOGICAS	2	5		
MINAS ANTIPERSONAL, MUNICIÓN SIN EXPLOTAR Y ARTEFACTO EXPLOSIVO IMPROVISADO		3		
PERDIDA DE BIENES MUEBLES O INMUEBLES	10	15		
SECUESTRO	4	17		
SIN INFORMACIÓN	6	9		
TORTURA	4	2		
VINCULACIÓN DE NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES A ACTIVIDADES RELACIONADAS CON GRUPOS ARMADOS		1		





Fuente: Cubo Registro Único Víctimas 2025, Fecha de consulta: 8 agosto de 2025.

1.2.4 Población LGBTIQ+

Santa Fe de Antioquia demuestra un sólido compromiso con la inclusión y el reconocimiento de la comunidad LGBTIQ+ a través de la activa participación de la Corporación Santa Fe Diversa en la agenda pública y los proyectos municipales. Esta organización trabaja en estrecha colaboración con la Alcaldía de Santa Fe de Antioquia para promover la visibilidad, los derechos y el bienestar de las personas LGBTIQ+ en el municipio.

La Secretaría de Salud y Bienestar Social está avanzando con la caracterización de la población Diversa residente en el Municipio. Actualmente se cuenta con un registro de 14 personas, de las cuales el 100% cuentan con aseguramiento en salud. Según su nivel educativo el 43% cuenta con formación básica secundaria, el 29% formación técnica, el 14% formación tecnológica, al igual que la población con formación universitaria. El 50% de los encuestados ha sufrido durante la vida alguna afectación a razón de la orientación sexual y un 79% manifiesta problemas de adicción a sustancias psicoactivas.

Tabla 11. Caracterización de la población diversa según su orientación sexual e identidad de género Santa Fe de Antioquia 2024

Orientación sexual	Porcentaje(%)	Identidad de genero	Porcentaje(%)
Bisexual	14	Hombre	36
Demisexual	7	Mujer	29
Gay	29	Queer	7
Homosexual	14	Transexual	21
lesbiana	7	Transgénero	7
Transexual	14	TOTAL	100%
Pansexual	14		
TOTAL	100%		

Fuente: Elaboración propia.

1.2.5 Dinámica migratoria

El régimen subsidiado domina, lo que refuerza el perfil socioeconómico vulnerable del migrante promedio en el municipio. La proporción de no afiliados (16,6 %) indica riesgo de desprotección sanitaria, sobre todo en población pendular o en tránsito.





No se registran migrantes desplazados o sin aseguramiento, lo que puede deberse a reportes centralizados en otros municipios de acogida. Santa Fe de Antioquia mantiene un bajo volumen de migrantes, pero con alta dependencia del régimen subsidiado. Se evidencia la necesidad de fortalecer la régimenización oportuna y la regularización migratoria, evitando el aumento del grupo no afiliado.

Los datos sugieren que el municipio cumple adecuadamente con la afiliación de emergencia, aunque se recomienda un seguimiento más fino para evitar brechas de atención en salud pública realizando las siguientes acciones:

- Consolidar un registro migratorio local unificado con EPS, Migración Colombia y Sisbén IV.
- Implementar jornadas móviles de aseguramiento y orientación en salud en sectores de alta movilidad o asentamientos temporales.
- Promover alianzas interinstitucionales (DPS, Personería, Secretaría de Salud) para garantizar la continuidad del aseguramiento.

Tabla 12. Dinámica migratoria

Régimen de afiliación	Antioquia	%	Municipio	%	Concentración
Contributivo	45302	29,0	56	26,5	0,1%
Subsidiado	45083	28,9	73	34,6	0,2%
No afiliada	16177	10,4	35	16,6	0,2%
Particular	29906	19,2	27	12,8	0,1%
Otro	17207	11,0	20	9,5	0,1%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	569	0,4		0,0	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	348	0,2		0,0	0,0%
En desplazamiento no asegurado	1518	1,0		0,0	0,0%
Sin dato	0	0,0		0,0	#DIV/0!
Total de migrantes atendidos	156110	100	211	100	0,1%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 08/08/2025.

1.2.6 Población Campesina





La atención a la comunidad campesina en el municipio de Santa Fe de Antioquia se ha fortalecido significativamente con la creación de la Casa Campesina, un proyecto innovador y único en su tipo que busca brindar un espacio de acogida, protección y cuidado para los habitantes de la zona rural que visitan la cabecera municipal.

La Casa Campesina se encuentra estratégicamente ubicada en el centro histórico de Santa Fe de Antioquia, cerca al emblemático Museo Juan del Corral. Con una capacidad de albergue para aproximadamente 50 personas, esta casa ofrece hospedaje gratuito a los campesinos que requieren pernoctar en la zona urbana del municipio.

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

A continuación, se relacionan los prestadores de servicios de salud que registran las capacidades y servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), para atender a la población del Municipio de Santa Fe de Antioquia, en el sistema de salud colombiano.

Tabla 13. Servicios habilitados IPS

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular		1	1	1	1	2	2	2	2	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía		1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonocardiología y/o terapia del lenguaje		1	1	1	1	1	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar		1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2





	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria		1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	2	2	3	3	3	4	4	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial		1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	1									
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular					1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria			1	1	1	2	2	2	2	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos								1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3





Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de fonaudiología y/o terapia del lenguaje	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología							1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología									1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral					1	1	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar						1	1	1	1		
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación											1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	2	2	2	2	2	4	4	5	5	5	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología						1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía							1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología							1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropsiquiatría							1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	1	1	2	2	2	4	4	4	4	4	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	2	2	2	2	2	3	4	4	4	4	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1





	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	1	1	2	2	2	3	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	2	2	3	3	3	5	6	6	6	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría		1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			2							
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente agudo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente crónico sin ventilador	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	2	2		2	2	3	3	3	3	2
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3





	desarrollo del joven (de 10 a 29 años)										
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial		1	1	1	1	1	1	1	1	1





	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiología					1	1	1	1	1	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: REPS 2025

Otros indicadores de sistema sanitario

Estos indicadores nos permiten monitorear la capacidad de respuesta que tiene el sistema de salud a) abordando las características intrínsecas del sistema mediante sus insumos, resultados inmediatos y resultados intermedios, y b) determinando el efecto del sistema en la satisfacción de las necesidades de las personas en cuanto a su salud, protección financiera y expectativas.





Tabla 14. Determinante sistema sanitario

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Anza	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE) 2019	7,3	2,1													↗						
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE) 2019	2,6	6,7													↗						
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) 2024	103,4	93,9				↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS) 2024	88,6	12,2	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	89,0	97,9	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (Información departamento-Preliminar) 2024	88,8	97,9	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	91,7	98,9	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE) 2024	92,9	89,5	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE) 2024	99,4	98,2	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	-	↗	↗	↗	↗
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE) 2024	99,4	98,2	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	-	↗	↗	↗	↗

Fuente: SSSS: 2024 Secretaria de Salud e Inclusión Social de Antioquia. BCG: SISPRO MSPS 2024 DPT: SISPRO MSPS 2024 POLIO: hasta el año 2023 es SISPRO MSPS - 2024 Secretaria de Salud e Inclusión social de Antioquia. Preliminar-Dane 2024



Según datos publicados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, el municipio de Santa Fe de Antioquia cuenta con corte al mes de septiembre de 2024, con una cobertura de aseguramiento del 103%, de los cuales el 68% pertenece al régimen subsidiado en salud, el 32% al régimen contributivo y el 3% al régimen de excepción. Los determinantes intermedios reflejan un sistema local de salud sólido, con alta cobertura en aseguramiento, vacunación y atención materna. Persisten variaciones en algunos indicadores de inmunización que sugieren inconsistencias administrativas más que deficiencias en la atención real.

Las barreras de acceso son bajas, aunque la tendencia creciente advierte sobre riesgos en población rural y migrante. Santa Fe de Antioquia presenta niveles de cobertura y acceso superiores al promedio departamental, consolidándose como territorio de desempeño favorable en determinantes intermedios de salud. Las fluctuaciones en vacunación y prenatalidad deben ser abordadas mediante mayor seguimiento territorial y fortalecimiento del registro nominal. El reto principal es mantener la equidad en acceso, garantizando atención efectiva a población migrante, dispersa y vulnerable.





Caracterización EAPB

Las EAPB con presencia en el municipio de Santa Fe de Antioquia son Savia salud, Coosalud y Nueva EPS, con cobertura de servicios tanto para el régimen subsidiado como para el contributivo.

El total de afiliados del Municipio de Santa Fe de Antioquia en el régimen subsidiado son 18.985, distribuidos por EPS así: 9857 activos en Coosalud, 6760 activos en Savia salud y 2204 activos en Nueva EPS. En el régimen contributivo se tienen 9.037 afiliados de los cuales 6008 se encuentran activos en Nueva EPS, 2117 activos en Coosalud, 869 activos en savia salud y 19 activos en otras EPS. El total de afiliados en el régimen especial y de excepción es de 554 entre los que se encuentra población de la Policía, el Ejército, el Magisterio, entre otras.

42

Tabla 15. Caracterización EAPB

NUEVA EPS		SAVIA SALUD EPS	
Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años	Tasa de incidencia de sífilis congénita	Tasa de incidencia de sífilis congénita
COOSALUD		ECOPSOS	
Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado
Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años

Fuente: Caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

1.4.1 Políticas Públicas Municipales

Ítem	Acto administrativo	Política pública
1	Acuerdo Municipal 082 de 02 de junio de 2015	Por medio del cual se actualiza el acuerdo 031 de 2004 y se adopta como Política Pública Municipal de Juventud del Municipios de Santa Fe de Antioquia.





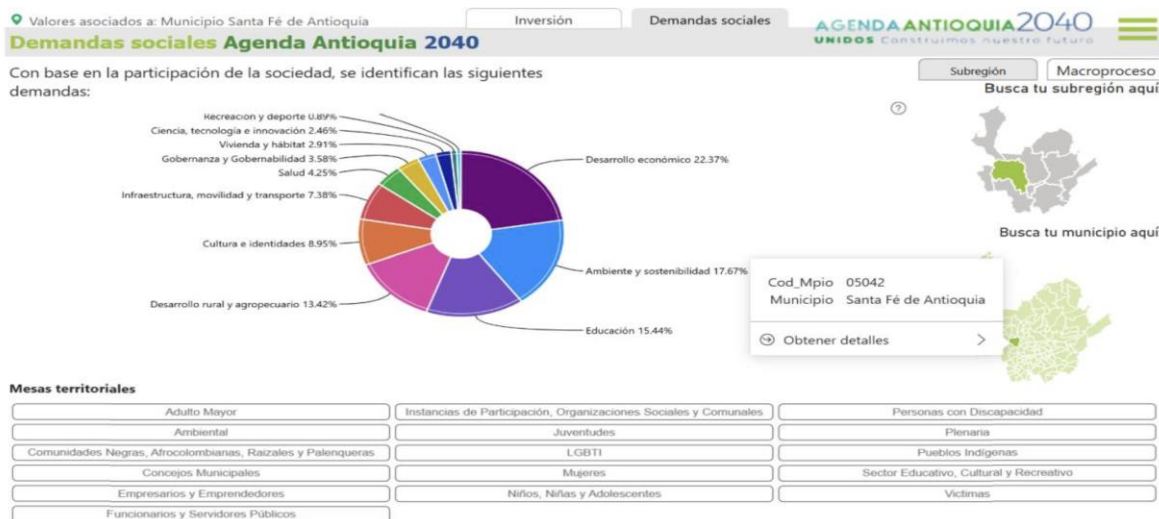
2	Acuerdo Municipal 032 de 29 de noviembre de 2004	Por medio del cual se establece la Política Pública de niñez del municipio de Santa Fe de Antioquia.
3	Acuerdo Municipal 022 del 13 de agosto de 2005	Por medio del cual se adopta como Política Pública la Inclusión y la Participación Comunitaria.
4	Acuerdo Municipal 058 de 16 de mayo de 2014	Por medio de la cual se actualiza la Política Pública de Discapacidad y se eleva a Acuerdo Municipal la conformación del comité municipal de discapacidad.
5	Acuerdo Municipal 002 de 22 de febrero de 2017	Por medio de la cual se establecen Políticas Públicas, para garantizar los derechos de la población LGTBI en el municipio Santa Fe de Antioquia
6	Acuerdo Municipal 018 de 18 de diciembre de 2011	Por medio de la cual se establecen Políticas Públicas de infancia y adolescencia
7	Acuerdo Municipal 081 de 2 de junio de 2015	Por medio de la cual se establecen Política Publica de igualdad de género y de oportunidades PIO-BEA en el municipio Santa Fe de
8	Acuerdo Municipal 056 de 7 de mayo de 2014	Por medio de la cual se establecen Política Publica de prevención y reducción del consumo de sustancias psicoactivas
9	Acuerdo Municipal 001 de 25 de febrero de 2011	Por medio de la cual se establecen Política Publica seguridad alimentaria

Fuente: Elaboración propia.

1.4.2 Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores relacionados

La Agenda Antioquia 2040 es un diálogo social, diverso, incluyente y constante, con la comunidad y sus instituciones, para la construcción de una visión y de una ruta de trabajo compartida que incorpora el pensamiento estratégico en la planificación y gestión del territorio antioqueño.

Ilustración 15. Demandas sociales agenda Antioquia 2040



Fuente: <https://agendaantioquia.com/>

La Gobernación de Antioquia desarrolló talleres participativos, haciendo especial énfasis en invitar a los municipios a que se pensarán desde su visión y reconocimiento de realidad con una visión proyectada a futuro. En este ejercicio el municipio de Santafé de Antioquia se reconoce desde "Su cultura" y se proyecta a futuro ser reconocido desde "Su oferta de turismo". Los sentimientos que predominan en sus pobladores son el "positivismo" y el "optimismo". Las principales demandas sociales identificadas son el "desarrollo económico", el "ambiente y la sostenibilidad" y la "educación" y las principales demandas de inversión son "educación y formación", "cultura, recreación y deporte" y "protección social: salud y vivienda". La tasa de deserción escolar en educación básica y media para el año 2022 fue de 5,02 estudiantes.

44

1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social

La Resolución 100 del 2024, define la necesidad de la construcción del Análisis de Situación de Salud participativo y sistemático, facilitando la definición consensuada de prioridades en salud y el establecimiento de una agenda social compartida para la respuesta territorial en salud. Para esta construcción participativa el Municipio de Santa Fe de Antioquia aplicó la cartografía social, la cual es una metodología de corte cualitativo que promueve la reflexión e identificación comunitaria de representaciones, significados y relaciones alrededor de un espacio social y físico en el que habitan uno o más grupos sociales. A través de mapas geográficos y el ejercicio participativo se identificaron las problemáticas que más afectan las comunidades las cuales estuvieron enmarcadas en el bajo nivel de atención en salud, el bajo nivel de acceso a los servicios básicos, las barreras administrativas, económicas y geográficas de la atención, la falta de aplicabilidad de protocolos diferenciales para los tipos de población y el incremento de las problemáticas de salud mental, drogadicción y alcoholismo.

Ilustración 16. Fotografías cartografía social



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



Fuente: Elaboración propia cartografía social

1.6 Conclusiones del capítulo

El análisis del contexto poblacional y de los determinantes intermedios de la salud evidencia que Santa Fe de Antioquia continúa consolidándose como un territorio con buen desempeño en la garantía del derecho a la salud, mostrando avances importantes en acceso, cobertura y atención integral de su población. En primer lugar, la dinámica demográfica muestra una población en crecimiento sostenido, con predominio de grupos en edad productiva y una proporción significativa de niños, niñas y personas mayores que demandan servicios permanentes de salud, educación y protección social. Esta estructura poblacional refuerza la necesidad de mantener una oferta oportuna de servicios en todo el territorio, especialmente en los sectores rurales y dispersos.

En cuanto a los determinantes intermedios, los indicadores señalan bajas barreras de acceso a los servicios de salud y de atención a la primera infancia: solo el 1,3 % y el 1,4 % de los hogares, respectivamente, manifestaron dificultades para acceder a estos servicios, cifras muy por debajo del promedio departamental (7,3 % y 2,6 %). Esto refleja una buena articulación entre la red de prestación y las estrategias comunitarias, que han permitido que la mayoría de la población logre atención oportuna.

El aseguramiento en salud mantiene niveles óptimos, con una cobertura de 103,1 %, lo que sugiere no solo la afiliación total de la población residente, sino también la atención a población flotante y migrante. Este dato confirma que el municipio ha sostenido un sistema de salud incluyente y de amplia cobertura, aunque se requiere fortalecer los procesos de depuración y actualización de bases de datos.

En materia de vacunación, las coberturas administrativas se mantienen altas, con valores entre 90 % y 98 % en los principales biológicos (DPT, Polio y Triple Viral). Respecto a la salud materna y perinatal, los indicadores alcanzan niveles casi universales: el 99,6 % de los partos son institucionales y atendidos por personal calificado, mientras que más del 91 % de las gestantes cumplen con cuatro o más controles prenatales. Estos resultados reflejan una atención segura. En conclusión, el municipio muestra una trayectoria positiva en la garantía del derecho a la salud, con coberturas amplias, servicios accesibles y atención de calidad. Mantener estos logros y avanzar hacia una mayor equidad requerirá continuar fortaleciendo la gestión integral local de los actores.





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 Santa Fe de Antioquia, reconocido como patrimonio histórico y cultural de la nación, combina una base económica tradicional con dinámicas emergentes que han transformado su estructura productiva en los últimos años. Su ubicación estratégica dentro del Occidente antioqueño, sumada a su cercanía con el Valle de Aburrá y a los nuevos proyectos de conectividad vial como el Túnel de Occidente y las vías 4G al mar, ha favorecido un proceso de apertura económica y de diversificación de las fuentes de ingreso de su población.

Estructura económica

La economía local se sustenta en tres grandes sectores:

Agricultura y ganadería: actividades tradicionales que aún representan una porción significativa del empleo rural. Se destacan los cultivos de plátano, maíz, caña panelera, mango, cítricos y café, junto con la producción pecuaria de bovinos y porcinos. Sin embargo, estas actividades se desarrollan principalmente bajo esquemas de pequeña producción familiar, con baja tecnificación y dependencia de las condiciones climáticas, lo que genera ingresos variables e inestables.

Turismo y servicios: han cobrado creciente relevancia en la última década. Santa Fe de Antioquia se ha consolidado como uno de los principales destinos turísticos del departamento, gracias a su valor patrimonial, su arquitectura colonial, su clima cálido y su oferta cultural. Este sector genera un número importante de empleos, especialmente en alojamiento, gastronomía, transporte y comercio local, aunque muchos de ellos se desarrollan bajo condiciones informales o de temporalidad.

Comercio y construcción: que complementan la actividad económica del municipio. El aumento de visitantes, la expansión urbana y la llegada de nuevas inversiones han dinamizado el comercio minorista y los proyectos habitacionales, pero también han incrementado los costos del suelo y las brechas entre zonas rurales y urbanas.

Condiciones de trabajo: En materia laboral, Santa Fe de Antioquia presenta un mercado de trabajo caracterizado por la informalidad, especialmente en los sectores agrícola, turístico y comercial. El empleo formal se concentra en el sector público, la educación, la salud y algunos establecimientos hoteleros o comerciales. Según las tendencias departamentales, cerca del 55 %





de la población ocupada se encuentra en condiciones de informalidad, y en el caso del municipio, esta proporción puede ser aún mayor en las zonas rurales. Las mujeres, en particular, enfrentan mayores dificultades para acceder al empleo formal, debido a las brechas en educación técnica y a la carga del trabajo doméstico no remunerado. Sin embargo, han ganado participación en actividades relacionadas con el turismo, la economía del cuidado y el emprendimiento local.

El municipio también recibe población migrante y desplazada, que busca alternativas laborales en la agricultura o el comercio informal. Aunque representan una oportunidad de dinamización económica, su inserción laboral suele darse sin garantías plenas de protección social o estabilidad.

El principal reto económico de Santa Fe de Antioquia radica en formalizar el empleo y diversificar la base productiva, promoviendo encadenamientos entre el turismo, la agroindustria y la economía cultural. Se requiere fortalecer la formación técnica, el acceso al crédito y la inclusión de jóvenes y mujeres en los programas de emprendimiento local. La transición hacia una economía más sostenible y equitativa dependerá de la capacidad institucional para integrar el desarrollo económico con la salud pública, garantizando que las condiciones laborales sean seguras, dignas y promotoras del bienestar.

En síntesis, Santa Fe de Antioquia es un territorio con potencial económico y vocación turística, que avanza hacia una modernización de su estructura productiva, pero que aún enfrenta desafíos significativos en materia de empleo formal, equidad laboral y sostenibilidad social. Consolidar un modelo económico incluyente será clave para mejorar las condiciones de vida y fortalecer los determinantes sociales de la salud de su población.

Tabla 16. Tabla comparativa indicadores económicos y laborales

Indicador	Antioquia	Santa Fe de Antioquia
Pobreza monetaria (2024)	24,7 % (reducción desde 27,5 % en 2023) (El Colombiano)	No se encontró dato municipal desagregado
Tasa de desempleo (2019)	—	7,08 % (portal.udea.edu.co)
Tasa de informalidad laboral	—	88,17 % (portal.udea.edu.co)
Tasa de informalidad nacional (centros poblados + rural disperso)	83,1 % (DANE)	—

Fuente: Elaboración propia <https://Elcolombiano.com portal.udea.edu.co>

Aunque no contamos con todos los datos para Santa Fe de Antioquia, los que sí se encuentran muestran un reto importante en materia de empleo formal y condiciones de trabajo: la tasa de informalidad municipal (88,17 %) es muy alta, lo que indica que la gran mayoría de la población ocupada trabaja sin pleno acceso a seguridad social ni protección laboral. Al mismo tiempo, la

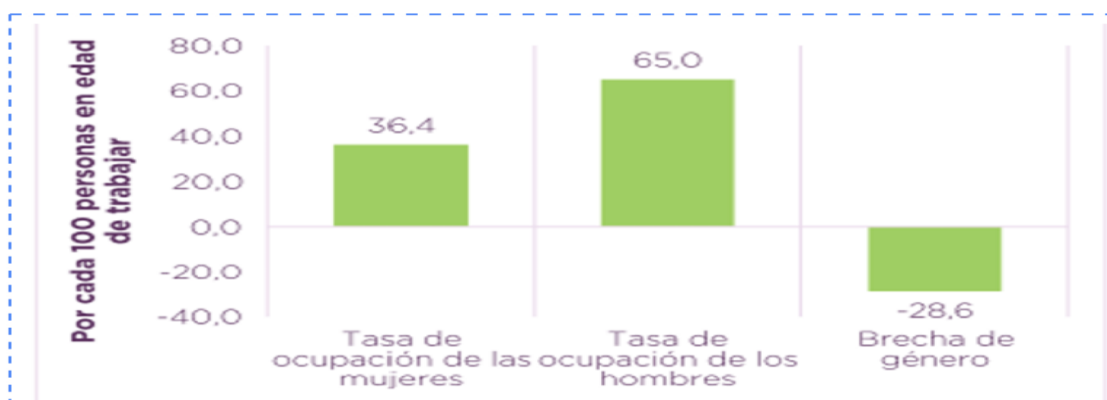




pobreza monetaria en todo el departamento de Antioquia se redujo al 24,7 % en 2024, lo que es una señal positiva para el contexto regional, pero no sabemos con certeza si ese avance se replica totalmente en Santa Fe de Antioquia. El desempleo municipal para 2019 (7,08 %) está relativamente moderado, pero cuando lo asociamos a la alta informalidad, el escenario apunta a que muchos trabajadores están ocupados, pero en condiciones vulnerables.

Ocupación

Ilustración 17. Tasa de ocupación por sexo



Fuente: Encuesta de calidad de vida Departamento 2021

Según la encuesta de calidad de vida realizada en 2021, la tasa de ocupación para las mujeres del Municipio de Santa fe de Antioquia es de 34,4 por cada 100 personas en edad de trabajar, mientras que para los hombres es de 65,0 en esta misma relación, presentando una brecha de género de 28,6, resultado desfavorable para el género femenino.

2.2 Condiciones de vida del territorio

Tabla 17. Determinantes municipales 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)	100,0	100,0
Cobertura de acueducto (DNP - Terridata) 2022	100,0	100,0
Cobertura de alcantarillado (DNP - Terridata) 2022	97,7	20,9





Fuente: Terridata, UPME 2025

Santa fe de Antioquia presenta una cobertura de servicios públicos en armenia con el departamento y es acorde con la brecha histórica que presentan los departamentos y municipios de Colombia donde falta más reposición de redes de alcantarillado y plantas de tratamiento de aguas residuales.

Tabla 18. Determinantes Municipales seguridad alimentaria

Deter minant es interm ediar ios de la salud	Anti oqui a	Sant afé De Anti oqui a	Comportamiento																
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Porcent aje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEV- DANE) 2024*	11,3	12,8	-	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗

Fuente: Dane 2024

El bajo peso al nacer (menor de 2.500 gramos) es un indicador sensible del bienestar materno-infantil y refleja las condiciones biológicas, sociales y económicas que rodean el embarazo. En Santa Fe de Antioquia, el 12,8 % de los nacidos vivos en 2024* presentaron bajo peso, cifra superior al promedio departamental (11,3 %), lo que sugiere una vulnerabilidad ligeramente mayor en el municipio.

El aumento del bajo peso al nacer en Santa Fe de Antioquia, aunque no alarmante, representa un llamado a fortalecer la atención integral de la mujer gestante. Detrás de cada cifra hay historias de madres que enfrentan dificultades económicas, laborales o emocionales durante el embarazo. El municipio ha avanzado en cobertura institucional de partos y aseguramiento en salud, pero los datos evidencian que no basta con el acceso al servicio, sino con garantizar su calidad, continuidad y acompañamiento integral.



Tabla 19. Determinantes municipales Educación

Indicadores	Antioquia	Santafé De Antioquia	Comportamiento																		
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE) 2018	4,5	8,8	-													↗					
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN) 2022	103,3	105,1	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN) 2022	115,4	117,4	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN) 2022	94,2	84,1	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	

Fuente: Terridata 2022





El panorama educativo de Santa Fe de Antioquia revela fortalezas en cobertura básica, pero retos estructurales en permanencia y alfabetización. El analfabetismo del 8,8 % indica que aún existe una porción relevante de la población adulta sin competencias de lectura y escritura, concentrada principalmente en las zonas rurales y en mujeres mayores.

Las coberturas brutas altas en primaria y secundaria muestran esfuerzos institucionales por garantizar el acceso, pero también sugieren ineficiencia del sistema por sobreedad y repetencia. En cambio, la educación media (84,1 %) refleja el punto crítico: la deserción escolar asociada a limitaciones económicas, embarazo adolescente, falta de transporte escolar y baja oferta de formación técnica o media vocacional.

51

Tabla 20. NBI 2024 Santa fe por categorías

Municipio	NBI (%)	Miseria	Vivienda	Servicios	Hacinamiento	Inasistencia	Dependencia económica
Santa fe de Antioquia	14,13	2,12	1,34	1,26	6,03	1,72	6,16

Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es un método directo para identificar carencias críticas en una población y caracterizar la pobreza. Usualmente utiliza indicadores directamente relacionados con áreas de necesidades básicas de las personas (vivienda, servicios sanitarios, hacinamiento, dependencia económica), disponibles en los censos de población y vivienda. A partir de esos componentes, la condición de miseria se define como la proporción de personas u hogares de una entidad territorial o área geográfica que carecen de dos o más de las características mencionadas. En la siguiente tabla se relacionan los datos de NBI para el municipio de Santa Fe de Antioquia según los resultados obtenidos en el censo DANE 2018.

Fuente: DANE-DNP-SISPRO-MSPS

Tabla 21. Tabla de explicación del NBI por categorías

Indicador	Valor (%)	Descripción e interpretación
NBI total	14,13	Indica que el 14 % de los hogares del municipio presentan al menos una necesidad básica insatisfecha. Aunque es inferior al promedio nacional ($\approx 19\%$), aún refleja presencia de carencias significativas.
Miseria (NBI extremo)	2,12	Hogares en condiciones críticas, sin acceso adecuado a vivienda, servicios o ingresos suficientes. La cifra, aunque baja, sigue mostrando una población en vulnerabilidad estructural.





Indicador	Valor (%)	Descripción e interpretación
Vivienda inadecuada	1,34	Baja proporción, lo que refleja mejoras en la calidad de las construcciones. Sin embargo, aún existen zonas rurales o periurbanas con déficit cualitativo.
Servicios inadecuados	1,26	El acceso a agua, energía o saneamiento básico es aceptable, aunque persisten brechas en sectores rurales.
Hacinamiento crítico	6,03	Es el componente más alto del NBI, indicando déficit en la disponibilidad de espacio habitable por persona, especialmente en hogares rurales o de bajos ingresos.
Inasistencia escolar	1,72	Bajo porcentaje, que concuerda con los buenos niveles de cobertura educativa observados en los indicadores previos.
Alta dependencia económica	6,16	Representa hogares donde pocos miembros generan ingresos; un reflejo del desempleo o la informalidad laboral, afectando la estabilidad familiar.

Fuente: Elaboración propia

El análisis conjunto del NBI (14,13 %) y del IPM ($\approx 29,7$ %) permite observar que Santa Fe de Antioquia presenta una situación de vulnerabilidad social moderada, donde las privaciones se concentran más en factores estructurales de vivienda, hacinamiento y dependencia económica, que en acceso a servicios o educación.

En síntesis, el territorio avanza hacia condiciones más dignas, pero requiere fortalecer la generación de empleo formal, la equidad territorial y la atención a hogares con alta carga económica dependiente.

2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

Tabla 22. Determinantes psicológicos y culturales

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Santafé De Antioquia
Tasa de violencia intrafamiliar. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	47,5	28,7
Tasa de Violencia contra la mujer. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	52,2	21,3

Fuente: Forenses - INMLCF 2023





Las tasas de violencia intrafamiliar y contra la mujer son menores significativamente al promedio departamental lo que significa que ha habido un control previo de actividades de prevención y que están surtiendo efectos en el territorio en conjunto desde la secretaria de salud, departamento y entidades aliadas.

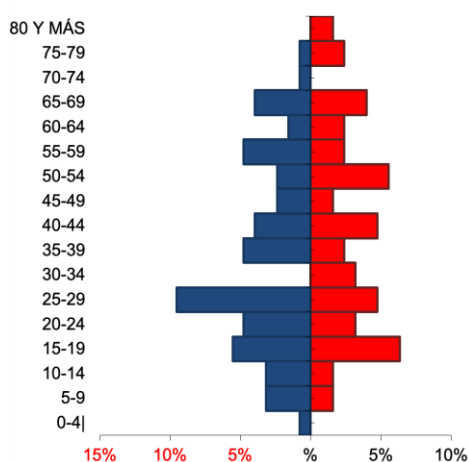
2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad

La población total registrada con discapacidad es de 126 personas: 66 hombres (52%) y 60 mujeres (48%). Esto muestra una ligera predominancia masculina, aunque las diferencias se equilibran en los grupos mayores de 60 años, donde las mujeres comienzan a predominar debido a la mayor esperanza de vida. En los grupos jóvenes (15-29 años) hay más hombres con discapacidad, lo cual puede estar vinculado a accidentes laborales o de tránsito. En los grupos mayores de 60 años, las mujeres superan a los hombres, reflejando el impacto del envejecimiento y la longevidad femenina.

53

En conjunto, la pirámide muestra una base estrecha y un ensanchamiento hacia la adultez y vejez, típico de una población en transición demográfica avanzada, donde la discapacidad se asocia más al deterioro funcional que a causas congénitas. Esto coincide con la tendencia departamental y nacional: el envejecimiento de la población aumenta el número de personas con limitaciones funcionales permanentes. La discapacidad en Santa Fe de Antioquia afecta principalmente a personas adultas y mayores, con un patrón más fuerte en mujeres en edades avanzadas. Los casos en población joven y en infancia son escasos, lo que puede indicar subregistro o falta de diagnóstico temprano.

Ilustración 18. Pirámide poblacional discapacidad





Fuente: Secretaria de salud departamental 2025

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

El encuentro de construcción participativa del Análisis de Situación de Salud, en el que se desarrolló el ejercicio de cartografía social con la población del Municipio, dio la posibilidad de conversar sobre los problemas en salud en el marco de los componentes económico, ambiental, cultural, político y social, haciendo puesta en común de los saberes y prácticas que confluyen y crean nuevos conocimientos, para potenciar nuestra incidencia, ganar capacidad interpretativa y esclarecer el panorama para proyectarnos en escenarios comunitarios, institucionales, organizativos, en donde se toman las decisiones sobre el desarrollo territorial y de salud.

54

Ilustración 19. Componentes del análisis del territorio 2025

COMPONENTES	ASPECTOS A REVISAR
Económico	Elementos de la infraestructura, producción, y consumo de bienes para la satisfacción de las necesidades. Servicios de salud (equipamiento, instalaciones), uso del suelo (ganadería), acceso a servicios públicos, escolaridad, acceso a los alimentos, empleo.
Ambiental	Problemáticas ambientales y riesgos naturales. Cambio climático, entorno, accidentalidad vial, disposición de residuos, factores de riesgo ambientales y del consumo.
Cultural	Elementos de la cultura que inciden en las condiciones de salud. Diferencia de género, raza, conductas sociales, cultura del envejecimiento, enfoque diferencial.
Político	Factores que determinan la medida en que un gobierno puede influir en el territorio. Gobierno y gobernanza en salud pública, integralidad en salud, vulnerabilidad poblacional, cambios organizacionales, normativos y administrativos, organización de los servicios de salud, derechos básicos.
Social	Actividades humanas inmersas en la creación de la sociedad, como las actividades religiosas, las fronteras entre países, actitudes culturales, valores, estilo de vida, esperanza de vida, analfabetismo, nivel de participación, capacidades para el diálogo, organización social, etc.

Fuente: Elaboración propia

El desarrollo de la actividad de cartografía social tuvo la participación de poblaciones diferenciales, poblaciones vulnerables, y representantes de grupos por curso de vida y grupos organizados, cuya discusión fue guiada a través de las siguientes preguntas orientadoras:





- a) ¿Cuáles son las principales problemáticas en salud?
- b) ¿Qué factores están afectando la salud de los pobladores?
- c) ¿Qué riesgos se identificaron en el territorio que puedan afectar la salud?
- d) ¿Qué se propone para mejorar dichas problemáticas?
- e) Identificación de núcleos de inequidad en salud.

A través de este ejercicio se pudo concluir que las problemáticas en salud más comunes rondan el nivel del servicio, la calidad de la atención y las barreras que deben sortear los ciudadanos a la hora de acceder a los servicios de salud ya que los hospitales en los territorios de municipios de 5 y 6 categoría especialmente no cuentan con la capacidad instalada y el recurso humano que se requiere para atender la demanda de la población urbana y en especial la rural que sufre más dificultades. Factores como el cambio climático, hacinamiento, acueducto y alcantarillado, vías, contaminación y hasta violencia generan riesgos en el territorio como es el caso de las barreras de acceso a los servicios y el continuo desabastecimiento. La comunidad propone instalar centros satélites de salud en las veredas y realizar gestiones para traer más profesionales, practicantes, medicamentos y equipos que puedan aliviar la demanda actual. Así mismo las comunidades ven viable el control y la veeduría en salud de forma más incisiva ya que se han detectado constantes fallas en el funcionamiento del mismo que generan las fuentes de inequidad.

2.6 Conclusiones del capítulo

El municipio de Santa Fe de Antioquia presenta un panorama social y económico que, aunque evidencia avances sostenidos en materia de bienestar y acceso a servicios, aún enfrenta desafíos estructurales que inciden directamente en la calidad de vida y en los determinantes sociales de la salud de su población. En términos generales, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) y el porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) se mantienen por debajo del promedio departamental, con valores de 14,13% en NBI y una incidencia de miseria de 2,12%, reflejando una mejoría progresiva en las condiciones de vivienda, servicios públicos y acceso educativo. Sin embargo, los indicadores de hacinamiento (6,03%) y dependencia económica (6,16%) evidencian que una parte significativa de los hogares aún enfrenta limitaciones materiales y sociales que restringen el pleno ejercicio del derecho a la salud y al bienestar.

En el ámbito económico y laboral, la población se concentra principalmente en actividades de comercio, servicios, turismo y agricultura de pequeña escala, sectores que, si bien sostienen la economía local, se caracterizan por una alta informalidad laboral y una limitada cobertura de protección social. Este patrón refuerza la vulnerabilidad de ciertos grupos, especialmente mujeres cabeza de hogar, jóvenes y trabajadores rurales, quienes enfrentan mayores barreras para acceder a empleo estable y condiciones dignas de trabajo. En cuanto a las condiciones de vida y seguridad alimentaria, se observan esfuerzos institucionales para mejorar la cobertura del





Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con niveles superiores al 100%, lo cual refleja una amplia afiliación formal, aunque persisten brechas en la calidad y oportunidad del acceso efectivo. Los programas de apoyo alimentario y la red de servicios sociales han mitigado la inseguridad alimentaria, pero los sectores rurales y periféricos aún reportan episodios de limitación en la disponibilidad y variedad de alimentos, especialmente entre adultos mayores y población infantil.

El análisis de la población con discapacidad muestra que este grupo representa un segmento minoritario pero significativo del municipio, con mayor concentración en personas adultas y mayores.

Las mujeres superan a los hombres en edades avanzadas, lo que se asocia al proceso de envejecimiento y enfermedades crónicas degenerativas. Este grupo demanda acciones diferenciales de inclusión social, rehabilitación y atención integral, así como estrategias para la eliminación de barreras físicas, comunicativas y actitudinales.

Desde la perspectiva de los determinantes psicológicos y culturales, la comunidad de Santa Fe de Antioquia conserva un fuerte tejido social y sentido de pertenencia, elementos que actúan como factores protectores frente a las dificultades económicas y sociales. No obstante, el crecimiento urbano, las dinámicas de desplazamiento y las brechas de inequidad han generado tensiones psicosociales y la necesidad de fortalecer los espacios de salud mental comunitaria, apoyo emocional y convivencia ciudadana.

Finalmente, en el plano de los enfoques diferenciales y territoriales, se identifica la presencia de población afrodescendiente, indígena y víctimas del conflicto armado, quienes requieren acompañamiento especial para garantizar el ejercicio equitativo de derechos, el acceso a servicios y la participación efectiva en la vida comunitaria. Su inclusión activa en los procesos sociales y económicos locales representa no solo un desafío institucional, sino también una oportunidad para construir un territorio más justo, equitativo y saludable.

En conjunto, Santa Fe de Antioquia avanza hacia mejores condiciones sociales y de vida, pero mantiene desigualdades internas que exigen respuestas integrales e intersectoriales. El fortalecimiento de la economía local, la ampliación de la seguridad alimentaria, la atención a la población con discapacidad y el cuidado de la salud mental son pilares estratégicos para consolidar un municipio saludable, incluyente y resiliente, donde los determinantes sociales se aborden desde la equidad y el desarrollo humano sostenible.





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

3.1 Análisis de la mortalidad

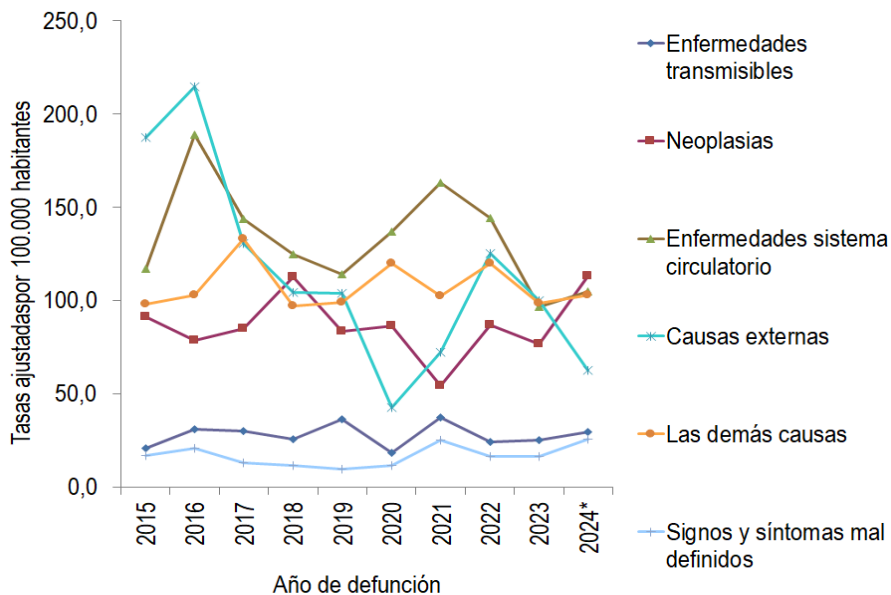
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas:

Durante el periodo analizado, se observa que las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas (accidentes, violencias y lesiones autoinfligidas) se posicionan como los grupos de causas con las tasas más elevadas en varios años del intervalo. En particular, las enfermedades del sistema circulatorio presentan picos significativos en 2016 y 2020, con tasas cercanas a 200 por 100.000 habitantes, lo que coincide con un aumento de patologías cardiovasculares y cerebrovasculares asociadas a estilos de vida no saludables, envejecimiento y factores de riesgo como la hipertensión arterial y el sedentarismo. Por su parte, las causas externas muestran una marcada variabilidad, con un comportamiento ascendente entre 2015 y 2016 seguido de una disminución sostenida después de 2018, posiblemente relacionada con el fortalecimiento de estrategias de seguridad vial, control del orden público y prevención de violencias interpersonales.

Las neoplasias (tumores malignos) mantienen una tendencia relativamente estable, con tasas entre 80 y 120 por 100.000 habitantes, lo cual sugiere que el cáncer sigue siendo un problema relevante de salud pública. El comportamiento de la mortalidad en Santa Fe de Antioquia entre 2015 y 2023 confirma la transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas y causas externas, las cuales concentran la mayor carga de defunciones de manera más marcada a grupos vulnerables como adultos mayores, hombres jóvenes y población rural dispersa

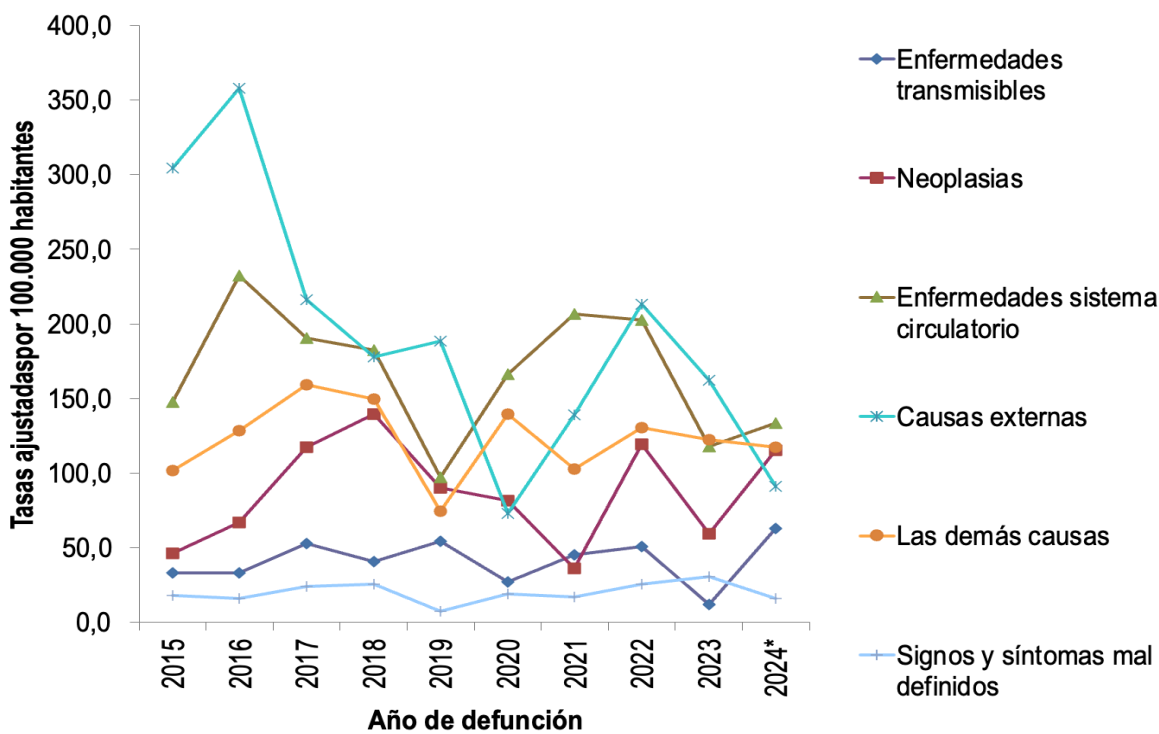
Ilustración 20. Mortalidad tasa ajustada total





Fuente: SISPRO-MSPS

Ilustración 21. Tasa de mortalidad ajustada a hombres



Fuente: SISPRO-MSPS



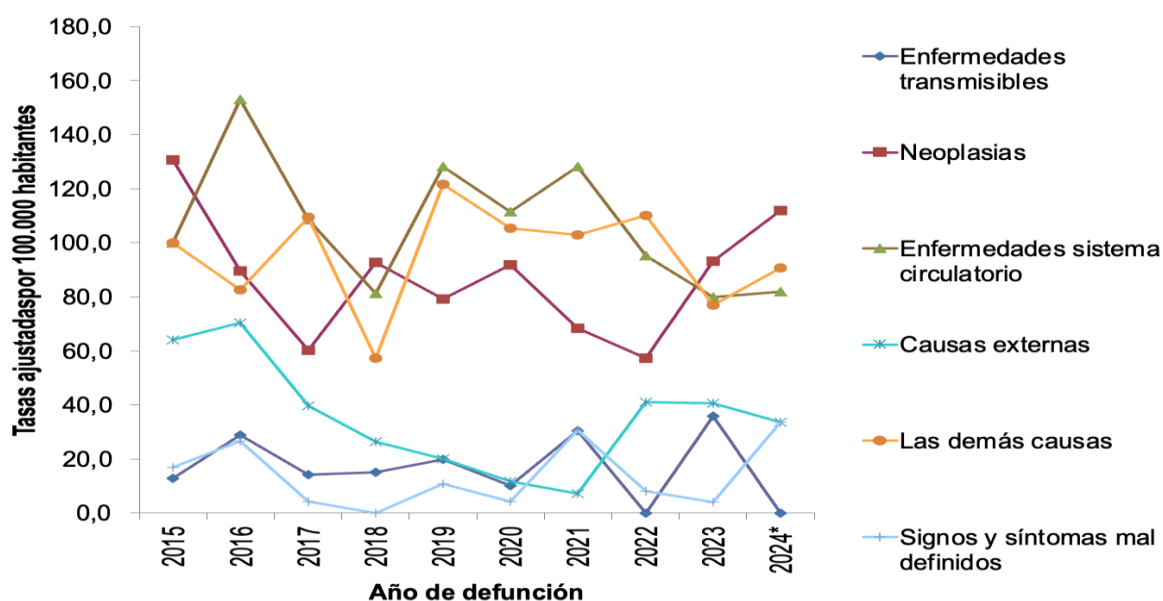


La mortalidad masculina en Santa Fe de Antioquia está fuertemente determinada por factores sociales y conductuales, no solo clínicos. La exposición a riesgos laborales, el machismo cultural y la violencia interpersonal siguen siendo determinantes clave. A pesar de la reducción en muertes por causas externas, estas continúan afectando principalmente a hombres jóvenes (15–44 años), lo que representa una pérdida significativa del capital humano productivo del municipio. El incremento de enfermedades crónicas no transmisibles refleja la transición demográfica y cambios en los estilos de vida; urge fortalecer los programas de prevención cardiovascular, control metabólico y promoción de actividad física.

Las mujeres de Santa Fe de Antioquia enfrentan un perfil epidemiológico dominado por enfermedades crónicas no transmisibles, reflejo del envejecimiento poblacional, el acceso limitado a diagnóstico oportuno y las brechas en autocuidado y control médico. Las muertes por neoplasias y enfermedades cardiovasculares concentran más del 60% de las defunciones femeninas, lo cual exige fortalecer los programas de detección temprana, educación en salud y acompañamiento psicosocial. A pesar de los avances, las desigualdades territoriales y económicas continúan afectando el acceso a servicios especializados, sobre todo en mujeres rurales y adultas mayores.

El comportamiento irregular en los signos mal definidos sugiere la necesidad de mejorar la calidad del registro médico y fortalecer la atención domiciliar y paliativa en mujeres con enfermedades avanzadas. En conjunto, los datos muestran una feminización del envejecimiento y de la carga de enfermedad crónica, lo que plantea el reto de adaptar los servicios de salud con enfoque diferencial, familiar y territorial.

Ilustración 22. Tasa de mortalidad ajustada mujeres



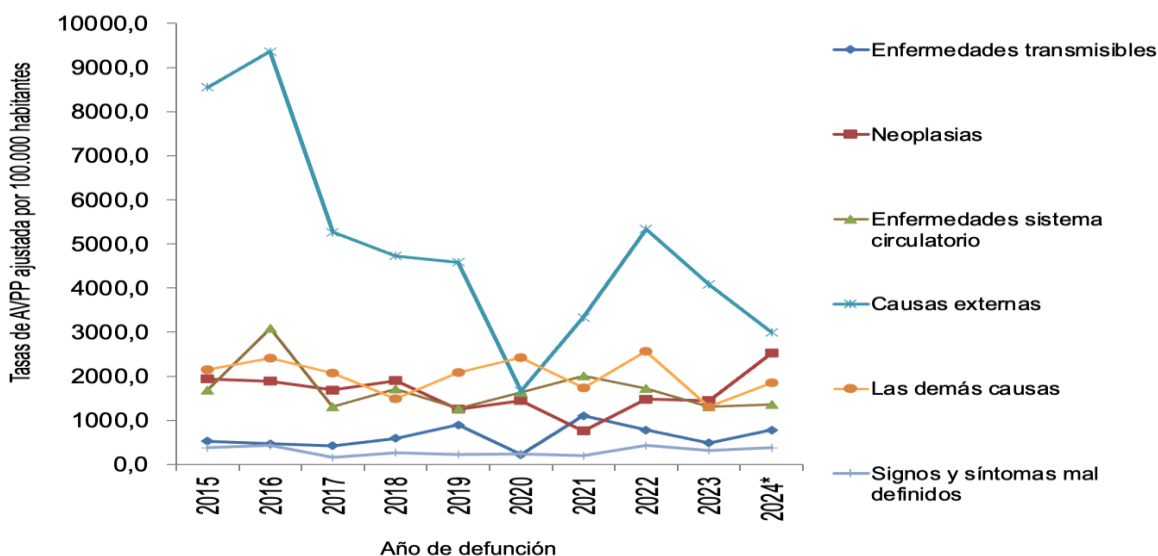
Fuente: SISPRO-MSPS

El comportamiento de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en Santa Fe de Antioquia revela un perfil epidemiológico mixto, en transición entre las enfermedades infecciosas tradicionales y las crónicas no transmisibles, con un peso todavía considerable de las causas externas. Aunque se observan mejoras en algunos periodos, persisten desigualdades y brechas en determinantes sociales de la salud, que afectan principalmente a la población joven y económicamente activa. En conjunto, estos resultados invitan a fortalecer las acciones intersectoriales orientadas a:

- Reducir la mortalidad violenta y prevenible.
- Consolidar programas de detección temprana de cáncer y enfermedades cardiovasculares.
- Aumentar la cobertura y continuidad de la atención primaria.
- Promover la salud mental y la educación comunitaria como pilares de equidad territorial.

60

Ilustración 23. AVPP Total



Fuente: SISPRO-MSPS

El análisis de los AVPP en hombres de Santa Fe de Antioquia (2015–2024) evidencia una transición epidemiológica compleja. Aunque las muertes violentas y por accidentes continúan siendo la principal causa de pérdida de años de vida, las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares y neoplásicas) aumentan de manera sostenida, lo que refleja los cambios en el estilo de vida, el envejecimiento poblacional y la exposición prolongada a factores de riesgo.





En conjunto, la información muestra que:

Los hombres siguen siendo más vulnerables a muertes tempranas por causas evitables. Las condiciones sociales (empleo, educación, acceso a salud y consumo de sustancias) inciden directamente en la mortalidad prematura.

Se requiere un enfoque diferencial de género que priorice la salud masculina, combinando prevención de violencias, promoción de salud cardiovascular y programas de salud mental comunitaria.

61

Ilustración 24, AVPP Hombres

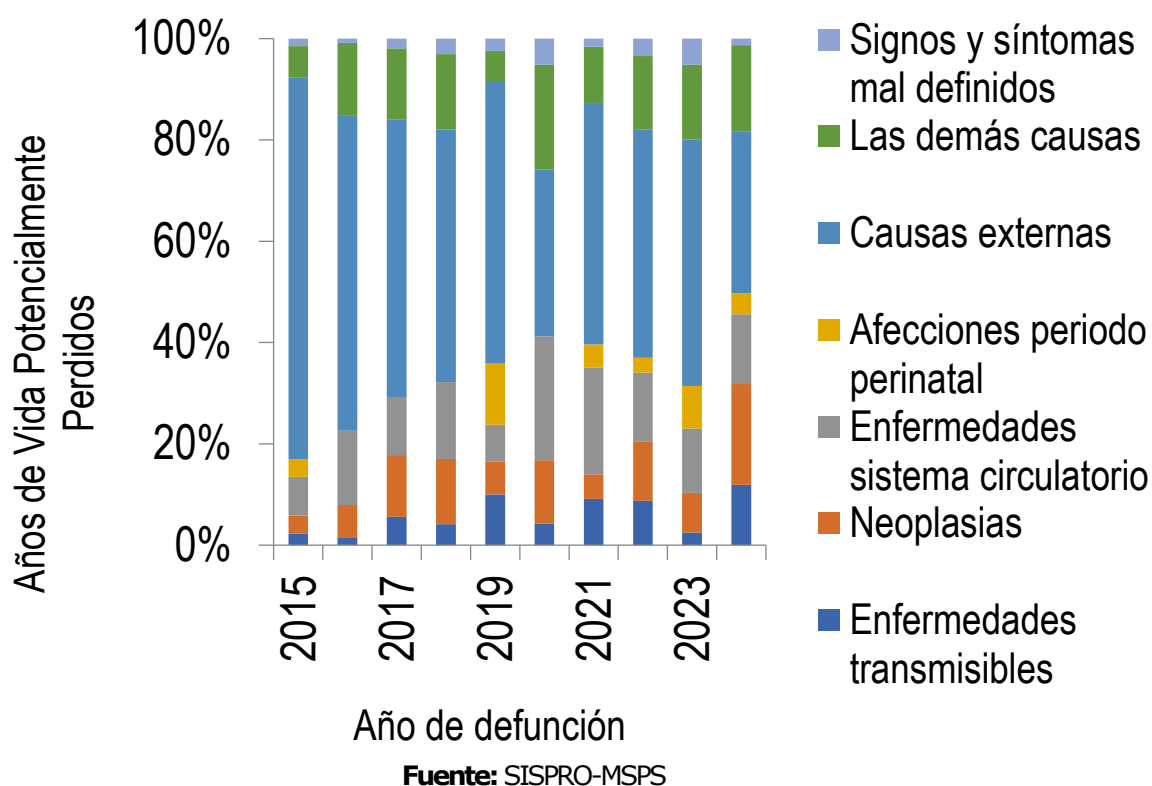
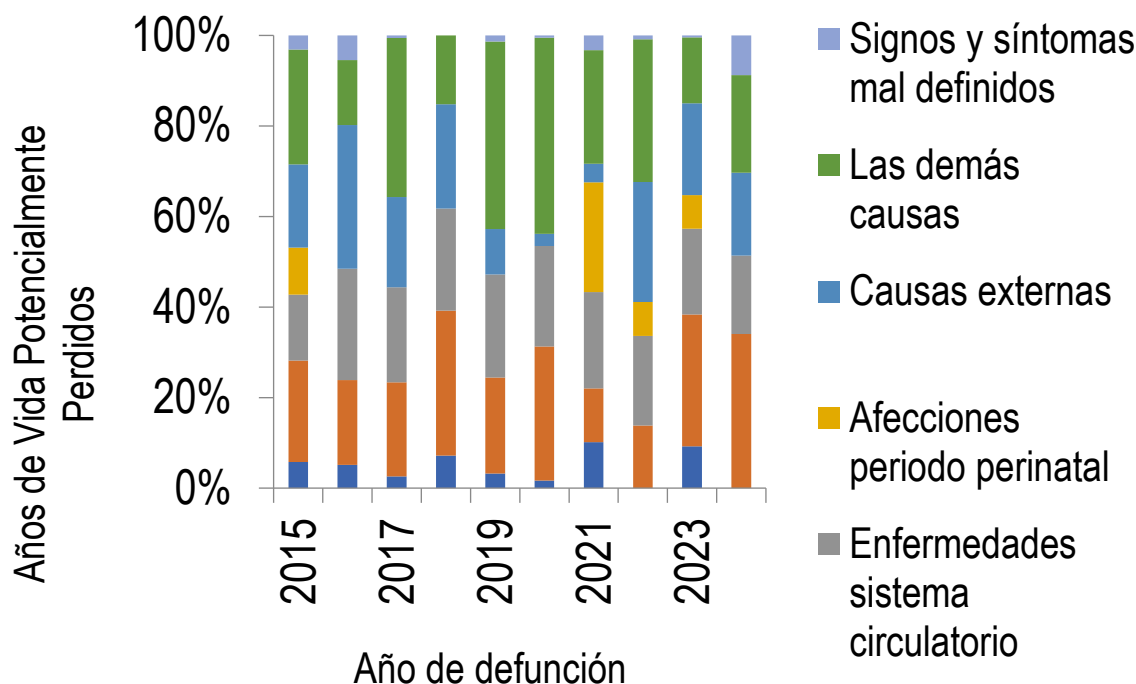


Ilustración 25. AVPP Mujeres





El comportamiento de los AVPP evidencia una transición epidemiológica incompleta, donde conviven causas prevenibles de mortalidad violenta y enfermedades crónicas.

Las desigualdades por sexo y las variaciones por año señalan la necesidad de acciones intersectoriales orientadas a:

- Mejorar la seguridad y la prevención de violencias (especialmente en hombres jóvenes).
- Fortalecer los programas de detección temprana y control de enfermedades crónicas (particularmente en mujeres).
- Incrementar la calidad del registro en salud y el acceso equitativo a los servicios diagnósticos y preventivos.

El perfil de AVPP en hombres evidencia una triple carga de enfermedad. Persistencia de mortalidad por violencia y causas externas, íntimamente ligadas a determinantes sociales, económicos y culturales (desempleo, inequidad, conflictos territoriales). Estos resultados reafirman que la salud masculina está profundamente influenciada por roles sociales, ocupaciones de riesgo, estilos de vida y barreras de acceso a servicios preventivos, lo cual exige intervenciones diferenciadas con enfoque de género y territorialidad.



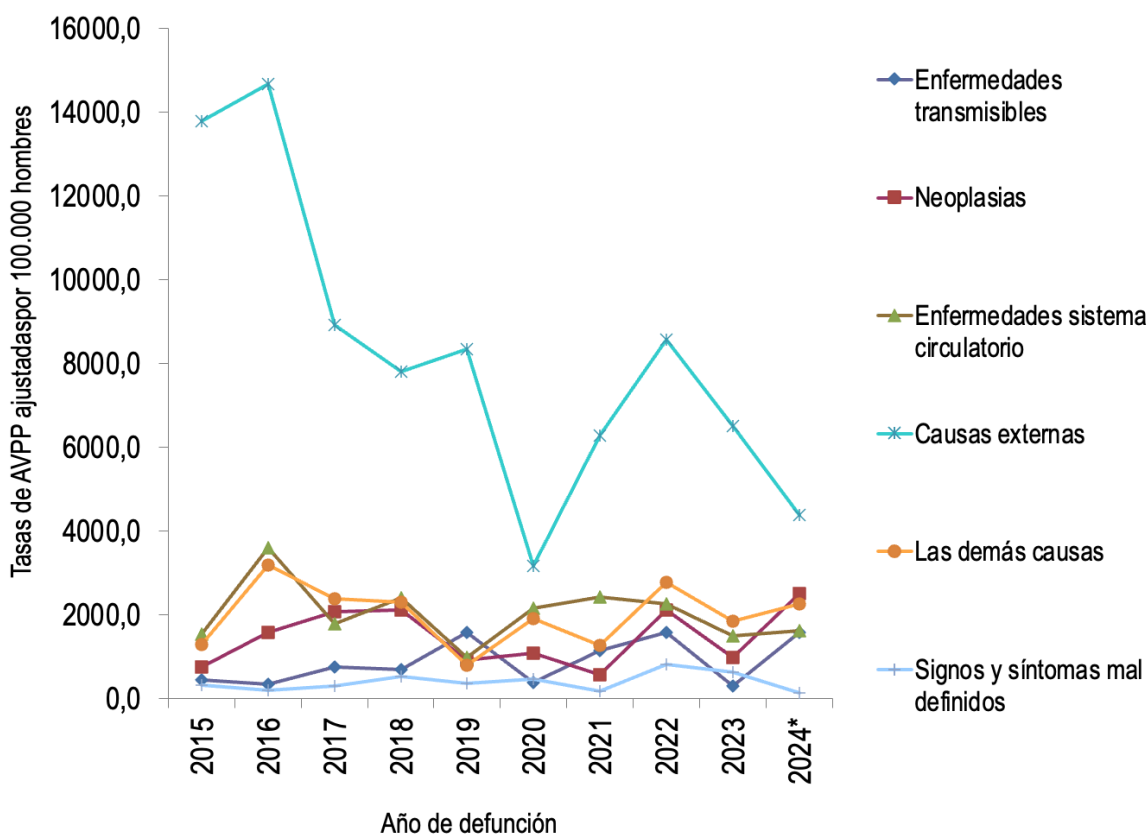


La evolución de las tasas de AVPP en hombres entre 2015 y 2024 muestra un proceso de transición epidemiológica incompleta, donde coexisten causas prevenibles de mortalidad violenta y enfermedades crónicas. Este comportamiento sugiere la necesidad de fortalecer las políticas públicas intersectoriales orientadas a:

- Reducir la exposición a violencias y accidentes.
- Promover el autocuidado y la detección temprana de enfermedades crónicas.
- Garantizar un acceso equitativo a servicios de salud oportunos y de calidad.
- Mejorar la vigilancia epidemiológica y la precisión en los registros de mortalidad.

63

Ilustración 26. Tasa ajustada AVPP Hombres



Fuente: SISPRO-MSPS

Las tasas de AVPP en mujeres entre 2015 y 2024 muestran una alta carga de mortalidad por neoplasias y enfermedades circulatorias, reforzando la necesidad de fortalecer las estrategias de salud pública con enfoque diferencial y territorial.





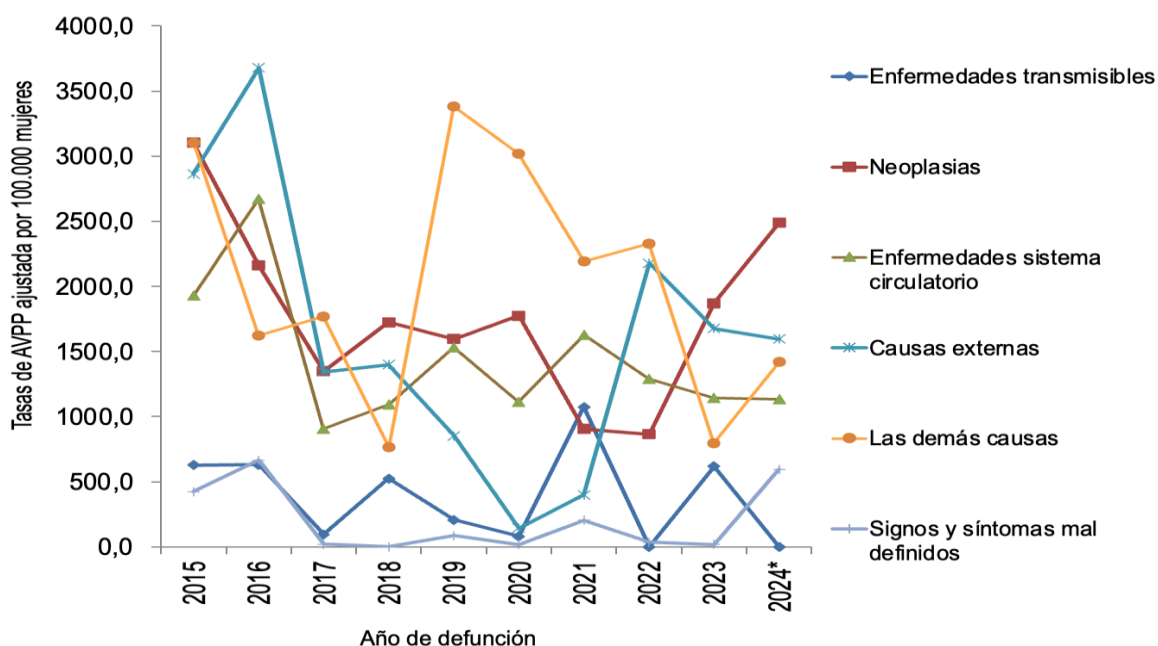
Es fundamental:

- Ampliar la cobertura de los programas de detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino.
- Reforzar la promoción de la salud cardiovascular femenina. Fortalecer la atención primaria y la vigilancia en salud pública para enfermedades transmisibles.
- Desarrollar intervenciones intersectoriales orientadas a la prevención de violencias y promoción del bienestar psicosocial de las mujeres.

64

En conjunto, los resultados reflejan que la salud femenina en el municipio continúa determinada por factores sociales, culturales y estructurales, que requieren abordajes integrales más allá del sistema sanitario.

Ilustración 27. Tasa ajustada AVPP mujeres



Fuente: SISPRO-MSPS

3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

Entre 2015 y 2024 se registraron 147 muertes atribuibles a enfermedades transmisibles en el municipio, con un patrón de comportamiento disperso en el tiempo, El análisis refleja una





persistencia de enfermedades infecciosas prevenibles, con picos asociados a las infecciones respiratorias agudas y septicemias, y una mayor carga relativa en los hombres.

Mujeres

Representan aproximadamente 47% del total de muertes por enfermedades transmisibles. Las IRA y las otras enfermedades infecciosas (subgrupo 109) son las más frecuentes. Las muertes se concentran en mujeres mayores de 70 años, lo cual sugiere vulnerabilidad asociada al envejecimiento, acceso tardío a atención médica y comorbilidades. Los casos por VIH y tuberculosis son significativamente menores, lo que indica menor exposición, aunque no ausencia de riesgo.

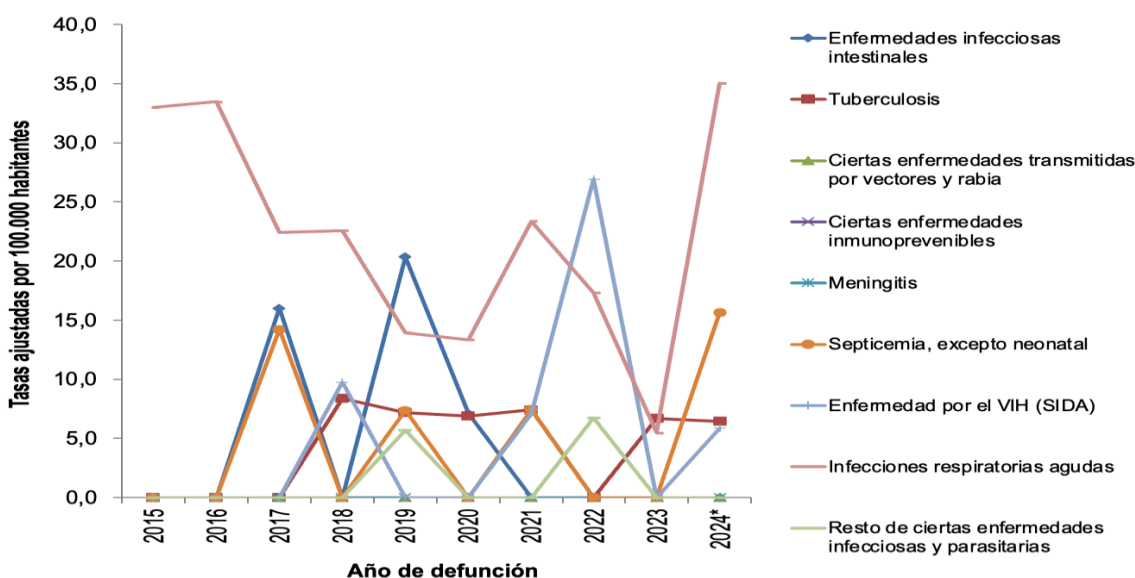
65

Hombres

Representan 53% del total de muertes transmisibles y presentan una mayor mortalidad en edades adultas productivas y mayores de 60 años. Destacan las muertes por infecciones respiratorias agudas, tuberculosis y VIH, lo cual refleja mayor exposición ocupacional, conductas de riesgo y menor acceso oportuno a diagnóstico y control. Las enfermedades intestinales infecciosas también son relevantes en este grupo, lo que puede estar vinculado con condiciones laborales rurales y de saneamiento básico insuficiente.

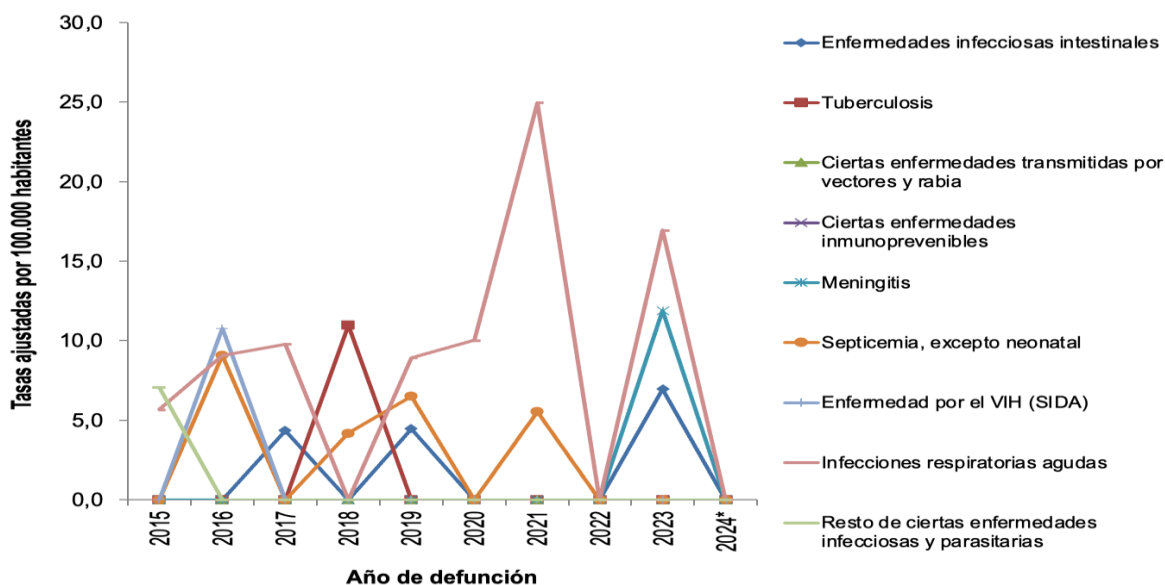
Ilustración 28. enfermedades trasmisibles H y M

Hombres





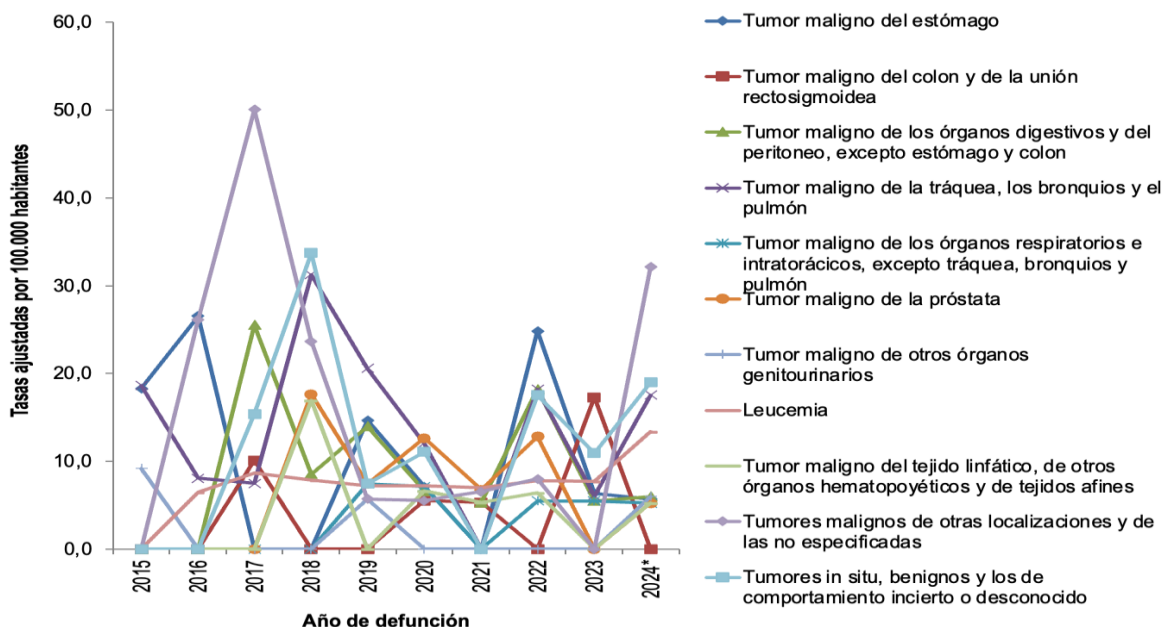
Mujeres



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2023

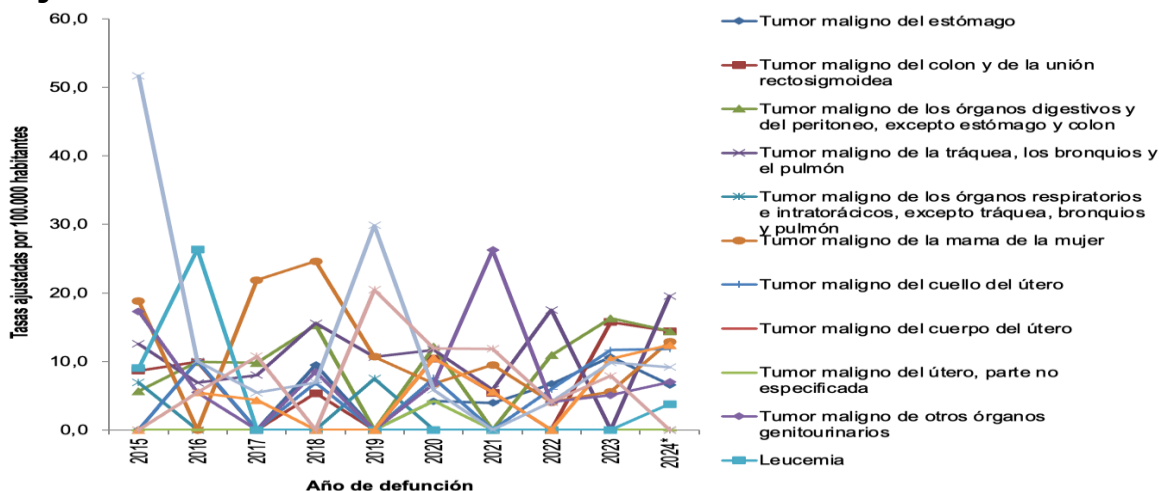
Ilustración 29. Neoplasias x sexo y causa

Hombres





Mujeres

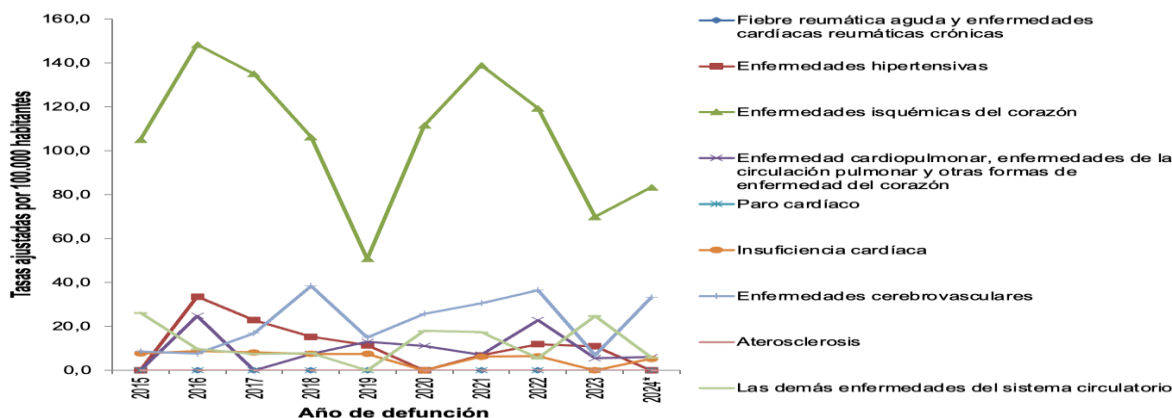


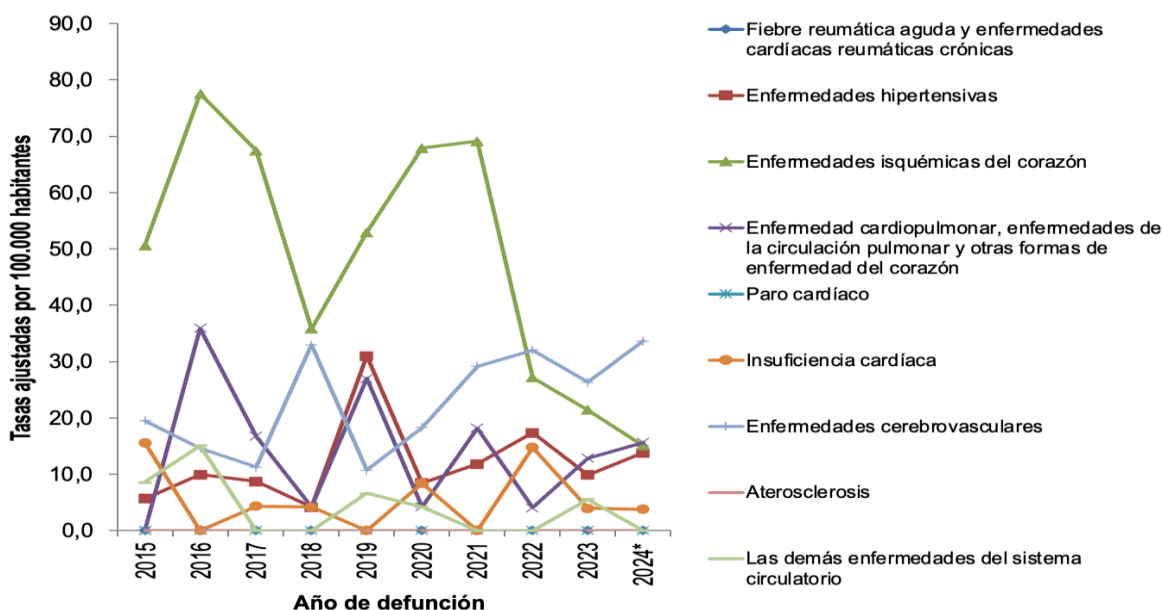
FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2023

Las neoplasias del aparato respiratorio son las principales causas de muerte, con 79 casos en total. Le siguen las neoplasias digestivas con 64 y 62 casos respectivamente, evidenciando alta carga en el tracto gastrointestinal. Los tumores inespecíficos también presentan alta mortalidad (74 casos), lo que sugiere oportunidades de mejora diagnóstica. En mujeres predominan las neoplasias de mama (27), útero/cérvix (22) y digestivas (52 en conjunto). En hombres, los mayores aportes provienen de pulmón (39), estómago (40) y próstata (25). En total hay 498 casos repartidos en 259 mujeres y 9 hombres. Estas diferencias confirman patrones típicos de carga oncológica por sexo.

Tabla 23. Enfermedades del sistema circulatorio por sexo y causa

Hombres





FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2023

Durante el periodo 2015–2024, las enfermedades del sistema circulatorio representaron 839 muertes, consolidándose como una de las principales causas de mortalidad general en el territorio. El 56% de los casos corresponden a hombres (443 defunciones), reflejando un patrón consistente de mayor carga cardiovascular en la población masculina, probablemente asociado con estilos de vida, exposición a factores de riesgo y menor adherencia a controles médicos.

La enfermedad isquémica del corazón (303) es la principal causa dentro del grupo, aportando 474 muertes (56,5%), seguida de las enfermedades cerebrovasculares (307) con 162 muertes (19,3%). Estas dos causas concentran más del 75% del total de muertes cardiovasculares, lo que reafirma su papel como eventos crónicos no transmisibles prioritarios. Las enfermedades hipertensivas (302) y las enfermedades cardiopulmonares (304) también tienen relevancia, sumando juntas 139 casos (16,5%), asociadas principalmente al mal control de la presión arterial, tabaquismo y obesidad.

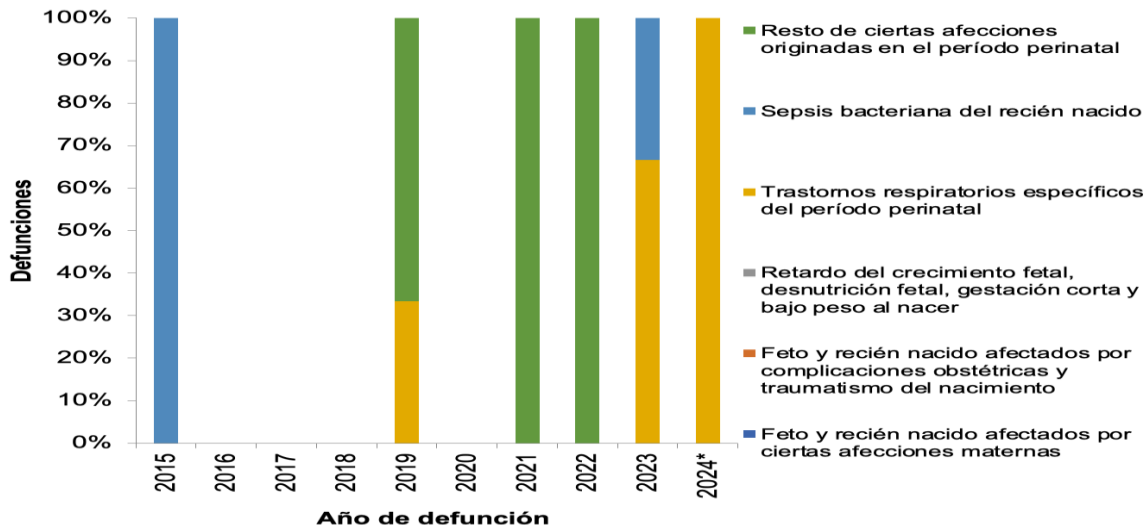
En mujeres, predominan las enfermedades isquémicas (204 casos) y las cerebrovasculares (91 casos), lo que evidencia la importancia de fortalecer la educación sobre síntomas atípicos del infarto y la atención oportuna. En hombres, el patrón es similar, pero con mayor magnitud en isquemia cardíaca (270 casos) y un aporte significativo de otras enfermedades circulatorias (27 casos), reflejando una carga global más alta de eventos cardiovasculares severos. En total se





observan 396 casos en mujeres y 443 casos en hombres para un total de 839 casos de 2015 a 2024.

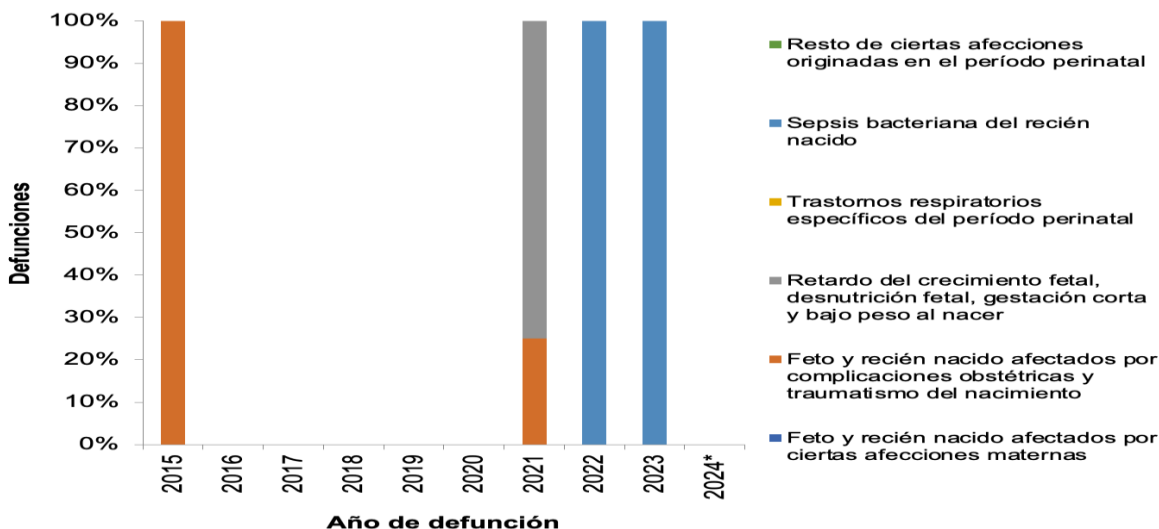
Ilustración 30. Perinatal casos hombres



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2023

De las 18 muertes registradas en el municipio 7 son mujeres por las causas descritas en la (ilustración Nro. 27) donde predominan los trastornos respiratorios y la sepsis bacteriana.

Ilustración 31. Perinatal casos mujeres



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2023





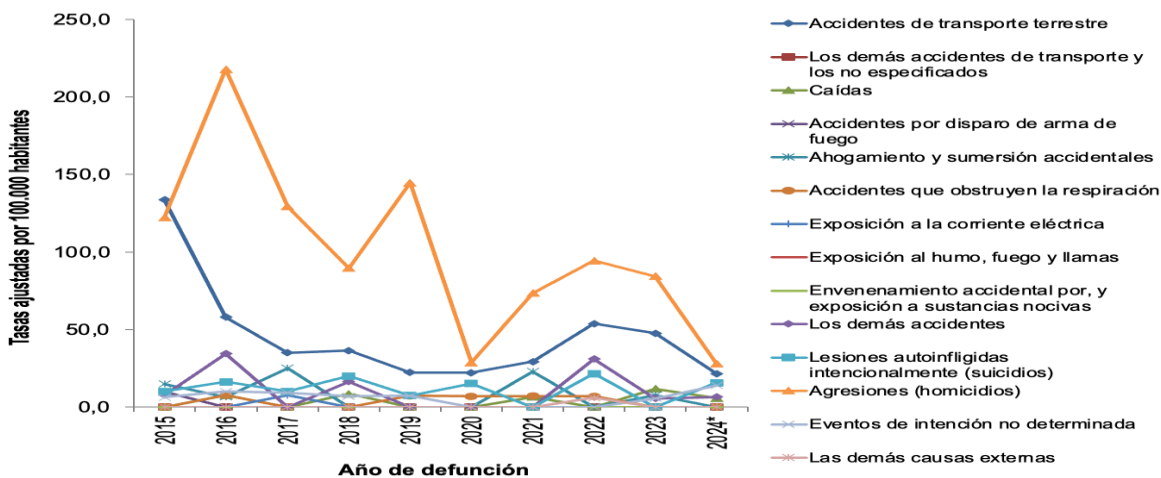
Durante el periodo 2015–2022 se registraron 259 muertes por causas externas, representando un componente importante de mortalidad evitable, predominantemente de tipo violento o accidental. El 86% de los casos corresponde a hombres (224 defunciones), mientras que solo el 14% se asocia a mujeres (35 casos), reflejando un patrón estructural de riesgo diferenciado por género. Entre las causas más sobresalientes están las agresiones (homicidios) (Código 512) constituyen la principal causa externa de muerte, con 130 casos (50% del total). Este subgrupo refleja un fenómeno de violencia letal sostenida, concentrado principalmente en hombres jóvenes entre 20 y 34 años. La magnitud indica la persistencia de conflictos interpersonales, inseguridad y exposición a contextos delictivos. En segundo lugar, se ubican los accidentes de transporte terrestre (501) con 60 muertes (23%), mostrando la relevancia de los siniestros viales como problema de salud pública y de seguridad ciudadana. Los suicidios (511) y los “demás accidentes” (510) aportan cada uno 15 muertes (6%), evidenciando la presencia de riesgos psicosociales y laborales, además de carencias en la prevención del comportamiento suicida.

70

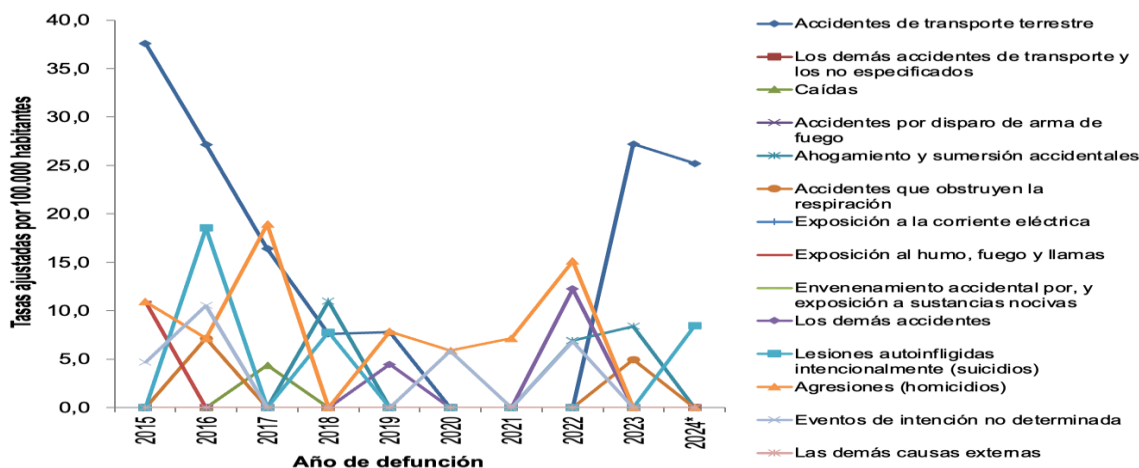
En los hombres, la mortalidad está dominada por homicidios (121 casos) y accidentes de transporte (49 casos). Este patrón está vinculado con mayor exposición a escenarios de riesgo, consumo de alcohol, violencia urbana y conducción peligrosa. En las mujeres, aunque la carga es menor, destacan agresiones (9 casos) y accidentes de tránsito (11 casos), lo que sugiere vulnerabilidades específicas, incluyendo violencia de género y accidentes domésticos o en desplazamiento. En total se observan 36 casos en mujeres y 212 casos en hombres para un total de 248 casos de 2015 a 2024. Los años con mayor registro de mortalidad externa fueron 2016 y 2017, con picos de homicidios y siniestros viales. Se observa una reducción paulatina entre 2019 y 2021.

Ilustración 32. Causas externas por sexo

Hombres



Mujeres



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2023

La distribución entre sexos es muy similar: mujeres (331 muertes, 50.5%) y hombres (324 muertes, 49.5%). Este equilibrio sugiere que las causas internas del capítulo 600 afectan de manera homogénea a ambos sexos, con leves diferencias por tipo de enfermedad. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (605): 176 muertes (26.9%), es la causa predominante. Enfermedades del sistema urinario (610) y diabetes mellitus (601) le siguen, con 91 y 80 muertes respectivamente. Estas tres causas concentran el 52.6 % del total de muertes del capítulo.

Las Mujeres destacan la diabetes (601), vías respiratorias inferiores (605) y sistema urinario (610). Los hombres: predominan las vías respiratorias inferiores (605), sistema nervioso (604) y cirrosis (608), esta última muy relacionada con el consumo de alcohol. En total se observan 331 casos en mujeres y 324 casos en hombres para un total de 655 casos de 2015 a 2024. Hiperplasia prostática (611) y embarazo, parto y puerperio (612) son las menos frecuentes, aunque reflejan causas específicas de cada sexo.

Ilustración 33. Demas causas x sexo

Hombres

71

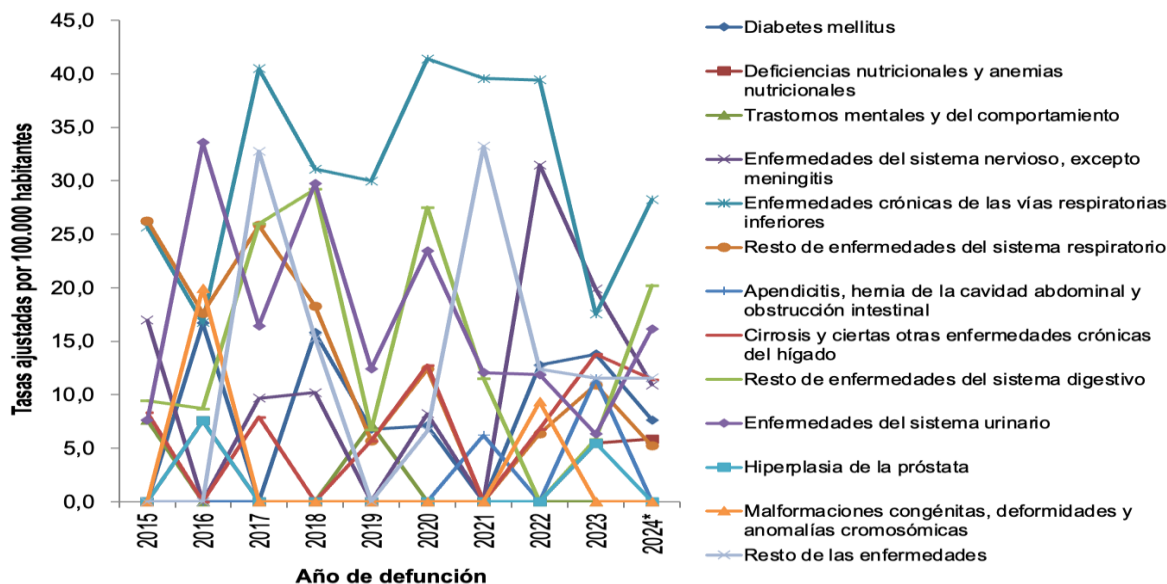


Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.

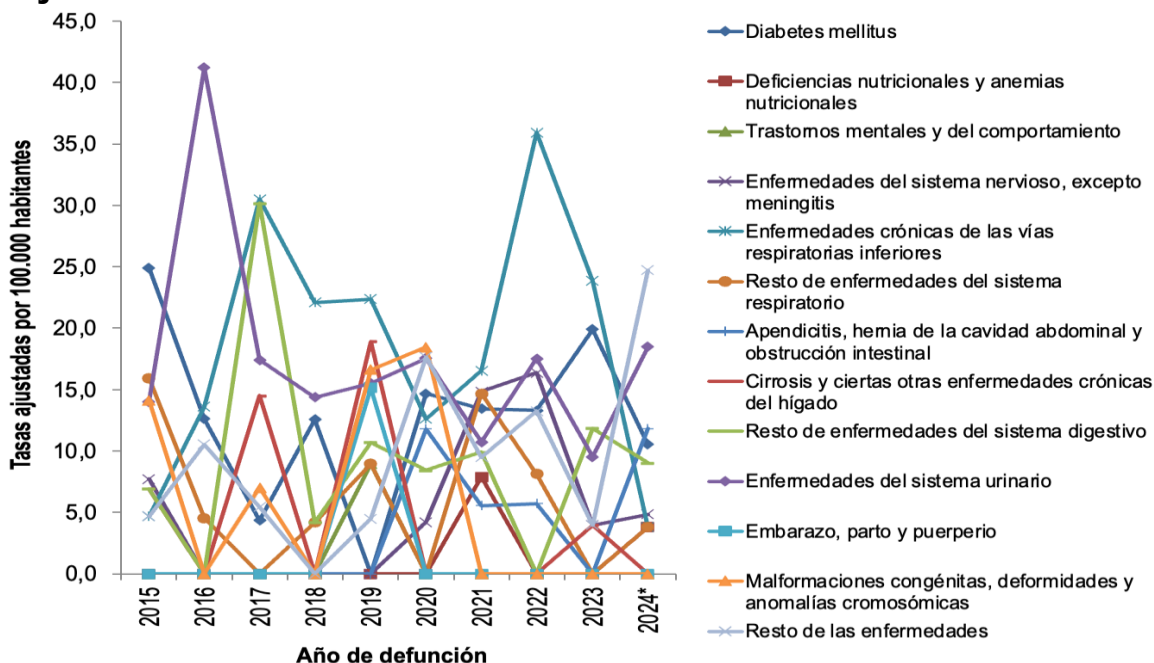


SC4887-1





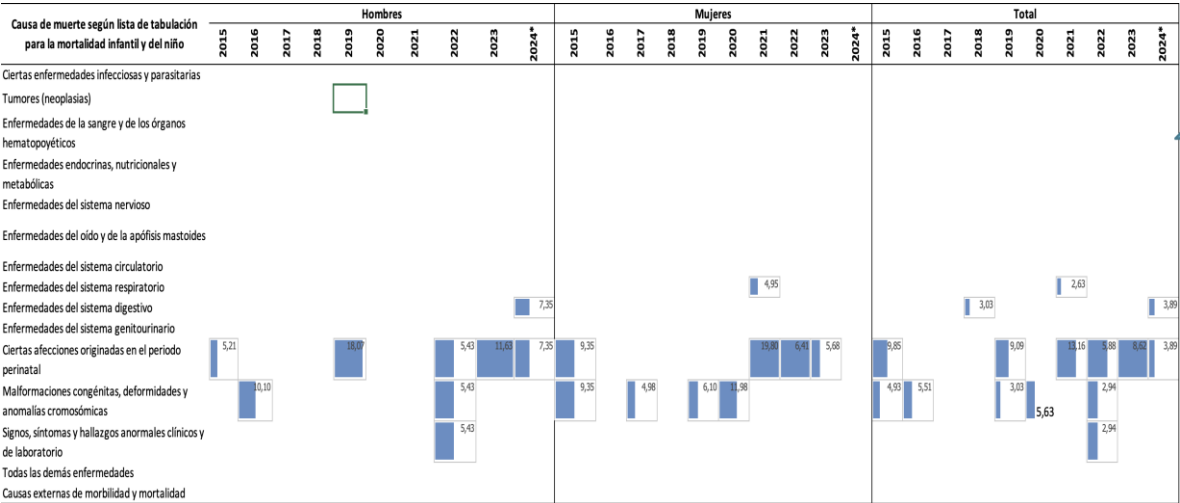
Mujeres



3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

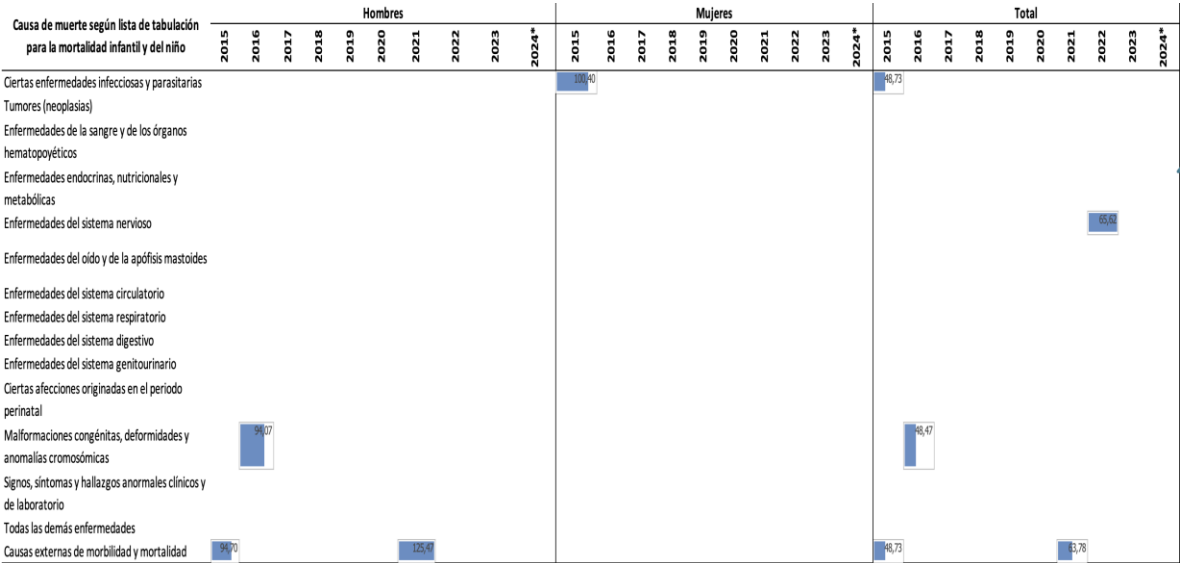
Ilustración 34. Causas materno infantil < 1 año





FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

Ilustración 35. Causas materno infantil 1 y 4 años

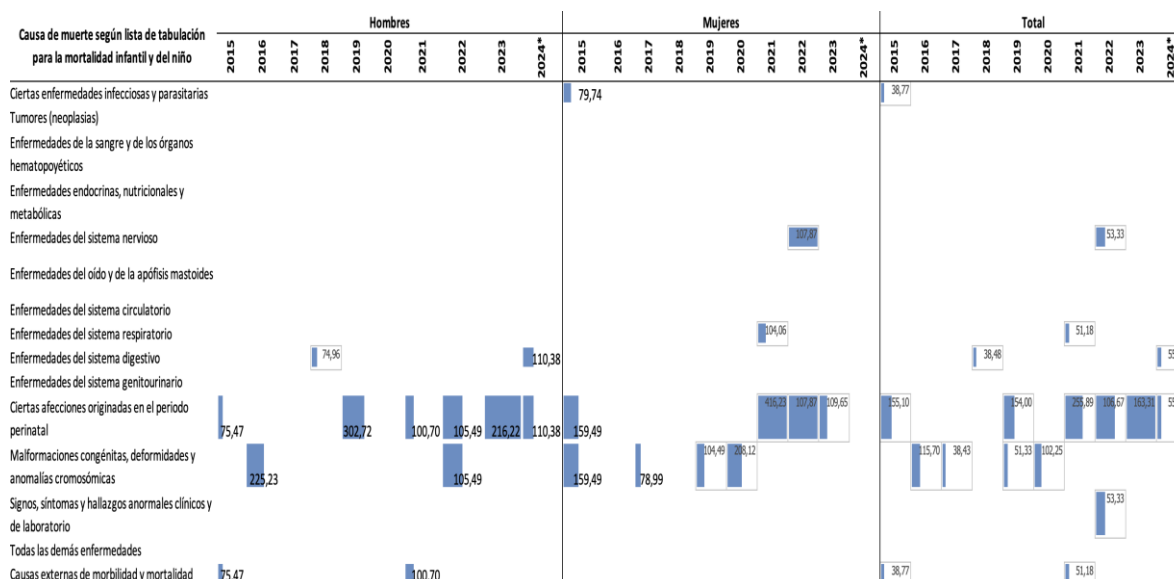


FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

Ilustración 36. Causas materno infantil < 5 años

Se nota claramente como en edades menores a un año muestran una tendencia hacia enfermedades perinatales, clínicas y congénitas con promedios del 8% y entre 1 y 4 años hacia enfermedades más infecciosas y parasitarias con más de un 40%.





74

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

Tabla 24. Semáforo mortalidad materno-infantil

[illegible]

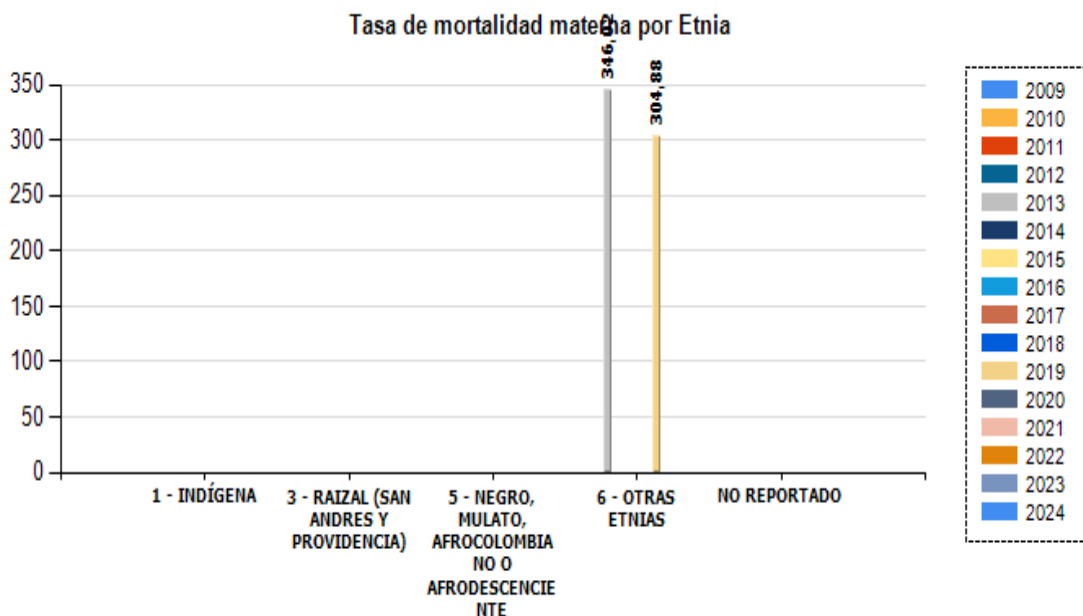
FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

Santa Fe de Antioquia muestra un perfil epidemiológico favorable en mortalidad materna e infantil, con tasas iguales o menores al promedio departamental, sin eventos asociados a desnutrición o enfermedades prevenibles en menores de cinco años. El comportamiento histórico indica estabilidad epidemiológica, sin aumentos críticos ni alertas, lo que posiciona al municipio en un nivel de riesgo bajo para estas causas de mortalidad.





Tabla 25. Tasa de mortalidad materna por etnia

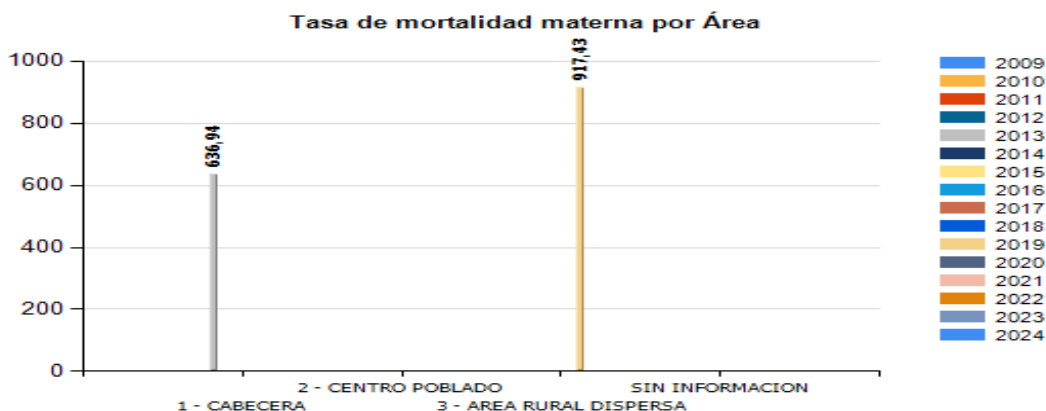


75

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

Tasa de mortalidad dirigida a otras etnias no propias de los asentamientos del territorio y con una reducción del 40% entre 2013 y 2019 según reportes.

Tabla 26. tasa de mortalidad materna por área

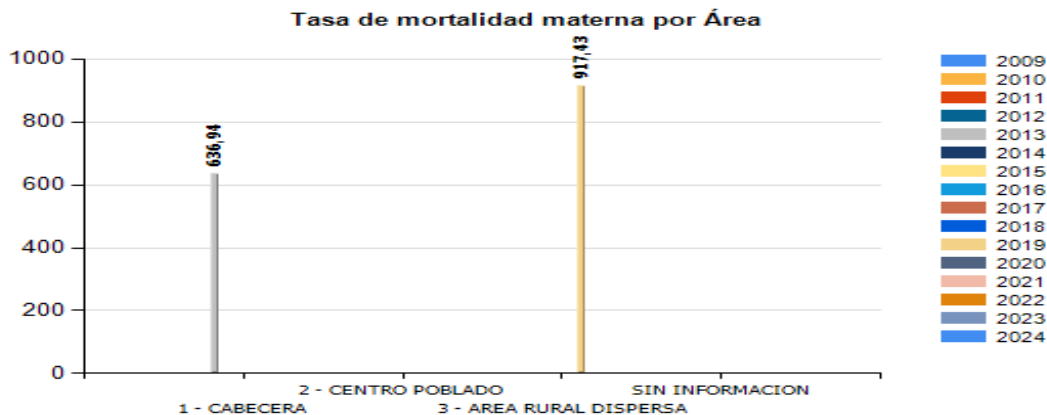


FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024



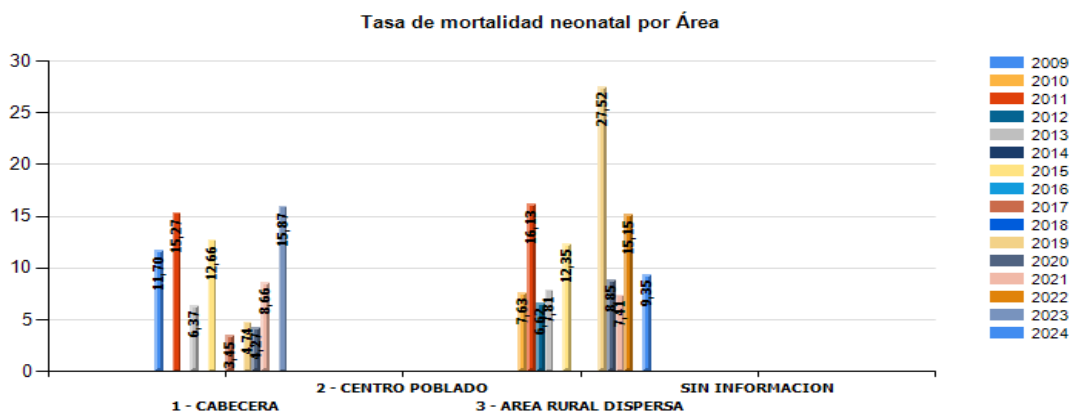


Tabla 27. Tasa de mortalidad materna



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

Tabla 28. Tasa de mortalidad neonatal por área



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental

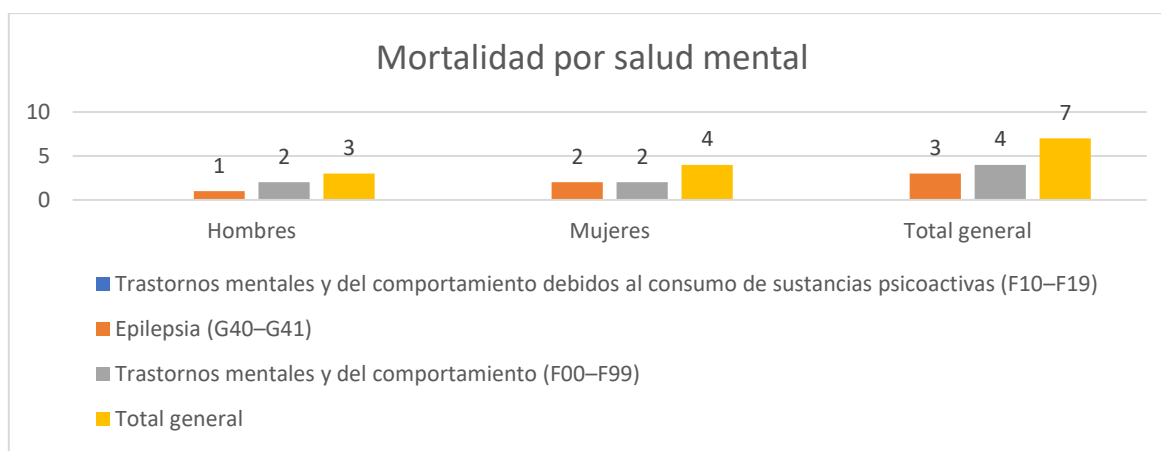
Se nota una ausencia de muertes por trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), lo que podría reflejar una sub-notificación o deficiencia en el registro diagnóstico, más que una ausencia real de casos.





La epilepsia (G40–G41) representa 3 fallecimientos (42,8%), mayormente en mujeres (2 casos), lo que sugiere una posible vulnerabilidad asociada al acceso y adherencia al tratamiento. Los trastornos mentales y del comportamiento (F00–F99) concentran 4 muertes (57,2%), distribuidas equitativamente entre hombres y mujeres, indicando una afectación similar por sexo en la ocurrencia de fallecimientos de origen mental. El año 2024* muestra un caso aislado de epilepsia en hombres, lo que mantiene estable la tendencia de baja mortalidad en el último quinquenio.

Tabla 29. Mortalidad por salud mental



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

3.1.5 Conclusiones de mortalidad

Entre 2015 y 2024*, En santa fe de Antioquia la mortalidad presentó un comportamiento relativamente estable, con fluctuaciones leves atribuibles a factores coyunturales (eventos epidémicos, envejecimiento poblacional y condiciones crónicas prevalentes). No se evidencian incrementos sostenidos ni picos abruptos de mortalidad general.

En hombres, predominan las muertes por causas externas, enfermedades cardiovasculares y hepáticas. En mujeres, las muertes se concentran en enfermedades crónicas, principalmente neoplasias, trastornos metabólicos (como la diabetes) y enfermedades circulatorias. Esta distribución reafirma la necesidad de estrategias diferenciadas por sexo y grupo etario. Los grupos de edad de 65 años y más presentan las tasas más altas de mortalidad, lo que refleja el envejecimiento poblacional y la acumulación de factores de riesgo crónicos. Sin embargo, la mortalidad por causas externas sigue afectando de manera considerable a adultos jóvenes, especialmente hombres entre 20 y 49 años. Se evidencia una reducción progresiva en la





mortalidad por enfermedades transmisibles, gracias al fortalecimiento de los programas de vacunación, saneamiento básico y control de enfermedades infecciosas. No obstante, aún se registran picos puntuales asociados a brotes o deficiencias en la atención oportuna. Las muertes clasificadas bajo signos y síntomas mal definidos muestran variaciones que pueden reflejar limitaciones en el diagnóstico o en la calidad del registro. Esto resalta la importancia de fortalecer la precisión en la certificación médica de defunciones y la codificación CIE-10.

El aumento de defunciones asociadas a diabetes mellitus y deficiencias nutricionales señala un cambio en el perfil de riesgo poblacional vinculado al sedentarismo, sobrepeso y hábitos alimentarios inadecuados, que requieren respuestas integrales de salud pública

3.2 Análisis de la morbilidad

3.2.1 Principales causas de morbilidad

Tabla 30. Morbilidad por ciclo vital

		Total										
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ pp 2024-2023
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	28,34	31,24	31,17	23,09	17,46	18,21	16,89	26,38	26,43	26,98	0,55
	Condiciones perinatales	3,98	2,97	2,87	2,26	3,74	9,32	25,10	15,68	7,74	6,88	-0,86
	Enfermedades no transmisibles	46,70	37,75	38,42	49,20	53,58	43,12	29,90	35,83	41,36	39,41	-1,95
	Lesiones	4,61	4,74	6,50	7,49	8,60	12,42	12,15	7,39	8,93	8,63	-0,30
	Condiciones mal clasificadas	16,37	23,29	21,04	17,96	16,61	16,94	15,96	14,72	15,55	18,10	2,55
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,41	15,66	14,69	9,91	7,26	7,50	7,10	10,91	14,17	12,58	-1,59
	Condiciones maternas	0,04	0,00	0,22	0,00	0,11	0,19	0,00	0,00	0,43	0,05	-0,38
	Enfermedades no transmisibles	61,46	49,94	46,83	55,47	56,32	41,85	43,06	47,42	50,13	52,83	2,40
	Lesiones	8,36	12,60	15,74	15,02	20,13	34,44	38,24	26,49	16,98	13,46	-3,52
	Condiciones mal clasificadas	16,73	21,79	22,52	19,60	16,18	16,03	11,60	15,18	18,28	21,39	3,10
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,47	10,00	9,33	6,93	6,31	7,91	5,63	5,54	8,26	9,02	0,76
	Condiciones maternas	3,58	2,81	3,05	1,54	2,13	4,60	5,57	5,42	4,27	1,71	-2,56
	Enfermedades no transmisibles	64,49	53,25	51,59	55,32	59,11	44,82	48,47	48,06	49,63	48,64	-0,99
	Lesiones	7,35	10,66	17,66	15,89	14,71	24,49	27,51	25,13	18,02	18,51	0,49
	Condiciones mal clasificadas	15,11	23,29	18,38	20,33	17,74	18,18	12,82	15,85	19,82	22,13	2,31
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,60	9,13	11,53	8,45	5,82	14,28	7,71	7,80	9,42	10,91	1,50
	Condiciones maternas	4,02	4,46	6,79	3,67	4,95	13,24	17,59	13,23	10,85	8,17	-2,68
	Enfermedades no transmisibles	59,97	46,88	51,41	62,09	60,24	46,39	43,92	51,20	49,85	49,28	-0,57
	Lesiones	10,70	18,70	12,65	9,03	10,53	9,99	15,00	10,92	11,67	11,04	-0,63
	Condiciones mal clasificadas	14,72	20,83	17,62	16,77	18,47	16,10	15,78	16,85	18,21	20,59	2,38
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,74	6,93	7,77	4,57	4,02	8,80	6,09	6,09	6,27	6,52	0,25
	Condiciones maternas	0,71	0,59	1,24	0,69	0,73	1,79	2,26	2,72	1,22	1,54	0,32
	Enfermedades no transmisibles	75,01	68,41	69,62	75,01	75,61	68,03	70,19	67,79	70,11	69,32	-0,79
	Lesiones	7,33	11,90	7,77	6,60	6,78	7,88	9,10	9,91	8,00	8,44	0,44
	Condiciones mal clasificadas	10,20	12,17	13,60	13,13	12,87	13,49	12,37	13,48	14,41	14,19	-0,22
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,49	4,18	4,08	4,33	3,48	4,80	3,74	4,14	4,66	4,45	-0,21
	Condiciones maternas	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	-0,03
	Enfermedades no transmisibles	83,55	79,60	78,82	79,41	82,10	79,92	81,52	79,09	80,71	81,78	1,07
	Lesiones	4,30	6,08	5,96	4,93	4,62	5,15	5,75	6,53	5,54	5,58	0,03
	Condiciones mal clasificadas	7,64	10,13	11,13	11,33	9,78	10,13	8,99	10,24	9,06	8,19	-0,87

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024





Las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad en ambos sexos a lo largo de todos los cursos de vida, concentrando entre el 52% y el 80% de las atenciones según el grupo etario. Este patrón confirma la transición epidemiológica del territorio hacia un perfil dominado por patologías crónicas como las cardiovasculares, metabólicas, respiratorias y mentales. Los grupos de adultez (29–59 años) y vejez (60 años y más) concentran el mayor número absoluto de atenciones en salud, explicando cerca del 65% del total general, lo que evidencia el impacto acumulativo de los factores de riesgo (sedentarismo, tabaquismo, alimentación inadecuada y estrés laboral). Destacan particularmente las atenciones por condiciones maternas, con un 98% de los casos concentrados en mujeres jóvenes y adultas. Relevancia de las condiciones transmisibles y nutricionales en etapas tempranas.

79

En primera infancia e infancia, las condiciones transmisibles y nutricionales representan entre el 10% y el 25% de las atenciones, reflejando la vulnerabilidad biológica de los menores ante infecciones respiratorias, intestinales y problemas de malnutrición. En los grupos de adolescencia y juventud, las lesiones y causas externas aportan entre el 15% y el 23% de las atenciones en hombres, evidenciando un riesgo elevado de accidentes, violencia y conductas de riesgo. En contraste, en mujeres jóvenes, el peso de esta causa es menor (entre 6% y 14%), aunque con tendencia creciente en los últimos años. La proporción de condiciones mal definidas o clasificadas oscila entre el 9% y el 18% según el grupo de edad, siendo más frecuentes en la infancia, juventud y adultez.

3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Para el análisis de las atenciones en salud específica por subgrupo se utilizó la lista de estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificada por el Ministerio de Salud y Protección Social, donde se realizó la estimación de cambios en las proporciones durante el periodo 2011 a 2024, teniendo en cuenta las patologías específicas de las grandes causas.

Ilustración 37. Condiciones transmisibles y nutricionales

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total											Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
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)	59,29	61,22	46,96	51,39	44,07	47,09	65,80	52,30	59,24	58,09	-1,15	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	32,99	34,07	48,62	44,31	49,69	49,25	28,70	41,51	36,24	37,12	0,88	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	7,72	4,72	4,42	4,31	6,24	3,66	5,50	6,20	4,53	4,79	0,26	

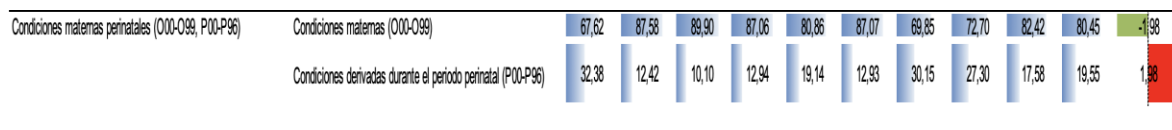




FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

El grupo de las condiciones transmisibles y nutricionales registra como primera subcausa de consulta en el año 2024 las enfermedades infecciosas y parasitarias con el 59,24% de las atenciones en salud, las cuales disminuyeron en un 1,15% con respecto al año 2023. Esta situación se presenta por factores y condiciones ambientales, dado que no toda la extensión territorial cuenta con agua potable y saneamiento básico.

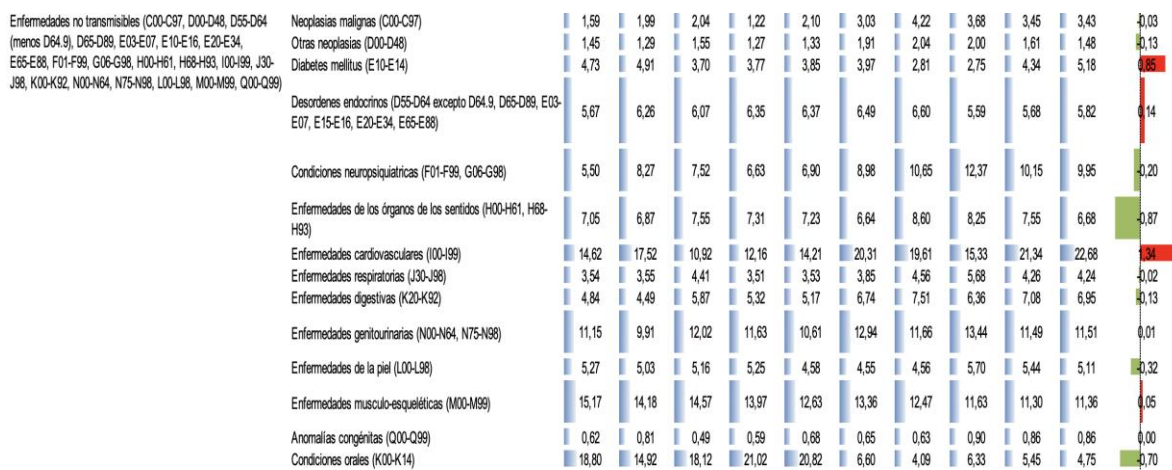
Ilustración 38. Condiciones materno-perinatales



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

El grupo de las condiciones materno-perinatales registra como primera subcausa de consulta en el año 2024 las condiciones maternas con el 80,45% de las atenciones en salud, las cuales disminuyeron en un 1,98% con respecto al año 2023.

Ilustración 39. Enfermedades no transmisibles



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

El grupo de enfermedades no transmisibles registra como primera subcausa de consulta en el año 2024, las enfermedades cardiovasculares con el 22,68% de las atenciones en salud, las





cuales incrementaron en un 1,34% con respecto al año 2023. Es importante resaltar las enfermedades musculoesqueléticas que aumentaron un 0,05% y están en segundo lugar con el 11,36%.

Ilustración 40. Lesiones

Lesiones (V01-Y89, S00-T98)											
Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,62	3,82	5,40	7,06	13,88	7,69	3,00	3,30	4,88	4,77	-4,11
Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,14	0,58	0,56	0,69	0,32	0,58	0,80	0,71	0,49	0,98	0,49
Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,03	0,04	0,05	0,05	0,01	0,09	0,09	0,01	0,23	0,24	0,01
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,21	95,56	93,99	92,20	85,79	91,64	96,11	95,97	94,40	94,01	-4,39

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

El grupo de enfermedades de lesiones registra como primera subcausa de consulta en el año 2024, los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas representando para el periodo analizado un 94,01%, las cuales disminuyeron en un 0,39% con respecto al año 2023.

3.2.3 Morbilidad específica salud mental

Entre 2015 y 2024 se observa un aumento progresivo en la demanda de atención por causas relacionadas con la salud mental, especialmente a partir del año 2020. Este crecimiento se asocia con el impacto de la pandemia de COVID-19, el aumento de los trastornos emocionales y de ansiedad. La epilepsia (G40–G41) representa entre el 8% y el 28% de los casos según el grupo etario, siendo más frecuente en la infancia, adolescencia y vejez, lo que sugiere la persistencia de causas neurológicas y la necesidad de fortalecer la detección temprana, adherencia terapéutica y control especializado. Aunque en términos proporcionales representan entre el 7% y el 17% de las atenciones totales, los trastornos ansiosos y depresivos muestran una tendencia ascendente sostenida desde 2020, especialmente en adolescentes, jóvenes y adultos mayores.

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas tienen baja participación global (entre 1% y 10% del total), pero con un mayor peso en hombres jóvenes y adultos. La tendencia creciente hacia 2024 advierte sobre la necesidad de reforzar los programas de prevención del consumo y atención de adicciones, con enfoque diferencial de género y edad. En la primera infancia y adolescencia, los hombres concentran entre 60% y 70% de las atenciones, principalmente por trastornos del comportamiento y epilepsia.





En la adultez y vejez, las mujeres superan el 55% de las consultas, con mayor proporción de depresión, ansiedad y trastornos afectivos asociados a sobrecarga emocional y roles de cuidado. El grupo de 29 a 59 años concentra el mayor número absoluto de atenciones (20.380 en total), equivalente a casi un tercio ($\approx 33\%$) del total general, lo que refleja la relación directa entre los trastornos mentales y los factores psicosociales y laborales propios de esta etapa productiva. En los mayores de 60 años, se evidencia un aumento progresivo de trastornos cognitivos, ansiedad y depresión, con un total de 8.469 atenciones ($\approx 13\%$ del total).

Ilustración 41. Morbilidad en salud mental x ciclos vitales

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)	Trastornos mentales y del comportamiento	42,65	42,86	69,23	80,00	57,66	56,98	79,82	68,24	59,44	78,35	18,90	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00	0,00	0,00	0,28	5,51	5,23	
	Epilepsia	55,88	47,62	30,77	16,00	37,84	41,86	16,67	28,24	32,22	9,84	-22,38	
	Depresión	0,00	9,52	0,00	0,00	0,00	1,16	0,00	0,00	0,56	0,00	-0,56	
	Ansiedad	1,47	0,00	0,00	4,00	3,60	0,00	3,51	3,53	7,50	6,30	-1,20	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	77,34	70,45	78,33	80,49	89,84	91,05	93,63	73,23	66,76	69,77	3,00	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,98	0,00	0,00	0,00	0,00	8,82	1,74	-7,08	
	Epilepsia	16,41	22,73	20,00	12,20	5,77	5,79	1,91	4,84	3,53	14,24	10,71	
	Depresión	0,00	2,27	1,67	0,98	1,37	0,00	0,64	11,94	7,06	3,20	-3,86	
	Ansiedad	6,25	4,55	0,00	5,37	3,02	3,16	3,82	10,00	13,82	11,05	-2,78	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	66,67	67,21	57,82	62,90	67,41	68,70	52,50	57,12	61,41	62,00	0,59	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	1,64	3,40	3,75	3,67	6,87	13,06	7,93	1,86	1,07	-0,79	
	Epilepsia	4,83	4,92	12,93	12,50	9,37	14,50	13,33	4,30	2,84	2,53	-0,31	
	Depresión	3,38	3,28	6,80	12,08	8,96	7,25	6,11	19,89	11,95	10,40	-1,55	
	Ansiedad	25,12	22,95	19,05	9,17	10,59	2,67	15,00	10,75	21,94	24,00	2,06	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	54,63	53,85	53,61	62,85	60,47	63,02	58,92	65,32	59,22	57,24	-1,98	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,96	2,56	7,22	6,94	7,11	3,46	8,44	6,49	3,81	13,01	9,19	
	Epilepsia	15,42	25,64	15,46	9,72	9,22	8,38	8,44	2,52	5,25	7,41	2,16	
	Depresión	4,41	7,69	12,37	4,86	10,41	10,56	4,78	8,86	10,94	8,77	-2,18	
	Ansiedad	21,59	10,26	11,34	15,63	12,78	14,57	19,43	16,81	20,76	13,57	-7,19	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	64,22	48,09	50,29	57,76	56,45	55,84	63,69	62,70	59,29	57,05	-2,23	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,86	2,33	0,88	4,34	6,38	2,72	4,56	9,43	5,85	3,51	-2,33	
	Epilepsia	12,52	30,93	22,87	15,87	14,96	19,93	10,85	7,33	9,91	12,76	2,85	
	Depresión	5,44	5,51	7,18	10,91	7,44	7,17	5,82	5,01	7,38	9,03	1,65	
	Ansiedad	14,97	13,14	18,77	11,12	14,78	14,34	15,08	15,54	17,58	17,64	0,06	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,45	68,75	64,95	71,86	64,78	66,67	55,87	65,06	55,68	64,49	8,81	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,08	0,63	1,55	1,86	1,64	1,10	1,88	2,07	1,81	0,49	-1,32	
	Epilepsia	4,08	15,00	10,31	9,30	12,24	13,77	23,50	8,05	16,51	10,82	-5,69	
	Depresión	12,93	8,13	11,86	9,53	5,97	5,32	4,48	7,13	8,72	8,48	-0,24	
	Ansiedad	6,46	7,50	11,34	7,44	15,37	13,15	14,26	17,70	17,28	15,72	-1,56	

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024





3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

Tabla 31. Semáforo Tendencia de eventos de alto costo

Evento	Antioquia	Santafé de Antioquia	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	89,5	▲	▲	▲	▼	▲	▼	▲	▼
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	3,6	▼	▲	▲	▼	▼	▼	▲	▼
Tasa de incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	39,0	28,7	▲	▲	▼	▼	▲	▼	▼	▲
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	-	-	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

Se observa que de las enfermedades de alto costo que se registran para el 2024 el municipio de Santa Fe de Antioquia registra tasas mayores a las reportadas por el Departamento en eventos tales como, la prevalencia en diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal y la tasa de incidencia del VIH. En el resto de los eventos de alto costo el municipio de Santa Fe de Antioquia no presentó casos en sus indicadores.

3.2.5 Morbilidad de eventos precursores

Se observa que la prevalencia de diabetes mellitus y la de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años, no presenta diferencias significativas para el municipio de Santa Fe de Antioquia con respecto al Departamento de Antioquia en 1,12 y 0,65 y lo que obliga a intervenir urgentemente los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles e implementar un trabajo intensificado en los programas de control de la diabetes e hipertensión y no bajar la guardia en la prevención de estas enfermedades que son la base para tantas otras complicaciones.

Tabla 32. Mortalidad x eventos precursores





Evento	Antioquia	Santafé de Antioquia	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de diabetes mellitus (año 2024)	4,5	5,1	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial (año 2024)	14,7	9,6	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

84

3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Las enfermedades de notificación obligatoria son aquellos eventos que el personal del área de la salud y psicosocial están obligado a notifica de manera inmediata, por ser de especial interés para la salud pública de la población de un municipio.

Ilustración 42. Semáforo eventos de notificación obligatoria

Evento	Antioquia	Santa Fé de Antioquia	Comportamiento										
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
100 - ACCIDENTE OFIDICO	744	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
110 - BAJO PESO AL NACER	0	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
112 - MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	19	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	2168	4	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	2516	3	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
205 - CHAGAS	1	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
210 - DENGUE	5241	25	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
217 - CHIKUNGUNYA	5	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
220 - DENGUE GRAVE	81	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
228 - EXPOSICIÓN A FLOOR	0	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
298 - EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACIÓN	38	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	19051	88	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
330 - HEPATITIS A (BIOTI)	684	1	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
340 - HEPATITIS B	275	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
341 - HEPATITIS C	247	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
343 - HIPOFOSFATIDISMO CONGENITO	86	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
345 - ES - RAG (VIRUS ANCA CENTINELA)	728	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
349 - INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	6818	11	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
356 - INTENTO DE SUICIDIO	6296	10	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
357 - INFECCIÓN ASOCIADA A DISPOSITIVOS	0	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	819	3	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	4284	5	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
380 - INTOXICACIÓN POR METANOL	28	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
390 - INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	12	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
400 - INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	92	1	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	801	3	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
412 - INTOXICACIÓN POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	289	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
414 - INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1188	2	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1031	26	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
430 - LEISHMANIASIS MUCOSA	14	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
450 - LEPTA	6	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	199	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
455 - LEPTOSPIROSIS	40	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA LINFOIDE	55	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
457 - LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA MIELOIDE	14	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
458 - LESIONES POR POLVORA	0	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
459 - CÁNCER INFANTIL	153	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
460 - MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	145	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
470 - MALARIA FALCIPARUM	1743	2	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
480 - MALARIA VIVAX	14867	14	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
485 - MALARIA COMPLICADA	299	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
500 - MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	30	1	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
510 - MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	7	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
520 - MENINGITIS POR NEUMOCOCCO	58	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
530 - MENINGITIS TUBERCULOSA	72	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	3780	18	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
550 - MORTALIDAD MATERNA	37	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	800	6	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
590 - MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	3	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
600 - MORTALIDAD POR IRA	21	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
620 - PAROTIDITIS	744	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	1446	5	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	156	1	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	1237	6	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
800 - TOSFERINA	6	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	625	3	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	3312	9	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
825 - TUBERCULOSIS FÁRMACORESISTENTE	145	0	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
831 - VARICELA INDIVIDUAL	2895	9	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	2976	14	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
875 - VCM, VIF, VSK	24602	63	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
895 - ZIKA	5	1	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗





FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

La semaforización de los eventos de notificación obligatoria en el municipio de Santa Fe de Antioquia para el año 2023 muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los casos reportados por el departamento y los registrados en el Municipio. Los eventos con el mayor número de casos notificados fueron las agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, las violencias contra la mujer, la violencia intrafamiliar y la violencia sexual.

85

3.2.7 Morbilidad población migrante

De igual manera el Municipio de Santa Fe de Antioquia garantiza el aseguramiento en salud de la población migrante que reside en el territorio nacional, en estado regular en los regímenes subsidiado o contributivo, según corresponda. Dicha afiliación se distribuyó para el año 2023 de la siguiente manera:

Tabla 33. Afiliaciones de salud población migrante

Régimen de afiliación	Antioquia	%	Municipio	%	Concentración
Contributivo	45302	29,0	56	26,5	0,1%
Subsidiado	45083	28,9	73	34,6	0,2%
No afiliada	16177	10,4	35	16,6	0,2%
Particular	29906	19,2	27	12,8	0,1%
Otro	17207	11,0	20	9,5	0,1%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	569	0,4		0,0	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	348	0,2		0,0	0,0%
En desplazamiento no asegurado	1518	1,0		0,0	0,0%
Sin dato	0	0,0		0,0	0,0%
Total de migrantes atendidos	156110	100	211	100	0,1%

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024





El municipio de Santa Fe de Antioquia garantizó durante el año 2023 las atenciones en salud requeridas por la población migrante que habita en el territorio las cuales muestran el siguiente comportamiento:

Tabla 34. Atenciones de salud a la población migrante

Tipo de atención	Municipio		Antioquia		Concentración Entidad territorial
	Año	Distribución	Año	Distribución	Año
Consulta Externa	149	32%	105.359	36%	0,1%
Hospitalización	37	8%	9.601	3%	0,4%
Medicamentos	85	18%	49.017	17%	0,2%
Procedimientos	145	31%	108.447	37%	0,1%
Nacimientos		0%	1.927	1%	0,0%
Urgencias	52	11%	15.586	5%	0,3%
Total	468	100%	289.937	100%	0,2%

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2024

3.2.8 Conclusiones de morbilidad

El comportamiento de la morbilidad en salud mental entre 2015 y 2024 evidencia una tendencia ascendente y sostenida que refleja tanto un aumento real en la carga de enfermedad mental como una mayor visibilización del problema en los servicios de salud. Los trastornos mentales y del comportamiento se consolidan como la principal causa de consulta en todos los grupos de edad, seguidos de la ansiedad, la depresión y la epilepsia, con una concentración mayor en la etapa adulta y un incremento progresivo en la vejez.

Este panorama está estrechamente vinculado a determinantes sociales como la precariedad laboral, la desigualdad económica, la violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias psicoactivas, el aislamiento social y las brechas en el acceso a servicios especializados. Las diferencias de género —con mayor prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres, y de consumo de sustancias en hombres— confirman la necesidad de estrategias con enfoque diferencial y de género. En este contexto, se hace imperativo fortalecer la política pública en salud mental, garantizando la articulación intersectorial y la promoción del bienestar emocional integral.

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





Para desarrollar el componente participativo de la construcción el Análisis de la Situación de Salud del Municipio de Santa Fe de Antioquia, se realizó la cartografía social, el cual es un método de corte cualitativo que se caracteriza por recuperar el papel de los sujetos en la reconstrucción de los espacios vitales de una población a través de mapas geográficos, de relaciones y de bienes; permitiendo comprender lo que ha ocurrido y ocurre en un territorio determinado. Además, desata procesos de comunicación entre los participantes y pone en evidencia diferentes tipos de saberes que se mezclan para poder llegar a una imagen colectiva del territorio.

El análisis de la cartografía social y la priorización de los efectos en salud involucró la participación de representantes de la comunidad y de las instituciones, a partir de un encuentro que facilitó la recopilación de datos, el análisis, la discusión y la aplicación de metodologías de priorización, con el fin de identificar las causas e impactar dichos problemas. En el informe anexo se describen ampliamente los resultados del ejercicio de cartografía social y la priorización de los efectos en salud.

87

A continuación se enuncian los principales efectos en salud, recaudados como el sentir de la comunidad referente a estos efectos:

- Desmotivación colectiva y mala imagen del funcionamiento de los servicios de salud
- Predisposición de la comunidad frente a funcionarios y profesionales del sistema
- Aumento de PQRS y carga administrativa por la ineficiente gestión
- Sobrecarga de la demanda, tiempos de espera largos y deterioro de la calidad.
- Dificultad para garantizar continuidad y resolutive.
- Incremento en la siniestralidad y en casos de enfermedad avanzada con tratamientos más costosos.
- Dificultad para garantizar la red suficiente en zonas dispersas.
- Debilidad para ejecutar planes de salud por falta de infraestructura.
- Tensiones comunitarias por incapacidad de respuesta.
- Aumento de enfermedades prevenibles por falta de servicios básicos y atención oportuna.
- Mayor riesgo de complicaciones por diagnósticos tardíos.
- Incremento de gastos de bolsillo en transporte y tratamientos.
- Mayor carga de enfermedad y muerte temprana en población productiva.
- Más dependencia y discapacidad en hogares vulnerables.
- Endeudamiento familiar por tratamientos tardíos.
- Aumento de enfermedades gastrointestinales, dermatológicas y respiratorias.
- Incremento del consumo problemático de SPA y alcohol.
- Aumento de violencia intrafamiliar, suicidio e intentos de suicidio.
- Desprotección y estigmatización de poblaciones vulnerables.





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

La cartografía social realizada en Santa Fe de Antioquia brindó una perspectiva integral de las problemáticas de salud que enfrenta la comunidad, así como los riesgos asociados y las propuestas para abordarlos. Se evidencia la necesidad de implementar medidas urgentes y sostenidas que prioricen la promoción y prevención de la salud, mejoren las condiciones de vida, brinden capacitación en prevención de enfermedades y atiendan la salud mental de la población. Este enfoque participativo y multidimensional es fundamental para lograr una mejora significativa en la salud y el bienestar de la comunidad de Santa Fe de Antioquia.

88

El ejercicio de cartografía social permitió motivar a la comunidad participante a conversar y poner en común los saberes y prácticas que facilitarían la comprensión de las problemáticas en salud percibidas a partir del desarrollo de las siguientes preguntas orientadoras:

- a) ¿Cuáles son los principales problemas de salud, desde lo ambiental, social, económico y políticos?
- b) ¿Cuáles creen que han sido las causas o factores de riesgo de cada uno de los problemas identificados?
- c) ¿Cómo podemos lograr, con recursos y/o factores protectores prevenir o disminuir las problemáticas?
- d) ¿Cuáles son los principales actores involucrados y el rol sobre las problemáticas de salud?
- e) Identificación de núcleos de inequidad en salud

El desarrollo de la actividad de cartografía social realizada en Santa Fe de Antioquia ofrece una visión detallada de las problemáticas de salud que enfrenta la comunidad desde el enfoque social, cultural, ambiental, político y económico; así como los riesgos asociados y las propuestas para abordarlos, a través de una metodología participativa, se logró identificar y mapear estos aspectos cruciales para la actualización del ASIS 2025.

Entre las principales problemáticas de salud ajustadas identificadas se encuentran:

- Deficiente capacidad instalada en salud en zonas rurales y urbanas
- Baja calidad del servicio de salud y trato discriminatorio
- Incremento de enfermedades transmisibles
- Barreras geográficas, administrativas y económicas en el servicio de salud
- Baja capacidad de saneamiento básico y agua potable a nivel rural y urbano
- Bajo nivel de ejecución del PISCC





- Bajo nivel de ejecución de políticas, planes y proyectos de salud mental
- Bajo nivel de ejecución de políticas, planes y proyectos para población habitante de calle
- Incremento de enfermedades crónicas no transmisibles
- Bajo nivel de recursos en salud para atender las necesidades de la población.

Estas problemáticas se ubican tanto en espacios urbanos como rurales del municipio, con algunas variaciones específicas en ciertos barrios y veredas. El informe también analiza la relación entre los oficios de la comunidad y las afectaciones en la salud. Se identificaron profesiones como campesinos, recolectores de residuos, recicladores, fumigadores, personal del área de la salud, cocineros, obreros, mineros ancestrales, paleros del río Cauca, sepultureros y médicos forenses, que pueden tener incidencias graves en la salud debido a la falta de medidas básicas de cuidado y seguridad. Además, se identificaron diversos factores que están afectando la salud de la comunidad, como factores socioeconómicos (pobreza, desempleo, bajo nivel educativo), factores ambientales (contaminación del aire, exposición a partículas nocivas, malos olores, falta de alcantarillado, olas de calor), factores de acceso a la salud (falta de cobertura y infraestructura), factores de comportamiento (dieta poco saludable, falta de actividad física, consumo de sustancias) y otros factores como la violencia intrafamiliar y social.

El informe también señala los riesgos a corto y largo plazo para la salud de la comunidad. A corto plazo, se destacan el aumento de enfermedades transmisibles, la exacerbación de enfermedades respiratorias, los accidentes laborales y los problemas de salud mental. A largo plazo, se mencionan las enfermedades no transmisibles, los daños en el desarrollo infantil, las discapacidades y el deterioro de la calidad de vida.

Para hacer frente a estas problemáticas, el informe propone una serie de medidas y estrategias. Entre ellas se encuentran el fortalecimiento de la promoción y prevención de la salud, la mejora del acceso a la salud, la realización de campañas de sensibilización, la mejora de las condiciones de vida, la protección del medio ambiente, el fortalecimiento de la seguridad, salud mental, el saneamiento básico, equidad entre otras. Por último, se preguntó y se guio a la comunidad para que se identificaran unos núcleos de inequidad que para ellos serán piezas claves de las problemáticas que viven actualmente y se lograron sintetizar en los siguientes:

1. Inequidad en la deficiente capacidad instalada de salud y sanitaria principalmente en zonas rurales y algunas urbanas, asociadas a condiciones estructurales del sistema, barreras de acceso, gestión de recursos e integralidad política que tienen efectos devastadores en la población de más escasos recursos y media social.
2. Inequidad en la baja calidad del nivel del servicio en salud en el Municipio y en general, asociado a una deficiencia estructural del sistema, al bajo nivel de atención y gestión





administrativa, a la falta de insumos y su priorización para las poblaciones que más lo necesitan.

3. "Inequidad en la mortalidad de enfermedades transmisibles, no transmisibles y crónicas de hombres y mujeres en el Municipio, asociada a la baja capacidad de acceder a tratamientos oportunos, factores económicos, debilidad en la red de servicios y barreras de acceso oportuno a la atención de emergencia y prevención. "
4. "Inequidad en la baja capacidad de saneamiento básico y agua potable a nivel rural y urbano en el Municipio asociado a una deficiencia en la planeación sectorial, la baja ejecución del PGIRS y la gestión integral que no permite que haya control en residuos y la reducción de la contaminación.
5. Inequidad en el bajo nivel de ejecución de políticas, planes y proyectos de salud mental y habitantes de calle, asociadas a la baja planeación sectorial, gestión de recursos para implementación de políticas, bajo control en la drogadicción, licor y la gestión de oportunidades para estas poblaciones vulnerable

90

DESCRIPCION DE ACTORES

1. Comunidad: La comunidad identifica un territorio con graves inequidades en acceso y calidad de los servicios de salud, especialmente en zonas rurales. Expresa dificultades para recibir atención oportuna, falta de medicamentos, especialistas y orientaciones claras dentro del sistema. En lo ambiental, señala deficiencias en saneamiento básico, mala gestión de residuos, proliferación de vectores y problemas de abastecimiento de agua. También reconoce un entorno social deteriorado por la inseguridad, el consumo de sustancias y la falta de oportunidades. La población siente que estas condiciones afectan su bienestar y aumentan enfermedades transmisibles, crónicas y problemas de salud mental.

2. ESE Municipal / Red Pública de Salud: Este actor destaca como principal problemática la baja capacidad instalada, la escasez de recursos tecnológicos, humanos y de infraestructura, lo que limita la cobertura y oportunidad del servicio. Señala la presión sobre el sistema por la alta demanda, la fragmentación en la red y las dificultades para gestionar referencias y contrarreferencias. Desde el ámbito ambiental, reconoce que los puntos críticos de residuos, la mala calidad del agua y el deterioro vial incrementan los riesgos sanitarios y obstaculizan la prestación de servicios y la llegada oportuna de ambulancias. La ESE resalta la necesidad de mayor inversión, articulación intersectorial y fortalecimiento administrativo.





3. EPS: Las EPS evidencian retos asociados a trámites complejos, demoras en autorizaciones, fallas de comunicación y alta carga operativa, que afectan directamente la experiencia y la oportunidad de atención de los usuarios. Exponen limitaciones para disponer de especialistas permanentes en el municipio y dificultades contractuales con la red hospitalaria. En cuanto al entorno ambiental, identifican que la exposición a vectores, contaminación y falta de saneamiento básico agrava la morbilidad, aumentando la demanda por atenciones preventivas que no siempre logran cubrir. Necesitan fortalecer los modelos de gestión del riesgo y mejorar las rutas de atención.

4. Administración Municipal / Secretaría de Salud: Este actor señala que el territorio posee altas brechas sociales, económicas y ambientales que impactan los resultados de salud. Reconoce la insuficiencia de la capacidad instalada, dificultades históricas en la planeación sectorial del agua potable, el bajo cumplimiento del PGIRS y la falta de mecanismos de control ambiental efectivos. Identifica además un rezago en la implementación de políticas de salud mental y atención a habitantes de calle. La administración requiere mayor articulación interinstitucional, mejor trazabilidad de los problemas, recursos sostenibles y un enfoque más preventivo que reactivo.

5. Personería / Veedurías / Control Social: Este actor enfatiza que los principales problemas son consecuencia de fallas sistémicas y administrativas: mala calidad del servicio, negación o demora en autorizaciones, trato inadecuado al usuario y falta de claridad en las rutas de atención. Observa con preocupación el incremento de tutelas y quejas por vulneración del derecho a la salud. En relación con el ambiente, señala poca vigilancia sobre la recolección de residuos, puntos críticos no intervenidos y problemas de acceso a agua de calidad. Destaca la necesidad de mayor transparencia, vigilancia continua y fortalecimiento de la participación ciudadana para corregir inequidades.

6. Líderes Comunitarios / Juntas de Acción Comunal: Los líderes resaltan problemas relacionados con la desigualdad entre zonas urbanas y rurales, falta de brigadas extramurales, baja presencia institucional en el territorio y carencias de educación en salud. Manifiestan que las dificultades ambientales —basuras, animales transmisores de enfermedades, mala disposición de residuos, pozos y quebradas contaminadas— afectan directamente la salud de sus comunidades. Solicitan más jornadas de salud, saneamiento básico, acompañamiento comunitario y programas educativos permanentes.

7. Sector Ambiental / Empresas de Servicios Públicos: Este actor identifica que el territorio presenta fallas estructurales en la recolección y clasificación de residuos, sobre todo en áreas rurales. Señala problemas con la continuidad del servicio de acueducto, pérdida de fuentes hídricas, contaminación por vertimientos y expansión desordenada de asentamientos. Estas





situaciones favorecen la aparición de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y dermatológicas. El sector requiere mejor planificación, fortalecimiento del PGIRS, cultura ciudadana y control operativo.

8. Sector Educativo: Las instituciones educativas expresan preocupación por los impactos del entorno social y ambiental en los niños y adolescentes: consumo de sustancias psicoactivas, violencia escolar, falta de programas de salud mental y problemas de saneamiento en las escuelas. Señalan infecciones recurrentes asociadas a agua y vectores en zonas rurales. Ven la necesidad de acompañamiento psicosocial permanente, programas de prevención, actividades comunitarias y educación ambiental integrada al currículo.

9. Sector Productivo y Rural: Los productores locales y actores rurales resaltan que la salud se ve afectada por vías deterioradas, falta de transporte, barreras geográficas y exposición a aguas contaminadas o plagas. Además, la falta de acceso oportuno a servicios de salud reduce la productividad y aumenta los gastos familiares, especialmente por desplazamientos a otros municipios. Requieren mejores vías, presencia extramural, control ambiental y ampliación de la red de servicios.

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

El método utilizado es un instrumento que proporciona un enfoque más preciso para la asignación de prioridades a los programas de salud pública, a través de la clasificación de los problemas con base a la magnitud del problema, la pertinencia social, la trascendencia del problema o necesidad, la factibilidad y la viabilidad de la intervención. Este método constituye un híbrido con el método Hanlon en salud para la toma de decisiones adecuadas. Este método les da criterios definidos a las problemáticas y los constituye de forma integral tomando en cuenta que tan grande es la afectación y que daños o impactos tiene en la comunidad y en su calidad de vida. Así mismo expone la forma de cómo se debe actuar sobre el incluyendo los distintos actores y la alineación estratégica con la política pública.

Teniendo en cuenta la información obtenida en los capítulos previos del ASIS, (caracterización de los contextos territorial y demográfico, y abordaje de los efectos en salud y sus determinantes) y con base en lo descrito en la guía metodológica del ASIS, se hace el reconocimiento de los principales problemas de salud que aquejan a la población y sus determinantes. Posterior a ello se procedió a realizar la calificación de los criterios para obtener la priorización de los núcleos de inequidad y las problemáticas tratadas en el capítulo 4 de este documento.





Tabla 35. Calificación y priorización de núcleos de inequidad

núcleo de inequidad	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia	Factibilidad	Viabilidad	puntaje total-priorización
1. Inequidad en la deficiente capacidad instalada de salud y sanitaria principalmente en zonas rurales y algunas urbanas, asociadas a condiciones estructurales del sistema, barreras de acceso, gestión de recursos e integralidad política que tienen efectos devastadores en la población de más escasos recursos y media social.	total = 4 MUY ALTO	total = 6 (MUY ALTO)	total = 4 (Muy ALTO)	total = 4 (Muy ALTO)	total = 2 (MUY ALTO)	20
2. Inequidad en la baja calidad del nivel del servicio en salud en el Municipio y en general, asociado a una deficiencia estructural del sistema, al bajo nivel de atención y gestión administrativa, a la falta de insumos y su priorización para las poblaciones que más lo necesitan.	total = 4 MUY ALTO	total = 6 (MUY ALTO)	total = 4 (ALTO)	total = 3 (ALTO)	total = 2 (MUY ALTO)	19
4. "Inequidad en la baja capacidad de saneamiento básico y agua potable a nivel rural y urbano en el Municipio asociado a una deficiencia en la planeación sectorial, la baja ejecución del PGIRS y la gestión integral que no permite que haya control en	total = 4 MUY ALTO	total = 5 (MUY ALTO)	total = 3 (ALTO)	total = 3 (ALTO)	total = 1 (MEDIO)	16





residuos y la reducción de la contaminación.						
5. Inequidad en el bajo nivel de ejecución de políticas, planes y proyectos de salud mental y habitantes de calle, asociadas a la baja planeación sectorial, gestión de recursos para implementación de políticas, bajo control en la drogadicción, licor y la gestión de oportunidades para estas poblaciones vulnerable	total = 4 MUY ALTO	total = 6 (MUY ALTO)	total = 4 (MUY ALTO)	total = 0 (BAJO)	total = 2 (MUY ALTO)	16
3. Inequidad en la mortalidad de enfermedades transmisibles, no transmisibles y crónicas de hombres y mujeres en el Municipio, asociada a la baja capacidad de acceder a tratamientos oportunos, factores económicos, debilidad en la red de servicios y barreras de acceso oportuno a la atención de emergencia y prevención.	total = 4 MUY ALTO	total = 5 (MUY ALTO)	total = 3 (ALTO)	total = 2 (MEDIO)	total = 1 (MEDIO))	15

FUENTE: Elaboración propia





En este anterior cuadro se pone el puntaje de priorización de núcleos de inequidad de mayor a menor puntaje, para evidenciar en cuales se recogen las mayores problemáticas del territorio. Así mismo se explicará por qué el puntaje de priorización de cada uno de los núcleos en las siguientes tablas:

Núcleo 1

Tabla 36. Tabla explicativa núcleo 1

Categoría / Criterio de priorización	Nivel	Razones principales del puntaje alto
Pertinencia social	Las comunidades y actores sociales reconocen ampliamente la problemática, y se evidencia el alto costo social y económico que genera la deficiente capacidad instalada de salud.	- Alta visibilidad de la problemática por parte de la población. - Frecuencia de quejas o demandas comunitarias. - Impacto directo sobre la calidad de vida y productividad local.
Magnitud	La inequidad afecta de forma significativa la salud y bienestar de amplios grupos poblacionales, especialmente en zonas rurales y periféricas.	- Déficit de especialistas y equipos médicos. - Dificultad en el acceso oportuno a servicios de salud. - Alta incidencia de enfermedades evitables.
Trascendencia del problema o necesidad	El problema repercute en el desarrollo económico, social y sanitario del territorio, limitando la productividad y aumentando la carga en el sistema de salud.	- Ausencia de inversión sostenida en salud pública. - Desigualdad territorial en recursos y atención. - Debilidad en políticas de equidad en salud.
Factibilidad	Existen condiciones técnicas e institucionales para intervenir el problema si se prioriza en la agenda política y presupuestal.	- Disponibilidad de talento humano básico y estructura institucional local. - Existencia de programas o convenios que pueden fortalecerse. - Voluntad de algunos actores institucionales.
Viabilidad	Aunque el problema es reconocido, no siempre está incorporado en los planes de desarrollo o políticas públicas locales de manera prioritaria.	- Falta de continuidad en la planeación municipal. - Escasa articulación entre niveles de gobierno. - Limitaciones presupuestales y políticas.

FUENTE: Elaboración propia

Núcleo 2

95





Tabla 37. Tabla explicativa núcleo 2

Categoría / Criterio de priorización	Nivel	Principales razones del puntaje
Pertinencia social	Alto reconocimiento de la problemática por parte de la ciudadanía y de los actores sociales, reflejado en las múltiples quejas sobre calidad, atención y acceso.	- Insatisfacción de los usuarios con el servicio de salud. - Percepción de negligencia o demora en la atención. - Afectación directa en la salud física y mental.
Magnitud	El bajo nivel de calidad en los servicios impacta de manera extensa a la población, afectando el bienestar general y la percepción de confianza institucional.	- Déficit estructural de recursos e infraestructura. - Baja cobertura de servicios oportunos y resolutivos. - Repercusiones en los indicadores de salud pública.
Trascendencia del problema o necesidad	La deficiencia del sistema incide en el desarrollo socioeconómico del municipio, limitando la productividad y aumentando la carga del sistema sanitario.	- Pérdida de días laborales y académicos. - Aumento en la demanda de servicios de urgencias. - Deterioro en la calidad de vida comunitaria.
Factibilidad	Aunque existen recursos humanos y programas básicos, la respuesta institucional es insuficiente o desarticulada.	- Falta de políticas claras de priorización y control. - Escasa gestión administrativa. - Limitado compromiso de algunas entidades de salud.
Viabilidad	Si bien se reconoce el problema y hay apertura política para intervenirlo, no existen mecanismos financieros o administrativos sostenibles para garantizar una solución estructural.	- Limitado presupuesto local. - Falta de seguimiento y continuidad de las estrategias. - Dependencia de decisiones externas (departamentales/nacionales).

FUENTE: Elaboración propia

Núcleo 3:

Tabla 38. Tabla explicativa núcleo 3





Categoría / Criterio de priorización	Puntaje obtenido	Principales razones del puntaje
Pertinencia social	5 (Muy alto)	- Alta percepción de riesgo y desprotección. - Limitada capacidad de respuesta en emergencias. - Escasez de campañas preventivas sostenidas.
Magnitud	4 (Muy alto)	- Alta carga de mortalidad por enfermedades respiratorias, circulatorias y neoplasias. - Déficit en atención oportuna y seguimiento.
Trascendencia del problema o necesidad	3 (Alto)	- Enfermedades crónicas no controladas. - Costos elevados de tratamientos. - Aumento en hospitalizaciones.
Factibilidad	2 (Medio)	- Escasez de programas estructurados. - Falta de recursos técnicos y logísticos. - Baja capacidad resolutive local.
Viabilidad	1 (Medio)	- Débil liderazgo político y técnico. - Ausencia de planes específicos para enfermedades crónicas. - Dependencia del nivel departamental.

FUENTE: Elaboración pro

Núcleo 4

Tabla 39. Tabla explicativa núcleo 4

Categoría / Criterio de priorización	Nivel	Principales razones del puntaje
Pertinencia social	Alta percepción comunitaria del deterioro ambiental y de los riesgos en salud por agua no apta y deficiencias en el manejo de residuos.	- Aumento de puntos críticos y vertimientos incontrolados. - Quejas constantes de comunidades rurales y urbanas. - Escasa respuesta institucional.
Magnitud	Amplio número de personas afectadas por la falta de cobertura y calidad en los servicios de saneamiento y agua.	- Cobertura desigual entre zona urbana y rural. - Riesgo de enfermedades de origen hídrico y ambiental. - Impacto intergeneracional.
Trascendencia del problema o necesidad	La deficiencia en el saneamiento incide directamente en la calidad de vida, la salubridad ambiental y la productividad.	- Afectación de la salud pública (enfermedades diarreicas, vectores). - Incremento de costos sanitarios y sociales.
Factibilidad	Existe posibilidad de intervención mediante fortalecimiento institucional y articulación intersectorial.	- Presencia de PGIRS y planes de acción, pero con baja ejecución. - Falta de





Categoría / Criterio de priorización	Nivel	Principales razones del puntaje
		seguimiento y control a empresas prestadoras.
Viabilidad	El tema ha sido inducido en políticas públicas, pero sin ejecución sostenida ni recursos asignados suficientes.	- Escasa inversión pública. - Debilidad en la gestión de proyectos ambientales. - Limitada coordinación entre entidades.

Núcleo 5:

98

Tabla 40. Tabla explicativa núcleo 5

Categoría / Criterio de priorización	Nivel	Principales razones del puntaje
Pertinencia social	Alta visibilidad del problema y reconocimiento social de sus efectos en salud y convivencia.	- Mayor exposición mediática de casos de violencia, consumo y abandono. - Reconocimiento comunitario de la falta de programas efectivos. - Alta carga emocional y social del fenómeno.
Magnitud	Afecta a diversos grupos poblacionales, con aumento de casos de trastornos mentales y habitantes de calle.	- Crecimiento sostenido de problemáticas asociadas al consumo de SPA y alcohol. - Incremento de suicidios y trastornos depresivos.
Trascendencia del problema o necesidad	Genera consecuencias sanitarias, sociales y económicas de alto impacto.	- Pérdida de productividad y cohesión social. - Sobrecarga del sistema de salud y atención en urgencias.
Factibilidad	Escasa articulación institucional y débil ejecución de políticas públicas existentes.	- Baja continuidad de programas de salud mental. - Escasez de recursos humanos y técnicos especializados. - Fragmentación en la atención entre sectores.
Viabilidad	Aunque existen políticas nacionales de salud mental y atención a habitantes de calle, su aplicación territorial es limitada.	- Falta de financiación sostenida. - Debilidad en la gestión interinstitucional. - Escasa voluntad política local.

FUENTE: Elaboración propia





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 – 5 PAGINAS

A continuación, se presentan las propuestas de respuesta y recomendaciones en el municipio de Santa Fe de Antioquia en el marco del Plan de Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 y el Modelo de Salud Preventivo Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

1. Fortalecimiento de la Gobernanza y la Planeación Territorial en Salud

Los cinco núcleos de inequidad revelan una baja capacidad de planeación y gestión sectorial, reflejada en la débil ejecución de planes, proyectos y políticas públicas. Este patrón afecta especialmente la infraestructura sanitaria, la calidad del servicio, la gestión ambiental y la atención a poblaciones vulnerables.

Recomendación

El territorio debe avanzar hacia un fortalecimiento de la gobernanza local, implementando instrumentos de planeación integrados al PDSP, con participación de actores sociales y sectores estratégicos (educación, ambiente, agua, vivienda). Esto implica crear mesas intersectoriales permanentes de salud pública, con seguimiento de indicadores de planeación, ejecución presupuestal y cumplimiento del PGIRS.

2. Consolidación de Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIITS)

La mayoría de los núcleos (1, 2 y 3) evidencian fallas en la articulación del sistema de atención: escasez de recursos humanos, demoras en la atención, inequidad rural-urbana y ausencia de mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia.

Recomendación

El territorio debe orientar sus esfuerzos a fortalecer las RIITS bajo los lineamientos del Eje 4 del PDSP (Atención Primaria en Salud con enfoque territorial), garantizando atención continua, preventiva y de calidad.

Se recomienda desarrollar microrredes comunitarias de APS en zonas rurales y urbanas con apoyo del talento humano comunitario (ESE, EPS, líderes sociales, voluntarios de salud).

3. Gestión Integral del Agua y Saneamiento Básico





El núcleo 4 destaca la inequidad ambiental y sanitaria derivada de la baja ejecución del PGIRS, la contaminación y el deficiente acceso a agua potable.

Estos factores incrementan los riesgos de enfermedades infecciosas y crónicas, afectando especialmente a la niñez y la población rural dispersa.

Recomendación

Implementar estrategias de gestión ambiental y sanitaria sostenible, con la participación activa de empresas de servicios públicos, autoridades ambientales y comunidades. Debe alinearse con el Eje 6 del PDSP (Conocimiento e innovación en salud pública y soberanía sanitaria), promoviendo tecnologías limpias, educación ambiental y fortalecimiento del control sanitario.

100

4. Salud Mental y Atención a Poblaciones Vulnerables

El núcleo 5 identifica una baja ejecución de políticas en salud mental y atención a habitantes de calle, junto a la escasa articulación con programas de prevención del consumo de SPA y promoción de bienestar psicosocial.

Esto se traduce en una alta carga social y sanitaria, con aumento de la violencia, el suicidio y la exclusión social.

Recomendación

El territorio debe adoptar un enfoque de salud mental comunitaria, fortaleciendo programas de intervención temprana, redes de apoyo psicosocial y espacios de inclusión social. Debe articularse con el Eje 2 del PDSP (Pueblos y comunidades diversas) y el Eje 4 (APS), integrando estrategias de salud mental en la red primaria y en los espacios educativos, culturales y laborales.

5. Intersectorialidad como Estrategia de Transformación Social

El análisis integral muestra que las inequidades sociosanitarias tienen causas estructurales compartidas: pobreza, desempleo, baja educación sanitaria, deficiente gestión ambiental y débil institucionalidad. Por tanto, su respuesta requiere acciones conjuntas entre sectores, no solo del sistema de salud, sino también de educación, infraestructura, agua potable, ambiente y desarrollo social.

Recomendación





Consolidar un plan territorial intersectorial de determinantes sociales de la salud, con objetivos medibles y mecanismos de evaluación alineados al PDSP. Esto fortalecerá la soberanía sanitaria, la autonomía territorial y la equidad en la calidad de vida.

6. Pilares Estratégicos del Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo

De acuerdo con la priorización de núcleos, los pilares más relevantes son:

Gobernabilidad y territorialización: liderazgo local y rectoría efectiva de la salud pública. Redes integrales e integradas territoriales: continuidad del cuidado, trabajo articulado entre niveles de atención. Soberanía sanitaria y conocimiento: innovación local, investigación aplicada y gestión de información. Trabajo digno y decente: fortalecimiento del talento humano y retención del personal en zonas rurales.

101

El territorio enfrenta inequidades estructurales en la gestión sanitaria, la calidad de atención, el ambiente y la salud mental, derivadas de baja gobernanza, debilidad institucional e insuficiente articulación intersectorial. El PDSP 2022–2031 ofrece una hoja de ruta para transformar estas condiciones mediante:

- El fortalecimiento de la gestión territorial en salud.
- La consolidación de redes integrales de atención centradas en la comunidad.
- La promoción de determinantes sociales sostenibles, con énfasis en agua, saneamiento y salud mental.
- Y la articulación de actores públicos, privados y comunitarios para construir entornos saludables, equitativos y sostenibles.





Anexos.

Carpeta comprimida

1. Carpeta comprimida
2. Insumos generados
3. Anexos capítulo IV, V, VI
4. Cartografía Social: fotos, bitácora
5. Infografía

