

Análisis de Situación de Salud Participativo del municipio de Uramita

LEONARDO USUGA CORREA
Alcalde Municipal

LUZ YENEY GUERRA CRUZ
Secretaria de Salud

EQUIPO SECRETARÍA DE SALUD
Realizado por:

Municipio Uramita, Antioquia, Colombia
2025



Tabla de contenido

1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	11
1.1 Contexto territorial	11
1.1.3 Accesibilidad geográfica	15
1.2 Contexto poblacional y demográfico	16
1.2.1 Estructura demográfica	18
1.2.2 Dinámica demográfica	22
1.2.3 Movilidad forzada	24
1.2.4 Población LGBTIQ+	25
1.2.5 Dinámica migratoria	25
1.2.6 Población Campesina	26
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud	27
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud	30
1.4.1 Políticas Públicas Municipales	30
1.4.2 Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores relacionados	31
1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social	32
1.6 Conclusiones del capítulo	33
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	35
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio	35
2.2 Condiciones de vida del territorio	35
2.2 Dinámicas de convivencia en el territorio	38
2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad	38
2.5 Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social	39
2.6 Conclusiones del capítulo	40
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	42
3.1 Análisis de la mortalidad	42
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas	42
3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo	52
3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez	63
3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental	71



3.1.5 Conclusiones de mortalidad	71
3.2 Análisis de la morbilidad.....	72
3.2.1 Principales causas de morbilidad	73
3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo.....	74
3.2.3 Morbilidad específica salud mental	79
3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo.....	81
3.2.5 Morbilidad de eventos precursores	82
3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	82
3.2.7 Morbilidad población migrante.....	83
3.2.8 Conclusiones de morbilidad	85
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	89
5. CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO	93
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–	103



LISTADO DE TABLAS

1.Tabla	de Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia. Municipio de Uramita,2025.	11
2.Tabla	de Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros de municipio de Uramita a la ciudad más cercana.	15
3.Tabla	de Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Uramita hacia los municipios vecinos, 2025.	15
4.Tabla	Población por área de residencia. Municipio de Uramita - Antioquia, 2024... 17	17
5.Tabla	Número de viviendas, hogares. Municipio de Uramita - Antioquia, proyección 2025.	17
6.Tabla	Población por pertenencia étnica. Municipio de Uramita - Antioquia, 2025. .	18
7.Tabla	Otros indicadores de estructura demográfica 2020, 2025, 2030.	20
8.Tabla	Específica de Fecundidad en mujeres entre 10 a 14 años y 15 a 19 años. Municipio de Uramita - Antioquia, 2014 - 2024.....	24
9.Tabla	Servicios habilitados IPS	28
10.Tabla	Otros indicadores de sistema sanitario	29
11.Tabla	Condiciones de vida, Municipio de Uramita 2022-2023	36
12.Tabla	Seguridad alimentaria, municipio de Uramita con respeto el departamento de Antioquia,2024.	36
13.Tabla	Cobertura de educación, Municipio de Uramita 2005-2022	37
14.Tabla	Factores psicológicos y culturales municipio de Uramita, 2023.	38
15.Tabla	tasas de mortalidad específicas 16 grandes grupos en menores de 1 año, del 2015-2024 Uramita-Antioquia.....	64
16.Tabla	tasas de mortalidad específicas 16 grandes grupos en menores de 1 a 4 años 65	65
17.Tabla	tasas específicas 16 grandes grupos en menores de 5 años.....	65
18.Tabla	Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez	66
19.Tabla	Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia, 2024.	70
20.Tabla	Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia, municipio de Uramita,2024.....	71
21.Tabla	Morbilidad por ciclo vital general, Municipio de Uramita, 2015 - 2024.	74
22.Tabla	Morbilidad específica por subgrupo para las Condiciones transmisibles y nutricionales, municipio de Uramita, 2015-2024.....	75
23.Tabla	Morbilidad específica por subgrupo para las Condiciones materno-perinatales, municipio de Uramita, 2015-2024.....	76
24.Tabla	Morbilidad específica por subgrupo para las enfermedades no transmisibles por 6 ciclos vitales, municipio de Uramita, 2015-2024.	78
25.Tabla	Morbilidad específica por subgrupo para lesiones, municipio de Uramita, 2015-2024. 79	79
26.Tabla	Morbilidad específica en Salud mental, municipio de Uramita, 2015-2024....	80
27.Tabla	Morbilidad de eventos de alto costo- Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo, Municipio de Uramita, 2024.	81
28.Tabla	Morbilidad de eventos precursores, Municipio de Uramita, 2024.	82



29.Tabla	Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria 2023.	83
30.Tabla	Atenciones en salud de la población migrante, Municipio de Uramita,2024..	84
31.Tabla	Afiliación en salud de la población migrante, 2024	85
32.Tabla	Matriz de priorización y necesidades en salud.	102

LISTADO DE GRAFICAS

Gráfica.1	Tasas ajustadas total de mortalidad. Municipio de Uramita - Antioquia. 2015 – 2024.	43
Gráfica.2	Tasas ajustadas de mortalidad ajustadas a Hombres. Municipio de Uramita - Antioquia. 2015 – 2024.	44
Gráfica.3	Tasas ajustadas de mortalidad ajustadas a Mujeres. Municipio de Uramita - Antioquia. 2015 – 2024.	45
Gráfica.4	Años de Vida Potencialmente Perdidos total–AVPP por grandes causas lista 6/67. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024.....	47
Gráfica.5	Años de Vida Potencialmente Perdidos Hombres–AVPP por grandes causas. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024	48
Gráfica.6	Años de Vida Potencialmente Perdidos mujeres–AVPP por grandes causas. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024	49
Gráfica.7	Tasa de AVPP por grandes causas general. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024	50
Gráfica.8	Tasa de AVPP por grandes causas hombres. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024.	51
Gráfica.9	Tasa de AVPP por grandes causas Mujeres. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024	52
Gráfica.10	Tasa ajustada de mortalidad para las enfermedades transmisibles en hombres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.....	53
Gráfica.11	Tasa ajustada de mortalidad para las enfermedades transmisibles en mujeres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.....	54
Gráfica.12	Tasa ajustada de mortalidad para las neoplasias en hombres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.	55
Gráfica.13	Tasa ajustada de mortalidad para las neoplasias en mujeres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.	56
Gráfica.14	Tasa ajustada de mortalidad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.....	57
Gráfica.15	Tasa ajustada de mortalidad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.....	58
Gráfica.16	Tasas ajustadas de mortalidad en el Periodo perinatal en hombres, 2015- 2024.	59
Gráfica.17	Tasa ajustada de mortalidad para causas externas en hombres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.	60
Gráfica.18	Tasa ajustada de mortalidad para causas externas en mujeres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.	61
Gráfica.19	Tasa ajustada de mortalidad para las demás causas hombres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.	62



Gráfica.20	Tasa ajustada de mortalidad para las demás causas mujeres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.	63
Gráfica.21	Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Uramita, 2014-2024	67
Gráfica.22	Tasa de mortalidad infantil, municipio de Uramita, 2014-2024	68
Gráfica.23	Tasa de mortalidad en menores de 5 años, municipio de Uramita, 2014-2024	69

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1	Pirámide poblacional. Municipio de Uramita - Antioquia, 2020 – 2025 - 2030.	19
Figura 2	Población por sexo y grupo de edad, Municipio de Uramita - Antioquia, 2025.	21
Figura 3	de tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad, Municipio de Uramita, 2014 – 2024.....	23
Figura 4	Pirámide población víctima.....	25
Figura 5	Pirámide población migrante	26

LISTADO DE MAPAS

1. Mapa	de División política administrativa y limites.....	12
2. Mapa	Zonas de Riesgo del municipio de Uramita - Antioquia, 2025.	14
3. Mapa	de Vías de comunicación.....	16



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.

7

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.



METODOLOGÍA

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

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

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

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

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



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a Dios, por brindarnos la fortaleza, el tiempo y la capacidad para llevar a cabo el proceso de análisis del documento, seguidamente se reconoce el apoyo fundamental del Ministerio de Salud y Protección Social, autor de la metodología Guía ASIS, por proporcionar las directrices necesarias para la correcta elaboración de este documento en el que participan los compañeros asesores del equipo técnico regional de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, quienes, con su conocimiento, colaboración y apoyo continuo, han guiado cada paso de este proceso.

9

Nuestro especial reconocimiento es para los líderes comunitarios especialmente, para los habitantes del municipio de Uramita, quienes participaron de manera dinámica en las actividades para recolección de datos y diagnósticos participativos como la cartografía social en la que su disposición y compromiso han sido cruciales para identificar de manera precisa las necesidades en salud del territorio. Asimismo, agradecemos a las autoridades locales y a los equipos técnicos por su dedicación y colaboración permanente, facilitando el acceso a información clave y los recursos necesarios para la elaboración de este análisis, con el propósito de establecer estrategias que mejoren la calidad de vida de todos los Uramiteños.

Agradecemos de manera especial al alcalde municipal, Leonardo Úsuga Correa, por su liderazgo, constante apoyo y compromiso con los temas de salud, reconociendo la importancia de contar con un equipo sólido en la Secretaría de Salud para gestionar la información y guiar las acciones estratégicas en pro del bienestar de la comunidad.



SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dpto.: Departamento
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
MEF: Mujeres en edad fértil
Mpio: Municipio
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
No: Número
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional
PIB: Producto Interno Bruto
SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB: Tuberculosis
TGF: Tasa Global de Fecundidad
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano



1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización

Uramita es de los municipios más jóvenes de la región antioqueña, con 46 años de vida municipal, ubicada en la subregión Occidente del Departamento de Antioquia, entre los cañones del río sucio y el río Uramita, a una distancia de 142 Km de la ciudad de Medellín, la capital del departamento. La cabecera municipal está localizada a 6°54'26" de la latitud norte y 76°10'10" de la longitud oeste de Greenwich, con una altura sobre el nivel del mar de 650 mts y una temperatura media de 25° C.

11

Los límites geográficos del municipio por el Norte y el Occidente son con el municipio de Dabeiba, por el oriente con el municipio de Cañasgordas, por el sur con el municipio de Frontino y por el nororiente con el municipio de Peque.

La división política administrativa del municipio está conformada por dos corregimientos definidos como El Pital y Ambalema, así como 42 veredas y 8 barrios en la cabecera municipal (Cabuyal, El Totumo, Santa Ana, San José, Lourdes, El Socorro, Central, Jesús María Rúa). El territorio indígena establecido dentro de la jurisdicción del municipio de Uramita, está determinado por los dos globos de tierra adjudicados por el INCORA a las comunidades de CHARCON - EL CALICHE y LOS NARANJOS QUEBRADA SANTAMARIA, las cuales ocupan una extensión de 85,65 y 48,67 hectáreas respectivamente.

1.Tabla de Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia. Municipio de Uramita,2025.

Municipi o	Extensión Urbana		Extensión Rural		Extensión Total	
	Extensió n	Porcenta je	Extensió n	Porcenta je	Extensió n	Porcenta je
URAMITA	0,525	0,22%	237	99%	239	100%

Fuente: Planeación municipal. Municipio de Uramita, Antioquia, 2025



diferentes niveles de terrazas, producto de las dinámicas de los ríos que la atraviesan como tal el Riosucio.

Bosque muy húmedo montano bajo (bmh - MB) tiene como límites climáticos generales una biotemperatura media aproximada entre 12° y 18°C, un promedio de lluvias anuales de 2.000 a 4.000 mm, ocupa una faja altimétrica que se puede señalar aproximadamente entre 1.900 y 2.900 metros.

Bosque muy húmedo premontano (bmh - PM) tiene como límites climáticos generales una biotemperatura media aproximada entre 18° y 24°C, un promedio de lluvias anuales de 2.000 a 4.000 mm.

13

Hidrografía

El municipio cuenta con abundantes cursos de agua, entre ellos los de las quebradas Novogá, Iracal, Encalillada, Arenales, entre otros, que desembocan a los Ríos Juntas de Uramita y Río Sucio que atraviesa el municipio. El mal manejo de las aguas de estas cuencas, por la poca vegetación en sus riveras y por servir de alcantarillado y depósitos de basuras, han contribuido el mal estado higiénico y a catástrofes de diversa índole, el área urbana es atravesada por dos ríos y una quebrada que en la época de invierno se rebosan agravando la situación, la cantidad de basuras y aguas negras en verano constituyen un foco de contaminación.

Zonas de riesgo

El municipio cuenta en un alto porcentaje con zonas de amenaza y de riesgo por procesos erosivos, deslizamientos, avalanchas torrenciales con desplazamientos en masa, socavación de taludes en las márgenes de los ríos y quebradas debido a las condiciones geográficas y topográficas. Las principales amenazas a las que está sometido el Municipio de Uramita son: Erosión de terrazas (donde se encuentra construida la cabecera municipal), deslizamientos, caída de bloques, inundaciones y amenaza de tipo sísmica.

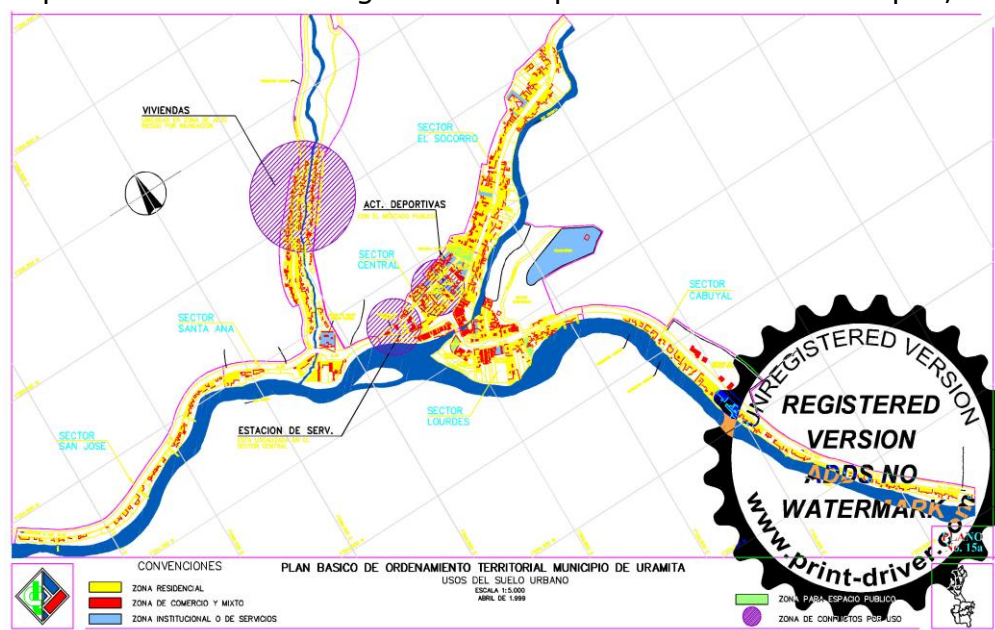
La desestabilización de los taludes de los cauces, desvío y cambio en la dinámica de las corrientes son el resultado de la acción de las corrientes que circundan la población, estos procesos son aumentados por la extracción de material de playa cerca al casco urbano. La ausencia de adecuada cobertura vegetal en algunos escarpes produce caída de bloques; este proceso cobra importancia en la base del escarpe aledaño al río Juntas, específicamente en los barrios El Socorro y La Feria, donde las fuertes pendientes y el suelo arcilloso y poco compacto provocan desestabilización del terreno. La deforestación de la zona, el sobre pastoreo en las laderas adyacentes al casco urbano y el efecto de la acción de algunas pequeñas corrientes, arroyos y agua de escorrentía cerca de las cabeceras genera deslizamientos, así como también la construcción de las nuevas vías 4G que generan una mayor desestabilización del terreno.

Sobre la llanura de la quebrada La Encalichada donde la sección es más estrecha, se construyeron algunas viviendas del barrio Santa Ana que son afectadas en las crecientes, la torrencialidad de los ríos y las crecientes que presentan, los desechos sólidos arrojados a los lechos del río Juntas, producen inundaciones que afectan en especial a las viviendas construidas en las llanuras de inundación de dichas corrientes. Lo anterior hace que se presenta la probabilidad de ocurrencia de crecientes y avenidas torrenciales en las zonas bajas del área urbana de Uramita, tanto para la vertiente del río Juntas como para la del río Sucio.

14

El municipio de Uramita está ubicado en una zona de riesgo sísmico intermedio, en la cual se presentan periódicamente enjambres de sismos de magnitud media a baja que afectan áreas relativamente pequeñas, con el mayor riesgo de que generen deslizamientos que provoquen represamientos en los ríos de gran caudal que atraviesan el municipio.

2. Mapa Zonas de Riesgo del municipio de Uramita - Antioquia, 2025.



Fuente. Plan de Ordenamiento Territorial Municipio de Uramita – Antioquia, 2025.

Temperatura y humedad

De acuerdo con las clasificaciones por zonas de vida, la cabecera municipal corresponde al bosque seco tropical con una temperatura anual de 25° centígrados, precipitación promedio por el año entre 1000 y 2000 mm. A nivel rural el municipio presenta climas más frescos debido a sus altas montañas, lográndose alturas mayores de 650 y hasta 2500 metros sobre el nivel del mar.



La topografía montañosa tiene tendencia a la erosión, su fertilidad es moderada y el drenaje es bueno por la misma conformación del suelo.

1.1.3 Accesibilidad geográfica

2.Tabla de Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros de municipio de Uramita a la ciudad más cercana.

Cuidad	Distancia en Kilómetros entre las ciudades cercanas	Tipo de transporte entre las ciudades cercanas	Tiempo estimado del traslado hacia ciudades cercanas	
			horas	Minutos
Medellín	158	Terrestre	3	35
Apartadó	156	Terrestre	2	35

Fuente: Planeación municipal Uramita, Antioquia, 2025.

3.Tabla de Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Uramita hacia los municipios vecinos, 2025.

Municipio vecino	Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino	
			horas	Minutos
Frontino	23	Terrestre	0	35
Dabeiba (Variante de Fuemia)	19	Terrestre	0	25
Cañasgordas	27	Terrestre	0	30
Peque	65	Terrestre	3	00

Fuente: Planeación municipal Uramita, Antioquia, 2025.

3. Mapa de Vías de comunicación



Fuente: Gobernación de Antioquia vías y transportes, 2025.

16

Vía Uramita - Dabeiba: conecta Uramita con el municipio de Dabeiba al norte, permitiendo el tránsito hacia otras localidades del occidente antioqueño.

Vía Uramita - Cañasgordas: hacia el este, esta carretera une Uramita con Cañasgordas, facilitando el acceso a la Troncal de Occidente, una de las principales arterias viales de la región.

Vía Uramita - Frontino: al sur, esta ruta comunica con Frontino, ampliando las opciones de movilidad hacia el suroeste de Antioquia.

1.2 Contexto poblacional y demográfico

Población total

Según cifras del DANE, el municipio de Uramita tiene una población total de 7,329 personas, compuesta por 3,752 hombres (51.18%) y 3,577 mujeres (48.82%), mostrando un leve predominio masculino. La mayor parte de la población se concentra en los grupos de edad 0-19 años (31.86%) y 20-44 años (33.85%). Los niños y adolescentes representan una base importante para el futuro desarrollo del municipio, mientras que la población en edad productiva es clave para el dinamismo económico y social. El grupo de adultos mayores (60 años y más) constituye el 14.2% de la población total, destacando una población envejecida moderada que requerirá atención en salud y servicios especializados.

Densidad poblacional por km²

Uramita cuenta con una extensión total de 293 Km², por lo que para el año 2025 la densidad poblacional del municipio de Uramita es de 30.7 Hab/Km². Esta baja densidad poblacional muestra que Uramita no presenta problemas de hacinamiento o sobrepoblación, aunque sí enfrenta desafíos para garantizar el acceso equitativo a servicios básicos e infraestructura, sobre todo en las zonas rurales más apartadas.



De acuerdo con la información suministrada cabe destacar que la mayor proporción de la población del municipio se encuentra ubicada en el área rural (63.3%) y una menor proporción en el área urbana (36.7%). De la población rural el 2% es población indígena la cual se encuentra ubicada en dos asentamientos Santa María y Charcón que conforman un resguardo.

4.Tabla Población por área de residencia. Municipio de Uramita - Antioquia, 2024

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
N°	%	N°	%		
2.693	36,7	4.636	63,3	7.329	36,7

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Grado de urbanización

El grado de urbanización del municipio de Uramita es del 36.7% se evidencia un aumento de 0,3 unidades frente el año anterior, sin embargo, la población en su mayoría se sigue ubicando en el área rural, evidenciando un escaso desarrollo económico.

5.Tabla Número de viviendas, hogares. Municipio de Uramita - Antioquia, proyección 2025.

Área	Viviendas	Hogares
Cabecera	1.321	1.051
Resto	2.099	1.499
Total	3.420	2.550

Fuente: DANE.

La tabla proyectada para el año 2025 muestra una estimación del número de viviendas y hogares en el municipio de Uramita, desglosada por área (cabecera y resto del municipio). En total, se proyectan 3.420 viviendas, de las cuales el 38.6% (1.321) están ubicadas en la cabecera municipal, mientras que el 61.4% restante (2.099) corresponden a zonas rurales. Esto refleja una marcada distribución territorial, con predominio del sector rural, característica de los municipios cuya economía se sustenta principalmente en actividades agropecuarias y forestales.

En cuanto al número de hogares, se estima un total de 2.550, de los cuales el 41.2% (1.051 hogares) residen en la cabecera, y el 58.8% (1.499 hogares) en el área rural. Esta diferencia pone de manifiesto una mayor dispersión poblacional en las zonas rurales, lo que puede generar retos en el acceso a servicios públicos, infraestructura y programas sociales, subrayando la importancia de fortalecer las políticas de desarrollo rural y de mejorar la

conectividad y cobertura de servicios básicos para atender las condiciones propias de la población de Uramita.

Población por pertenencia étnica y Mapa

En el municipio de Uramita para el año 2025, se registran 112 personas auto reconocidas como indígenas, representando el 1.5% del total de la población, así como 68 personas que se auto reconocen como negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a), equivalente al 0,9% de la población, por lo que es importante que el Municipio formule e implemente medidas orientadas a la inclusión, visibilización y garantía de derechos de estas poblaciones étnicas.

18

6.Tabla Población por pertenencia étnica. Municipio de Uramita - Antioquia, 2025.

Autoreconocimiento étnico	Casos	%
Indígena	112	1,5%
Gitano(a) o Rrom	0	0,0%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0,0%
Palenquero(a) de San Basilio	0	0,0%
Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	68	0,9%
Ningún grupo étnico-racial	7.149	97,5%
Total	7.329	100%

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

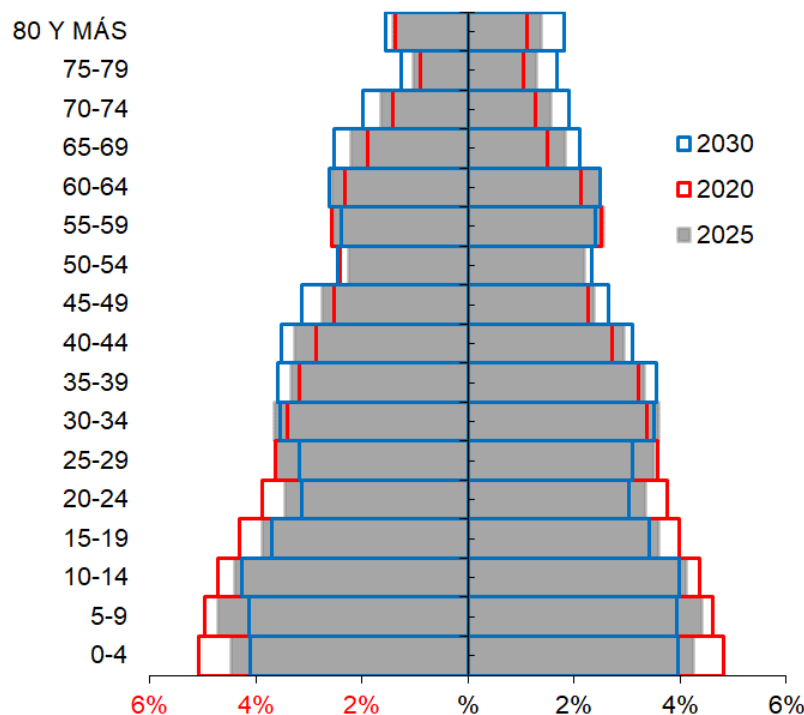
1.2.1 Estructura demográfica

Pirámide poblacional

La pirámide poblacional del municipio de Uramita para el año 2025, comparada con las proyecciones de 2020 y 2030, evidencia un crecimiento demográfico moderado en ambos géneros, con una relación de 105 hombres por cada 100 mujeres. En los grupos infantiles entre 0 y 14 años se observa una disminución progresiva, lo que sugiere una reducción en la tasa de natalidad y una transición hacia una población menos joven. En los grupos de adultos jóvenes (15-34 años) se presenta un ligero aumento, especialmente entre los 25 y 34 años, lo que refleja el paso de la población juvenil hacia etapas más productivas y estables de la vida laboral. Por su parte, los grupos de 35 a 59 años muestran un incremento sostenido, indicando el envejecimiento natural de cohortes jóvenes de años anteriores y una mayor concentración en edades productivas.

Finalmente, la población de adultos mayores (60 años y más) presenta un crecimiento notable en ambos sexos, especialmente en las mujeres, lo que evidencia una mayor esperanza de vida y un proceso de envejecimiento poblacional moderado. Este comportamiento demográfico sugiere la necesidad de fortalecer las políticas públicas orientadas a la atención integral del adulto mayor y la planificación de servicios de salud acordes con esta tendencia.

Figura 1 Pirámide poblacional. Municipio de Uramita - Antioquia, 2020 – 2025 - 2030.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Otros indicadores demográficos

Relación hombres/mujer: La relación se mantiene equilibrada, pasando de 105,8 hombres por cada 100 mujeres en 2020 a 104,9 en 2025, y proyectándose en 104,2 para 2030. Esta tendencia refleja una proporción estable entre ambos sexos, con una leve reducción en la brecha hacia el equilibrio poblacional.

Razón niños/mujer: Disminuye de 43,2 niños por cada 100 mujeres en edad fértil en 2020 a 38,5 en 2025, y se proyecta a 36,0 en 2030, lo que evidencia una reducción sostenida en la fecundidad y una menor cantidad de nacimientos esperados en los próximos años.

Índice de infancia: Desciende de 28,6 en 2020 a 26,4 en 2025, y continúa bajando hasta 24,4 en 2030, lo que indica una disminución gradual de la población infantil, posiblemente asociada a menores tasas de natalidad y a un cambio en las dinámicas familiares.

Índice de juventud: Pasa de 23,1 en 2020 a 21,4 en 2025, y a 19,6 en 2030, mostrando una menor proporción de jóvenes dentro de la estructura demográfica del municipio.

Índice de vejez: Aumenta de 10,5 en 2020 a 12,4 en 2025, alcanzando 14,8 en 2030, lo que refleja un crecimiento sostenido de la población adulta mayor y una mayor esperanza de vida, especialmente en las mujeres.

Índice de envejecimiento: Presenta un incremento importante, pasando de 36,8 en 2020 a 47,0 en 2025 y 60,8 en 2030, lo que confirma una transición demográfica hacia una población más envejecida.

Índice demográfico de dependencia: Se mantiene relativamente estable, con 64,1 en 2020, 63,3 en 2025 y 64,4 en 2030, mostrando una carga total de dependencia constante, aunque con un cambio en su composición interna.

Índice de dependencia infantil: Desciende de 46,9 en 2020 a 43,1 en 2025, y a 40,0 en 2030, lo que indica una menor carga asociada a la población infantil.

Índice de dependencia de mayores: Aumenta de 17,2 en 2020 a 20,2 en 2025, y a 24,3 en 2030, reflejando una mayor carga de dependencia por envejecimiento de la población.

Índice de Friz: Disminuye de 156,6 en 2020 a 134,0 en 2025, y a 118,3 en 2030, evidenciando una transición hacia una población menos joven y más madura, coherente con la disminución de la fecundidad y el proceso de envejecimiento progresivo del municipio de Uramita.

7.Tabla Otros indicadores de estructura demográfica 2020, 2025, 2030.

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Poblacion total	7.042	7.329	7.524
Poblacion Masculina	3.620	3.752	3.839
Poblacion femenina	3.422	3.577	3.685
Relación hombres:mujer	105,8	104,9	104,2
Razón niños:mujer	43,2	38,5	36,0
Indice de infancia	28,6	26,4	24,4
Indice de juventud	23,1	21,4	19,6
Indice de vejez	10,5	12,4	14,8
Indice de envejecimiento	36,8	47,0	60,8
Indice demografico de dependencia	64,1	63,3	64,4
Indice de dependencia infantil	46,9	43,1	40,0
Indice de dependencia mayores	17,2	20,2	24,3
Indice de Friz	156,6	134,0	118,3

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Población por sexo y grupo de edad

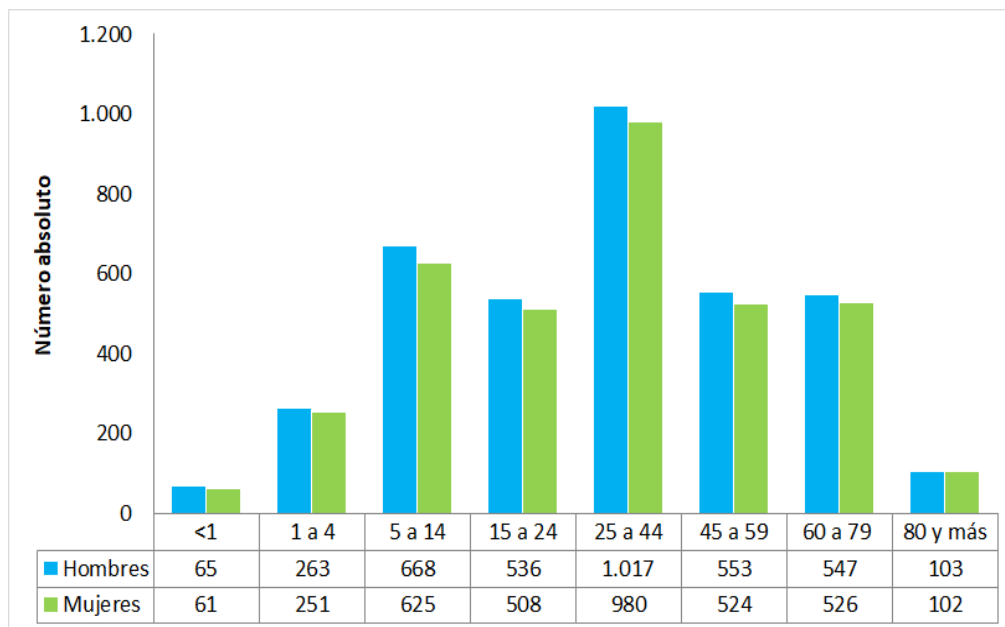
La estructura poblacional de Uramita (Antioquia) para el año 2025 evidencia una mayoría de personas en edad productiva, concentradas principalmente en el grupo de 25 a 44 años, con 1.997 habitantes (27,2% del total). Esta distribución es favorable para el dinamismo económico y social, ya que representa una base laboral sólida y activa.

Los menores de 15 años suman 1.933 personas (26,4%), lo que muestra una población aún joven, aunque con una leve tendencia a la reducción de los nacimientos frente a años anteriores. Por su parte, los grupos de adultos mayores de 60 años alcanzan 1.278 personas (17,4%), reflejando un proceso de envejecimiento moderado que podría incrementarse en la próxima década.

La distribución por sexo se mantiene equilibrada, con 3.752 hombres (51,2%) y 3.577 mujeres (48,8%), lo que indica una ligera mayoría masculina. En conjunto, la estructura poblacional de Uramita revela un municipio con base demográfica activa, moderadamente joven y con signos incipientes de envejecimiento, lo que plantea retos y oportunidades para la planificación territorial, educativa y de salud pública.

21

Figura 2 Población por sexo y grupo de edad, Municipio de Uramita - Antioquia, 2025.



Fuente: DANE, SISPRO-MSPS

Tendencia grupo edad

La estructura por edad de la población de Uramita muestra una reducción progresiva en los grupos más jóvenes y un aumento sostenido de la población adulta y mayor. Los menores de 5 años (<1 y 1 a 4) disminuyen su participación de 9,9% en 2020 a 8,7% en 2025 y 8,1% en 2030, lo que refleja una baja sostenida en la natalidad y un cambio en la dinámica de crecimiento natural.

La población infantil y juvenil (5 a 24 años) también presenta una tendencia descendente, pasando de 34,6% en 2020 a 31,8% en 2025 y 29,6% en 2030, evidenciando un envejecimiento gradual de la base poblacional. En contraste, el grupo en edad productiva (25 a 44 años) se mantiene estable y predominante, con 26,0% en 2020, 27,2% en 2025 y 27,1% en 2030, consolidándose como el principal soporte demográfico y económico del municipio.

22

Por su parte, los grupos mayores (45 años y más) muestran un crecimiento constante, destacándose el incremento de la población de 60 a 79 años, que pasa de 12,5% en 2020 a 14,6% en 2025 y 16,5% en 2030, junto con el grupo de 80 años y más, que aumenta de 2,5% a 2,8% y luego a 3,4%. Estos cambios confirman una transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional, lo que plantea la necesidad de fortalecer los servicios de salud, protección social y atención integral al adulto mayor en el municipio.

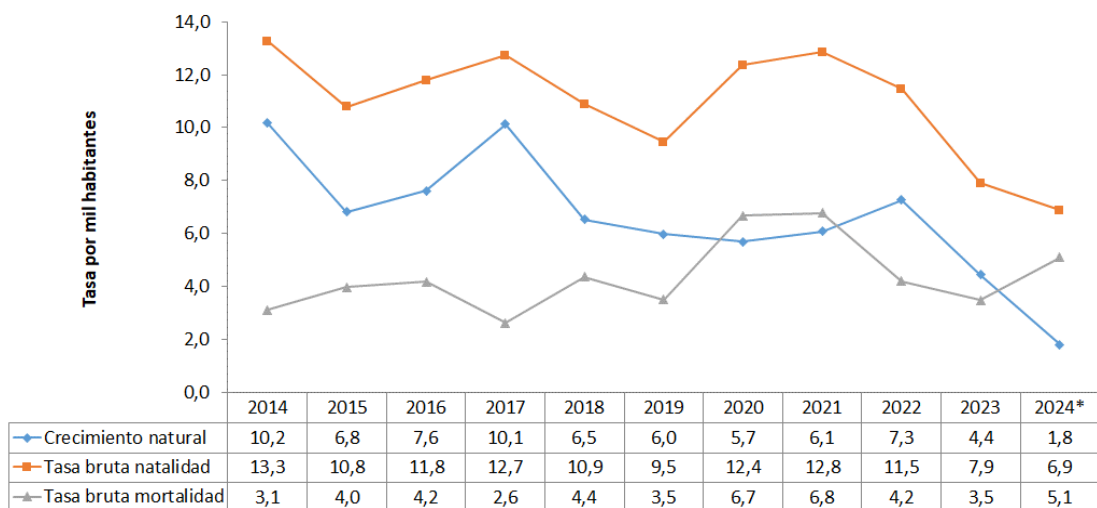
1.2.2 Dinámica demográfica

El crecimiento natural de Uramita muestra una marcada tendencia descendente, pasando de 10,2 por mil en 2014 a 1,8 en 2024, reflejando una reducción sostenida del ritmo poblacional asociada a la baja natalidad y leves aumentos de mortalidad en algunos años.

La tasa bruta de natalidad desciende de 13,3 a 6,9 por mil habitantes en el mismo periodo, evidenciando una menor fecundidad y cambios en los patrones reproductivos, como la postergación de la maternidad y la preferencia por familias más pequeñas.

Por su parte, la tasa de mortalidad presenta fluctuaciones moderadas, con picos en 2020 y 2021 (6,7 y 6,8 por mil) asociados al impacto de la pandemia de COVID-19, pero mantiene niveles bajos, cerrando 2024 con 5,1 por mil. En conjunto, los indicadores confirman una transición demográfica hacia una población más estable y envejecida. *Cabe aclarar que los datos correspondientes al año 2024* son de carácter preliminar y están sujetos a ajustes por las fuentes oficiales.*

Figura 3 de tasa de crecimiento natural, tasa de mortalidad, natalidad, Municipio de Uramita, 2014 – 2024.



Fuente: DANE, SISPRO-MSPS

Tasas específicas de fecundidad 10 a 14, 15 a 19, 10 a 19

En el municipio de Uramita, la tasa de fecundidad en adolescentes evidencia una disminución sostenida durante la última década, reflejando avances en la prevención del embarazo a temprana edad.

En el grupo de 10 a 14 años, el indicador se mantiene en niveles muy bajos, pasando de 9,6 por mil en 2021 a 0,0 entre 2022 y 2023, y registrando 3,3 en 2024. Este comportamiento representa un avance positivo, pues indica que los casos de embarazo infantil tienden a ser esporádicos y controlables.

En el grupo de 15 a 19 años, la tasa disminuye de 77,5 en 2022 a 60,4 en 2023, y posteriormente a 48,9 por mil mujeres en 2024, consolidando una reducción sostenida del embarazo adolescente y una mejora respecto a los niveles más altos registrados entre 2017 y 2022.

En conjunto, la fecundidad total entre los 10 y 19 años baja de 36,5 a 24,6 por mil mujeres, confirmando una tendencia descendente. Estos resultados reflejan el impacto positivo de las estrategias de salud pública, educación sexual integral y promoción de derechos sexuales y reproductivos, especialmente en colegios, instituciones y grupos juveniles. Se recomienda mantener y fortalecer estas acciones para continuar reduciendo el embarazo adolescente y promover una sexualidad informada y responsable. *Cabe aclarar que los datos correspondientes al año 2024* son de carácter preliminar y están sujetos a ajustes por las fuentes oficiales.*



8.Tabla Específica de Fecundidad en mujeres entre 10 a 14 años y 15 a 19 años.
Municipio de Uramita - Antioquia, 2014 - 2024.

Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	2,6	5,5	5,7	0,0	2,9	0,0	3,2	9,6	0,0	0,0	3,3	
De 15 a 19	83,1	72,2	62,0	80,2	67,3	69,9	67,1	63,8	77,5	60,4	48,9	
De 10 a 19	41,9	38,8	33,9	40,3	35,1	33,6	33,8	35,4	36,5	28,2	24,6	

Fuente: DANE- SISPRO, MSPS

1.2.3 Movilidad forzada

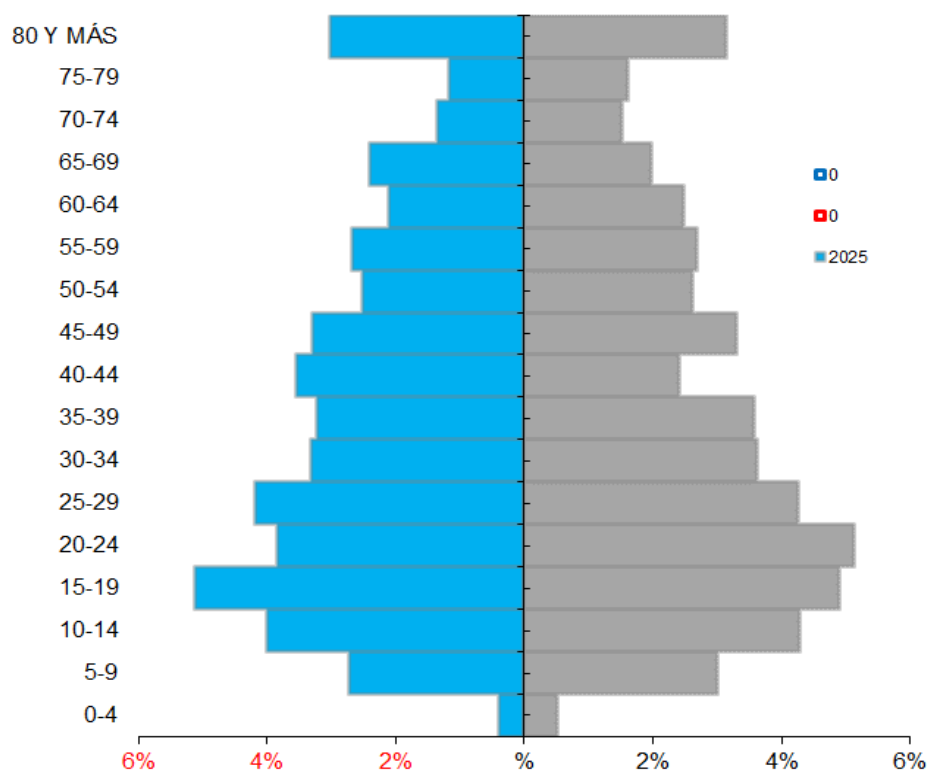
De acuerdo con la información disponible para el año 2025, la población de Uramita se concentra principalmente entre los 15 y 39 años, con una participación destacada de los grupos de 15 a 19 años (426 personas) y 20 a 39 años (890 personas), lo que representa la franja etaria más afectada por hechos victimizantes. Estos grupos corresponden a las edades más vulnerables por su participación en actividades económicas y sociales, y su exposición a situaciones de riesgo.

En cuanto a la distribución por etnia y sexo, la mayoría de las víctimas reportadas pertenecen a la población afrocolombiana, con un total de 1.439 casos, predominando los hombres (1.316) frente a 123 mujeres. El grupo de etnia no reportada suma 147 casos, lo que evidencia limitaciones en la caracterización étnica de las víctimas. Por su parte, la población ROM (gitana) registra los niveles más bajos, con 3 casos.

Respecto a los hechos victimizantes, la vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades ilícitas continúa siendo el evento más frecuente, con 8 casos (todos hombres). Le siguen las afectaciones por minas antipersonal y municiones sin explotar, con 5 víctimas en ambos sexos.

Estos datos evidencian la necesidad de reforzar las estrategias locales de prevención, atención psicosocial y reparación integral a las víctimas, así como mejorar los mecanismos de registro y categorización para garantizar una respuesta más precisa y efectiva frente a las secuelas del conflicto armado en el municipio.

Figura 4 Pirámide población víctima



Fuente: DANE- SISPRO, MSPS

1.2.4 Población LGBTIQ+

Actualmente no existen cifras detalladas sobre la cantidad de personas que se identifican como parte de la comunidad LGTBIQ+ específicamente en el municipio de Uramita, sin embargo en Colombia, el Departamento Nacional de Planeación ha avanzado en políticas de inclusión y protección para la comunidad LGTBIQ+ a nivel nacional, pero los datos específicos de esta población varían y suelen estimarse a nivel departamental o nacional en lugar de municipal por lo que se trabaja en recopilación de datos que visualice la participación de la población diversa para su inclusión en políticas locales de derechos y desarrollo social. No obstante, el municipio de Uramita de acuerdo a información suministrada por miembros de la comunidad LGTBIQ+ presenta una población aproximada de 37 personas de los cuales hay 15 mujeres y 22 hombres.

1.2.5 Dinámica migratoria

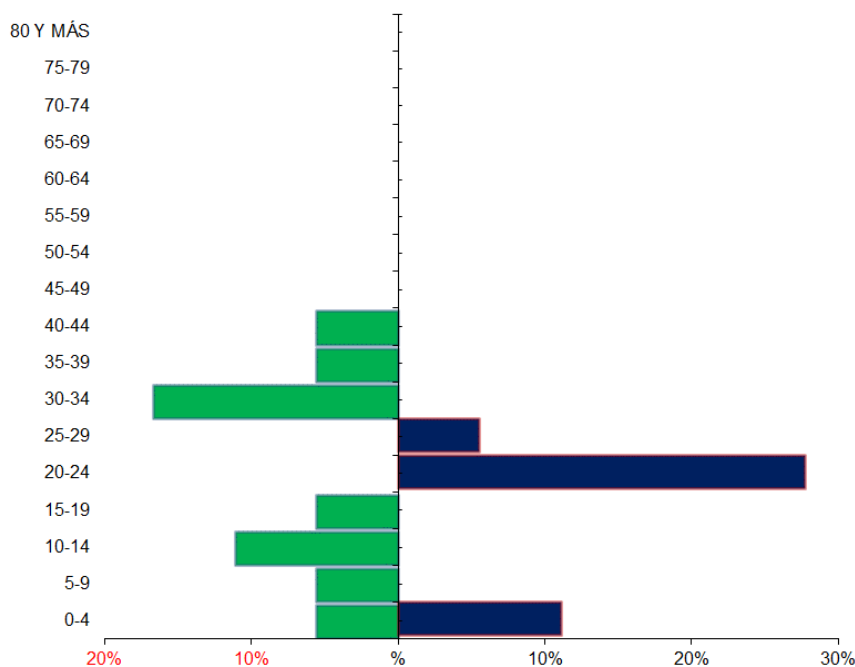
Con base en la pirámide de población migrante del municipio de Uramita, se observa una mayor participación de hombres (10 casos) frente a mujeres (8 casos), aunque ambos géneros presentan una concentración marcada en edades

jóvenes y productivas. Entre las mujeres, destacan los grupos de 20 a 24 años (5 casos) y 25 a 29 años (1 caso), que en conjunto representan la mayoría de la migración femenina, lo que sugiere que este fenómeno está asociado a la búsqueda de oportunidades laborales, educativas y de bienestar.

En los hombres, la migración se concentra entre los 10 y 34 años, especialmente en el grupo de 30 a 34 años (3 casos), lo que indica un perfil migrante predominantemente joven y en edad económicamente activa, posiblemente impulsado por la falta de empleo estable o expectativas de mejor ingreso fuera del territorio.

El patrón general evidencia que la migración en Uramita está liderada por población joven en etapa productiva, motivada por razones económicas, educativas y de movilidad social, con una baja representación en edades mayores, lo que sugiere que el desplazamiento se da principalmente en las etapas de inserción laboral y formación profesional.

Figura 5 Pirámide población migrante



Fuente: DANE

1.2.6 Población Campesina

El municipio de Uramita, cuenta con una población estimada de 7,329 habitantes para 2025, según proyecciones del DANE, de los cuales 3,752 son hombres (51.2%) y 3,577 mujeres (48.8%). Aproximadamente el 63.6% de la población,



equivalente a 4,660 personas, se dedica a actividades agrícolas y ganaderas, principalmente al cultivo de café, plátano, maíz y frijol, además de la ganadería como complemento económico. Sin embargo, la falta de empleo formal impulsa el trabajo informal, y la población rural enfrenta limitaciones en servicios básicos, especialmente en zonas apartadas.

Los campesinos de Uramita conservan una vida comunitaria solidaria y tradicional, pero la migración de jóvenes hacia centros urbanos ha generado un envejecimiento poblacional y una reducción de la mano de obra calificada en el campo, lo que pone en riesgo la sostenibilidad del sector agropecuario. La estructura por edad y género refleja una mayoría de adultos en edad productiva, con una participación de niños y adolescentes en labores agrícolas familiares, lo que resalta la necesidad de fortalecer la educación rural, el empleo local y la infraestructura básica para garantizar el desarrollo sostenible del municipio.

27

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

En el municipio de Uramita, en el año 2024, se encuentran habilitados los servicios de primer nivel en la E.S.E. Hospital Tobías Puerta es la única IPS pública del municipio cuenta con una amplia oferta de servicios de salud, evidenciando una cobertura integral en diversas áreas. En términos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, hay una IPS habilitada para servicios como esterilización, laboratorio clínico, lactario-alimentación, servicio farmacéutico, tamización de cáncer de cuello uterino, toma de muestras citologías cervicouterinas, toma de muestras de laboratorio clínico y toma e interpretación de radiografías odontológicas.

La consulta externa se encuentra respaldada con IPS habilitadas en enfermería, medicina y odontología generales. Además, para los servicios de internación, hay IPS disponibles para la atención general de adultos, pediátrica y obstetricia. En el ámbito de los procesos, se cuenta con una IPS habilitada para el proceso de esterilización. La protección específica y detección temprana se aborda mediante IPS habilitada para atención preventiva de salud oral, detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, crecimiento y desarrollo en niños, desarrollo en jóvenes, alteraciones del embarazo, alteraciones en adultos mayores de 45 años, cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, planificación familiar, promoción en salud, atención al recién nacido, atención del parto, atención en planificación familiar para hombres y mujeres, atención preventiva en salud bucal y vacunación.

Adicionalmente, se encuentra disponible un servicio de transporte asistencial básico y urgencias en una IPS habilitada. Estas habilitaciones representan



progresos en la cobertura integral de servicios de salud en Uramita durante el año 2024, brindando atención desde el diagnóstico hasta la atención preventiva y de emergencia.

9.Tabla 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 esterilización	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	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 servicio farmacéutico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	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
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
URGENCIAS	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 servicio de urgencias	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Otros indicadores del sistema sanitario

Los indicadores de los determinantes intermedios de salud en Uramita para el año 2024 muestran una combinación de avances y desafíos frente a los promedios departamentales. En términos de acceso a servicios, el municipio presenta bajos niveles de barreras para la atención en salud (2,7%) y para el cuidado de la primera infancia (2,6%), cifras positivas que reflejan una cobertura adecuada y una buena articulación del sistema de atención primaria.

Sin embargo, la cobertura de afiliación al SGSSS (84,0%) se encuentra por debajo del promedio departamental (103,4%), lo que sugiere brechas en aseguramiento, especialmente en zonas rurales dispersas. En cuanto a inmunización infantil, se observan deficiencias importantes: la cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos es muy baja (7,8%), y las de polio (73,4%), triple viral (79,1%) y DPT 3 dosis (84,4%) también están por debajo del estándar regional, lo que evidencia una disminución en la oportunidad y continuidad de los programas de vacunación.



Por otro lado, los indicadores de atención materno-infantil muestran resultados sobresalientes: el 84% de las gestantes realizaron cuatro o más controles prenatales, mientras que la cobertura de parto institucional y atención por personal calificado alcanzó el 100%, lo que garantiza la seguridad materna y neonatal.

En conjunto, los resultados reflejan un sistema sanitario con fortalezas en la atención materna y acceso general a servicios, pero con retos en vacunación y aseguramiento en salud, lo que demanda estrategias de refuerzo logístico, fortalecimiento del talento humano en salud pública y mayor seguimiento a la cobertura efectiva de inmunización infantil.

10.TablaOtros indicadores de sistema sanitario

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Uramita	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	2,6													↗						
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE) 2019	2,6	2,7													↗						
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) 2024	103,4	84,0				↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS) 2024	88,6	7,8	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	89,0	84,4	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (Información departamento-Preliminar) 2024	88,8	73,4	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS) 2024	91,7	79,1	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE) 2024	92,9	84,0	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE) 2024	99,4	100,0	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE) 2024	99,4	100,0	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Caracterización EAPB

Según las cifras de afiliación en salud con corte a septiembre de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social, el municipio de Uramita cuenta con 7.191 afiliados al sistema de salud. Predomina el régimen subsidiado, que agrupa al 89,4 % de la población (6.428 personas), lo que evidencia una alta dependencia del aseguramiento estatal. El régimen contributivo representa solo el 7,8 % (560 afiliados), reflejando una baja proporción de personas con empleo formal o capacidad de pago, mientras que el régimen de excepción alcanza el 2,8 % (203 afiliados).

En cuanto a las entidades promotoras de salud (EPS), Coosalud concentra el mayor número de afiliados (59,9 % del total), seguida de Savia Salud EPS con 35,1 % y Nueva EPS con 2,2 %. La amplia cobertura del régimen subsidiado



confirma la dependencia de la población uramiteña del sistema público de salud, subrayando la necesidad de fortalecer las políticas de formalización laboral, sostenibilidad financiera y equidad en el acceso a los servicios, especialmente para las comunidades rurales y de bajos ingresos.

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

1.4.1 Políticas Públicas Municipales

Infancia y Adolescencia: Se busca garantizar el acceso universal a una educación de calidad con infraestructura adecuada, materiales didácticos y estrategias para reducir la deserción escolar, especialmente en zonas rurales. Se fortalecerán los servicios de salud materno-infantil y los programas de nutrición y prevención de enfermedades, así como los mecanismos de denuncia y atención ante casos de maltrato y abuso. Además, se promoverá la participación infantil y juvenil en decisiones que los afecten, fomentando el respeto de sus derechos y su desarrollo integral a través de actividades culturales, recreativas y deportivas, con una articulación interinstitucional que permita evaluar y ajustar las políticas según las necesidades locales.

Adulto Mayor: La política para el adulto mayor en Uramita busca mejorar su calidad de vida, inclusión y bienestar mediante el acceso equitativo a servicios de salud física, mental y emocional, y la creación de espacios de encuentro que promuevan la participación social, el envejecimiento activo y la recreación. Se impulsan programas de detección temprana de enfermedades, promoción de hábitos saludables y desarrollo de centros de día y voluntariado que fortalezcan su integración comunitaria y garanticen un envejecimiento digno.

Niñez y Familia: Esta política prioriza la protección de los derechos de la niñez y la prevención del maltrato a través de medidas de denuncia, capacitación a cuidadores y acompañamiento psicosocial. Se promueven oportunidades recreativas y de aprendizaje con programas culturales, deportivos y educativos, además de fortalecer el apoyo económico mediante pensiones, servicios sociales y fomento del emprendimiento familiar, con el fin de garantizar bienestar, autonomía y cohesión familiar.

Juventud: La política de juventud busca integrar a los jóvenes en el desarrollo del municipio, garantizando el acceso equitativo a la educación y formación profesional con becas, subsidios y programas de emprendimiento. Se promueve el desarrollo personal y social mediante la prevención del consumo de drogas y el embarazo adolescente, así como la participación en actividades culturales, deportivas y comunitarias. Además, se fomenta la inclusión y participación



ciudadana juvenil en espacios políticos y sociales, fortaleciendo su liderazgo, expresión cultural e incidencia en las decisiones locales.

Equidad de Género: Esta política promueve la igualdad de oportunidades y derechos entre hombres y mujeres mediante el empoderamiento económico de las mujeres, el acceso a financiamiento y redes de apoyo para emprendedoras. Se fortalecen los servicios de atención integral a víctimas de violencia y la formación de profesionales para su prevención, garantizando también el acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva. Asimismo, se fomenta la participación política femenina en espacios de decisión y la educación en valores de igualdad, respeto y relaciones libres de violencia desde la infancia.

31

Discapacidad: La política para la discapacidad garantiza el acceso universal a la educación inclusiva, la salud integral y los servicios sociales, mediante programas de rehabilitación, asistencia y adaptación de entornos. Se promueve la inclusión laboral y el emprendimiento con formación adaptada y beneficios a empresas incluyentes, además de impulsar la accesibilidad universal en espacios públicos, transporte y edificaciones, eliminando barreras físicas y sociales para asegurar la participación plena y autónoma de las personas con discapacidad.

1.4.2 Agenda Antioquia 2040 resultados del municipio en indicadores relacionados

El municipio de Uramita hizo parte de la cooperación a nivel regional para la construcción de la mano de la Gobernación de Antioquia de la agenda 2040, en la cual se establecieron líneas bases por medio de los líderes de cada región con el fin de determinar las acciones que se deben comenzar a implementar para llegar a la Antioquia que queremos en el año 2040, el municipio de Uramita determinó líneas bases de mayor a menor demanda relaciona con el Desarrollo Económico 35.68%, Desarrollo Rural y agropecuario 20.64%, ambiente y sostenibilidad 12.57%, infraestructura, movilidad y transporte 7.18%, educación 6.51%, para las siguientes líneas la demanda poblacional es menor a 6% las cuales son poblacional garantía de derechos y participación, cultura e identidades, salud, gobernanza y gobernabilidad, ciencia, tecnología e innovación y finalmente vivienda y habitad.

Como prioridad, se establece el desarrollo rural y agropecuario, buscando impulsar el crecimiento económico del territorio mediante la articulación de entidades públicas y privadas junto con actores municipales, departamentales y nacionales.

1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social

El municipio de Uramita, ubicado en la subregión de Occidente y limitando con Dabeiba, Cañasgordas, Frontino y Peque, fue leído y reinterpretado por sus comunidades rurales a través de un ejercicio de cartografía social desarrollado en diversas veredas y corregimientos. A partir de recorridos de campo, talleres participativos, entrevistas y observación directa, los habitantes construyeron mapas colectivos donde ubicaron sus viviendas, escuelas, centros de salud, fuentes hídricas, vías de acceso y zonas de riesgo, permitiendo complementar la caracterización técnica del territorio con la mirada cotidiana de quienes lo habitan y transitan a diario.

32

Desde esta perspectiva comunitaria, Uramita se reconoce como un territorio predominantemente rural, atravesado por una red vial que combina la carretera principal y vías terciarias en regulares o malas condiciones, lo que afecta de manera directa el acceso a servicios de salud, educación y comercialización de productos agropecuarios. Las comunidades de Ambalema, Peñas Blancas, Paramillo, El Corozo, El Retiro y El Llano señalaron que los derrumbes, los deslizamientos y las crecientes de la quebrada Iracal y otros afluentes dificultan la movilidad, especialmente en temporada de lluvias, alargando los tiempos de desplazamiento y, en ocasiones, obligando a suspender el transporte escolar y el acceso a la cabecera municipal. La comunidad enfatiza que la combinación de pendientes pronunciadas, suelos inestables y obras viales (como las vías 4G) ha incrementado la percepción de riesgo por deslizamientos e inundaciones.

En el casco urbano, la cartografía social permitió ubicar los principales puntos de referencia para la población: el parque principal, la iglesia Santa Ana, el Hospital Tobías Puerta, la estación de policía, la fiscalía, la registraduría, el Banco Agrario y algunos espacios comunitarios como el hogar del adulto mayor y el centro día (actualmente no habilitado). Sin embargo, la comunidad resalta el deterioro de varias infraestructuras educativas y de salud, tanto en el área urbana como en las escuelas rurales, con casos críticos como la escuela de Mediacuesta, amenazada por un nacimiento de agua cercano. Estos elementos fueron representados en los mapas como “puntos de vulnerabilidad”, donde se entrecruzan riesgos físicos (derrumbes, crecientes) y riesgos sociales (difícil acceso a servicios básicos).

Las fuentes hídricas —ríos, quebradas y nacimientos— ocupan un lugar central en la lectura comunitaria del territorio. En los mapas se señalaron no solo como recursos vitales para el consumo humano, la agricultura y la ganadería, sino también como espacios en riesgo por deforestación, vertimientos de aguas residuales y disposición inadecuada de residuos sólidos. La comunidad identifica



tramos de ríos y quebradas que funcionan, de facto, como alcantarillado y basurero, lo que incrementa la contaminación y favorece la presencia de vectores. Al mismo tiempo, se reconocen zonas de alto valor ambiental, asociadas a bosques, nacimientos y áreas de conservación, que la población percibe como “pulmones” del territorio y que se consideran prioritarias para la protección.

A partir de la cartografía social, también se identificaron puntos estratégicos para el desarrollo de jornadas extramurales de salud, vacunación y actividades de promoción de la salud mental, especialmente en veredas con mayor aislamiento geográfico y dificultades de comunicación. Los líderes, docentes y promotores de salud resaltaron la necesidad de fortalecer la presencia institucional en estos lugares, mejorar la señal de telefonía y definir rutas seguras de acceso durante el invierno. En conjunto, el ejercicio permitió reconocer que el territorio de Uramita no solo está marcado por su compleja geografía y su vocación agropecuaria, sino también por dinámicas de riesgo, resiliencia y organización comunitaria que deben ser tenidas en cuenta en la planeación en salud y en la gestión intersectorial del municipio.

33

1.6 Conclusiones del capítulo

El municipio de Uramita en 2025 evidencia un proceso de transformación demográfica y territorial marcado por su vocación rural y su desarrollo progresivo impulsado por obras de infraestructura como el Túnel del Toyo. Si bien estas mejoras han dinamizado la movilidad y el empleo, también han generado presiones sobre el ambiente y los suelos agrícolas, por lo que se requiere fortalecer la gestión ambiental, la planificación territorial y la prevención del riesgo, promoviendo la reforestación y el uso sostenible del territorio para garantizar un desarrollo equilibrado.

La estructura poblacional muestra un envejecimiento moderado con predominio de población en edad productiva y una base juvenil en descenso. La migración de jóvenes hacia centros urbanos en busca de oportunidades educativas o laborales representa un desafío para la sostenibilidad económica rural. Por ello, resulta esencial fomentar la educación técnica agropecuaria, el emprendimiento local y la generación de empleo digno que incentive la permanencia y el retorno al campo.

En materia de salud, Uramita presenta avances en atención materno-infantil y cobertura institucional, pero enfrenta brechas en vacunación y afiliación al sistema de seguridad social, especialmente en zonas rurales dispersas. Superar estas limitaciones implica fortalecer las jornadas extramurales, la articulación



entre el hospital, las EPS y la comunidad, y mejorar la planeación logística en salud pública para asegurar coberturas efectivas y sostenibles.

Finalmente, el municipio avanza en la consolidación de políticas públicas orientadas a la infancia, juventud, adulto mayor, equidad de género y discapacidad, que reflejan un compromiso con la inclusión y la equidad. No obstante, su impacto depende de la articulación intersectorial, la participación comunitaria y el seguimiento constante a los programas sociales. Uramita tiene el potencial de convertirse en un territorio sostenible e inclusivo si logra equilibrar el crecimiento económico con la protección ambiental y el bienestar integral de su población.



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

Uramita es un municipio netamente agropecuario y por lo tanto la ocupación de sus habitantes es en la producción de cultivos transitorios y permanentes, además de la ganadería y el manejo de especies menores. Se dedican principalmente al cultivo del maíz, la ahuyama, el tomate, el café, el limón y la caña panelera, en los últimos años se han adelantado como propuesta de economía solidaria la Corporación Secado de Occidente vincula a 26 familias de la vereda Iracal, de Uramita, con una propuesta innovadora de producción y comercialización de cúrcuma, con el apoyo de instituciones como el CTA, el programa Antójate de Antioquia, el DPS, la Corporación Universitaria Lasallista, el Sena, la CIAL y la Administración del Municipio de Uramita e impulsando la oferta turística con la belleza natural de sus sitios.

Para el territorio según los datos informados por la gobernación de Antioquia obtenido por la encuesta de calidad de vida 2019 la tasa de ocupación total es del 43,40 donde el 66.3% está representado por el género masculino y el 19,4 por las mujeres, de estos el 67.18 son hombres que hacen parte de zonas rurales y 18.8 son mujeres.

2.2 Condiciones de vida del territorio

Cobertura de servicios de electricidad, acueducto y alcantarillado

En Uramita persisten marcadas diferencias en el acceso a servicios públicos entre la cabecera urbana y el área rural. Mientras que la cobertura de energía eléctrica alcanza niveles óptimos tanto en la cabecera (94,7 %) como en el resto del municipio (100 %), los servicios de acueducto y alcantarillado continúan siendo exclusivos del casco urbano, sin presencia en las zonas rurales. Esta desigualdad refleja limitaciones históricas en infraestructura básica y dificultades geográficas que obstaculizan la extensión de redes hacia veredas dispersas. Fortalecer la inversión en saneamiento básico, promover proyectos comunitarios de abastecimiento de agua y buscar alianzas con entidades departamentales y nacionales resulta esencial para mejorar la calidad de vida rural y reducir las brechas territoriales en condiciones sanitarias y de salud ambiental.



11.Tabla Condiciones de vida, Municipio de Uramita 2022-2023

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	94,7	100,0
Cobertura de acueducto (DNP - TerriData) 2022	100,0	0,0
Cobertura de alcantarillado (DNP - TerriData) 2022	100,0	0,0

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

36

Seguridad Alimentaria

El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en Uramita alcanzó 20,0% en 2024, cifra mayor que el promedio departamental (11,3%). Según la semaforización, el indicador aparece en rojo, lo que indica que la diferencia relativa es mayor a 1 y el intervalo de confianza del 95% no atraviesa el valor de 1. Esto confirma que Uramita presenta un riesgo estadísticamente superior de bajo peso al nacer en comparación con Antioquia.

Históricamente, el municipio ha mostrado fluctuaciones importantes, con años de baja prevalencia como 2013 (4,3%) y 2019 (4,2%), seguidos por incrementos sostenidos, lo que evidencia inestabilidad en la atención prenatal y en la seguridad alimentaria de las gestantes. Este comportamiento puede estar relacionado con factores estructurales como pobreza, barreras de acceso a servicios de salud, carencias nutricionales y condiciones rurales dispersas que limitan el seguimiento adecuado del embarazo.

Ante esta situación, se hace necesario fortalecer los programas de control prenatal, garantizar la identificación temprana de gestantes de riesgo, y mejorar las estrategias de apoyo nutricional y acompañamiento psicosocial. Asimismo, se recomienda articular acciones intersectoriales entre salud, educación y programas de seguridad alimentaria para reducir las desigualdades que incrementan la probabilidad de bajo peso al nacer y mejorar los resultados materno-infantiles en el municipio.

12.Tabla Seguridad alimentaria, municipio de Uramita con respeto el departamento de Antioquia,2024.

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	Uramita	Comportamiento																	
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE) 2024*	11,3	20,0	-	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Cobertura de Educación

Los indicadores educativos de Uramita reflejan avances importantes, pero también retos persistentes en la calidad y acceso a la educación. El analfabetismo continúa siendo una preocupación central, con un 14,5% de hogares afectados frente al 4,5% de Antioquia, lo que evidencia una brecha estructural que limita las oportunidades laborales y sociales, especialmente en zonas rurales. Esta situación demanda fortalecer los programas de alfabetización para adultos, expandir las estrategias de educación flexible y promover la permanencia escolar desde la primera infancia, garantizando cobertura y acompañamiento pedagógico en comunidades apartadas.

37

En cuanto a la cobertura educativa, el nivel de primaria mantiene resultados relativamente altos (102,0%), aunque con una tendencia a la baja desde años anteriores, lo que sugiere desafíos en retención y acceso continuo. La educación secundaria muestra una recuperación sostenida, alcanzando nuevamente el 99,8% en 2022, mientras que la media sigue rezagada con 74,2%, lo que indica una deserción importante al finalizar el ciclo básico. Este panorama requiere fortalecer la infraestructura educativa, ampliar la oferta de educación media técnica y rural, y consolidar programas de apoyo económico y orientación vocacional que incentiven la continuidad escolar y reduzcan el abandono, especialmente en jóvenes rurales y de bajos recursos.

13.Tabla Cobertura de educación, Municipio de Uramita 2005-2022

Indicadores	Antioquia	Uramita	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	14,5	-													↗					
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN) 2022	103,3	102,0	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN) 2022	115,4	99,8	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN) 2022	94,2	74,2	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Pobreza (NBI o IPM)

En comparación con el departamento de Antioquia, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) del municipio de Uramita muestra una mayor heterogeneidad y concentración de pobreza en ciertas áreas. Con respecto al promedio departamental es generalmente más bajo, Uramita presenta una proporción considerable de manzanas con pobreza entre moderada y alta, lo que evidencia desafíos socioeconómicos mayores en comparación con la media departamental, donde se observa una mejor distribución de recursos y acceso a infraestructura, en Uramita, la mayor prioridad se concentra en 2 manzanas con

pobreza extrema (IPM >80%), donde se evidencian graves carencias en educación, salud y servicios básicos, y en 8 manzanas con pobreza moderada-alta (60%-80%) que también enfrentan privaciones considerables.

2.2 Dinámicas de convivencia en el territorio

Factores psicológicos y culturales

Las dinámicas de violencia intrafamiliar y de género en Uramita presentan un panorama preocupante que supera los promedios departamentales. La tasa de violencia intrafamiliar alcanza los 55,5 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que la violencia contra la mujer se eleva a 113,7, más del doble del promedio de Antioquia (52,2). Estas cifras reflejan no solo la persistencia de patrones culturales machistas y relaciones de poder desiguales, sino también la falta de redes de apoyo, atención psicológica y mecanismos efectivos de denuncia y protección. La prevalencia de estos hechos en el ámbito doméstico sugiere que las mujeres continúan siendo las principales víctimas, evidenciando una necesidad urgente de intervención integral.

38

Ante este contexto, se requiere fortalecer las estrategias institucionales y comunitarias de prevención y atención de la violencia, garantizando rutas efectivas de protección, acompañamiento jurídico y atención psicosocial para las víctimas. Además, es fundamental implementar programas educativos sobre resolución pacífica de conflictos, equidad de género y masculinidades no violentas, así como promover campañas de sensibilización en colegios y comunidades rurales. El trabajo articulado entre las entidades de salud, educación, justicia y bienestar social es esencial para transformar los patrones culturales que perpetúan la violencia y avanzar hacia una convivencia basada en el respeto, la igualdad y la protección de los derechos humanos.

14. Tabla Factores psicológicos y culturales municipio de Uramita, 2023.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Uramita
Tasa de violencia intrafamiliar. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	47,5	55,5
Tasa de Violencia contra la mujer. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	52,2	113,7

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

2.4 Análisis de la población en condición de discapacidad

El análisis de la población con discapacidad en Uramita para el año 2025 muestra un total de 91 personas afectadas, de las cuales 51 son hombres y 40 mujeres.



Las discapacidades físicas son las más prevalentes, afectando al 56,9% de los hombres y al 77,5% de las mujeres, seguidas por las discapacidades intelectuales y múltiples, que reflejan una carga importante de limitaciones tanto cognitivas como motoras. Este patrón evidencia una relación directa con las condiciones de vida rurales, el tipo de trabajo físico predominante y las limitaciones en el acceso oportuno a servicios médicos y de rehabilitación. Además, las discapacidades visuales y auditivas, aunque menos frecuentes, impactan considerablemente la autonomía y comunicación de las personas afectadas, principalmente mujeres adultas mayores.

Por grupos de edad, la mayor concentración de personas con discapacidad se observa entre los 55 y 69 años, reflejando el vínculo entre el envejecimiento y la aparición de limitaciones físicas y cognitivas. La baja presencia en edades tempranas sugiere avances en la detección y prevención, aunque persisten brechas en atención temprana. Es prioritario fortalecer las estrategias de inclusión social y laboral, garantizar servicios de rehabilitación accesibles y promover entornos seguros y adaptados para las personas con discapacidad. Asimismo, se recomienda implementar programas de educación y sensibilización comunitaria para disminuir el estigma, fomentar la participación activa y asegurar el goce efectivo de derechos de esta población en todo el municipio.

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

Desde la cartografía social realizada, las comunidades de Uramita describen un territorio donde las condiciones sociales y económicas están profundamente marcadas por la ruralidad, las dificultades de acceso y el deterioro de la infraestructura pública. En los mapas colectivos, la población ubicó como puntos críticos el Hospital Tobías Puerta —señalando su deterioro físico, las barreras para la asignación de citas y la limitada capacidad de respuesta en urgencias— y las escuelas rurales, de las cuales 16 fueron identificadas en condiciones de deterioro alto o moderado. El caso de la escuela de la vereda Mediacuesta, amenazada por un nacimiento de agua, aparece reiteradamente como símbolo de la vulnerabilidad de la niñez rural y de la falta de inversión oportuna en entornos escolares seguros.

Las comunidades también representaron en sus mapas la precariedad del acceso vial como un determinante central de la vida cotidiana. Los derrumbes y desbordamientos de la quebrada Iracal y otros afluentes, especialmente en temporadas de lluvias, fueron señalados como puntos de riesgo que aíslan



veredas como Ambalema, Peñas Blancas, Paramillo, El Corozo, El Retiro, El Llano y La Aguada. Esta situación no solo encarece el transporte de productos agrícolas, sino que dificulta el acceso a servicios de salud y educación, obligando en algunos casos a desplazarse a municipios vecinos como Cañasgordas. Por ello, en los ejercicios participativos la comunidad insistió en la necesidad de mejorar las vías terciarias, definir rutas seguras y fortalecer las brigadas médicas y la capacitación en primeros auxilios para que las propias veredas puedan actuar como primeros respondientes ante emergencias.

En el plano económico, la cartografía social confirmó que la vida en Uramita gira alrededor de la economía campesina, basada en el cultivo de café, plátano, cacao, maíz y frijol, así como en pequeñas actividades ganaderas. Sin embargo, los participantes identificaron la inestabilidad de precios, la dependencia de intermediarios y la presión de actividades no sostenibles —como la minería ilegal y la deforestación— como factores que debilitan los medios de vida rurales y generan tensiones por el uso del suelo y del agua. Las comunidades indígenas Emberá del corregimiento El Pital señalaron en sus mapas las dificultades de acceso a salud y educación, la poca capacidad para gestionar directamente recursos y proyectos, y el impacto de la minería y la tala sobre sus territorios ancestrales, lo que amenaza sus prácticas culturales y su seguridad alimentaria.

Finalmente, la cartografía social permitió visibilizar condiciones psicosociales y de convivencia que no siempre aparecen en los registros administrativos. En los talleres, la comunidad mencionó de manera recurrente problemas de depresión, ansiedad, baja autoestima, consumo de sustancias psicoactivas, bullying escolar, conflictos vecinales y sentimientos de soledad, especialmente en jóvenes y mujeres. Estos factores fueron ubicados en los mapas como “zonas de riesgo en salud mental” vinculadas a la falta de espacios comunitarios seguros, la escasez de alternativas recreativas y la presión económica. Como respuesta, se acordaron compromisos interinstitucionales para mantener y ampliar el programa de salud mental en la zona rural, fortalecer los grupos de apoyo, desarrollar jornadas extramurales y promover el autocuidado, la comunicación asertiva y la resolución pacífica de conflictos. Así, la cartografía social no solo describe el territorio, sino que orienta acciones concretas para mejorar las condiciones de vida desde la voz misma de las comunidades.

2.6 Conclusiones del capítulo

Este capítulo ofrece una visión actualizada e integral de las condiciones sociales y económicas que determinan la salud en Uramita, destacando cómo las brechas estructurales entre el área urbana y rural continúan afectando la calidad de vida de la población. A pesar de la buena cobertura eléctrica, la ausencia total de



acueducto y alcantarillado en zonas rurales refleja una desigualdad persistente en infraestructura básica que impacta directamente la salud ambiental y el bienestar comunitario. El aumento en el porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer y las altas tasas de violencia intrafamiliar y de género evidencian problemáticas interconectadas con las condiciones de pobreza, el limitado acceso a servicios de salud y la falta de redes efectivas de apoyo psicosocial. Además, el analfabetismo y la deserción en los niveles educativos superiores siguen siendo barreras que profundizan la exclusión social y económica, especialmente en los sectores rurales y en las mujeres.

Sin embargo, el municipio cuenta con potenciales de desarrollo que pueden ser aprovechados para revertir estas desigualdades. La consolidación de proyectos agroproductivos sostenibles como la producción de cúrcuma, el fortalecimiento de la economía campesina y el turismo rural representan oportunidades reales para generar empleo formal, promover la inclusión social y mejorar los ingresos familiares. En el ámbito social, es clave fortalecer la atención integral a la discapacidad, expandir los servicios de rehabilitación y avanzar hacia un modelo de salud comunitario con enfoque diferencial y territorial. A su vez, la articulación entre instituciones locales, departamentales y comunitarias puede favorecer la rehabilitación de infraestructura, la educación inclusiva, la equidad de género y la prevención de la violencia. Estos elementos, junto con políticas públicas sostenibles, permitirán consolidar un modelo de desarrollo humano y social en Uramita centrado en la equidad, la participación ciudadana y la mejora progresiva de las condiciones de vida.



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

Esta sección ofrece un estudio detallado sobre el estado de salud y las condiciones de vida en el municipio de Uramita, con énfasis en los indicadores de mortalidad que afectan a su población. Se analizan tanto las causas generales de fallecimiento como los factores específicos que inciden en ellas, utilizando información actualizada del periodo 2014-2024. A través de gráficos y tablas, se muestran las tendencias de la mortalidad ajustada por grandes grupos de causas, diferenciadas por sexo, junto con el cálculo de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Asimismo, se examinan los indicadores de mortalidad materno-infantil, desagregados por edad y pertenencia étnica, y se profundiza en las muertes asociadas a trastornos de salud mental. El propósito de este apartado es ofrecer una visión global y analítica de la mortalidad en el territorio, identificar los principales patrones y orientar la toma de decisiones para el diseño de políticas y acciones efectivas en salud pública. *Cabe aclarar que los datos correspondientes al año 2024 que tienen un asterisco (2024*) son de carácter preliminar y están sujetos a ajustes por las fuentes oficiales.*

42

3.1.1 Mortalidad general por grandes causas

El comportamiento de la mortalidad ajustada por edad en Uramita durante el periodo 2015–2024 evidencia fluctuaciones marcadas entre las distintas causas de muerte, con variaciones porcentuales que permiten comprender mejor los cambios epidemiológicos del municipio. En 2024, las enfermedades del sistema circulatorio mostraron una disminución del 48,6 % respecto a 2023, pasando de 97,8 a 50,2 por 100.000 habitantes. Esta caída es la más pronunciada de los últimos cinco años y podría estar relacionada con un mayor control de enfermedades crónicas, mejoras en la detección temprana o menor ocurrencia de eventos agudos cardiovasculares. No obstante, sigue siendo un grupo prioritario por su alta carga histórica: en 2020 la tasa alcanzó 169,2, lo que representa un aumento del 60 % frente a 2019, evidenciando vulnerabilidad a cambios en acceso y continuidad del cuidado.

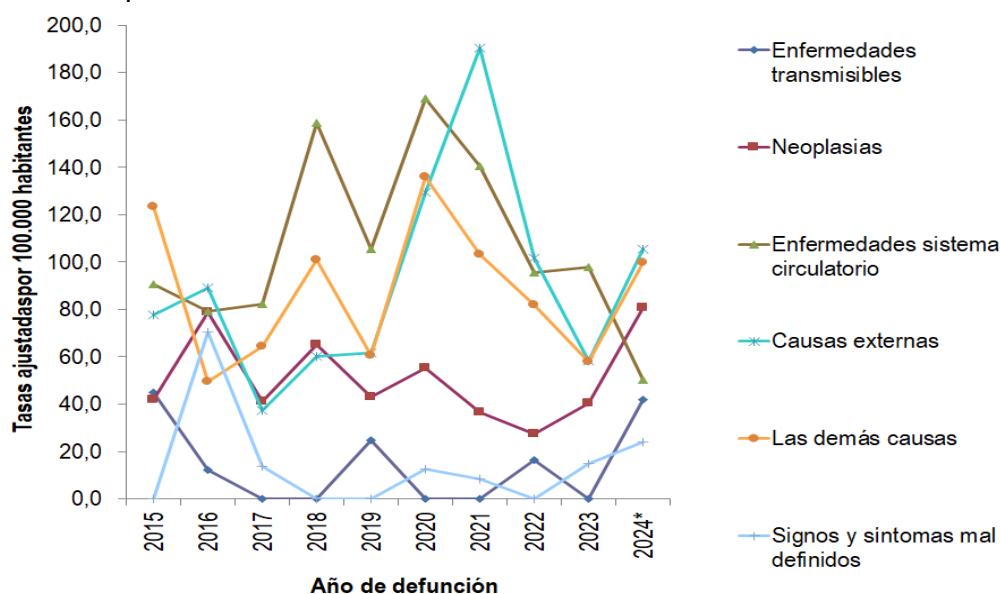
Contrario a esta disminución, las neoplasias registraron un incremento del 101 % entre 2023 y 2024, pasando de 40,2 a 80,8 por 100.000 habitantes, lo que constituye el valor más alto del decenio después de 2016 (78,9). Este salto abrupto sugiere posibles mejoras en la identificación de casos, pero también

puede reflejar diagnósticos tardíos y falta de adherencia a programas de tamizaje para cáncer de mama, cuello uterino y próstata. Las causas externas también mostraron un incremento muy importante: de 58,2 en 2023 a 105,3 en 2024, lo que representa un aumento del 81 %, revirtiendo la tendencia descendente observada entre 2021 y 2023. Este comportamiento indica un resurgimiento de accidentes y violencias, con un impacto directo en población joven y trabajadora. Asimismo, las muertes clasificadas en “las demás causas” aumentaron un 72,5 % entre 2023 y 2024 (de 57,8 a 99,7), y las enfermedades transmisibles, que habían presentado valores nulos en varios años, se incrementaron de 0,0 a 41,9, retornando a niveles similares a los registrados en 2015 (45,1). Este comportamiento podría estar asociado a fallas en continuidad de programas de vacunación, vigilancia en salud pública o acceso oportuno a servicios básicos.

43

En conjunto, la mortalidad en Uramita muestra un patrón epidemiológico inestable, con incrementos relevantes en neoplasias, causas externas y enfermedades transmisibles durante 2024, mientras que las enfermedades del sistema circulatorio presentan un descenso considerable, aunque siguen representando un riesgo histórico para la población. Este panorama exige fortalecer la red de atención primaria, robustecer los programas de promoción y prevención, mejorar el acceso al diagnóstico oportuno (especialmente en cáncer), e implementar estrategias intersectoriales para reducir eventos violentos y accidentes, consolidando así una respuesta más efectiva a las principales causas de mortalidad en el municipio.

Gráfica.1 Tasas ajustadas total de mortalidad. Municipio de Uramita - Antioquia. 2015 - 2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

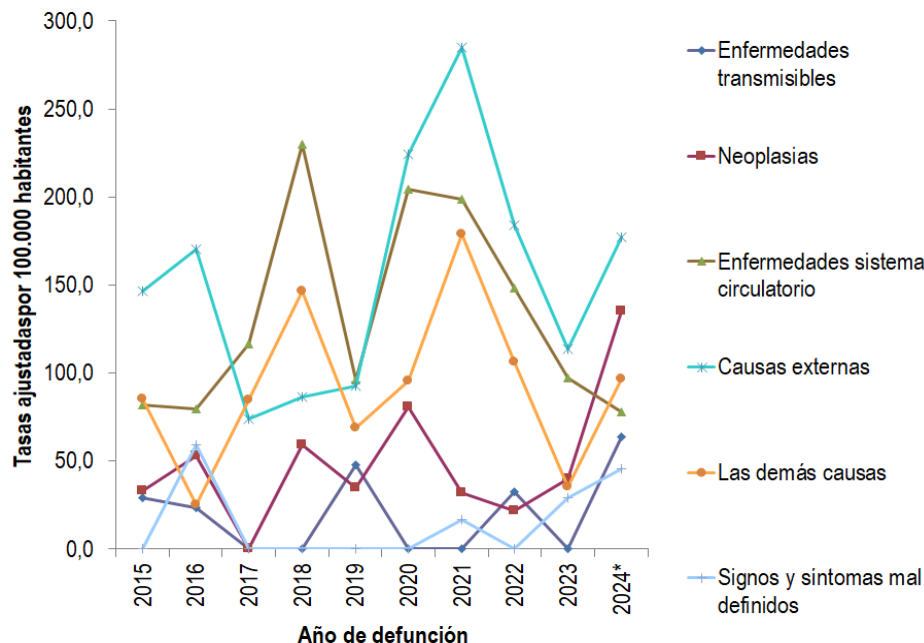
Mortalidad general por grandes causas hombres

Para el año 2024, las principales causas de mortalidad en hombres en el municipio presentan una variación considerable frente al año anterior. Las neoplasias ocupan el primer lugar con una tasa de 135,1 por cada 100.000 habitantes, evidenciando un incremento considerable respecto a 2023 (40,0), lo que sugiere posibles falencias en la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamientos especializados. Le siguen las causas externas con 177,2 y las enfermedades del sistema circulatorio con 78,0, que, aunque disminuyen frente a años previos, continúan representando un riesgo importante asociado a estilos de vida poco saludables y factores de riesgo cardiovascular.

44

Por su parte, las “demás causas” aumentan a 96,9 por cada 100.000 habitantes, mientras que los signos y síntomas mal definidos alcanzan 45,7, reflejando posibles deficiencias en la precisión diagnóstica y en la calidad del registro de las causas de muerte. Este incremento en las muertes por causas inespecíficas evidencia la necesidad de fortalecer las competencias del personal de salud mediante procesos de capacitación continua, estandarización de guías de atención y vigilancia epidemiológica más rigurosa. En conjunto, los resultados destacan la importancia de fortalecer la prevención de enfermedades crónicas, la detección de cáncer y la mejora en la calidad de la información en salud para orientar acciones efectivas de salud pública.

Gráfica.2 Tasas ajustadas de mortalidad ajustadas a Hombres. Municipio de Uramita - Antioquia. 2015 – 2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

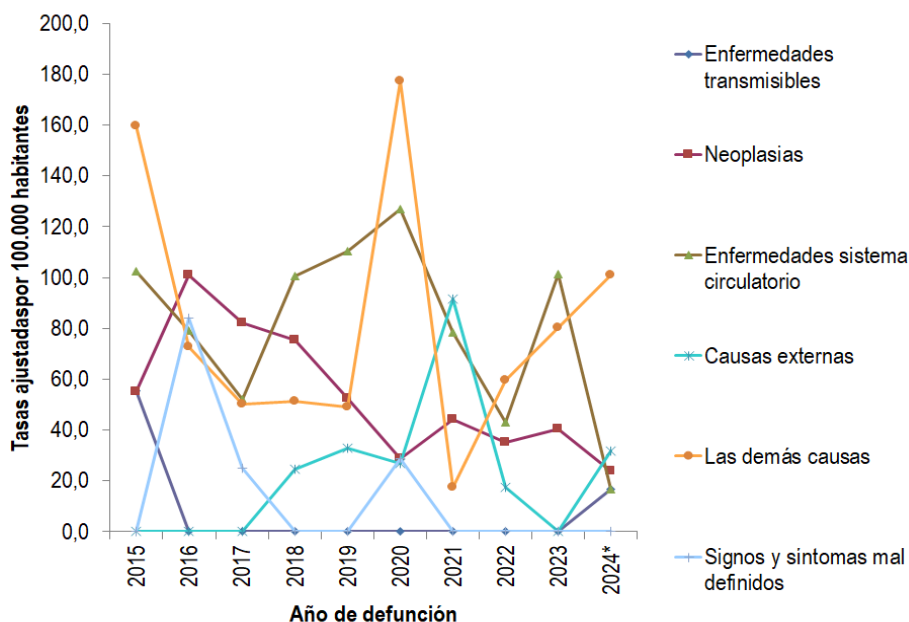
Mortalidad general por grandes causas mujeres

El análisis de mortalidad en mujeres en Uramita para el año 2024 evidencia un cambio en el patrón de las principales causas de defunción. Las enfermedades del sistema circulatorio disminuyen considerablemente de 101,3 a 16,7 por cada 100.000 habitantes, lo que podría estar relacionado con un mejor acceso a la atención primaria y a los programas de control de enfermedades crónicas. Sin embargo, se observa un aumento en las muertes por "otras causas", que pasan de 80,2 a 100,8, reflejando la persistencia de condiciones no específicas o multifactoriales que podrían estar vinculadas a determinantes sociales y ambientales que aún no son intervenidos de manera integral.

45

Las neoplasias, aunque disminuyen a 23,7, continúan siendo una causa relevante de muerte, lo que mantiene la necesidad de fortalecer los procesos de detección temprana y seguimiento de cáncer. Asimismo, las causas externas presentan un leve repunte a 31,8, posiblemente asociadas a accidentes o hechos violentos, mientras que las enfermedades transmisibles reaparecen con una tasa de 16,7, tras varios años en cero, lo que evidencia vulnerabilidades en la vigilancia epidemiológica y el acceso a servicios preventivos. En conjunto, estos resultados destacan la importancia de mantener la continuidad en la atención preventiva y fortalecer la respuesta en salud pública enfocada en la mujer, especialmente en zonas rurales con menor cobertura de servicios.

Gráfica.3 Tasas ajustadas de mortalidad ajustadas a Mujeres. Municipio de Uramita - Antioquia. 2015 – 2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS



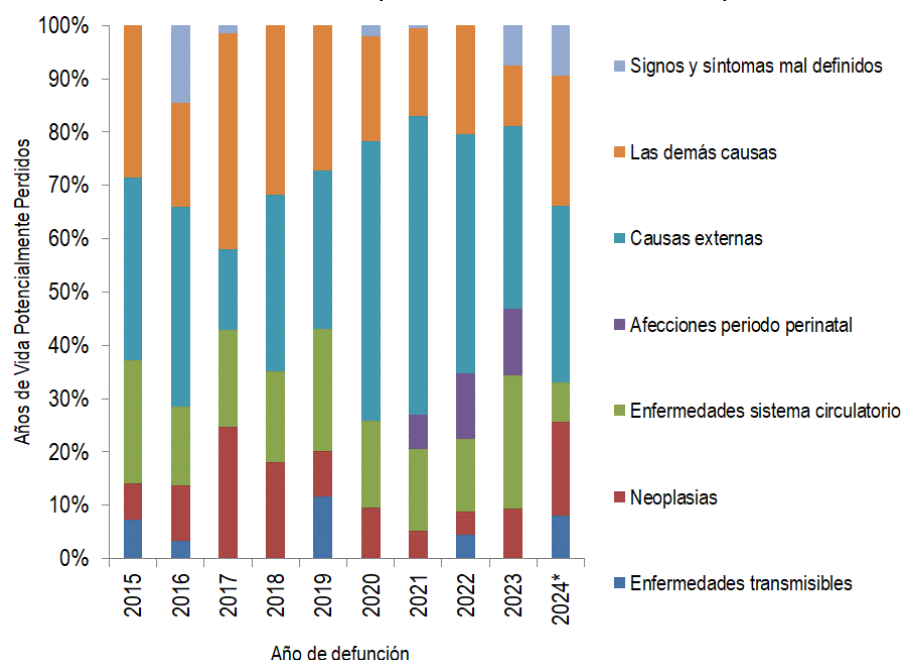
Años de vida potencialmente perdidos – AVPP total

El análisis de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en Uramita para el periodo 2015–2024 evidencia que las causas externas continúan siendo la principal fuente de pérdida, con un aumento considerable en 2024 (327 casos) después de una reducción en 2022 y 2023. Este comportamiento sugiere la persistencia de problemas asociados a accidentes, violencias y otras causas prevenibles, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias intersectoriales de prevención, seguridad comunitaria y promoción de la salud mental. Las enfermedades del sistema circulatorio, aunque históricamente altas, disminuyen en 2024 (73 casos), reflejando posibles avances en la atención y control de enfermedades crónicas, aunque aún requieren un enfoque sostenido en la prevención y estilos de vida saludables.

46

Por su parte, las neoplasias muestran un aumento importante en 2024 (174 casos), convirtiéndose en la segunda causa de AVPP, lo que indica la urgencia de reforzar los programas de detección temprana, diagnóstico oportuno y atención integral del cáncer. Las “demás causas” y los “signos y síntomas mal definidos” también presentan incrementos considerables, alcanzando 242 y 93 casos respectivamente, lo que podría estar relacionado con deficiencias en la calidad del registro de defunciones o en la precisión diagnóstica. Las enfermedades transmisibles, aunque reducidas en años previos, repuntan a 80 casos en 2024, sugiriendo un posible debilitamiento en las estrategias de control y vigilancia epidemiológica. En conjunto, los datos reflejan que la mortalidad prematura en Uramita está influenciada principalmente por causas evitables, lo que exige fortalecer la prevención, la atención oportuna y la calidad del sistema de salud.

Gráfica.4 Años de Vida Potencialmente Perdidos total–AVPP por grandes causas lista 6/67. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

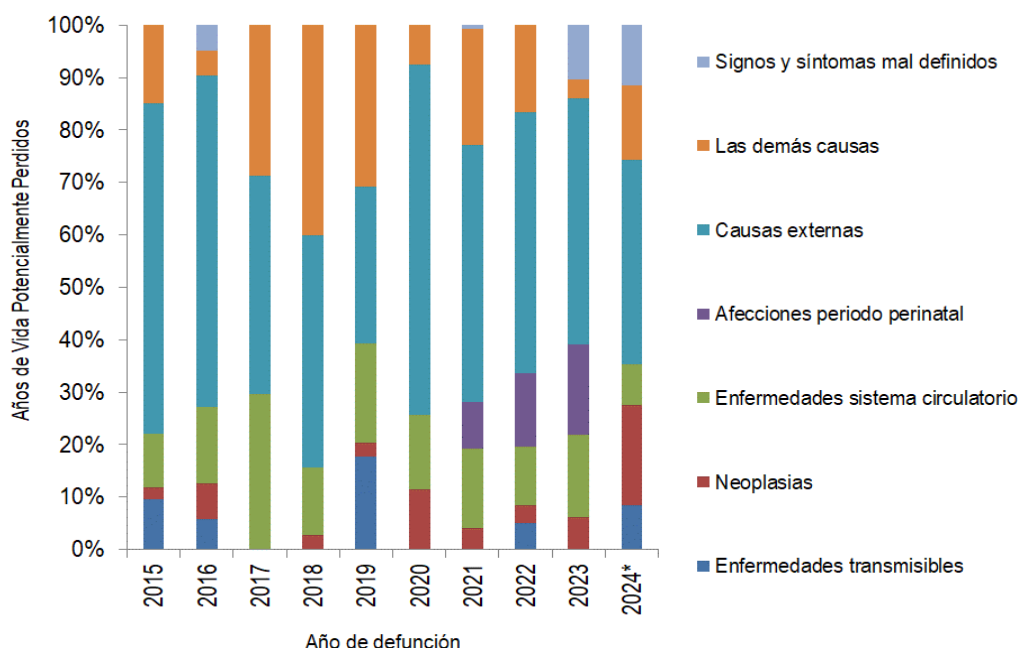
Años de vida potencialmente perdidos – AVPP Hombres

El análisis de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en hombres de Uramita para 2024 evidencia que las causas externas continúan siendo la principal fuente de pérdida, alcanzando 318 casos, lo que refleja una persistencia de eventos asociados a accidentes, violencia y situaciones evitables. A pesar de las reducciones observadas en 2022 y 2023, el incremento reciente muestra la necesidad de fortalecer estrategias intersectoriales de prevención, educación en seguridad vial, salud mental y resolución pacífica de conflictos. Las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como la segunda causa de AVPP (63 casos), aunque con una leve disminución respecto a años anteriores, lo que sugiere mejoras en el manejo de enfermedades crónicas, pero aún con desafíos en adherencia terapéutica, promoción de hábitos saludables y control oportuno de factores de riesgo.

Las neoplasias presentan un aumento importante (156 casos), consolidándose como un problema creciente que exige reforzar la detección temprana, los programas de tamizaje y el acceso oportuno a tratamientos oncológicos. Las “demás causas” también muestran un incremento (115 casos), posiblemente asociado a condiciones multifactoriales o diagnósticos imprecisos. Por su parte, los AVPP por enfermedades transmisibles (69 casos) y signos y síntomas mal definidos (93 casos) aumentaron notablemente, lo que podría indicar deficiencias en la vigilancia epidemiológica y en la calidad de los registros de

mortalidad. En conjunto, los resultados reflejan que, si bien se han logrado avances en algunos frentes de salud, persisten retos importantes en prevención de la violencia, fortalecimiento del primer nivel de atención y mejora del diagnóstico clínico oportuno.

Gráfica.5 Años de Vida Potencialmente Perdidos Hombres–AVPP por grandes causas. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

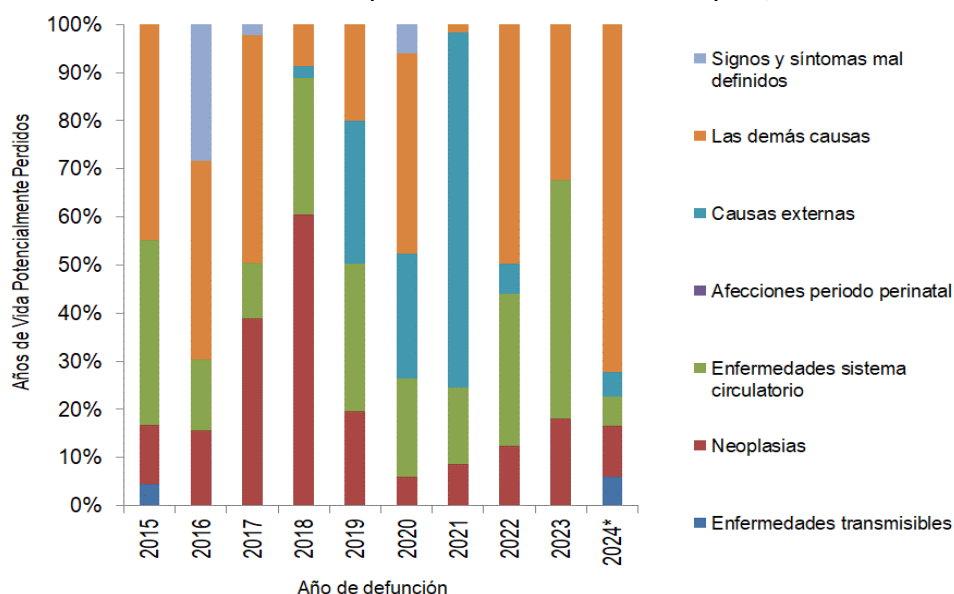
Años de vida potencialmente perdidos – AVPP Mujeres

El análisis de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en mujeres de Uramita para 2024 muestra un cambio en las tendencias de mortalidad con respecto a años anteriores. Las “demás causas” se posicionan como la principal fuente de pérdida de años de vida, con un incremento considerable (126 casos), lo que podría reflejar tanto un subregistro o clasificación inespecífica de causas de muerte como la persistencia de enfermedades crónicas y condiciones no diagnosticadas adecuadamente. Las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio mantienen un peso importante (18 y 11 casos respectivamente), lo que evidencia que las enfermedades crónicas no transmisibles siguen afectando de manera relevante la salud femenina, posiblemente asociadas a diagnósticos tardíos, barreras en el acceso a servicios especializados y limitaciones en el seguimiento médico.

Por otro lado, las causas externas, que históricamente fueron un factor relevante en años anteriores, muestran una reducción sostenida desde 2021, lo que podría estar relacionado con una menor exposición a eventos violentos o accidentes.

Sin embargo, el repunte de las enfermedades transmisibles (11 casos) resalta la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica activa y reforzar las acciones preventivas en salud pública, especialmente en entornos rurales. En conjunto, los resultados reflejan una transición en el perfil de mortalidad femenina hacia un predominio de causas crónicas y mal definidas, lo que exige fortalecer los sistemas de registro, la atención integral de enfermedades no transmisibles y los programas de promoción y prevención orientados a mejorar la salud de las mujeres en todas las etapas de la vida.

Gráfica.6 Años de Vida Potencialmente Perdidos mujeres–AVPP por grandes causas. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

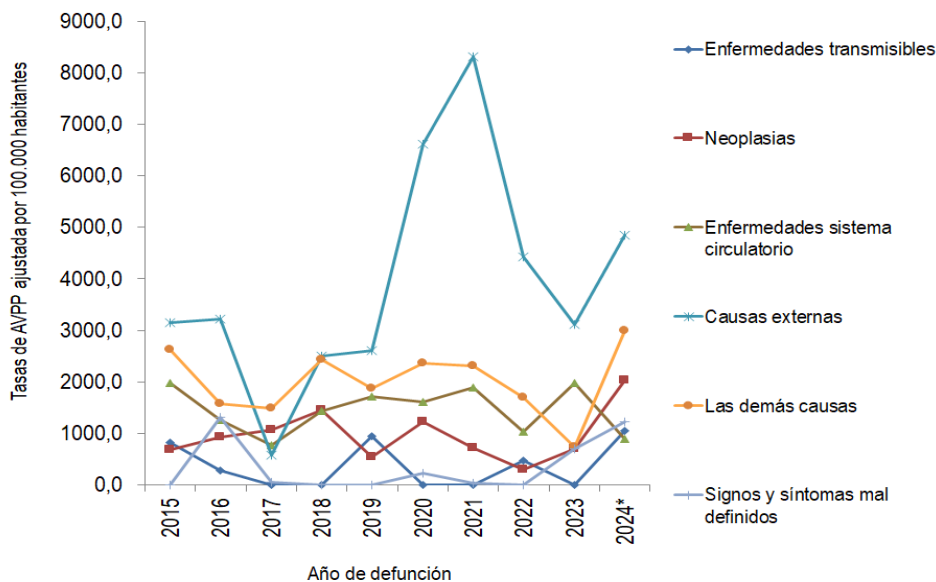
Tasas ajustadas de AVPP total

En Uramita, para el año 2024 se observa un repunte en los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), principalmente asociados a causas externas, que alcanzan una tasa ajustada de 4844,9 por 100.000 habitantes, reflejando la persistencia de eventos relacionados con accidentes, violencias y lesiones prevenibles. Este comportamiento sugiere la necesidad de fortalecer estrategias intersectoriales de seguridad, convivencia y salud mental, junto con programas de prevención comunitaria. Las enfermedades del sistema circulatorio, aunque disminuyen respecto al 2023 (de 1979,3 a 896,6), continúan representando un problema relevante vinculado al sedentarismo, la dieta inadecuada y el bajo control de enfermedades crónicas, lo que requiere reforzar la promoción de estilos de vida saludables y la adherencia terapéutica.

Las neoplasias presentan un incremento importante, alcanzando 2036,6 en 2024, lo que las ubica nuevamente entre las principales causas de AVPP, señalando la urgencia de mantener y ampliar los programas de detección temprana y tamizaje. De manera paralela, las “demás causas” también aumentan a 3001,7, lo que podría estar relacionado con enfermedades crónicas no clasificadas o deficiencias en los registros de mortalidad. Finalmente, las enfermedades transmisibles (1046,6) y los signos y síntomas mal definidos (1222,4) registran aumentos considerables, indicando posibles fallas en la atención primaria y en la calidad del diagnóstico. En conjunto, el panorama de 2024 evidencia la persistencia de causas prevenibles y la necesidad de fortalecer la capacidad del sistema de salud para mejorar la detección, el seguimiento y la prevención integral de los principales determinantes de mortalidad prematura.

50

Gráfica.7 Tasa de AVPP por grandes causas general. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Tasas ajustadas de AVPP Hombres

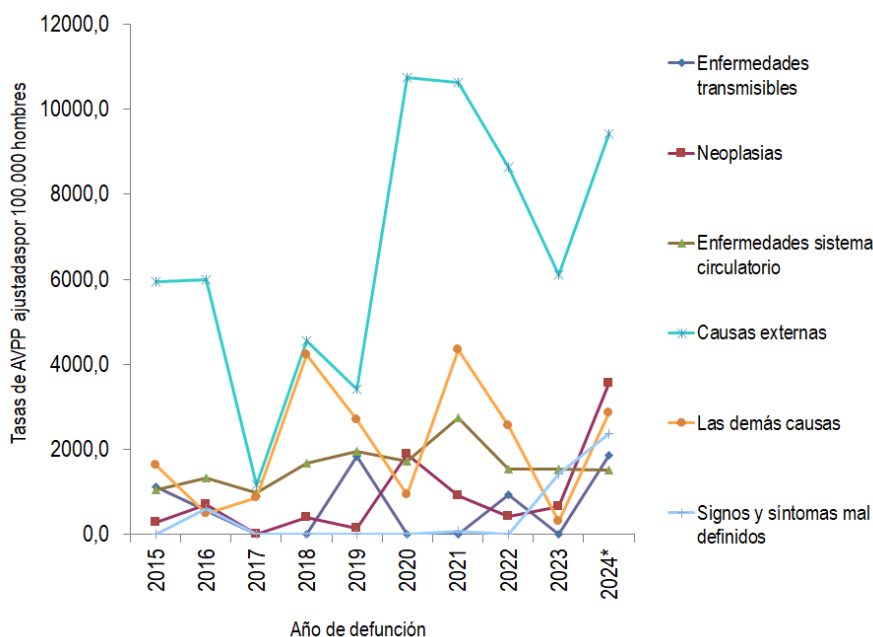
En Uramita, el análisis de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en hombres para 2024 muestra que las causas externas continúan siendo la principal fuente de pérdida, con una tasa ajustada de 9414,2 por 100.000 habitantes, evidenciando un incremento respecto al año anterior y reflejando la persistencia de problemáticas relacionadas con accidentes, violencia y muertes evitables. Este comportamiento resalta la necesidad de fortalecer estrategias de prevención de la violencia, seguridad vial y salud mental, así como la articulación intersectorial para reducir la mortalidad prematura por estas causas. Las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como la segunda causa de AVPP (1516,0), con una tendencia estable, lo que indica la urgencia de consolidar

programas de control de factores de riesgo cardiovascular, adherencia al tratamiento y promoción de hábitos saludables en la población masculina.

Las neoplasias muestran un incremento notable (3565,5), lo que sugiere un repunte de casos posiblemente asociados a diagnósticos tardíos o dificultades de acceso a servicios especializados; por ello, se requiere reforzar los programas de detección temprana y educación en autocuidado. En cuanto a las enfermedades transmisibles (1872,4), estas evidencian un aumento importante que podría estar vinculado con deficiencias en cobertura sanitaria y continuidad en los programas de vigilancia epidemiológica. Los signos y síntomas mal definidos (2363,2) también aumentan considerablemente, reflejando posibles debilidades en la calidad de los registros de defunción y la precisión diagnóstica. En conjunto, estos resultados muestran la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, mejorar la calidad de la información en salud y desarrollar estrategias preventivas integrales que impacten los principales determinantes de mortalidad masculina en el municipio.

51

Gráfica.8 Tasa de AVPP por grandes causas hombres. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

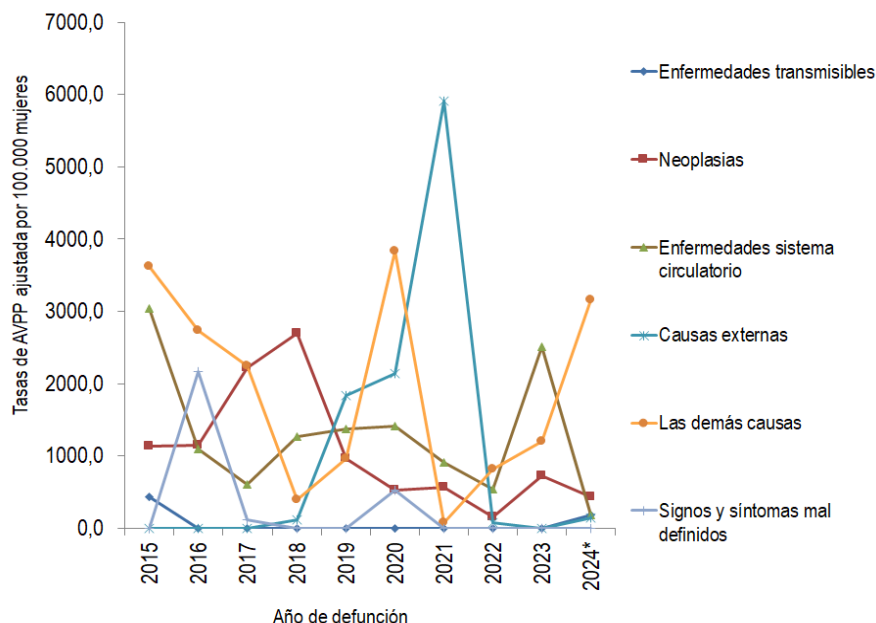
Tasas ajustadas de AVPP Mujeres

En Uramita, las tasas ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en mujeres para 2024 muestran un incremento en la categoría de "las demás causas", que alcanza 3155,0 por 100.000 habitantes, convirtiéndose en la principal fuente de pérdida. Este aumento evidencia la presencia de condiciones

de salud no clasificadas con precisión, por lo que es prioritario fortalecer la vigilancia en salud pública y mejorar la calidad de los registros clínicos. Las neoplasias disminuyeron a 433,8, aunque su variabilidad en años anteriores exige reforzar los programas de detección temprana y acceso oportuno a servicios oncológicos.

Las enfermedades del sistema circulatorio registraron una reducción notable respecto a 2023 (de 2504,9 a 176,9), posiblemente asociada a un mejor control de enfermedades crónicas y mayor adherencia terapéutica. Sin embargo, se deben mantener campañas educativas sobre prevención cardiovascular y estilos de vida saludables. Las enfermedades transmisibles (176,9) y las causas externas (144,3) reaparecen levemente, lo que resalta la necesidad de conservar acciones de promoción y vigilancia. En conjunto, el perfil de mortalidad femenina tiende hacia causas crónicas y mal definidas, requiriendo un enfoque integral desde la atención primaria y la educación en salud.

Gráfica.9 Tasa de AVPP por grandes causas Mujeres. Municipio de Uramita – Antioquia, 2015 – 2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

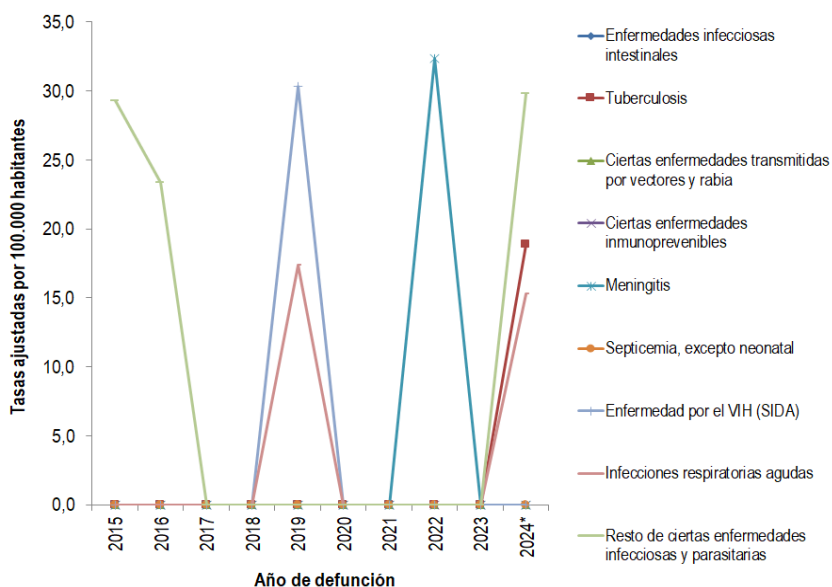
Enfermedades transmisibles Hombres

La mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres del municipio de Uramita muestra para 2024 la reaparición de casos asociados principalmente a tuberculosis (18,9), lo que evidencia la necesidad de mantener una vigilancia activa y garantizar el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento. También se

observan registros de infecciones respiratorias agudas (15,3) y de otras enfermedades infecciosas y parasitarias (29,8), posiblemente vinculadas a condiciones ambientales y de saneamiento, resaltando la importancia de fortalecer las acciones de prevención y promoción en salud pública.

En años previos, se había reportado un caso de meningitis en 2022 (32,3) y uno de VIH/SIDA en 2019 (30,3), sin nuevos eventos hasta el presente, lo cual refleja un control sostenido de estas patologías. No se presentaron muertes por septicemia, enfermedades inmunoprevenibles ni transmitidas por vectores durante el periodo analizado. En general, los resultados evidencian un comportamiento controlado de las enfermedades transmisibles, aunque se recomienda continuar con las estrategias de vacunación, tamizaje y educación comunitaria para prevenir nuevos brotes y reducir riesgos en poblaciones vulnerables.

Gráfica.10 Tasa ajustada de mortalidad para las enfermedades transmisibles en hombres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.



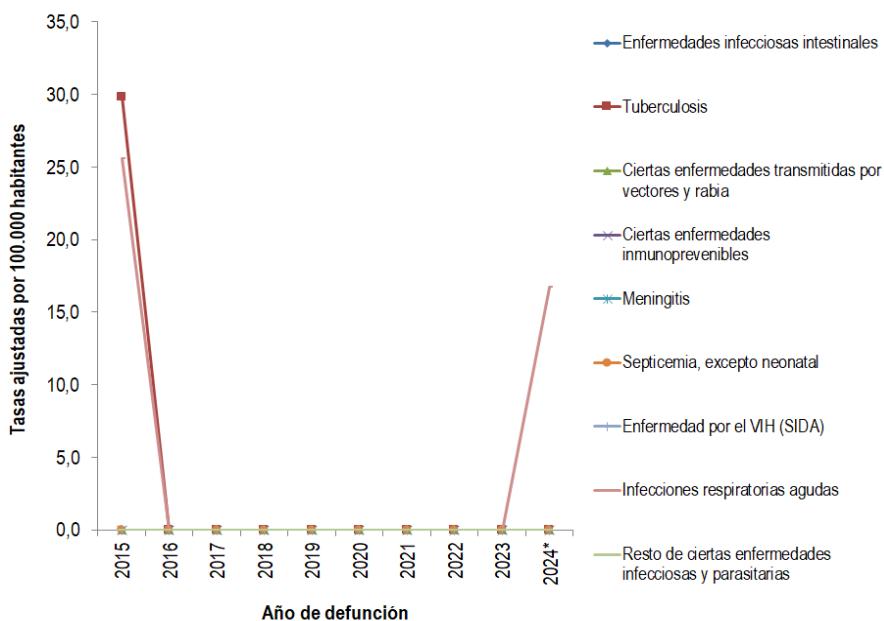
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Enfermedades transmisibles Mujeres

El análisis de enfermedades transmisibles en mujeres de Uramita entre 2015 y 2024 muestra un comportamiento estable con casos aislados. En 2015 se presentó un único caso de tuberculosis (29,8), sin nuevos registros en los años siguientes, lo que evidencia un control sostenido de la enfermedad. Las infecciones respiratorias agudas reaparecieron en 2024 con una tasa de 16,7, posiblemente asociadas a factores ambientales o estacionales, por lo que se recomienda reforzar la vigilancia y las campañas de prevención.

No se registraron muertes por VIH/SIDA, septicemia, meningitis ni enfermedades inmunoprevenibles o transmitidas por vectores durante el periodo analizado, reflejando un adecuado manejo en salud pública y una buena cobertura de vacunación. En general, la baja incidencia de enfermedades transmisibles sugiere un control epidemiológico efectivo; sin embargo, es fundamental mantener la vigilancia activa, fortalecer la detección temprana y continuar promoviendo hábitos saludables para evitar rebrotes o nuevas infecciones.

Gráfica.11 Tasa ajustada de mortalidad para las enfermedades transmisibles en mujeres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

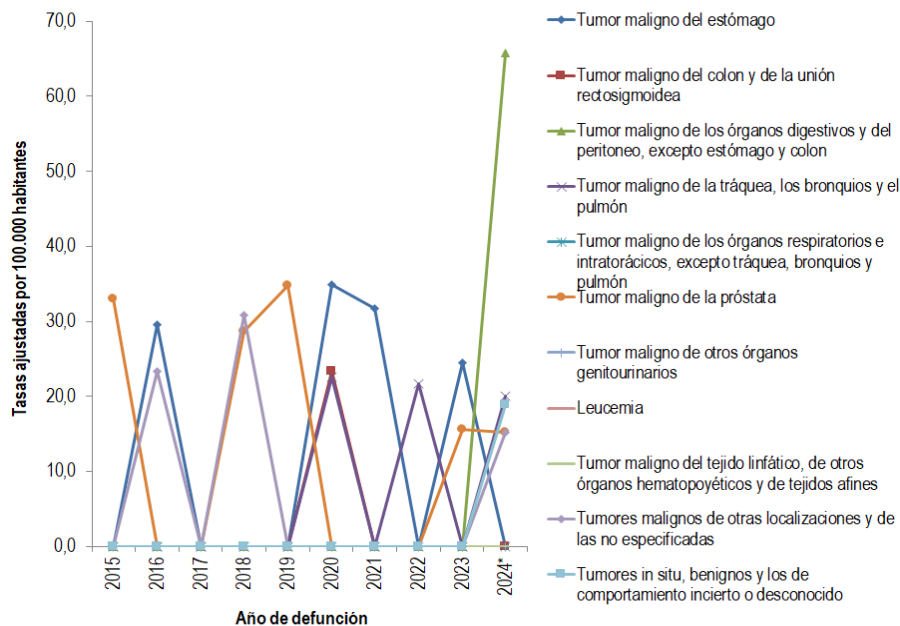
Neoplasias Hombres

La mortalidad por neoplasias en hombres del municipio de Uramita entre 2015 y 2024 evidencia variaciones relevantes. El tumor maligno del estómago mostró su mayor incidencia en 2020 (34,9) y una reducción progresiva hasta desaparecer en 2024, lo que sugiere avances en la detección y tratamiento oportuno. El cáncer de próstata, con picos en 2015 (33,0) y 2019 (34,7), mantiene registros menores en los últimos años (15,3 en 2024), posiblemente reflejando efectos positivos de las campañas de tamizaje.

Los tumores de la tráquea, bronquios y pulmón presentaron recurrencias en 2020 (22,6), 2022 (21,6) y 2024 (20,0), lo que mantiene al tabaquismo y la exposición ambiental como factores de riesgo prioritarios. En 2024, los tumores de órganos digestivos y peritoneo alcanzaron la cifra más alta del periodo (65,7), lo que demanda fortalecer el acceso al diagnóstico temprano. No se registraron

casos de leucemia ni tumores linfáticos, lo que refleja estabilidad epidemiológica. Se recomienda reforzar las estrategias de prevención, diagnóstico precoz y promoción de estilos de vida saludables para reducir la carga de cáncer en el municipio.

Gráfica.12 Tasa ajustada de mortalidad para las neoplasias en hombres.
Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

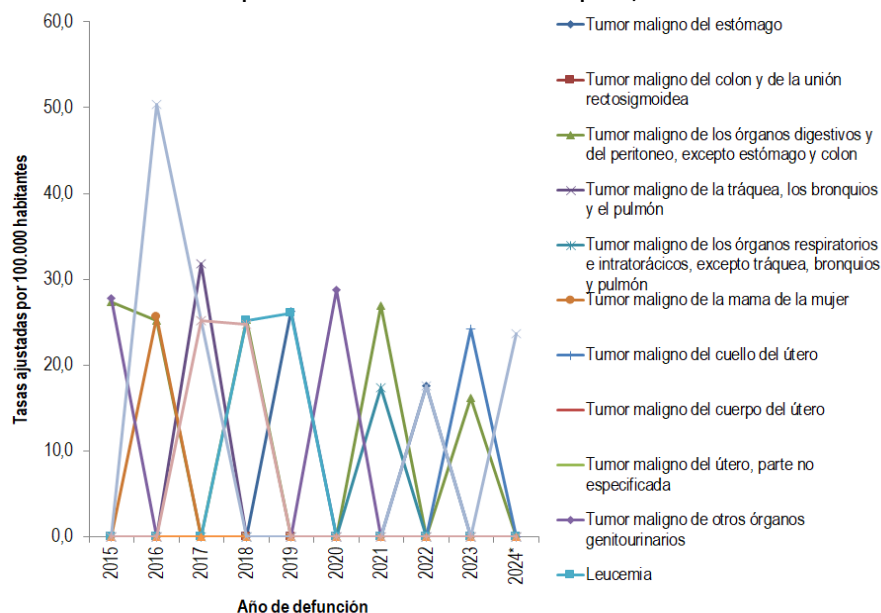
Neoplasias Mujeres

En las mujeres del municipio de Uramita, la mortalidad por neoplasias entre 2015 y 2024 muestra un comportamiento variable. El cáncer de estómago alcanzó su pico en 2019 (26,3) y se redujo en 2022 (17,6), lo que evidencia avances en el control y la detección temprana. Los tumores digestivos y peritoneales presentaron recurrencias en varios años, destacándose en 2015, 2016 y 2021, lo que sugiere la necesidad de reforzar los programas de prevención y vigilancia. El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón tuvo su único registro en 2017 (31,8), asociado posiblemente al consumo de tabaco o exposición ambiental.

El cáncer de mama registró un caso en 2016 (25,6) sin recurrencias, reflejando el impacto positivo de las campañas de tamizaje. El cáncer de cuello uterino se reportó en 2023 (24,2), lo que reafirma la importancia de continuar con el acceso a citologías y vacunación contra el VPH. Los tumores genitourinarios y la leucemia tuvieron incidencias aisladas en años previos, sin nuevos casos, evidenciando control. Finalmente, los tumores de localización no específica reaparecieron en 2024 (23,7), lo que resalta la importancia de fortalecer la

confirmación diagnóstica y mantener la educación en salud para fomentar la detección oportuna.

Gráfica.13 Tasa ajustada de mortalidad para las neoplasias en mujeres.
Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.



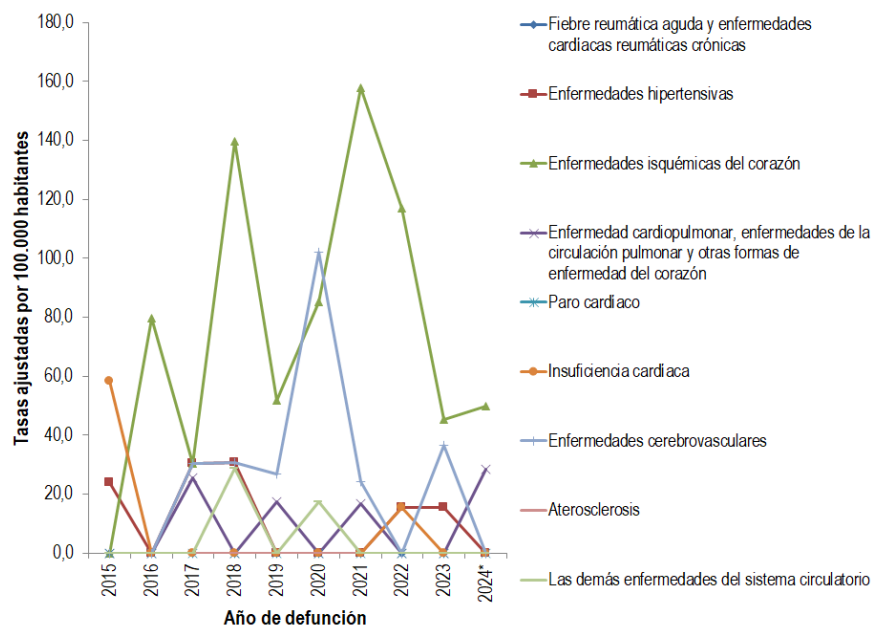
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Enfermedades del sistema circulatorio Hombres

La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres de Uramita entre 2015 y 2024 muestra un comportamiento fluctuante. Las enfermedades isquémicas del corazón continúan siendo la principal causa, con picos en 2021 (157,7) y un leve repunte en 2024 (49,7), lo que resalta la necesidad de fortalecer la detección temprana y la educación en factores de riesgo. Las enfermedades hipertensivas, con aumentos en 2017 y 2018, mantuvieron cifras moderadas en 2022 y 2023 (15,6), reflejando un mejor control gracias a los programas de prevención y seguimiento médico.

Por su parte, las enfermedades cerebrovasculares mostraron variabilidad, con incrementos en 2020 (101,9) y 2023 (36,3), lo que podría asociarse al envejecimiento poblacional y al manejo insuficiente de comorbilidades. La insuficiencia cardíaca, sin casos desde 2015, reapareció en 2022 (15,6), mientras que la enfermedad cardiopulmonar presentó un repunte en 2024 (28,3), indicando la necesidad de mantener la vigilancia y mejorar el control de factores respiratorios y cardiovasculares. En general, aunque se observan avances en la atención y control, se requiere reforzar los programas de prevención y promoción de la salud cardiovascular en el municipio.

Gráfica.14 Tasa ajustada de mortalidad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

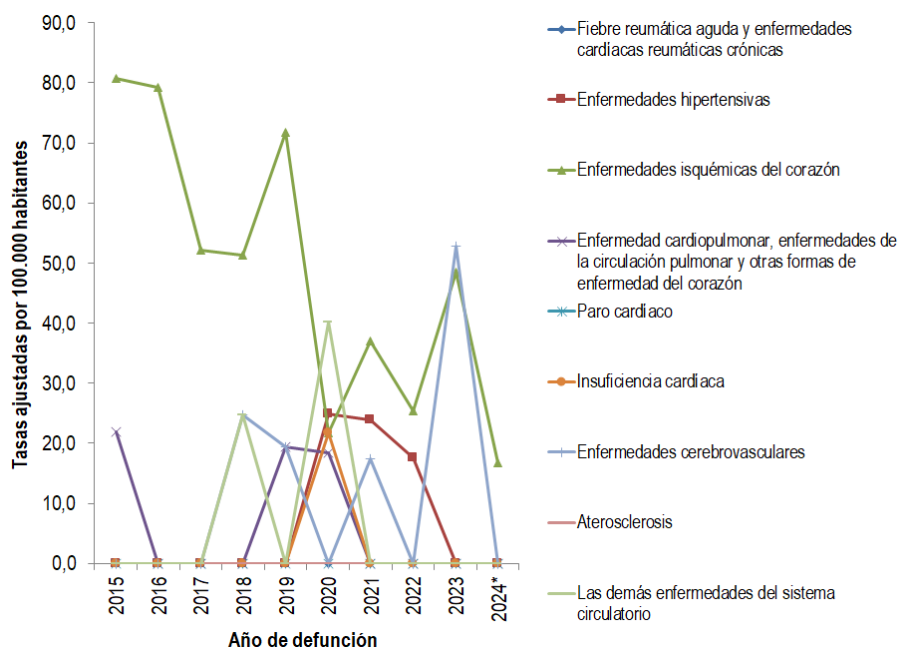
Enfermedades del sistema circulatorio Mujeres

En 2023, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres de Uramita presentó variaciones relevantes entre los diferentes subgrupos, aunque estas fluctuaciones deben interpretarse únicamente como cambios descriptivos, ya que no se cuenta con pruebas estadísticas que permitan determinar su significancia. Las enfermedades isquémicas del corazón registraron una tasa de 48,5 por 100.000 mujeres, evidenciando un aumento frente a años anteriores; este comportamiento podría estar influido por factores como estilos de vida sedentarios, exceso de peso o dificultades en el control de la hipertensión, aunque dichos factores no pueden considerarse asociaciones confirmadas. Asimismo, las enfermedades cerebrovasculares mostraron una tasa elevada (52,8), un patrón que suele observarse en contextos de envejecimiento poblacional y exposición acumulada a riesgos cardiovasculares, pero que en este caso debe asumirse únicamente como una variación observada en el periodo analizado.

Por otra parte, no se registraron defunciones por enfermedades hipertensivas, cardiopulmonares ni insuficiencia cardíaca, lo cual podría sugerir una menor carga de mortalidad reciente en estos subgrupos. En general, aunque los datos permiten identificar tendencias descriptivas en la mortalidad cardiovascular femenina, su interpretación debe realizarse con cautela debido a la ausencia de

análisis inferenciales. Aun así, estos patrones resaltan la importancia de mantener y fortalecer los programas de prevención, el control oportuno de los factores de riesgo y las acciones de educación en salud dirigidas a mujeres, con el fin de reducir complicaciones y mejorar el abordaje integral de las enfermedades del sistema circulatorio en el municipio.

Gráfica.15 Tasa ajustada de mortalidad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

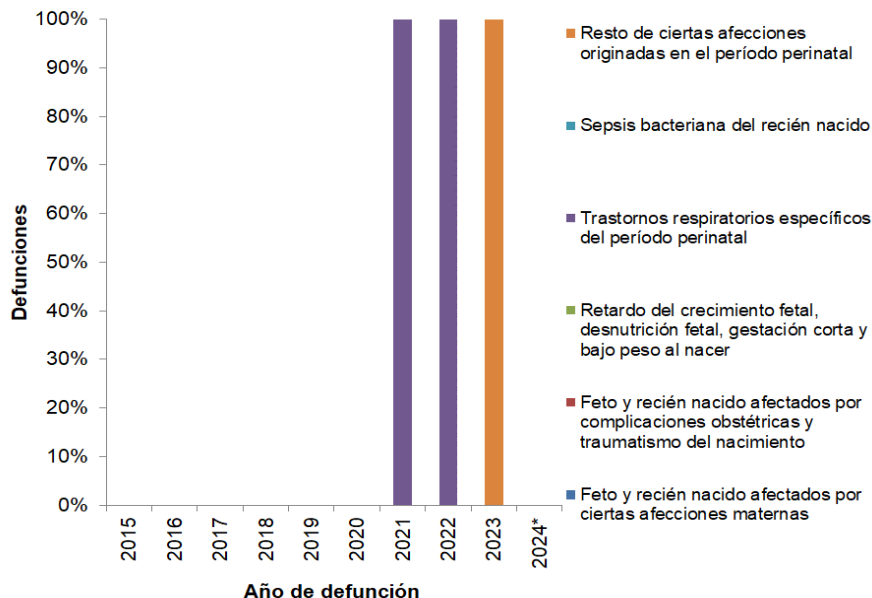
Afecciones originadas en el periodo perinatal Hombres

La mortalidad por afecciones perinatales en hombres del municipio de Uramita se mantuvo sin registros entre 2015 y 2020, evidenciando un adecuado control en la atención prenatal y neonatal. Sin embargo, en 2021 y 2022 se reportaron dos casos, uno por año respectivamente, bajo la categoría de “trastornos respiratorios específicos del período perinatal”, lo que sugiere posibles complicaciones respiratorias en el recién nacido vinculadas a partos prematuros o a deficiencias en la atención inmediata tras el nacimiento.

Además, en 2023 se registró un caso en la categoría “resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal”, indicando un evento aislado posiblemente relacionado con condiciones obstétricas o neonatales no especificadas. Aunque la frecuencia es baja, estos casos resaltan la importancia de continuar fortaleciendo la vigilancia perinatal, la atención oportuna del parto y los cuidados

del recién nacido para prevenir complicaciones que puedan derivar en mortalidad infantil.

Gráfica.16 Tasas ajustadas de mortalidad en el Periodo perinatal en hombres, 2015-2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Afecciones originadas en el periodo perinatal Mujeres

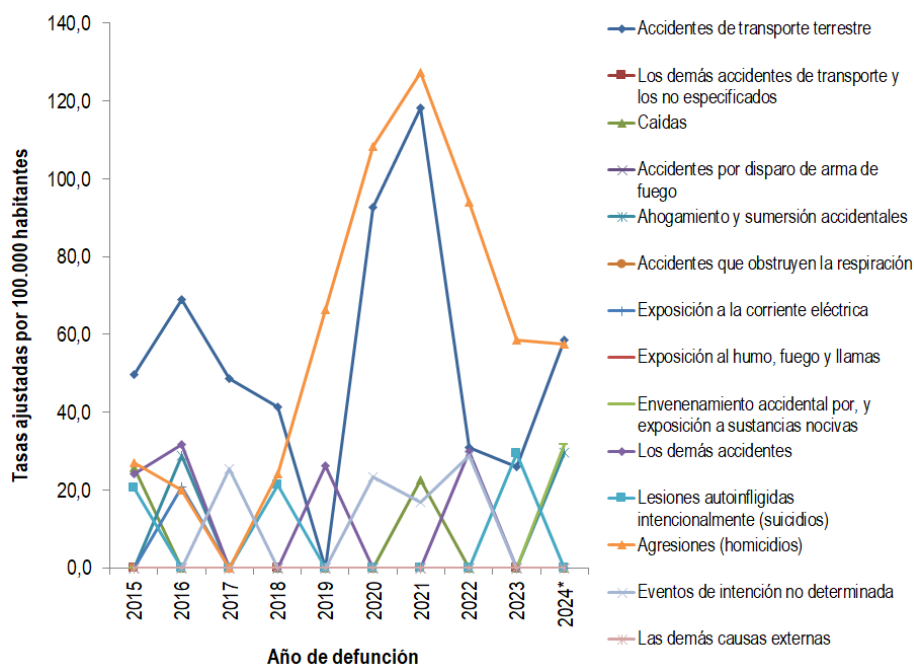
En el municipio de Uramita no se registraron muertes por afecciones perinatales en mujeres entre 2015 y 2024, lo que evidencia un adecuado control prenatal y neonatal, así como mejoras en la atención obstétrica y el acceso a servicios de salud. Esta estabilidad refleja la efectividad de las estrategias materno-infantiles implementadas; sin embargo, es necesario mantener la vigilancia epidemiológica y fortalecer las acciones preventivas para garantizar la continuidad de estos resultados favorables.

Causas Externas Hombres

En los hombres del municipio de Uramita, la mortalidad por causas externas continúa siendo considerable, destacando los accidentes de transporte terrestre, que alcanzaron su punto más alto en 2021 (118,1) y, aunque disminuyeron en 2022 (30,9) y 2023 (26,0), vuelven a repuntar en 2024 (58,5), evidenciando la necesidad de fortalecer la seguridad vial. Las agresiones (homicidios) también mantienen una incidencia relevante, con picos en 2021 (127,4) y valores persistentes en 2023 (58,5) y 2024 (57,4), reflejando la persistencia de problemáticas sociales y de convivencia.

Por otro lado, los suicidios reaparecieron en 2023 (29,4) después de varios años sin registros, lo que plantea la importancia de reforzar la atención en salud mental. Asimismo, se reportaron casos aislados de ahogamientos (2024, 29,5) y envenenamientos accidentales (2024, 31,7), que, aunque esporádicos, sugieren la necesidad de fortalecer la prevención de accidentes domésticos y recreativos. En conjunto, las causas externas continúan representando un desafío prioritario en salud pública, requiriendo acciones integrales en seguridad, educación y bienestar emocional.

Gráfica.17 Tasa ajustada de mortalidad para causas externas en hombres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

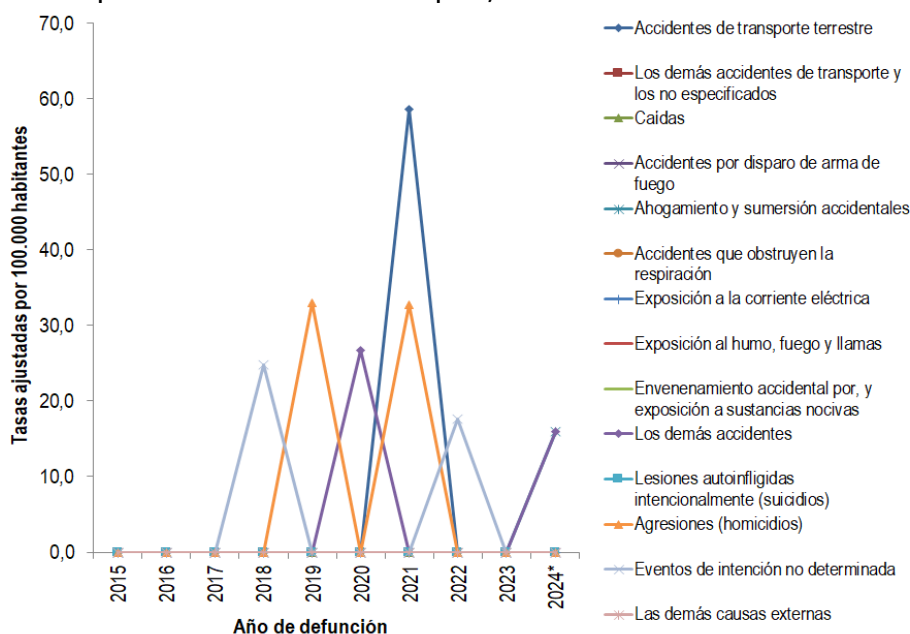
Causas Externas Mujeres

En las mujeres del municipio de Uramita, la mortalidad por causas externas presentó comportamientos esporádicos a lo largo del periodo analizado. Los accidentes de transporte terrestre registraron su punto máximo en 2021 (58,7), sin nuevos casos en los años siguientes, lo que sugiere un impacto positivo de las estrategias de prevención vial. Las agresiones (homicidios) se presentaron en 2019 (33,0) y 2021 (32,8), sin recurrencias posteriores, reflejando una posible mejora en las condiciones de seguridad y convivencia.

Por otra parte, los eventos de intención no determinada tuvieron presencia en 2018 (24,8) y 2022 (17,6), lo que evidencia la necesidad de fortalecer los sistemas de registro y clasificación de muertes para evitar subregistros. Finalmente, en 2024 se notificaron casos aislados de ahogamiento (15,9) y otros

accidentes (15,9), indicando la importancia de mantener campañas preventivas enfocadas en la seguridad doméstica y recreativa para reducir este tipo de mortalidad.

Gráfica.18 Tasa ajustada de mortalidad para causas externas en mujeres.
Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

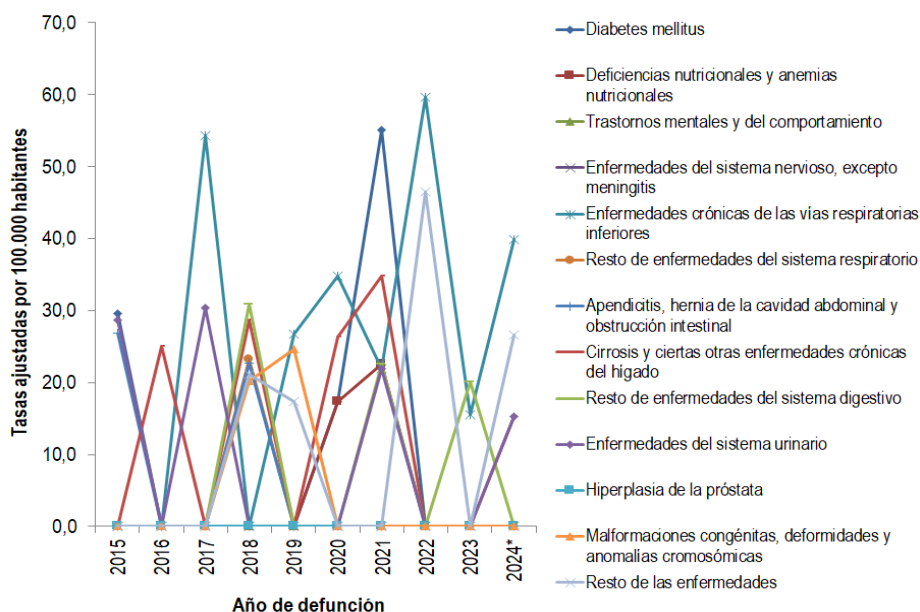
Demás Causas Hombres

En Uramita, la mortalidad por otras enfermedades mostró variaciones relevantes entre 2015 y 2024. Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores alcanzaron su punto más alto en 2022 (59,5) y luego descendieron a 39,8 en 2024, lo que representa una disminución del 33%, aunque aún es 48% mayor que en 2019 (26,8). La diabetes mellitus, presente en 2015 (29,6) y con un aumento significativo en 2021 (55,0), registró un incremento del 86% entre esos años, seguido de ausencia de casos recientes, lo que podría sugerir mejoras en el control de la enfermedad. Las deficiencias nutricionales, con picos en 2020 (17,4) y 2021 (22,5), aumentaron un 29% entre estos años y luego desaparecieron, lo que indica avances en atención primaria y seguridad alimentaria. Por otro lado, la cirrosis hepática reapareció en 2024 (15,3), disminuyendo 56% frente a 2021 (34,7), pero evidenciando persistencia de factores de riesgo como el consumo de alcohol.

Las enfermedades del sistema urinario, que alcanzaron valores de 28,7 en 2015 y 30,4 en 2017, reaparecieron en 2024 con 15,3, equivalente a una reducción del 50% respecto a 2017, aunque aún relevantes para la vigilancia. El grupo de

“resto de enfermedades” mostró variaciones marcadas, con un aumento en 2022 (46,5) y una posterior disminución en 2024 (26,5), lo que implica una reducción del 43%, aunque continúa por encima de años como 2018 o 2019, indicando vacíos en la clasificación y registro. En conjunto, estas variaciones evidencian la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, mejorar la identificación de causas de muerte y mantener intervenciones preventivas dirigidas a enfermedades respiratorias, metabólicas y hepáticas, que siguen representando riesgos significativos para la población masculina del municipio.

Gráfica.19 Tasa ajustada de mortalidad para las demás causas hombres. Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.



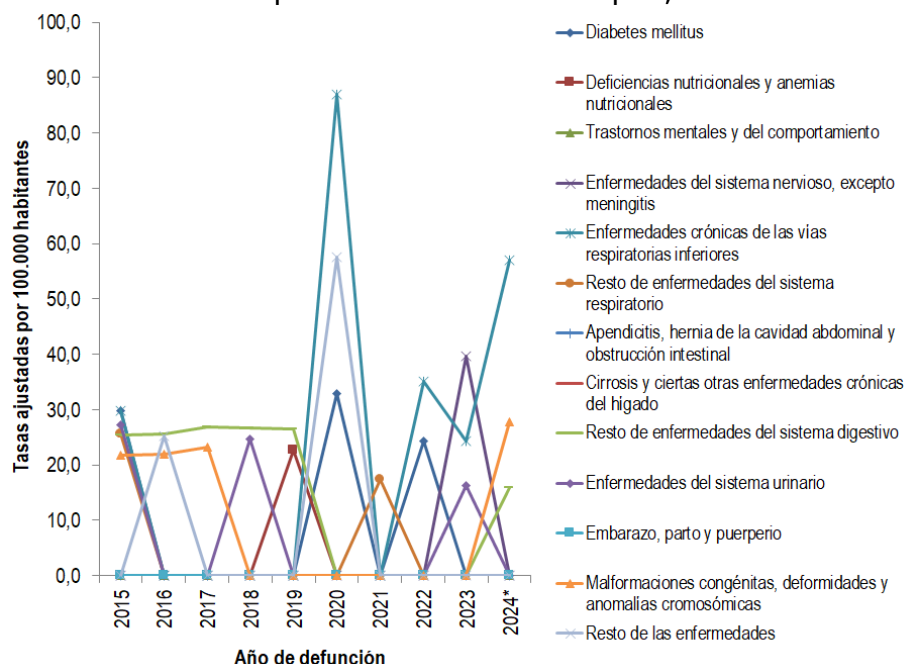
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Demás Causas Mujeres

En el municipio de Uramita, la mortalidad por otras enfermedades evidenció variaciones importantes durante el periodo 2015–2024. Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron las más relevantes, alcanzando su punto máximo en 2022 (59,5) y un nuevo aumento en 2024 (39,8), asociadas a factores de riesgo como el tabaquismo, el uso de leña y la exposición prolongada a contaminantes. La diabetes mellitus presentó picos en 2015 (29,6) y 2021 (55,0), sin registros posteriores, lo que sugiere avances en el diagnóstico y manejo de esta enfermedad crónica. Las deficiencias nutricionales y anemias tuvieron presencia en 2020 (17,4) y 2021 (22,5), pero su ausencia en los últimos años podría reflejar mejoras en la atención alimentaria y el acceso a servicios básicos de salud.

Por otro lado, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas se registraron en 2016 (25,0), 2021 (34,7) y 2024 (15,3), lo que podría relacionarse con el consumo de alcohol y hábitos alimentarios inadecuados. Las enfermedades del sistema urinario también reaparecieron en 2024 (15,3) tras varios años sin incidencia, destacando la necesidad de reforzar la atención preventiva. Finalmente, el grupo “resto de enfermedades” mostró incrementos en 2022 (46,5) y 2024 (26,5), evidenciando la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la detección temprana y la atención integral de patologías crónicas en la población.

Gráfica.20 Tasa ajustada de mortalidad para las demás causas mujeres.
Municipio de Uramita - Antioquia, 2015 – 2024.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

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

El análisis de la mortalidad infantil en Uramita entre 2015 y 2024 muestra que las principales causas de muerte en menores de un año se concentran en las afecciones originadas en el período perinatal y en las malformaciones congénitas. En los hombres, se observan incrementos en 2018 (26,32) y 2019 (29,41) por malformaciones congénitas, así como en 2022 (20,41) y 2023 (40,00) por causas perinatales, lo que refleja deficiencias en la atención prenatal y en el cuidado del recién nacido. Además, en 2024 se registró un caso de mortalidad por tumores (37,04), lo que, aunque inusual, requiere una vigilancia especial para detectar posibles factores genéticos o ambientales.

En las mujeres, las principales causas se asocian a malformaciones congénitas, con tasas en 2015 (23,81), 2016 (21,74) y un aumento en 2024 (43,48), evidenciando una persistencia de estas condiciones. También se identificó un caso aislado de enfermedad del sistema circulatorio en 2024 (23,81), que podría relacionarse con defectos cardíacos congénitos. Estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer los programas de salud materno-infantil, especialmente en el control prenatal, el diagnóstico temprano de anomalías fetales y la atención especializada durante el parto y el periodo neonatal, para reducir las muertes prevenibles en la primera infancia.

15.Tabla tasas de mortalidad específicas 16 grandes grupos en menores de 1 año, del 2015-2024 Uramita-Antioquia.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,41	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	26,32	29,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23,81	21,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,48
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	26,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

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

El análisis de la mortalidad en menores de 1 a 4 años en Uramita entre 2015 y 2024 evidencia una concentración de casos en el grupo masculino durante 2024, con tasas elevadas por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (373,13) y por signos y síntomas clínicos no especificados (373,13), además de un registro por causas externas de morbilidad y mortalidad (362,32). Estos picos reflejan posibles deficiencias en la atención pediátrica especializada, en el diagnóstico oportuno y en la vigilancia de enfermedades crónicas o metabólicas en la infancia.

En el grupo femenino, los años 2020 y 2021 presentaron tasas iguales (375,94) relacionadas con causas externas de morbilidad y mortalidad, lo que sugiere exposición a factores de riesgo ambientales o accidentes domésticos. Este comportamiento resalta la necesidad de fortalecer los programas de salud infantil, priorizando la detección temprana de enfermedades metabólicas, la prevención de accidentes y la mejora del acceso a servicios pediátricos especializados. Asimismo, se requiere una mayor capacitación del personal de salud en el diagnóstico clínico y la notificación precisa de causas de muerte infantil, garantizando una respuesta integral que contribuya a la reducción de muertes evitables en este grupo etario.



16.Tabla tasas de mortalidad específicas 16 grandes grupos en menores de 1 a 4 años

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	373,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	373,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	362,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	375,94	375,94	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

65

Tasas específicas 16 grandes grupos por sexo en menores de 5 años

La mortalidad en niñas menores de un año en el municipio de Uramita en los últimos cinco años no ha reportado incidencia de casos por causas relacionadas, las cifras que se tienen del 2015 al 2016 mostró un aumento en 2015, con una incidencia de 23,81, probablemente debido a complicaciones perinatales o infecciones neonatales no diagnosticadas a tiempo para el 2016, la tasa disminuyó a 21,74, lo que indica una posible mejora en la atención prenatal y en el manejo del parto.

17.Tabla tasas específicas 16 grandes grupos en menores de 5 años

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	299,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	299,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	246,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	289,02	293,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	228,31	277,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	246,31	247,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	314,47
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	299,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	228,31	0,00	0,00	0,00	0,00	293,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	301,20	301,20	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez

En el análisis de la mortalidad materno-infantil en Uramita para 2024 se evidencia la ausencia de muertes maternas, lo que representa un resultado positivo en comparación con el promedio departamental (30,7 por 100.000 nacidos vivos). Sin embargo, las tasas de mortalidad neonatal (20,0), infantil (40,0) y en la niñez (80,0) superan ampliamente los promedios de Antioquia (5,4; 8,4 y 11,5 respectivamente), reflejando deficiencias persistentes en la atención prenatal, perinatal y pediátrica. Aunque se observan fluctuaciones en los años previos, los incrementos en 2023 y 2024 sugieren un repunte preocupante de las muertes en edades tempranas, posiblemente asociadas con



barreras en el acceso a servicios de salud oportunos y con deficiencias en la vigilancia de los riesgos durante el embarazo y el posparto.

Por otro lado, la ausencia de muertes por infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA) y desnutrición en menores de cinco años refleja avances en las coberturas de vacunación, acceso a agua segura y programas de seguridad alimentaria. No obstante, las elevadas tasas en mortalidad neonatal e infantil subrayan la necesidad de fortalecer la atención integral materno-infantil, priorizando el control prenatal de calidad, el acompañamiento durante el parto, la atención inmediata al recién nacido y la detección temprana de riesgos. Además, se requiere reforzar la educación comunitaria en salud y la vigilancia epidemiológica para reducir las muertes evitables y mejorar los indicadores de supervivencia infantil en el municipio.

18.TablaSemaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez

Causa de muerte	Antioquia	Uramita	Comportamiento											
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^a		
Razón de mortalidad materna	30,7	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad neonatal	5,4	20,0	-	↗	↘	↗	↘	-	-	-	↗	↗		
Tasa de mortalidad infantil	8,4	40,0	↗	↘	↘	↗	↘	↘	-	↗	↗	↗		
Tasa de mortalidad en la niñez	11,5	80,0	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗		
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	7,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,8	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	3,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

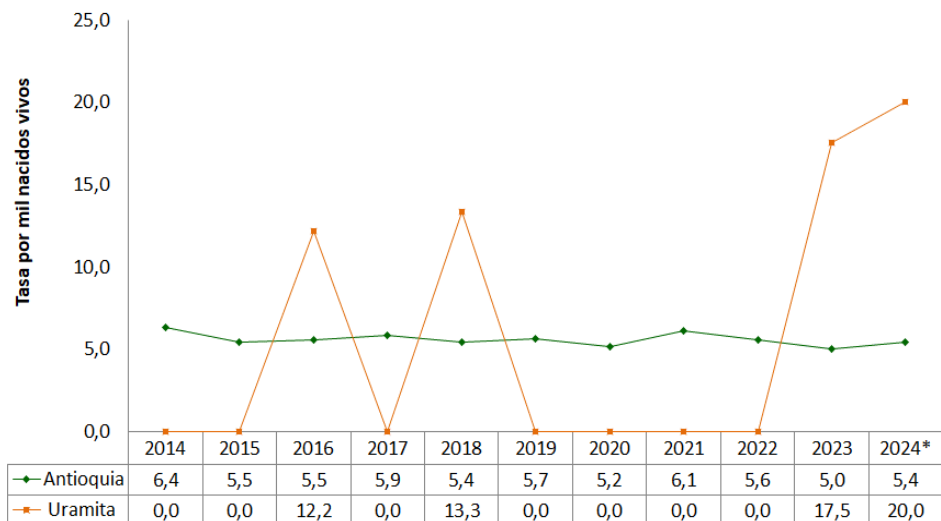
Tasa de mortalidad neonatal

El comportamiento de la tasa de mortalidad neonatal en Uramita entre 2014 y 2024 muestra variaciones marcadas, con incrementos considerables en 2016 (12,2), 2018 (13,3), 2023 (17,5) y un pico en 2024 (20,0) por cada 1.000 nacidos vivos, cifras que cuadruplican el promedio departamental de Antioquia (5,4). Este comportamiento evidencia dificultades persistentes en la atención prenatal, perinatal y neonatal, posiblemente relacionadas con la limitada disponibilidad de servicios obstétricos especializados y con demoras en la atención de emergencias durante el parto o el posparto inmediato.

La tendencia ascendente de los últimos dos años sugiere una vulnerabilidad creciente en la salud materno-infantil del municipio. Factores como la dispersión geográfica, el acceso restringido a controles prenatales de calidad y la falta de

seguimiento a recién nacidos de riesgo podrían estar contribuyendo a estas cifras. Se recomienda fortalecer la red de atención primaria, priorizando la vigilancia de gestantes y neonatos, mejorar la capacidad de respuesta ante complicaciones perinatales y garantizar la referencia oportuna a hospitales de mayor complejidad para disminuir la mortalidad neonatal evitable.

Gráfica.21 Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Uramita, 2014-2024



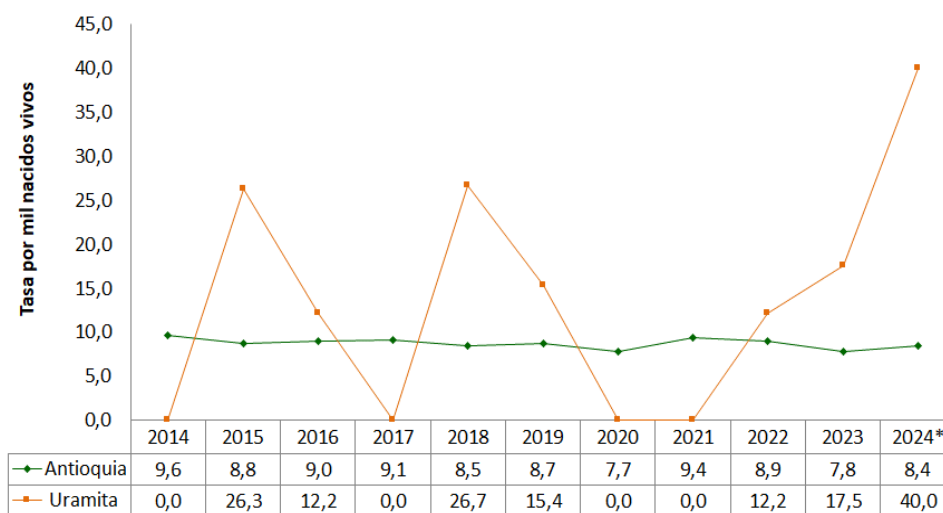
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Tasa de mortalidad infantil

Entre 2014 y 2024, la tasa de mortalidad infantil en Uramita mostró un comportamiento fluctuante y preocupante, con incrementos destacados en 2015 (26,3), 2018 (26,7) y un ascenso abrupto en 2024, alcanzando 40,0 por cada 1.000 nacidos vivos, una cifra casi cinco veces superior al promedio departamental (8,4). Este aumento reciente refleja un posible deterioro en la atención materno-infantil, asociado con limitaciones en la cobertura de servicios de salud, demoras en la atención de emergencias obstétricas y deficiencias en el seguimiento a recién nacidos de alto riesgo.

Mientras Antioquia mantuvo tasas estables entre 7,7 y 9,6, Uramita evidencia una mayor vulnerabilidad sanitaria y desigualdades territoriales. La recurrencia de picos sugiere que las muertes infantiles en el municipio podrían estar vinculadas a causas prevenibles, como complicaciones perinatales o deficiencias en el control neonatal. Se recomienda reforzar la atención prenatal y neonatal, mejorar la vigilancia de la mortalidad infantil, fortalecer la red de referencia para casos de riesgo y promover intervenciones comunitarias orientadas a la prevención y detección temprana de complicaciones

Gráfica.22 Tasa de mortalidad infantil, municipio de Uramita, 2014-2024



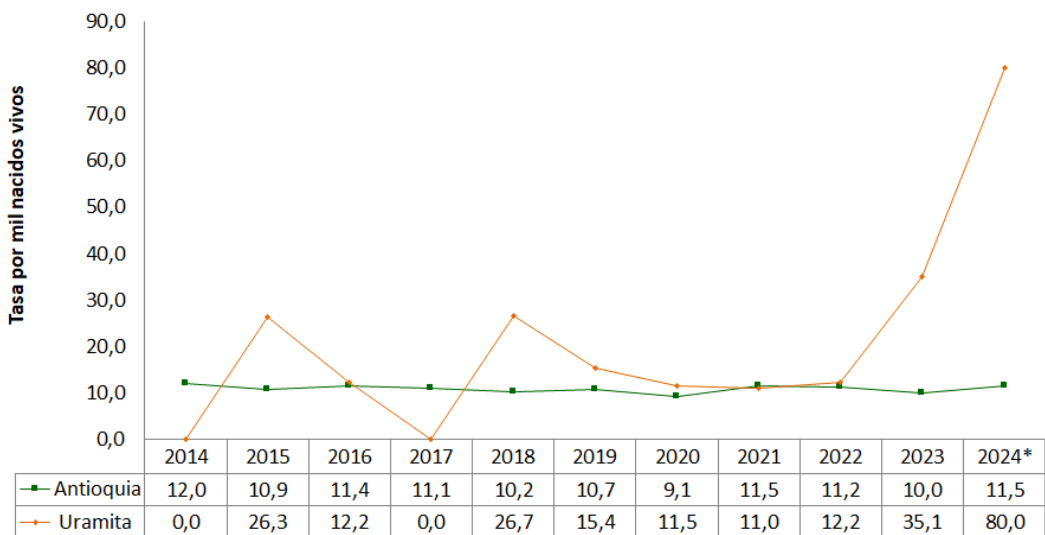
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Tasa de mortalidad en menores de 5 años

Entre 2014 y 2024, la tasa de mortalidad en menores de cinco años en Uramita mostró un comportamiento irregular, con incrementos marcados en 2015 (26,3), 2018 (26,7), y un aumento preocupante en 2024 (80,0 por cada 1.000 nacidos vivos), superando ampliamente el promedio departamental de Antioquia (11,5). Este incremento sostenido desde 2022 indica un posible deterioro en las condiciones de salud infantil y en la atención integral del binomio madre-hijo, evidenciando vulnerabilidades en la atención prenatal, neonatal y pediátrica, así como limitaciones en la cobertura y calidad de los servicios de salud.

Mientras Antioquia mantiene una tendencia estable y controlada, Uramita presenta una brecha creciente que refleja desigualdades territoriales y deficiencias estructurales en la respuesta sanitaria local. Las causas probables de esta situación incluyen demoras en la atención de emergencias obstétricas, falta de seguimiento a niños con riesgo y barreras geográficas para acceder a atención especializada. Se recomienda fortalecer la red de salud materno-infantil, garantizar el seguimiento de gestantes y menores de cinco años, mejorar la capacidad diagnóstica y de respuesta frente a eventos críticos, e implementar acciones comunitarias orientadas a la prevención de la mortalidad infantil evitable

Gráfica.23 Tasa de mortalidad en menores de 5 años, municipio de Uramita, 2014-2024



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia

La razón de mortalidad materna por etnia en el municipio de Uramita no presenta datos actualizados para los años recientes, manteniéndose como único registro el de 2013 en el grupo de "otras etnias", con una razón de 1.030,93 y un total general de 1.020,41. La ausencia de información en los años siguientes, incluyendo 2023 y 2024, evidencia limitaciones en la recolección y desagregación de datos por pertenencia étnica, lo que dificulta la identificación de desigualdades en salud materna y obstaculiza el diseño de políticas con enfoque diferencial. Esta falta de registro puede estar asociada al subreporte o a debilidades en los sistemas de información locales.

En cuanto a la mortalidad neonatal, se observa una tendencia creciente en el grupo de "otras etnias", pasando de 12,50 en 2016 a 17,86 en 2023 y 20,83 en 2024, lo que refleja un deterioro sostenido en la salud perinatal. Aunque no se reportan datos específicos para comunidades indígenas, afrodescendientes o raizales, el aumento progresivo en las tasas generales y en las "otras etnias" sugiere inequidades persistentes en el acceso y la calidad de la atención materno-infantil. Estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer la vigilancia en salud con enfoque étnico, mejorar la calidad de los servicios prenatales y neonatales, e implementar estrategias interculturales que garanticen una atención oportuna y equitativa a los grupos más vulnerables del municipio.

19.Tabla Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia, 2024.

Tasa de mortalidad neonatal por Departamento, Municipio y Etnia																
Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1- INDIGENA																
3- RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)																
5- NEGRO, MESTIZO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE																
6- OTRAS ETNIAS	9,35	9,71		9,52	20,62			12,50		14,71					17,06	20,83
NO REPORTADO																
Total General	9,17	9,17		9,52	20,41			12,20		13,33					17,54	20,00
Razón de mortalidad materna a 42 días por Departamento, Municipio y Etnia																
Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1- INDIGENA																
3- RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)																
5- NEGRO, MESTIZO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE																
6- OTRAS ETNIAS					1.830,93											
NO REPORTADO																
Total General					1.830,41											

Fuente: SISPRO

70

Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia

El análisis de la mortalidad materna y neonatal por área de residencia en el municipio de Uramita evidencia importantes diferencias territoriales. En cuanto a la razón de mortalidad materna, el único registro corresponde al año 2013 en el área rural dispersa, con una razón de 1.351,35 por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que el total general para ese año fue de 1.020,41. Este dato refleja una alta vulnerabilidad de las mujeres gestantes en zonas rurales, probablemente relacionada con dificultades en el acceso oportuno a servicios obstétricos, escasez de personal especializado y demoras en la atención de emergencias, factores característicos de contextos rurales y dispersos.

En relación con la mortalidad neonatal, se observan fluctuaciones en las áreas rurales y urbanas. En la cabecera municipal, las tasas fueron elevadas en 2010 (38,46), con un pico crítico en 2013 (95,24) y un nuevo incremento en 2024 (55,56), evidenciando deficiencias persistentes en la atención hospitalaria y en los cuidados del recién nacido. Por su parte, en el área rural dispersa se registran tasas que oscilan entre 12,99 en 2012, 18,18 en 2017 y 27,03 en 2023, con una tendencia ascendente que apunta a la persistencia de barreras geográficas y estructurales en el acceso a servicios de salud.

Estas tendencias revelan la necesidad de fortalecer la capacidad resolutoria del sistema de salud en las zonas rurales de Uramita, priorizando la atención obstétrica y neonatal, el transporte asistido y la referencia oportuna de gestantes y neonatos en riesgo. Además, se recomienda ampliar la cobertura del personal de salud en áreas dispersas y fortalecer las estrategias de vigilancia comunitaria, educación materna y promoción del parto institucional seguro para reducir las muertes prevenibles en los territorios más aislados.

20.Tabla Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia, municipio de Uramita,2024.

Razón de mortalidad materna a 42 días por Departamento, Municipio y Área														
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1 - CENTRO PUEBLO														
2 - AREA RURAL						1,203,25								
3 - SIN INFORMACION														
Total General						1,203,25								

Tasa de mortalidad neonatal por Departamento, Municipio y Área														
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1 - CENTRO PUEBLO		38,46			45,24									
2 - AREA RURAL		11,70		11,99				16,10		10,52			27,85	
3 - SIN INFORMACION														
Total General		9,17	9,17	9,52	26,41			12,26		11,33			15,34	26,86

Fuente: SISPRO

3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental

71

El análisis de la mortalidad relacionada con la salud mental en el municipio de Uramita entre 2015 y 2024 muestra una tendencia completamente estable, sin registros de muertes por trastornos mentales y de comportamiento (F00-F99), epilepsia (G40-G41) o trastornos mentales debidos al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tanto en hombres como en mujeres. Esta ausencia total de casos sugiere una baja mortalidad atribuible a causas neuropsiquiátricas en el municipio durante la última década.

No obstante, esta aparente estabilidad podría estar influenciada por subregistros o limitaciones en la detección y notificación de casos, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso, donde los diagnósticos relacionados con salud mental suelen ser menos precisos y las muertes pueden clasificarse bajo otras causas. Se recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica en salud mental, capacitar al personal de salud en identificación y manejo de trastornos mentales y neurológicos, e impulsar estrategias de promoción, prevención y atención integral, que incluyan acciones comunitarias y redes de apoyo psicosocial, con el fin de garantizar una detección oportuna y reducir posibles brechas en el registro y atención de esta problemática.

3.1.5 Conclusiones de mortalidad

El análisis de la mortalidad en el municipio de Uramita durante el periodo 2014–2024 evidencia un perfil en transición, donde las causas externas y las enfermedades crónicas no transmisibles concentran la mayor carga. En 2024 repuntan con fuerza los eventos violentos y accidentales –sobre todo en hombres– y, en paralelo, crece el peso de las neoplasias, mientras el componente circulatorio desciende, pero se mantiene como causa estructural. Este patrón combina determinantes sociales (convivencia, seguridad vial, consumo de sustancias, condiciones laborales) con factores de riesgo crónicos (sedentarismo, dieta, tabaquismo y barreras de acceso), y demanda reforzar la prevención intersectorial, la pesquisa temprana y la adherencia a tratamientos.



El comportamiento de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) confirma la magnitud de la mortalidad prematura por causas externas –principalmente en hombres–, seguida de neoplasias, circulatorias y un volumen no menor de causas mal definidas, indicador de brechas en la calidad diagnóstica y del registro. La coexistencia de eventos prevenibles y crónicos describe una doble carga epidemiológica con desigualdades urbano-rurales. Para reducir AVPP se requiere fortalecer el primer nivel (gestión del riesgo cardiovascular y metabólico, control del tabaquismo y del aire intradomiciliario), ampliar tamizajes oncológicos con navegación de pacientes y consolidar respuestas comunitarias para seguridad vial, prevención de violencias y salud mental.

72

En mortalidad materno-infantil se observa un panorama de alerta: aunque no hay muertes maternas recientes, las tasas neonatal (20,0), infantil (40,0) y <5 años (80,0) en 2024 superan ampliamente los promedios departamentales. En <1 año predominan las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas; además, la mortalidad neonatal muestra incrementos en cabecera y rural dispersa, con barreras de acceso y oportunidad. La prioridad es robustecer el paquete materno-neonatal (control prenatal de calidad, clasificación de riesgo, transporte asistido 24/7, parto institucional seguro, reanimación y cuidado del prematuro), mejorar la detección de anomalías congénitas y sostener la vigilancia de IRA/TBC y nutrición infantil, que hoy no muestran carga letal, pero requieren mantener coberturas.

Finalmente, la mortalidad relacionada con salud mental se mantiene sin registros por trastornos mentales, consumo de SPA o epilepsia; sin embargo, el aumento reciente de suicidios y la alta contribución de causas externas sugieren la necesidad de no bajar la guardia. Es clave fortalecer la vigilancia en salud mental, el tamizaje en APS, la atención de crisis, y las redes psicosociales comunitarias, junto con la mejora del registro de causas de defunción (reducción de “mal definidas”) y la desagregación por etnia y área. En conjunto, Uramita requiere una política local de prevención de mortalidad evitable, con foco en seguridad y convivencia, control de crónicas, ruta materno-neonatal y cierre de brechas territoriales para garantizar entornos más saludables y seguros.

3.2 Análisis de la morbilidad

El análisis de la morbilidad en el municipio de Peque permite comprender el estado de salud de su población y los principales problemas que la afectan a lo largo de los distintos ciclos vitales. Este apartado aborda las causas más relevantes de morbilidad, tanto transmisibles como no transmisibles, además de los problemas materno-perinatales, las lesiones y los eventos de salud mental y de alto costo. También se incluyen datos sobre eventos de notificación



obligatoria y la atención a población migrante, con el propósito de identificar patrones de enfermedad y orientar acciones efectivas para fortalecer la atención primaria y la gestión en salud pública del municipio. *Cabe aclarar que los datos correspondientes al año 2024 que tienen un asterisco (2024*) son de carácter preliminar y están sujetos a ajustes por las fuentes oficiales.*

3.2.1 Principales causas de morbilidad

Morbilidad por ciclo vital general

El análisis de la morbilidad en Uramita para 2024 muestra variaciones importantes entre los diferentes ciclos vitales. En la primera infancia (0–5 años), las condiciones perinatales aumentaron considerablemente (21,45%), mientras que las enfermedades no transmisibles se mantienen como la principal causa (36,37%), lo que refleja persistencia de problemas en el cuidado prenatal, nutrición y control de enfermedades crónicas tempranas. En la infancia (6–11 años), las enfermedades no transmisibles representan más de la mitad de las atenciones (51,66%), seguidas por las lesiones (13,63%), evidenciando tanto exposición a factores de riesgo como limitaciones en la promoción de la salud escolar. En la adolescencia (12–18 años), las lesiones aumentaron notoriamente (28,20%), probablemente relacionadas con accidentes y comportamientos de riesgo, mientras que las enfermedades no transmisibles se mantienen altas (48,28%). En la juventud (14–26 años), las enfermedades no transmisibles aumentaron a 52,18%, consolidándose como la causa predominante, y las condiciones maternas siguen siendo relevantes (13,87%), lo que evidencia vulnerabilidad en la salud sexual y reproductiva. En la adultez (27–59 años), las enfermedades no transmisibles alcanzaron su punto máximo (69,51%), reflejando la carga de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y neoplásicas. Finalmente, en los adultos mayores (60 años y más), aunque las enfermedades no transmisibles continúan liderando (79,37%), aumentan las lesiones (8,49%) y las condiciones mal clasificadas (7,69%), lo que sugiere deficiencias en el diagnóstico y registro.

Según el sexo, se observan diferencias importantes en los patrones de morbilidad. En los hombres, la primera infancia continúa afectada por condiciones transmisibles y nutricionales (25,50%), lo que resalta falencias en prevención y atención oportuna. En la adolescencia, las lesiones representan una preocupación creciente (31,28%), relacionadas con accidentes, consumo de sustancias o violencia. En la adultez, las enfermedades no transmisibles aumentan a 58,40%, principalmente hipertensión, diabetes y enfermedades del corazón, mientras que en los mayores de 60 años estas alcanzan el 80,40%.

En las mujeres, las condiciones transmisibles y nutricionales en la primera infancia mantienen una proporción importante (20,35%), lo que evidencia la necesidad de fortalecer la salud infantil y materna. En la adolescencia, las condiciones maternas continúan siendo un factor destacado (11,25%), lo que podría estar asociado a embarazos tempranos y falta de educación sexual integral. En la adultez, las enfermedades no transmisibles siguen siendo la principal causa de morbilidad (72,70%), mientras que en la vejez alcanzan el 82,14%, reforzando la urgencia de estrategias de prevención, detección temprana y manejo integral de enfermedades crónicas, con un enfoque diferencial por edad y género.

21.Tabla Morbilidad por ciclo vital general, Municipio de Uramita, 2015 - 2024.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total											Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,51	31,97	23,40	23,40	20,13	16,01	28,52	21,59	27,18	24,03	3,14	
	Condiciones perinatales	0,00	0,00	0,00	1,60	2,73	21,19	31,21	24,63	15,11	21,45	4,1	
	Enfermedades no transmisibles	43,82	40,82	57,45	43,09	42,07	37,50	25,82	36,83	39,77	36,37	3,40	
	Lesiones	12,75	0,68	0,00	11,17	10,13	7,77	5,97	4,39	6,56	6,35	-0,21	
	Condiciones mal clasificadas	21,91	26,53	19,15	20,74	24,95	17,53	8,48	12,56	11,37	11,79	0,41	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,06	18,58	15,94	11,46	8,56	14,49	9,73	10,52	11,84	6,50	-5,34	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	44,44	46,90	40,58	45,06	54,87	40,58	66,52	56,87	54,65	51,66	2,99	
	Lesiones	18,75	4,42	5,80	8,70	8,79	36,47	15,49	18,45	19,95	13,63	-8,32	
	Condiciones mal clasificadas	18,75	30,09	37,68	34,78	27,67	8,21	8,26	14,16	13,56	28,21	14,05	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,57	7,44	20,37	8,66	5,23	11,59	6,48	5,53	8,36	5,46	2,90	
	Condiciones maternas	7,07	0,65	11,11	1,08	2,04	12,60	9,93	9,19	12,54	5,46	7,08	
	Enfermedades no transmisibles	48,23	45,31	34,26	47,47	52,04	36,90	56,23	58,72	47,14	48,28	1,14	
	Lesiones	9,60	15,53	12,04	11,55	13,38	21,37	13,88	13,45	18,34	28,20	9,86	
	Condiciones mal clasificadas	28,54	31,07	22,22	31,23	27,31	17,55	13,48	13,11	13,62	12,61	-1,02	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,77	8,53	3,07	6,00	7,14	10,21	8,94	6,22	11,57	8,09	-3,48	
	Condiciones maternas	8,11	5,69	7,98	5,45	9,08	17,07	17,51	19,94	17,51	13,87	-3,64	
	Enfermedades no transmisibles	50,88	42,18	39,26	46,91	47,68	43,46	50,83	52,58	48,95	52,18	3,23	
	Lesiones	9,65	14,22	20,86	10,55	10,45	16,25	10,09	10,93	10,54	14,77	4,23	
	Condiciones mal clasificadas	22,59	29,38	28,83	31,09	25,65	13,02	12,62	10,33	11,44	11,09	-0,35	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,85	3,99	9,03	7,08	5,15	6,41	8,51	10,69	9,77	10,48	0,71	
	Condiciones maternas	1,40	0,10	0,81	0,46	1,36	4,61	3,25	3,00	1,16	2,03	0,88	
	Enfermedades no transmisibles	67,41	70,21	67,58	70,22	65,23	68,00	66,42	64,35	72,07	69,51	-2,56	
	Lesiones	7,26	4,50	7,90	5,19	8,30	10,63	12,52	10,72	7,07	7,76	0,69	
	Condiciones mal clasificadas	17,08	21,19	14,68	17,05	19,95	10,35	9,31	11,24	9,94	10,22	0,28	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,77	2,93	4,07	3,07	3,76	5,45	5,25	3,66	4,05	4,45	0,39	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	78,97	81,36	85,57	80,19	81,35	80,02	84,38	80,74	82,41	79,37	-3,04	
	Lesiones	3,33	3,25	2,85	5,81	3,02	5,35	4,43	6,08	6,93	8,49	1,57	
	Condiciones mal clasificadas	11,92	12,46	7,52	10,93	11,79	9,17	5,93	9,51	6,61	7,69	1,08	

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales

Durante el año 2024, las condiciones transmisibles y nutricionales en el municipio de Uramita mantuvieron una participación destacada dentro del perfil de morbilidad, con una leve variación positiva frente a 2023. Dentro de este grupo, las enfermedades infecciosas y parasitarias representaron el 61,2 % de los casos, seguidas por las infecciones respiratorias con el 33,5 %, y las deficiencias nutricionales con el 5,3 %, que mostraron un leve aumento respecto



al año anterior. Este comportamiento evidencia que las enfermedades de origen infeccioso continúan siendo una causa relevante de atención en salud, en especial las respiratorias, que mantienen una presencia importante en la carga morbilidad municipal, así como un incremento sostenido en los trastornos relacionados con el estado nutricional.

Al analizar los resultados por sexo, se observa una distribución relativamente equilibrada, con ligera mayor proporción de casos en hombres (52 %) frente a mujeres (48 %). Las enfermedades infecciosas y parasitarias afectaron principalmente a los hombres (484 casos), mientras que las mujeres presentaron una mayor proporción en infecciones respiratorias (220 casos). Las deficiencias nutricionales, aunque en menor magnitud, se presentaron en ambos sexos, con una leve predominancia femenina, lo que podría estar asociado a condiciones de vulnerabilidad nutricional y desigualdades en el acceso a alimentos saludables.

En la revisión del periodo 2015–2024, se evidencia una tendencia variable con picos de incremento en 2020 y 2022, coincidiendo con periodos de mayor circulación de infecciones respiratorias y aumento de enfermedades infecciosas asociadas a cambios ambientales y pospandemia. Si bien 2024 muestra una leve recuperación de los casos infecciosos (+0,28 pp), persiste una disminución en las infecciones respiratorias (−0,81 pp), mientras que las deficiencias nutricionales mantienen un crecimiento sostenido (+0,53 pp). En conjunto, el panorama epidemiológico sugiere que las condiciones transmisibles y nutricionales siguen siendo un reto prioritario en Uramita, especialmente en niños y población rural. Por tanto, se recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica, mejorar la cobertura de vacunación, reforzar los programas de nutrición y seguridad alimentaria, y promover la educación sanitaria comunitaria enfocada en la prevención de infecciones y el mejoramiento de los hábitos de alimentación y autocuidado.

22.TablaMorbilidad específica por subgrupo para las Condiciones transmisibles y nutricionales, municipio de Uramita, 2015-2024.

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)	52,55	43,75	58,40	51,66	43,08	68,21	62,90	72,81	60,91	61,19	0,28	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,35	53,98	36,00	42,54	51,59	27,62	31,97	22,57	34,33	33,52	-0,81	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	1,09	2,27	5,60	5,80	5,33	4,17	5,13	4,61	4,76	5,29	0,53	

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Condiciones materno-perinatales



Durante el año 2024, las condiciones maternas y perinatales en el municipio de Uramita mantuvieron una relevancia considerable dentro del perfil de morbilidad, representando un incremento en los eventos perinatales frente al año anterior. En este grupo, las condiciones maternas (O00–O99) concentraron el 64,5 % de las atenciones, mientras que las condiciones derivadas del periodo perinatal (P00–P96) representaron el 35,5 %, evidenciando un aumento de 8,4 puntos porcentuales en relación con 2023. Este cambio sugiere una mayor identificación y atención de casos neonatales, posiblemente asociada con la mejora en la vigilancia prenatal y la atención hospitalaria del parto, aunque también refleja la persistencia de riesgos durante el embarazo y el periodo neonatal.

76

Al analizar la distribución por sexo, se observa que las condiciones maternas afectaron exclusivamente a mujeres, con 424 atenciones en 2024, mientras que las condiciones perinatales incluyeron 172 casos en hombres y 61 en mujeres, correspondientes a recién nacidos con complicaciones asociadas al parto o al entorno gestacional. Esta diferencia resalta la importancia de fortalecer la atención integral del binomio madre-hijo, garantizando el acceso oportuno a controles prenatales de calidad y a servicios de atención obstétrica segura, especialmente en zonas rurales y dispersas del municipio.

En la revisión del periodo 2015–2024, se identifica una tendencia descendente en las condiciones maternas, que pasaron de representar el 98,7 % de los casos en 2015 al 64,5 % en 2024, mientras que las condiciones perinatales aumentaron sostenidamente hasta alcanzar el 35,5 % en el mismo año. Esta evolución sugiere avances en la detección y reporte de eventos perinatales, pero también la necesidad de fortalecer los programas de salud materno-infantil, con énfasis en la prevención de complicaciones obstétricas, el control del embarazo de alto riesgo, la atención inmediata al recién nacido y la educación en autocuidado para madres gestantes.

23.TablaMorbilidad específica por subgrupo para las Condiciones materno-perinatales, municipio de Uramita, 2015-2024.

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 maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	98,78	100,00	100,00	97,96	92,83	81,43	69,40	75,85	72,98	64,54	-8,44	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	1,22	0,00	0,00	2,04	7,17	18,57	30,60	24,15	27,02	35,46	8,44	

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Enfermedades no transmisibles



Durante el año 2024, las enfermedades no transmisibles mantuvieron su predominio dentro del perfil de morbilidad en el municipio de Uramita, representando más del 60 % del total de las atenciones en salud. Dentro de este grupo, las enfermedades cardiovasculares continuaron siendo la principal causa (20,7 %), seguidas por las enfermedades músculo-esqueléticas (10,3 %), las enfermedades genitourinarias (12,1 %) y las condiciones neuropsiquiátricas (8,6 %). A su vez, las condiciones orales presentaron un incremento importante (+1,8 pp frente a 2023), lo que sugiere una mejora en el acceso y registro de la atención odontológica. En contraste, las enfermedades cardiovasculares y las neuropsiquiátricas mostraron reducciones (-1,65 y -1,68 pp respectivamente), reflejando posibles variaciones en la demanda o en la cobertura de servicios especializados.

77

En cuanto al comportamiento por sexo, las mujeres concentraron la mayoría de las atenciones (63 %), principalmente en enfermedades cardiovasculares, genitourinarias y musculoesqueléticas, lo que evidencia una mayor carga de enfermedad crónica en este grupo poblacional. Los hombres, por su parte, presentaron una mayor frecuencia de atenciones por enfermedades digestivas, respiratorias y de la piel, así como un incremento en los trastornos endocrinos y metabólicos. Este patrón sugiere diferencias en los estilos de vida, los factores de riesgo ocupacionales y la búsqueda de atención médica, donde las mujeres acceden con mayor frecuencia a los servicios de salud mientras que los hombres tienden a consultar en fases más avanzadas de la enfermedad.

El análisis del periodo 2015–2024 evidencia un comportamiento estable en las enfermedades no transmisibles, aunque con fluctuaciones según el tipo de patología. Las enfermedades cardiovasculares muestran un descenso sostenido desde 2021, mientras que las enfermedades genitourinarias y de la piel aumentaron levemente (+0,83 y +1,01 pp), indicando un crecimiento en la atención de patologías crónicas y dermatológicas. Por su parte, los trastornos endocrinos y las condiciones orales registraron incrementos, lo que podría estar relacionado con un mejor diagnóstico y mayor cobertura de servicios de promoción y prevención. En conjunto, este panorama confirma la transición epidemiológica del municipio, donde las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen el principal reto sanitario, demandando el fortalecimiento de la atención primaria, el control de factores de riesgo como la hipertensión, obesidad y diabetes, y el impulso de programas de salud mental y bucal que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población de Uramita.



24.Tabla Morbilidad específica por subgrupo para las enfermedades no transmisibles por 6 ciclos vitales, municipio de Uramita, 2015-2024.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total											Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	2,22	0,39	1,71	0,66	1,73	2,27	5,17	2,49	6,09	6,40	0,32	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,99	0,28	1,00	1,18	0,86	0,87	2,81	2,40	1,38	2,20	0,82	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,22	3,21	2,11	3,59	3,13	4,97	4,45	4,64	3,43	3,11	-0,32	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,33	5,26	6,33	6,62	6,03	5,86	5,22	5,05	4,25	5,15	0,90	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,04	7,15	7,43	7,61	10,73	9,24	12,27	11,55	10,29	8,61	-1,68	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,00	4,04	7,33	4,57	4,50	5,01	5,65	5,91	5,19	4,74	-0,45	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	25,57	42,05	32,73	35,64	27,25	25,18	22,82	26,15	22,32	20,67	-1,65	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,07	4,54	5,52	3,67	4,46	5,01	4,14	3,22	5,23	4,67	-0,56	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5,32	5,32	5,72	5,09	4,50	5,10	7,38	6,22	7,56	7,01	-0,55	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10,69	7,65	9,74	10,95	13,28	14,56	10,52	10,57	11,27	12,11	0,83	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,70	4,16	3,82	3,86	4,91	5,52	3,47	3,29	4,14	5,15	1,01	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13,45	8,42	11,85	9,94	11,67	11,38	12,06	13,31	10,91	10,32	-0,59	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,49	0,28	1,00	0,11	0,40	1,18	1,16	0,87	0,62	0,74	0,12	
	Condiciones orales (K00-K14)	6,92	7,26	3,71	6,52	6,75	3,86	2,87	4,33	7,34	9,13	1,79	

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Lesiones

Durante el año 2024, las lesiones continuaron siendo una causa importante de morbilidad en el municipio de Uramita, con un total de 1.614 atenciones, lo que representa un leve incremento frente al año anterior. Dentro de este grupo, los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00-T98) concentraron la gran mayoría de los casos (96,6 %), seguidos por las lesiones no intencionales (2,4 %) y, en menor medida, las lesiones intencionales (1 %). Este comportamiento refleja que la mayor parte de los eventos corresponden a accidentes domésticos, laborales o de tránsito, con una participación marginal de los hechos asociados a violencia interpersonal o autoinfligida. En el análisis por sexo, los hombres concentraron cerca del 63 % de las atenciones, con predominio en los traumatismos y lesiones no intencionales, lo que sugiere mayor exposición a riesgos laborales y de movilidad. Las mujeres, aunque con menor frecuencia de casos, mostraron un aumento en los eventos relacionados con lesiones intencionales, lo que podría asociarse a situaciones de violencia de género y requiere fortalecimiento en la detección y atención integral de estos casos.

Al observar la evolución del periodo 2015–2024, se evidencia un patrón sostenido de predominio de los traumatismos y otras causas externas, que se han mantenido por encima del 90 % de los registros anuales. Aunque las lesiones no intencionales disminuyeron levemente en 2024 (–0,96 pp), las lesiones intencionales aumentaron (+0,43 pp), lo que resalta la necesidad de estrategias de prevención tanto en seguridad vial como en salud mental y convivencia social.

En conjunto, la morbilidad por lesiones en Uramita evidencia que los accidentes continúan siendo un desafío para la salud pública local. Por ello, se recomienda fortalecer las acciones intersectoriales de promoción de la seguridad y prevención de accidentes, mejorar los sistemas de vigilancia de violencia y trauma, y garantizar el acceso oportuno a atención de urgencias y rehabilitación, especialmente en población joven y trabajadora, que concentra el mayor número de casos.

25.TablaMorbilidad específica por subgrupo para lesiones, municipio de Uramita, 2015-2024.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total											Δ pp 2024 2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,27	3,77	1,75	2,11	3,20	1,31	3,16	2,44	3,38	2,42	-0,96	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	1,26	0,00	1,05	0,00	2,16	1,05	0,08	0,56	0,99	0,43	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,73	94,97	98,25	96,84	96,80	96,52	95,79	97,48	96,06	96,59	0,54	

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

3.2.3 Morbilidad específica salud mental

Durante 2024 la morbilidad en salud mental de Uramita se concentró en juventud y adultez. La juventud (18–28 años) y la adultez (29–59) aportaron 196 y 378 atenciones, respectivamente, y fueron los grupos con mayor peso relativo de trastornos mentales y del comportamiento (60–62% del total de cada grupo). En la infancia (6–11) también se observó un aumento de estos trastornos (76,7% de las atenciones, +21 pp frente a 2023), mientras que en adolescencia bajaron levemente (57,7%, –3,9 pp). En primera infancia se redujeron los trastornos mentales y del comportamiento (9,2%, –14,3 pp) pero persistió la epilepsia como causa dominante; en vejez, aunque sigue predominando el trastorno mental y del comportamiento, su participación disminuyó de forma marcada (45,2%, –24,1 pp), con mayor presencia relativa de epilepsia.

Por diagnóstico, los “trastornos mentales y del comportamiento” continúan siendo el eje de la demanda (entre 55% y 62% en juventud y adultez). La epilepsia mantiene un patrón etario muy definido: concentra la mayor carga en 0–5 años (418 atenciones 2015–2024, 70% del total del grupo en 2024) y vuelve a ganar peso en vejez (38,7% del total del grupo en 2024). La depresión y la ansiedad se expresan con mayor frecuencia a partir de la adolescencia y sobre todo en la adultez: en 2024, la depresión representó 10,1% y la ansiedad 11,3% de las atenciones adultas; en juventud la ansiedad alcanzó 14,4% y la depresión 8,6%. Los trastornos por uso de sustancias son bajos, pero no despreciables:



aparecen en adolescencia (3,1% del total 2015–2024 y picos episódicos), juventud (8,0% en 2024, aunque –8 pp frente a 2023) y adultez (2,0% en 2024).

Por sexo, las mujeres concentran la mayor parte de la atención en salud mental (58% del total 2015–2024) y lideran la demanda en juventud y adultez; en 2024 acumularon 5.806 atenciones frente a 3.578 en hombres. Los hombres, en cambio, aportan la mayor proporción de epilepsia en primera infancia (377 vs. 41 en mujeres en 2015–2024) y muestran más episodios de trastorno por sustancias en adolescencia. En conjunto, el perfil sugiere priorizar: i) gestión del riesgo psicosocial y oferta de servicios de salud mental comunitaria para jóvenes y adultos; ii) tamizaje y manejo oportuno de epilepsia en 0–5 años y en mayores; iii) rutas diferenciales para depresión y ansiedad en mujeres y control del consumo de SPA en varones adolescentes y jóvenes; y iv) mejorar continuidad del cuidado para sostener las reducciones observadas en 2024.

26.Tabla Morbilidad específica en Salud mental, municipio de Uramita, 2015–2024.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total											Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	38,46	25,00	0,00	59,26	17,39	65,22	29,27	23,46	9,20	-14,26	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	100,00	61,54	75,00	100,00	27,16	82,61	30,43	65,85	72,22	87,93	15,71	
	Depresión	0,00	0,00	0,00	0,00	4,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Ansiedad	0,00	0,00	0,00	0,00	8,64	0,00	4,35	4,88	4,32	2,87	-1,45	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	100,00	53,33	33,33	49,18	36,11	82,65	48,99	55,68	76,71	21,03	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,23	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	0,00	0,00	0,00	61,11	40,98	63,89	17,35	33,87	12,50	10,96	-1,54	
	Depresión	0,00	0,00	0,00	0,00	3,28	0,00	0,00	1,61	2,27	0,00	-2,27	
	Ansiedad	0,00	0,00	48,67	5,56	6,56	0,00	0,00	12,90	29,55	12,33	-17,22	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61,29	48,48	50,00	71,88	48,25	41,30	70,83	58,22	61,54	57,89	-3,65	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,23	3,03	0,00	0,00	9,09	0,00	2,08	0,47	6,92	0,00	-6,92	
	Epilepsia	16,13	21,21	33,33	15,63	13,29	23,91	6,25	0,47	2,31	7,05	4,74	
	Depresión	6,45	27,27	0,00	6,25	9,79	23,91	10,42	24,41	6,15	16,03	9,88	
	Ansiedad	12,90	0,00	16,67	6,25	19,58	10,87	10,42	16,43	23,08	19,23	-3,85	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	37,50	20,00	33,33	38,24	60,10	58,14	76,96	58,67	56,80	59,18	2,38	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	12,50	0,00	0,00	5,88	0,48	23,26	10,00	2,04	10,00	2,04	-7,96	
	Epilepsia	50,00	60,00	50,00	35,29	16,83	7,44	3,26	2,81	6,00	7,14	1,14	
	Depresión	0,00	0,00	0,00	0,00	14,90	3,72	7,17	10,46	10,40	5,10	-5,30	
	Ansiedad	0,00	20,00	16,67	20,59	7,69	7,44	2,61	26,02	17,00	26,53	9,53	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	59,65	58,18	60,87	54,76	52,54	50,44	58,21	61,68	75,88	55,56	-20,32	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	24,56	0,00	0,00	0,00	1,52	0,44	0,00	0,76	1,17	6,08	4,92	
	Epilepsia	15,79	29,09	30,43	30,95	18,02	33,19	14,50	8,63	3,65	13,76	10,10	
	Depresión	0,00	0,00	0,00	3,57	21,07	5,31	15,78	4,31	4,24	12,17	7,83	
	Ansiedad	0,00	12,73	8,70	10,71	6,85	10,62	11,51	24,62	15,06	12,43	-2,62	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,00	30,77	50,00	72,97	76,81	63,08	74,59	73,33	69,28	45,16	-24,12	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	1,45	0,00	0,00	1,11	2,61	0,00	-2,61	
	Epilepsia	20,00	53,85	50,00	21,62	11,59	21,54	7,38	11,11	7,19	38,71	31,52	
	Depresión	0,00	0,00	0,00	0,00	5,80	3,08	8,20	3,33	3,92	2,42	-1,50	
	Ansiedad	0,00	15,38	0,00	5,41	4,35	12,31	9,84	11,11	16,99	13,71	-3,28	

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

Durante el año 2024, los eventos de alto costo en el municipio de Uramita mantuvieron valores nulos en la mayoría de los indicadores, con excepción de la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco, que fue de 55,2 casos por 100.000 habitantes, cifra inferior al promedio departamental de Antioquia (88,2 por 100.000). Este comportamiento muestra leves fluctuaciones en los últimos años, con ausencia de registros entre 2016 y 2018, y repuntes en 2020 y 2021, lo que sugiere un comportamiento irregular más asociado a la captación de casos que a un aumento real de la enfermedad. En contraste, la tasa de incidencia de enfermedad renal crónica, VIH y leucemias pediátricas (mieloide y linfoide) permaneció en 0,0 por 100.000 habitantes, evidenciando un posible subregistro o baja capacidad diagnóstica frente a los promedios departamentales (10,9; 39; y 1,3–4,4 por 100.000 respectivamente).

81

Este panorama refleja que Uramita presenta una detección limitada de patologías crónicas de alto costo, probablemente relacionada con la escasa disponibilidad de pruebas diagnósticas, la ausencia de programas de tamizaje sistemáticos y las dificultades de acceso a servicios especializados. Es prioritario fortalecer la vigilancia epidemiológica y la búsqueda activa de casos, especialmente en enfermedad renal, VIH y cáncer pediátrico, mediante la articulación con la red departamental, la capacitación del talento humano en salud y la educación comunitaria. Estas acciones permitirían mejorar la detección temprana, garantizar la atención oportuna y reducir las complicaciones y costos asociados al tratamiento en etapas avanzadas.

27.Tabla Morbilidad de eventos de alto costo- Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo, Municipio de Uramita, 2024.

Evento	Antioquia	Uramita	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	55,2	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗
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	0,0	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	-
Tasa de incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	39,0	0,0	↘	↗	↘	-	↗	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) (año 2023)	1,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años) (años 2023)	4,4	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

3.2.5 Morbilidad de eventos precursores

Durante el año 2024, la prevalencia de diabetes mellitus y de hipertensión arterial en Uramita se mantuvo por debajo del promedio departamental, aunque con fluctuaciones interanuales que evidencian posibles variaciones en la detección o control de los casos. La prevalencia de diabetes mellitus fue de 2,2 por cada 100 habitantes, inferior al promedio de Antioquia (4,5) y casi un 50% menor según la diferencia relativa (0,48). A pesar de esta situación favorable, el comportamiento histórico muestra una tendencia irregular, con descensos sostenidos entre 2017 y 2019, un repunte en 2020 (2,7) y nuevas caídas posteriores, lo que sugiere una cobertura inconstante en tamizajes o un control insuficiente de los factores de riesgo metabólicos en la población adulta.

82

En cuanto a la hipertensión arterial, la prevalencia en 2024 fue de 5,2 por 100 habitantes, muy por debajo del promedio departamental (14,7 por 100 habitantes), con una diferencia relativa de 0,35. El comportamiento histórico es similar al de la diabetes, con oscilaciones que combinan años de aumento (2019–2021) y periodos de reducción (2022–2024). Esta inestabilidad refleja una posible falta de continuidad en los programas de prevención y seguimiento, especialmente en zonas rurales. Se recomienda fortalecer las acciones de promoción de estilos de vida saludables, aumentar la cobertura de tamizajes de glicemia y presión arterial, e integrar la atención primaria con estrategias de autocuidado y adherencia terapéutica, para mejorar la detección oportuna y reducir la carga futura de enfermedades crónicas no transmisibles en Uramita.

28.Tabla Morbilidad de eventos precursores, Municipio de Uramita, 2024.

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

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

La tabla de semaforización de eventos de notificación obligatoria para el municipio de Uramita revela algunos aspectos críticos y comparativos frente al departamento de Antioquia para el año 2023. Entre los eventos de mayor destacan los casos de dengue con 58 reportes en Uramita, lo que muestra una incidencia considerable comparada con la cifra total del departamento. El dengue y sus complicaciones, como el dengue grave (2 casos), resaltan la necesidad de mejorar las medidas de prevención y control vectorial en el municipio, debido a la tendencia fluctuante en los reportes, para el siguiente evento se relaciona con

agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (10 casos) y casos de malaria vivax (2 casos) también subrayan la necesidad de reforzar la vigilancia y estrategias de salud pública en estas áreas. A pesar de que algunos indicadores muestran valores bajos, como en el caso de mortalidad materna y neonatal (1 caso cada uno), estas cifras aún requieren atención debido a su alta sensibilidad y a las posibles implicaciones para la salud materno-infantil en la región.

La variabilidad observada en los indicadores a lo largo de los años refleja la necesidad de implementar estrategias preventivas robustas, educación comunitaria, y una mejora en los sistemas de reporte y vigilancia epidemiológica, también fortalecer las intervenciones en control de vectores, jornadas de vacunación para los animales y programas de educación en salud, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso, podría impactar positivamente y reducir la incidencia de estos eventos de salud en el municipio de Uramita.

83

29.Tabla Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria 2023.

Evento	Antioquia	Uramita	Comportamiento								
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
100 - ACCIDENTE OFIDICO	744	1	↘	-	-	↗	↘	-	-	↗	
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	2168	6	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	
210 - DENGUE	5241	58	↘	↘	-	↗	-	-	↗	↗	
220 - DENGUE GRAVE	81	2	↘	-	-	-	-	-	-	↗	
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	19051	10	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	-	
348 - INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	6818	2	-	-	-	-	↗	↘	↗	-	
490 - MALARIA VIVAX	14867	2	-	-	-	↗	↘	-	↗	-	
495 - MALARIA COMPLICADA	299	1	-	-	-	-	-	-	-	↗	
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	3780	2	-	-	↗	↗	-	-	-	-	
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	800	1	-	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	
620 - PAROTIDITIS	744	1	-	-	-	-	-	-	↗	-	
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	1446	1	-	-	↗	↗	-	-	↘	↗	
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	156	1	-	-	-	-	-	-	-	↗	
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	3312	2	↘	↘	↗	-	-	-	-	↗	
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	2976	1	-	↗	↗	↘	-	↗	↗	↘	
875 - VCM, VIF, VSX	24602	3	-	↗	-	↘	↘	↗	↘	↘	

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

3.2.7 Morbilidad población migrante

En 2024, la población migrante atendida en Uramita concentró 36 atenciones en salud, con un perfil claramente ambulatorio: la consulta externa representó 42% (vs. 36% en Antioquia) y la entrega de medicamentos 28% (vs. 17%), lo que sugiere que las principales necesidades se resuelven con controles y tratamiento farmacológico. Los procedimientos tuvieron un peso menor (19% vs. 37%

departamental), lo que puede reflejar baja demanda de intervenciones, derivaciones fuera del municipio o barreras de acceso para trámites de mayor complejidad. Las hospitalizaciones y urgencias fueron bajas (6% cada una; Antioquia 3% y 5%), y no se registraron nacimientos (Antioquia 1%), coherente con una población joven y móvil o con posibles subregistros.

Dado el bajo volumen absoluto y la concentración territorial 0% frente al total departamental, se recomienda mantener la capacidad resolutive en primer nivel (consulta externa y suministro oportuno de medicamentos), fortalecer rutas de referencia para procedimientos y partos, y realizar búsqueda activa y orientación en derechos en salud para migrantes recién llegados, de modo que se reduzcan potenciales barreras y se garantice continuidad del tratamiento y acceso oportuno a servicios de mayor complejidad cuando se requiera.

84

30.TablaAtenciones en salud de la población migrante, Municipio de Uramita,2024.

Entidad territorial	Tipo de atención	Uramita		Antioquia		Concentración Entidad territorial
		Año	Distribución	Año	Distribución	Año
Entidad territorial	Consulta Externa	15	42%	105.359	36%	0,0%
	Hospitalización	2	6%	9.601	3%	0,0%
	Medicamentos	10	28%	49.017	17%	0,0%
	Procedimientos	7	19%	108.447	37%	0,0%
	Nacimientos		0%	1.927	1%	0,0%
	Urgencias	2	6%	15.586	5%	0,0%
	Total	36	100%	289.937	100%	0,0%

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

En 2024, el municipio de Uramita registró un total de 18 migrantes atendidos, evidenciando una baja participación dentro del total departamental (0,0% de concentración respecto a los 156.110 casos de Antioquia). En cuanto al régimen de afiliación, la mayoría de la población migrante en el municipio pertenece al régimen subsidiado (50%), seguido del contributivo (33,3%), mientras que el 11,1% reportó afiliación en la categoría "otros" y un 5,6% accedió a servicios de salud de manera particular. No se registraron migrantes no afiliados ni en situación de desplazamiento, lo cual indica una cobertura del 100% en el aseguramiento, aunque dentro de una población migrante de tamaño reducido. Este panorama sugiere que, aunque Uramita mantiene una adecuada integración de los migrantes al sistema de salud, el bajo número de personas atendidas podría reflejar una subdetección o subregistro de la población migrante residente o de paso por el municipio. Se recomienda fortalecer las estrategias de identificación y caracterización de migrantes, garantizar la continuidad en la afiliación al régimen subsidiado, y promover acciones intersectoriales que

mejoren el acceso a servicios de salud, información y atención preventiva, especialmente en población migrante transitoria o en riesgo de exclusión del sistema.

31.Tabla Afiliación en salud de la población migrante, 2024

Regimen de afiliación	Antioquia	%	Uramita	%	Concentración
Contributivo	45302	29,0	6	33,3	0,0%
Subsidiado	45083	28,9	9	50,0	0,0%
No afiliada	16177	10,4	0,0	0,0	0,0%
Particular	29906	19,2	1	5,6	0,0%
Otro	17207	11,0	2	11,1	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	569	0,4	0,0	0,0	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	348	0,2	0,0	0,0	0,0%
En desplazamiento no asegurado	1518	1,0	0,0	0,0	0,0%
Sin dato	0	0,0	0,0	0,0	0,0%
Total de migrantes atendidos	156110	100	18	100	0,0%

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

3.2.8 Conclusiones de morbilidad

El perfil de morbilidad de Uramita confirma una transición epidemiológica con doble carga: persisten las condiciones transmisibles y nutricionales—con peso de infecciones respiratorias y enfermedades infecciosas—mientras las enfermedades no transmisibles (ENT) concentran la mayor proporción de atenciones desde la juventud y se consolidan en la adultez y la vejez (predominio de cardiovasculares, genitourinarias y músculo-esqueléticas, además de aumento de condiciones orales). En los ciclos tempranos, crecen las condiciones perinatales y se mantienen las infecciones; en adolescencia y juventud se incrementan las lesiones—sobre todo no intencionales—y los trastornos mentales y del comportamiento; en mujeres persisten cargas relevantes por causas maternas y ENT; en hombres se concentran lesiones y epilepsia en primera infancia. Aunque los eventos precursores (diabetes 2,2% e hipertensión 5,2%) están por debajo del promedio departamental, muestran fluctuaciones que sugieren variabilidad en tamizaje, control y registro. Los eventos de alto costo presentan bajo registro salvo la prevalencia de ERC estadio 5 (55,2/100.000), lo que apunta a subdetección. La salud mental se focaliza en juventud y adultez, con epilepsia destacada en 0–5 años y en mayores. La morbilidad por lesiones sigue siendo elevada y predominantemente accidental. La población migrante atendida es poca, con uso ambulatorio del sistema y aseguramiento principalmente subsidiado, pero con posible subregistro.

Frente a este panorama, se requieren acciones integrales y diferenciadas por curso de vida y sexo: (i) reforzar APS y gestión del riesgo para ENT (control de

HTA/DM, cesación de tabaco y alcohol, actividad física, alimentación saludable), ampliando tamizajes sistemáticos y seguimiento clínico; (ii) fortalecer la salud materno-perinatal (controles prenatales de calidad, detección de alto riesgo, atención inmediata del RN) y las intervenciones en primera infancia (vacunación, IRA/EDA, nutrición); (iii) desplegar estrategias intersectoriales de prevención de lesiones (seguridad vial y laboral) y de convivencia/violencia, junto con servicios comunitarios de salud mental, tamizaje de depresión y ansiedad, y manejo oportuno de epilepsia; (iv) mejorar la vigilancia y la capacidad diagnóstica para eventos de alto costo (ERC, VIH, cáncer pediátrico) y ENO; y (v) sostener la respuesta para población migrante con identificación activa, aseguramiento oportuno y rutas de referencia. Consolidar estas líneas permitirá reducir la morbilidad evitable, cerrar brechas en acceso y mejorar la calidad de vida de la población de Uramita.

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

La cartografía social realizada permitió que las comunidades identificaran, desde su propia percepción territorial, los principales efectos en salud que las afectan y los factores estructurales que los generan. Este proceso participativo fue esencial para complementar la información epidemiológica y para comprender la relación entre las condiciones del territorio, los determinantes sociales, las dinámicas comunitarias y los resultados de salud. A través de los mapas colectivos, recorridos, entrevistas y priorizaciones, la población señaló directamente los problemas de mayor impacto: dificultades en el acceso a servicios de salud, limitaciones en saneamiento básico, riesgos ambientales y viales, afectaciones a la salud mental, violencias, y debilidades en la infraestructura educativa y comunitaria. Estos elementos fueron retomados para orientar la priorización de efectos de salud con enfoque territorial.

En primer lugar, las comunidades ubicaron como principal determinante crítico la accesibilidad al sistema de salud, especialmente en zonas rurales dispersas donde las vías presentan derrumbes, crecientes súbitas y falta de transporte regular. Este factor fue señalado como generador de muertes evitables, complicaciones perinatales, demoras en atención de emergencias, y barreras para controles prenatales o seguimiento de enfermedades crónicas. Desde la voz comunitaria, se priorizó la necesidad de un fortalecimiento del primer nivel de atención, brigadas frecuentes, puntos de atención comunitaria, y formación de primeros respondientes en veredas como El Corozo, Monos, Ciénaga y El Retiro. Estos elementos se integran como efectos asociados a la mortalidad materno-infantil elevada, los picos en mortalidad por causas externas, y la persistencia de enfermedades transmisibles prevenibles.



La salud mental fue otro eje central señalado colectivamente. La comunidad ubicó zonas de riesgo emocional y psicosocial marcadas por sentimientos de desesperanza, aislamiento, baja motivación vital, bullying escolar, conflictos vecinales, consumo de sustancias psicoactivas y debilidad en redes de apoyo. Estas percepciones coinciden con los picos de AVPP por causas externas, los casos recientes de suicidio y la alta carga de morbilidad por trastornos mentales en juventud y adultez. Las comunidades solicitaron explícitamente fortalecer los grupos de apoyo emocional, ampliar la presencia del programa de Salud Mental en la ruralidad y crear espacios comunitarios seguros donde los jóvenes puedan expresar sus emociones y recibir acompañamiento. Esta priorización territorial permite comprender que la prevención de violencias, los accidentes y el consumo de SPA debe abordarse desde rutas integrales con enfoque psicosocial, más allá de acciones clínicas.

87

En cuanto a las condiciones sociales y ambientales, las comunidades identificaron la falta de acueducto y alcantarillado rural, la contaminación de fuentes hídricas, la disposición inadecuada de residuos y la pérdida de ecosistemas productivos como determinantes que afectan la salud, incrementan riesgos de enfermedades transmisibles y deterioran la seguridad alimentaria. La minería ilegal, las tensiones por el uso del suelo y los daños ambientales fueron señalados como amenazas que afectan la economía campesina y, por ende, las condiciones nutricionales de las familias. Esta visión territorial se articuló con los indicadores epidemiológicos, donde se observa repunte de enfermedades transmisibles en 2024, aumentos en bajo peso al nacer, y fluctuaciones en deficiencias nutricionales. La comunidad priorizó acciones de educación ambiental, saneamiento básico, protección de fuentes hídricas y fortalecimiento de la agricultura sostenible como rutas para mejorar la salud colectiva.

De igual forma, la cartografía evidenció que la violencia interpersonal, de género y comunitaria continúa siendo un factor que afecta los resultados en salud, especialmente en hombres jóvenes, donde se concentran los AVPP por causas externas y los homicidios. Las mujeres señalaron la persistencia de violencia emocional y económica en los hogares, junto con dificultades para acceder a rutas de atención. La priorización comunitaria enfatizó la creación de redes locales de apoyo, programas educativos de convivencia y masculinidades no violentas, y la presencia institucional constante en las veredas.

Finalmente, la priorización participativa orientó propuestas integrales que combinan enfoques diferenciales, interculturales y de gobernanza comunitaria. Las comunidades indígenas Emberá resaltaron la necesidad de mejorar el acceso a salud y educación respetando sus saberes, fortalecer la autonomía territorial



y reducir la dependencia de actividades como la minería. En conjunto, las propuestas priorizadas incluyen: mejorar la infraestructura vial y sanitaria; fortalecer el talento humano en salud; consolidar una red de apoyo psicosocial comunitaria; articular actores institucionales y tradicionales; y promover estrategias de adaptación al cambio climático que reduzcan riesgos y enfermedades. Se espera que estas acciones permitan disminuir hasta un 30% las enfermedades infecciosas, reducir en 20% los costos derivados de emergencias ambientales y mejorar en 40% la cobertura de servicios preventivos.

En síntesis, la priorización de efectos de salud desde la cartografía social demuestra que los problemas de salud en Uramita no pueden entenderse sin considerar las voces, percepciones y experiencias de las comunidades rurales. El análisis epidemiológico encuentra en la cartografía un complemento esencial para comprender por qué persisten los resultados adversos, dónde se concentran los mayores riesgos y qué acciones tienen mayor legitimidad social. La incorporación transversal de estos hallazgos garantiza que las intervenciones de salud pública sean contextualizadas, culturalmente pertinentes y sostenibles en el territorio.

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

Reconociendo las brechas reales del territorio

El territorio de Uramita presenta **inequidades persistentes**, especialmente entre la zona urbana y la rural dispersa, entre mujeres y hombres, entre adultos y niños, y entre población campesina e indígena. Por ello, cada núcleo de inequidad fue redactado no como un problema genérico, sino como una **brecha concreta, verificable y explicada en términos de causas y efectos**.

89

Por ejemplo:

- En el **Núcleo 1**, consignamos la brecha de acceso a servicios de salud por precariedad vial, ausencia de transporte asistido y baja oferta de APS, porque nuestros análisis de accesibilidad mostraron tiempos de desplazamiento que triplican los estándares recomendados.
- En los **Núcleos 2, 5 y 9**, describimos las inequidades materno-infantiles, porque las tasas de mortalidad neonatal, infantil y <5 años en el municipio son consistentemente superiores al promedio departamental.
- En el **Núcleo 3**, se priorizó el saneamiento básico porque en la ruralidad aún persiste un déficit histórico de acueducto, eliminación de excretas y gestión de residuos que impacta directamente las EDA e IRAs.
- En los **Núcleos 4 y 5**, la inequidad en salud mental la definimos no solo como falta de oferta, sino como un entramado de violencias, aislamiento, consumo de SPA y deterioro de redes comunitarias, realidad ampliamente identificada por docentes, líderes rurales y promotores de salud.

Transformaciones esperadas

Las transformaciones esperadas que consignamos en la matriz responden a tres criterios:

1. **Coherencia con las metas del PTS y del PDM.**

Por ejemplo, la reducción de la mortalidad en <5 años, el fortalecimiento del control prenatal o la disminución de AVPP por causas externas ya están priorizados en nuestros instrumentos de planeación.

2. **Pertinencia frente a los determinantes sociales identificados.**

Cuando hablamos de implementar vigilancia neonatal, fortalecer APS rural, mejorar saneamiento o crear redes de apoyo psicosocial, lo hacemos porque esas acciones son las que realmente pueden transformar las condiciones que producen inequidad.

3. **Capacidad técnica del municipio.**

Aunque algunas metas son ambiciosas (como reducir en 30% las muertes por ENT o en 40% el embarazo adolescente), reflejan la dirección estratégica que institucionalmente estamos comprometidos a seguir.

90

Respuestas institucionales.

Se evidencia en la matriz que, en casi todos los núcleos, la Secretaría de Salud y el Hospital Tobias Puerta lideran la respuesta. Al analizar la capacidad operativa del municipio, comprobamos que **el sector salud es el que tiene mayor presencia territorial, mayor estructura técnica y mayor continuidad operativa** en Uramita. Por ello:

- El seguimiento a gestantes
- La captación de recién nacidos
- La vigilancia de EDA/IRAs
- La atención de ENT
- Las extramurales rurales
- La prevención del suicidio
- La gestión de vacunación
- Las referencias y contrarreferencias

Son actividades que, por competencia y realidad operativa, recaen en el sector salud. Reconocer esto en la matriz permite responder a una de las preguntas clave: **¿cómo es nuestra respuesta institucional?** Nuestra respuesta es sólida en lo sanitario, pero aún débil en la articulación operativa con otros sectores.

Organizaciones no gubernamentales

Aunque en el municipio existen actores sociales, la revisión institucional mostró que **no contamos con ONG o fundaciones vinculadas formalmente a procesos de salud, salud mental, seguridad vial, saneamiento o educación sexual**. Es decir, la sociedad civil organizada no participa aún como co-ejecutora de acciones.

Posibles conflictos y los actores para la resolución

Uramita es un territorio con población indígena, campesina y rural dispersa. Los conflictos identificados en la matriz responden a hechos observados en campo, especialmente en la cartografía social y en los diálogos con veredas:

- Resistencia a la educación sexual integral.
- Dificultad de adherencia en tratamientos crónicos.
- Desconfianza hacia instituciones externas.
- Barreras culturales para aceptar prácticas recomendadas en salud infantil.
- Conflictos por acceso al agua o por disposición de residuos.

91

Por eso, en todas las filas incluimos como posibles mediadores a las **Juntas de Acción Comunal y al gobernador indígena**, pues ellos son los actores reales que facilitan —o frenan— la implementación de las políticas. Nuestra planeación debe incluir estrategias formales de gestión del conflicto, concertación cultural y diálogo social, no solo ejecución técnica de programas.

Se tiene una respuesta activa, organizada y alineada al PTS, pero concentrada en el sector salud.

Esto se evidencia en:

- La amplia presencia de acciones del hospital y la Secretaría.
- La repetición de programas de vigilancia, control, APS, promoción y prevención.
- La ausencia de intervenciones lideradas por sectores como Educación, Tránsito, Agricultura, Saneamiento, ICBF o Cultura.

Limitaciones institucionales

Las principales que identificamos durante el diligenciamiento son:

1. **Capacidad operativa limitada** para llegar de manera continua a zonas dispersas, especialmente en temas de APS y salud mental.
2. **Dependencia casi total del sector salud**, sin una red fortalecida de aliados intersectoriales o comunitarios.
3. **Ausencia de ONG**, que restringe la posibilidad de ampliar estrategias con enfoque psicosocial, comunitario o ambiental.
4. **Metas ambiciosas sin análisis detallado de recursos y plazos**, lo que aumenta el riesgo de brechas entre la planeación y la ejecución.



5. **Escasa institucionalización de la gestión del conflicto**, a pesar de identificar numerosas áreas potencialmente sensibles.
6. **Poca adaptabilidad territorial**, especialmente para intervenciones diferenciales con comunidades indígenas y rurales dispersas.

Se cuenta con una **respuesta sanitaria sólida, pero insuficiente para transformar por completo las inequidades sociales, ambientales y estructurales** que afectan la salud en nuestro territorio. Reconocimos nuestras capacidades, pero también nuestras limitaciones: la intersectorialidad incipiente, la ausencia de ONG, la alta dependencia de la E.S.E. y la Secretaría de Salud, la falta de estrategias diferenciales para la ruralidad y la necesidad urgente de fortalecer la gobernanza territorial.



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

Metodología de la priorización: por qué usamos estos criterios

Para priorizar las problemáticas socio-sanitarias utilizamos los criterios recomendados por el MSPS:

1. **Magnitud:** cuántas personas se ven afectadas, qué tan altas son las tasas, razones, brechas o proporciones.
2. **Pertinencia social:** cuánto daño causa en la vida cotidiana, qué tanto las reconoce la comunidad como problema, si afectan a poblaciones con protección constitucional y si están en la agenda de políticas públicas.
3. **Trascendencia:** qué pasaría si no intervenimos; si el problema se proyecta a futuras generaciones, genera altos costos al sistema y deteriora la convivencia y la economía local.
4. **Factibilidad:** qué tan posible es intervenir el problema con los recursos técnicos, económicos, institucionales y comunitarios que tenemos hoy.
5. **Viabilidad:** si el abordaje ya está incluido en planes de gobierno, si otros actores lo reconocen como prioritario y si existe respaldo político y social para trabajar en él.

93

Los valores “muy alto”, “alto” y “medio” se asignaron comparando las problemáticas **entre sí**, no de manera aislada: es decir, un problema puede tener magnitud “media” no porque sea pequeño, sino porque otros tienen un impacto todavía mayor.

1. Acceso desigual a servicios de salud (19 puntos)

Magnitud = Muy alta (4)

Le dimos el valor más alto porque este problema atraviesa prácticamente a toda la ruralidad del municipio: gestantes, niños, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas. Los tiempos de desplazamiento, la dependencia de una sola E.S.E. y la ausencia de transporte asistido generan una brecha clara entre la cabecera y las veredas. La mortalidad evitable y los Años de Vida Potencialmente Perdidos por causas que podrían tratarse a tiempo nos muestran que la afectación es masiva.

Pertinencia social = Muy alta (5)

La población reconoce este problema de forma reiterada: en cartografías sociales, comités de participación y quejas formales aparece la queja por la lejanía del hospital, la falta de transporte y las dificultades para acceder a citas y urgencias. Además, afecta directamente a **gestantes, niños y adultos**



mayores, grupos con especial protección constitucional. Por ello le asignamos la puntuación máxima.

Trascendencia = Muy alta (4)

Si no intervenimos, el problema seguirá reproduciendo mortalidad evitable, discapacidad y empobrecimiento por gastos de bolsillo en salud. Afecta la productividad de las familias campesinas y la posibilidad de que las nuevas generaciones crezcan sanas. Por eso consideramos que su impacto en el futuro y en la economía local es muy alto.

Factibilidad = Muy alta (4)

Aunque el problema es complejo, contamos con un hospital de referencia, un PTS que ya contempla ampliación de oferta y estrategias de APS, y alguna experiencia en acciones extramurales. Es decir, **hay capacidades instaladas** sobre las cuales se pueden montar soluciones: rutas de transporte asistido, reforzamiento del primer nivel, acuerdos con EPS. Por eso la factibilidad se calificó también como muy alta.

Viabilidad = Alta (2 – muy alta en nuestra escala interna)

El tema de acceso a servicios de salud está explícitamente priorizado en el PTS y en el Plan de Desarrollo Municipal, pero requiere decisiones de otros sectores (infraestructura vial, transporte, aseguramiento). Sabemos que políticamente hay interés, pero también restricciones presupuestales. Por eso, aunque la consideramos alta, la viabilidad no alcanza el máximo relativo frente a otros problemas.

2. Desigualdades en saneamiento y salud materno–infantil (18 puntos)

Magnitud = Muy alta (4)

La brecha urbano–rural en acueducto, alcantarillado y manejo de residuos es marcada, y se asocia con mayor carga de EDA, IRAs y problemas nutricionales en la ruralidad. Afecta a una proporción importante de familias y, sobre todo, a niños menores de cinco años. Por la extensión territorial del problema le asignamos un nivel muy alto.

Pertinencia social = Muy alta (5)

Las comunidades rurales han manifestado de forma reiterada la preocupación por el agua no tratada, la disposición de excretas y la contaminación de quebradas. La relación con desnutrición, episodios diarreicos y problemas respiratorios es evidente para las familias. Además, el tema de saneamiento ha sido priorizado en políticas nacionales y departamentales de agua y salud pública. Por eso la pertinencia social alcanza el máximo.



Trascendencia = Muy alta (4)

De no intervenir, la transmisión de enfermedades de origen hídrico y las consecuencias nutricionales comprometen el desarrollo infantil temprano y perpetúan ciclos de pobreza. A mediano plazo, también aumentan los costos en salud y el ausentismo escolar. Por eso valoramos la trascendencia como muy alta.

Factibilidad = Muy alta (4)

Aunque requiere inversiones importantes, ya existen proyectos de acueductos rurales, experiencia en gestión comunitaria del agua y acompañamiento técnico desde Empresas Públicas. Con apoyo departamental y nacional es factible avanzar. La factibilidad es alta porque hay **soluciones técnicamente probadas**, aunque dependen de recursos que no controlamos por completo.

95

Viabilidad = Media (1)

Aquí fuimos más prudentes: si bien el tema aparece en agendas sectoriales, no todos los proyectos de saneamiento están priorizados con recursos garantizados. Además, la toma de decisiones depende de entidades de orden superior. Por eso la viabilidad política y presupuestal la valoramos como media en comparación con otras problemáticas.

3. ENT y entorno físico-ambiental precario (18 puntos)

Magnitud = Muy alta (4)

Las enfermedades crónicas no transmisibles concentran buena parte de la mortalidad y la morbilidad en Uramita, especialmente por causas cardiovasculares y metabólicas. La brecha urbano-rural en diagnóstico temprano y manejo incrementa estas cifras. Por el número de personas afectadas y los AVPP asociados, la magnitud se consideró muy alta.

Pertinencia social = Muy alta (5)

La población reconoce la hipertensión, la diabetes y los problemas del corazón como causas frecuentes de enfermedad y muerte en sus familias. Las consultas por estas patologías son recurrentes, y su atención es costosa. Además, las ENT son prioridad nacional en políticas de salud pública. Por ello, asignamos la máxima pertinencia social.

Trascendencia = Muy alta (4)



Las ENT generan discapacidad, pérdida de productividad, gastos catastróficos en salud y dependencia en la vejez. Si no se intervienen, su carga aumenta y presiona el sistema de salud local. La trascendencia, por tanto, es muy alta.

Factibilidad = Alta (3)

A diferencia de otros problemas, la modificación de estilos de vida, el fortalecimiento del primer nivel y la adherencia al tratamiento requieren cambios conductuales sostenidos y disponibilidad continua de medicamentos. Sabemos que tenemos capacidades, pero también limitaciones en talento humano, continuidad de insumos y seguimiento. Por eso la factibilidad la valoramos un nivel por debajo de la máxima.

96

Viabilidad = Alta (2 – muy alta en nuestra escala)

Las ENT están priorizadas en el PTS y hay aceptación social para trabajar en prevención y control. No obstante, al competir con otras urgencias (por ejemplo, mortalidad materno-infantil), la asignación presupuestal puede fluctuar. De allí el puntaje intermedio-alto.

4. Brecha en acceso a servicios de salud mental (18 puntos)

Magnitud = Alta (3)

Reconocemos un crecimiento importante de intentos de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos depresivos, pero el subregistro es alto y la información todavía es menos robusta que en otras problemáticas. Por ello la magnitud se calificó como alta, no como muy alta, aun sabiendo que probablemente está subestimada.

Pertinencia social = Muy alta (5)

Las comunidades, los docentes y los líderes rurales hablan cada vez más de problemas de convivencia, violencia intrafamiliar, consumo de SPA y sufrimiento emocional, especialmente en jóvenes y mujeres. Además, la salud mental es hoy una prioridad explícita en la política nacional. Por eso consideramos su pertinencia social como muy alta.

Trascendencia = Muy alta (4)

La no intervención aumenta el riesgo de suicidios consumados, cronificación de trastornos mentales, ruptura de redes familiares y comunitarias y profundización de violencias. Los impactos en el tejido social y en el futuro de adolescentes y jóvenes son muy importantes, lo cual justifica la valorización alta.

Factibilidad = Muy alta (4)



En los últimos años hemos avanzado en rutas de atención, capacitación al talento humano y articulación con el hospital de referencia regional. Existen herramientas técnicas y normativas claras. Aunque faltan especialistas, la APS y la psicología de primer nivel permiten una base para ampliar la respuesta, por eso valoramos la factibilidad como muy alta.

Viabilidad = Alta (2 – muy alta en nuestra escala)

El tema de salud mental está incluido en planes y en el PTS, pero aún compite por recursos con otros frentes y requiere mayor articulación intersectorial. Hay voluntad política, pero el proceso es incipiente; de ahí el puntaje intermedio-alto.

97

5. Inequidades materno–infantiles y bienestar psicosocial (17 puntos)

Magnitud = Alta (3)

Las tasas de mortalidad neonatal e infantil son altas, pero el núcleo que aquí evaluamos se centra en el **componente psicosocial y de acceso a servicios de salud mental**, vinculado a maternidad y crianza. Lo valoramos como alta porque afecta a un grupo importante de gestantes y cuidadoras, aunque la cifra no es tan masiva como la brecha general de acceso a servicios.

Pertinencia social = Muy alta (5)

Las madres manifiestan sentirse sobrecargadas, con poco soporte emocional y dificultades para tramitar duelos, violencias y problemas de pareja. Además, la protección de la infancia y de las mujeres tiene un reconocimiento constitucional fuerte. Por eso su pertinencia social es muy alta.

Trascendencia = Muy alta (4)

Si no se interviene, el bienestar emocional de madres y cuidadores afecta el desarrollo psicológico y social de los niños, perpetúa ciclos de violencia y debilita los vínculos familiares. De ahí la transición alta.

Factibilidad = Muy alta (4)

Tenemos posibilidades de articular acciones de apoyo psicosocial con programas ya existentes de primera infancia, control prenatal y visitas domiciliarias. No se requieren infraestructuras costosas, sino organización y enfoque. Por eso la factibilidad fue valorada como muy alta.

Viabilidad = Media (1)

A pesar de lo anterior, este tema aún no aparece con tanta fuerza ni en el discurso político ni en la demanda comunitaria explícita como otros problemas más “visibles” (acceso físico, saneamiento, mortalidad). Sabemos que es



fundamental, pero su reconocimiento como prioridad aún es medio, de allí el puntaje.

6. Educación sexual, fecundidad temprana y determinantes del desarrollo infantil (16 puntos)

Magnitud = Alta (3)

La tasa de fecundidad adolescente en Uramita es considerablemente elevada y afecta sobre todo a mujeres rurales. No obstante, si la comparamos con la magnitud de las ENT o del acceso desigual a servicios, el universo numérico de población afectada es menor, por eso la consideramos alta, no muy alta.

98

Pertinencia social = Alta (4)

La comunidad reconoce el embarazo adolescente como un problema, pero persisten imaginarios culturales que lo normalizan en ciertos contextos rurales. La educación sexual integral aún genera resistencias. Por eso, aunque la pertinencia es alta, no llega a la máxima posible.

Trascendencia = Muy alta (4)

La fecundidad temprana interrumpe trayectorias educativas, refuerza la dependencia económica y reproduce ciclos de pobreza y desigualdad de género. Sus efectos se proyectan de forma clara hacia la siguiente generación. De ahí la valoración alta.

Factibilidad = Muy alta (4)

Contamos con instituciones educativas, equipos de salud escolar, programas de juventud y lineamientos nacionales de educación sexual para trabajar fuertemente el tema. Las herramientas técnicas existen; lo que falta es consolidar su implementación continua. Por eso la factibilidad la valoramos como muy alta.

Viabilidad = Media (1)

Aquí pesa con fuerza el componente cultural: hay familias y comunidades que ven con recelo la educación sexual integral y pueden oponerse a intervenciones más decididas. Además, no siempre se incluyen recursos específicos en el PDM. Por estas barreras político-culturales, calificamos la viabilidad como media.

7. Bajo peso al nacer y desarrollo infantil temprano (16 puntos)

Magnitud = Alta (3)

El porcentaje de bajo peso al nacer es mayor al promedio departamental, pero afecta a un subconjunto de nacimientos. Es un evento crítico, pero

numéricamente más acotado que el acceso a servicios o las ENT. De ahí la magnitud alta.

Pertinencia social = Muy alta (5)

La salud de los recién nacidos es un tema de enorme sensibilidad social. Las familias perciben el bajo peso y la fragilidad del bebé como una preocupación central. Además, el desarrollo infantil temprano está priorizado en múltiples políticas. Por eso la pertinencia es muy alta.

Trascendencia = Alta (3)

Aunque sus efectos en desarrollo físico y cognitivo pueden ser graves, una parte de los niños con bajo peso al nacer se recupera con apoyos adecuados. En la comparación relativa con otros problemas que amenazan de manera directa la vida (mortalidad, suicidio, violencias), su trascendencia se valoró un nivel por debajo del máximo.

Factibilidad = Muy alta (4)

Las intervenciones para reducir el bajo peso al nacer —mejorar nutrición materna, control prenatal oportuno, vigilancia de gestantes de riesgo— son bien conocidas y factibles en nuestro contexto si se fortalece el primer nivel de atención. Por eso la factibilidad es muy alta.

Viabilidad = Media (1)

Aunque el tema está contemplado en el PTS, su visibilidad política y comunitaria es menor que la de otros problemas más “evidentes” como la mortalidad infantil global o el acceso a servicios. No siempre hay recursos específicos, lo que hace que su viabilidad se ubique en un nivel medio.

8. Seguridad vial y deterioro del tejido social (15 puntos)

Magnitud = Media (2)

Los eventos de tránsito y las violencias que afectan a hombres jóvenes son graves, pero en números absolutos son menores que otros problemas priorizados. Por eso, en comparación, la magnitud es media.

Pertinencia social = Alta (4)

La muerte o lesión de jóvenes genera un gran impacto emocional en las comunidades, y el tema aparece en conversaciones y denuncias. Sin embargo, todavía se normalizan algunas conductas de riesgo (consumo de alcohol, exceso de velocidad, no uso de casco), por lo cual la problemática no se reconoce con tanta claridad como otras. De ahí la pertinencia alta, pero no máxima.



Trascendencia = Muy alta (4)

Las muertes y lesiones en edades productivas tienen consecuencias profundas en la economía familiar, el tejido social y la percepción de seguridad. Por eso, aun con magnitud relativa menor, su trascendencia es muy alta.

Factibilidad = Alta (3)

Sabemos qué hacer —mejorar señalización, fortalecer control policial, campañas educativas, regulación del transporte—, pero muchas de estas acciones dependen de entidades de orden departamental o nacional, y de recursos significativos en infraestructura vial. Esa dependencia reduce un poco la factibilidad.

100

Viabilidad = Alta (2 – muy alta en nuestra escala)

El tema está en la agenda de varios sectores y es visible en medios y espacios comunitarios. Sin embargo, al requerir coordinación entre múltiples actores (Tránsito, Policía, Planeación, Salud, Gobierno), su implementación no es sencilla. Por eso la viabilidad es alta, pero no máxima.

9. Mortalidad en menores de 5 años (15 puntos)

Magnitud = Media (2)

Aunque la mortalidad en menores de cinco años tiene una enorme carga simbólica y ética, el número absoluto de casos es menor que la cantidad de personas afectadas por ENT, por falta de acceso a servicios o por problemas de saneamiento. La calificamos como media en términos estrictamente cuantitativos, reconociendo que incluso pocos casos son inaceptables.

Pertinencia social = Alta (4)

La muerte de un niño genera un impacto social muy fuerte y cuestiona inmediatamente la capacidad del sistema de salud y del Estado. Las familias y comunidades lo viven como un hecho crítico. Además, la supervivencia infantil es prioridad nacional. Por eso la pertinencia se consideró alta.

Trascendencia = Alta (3)

Cada muerte en menores de cinco años representa una vida truncada y un indicador de inequidad, pero en términos de costo futuro y carga sostenida de enfermedad, otros problemas (ENT, salud mental, condiciones crónicas) proyectan un peso acumulado mayor. En la comparación, la trascendencia se ubicó en un nivel alto, no máximo.



Factibilidad = Muy alta (4)

Tenemos rutas definidas para vigilancia de mortalidad infantil, análisis de casos y planes de mejora. Sabemos qué hacer: fortalecer control prenatal, atención del parto, referencia oportuna y manejo de EDA/IRAs. Por tanto, la factibilidad es muy alta.

Viabilidad = Alta (2 – muy alta en nuestra escala)

La reducción de la mortalidad en menores de cinco años está en el PTS, en el PDM y es un indicador monitoreado por los organismos de control. Tiene respaldo político, pero compite con otros frentes y requiere intervenciones intersectoriales (saneamiento, nutrición) que no siempre se concretan. De allí el puntaje intermedio-alto.

101

Los puntajes asignados en la matriz no son arbitrarios: responden a una lectura comparativa de **quiénes y cuántos se afectan, qué tan visible es el daño, qué tan grave es el impacto futuro, con qué capacidades contamos y qué tan posible es movilizar voluntades políticas y sociales.**

La priorización del ASIS de Uramita se fundamenta en evidencia, en la voz de las comunidades y en un análisis realista de nuestras posibilidades de acción. Esta matriz, así argumentada, se convierte en una herramienta sólida para orientar la planeación en salud y para responder de manera clara a las exigencias metodológicas del Ministerio de Salud.

32.TablaMatriz de priorización y necesidades en salud.

Criterios Problemas	Puntaje total priorización
Existe una brecha en la oportunidad y acceso a servicios de salud entre población urbana y rural dispersa, ocasionada por la precariedad vial, baja oferta de APS y ausencia de transporte asistido, que incrementa la mortalidad evitable, las complicaciones perinatales y la progresión de enfermedades crónicas, afectando principalmente gestantes, niños y adultos mayores. Acceso desigual y disponibilidad de servicios de salud	19
Se identifica una brecha en las condiciones de saneamiento entre la zona urbana y rural, que expone a la población rural a mayores riesgos de enfermedades infecciosas, problemas nutricionales y afectaciones ambientales que impactan el desarrollo infantil temprano y la calidad de vida. Desigualdades en salud materno-infantil	18
Existe una brecha en el diagnóstico temprano, manejo y control de ENT entre zonas urbanas y rurales, que incrementa la morbilidad por causas cardiovasculares y metabólicas y genera progresión hacia complicaciones de alto costo y discapacidad. Condiciones de vida y entorno físico-ambiental precario	18
Se presenta una brecha en la disponibilidad y acceso a servicios de salud mental, que afecta especialmente a jóvenes y mujeres rurales, generando mayor riesgo de suicidio, consumo de SPA y deterioro de la convivencia comunitaria. Desigualdad en la prevención y manejo de enfermedades crónicas	18
Persiste una brecha significativa en los resultados materno-infantiles entre población urbana y rural, con mayor mortalidad neonatal e infantil asociada a captación tardía, barreras de acceso y desigualdad en condiciones de vida. Inequidad en el bienestar psicosocial y acceso a servicios de salud mental	17
Existe una brecha en el acceso a educación sexual integral y servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes mujeres, lo que incrementa la fecundidad temprana y reproduce ciclos de desigualdad social y de género. Determinantes biológicos y sociales en el desarrollo infantil temprano	16
La brecha en el desarrollo infantil temprano se expresa en altas tasas de bajo peso al nacer relacionadas con inequidades nutricionales, ambientales y obstétricas que afectan a gestantes y recién nacidos rurales. Desigualdad de género y vulnerabilidad juvenil	16
Se evidencia una brecha en seguridad vial y convivencia social, con exceso de mortalidad y lesiones graves en hombres jóvenes debido a condiciones estructurales del territorio y ausencia de intervenciones integrales. Inseguridad y deterioro del tejido social	15
Existe una brecha significativa en la mortalidad en menores de 5 años, con tasas superiores al promedio departamental, asociada a captación tardía, bajo acceso a servicios de salud en la ruralidad, condiciones ambientales deficitarias y fallas en la continuidad del cuidado materno-infantil, afectando de manera desproporcionada a niños rurales y comunidades indígenas. Mortalidad en menores de 5 años	15

Fuente: Elaboración propia - Secretaría de Salud. Municipio de Uramita – Antioquia, 2024.



6. CAPITULO VI: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 – 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – APS–

El municipio de Uramita, ubicado en la subregión Occidente de Antioquia, presenta importantes avances en la consolidación del análisis de situación de salud (ASIS 2025), donde se identificaron ocho núcleos de inequidad socio-sanitaria que resumen los principales desafíos del territorio. Estos núcleos abarcan desde el acceso desigual a los servicios de salud hasta los determinantes sociales, económicos y culturales que inciden en la calidad de vida y bienestar de su población.

103

Las propuestas aquí consignadas se construyen con base en los principios de equidad, participación social, intersectorialidad y territorialización. Cada línea de acción responde al eje correspondiente del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (PDSP) y a los objetivos estratégicos del Plan Territorial de Salud 2024–2027 de Uramita, que busca garantizar la atención integral, humanizada y continua en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Acceso desigual y disponibilidad de servicios de salud

Diagnóstico y propósito

Uramita enfrenta limitaciones estructurales en la cobertura y oportunidad de atención, especialmente en las zonas rurales dispersas. Los tiempos de traslado superan los 90 minutos, y la red de servicios se concentra en la cabecera municipal.

La transformación esperada es garantizar la disponibilidad y oportunidad de atención en todo el territorio, fortaleciendo el hospital, el transporte asistido y la APS rural.

Propuestas

1. Conformación de Equipos Básicos de Salud (EBS) con rutas rurales mensuales y acciones extramurales permanentes.
2. Implementación de telemedicina y tele soporte con el Hospital Tobías Puerta y la red de referencia departamental.
3. Creación del sistema de transporte asistido comunitario, mediante convenios con veredas y una ambulancia rural.



4. Fortalecimiento de infraestructura básica y dotación del Centro de Atención Primaria (CAPS).

Estas acciones se enmarcan en el Eje 4 del PDSP, orientado a desarrollar capacidades para la atención continua, familiar y comunitaria. El pilar principal es la RIITS, que busca continuidad, longitudinalidad y equidad territorial en el acceso.

Desigualdades en salud materno–infantil

Diagnóstico y propósito

La mortalidad infantil y neonatal sigue siendo uno de los indicadores más sensibles en Uramita, influenciada por la dispersión geográfica, la baja captación temprana de gestantes y las dificultades de referencia oportuna.

La meta es reducir la mortalidad evitable en menores de cinco años en un 50%, mediante atención integral del binomio madre–hijo y fortalecimiento de la red materno–perinatal.

Propuestas

1. Búsqueda activa de gestantes y censo nominal, priorizando captación antes de la semana 12 de gestación.
2. Creación de la “Casa Materna Itinerante”, que combine educación, control prenatal y preparación al parto.
3. Fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia neonatal, garantizando alojamiento conjunto y seguimiento postnatal.
4. Barridos comunitarios de vacunación y crecimiento y desarrollo en menores de cinco años.

Estas acciones se alinean con el Eje 3 del PDSP, sobre determinantes sociales de la salud, y con el objetivo de “transformar circunstancias injustas” que afectan la salud de las madres y los niños. Se apoya en el pilar de gobernabilidad y territorialización, buscando la corresponsabilidad social y familiar.

Condiciones de vida y entorno físico–ambiental precario

Diagnóstico y propósito

Más del 60% de la población rural carece de sistemas adecuados de acueducto o alcantarillado, lo que contribuye a enfermedades diarreicas y respiratorias.

El propósito es lograr una cobertura mínima del 50% en agua segura y manejo de residuos, fortaleciendo los entornos saludables.

Propuestas



1. Plan Veredal de Agua Segura, que promueva la cloración, potabilización y educación sanitaria.
2. Implementación de rutas de recolección rural y fortalecimiento del manejo de residuos sólidos.
3. Vigilancia ambiental participativa, incluyendo control vectorial y monitoreo de calidad del agua.
4. Educación ambiental comunitaria enfocada en prevención de EDA e IRAs.

El enfoque intersectorial es esencial: salud, saneamiento y ambiente deben articularse bajo el Eje 3 del PDSP, con el resultado esperado de territorios saludables. Este núcleo se soporta en los pilares de gobernabilidad y organización social por la vida y la salud.

105

Desigualdad en la prevención y manejo de enfermedades crónicas

Diagnóstico y propósito

Las enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes representan la principal carga de morbilidad y mortalidad del municipio. El control inadecuado, los estilos de vida no saludables y el bajo seguimiento médico agravan el problema.

Propuestas

1. Creación de clínicas de riesgo cardiovascular y metabólico en el hospital municipal.
2. Estrategia "Receta de Actividad Física" y promoción de entornos laborales saludables.
3. Tamizajes extramurales con pruebas rápidas (glucosa, perfil lipídico).
4. Gestión de medicamentos esenciales para mejorar la adherencia terapéutica.

Estas acciones se articulan con el Eje 4 del PDSP, mediante la consolidación de redes integrales de atención, fortaleciendo la prevención y autocuidado. La transformación esperada es una población más saludable y activa, con reducción del 30% de la mortalidad por ECNT.

Inequidad en el bienestar psicosocial y acceso a salud mental

Diagnóstico y propósito

Uramita ha registrado un incremento en los intentos de suicidio, afectaciones emocionales por la violencia histórica y aislamiento rural. El acceso a atención en salud mental es limitado y estigmatizado.



Propuestas

1. Red Local de Salud Mental, con línea de crisis y articulación entre salud, educación y familia.
2. Escuelas de padres y promoción de convivencia en instituciones educativas.
3. Grupos comunitarios de apoyo psicosocial y espacios de escucha rural.
4. Telepsiquiatría y telepsicología con acompañamiento desde el hospital.

La propuesta se enmarca en el Eje 3 del PDSP, “Determinantes Sociales de la Salud”, y apunta a construir territorios resilientes y saludables, fortaleciendo la paz y convivencia comunitaria.

106

7. Determinantes biológicos y sociales en el desarrollo infantil temprano

Diagnóstico y propósito

El bajo peso al nacer y la desnutrición temprana son condiciones persistentes que limitan el desarrollo infantil. Se identifican brechas nutricionales y de control prenatal.

Propuestas

1. Implementar el programa “Nutrimamá-RN”, con suplementación y seguimiento nutricional de gestantes.
2. Monitoreo obstétrico de alto riesgo con plan de parto y traslado garantizado.
3. Visitas domiciliarias neonatales tempranas.
4. Promoción de lactancia materna exclusiva mediante bancos y nodos de leche humana.

Estas acciones se alinean con el Eje 4 del PDSP, fortaleciendo la APS y la atención predictiva y resolutive, enfocada en la reducción del bajo peso y el fortalecimiento del desarrollo infantil integral.

Desigualdad de género y vulnerabilidad juvenil

Diagnóstico y propósito

El embarazo adolescente sigue afectando la continuidad educativa y las oportunidades sociales. Existen barreras culturales y limitada educación sexual integral.

Propuestas



1. Implementar Educación Integral para la Sexualidad (EIS) en las instituciones educativas.
2. Servicios Amigables para Jóvenes con atención confidencial y flexible.
3. Formación de promotores juveniles y redes de consejería par.
4. Prevención de violencias basadas en género (VBG) y masculinidades cuidadoras.

El Eje 2 del PDSP propone reconocer la diversidad poblacional y fortalecer el enfoque de derechos y género, promoviendo participación social y empoderamiento juvenil.

107

Inseguridad y deterioro del tejido social

Diagnóstico y propósito

Las causas externas (accidentes, violencias y suicidios) constituyen una carga importante de años de vida perdidos. La desconfianza institucional y el debilitamiento de la convivencia comunitaria agravan la situación.

Propuestas

1. Plan Municipal de Seguridad Vial, con control de velocidad y campañas de sensibilización.
2. Rutas seguras escolares y veredales, con brigadas comunitarias.
3. Comités de convivencia y mediación veredal, fortaleciendo liderazgo social.
4. Observatorio local de violencias, articulando datos de salud, policía y comisaría.

El Eje 1 del PDSP, sobre Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública, orienta estas acciones hacia la cogestión social y la construcción de paz territorial. El pilar central es la gobernanza local, con participación de las comunidades.

El conjunto de estas propuestas permite una respuesta integral, intersectorial y territorial frente a las inequidades en salud de Uramita. Su implementación demanda coordinación entre sectores, sostenibilidad financiera y acompañamiento continuo de la comunidad. Los pilares del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo —la gobernanza territorial, la articulación en redes (RIITS) y la participación social— constituyen el eje vertebral de estas acciones. De aplicarse de manera efectiva, Uramita avanzará hacia un modelo de salud más justo, solidario y coherente con los principios de equidad y bienestar colectivo.



Anexos.

Carpeta comprimida

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