



# ASIS

**Análisis de Situación  
de Salud** actualización 2023



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

**ANÍBAL GAVIRIA CORREA**  
Gobernador de Antioquia

**DIRECTIVO**  
**SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA**

**LIGIA AMPARO TORRES ACEVEDO**  
Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

**NATALIA MONTOYA PALACIO**  
Subsecretario Planeación para la Atención en Salud

**CÉSAR AUGUSTO GÓMEZ FONNEGRA**  
Subsecretario Prestación y Desarrollo de Servicios

**ROBERTO HERNÁN GÓMEZ MORA**  
Director Laboratorio Departamental de Salud Pública

**DIANA CAROLINA SALAZAR GIRALDO**  
Directora Salud Ambiental y Factores de Riesgo

**ALEXANDER HERRERA ZAPATA**  
Director Salud Colectiva

**JUAN DAVID RODRÍGUEZ QUIJANO**  
Director Aseguramiento y Prestación de Servicios

**TATIANA MARÍA QUICENO IBARRA**  
Directora Calidad y Red de Servicios

**LUIS ALBERTO NARANJO BERMÚDEZ**  
Director Administrativo y Financiero

**ERIKA HERNÁNDEZ BOLÍVAR**  
Directora Asuntos Legales

**ÉLIDA MARÍA MUÑOZ MARTÍNEZ**  
Directora Operativa

## EQUIPO TÉCNICO SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD

### Subsecretaría Planeación para la Atención en Salud

Lilian Carolina Cifuentes Salinas  
Gustavo Adolfo Medina Arango  
Carolina Restrepo Estrada  
Janneth Cristina Dávila Londoño  
Hellen Offir Holguín Villa  
Edison Giraldo López  
Fara Alejandra López Gutiérrez  
Ángela Jaramillo Blandón  
Antonio Restrepo Tangarife  
Adriana Patricia Rojas Eslava

### Subsecretaría Salud Pública

Yuliana Andrea Barrientos Valencia

### Subsecretaría Prestación y Desarrollo de Servicios

Luis Fernando Palacio Tamayo  
Liliana Arias Cortés  
Liliana Patricia Mejía Vélez

### Dirección Salud Colectiva

Laura Vanessa Zuluaga Bedoya  
Martha Elena Cadavid Gil  
Beatriz Carmona Monsalve  
Juliana Cataño López  
Dora María Gómez Gómez  
Adriana María González Arboleda  
Carlos Hernando Velásquez Cuadros  
Francy Liesel Giraldo Torres  
Mónica Del Carmen Gómez Zuluaga  
Yerson Yusef Forero Escobar  
Carolina Muñoz Arango  
Natalia Ceballos Alarca

Jairo Hernán Zapata Lopera  
Siomary Liney Osorio Araque  
Aidalid Cala Monroy  
Juan Vicente Lopera Sánchez  
Luz Aleida Marín Hurtado  
Alexandra Leonor Álvarez Ávila  
Claudia Inés Baquero Galeano  
César Augusto Toro García  
Marcela Arrubla Villa  
Mercedes Del Socorro Ramírez Urán  
Marcela Hernández Cartagena  
Amparo Liliana Sabogal Apolinar  
Ana María Escobar Aristizábal

#### **Dirección Salud Ambiental y Factores de Riesgo**

David Arboleda Carvajal  
Erika María Duque Mosquera  
Iván Darío Zea Carrasquilla  
Jhon William Tabares Morales  
Ana María Blandón Posada  
Gloria Patricia Ramírez Piedrahita  
Luis Armando Galeano Marín  
María Piedad Martínez Galeano  
Gildardo Elmer Ibagón  
Juan Pablo Zuluaga Sánchez  
María Alejandra Martínez Calle  
Eddison Sánchez Medina  
Davison de Jesús Echavarría Vargas

#### **Dirección Laboratorio Departamental**

Viviana Lenis Ballesteros  
Gina Katherine Hernández  
Idabely Betancur Ortiz  
Cristian Arvey Velarde Hoyos  
Gina Katherine Hernández Mahecha

Leila Cristina Vega Monsalve  
Viviana Lenis Ballesteros  
Celeny Ortíz

## **Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios**

Ángela Patricia Palacio Molina  
Carlos Mario Aristizábal Zuluaga  
Diana Milena López Valencia

## **Dirección Calidad y Red de Servicios**

Lucía Esther Ibarra Franco  
Beatriz Irleny Lopera Montoya  
Ana María Piedrahita Calderón  
Mauricio Renaldo Rosero Estupiñán  
Sandra Cecilia Guerrero García

## **Dirección Administrativa y Financiera**

Harlinton Smith Arango Goez  
Naida Cecilia Castro Garzón

## **Equipo de Comunicaciones y Prensa**

Miguel Ángel Silva  
Laura Muñoz López

## Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a todos los actores que contribuyeron de manera significativa a la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) participativo. En primer lugar, el reconocimiento al arduo trabajo y dedicación de los funcionarios públicos y contratistas involucrados en la formulación y actualización del ASIS; su compromiso y experiencia fueron fundamentales para garantizar la integridad y la calidad de la información recopilada, demostrando profesionalismo y excelencia en cada etapa del proceso.

Asimismo, extender nuestro reconocimiento por la colaboración invaluable de diversos sectores que se unieron para aportar sus conocimientos y perspectivas únicas, enriqueciendo así el análisis; la participación activa de las instituciones involucradas, organizaciones de base comunitaria, poblaciones étnicas, líderes y lideresas ha sido esencial en la mejora continua de la salud del departamento.

Este documento, es el resultado de un esfuerzo conjunto que refleja el compromiso compartido de diversas partes interesadas en promover la salud y el bienestar de la población antioqueña.

1. Secretaria de educación, Subsecretaria de Calidad
  - María Marcela Mejía Peláez, directora Modelos educativos flexibles, diversidad e inclusión
2. Observatorio Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional Línea Ciencia, Tecnología E Innovación para el sistema alimentario y Nutricional
  - Natalia Ceballos
3. Vigilancia epidemiológica
  - Viviana Lenis Ballesteros Microbióloga magister en epidemiología
  - Eliana Andrea Saldarriaga Quintero Microbióloga magister en epidemiología
  - Angela Rivera Vargas Enfermera especialista en epidemiología
  - Andrés Felipe Úsuga Rodríguez Md veterinario magister en epidemiología
  - Nydia Stella Caicedo Martínez Nutricionista-Dietista magister en epidemiología
4. Movilidad forzada y victimas
  - Marcela Hernández Cartagena, Psicóloga
  - Blanca Margarita Jaramillo Galves, Enfermera
  - Janet Cristina Dávila Londoño, Gerente sistemas de información
5. Dimensión Nutricional
  - Yerson Yusef Forero Escobar
6. Vacunación
  - Marcela Virgelina Arrubla
  - Blanca Isabel Restrepo Velásquez

7. Programa discapacidad
  - Alexandra Leonor Álvarez Ávila
8. Infecciones asociadas a la atención en salud
  - Francisco Javier Ospino Arredondo
  - Laura Bonfante Olivares
9. Morbilidad
  - Carlos Velásquez Cuadros Médico magister en epidemiología
  - Juan Ignacio Gallo Delgado Médico magister en Salud Pública
  - Martha E. Cadavid Gil Enfermera Magister en epidemiología
10. Laboratorio departamental
  - Leila Cristina Vega M, Bacterióloga, Líder de Calidad
  - Genómica
    - Idabely Betancur Ortiz, Bacterióloga
    - Cristian Arbey Velarde Hoyos: Bioinformático.
  - Micobacterias
    - Gina Katherine Hernández Mahecha, Bacterióloga
  - Virología.
    - Seti Buitrago Giraldo, Bacteriólogo
    - Luz Mery Montoya, Bacterióloga
    - Marta Cecilia Ospina Ospina, bacterióloga
  - Parasitología
    - María Elena Toro, Bacterióloga
  - Microbiología Clínica
    - Laura Lorenas Jiménez H, Bacterióloga

### TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO .....	8
LISTA DE MAPAS .....	18
LISTA DE FIGURAS .....	19
LISTA DE TABLAS.....	27
INTRODUCCIÓN .....	34
ENFOQUES .....	35
METODOLOGÍA.....	37
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	39
CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO.....	41
1.1. Contexto territorial .....	41
1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica.....	41
1.1.1.1. Departamento / Municipios.....	42
1.1.1.2. División político-administrativa .....	42
1.1.1.3. Subregiones .....	43
1.1.1.4. Límites geográficos: .....	54
1.1.1.5. Extensión territorial.....	55
1.1.1.6. Accesibilidad geográfica.....	60
1.1.1.6.1. Vías de comunicación. ....	60
1.1.1.6.2. Tiempo de traslado y distancias en kilómetros de regiones de Antioquia.....	65
1.1.2. Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio .....	67
1.1.2.1. Características físicas del territorio .....	67
1.1.2.2. Altitud y relieve .....	67
1.1.2.3. Hidrografía.....	68
1.1.2.4. Zonas de riesgo.....	69
1.1.2.5. Personas y familias afectadas 2020 y 2021 .....	71
1.1.2.6. Escenarios de riesgo .....	71
1.1.2.7. Amenazas por Subregiones.....	73
1.1.2.8. Avances y estado de la gestión del riesgo de desastres en Antioquia.....	80
1.1.2.9. Temperatura y humedad .....	82
1.1.2.10. Economía .....	83
1.2. Contexto demográfico .....	84
1.2.1. Tamaño poblacional .....	84
1.2.1.1. Población total .....	84
1.2.1.2. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado .....	86
1.2.1.3. Población por área de residencia urbano/rural.....	90
1.2.1.4. Número y condiciones de viviendas y hogares .....	91



# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

1.2.1.4.1.	Viviendas .....	91
1.2.1.4.2.	Hogares .....	92
1.2.2.	Estructura demográfica .....	93
1.2.2.1.	Pirámide Poblacional .....	93
1.2.2.2.	Población por género .....	98
1.2.2.3.	Población por ciclos de vida .....	100
1.2.2.4.	Enfoque en curso de vida .....	103
1.2.2.5.	Otros indicadores demográficos en el Departamento .....	104
1.2.3.	Dinámica demográfica .....	106
1.2.3.1.	Natalidad .....	107
1.2.3.2.	Mortalidad .....	109
1.2.3.3.	Esperanza de vida al nacer .....	112
1.2.4.	Movilidad forzada .....	112
1.2.4.1.	Víctimas del conflicto armado .....	113
1.2.4.2.	Distribución de la población víctima .....	117
1.2.5.	Dinámica migratoria .....	127
1.3.	Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud .....	127
1.3.1.	Población asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud .....	128
1.3.2.	Caracterización Entidades Administradores de Planes de Beneficio EAPB departamento de Antioquia. ....	134
1.3.2.1.	AIC	137
1.3.2.1.1.	Caracterización de Mortalidad .....	138
1.3.2.1.2.	Morbilidad .....	138
1.3.2.1.3.	Priorización poblacional por riesgo .....	139
1.3.2.2.	SURA EPS .....	139
1.3.2.2.1.	Morbilidad .....	140
1.3.2.2.2.	Priorización poblacional por riesgo .....	140
1.3.2.3.	SAVIA SALUD EPS .....	141
1.3.2.3.1.	Mortalidad .....	142
1.3.2.3.2.	Morbilidad .....	143
1.3.2.4.	NUEVA EPS .....	147
1.3.2.4.1.	Mortalidad .....	147
1.3.2.4.2.	Morbilidad .....	148
1.3.2.4.3.	Indicadores Priorizados .....	150
1.3.2.5.	COMPENSAR .....	151
1.3.2.6.	Morbilidad en consulta externa .....	152
1.3.2.7.	Mortalidad general .....	153
1.3.2.8.	COOSALUD .....	154
1.3.2.8.1.	Morbilidad sentida general .....	154
1.3.2.8.2.	Mortalidad sentida general .....	155
1.3.2.9.	ECOOPSOS .....	155
1.3.2.10.	ECOPETROL .....	155
1.3.2.10.1.	Mortalidad .....	156
1.3.2.10.2.	Morbilidad .....	157
1.3.2.10.3.	Riesgos priorizados .....	158

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023



1.3.2.11.	EPM.....	158
1.3.2.12.	Morbilidad.....	159
1.3.2.13.	FERROCARRILES.....	161
1.4.	Sistema Sanitario.....	161
1.5.	Gobierno y gobernanza en el sector salud.....	169
1.5.1.	Políticas Públicas en Salud en el Departamento de Antioquia: Un Enfoque Integral a Través de los Determinantes Sociales de la Salud".....	169
1.6.	AGENDA ANTIOQUIA 2040 PARA EL ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.....	174
1.6.1.	MARCO ESTRATÉGICO.....	174
1.6.1.1.	Visión.....	174
1.6.2.	AGENDA PROGRAMÁTICA.....	175
1.6.2.1.	Introducción.....	175
1.6.2.2.	Metodología.....	178
1.6.2.3.	Megas estratégicas 2040 y articulación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).....	181
1.6.3.	MEGAS ANTIOQUIA:.....	182
1.6.3.1.	TERRITORIO EQUITATIVO.....	182
1.6.3.2.	TERRITORIO EDUCADO:.....	193
1.6.3.3.	TERRITORIO COMPETITIVO:.....	199
1.6.3.4.	TERRITORIO SOSTENIBLE:.....	204
1.6.3.5.	TERRITORIO MULTICULTURAL:.....	211
1.6.4.	Enfoques de la Agenda Antioquia 2040.....	212
1.6.4.1.	PILAR 1. TERRITORIO EQUITATIVO.....	215
1.6.4.1.1.	Diagnóstico ejecutivo.....	217
1.6.4.1.1.1.	Principales indicadores línea base.....	217
1.6.4.1.1.2.	Ejes estructurantes.....	229
1.6.4.1.1.3.	Movilizadores, rutas estratégicas e iniciativas.....	231
1.6.4.1.1.4.	Movilizador: Convivencia y cuidado de la vida.....	232
1.6.4.1.1.5.	Ruta estratégica: Prevención de las violencias y promoción de la convivencia.....	236
1.6.4.1.1.6.	Ruta estratégica: Acceso oportuno a la justicia y restitución de derechos.....	237
1.6.4.1.1.7.	Ruta estratégica: Protección de poblaciones específicas y derechos humanos.....	238
1.6.4.1.2.	Movilizador: Salud integral e integrada.....	239
1.6.4.1.2.1.	Ruta estratégica: Gobierno y gobernanza de la salud.....	243
1.6.4.1.2.2.	Ruta estratégica: Atención primaria en salud oportuna, digna y de calidad.....	244
1.6.4.1.2.3.	Ruta estratégica: Gestión de los determinantes sociales de la salud.....	245
1.6.4.1.2.4.	Ruta estratégica: Gestión integral del riesgo y atención en salud.....	247
1.6.4.1.2.5.	Ruta estratégica: Salud mental, creando un estado de bienestar para el futuro.....	247
1.6.4.1.2.6.	Movilizador: Seguridad y soberanía alimentaria para las personas.....	249
1.6.4.1.2.7.	Ruta estratégica: Capacidades para la gestión sostenible y autónoma de los alimentos.....	251
1.6.4.1.2.8.	Ruta estratégica: Desarrollo e innovación para el sistema alimentario y nutricional.....	252
1.6.4.1.2.9.	Ruta estratégica: Hábitos para la alimentación saludable y sustentable.....	252
1.6.4.1.2.10.	Ruta estratégica: Garantía a la alimentación en situaciones de vulneración y emergencia.....	253
1.6.4.1.2.11.	Ruta estratégica: Entretejiendo autonomías alimentarias étnicas.....	254
1.6.4.1.3.	Movilizador: Pobreza extrema cero - condiciones de vida digna para todas y todos.....	254
1.6.4.1.3.1.	Ruta estratégica: Oportunidades para hogares más vulnerables.....	260



1.6.4.1.3.2.	Ruta estratégica: Antioquia entorno protector e incluyente.....	260
1.6.4.1.3.3.	Ruta estratégica: Servicios públicos universales para la vida y la equidad .....	262
1.6.4.1.3.4.	Ruta estratégica: Derecho humano a una vivienda adecuada.....	262
1.6.4.1.3.5.	Ruta estratégica: Territorios vitales, equitativos y en equilibrio.....	263
1.7.	Priorización de los problemas en salud y sus determinantes sociales para la toma de decisiones en salud basadas en el Análisis de Situación de Salud .....	264
1.7.1.	Introducción .....	264
1.7.2.	Generalidades .....	264
1.7.3.	Objetivo general .....	265
1.7.3.1.	Objetivos específicos.....	265
1.7.4.	DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA.....	266
1.7.4.1.	ENCUENTROS SUBREGIONALES.....	266
1.7.4.2.	APLICACIÓN METODO HANLON SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD .....	267
1.7.5.	RESULTADOS .....	268
1.7.5.1.	Noviembre 10 de 2023: Priorización de problemas Método Hanlon, Secretaria Seccional de salud de Antioquia.....	268
1.7.5.2.	Diciembre 13 y 14 de 2023, Ministerio de Salud y Protección social, Encuentros regionales para la elaboración de la cartografía social .....	272
1.7.5.2.1.	Valle de Aburrá.....	273
1.7.5.2.2.	Urabá.....	277
1.7.5.2.3.	Suroeste .....	280
1.7.5.2.4.	Oriente.....	282
1.7.5.2.5.	Occidente: .....	285
1.7.5.2.6.	Norte:.....	287
1.7.5.2.7.	Magdalena medio: .....	290
1.7.5.2.8.	Bajo Cauca .....	293
1.7.5.2.9.	Nordeste .....	295
1.7.5.2.10.	Antioquia.....	297
1.8.	Conclusiones Generales al contexto territorial y demográfico .....	298
CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL .....		301
2.1	. Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	301
2.1.1	Índice, IDERE Global.....	301
2.1.1.1.	Otros indicadores de ingreso.....	303
2.1.1.2.	Población Económicamente Activa (PEA).....	305
2.1.1.3.	Tasa de desempleo .....	306
2.1.1.4.	Fin de la Pobreza .....	306
2.2	Condiciones de vida del territorio .....	308
2.2.1	Cobertura de servicios de electricidad .....	308
2.2.2	Cobertura de acueducto .....	309
2.2.2.1	Cobertura de Acceso al Agua Potable: .....	309
2.2.2.2	Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable (CSM): .....	317
2.2.2.3	Cobertura de alcantarillado .....	321
2.2.2.4	Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada:.....	324
2.2.2.5	Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas: .....	324

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

2.2.3	Cobertura de Aseo .....	324
2.2.4	Educación .....	329
2.2.4.1	Coberturas de educación en Antioquia .....	329
2.2.4.2	Otros Indicadores de educación .....	329
2.2.4.3	Analfabetismo .....	333
2.2.4.4	Avances en el compromiso con la educación en Antioquia .....	333
2.2.5	Situación Alimentaria y nutricional de Antioquia .....	335
2.2.6	Percepción de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en los Hogares del Departamento de Antioquia .....	336
2.2.6.1	Acciones para intervenir el indicador: .....	339
2.2.7	Estimación Índice de Necesidades en Salud (INS) .....	340
2.2.8	Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) .....	346
2.2.8.1	Vigilancia de Eventos No Trasmisibles: .....	347
2.2.8.2	Vigilancia de Eventos Trasmisibles .....	350
2.2.8.3	Vigilancia Genómica en Antioquia: nuevos Eventos a Vigilar .....	352
2.2.8.3.1	Vigilancia Genómica de SARS CoV 2 en Antioquia 2022 .....	352
2.2.8.3.2	Vigilancia Genómica de MonkeyPox virus .....	356
2.2.8.4	Fortalecimiento de la vigilancia de la tuberculosis en la red de laboratorios de micobacterias en Antioquia. ....	358
2.2.8.5	Fortalecimiento de la vigilancia por Laboratorio de las Enfermedades Transmitidas por Vectores: Leishmania, Malaria y Chagas en Antioquia .....	361
2.2.8.5.1	Enfermedad de Chagas .....	362
2.2.8.5.2	Malaria .....	362
2.2.8.5.3	Leishmania .....	363
2.2.8.6	Fortalecimiento de la vigilancia por Laboratorio de las Enfermedades Virales en Antioquia .....	363
2.2.8.6.1	Vigilancia de Virus Respiratorios en Antioquia .....	363
2.2.8.6.2	Vigilancia por laboratorio de enfermedades emergentes-Viruela símica .....	366
2.2.8.6.3	Vigilancia de Arbovirus-Dengue .....	367
2.2.8.6.4	Vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en la red de laboratorios de Microbiología Clínica en Antioquia .....	370
2.3	Dinámicas de convivencia en el territorio .....	375
2.3.1	Homicidios, ocurridos en Antioquia, 2021-2023*(Fecha de corte 31 de octubre) .....	375
2.3.1.1	Distribución del número de homicidios según año de ocurrencia .....	375
2.3.1.2	Panorama General del homicidio en Antioquia .....	375
2.3.1.3	Tendencias históricas del homicidio .....	376
2.3.1.4	Generalidades del homicidio en Antioquia .....	377
2.3.1.4.1	Por subregión .....	377
2.3.1.4.2	Riesgo para homicidio enero 01 a octubre 31, 2023 .....	378
2.3.1.4.3	Distribución de los 10 municipios del departamento de Antioquia, con las tasas más altas de homicidio para el periodo enero 01 a octubre 31 de 2023 .....	380
2.3.1.4.4	Distribución de homicidios por sexo y edad de la víctima .....	381
2.3.1.4.5	Homicidio rural y urbano .....	384
2.3.1.4.6	Análisis de algunas variables de interés comparativo enero 01- octubre 31-2022 2023 .....	385
2.3.1.4.7	Contexto de seguridad en Antioquia .....	387
2.3.1.4.7.1	Delitos de alto impacto comparativo periodo de gobierno actual periodo de gobierno anterior .....	388
2.3.1.4.7.1.1	Terrorismo .....	389
2.3.1.4.7.1.2	Amenazas .....	391

2.3.1.4.7.1.3 Extorsión.....	393
2.3.1.4.7.1.4 Homicidio.....	395
2.3.1.4.7.1.5 Hurto a personas.....	397
2.3.1.4.7.1.6 Hurto a residencias.....	399
2.3.1.4.7.1.7 Lesiones personales.....	400
2.3.1.4.7.1.8 Secuestro.....	402
2.3.1.4.7.1.9 Violencia intrafamiliar.....	404
2.3.1.4.7.1.10 Delitos sexuales.....	406
2.3.1.4.7.2 Capturas.....	407
2.3.1.5 Panorama de drogas ilícitas en Antioquia, 2019-2023.....	410
2.3.1.6 Capturas por tráfico, fabricación y porte de estupefacientes.....	411
2.3.1.6.1 Incautación de estupefacientes.....	412
<b>CAPÍTULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES.....</b>	<b>419</b>
3.1 Análisis de la morbilidad.....	419
3.1.1 Principales causas y sub causas de morbilidad.....	419
3.1.1.1 Principales causas de consulta por ciclo vital.....	420
3.1.1.1.1 Principales causas de morbilidad en hombres.....	421
3.1.1.1.2 Principales causas de morbilidad en mujeres.....	422
3.1.1.2 Morbilidad específica por subgrupo.....	423
3.1.1.2.1 Condiciones transmisibles y nutricionales.....	424
3.1.1.2.1.1 Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y Resistencia a los antimicrobianos.....	426
3.1.1.2.2 Condiciones materno perinatales.....	432
3.1.1.2.2.1 Comportamiento de la morbilidad materna extrema, Antioquia 2023.....	432
3.1.1.2.2.1.2 Características sociodemográficas relacionadas con la morbilidad materna.....	433
3.1.1.2.2.1.3 Caracterización según condiciones de salud.....	435
3.1.1.2.3 Enfermedades no transmisibles.....	438
3.1.1.2.4 Morbilidad oral.....	439
3.1.1.2.5 Morbilidad bucodental.....	440
3.1.1.2.6 Lesiones.....	443
3.1.2 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores.....	444
3.1.2.1 VIH/SIDA.....	445
3.1.2.2 Artritis Reumatoide.....	449
3.1.2.3 Hemofilia.....	450
3.1.2.4 Cáncer.....	450
3.1.2.4.1 Cáncer pediátrico.....	452
3.1.2.5 Enfermedad renal crónica.....	452
3.1.2.6 Morbilidad de eventos precursores.....	454
3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	455
3.1.3.1 Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.....	458
3.1.3.1.1 Comportamiento de las Infecciones Asociadas a Dispositivos en Unidades de Cuidado Intensivo.....	459
3.1.3.1.2 Comportamiento de las Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico-Quirúrgicos (IAMPQ).....	461
3.1.3.2 Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).....	464
3.1.3.3 Desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas menores de cinco años.....	469
3.1.3.4 Eventos de zoonosis.....	477

3.1.3.4.1	Accidente Ofídico .....	477
3.1.3.4.2	Leptospirosis .....	479
3.1.3.4.3	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia - APTR .....	480
3.1.3.5	Enfermedades Transmitidas por vectores .....	484
3.1.3.5.1	Malaria .....	484
3.1.3.5.2	Dengue .....	489
3.1.3.6	Situación del COVID-19 debido al virus SARS_COV2 .....	491
3.1.3.6.1	Caracterización de casos y pruebas diagnósticas .....	492
3.1.3.6.2	Caracterización casos hospitalizados por COVID -19 .....	495
3.1.3.6.3	Mortalidad por COVID-19 .....	497
3.1.3.7	Viruela Símica (MPOX) .....	498
3.1.4	Análisis de la población con discapacidad .....	502
3.1.5	Identificación de prioridades principales en la morbilidad .....	518
3.1.5.1	Conclusiones Morbilidad .....	519
3.2	Mortalidad general .....	521
3.2.1	Mortalidad general por grandes causas .....	523
3.2.1.1	Tasas de mortalidad por sexo .....	525
3.2.1.2	Años de vida potencialmente perdidos .....	527
3.2.1.3	Años de vida potencialmente perdidos por sexo .....	528
3.2.2	Mortalidad específica por subgrupo .....	533
3.2.2.1	Enfermedades transmisibles .....	533
3.2.2.2	Neoplasias .....	536
3.2.2.3	Enfermedades del sistema circulatorio .....	539
3.2.2.4	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal .....	542
3.2.2.5	Causas externas .....	544
3.2.2.5.1	Siniestros e incidentes viales en el Departamento de Antioquia .....	548
3.2.2.6	Demás causas de mortalidad .....	552
3.2.3	Mortalidad materno – infantil y en la niñez .....	555
3.2.3.1	Mortalidad infantil .....	555
3.2.3.2	Mortalidad en menores de 1 a 4 años .....	557
3.2.3.3	Mortalidad en la niñez .....	558
3.2.3.4	Conclusiones .....	568
CAPÍTULO IV ATLAS DE DESIGUALDADES 2023 .....		571
4.1.	Introducción .....	571
4.2.	Métodos: .....	571
4.3.	Análisis estadístico .....	573
4.4.	Resultados: .....	573
4.5.	Conclusiones: .....	590
4.6.	Bibliografía .....	592
CAPÍTULO V SITUACIÓN MATERNO INFANTIL .....		595
5.1.	Mortalidad integrada en menores de 5 años en el departamento de Antioquia .....	595
5.1.1.	Contextualización: .....	595

5.1.2.	Comportamiento del evento en Colombia .....	597
5.1.3.	Estado del arte .....	599
5.1.4.	Materiales y métodos .....	600
5.1.5.	Definiciones de caso.....	600
5.1.6.	Hallazgos.....	601
5.1.7.	Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional MANA.....	603
5.1.7.1.	Evaluación del estado nutricional en niños y niñas menores de 4 años en Antioquia con enfoque diferencial. 604	604
5.1.7.1.2.	Indicador talla para la edad:.....	606
5.1.7.1.3.	Peso para la edad.....	608
5.1.7.1.4.	Indicador perímetro cefálico:.....	609
5.1.8.	Impacto de la Pobreza y desigualdades en salud .....	610
Conclusiones y recomendaciones .....		612
CAPÍTULO VI PROFUNDIZACIÓN SALUD MENTAL .....		617
6.1.	Indicadores de Salud Mental en Antioquia .....	619
6.2.	Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021.....	619
6.2.1.	Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021.....	620
6.2.2.	Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021.....	620
6.3.	Morbilidad específica en salud mental .....	621
6.4.	Comportamiento del Intento de Suicidio en Antioquia.....	625
6.5.	Comportamiento de Suicidio en Antioquia .....	629
6.6.	Comportamiento de Violencia de Género en Antioquia .....	633
6.7.	Fortalecimiento de la salud mental en Antioquia.....	637
6.8.	Estrategias de Promoción, Prevención y Reducción de Daño.....	638
6.9.	Resultados preliminares del Proyecto de Salud Mental, Convivencia Social, Salud para el Alma.....	640
6.10.	Estructuración del modelo de la ruta para la atención en salud mental .....	641
6.11.	Conclusiones.....	656
CAPÍTULO VII PROFUNDIZACIÓN ÉTNICA .....		658
7.1.	Fundamentos de la identidad cultural.....	658
7.1.1.	Enfoque de derechos y diferencial .....	658
7.2.	Comunidades y pueblos étnicos de Colombia .....	658
7.2.1.	Pueblos indígenas .....	659
7.2.2.	Pueblos negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros (NARP).....	659
7.2.3.	Pueblo Rrom o gitano.....	660
7.3.	Comunidades y pueblos étnicos de Antioquia.....	660
7.3.1.	Pueblos Indígenas de Antioquia.....	662
7.3.1.1.	Pueblo Indígena Emberá.....	662

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

7.3.1.2.	Emberá Eyábida .....	663
7.3.1.3.	Emberá Chamí .....	663
7.3.1.4.	Emberá Dóbida .....	663
7.3.1.5.	Pueblo Indígena Zenú .....	664
7.3.1.6.	Pueblo Indígena Gunadule .....	664
7.3.1.7.	Pueblo Indígena Nutabe .....	665
7.3.2.	Pueblo negro, afrodescendiente, raizal y palenquero de Antioquia .....	665
7.3.3.	Rrom o Gitanos de Antioquia .....	666
7.4.	Estado actual de los procesos interculturales en salud .....	667
7.4.1.	Procesos de salud – enfermedad en pueblos indígenas .....	667
7.4.2.	Procesos de salud – enfermedad en pueblos negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros –NARP- .....	668
7.4.3.	Procesos de salud – enfermedad en pueblos Rrom o Gitanos .....	668
7.5.	Aseguramiento .....	668
7.6.	Metodología .....	669
7.7.	Encuentro de Saberes Interculturales .....	670
7.7.1.	Momento 1. Contexto territorial de los pueblos indígenas según subregión .....	670
7.7.1.1.	Subregiones Bajo Cauca y Magdalena Medio .....	670
7.7.1.2.	Subregiones Nordeste y Norte .....	672
7.7.1.3.	Subregión Occidente .....	673
7.7.1.4.	Subregión Suroeste .....	675
7.7.1.5.	Subregión Urabá .....	676
7.7.1.6.	Zona Urabá Norte .....	676
7.7.1.7.	Zona Urabá Sur .....	678
7.7.1.8.	Negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros .....	681
7.7.2.	Momento 2. Efectos en salud y determinantes sociales de la salud .....	682
7.7.2.1.	Pueblos indígenas .....	682
7.7.2.1.1.	Principales causas de morbilidad atendida .....	682
7.7.2.1.2.	Principales causas de mortalidad .....	690
7.7.2.1.3.	Efectos en salud priorizados .....	690
7.7.2.1.4.	Determinantes de la salud .....	692
7.7.2.1.5.	Territorio .....	692
7.7.2.1.6.	Autonomía .....	693
7.7.2.1.7.	Ancestralidad .....	694
7.7.2.1.8.	Interculturalidad .....	695
7.7.2.2.	Población Negra, Afrodescendiente, Raizal y Palenquera .....	696
7.7.2.2.1.	Principales causas de morbilidad atendida .....	696
7.7.2.2.2.	Principales causas de mortalidad .....	715
7.7.2.2.3.	Efectos priorizados en salud .....	715
7.7.2.2.4.	Determinantes de la salud .....	716
7.7.2.2.5.	Territorio .....	716
7.7.2.2.6.	Conocimientos tradicionales y ancestrales e identidad cultural .....	717
7.7.2.2.7.	Organización social y política .....	717
7.8.	Propuestas y soluciones a problemáticas de salud .....	717
7.8.1.	Pueblos indígenas .....	717



7.8.1.1.	Territorio .....	717
7.8.1.2.	Ancestralidad .....	718
7.8.1.3.	Autonomía .....	718
7.8.1.4.	Interculturalidad .....	719
7.8.2.	Población Negra, Afrodescendiente, Raizal y Palenquera .....	720
7.8.2.1.	Territorio .....	720
7.8.2.2.	Conocimientos tradicionales y ancestrales e identidad cultural .....	720
7.8.2.3.	Organización social y política .....	721
7.9.	Referencias .....	721
CAPÍTULO VIII EFECTOS DE LA CONTAMINACIÓN POR MERCURIO .....		724
8.1.	CONTEXTO GENERAL .....	724
8.2.	CARACTERÍSTICAS DEL MERCURIO COMO METAL PESADO .....	727
8.3.	INTOXICACIÓN CRÓNICA POR METALES PESADOS .....	728
8.3.1.	Efectos en la salud .....	728
8.3.2.	Sentencia T-622 de 2016 .....	731
8.3.3.	Seguimiento a las EAPB del Departamento con presencia en los Municipios de Vigía del Fuerte, Murindó, Turbo, Cañasgordas y Dabeiba.....	733
8.4.	GESTIÓN DEL RIESGO .....	734
8.5.	BRECHAS IDENTIFICADAS PARA LA ATENCIÓN DE ESTOS USUARIOS .....	735
8.6.	RETOS .....	735
CAPITULO IX MIGRANTES.....		738
9.1	INTRODUCCIÓN: .....	738
9.2	CONTEXTO GENERAL .....	739
9.3	ASEGURAMIENTO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LOS MIGRANTES DE VENEZUELA.....	741
9.4	AFILIADOS AL SGSSS DE MIGRANTES VENEZOLANOS CON PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA Y PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL POR EMPRESA PROMOTORA DE SALUD. ....	743
9.5	COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSSS DE MIGRANTES AFILIADOS CON PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL.....	745
9.5.1	AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE MIGRANTES DE VENEZUELA EN EL MARCO DE LA TEMPORALIDAD (SIN SISBÉN) y CON SISBÉN CLASIFICACIÓN D: NO POBRE NO VULNERABLE .....	746
9.5.2	MIGRANTES DE VENEZUELA ENCUESTADOS EN SISBEN VERSIÓN IV.....	748
9.5.3	ALGUNAS SITUACIONES QUE PUEDEN AFECTAN EL INDICADOR DE COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSSS SON:.....	749
9.5.3.1	RETOS:.....	750
9.6	POBLACIÓN MIGRANTE DE VENEZUELA CON PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL PRESUNTAMENTE NO AFILIADA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD .....	751
9.7	EJECUCIÓN DE RECURSOS: TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN Y RECURSOS PROPIOS 2017-2023 PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA .....	753
9.8	REPORTE DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A POBLACIÓN MIGRANTES DE PAÍSES FRONTERIZOS CIRCULAR 029 DEL 2019.....	755
9.8.1	MORBILIDAD ATENDIDA POR GRAN CAUSA Y SUBGRUPO .....	756
9.8.1.1	PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR CICLO VITAL EN POBLACIÓN MIGRANTE .....	757

9.8.1.1.1	PRINCIPALES CAUSAS Y SUBGRUPOS DE MORBILIDAD, POR CICLO VITAL EN HOMBRES .....	758
9.8.1.1.2	PRINCIPALES CAUSAS Y SUBGRUPOS DE MORBILIDAD, POR CICLO VITAL EN MUJERES .....	761
9.8.2	POBLACIÓN MIGRANTE Y EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA – SIVIGILA .....	763
9.8.3	MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA .....	766

### LISTA DE MAPAS

Mapa 1.	Localización, límites y subregiones del departamento de Antioquia .....	42
Mapa 2.	División política administrativa de Antioquia .....	55
Mapa 3.	Vías de comunicación del departamento de Antioquia .....	63
Mapa 4.	Relieve del departamento de Antioquia .....	68
Mapa 5.	Hidrografía del departamento de Antioquia.....	69
Mapa 6.	Pérdida anual esperada (AAL) por municipio .....	72
Mapa 7.	Amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa y flujos torrenciales .....	75
Mapa 8.	Área del departamento de Antioquia en condición de amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa o flujos torrenciales .....	75
Mapa 9.	Vulnerabilidad por municipios en Antioquia .....	76
Mapa 10.	Índice de riesgo de desastres por municipios en Antioquia .....	76
Mapa 11.	Análisis de riesgo por cambio climático en el hábitat humano en Antioquia .....	77
Mapa 12.	Análisis de riesgo por cambio climático en la infraestructura en Antioquia.....	78
Mapa 13.	Incidencia de la pobreza monetaria extrema en Antioquia, 2021 .....	183
Mapa 14.	Tasa de homicidios por cada 100 mil habitantes en Antioquia, 1985-2022, 2022 .....	184
Mapa 15.	Brecha de la cobertura de viviendas con agua potable en Antioquia, según zonas, 2021 .....	187
Mapa 16.	Inseguridad Alimentaria y Nutricional severa en Antioquia, 2021 .....	188
Mapa 17.	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Antioquia, 2022 .....	189
Mapa 18.	Razón de mortalidad materna en Antioquia, 2022.....	192
Mapa 19.	Índice de Necesidades en Salud, según municipios de Antioquia, 2020* .....	219
Mapa 20.	Semaforización de indicadores superiores - Pilar Territorio Equitativo .....	221
Mapa 21.	Georreferenciación del índice de pobreza multidimensional, Antioquia 2013-2020 .....	307
Mapa 22.	Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Total, municipal – Antioquia 2022 .....	314
Mapa 23.	Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona urbana – Antioquia 2022... ..	315
Mapa 24.	Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona Rural – Antioquia 2022 .....	316
Mapa 25.	Certificación sanitaria municipal Total en agua potable por municipio. Antioquia 2022 .....	318
Mapa 26.	Certificación sanitaria municipal Urbana en agua potable por municipio. Antioquia 2022 .....	319
Mapa 27.	Certificación sanitaria municipal Rural en agua potable por municipio. Antioquia 2022.....	320
Mapa 28.	Índice de Necesidades en Salud ASIS Antioquia. 2022 .....	345
Mapa 29.	Variación porcentual de los homicidios, según subregión de ocurrencia. Antioquia ene01 a oct31, 2022 vs ene01 a oct31, 2023 .....	377
Mapa 30.	Mapa de riesgo para homicidios, según subregión y municipio de ocurrencia. Antioquia, ene01 a oct31, 2023.....	379
Mapa 31.	Niños/as menores de 5 años con DNT (notificados) por municipio. Antioquia, 2022 .....	472
Mapa 32.	Distribución de incidencia por Covid19 según subregión de Antioquia. 2023 .....	495
Mapa 33-	Incidencia de casos de viruela símica. Antioquia. 2023.....	500
Mapa 34.	Índice de pobreza multidimensional, Quintiles Antioquia, 2021 .....	573
Mapa 35.	Distribución geográfica por Tasa de mortalidad menores 5 años por 100 mil nacidos vivos, Antioquia 2015-2021-2022 (preliminar DANE). .....	577
Mapa 36.	Distribución geográfica indicadores de Porcentaje de embarazo subsecuente en adolescentes y Tasa de	

fecundidad específica en mujeres adolescentes, 2015-2021-2022 (preliminar DANE). .....	580
Mapa 37. Distribución geográfica Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, Antioquia 2015-2022 (preliminar DANE). .....	582
Mapa 38. Distribución geográfica por Tasa de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos, Antioquia 2015-2022 (preliminar DANE). .....	583
Mapa 39. Tasa de mortalidad por VIH por cien mil habitantes. Antioquia 2015-2019- 2022 (preliminar DANE) .....	585
Mapa 40. Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares por cien mil habitantes, Antioquia 2015-2019-2022 (preliminar DANE) .....	585
Mapa 41. Distribución geográfica de Incidencia y mortalidad por Malaria por 100 habitantes, Antioquia 2022 (preliminar DANE) .....	587
Mapa 42. Riesgo para Intento de suicidio. Antioquia 2022. ....	627
Mapa 43. Comportamiento del suicidio en Antioquia 2021. ....	632
Mapa 44. Georreferenciación de la Violencia de Género, Antioquia 2022 .....	635

### LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Eventos reportados al 31 de octubre de 2022. ....	71
Figura 2. Pérdida Máxima Probable por sismos, inundaciones y tsunamis para diferentes períodos de retorno en el departamento de Antioquia (en miles de millones de pesos) .....	73
Figura 3. Número de eventos recurrente reportados al DAGRAN en Antioquia entre 2019 y 2022 .....	79
Figura 4. Porcentaje de población censal urbano - rural en Antioquia, censos 1985, 1993, 2005 y 2018 .....	90
Figura 5. Porcentaje de Población proyectada urbano - rural en Antioquia 2015, 2022 y 2030 .....	90
Figura 6. Condición de ocupación de la vivienda, según ubicación geográfica en Antioquia, 2018 .....	91
Figura 7. Tamaño de los hogares en Antioquia, Según Censo 2005 y 2018 .....	92
Figura 8. Jefatura del hogar por sexo en Antioquia. Censos 1993, 2005 y 2018 .....	93
Figura 9. Comparativo de la estructura poblacional por sexo para los censos 1985 - 2018 .....	94
Figura 10. Pirámide poblacional. Antioquia, 2015, 2023, 2025 .....	95
Figura 11. Pirámide poblacional subregión de Urabá. Antioquia, proyección 2030 .....	96
Figura 12. Pirámide poblacional subregión de Bajo Cauca. Antioquia, proyección 2030 .....	96
Figura 13. Pirámide poblacional subregión de Magdalena medio. Antioquia, proyección 2030 .....	97
Figura 14. Pirámide poblacional subregión de Occidente. Antioquia, proyección 2030 .....	97
Figura 15. Pirámide poblacional subregión de Oriente, Antioquia, proyección 2030 .....	97
Figura 16. Pirámide poblacional subregión de Suroeste, Antioquia, proyección 2030 .....	97
Figura 17. Pirámide poblacional subregión Norte, Antioquia, proyección 2030 .....	98
Figura 18. Pirámide poblacional subregión Nordeste, Antioquia, proyección 2030 .....	98
Figura 19. Pirámide poblacional subregión del Valle de Aburra, Antioquia, proyección 202030 .....	98
Figura 20. Distribución porcentual de la población, según sexo. Antioquia, 2023 .....	99
Figura 21. Población por género y grupo de edad. Antioquia 2023 .....	100
Figura 22. Cambio en la proporción de población por grupo etario. Antioquia, 2005, 2021 y 2023. ....	102
Figura 23. Porcentaje de población por grandes grupos de edad. Antioquia, 2015-2022-2025. ....	102
Figura 24. Tasa de fecundidad en adolescentes, Antioquia 2005 – 2021. ....	108
Figura 25. Tasa global de fecundidad por área, Antioquia 2005 -2020 .....	109
Figura 26. Comparación entre la tasa de crecimiento y las tasas brutas de natalidad, mortalidad. Antioquia 2005 – 2023. ....	110
Figura 27. Crecimiento natural por subregión. Antioquia 2021. ....	110
Figura 28. Comparación de tasas de crecimiento poblacional intercensal 1973, 1985, 1993, 2005 y 2018, subregiones y total departamento .....	111

Figura 29. Esperanza de vida al nacer por sexo. Antioquia 2005-2023.....	112
Figura 30. Distribución porcentual de población víctima por régimen de afiliación al SGSSS según EAPB. Antioquia 2023. n=1051.485.....	120
Figura 31. Estructura piramidal de la Población víctima afiliada a las EAPB. Antioquia 2023. n =1051.485 .....	121
Figura 32. Distribución porcentual de población víctima por zona según EAPB. Antioquia 2023. n =1051.485 .....	121
Figura 33. Distribución porcentual del tipo de discapacidad de la población víctima EAPB. Antioquia 2023 n= 5730 .....	123
Figura 34. Distribución porcentual del tipo de atención básica de la población víctima EAPB. Antioquia 2023 n =1.051.485.....	123
Figura 35. Distribución de las Principales causas de morbilidad (consulta externa) CIE10. Antioquia 2023.....	124
Figura 36. Distribución de Principales causas de morbilidad (Urgencias) CIE10. Antioquia 2023 .....	125
Figura 37. Distribución de Principales causas de morbilidad (Hospitalización) CIE10. Antioquia 2023.....	125
Figura 38. Distribución de Principales causas de mortalidad. Antioquia 2023 .....	126
Figura 39. Porcentaje de cobertura al SGSSS por régimen en Antioquia. 2023 .....	128
Figura 40. Porcentaje de cobertura al SGSSS en Antioquia, por Regímenes y año 2019 - 2023 .....	129
Figura 41. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Magdalena Medio, 2023 .....	130
Figura 42. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Bajo Cauca, 2023 .....	130
Figura 43. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Urabá, 2023 .....	130
Figura 44. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Occidente, 2023 .....	130
Figura 45. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Nordeste, 2023 .....	131
Figura 46. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Valle de Aburrá, 2023 .....	131
Figura 47. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Suroeste, 2023.....	131
Figura 48. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Norte, 2023 .....	132
Figura 49. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Oriente, 2023.....	132
Figura 50. Afiliados por EAPB en Antioquia, Régimen Subsidiado y Contributivo 2023 .....	133
Figura 51. Tasa de Mortalidad en población total AIC en el Departamento de Antioquia 2020 .....	138
Figura 52. Porcentaje de Causas de Morbilidad AIC EPSI por Grupos de grandes Causas de Enfermedad Departamento de Antioquia 2020 .....	138
Figura 53. Distribución según el régimen de afiliación. diciembre de 2021 tipo de afiliación.....	140
Figura 54. Distribución de mortalidad por curso de vida y sexo, Compensar EPS Medellín. Año 2021 .....	153
Figura 55. Pirámide poblacional. COOSALUDEPS-S Departamento ANTIOQUIA.2019–2020 .....	154
Figura 56. Diez principales diagnósticos en consulta externa. Unidad de servicio médico EPM – 2021 .....	160
Figura 57. Diez principales diagnósticos de egreso en Urgencias. Unidad de servicio médico EPM – 2021. ....	160
Figura 58. Diez principales diagnósticos de egreso en hospitalización. Unidad de servicio médico EPM-2021 .....	160
Figura 59. Componentes del Plan Estratégico de la Agenda Antioquia 2040 .....	178
Figura 60. Esquema sintético de la estructura de cada pilar .....	180
Figura 61. Articulación de los pilares de la Agenda Antioquia 2040 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en función de megas estratégicas para Antioquia .....	181
Figura 62. MEGA: Al 2040, Antioquia alcanzará la pobreza monetaria extrema más baja de América. Pasará del 7,3% al 1,0% .....	182
Figura 63. Incidencia de la pobreza monetaria extrema en Antioquia 2012-2021 .....	183
Figura 64. MEGA: En 2040, la tasa de homicidios en Antioquia será de un dígito por cada 100.000 habitantes, siendo una de las más bajas de la región.* Aplica a Territorio en Paz .....	183
Figura 65. Tasa de homicidios por cada 100 mil habitantes en Antioquia, 1985-2022. ....	184
Figura 66. MEGA: Al 2040 en Antioquia habrá cero homicidios de mujeres, por su condición de ser mujer, o por motivos de identidad de género (femicidio). * Aplica a Territorio en Paz .....	185
Figura 67. MEGA: En 2040 Antioquia tendrá cobertura universal de agua potable en los hogares rurales del departamento .....	186

Figura 68. Cobertura de viviendas con agua potable en Antioquia, según zonas, 2012-2021 .....	187
Figura 69. MEGA: En el 2040 no habrá inseguridad alimentaria severa en los hogares antioqueños y cero muertes por desnutrición crónica en menores de cinco años. ....	188
Figura 70. Inseguridad Alimentaria y Nutricional Severa en Antioquia 2013, 2017, 2019, 2021.....	188
Figura 71. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Antioquia, 2010-2022 .....	189
Figura 72. MEGA: Antioquia tendrá una Tasa de mortalidad evitable de 0,5 por 100 mil habitantes de 1 a 64 años (Grupos C y D5 y D6). ....	190
Figura 73. Mortalidad Evitable Grupos C, D5 y D6 en Antioquia 2019-2022 .....	190
Figura 74. Situación regional de la mortalidad evitable (ME), 2000-2019 .....	191
Figura 75. MEGA: En 2040, Antioquia tendrá la tasa de mortalidad materna más baja de la región (10,0) .....	191
Figura 76. Razón de mortalidad materna en Antioquia, 2010-2022 .....	192
Figura 77. MEGA: Al 2040 Antioquia tendrá una cobertura en educación superior del 100,0%. ....	193
Figura 78. Tasa bruta de matrícula en la enseñanza superior 2015 y 2020, y porcentaje de matrícula en instituciones públicas 2020. Países de América Latina y el Caribe. ....	194
Figura 79. MEGA: En 2040 Antioquia tendrá una tasa de deserción escolar en educación básica y media de 1,0%, siendo la más baja de Colombia. ....	194
Figura 80. Tasa de deserción por niveles educativos, Antioquia 2011-2021 .....	195
Figura 81. MEGA: En 2040, Antioquia ocupará el primer puesto en bilingüismo en el país y alcanzará el nivel alto de acuerdo con el ranking suramericano. ....	197
Figura 82. Puntaje países Latinoamericanos según el Índice global EF EPI de dominio del inglés, 2022. ....	198
Figura 83. MEGA: En 2040 Antioquia logrará una Tasa de Formalidad Laboral de 80% ubicándose entre los países con mejores condiciones en formalidad en América Latina y el Caribe. ....	199
Figura 84. MEGA: En 2040, Antioquia eliminará la brecha de desempleo que existe entre mujeres y hombres. Pasará de una tasa del 5,1puntos porcentuales (pp). a 0pp. ....	200
Figura 85. Brecha de la tasa de desempleo entre mujeres y hombres, 2010-2022 .....	201
Figura 86. MEGA: En 2040 Antioquia tendrá una participación de 3,5% en las actividades de Ciencia, Tecnología e Innovación sobre el PIB igualándose al promedio de los países OCDE .....	202
Figura 87. MEGA: En 2040 Antioquia tendrá el 100% de viviendas urbanas y rurales conectadas a internet .....	203
Figura 88. Hogares conectados a internet por principales departamentos, total, urbano, rural, 2022 .....	204
Figura 89. MEGA: En 2040 Antioquia habrá alcanzado una reducción de las Emisiones de Gases Efecto Invernadero Netas (GEL) del 75% .....	204
Figura 90. Evolución emisiones de Gases Efecto Invernadero en Antioquia .....	205
Figura 91. MEGA: Para 2040 el Departamento de Antioquia tendrá 0 hectáreas deforestadas en su territorio .....	206
Figura 92. Superficie deforestada en Antioquia, 2010-2021 .....	206
Figura 93. Superficie boscosa en América Latina y el Caribe, Años .....	207
Figura 94. MEGA: En 2040 Antioquia tendrá cero déficit habitacional.....	207
Figura 95. Porcentaje de hogares por déficit habitacional 2019 – 2022.....	208
Figura 96. Porcentaje de hogares por déficit habitacional en Antioquia 2019 – 2022 .....	209
Figura 97. MEGA: En 2040 Antioquia reducirá a 5 la mortalidad causada por eventos recurrentes.....	210
Figura 98. Mortalidad causada por eventos recurrentes en Antioquia, 2011 - 2022 .....	210
Figura 99. En 2040, la participación de la población antioqueña en la vida cultural, en toda su diversidad habrá aumentado en 18 pp .....	211
Figura 100. En 2040 Antioquia ocupará el primer puesto en el Índice de Competitividad Turística Regional logrando ser el primero en cada una de las 8 subcategorías .....	212
Figura 101. Estructura programática Territorio Equitativo .....	215
Figura 102. Índice Multidimensional de Condiciones de Vida de Antioquia, según zonas, 2011, 2013, 2017 y 2019.....	218
Figura 103. Población en Necesidades Básicas Insatisfechas, Antioquia, 2005, 2018 y 2019 .....	218
Figura 104. Coeficiente de Gini, comparativo Antioquia - Colombia, 2010-2020.....	220

Figura 105. Demandas sociales pilar Territorio Equitativo .....	222
Figura 106. Brecha entre demandas de la población y estado actual de indicadores disponibles por municipios y distritos - Pilar Territorio Equitativo .....	222
Figura 107. Demandas sociales para la definición de temas priorizados por subregión – Pilar Territorio Equitativo	224
Figura 108. Demandas sociales movilizador Convivencia y cuidado de la vida .....	232
Figura 109. Demandas sociales movilizador Salud integral e integrada .....	239
Figura 110. Demandas sociales movilizador Seguridad y soberanía alimentaria.....	249
Figura 111. Demandas sociales movilizador Pobreza extrema cero: condiciones de vida digna para todas y todos	255
Figura 112. Coeficiente de GINI Colombia vs Antioquia 2020 .....	302
Figura 113. Incidencia de la pobreza monetaria y extrema, Antioquia 2012-2020 .....	303
Figura 114. Población en Necesidades Básicas Insatisfechas, Antioquia 2005, 2018 y 2019. ....	304
Figura 115. Necesidades Básicas Insatisfechas según indicadores simples, Antioquia 2017-2019 .....	304
Figura 116. Población económicamente activa. Antioquia 2005 - 2019.....	305
Figura 117. Tasa de desempleo. Antioquia 2005 – 2019.....	306
Figura 118. Incidencia de la pobreza extrema, Antioquia 2012-2020 .....	307
Figura 119. Cobertura de acceso a servicios públicos en Antioquia Censo 2005 – 2018.....	308
Figura 120. Cobertura Total, Urbano y Rural Acceso Acueducto y Agua Potable Antioquia - Colombia 1999 - 2021. ....	310
Figura 121. Cobertura Total por Subregión Acceso Acueducto y Agua Potable Antioquia - Colombia 2021 .....	311
Figura 122. Cobertura Urbana por subregión Acceso Acueducto y Agua Potable – Antioquia 2021 .....	311
Figura 123. Cobertura Rural Acceso Acueducto y Agua Potable por subregión – Antioquia 2021.....	312
Figura 124. Índice de riesgo de calidad de agua para consumo humano – IRCA (%) – Antioquia 2022 .....	313
Figura 125. Comportamiento Cobertura de Alcantarillado- Total, Urbano y Rural -Antioquia 1999- 2021 .....	322
Figura 126. Cobertura Total de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2021	322
Figura 127. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2021 .....	323
Figura 128. Cobertura Rural de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2021	323
Figura 129. Comportamiento Cobertura de Aseo- Total, Urbano y Rural -Antioquia 1999- 2021.....	325
Figura 130. Cobertura Total de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2021.....	325
Figura 131. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2021 .....	326
Figura 132. Cobertura Rural de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2021 .....	326
Figura 133. Coberturas de educación. Antioquia, 2003 – 2021 .....	329
Figura 134. Tasa de cobertura en educación superior por subregiones de Antioquia, 2020 .....	332
Figura 135. Hogares con acceso a internet en Antioquia-enero agosto 2010 a 2021. ....	333
Figura 136 Percepción de la seguridad alimentaria y nutricional en el hogar. SISMANA – Antioquia: 2021 - 2022 .	337
Figura 137 Comparativo de la percepción de seguridad alimentaria de los hogares por subregión. SISMANA – Antioquia: 2019 - 2022. ....	338
Figura 138. Distribución de variantes de SARS-CoV2 recombinantes entre 2022 y 2023 .....	354
Figura 139. Proporción de linajes recombinantes de SARS-CoV2 identificados entre el 2022 y 2023. ....	355
Figura 140. Caracterización de la red diagnóstica para tuberculosis en Antioquia, 2022 .....	359
Figura 141. Distribución de agentes respiratorios por semana epidemiológica, 2022 – semana epidemiológica 46 de 2023.....	365
Figura 142. Distribución de agentes respiratorios por edad, 2022 – semana epidemiológica 46 de 2023 .....	365
Figura 143. Distribución de pacientes con resultado positivo RT-PCR viruela simica, Antioquia 2022-2023 .....	367
Figura 144. Distribución porcentual serotipos Dengue Antioquia 2023 .....	369
Figura 145. Distribución porcentual de cabapenemasas en Enterobacterales 2021 - 2023-III Antioquia .....	372
Figura 146. Distribución de carbapenemasas en Pseudomonas spp en aislamientos recibidos en el LDSP 2021 a 2023 .....	373

Figura 147. Distribución porcentual de genes de resistencia a Linezolid. Antioquia 2021 - 2023.....	374
Figura 148. Canal endémico de homicidios. Antioquia 2016-2023*(*a semana 44) .....	375
Figura 149. Comportamiento del homicidio por mes de ocurrencia. Antioquia, 2021-2023*(*ene01-oct31).....	376
Figura 150. Tasa de homicidios, por subregión de ocurrencia. Antioquia, Ene01-oct31-2020-2023 .....	378
Figura 151. Distribución de los 10 municipios con la tasa de homicidios más alta. Antioquia, ene 01- Oct 30-2023	380
Figura 152. Distribución de los 10 municipios con el mayor número de homicidios. Antioquia, ene 01-oct 31- 2022 .....	380
Figura 153. Tendencia de las tasas de homicidios, por sexo. Antioquia, 2020-2022*(*hasta el mes de septiembre, semana 39) .....	381
Figura 154. Tasa de homicidios, según subregión de ocurrencia y sexo. Antioquia, ene 01 a oct31, 2023 .....	382
Figura 155. Pirámide poblacional de las muertes por homicidio. Antioquia, Ene01-oct31-2023.....	382
Figura 156. Tasa de homicidios por grupos de edad y sexo. Antioquia, Ene01-oct 31 2023 .....	383
Figura 157. Tasa de homicidios por grupos de edad. Antioquia, Ene01-sep30-2021-2022 .....	383
Figura 158. Número de homicidios por área de ocurrencia, según semana del hecho. Antioquia, 2022-2023*(*ene01-oct31) .....	384
Figura 159. Tasa de homicidios por área de ocurrencia. Antioquia, Ene01-sep30-2021-2022.....	384
Figura 160. Tasa de homicidios por subregión y área de ocurrencia. Antioquia, ene01-oct31-2022.....	385
Figura 161. Distribución del número de homicidios, según arma o medio utilizado. Antioquia, 2022-2023*(oct31) .....	386
Figura 162. Distribución del número de homicidios, según arma o medio utilizado por subregión de ocurrencia. Antioquia, ene01-oct31-2023 .....	386
Figura 163 Porcentaje de cumplimiento de realización y entrega de herramienta de autoevaluación R2471(Año:2022). .....	428
Figura 164 Resultados de herramienta de autoevaluación PROA en el departamento de Antioquia por fases y subcomponentes. (Año:2022) .....	429
Figura 165 Porcentaje de cumplimiento de componentes PCI en el departamento de Antioquia año 2022. ....	430
Figura 166 Porcentaje de cumplimiento de herramienta de higiene de manos según componentes en el departamento de Antioquia para el año 2022. ....	431
Figura 167. Número de casos y tasa de incidencia, Morbilidad Materna Extrema según Grupo de Edad, Antioquia 2022.....	433
Figura 168. Distribución Porcentual de los casos de MME según zona de residencia. Departamento de Antioquia 2023.....	434
Figura 169. Distribución porcentual de los casos de MME, según Régimen de Seguridad Social y Etnia. Antioquia, 2023.....	435
Figura 170. Tasa de incidencia de Morbilidad materna extrema, por subregión de residencia. Antioquia 2023.....	435
Figura 171. Distribución porcentual de casos Morbilidad Materna Extrema según conducta y relacionado con enfermedad específica. Antioquia 2023.....	436
Figura 172. Índice de letalidad en Antioquia, distribución por subregiones. Antioquia 2023 .....	436
Figura 173. Relación MME/MM en Antioquia, distribución por subregiones. Antioquia 2023 .....	437
Figura 174. Índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía por MME distribuido por subregiones en Antioquia 2023.....	437
Figura 175. Porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión por Subregión en Antioquia 2023. ....	438
Figura 176. Prevalencia de VIH-SIDA, por grupo etario, 01-02 2021/31-01-2022, Antioquia.....	446
Figura 177 Proporción de gestantes Tamizadas para VIH, Antioquia 2022. ....	448
Figura 178. Incidencia de AR, por grupo etario, Antioquia,2021 .....	449
Figura 179. Casos de cáncer por grupo etario, Antioquia, 2021 .....	451
Figura 180. Pirámide de la incidencia de ERC, Colombia Región Central, Antioquia, julio 2020 a junio del 2021.....	453
Figura 181. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Antioquia, 2020 .....	454

Figura 182. Eventos de notificación obligatoria en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA.....	456
Figura 183 Canal endémico enfermedades transmitidas por alimentos, notificación individual, Antioquia 2016-2022 .....	464
Figura 184 Casos e incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos o agua, según subregión y municipio de procedencia. Antioquia 2022. ....	464
Figura 185 Distribución de casos de enfermedades transmitidas por alimentos o agua por grupos de edad y por sexo, Antioquia 2022.....	465
Figura 186. Distribución porcentual de casos de enfermedades transmitidas por alimentos o agua, según régimen de Seguridad Social en Salud. Antioquia 2022. ....	466
Figura 187 Distribución porcentual de casos de enfermedades transmitidas por alimentos o agua, según principales síntomas. Antioquia 2022.....	466
Figura 188 Distribución de brotes de ETA según subregión, Antioquia 2022.....	467
Figura 189 Distribución del agente causal en los brotes de ETA, Antioquia 2022 .....	467
Figura 190 Distribución porcentual de casos de enfermedades transmitidas por alimentos o agua, según clasificación del caso. Antioquia 2022.....	468
Figura 191. Distribución porcentual de brotes de ETA, según modo de transmisión. Antioquia 2022 .....	468
Figura 192 Distribución porcentual de brotes de ETA, según lugar de consumo implicado. Antioquia 2022. ....	469
Figura 193 Tendencia de la incidencia de la DNT (notificada) en menores de 5 años. Antioquia, 2017 a 2022.....	470
Figura 194 Tendencia de la prevalencia de la DNT (notificada) en menores de 5 años por semana epidemiológica. Antioquia, 2017 a 2022 .....	471
Figura 195 Niños/as menores de 5 años con DNT (tasa notificada) por subregión. Antioquia, 2022 .....	471
Figura 196 Casos e incidencia de Accidente Ofídico por subregión. Año 2022 .....	478
Figura 197 Casos confirmados de Leptospirosis, por subregión. año 2022 .....	480
Figura 198 Casos e incidencia de Exposición rábica por subregión. Antioquia 2022 .....	482
Figura 199 Distribución porcentual de casos de Exposición rábica, de acuerdo al tipo de exposición. Antioquia 2022 .....	482
Figura 200. Casos de malaria registrados en el Sivigila, por semana epidemiológica, Antioquia, 2020 - 2022 .....	486
Figura 201. Frecuencia de malaria según subregión de Antioquia, 2022 .....	487
Figura 202. Distribución por edad y sexo de los casos de malaria. Antioquia, 2022 .....	488
Figura 203. Distribución de los casos de dengue de acuerdo a su clasificación. Antioquia, 2022. ....	489
Figura 204. Frecuencia de dengue según subregión de Antioquia, 2022 .....	490
Figura 205. Distribución por edad y sexo de los casos de dengue. Antioquia, 2022 .....	490
Figura 206. Distribución porcentual del dengue, según zona de residencia. Antioquia, 2022 .....	491
Figura 207. Evolución de casos por COVID 19 según fecha de inicio de síntomas en Antioquia, 2020-2023.....	494
Figura 208. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos positivos en Antioquia, 2023 .....	494
Figura 209. Porcentaje de gestantes diagnosticadas por COVID 19 según grupo de edad, 2023.....	495
Figura 210. Distribución de casos hospitalizados por COVID-19 por semana de notificación en Antioquia durante el 2023.....	496
Figura 211. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos hospitalizados en Antioquia, 2023 .....	496
Figura 212. Distribución de casos fallecidos por COVID-19 en Antioquia durante el 2023. ....	497
Figura 213. Pirámide poblacional de casos de viruela símica. Antioquia. 2022 -2023 .....	501
Figura 214. Síntomas de viruela símica. Antioquia. 2022 -2023 .....	501
Figura 215. Nexo epidemiológico para viruela símica. Antioquia. 2022 -2023 .....	502
Figura 216. Mortalidad según grandes grupos de causas, Antioquia, 2005 – 2021.....	525
Figura 217. Mortalidad según grandes grupos de causas en mujeres. Antioquia, 2005 – 2021.....	526
Figura 218. Mortalidad según grandes grupos de causas en hombres. Antioquia, 2005 – 2021 .....	527
Figura 219. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP según grandes causas lista 6/67. ....	528



Figura 220. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en hombres según grandes causas lista 6/67. ....	529
Figura 221. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en mujeres según grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2021.....	530
Figura 222. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2021.....	531
Figura 223. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en hombres. Antioquia, 2005-2021 .....	532
Figura 224. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en mujeres. Antioquia, 2005-2021 .....	533
Figura 225 Mortalidad según enfermedades transmisibles en Antioquia 2005 – 2021 .....	534
Figura 226. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en hombres. Antioquia, 2005 – 2021.....	535
Figura 227. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en mujeres. Antioquia 2005 – 2021 .....	536
Figura 228 Mortalidad según neoplasias en Antioquia, 2005 – 2021 .....	537
Figura 229. Mortalidad según las neoplasias en hombres. Antioquia, 2005 – 2021 .....	538
Figura 230. Mortalidad según las neoplasias en mujeres. Antioquia, 2005 – 2021.....	539
Figura 231 Mortalidad según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia 2005 – 2021.....	540
Figura 232. Mortalidad en hombres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia 2005 – 2021.....	541
Figura 233. Mortalidad en mujeres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia, 2005 – 2021 .....	541
Figura 234 Defunciones según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2021 .....	542
Figura 235. Defunciones en hombres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2021.....	543
Figura 236. Mortalidad en mujeres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2021.....	544
Figura 237 Mortalidad según causas externas Antioquia, 2005 – 2021. ....	546
Figura 238. Mortalidad en hombres según causas externas. Antioquia, 2005 – 2021. ....	547
Figura 239. Mortalidad en mujeres según causas externas. Colombia, 2005 – 2021.....	547
Figura 240. Tasa Departamental por incidentes viales de enero a septiembre 2021.....	548
Figura 241. Mortalidad Vs. Tasa Departamental por incidentes viales de enero a septiembre 2022 .....	549
Figura 242. Comparativo muertes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022.....	549
Figura 243. Comparativo muertes tasa x 100.000 habitantes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022. ....	550
Figura 244. Lesionados vs. Tasa departamental por incidentes viales 2021 .....	550
Figura 245. Lesionados vs. Tasa departamental por incidentes viales enero-septiembre 2022. ....	551
Figura 246. Comparativo lesionados por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022. ....	551
Figura 247. Comparativo lesionados tasa x 100.000 habitantes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022.....	552
Figura 248 Mortalidad según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2021.....	553
Figura 249. Mortalidad en hombres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2021. ....	553
Figura 250. Mortalidad en mujeres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2021.....	554
Figura 251. Razón de mortalidad materna. Colombia y Antioquia, 2007– 2023 .....	561
Figura 252. Tasa de mortalidad neonatal. Colombia y Antioquia 2005 – 2021 .....	562
Figura 253. Tasa de mortalidad infantil. Colombia y Antioquia 2005 – 2021 .....	562
Figura 254. Tasa de mortalidad en la niñez. Colombia y Antioquia 2005 – 2021 .....	563
Figura 255. Tasa de mortalidad por EDA. Colombia y Antioquia 2005 – 2021 .....	564
Figura 256. Tasa de mortalidad por IRA. Colombia y Antioquia 2005 – 2021.....	565
Figura 257. Tasa de mortalidad por desnutrición. Colombia y Antioquia, 2005 – 2021 .....	566
Figura 258. Cobertura de vacunación según indicadores priorizados, 2015-2022 (preliminar DANE).....	578
Figura 259. Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores priorizados para Infancia, 2017- 2022 (preliminar DANE). Antioquia.....	579
Figura 260. Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores priorizados para para Adolescencia 2017-2022	

(preliminar DANE). Antioquia .....	581
Figura 261. Índice de desigualdad de la pendiente, Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, 2017- 2022 (preliminar DANE). Antioquia .....	582
Figura 262. Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores priorizados para gestantes, 2017- 2022 (preliminar DANE). Antioquia .....	584
Figura 263. Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores priorizados para Toda la población, 2017- 2022 (preliminar DANE). Antioquia .....	586
Figura 264. Porcentaje de personas atendidas en servicios de salud mental, Antioquia 2022. (preliminar DANE) ..	588
Figura 265. Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (por cien mil habitantes, Antioquia 2022 (preliminar DANE). .....	588
Figura 266. Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores priorizados en población general para Salud mental, por quintiles según el IPM, 2022 (preliminar DANE). Antioquia .....	589
Figura 267. Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores priorizados en población general para afiliación al sistema de seguridad social, por quintiles según el IPM,2022 (preliminar DANE). Antioquia .....	590
Figura 268. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años en Colombia Año 2020 .....	597
Figura 269. Estado nutricional según indicador peso para la talla en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021 .....	606
Figura 270. Estado nutricional según el indicador de talla para la edad en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021 .....	608
Figura 271. Estado nutricional según indicador peso para la edad en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021 .....	609
Figura 272. Factor de riesgo para neurodesarrollo según indicador perímetro cefálico en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021. ....	610
Figura 273. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021 .....	619
Figura 274. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021 .....	620
Figura 275. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021 .....	621
Figura 276. Tasa de incidencia intento de suicidio. Antioquia, 2005 – 2022 .....	625
Figura 277. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, 2022 .....	626
Figura 278. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo y grupo etario. Antioquia, 2022 .....	628
Figura 279. Distribución de los casos de intento de suicidio, por grupo de edad. Antioquia, 2022 .....	628
Figura 280. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, según mecanismo utilizado. Antioquia, 2022 .....	629
Figura 281. Tendencia de la tasa de suicidio Antioquia, 2012-2021 .....	630
Figura 282. Tasa de incidencia suicidio por subregión, Antioquia 2021 .....	631
Figura 283. Incidencia de violencia por subregión. Antioquia, 2022 .....	634
Figura 284. Tasa de incidencia de violencia de género, según naturaleza de la violencia y subregión. Antioquia, 2022 .....	634
Figura 285. Incidencia de violencia, según naturaleza. Antioquia, 2022 .....	636
Figura 286. Incidencia de violencia intrafamiliar, según naturaleza y ciclo vital. Antioquia, 2022 .....	637
Figura 287. Distribución porcentual de resiliencia por subregión. Antioquia, 2018 .....	644
Figura 288. Determinantes estructurales por subregión y población especial (ejes de desigualdad) Antioquia, 2021 .....	652
Figura 289. Determinantes intermedios (factores conductuales y biológicos, por subregión y población especial. ..	653
Figura 290. Factores consumo de sustancias psicoactivas (SPA) .....	654
Figura 291. Principales entornos causantes de problemas o enfermedades mentales por subregión y población especial .....	655

Figura 292. Trastornos mentales por subregión y población especial.....	655
Figura 293 Pirámide población migrantes venezolanos con pre-registro. Estatuto por Protección Temporal. Antioquia, mayo de 2022. ....	740
Figura 294. Afiliación al SGSSS de migrantes afiliados con permiso por protección temporal y con permiso especial de permanencia. Antioquia, agosto 2023. ....	742
Figura 295. Tendencia de la afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con Permiso Especial de Permanencia y Permiso Por Protección Temporal. Antioquia, 2018-2023 .....	743
Figura 296. Migrantes Venezolanos afiliados al Régimen Contributivo por EPS. Antioquia, agosto 2023 .....	744
Figura 297. Migrantes Venezolanos afiliados al Régimen Subsidiado por EPS. Antioquia, agosto 2023 .....	744
Figura 298. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con Permiso por Protección Temporal. Antioquia, agosto 2023. ....	745
Figura 299. Afiliación en Salud Población Migrante Venezolana – Antioquia años 2018 – 2023 julio .....	746
Figura 300. Población Afiliada al Régimen Subsidiado con Documentos de Identificación Permiso.....	748
Figura 301. Tendencia de la encuesta de Sisbén IV en migrantes de Venezuela. Antioquia, noviembre 2022 a junio 2023.....	749
Figura 302 Número de atenciones y Número de personas, según año de atención, Antioquia 2017-2022 .....	755
Figura 303 Porcentaje de personas atendidas, según sexo y grupo de edad, procedencia, ámbito y curso de vida, Antioquia 2022. ....	756
Figura 304 Número de Eventos de interés en salud pública notificados en población migrante. Colombia y Antioquia 2020 a 2022.....	764
Figura 305 Distribución porcentual de los eventos de interés en salud pública notificados en población migrante. Antioquia 2020 .....	764
Figura 306 Distribución porcentual de los eventos de interés en salud pública notificados en población migrante. Antioquia 2021 .....	765
Figura 307 Distribución porcentual de los eventos de interés en salud pública notificados en población migrante. Antioquia 2022 .....	766

### LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de municipios de Antioquia por situación geográfica, extensión territorial, altura y temperatura total por municipio y subregión .....	56
Tabla 2. Tiempo de traslado y distancia estimada por Subregiones y municipios de Antioquia. ....	66
Tabla 3. Personas y familias afectadas 2020 y 2021 .....	71
Tabla 4. Incorporación de la gestión del riesgo de desastres en el plan de desarrollo de Antioquia “Unidos por la vida” 2020 – 2023 .....	82
Tabla 5. Distribución de la población total, sexo y relación hombre/mujer por subregiones. Antioquia 2023.....	85
Tabla 6. Población por subregión y municipio, según área de residencia y densidad poblacional. Antioquia, 2022 ..	87
Tabla 7. Proporción de la población por ciclo vital. Antioquia, 2015,2023 y 2030. ....	101
Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica. Antioquia, 2015, 2023 y 2030.....	106
Tabla 9. Otros indicadores de estructura demográfica por subregión. Antioquia 2023.....	106
Tabla 10. Tasa bruta de natalidad y tasas de fecundidad por subregión. Antioquia 2021 .....	108
Tabla 11. Hechos victimizantes en Antioquia .....	118
Tabla 12. Distribución población víctima según EAPB. Antioquia 2023.....	120
Tabla 13. Distribución de hechos victimizantes según EAPB. Antioquia 2023.....	122
Tabla 14. Distribución de afiliados al régimen subsidiado, por tipo de población en Antioquia 2023 .....	134
Tabla 15. Población activa afiliada al SGSSS en el departamento de Antioquia por régimen .....	135
Tabla 16. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen subsidiado –	

diciembre 2021.....	135
Tabla 17. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen contributivo – diciembre 2021.....	136
Tabla 18. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen Excepción – diciembre 2021.....	136
Tabla 19. Determinantes intermediarios de la salud AIC EPSI Departamento de Antioquia 2020 .....	139
Tabla 20. Distribución según enfermedades de interés en salud pública, SURA EPS. Diciembre de 2021 .....	140
Tabla 21. Priorización de indicadores capo. SURA EPS. 2020 .....	141
Tabla 22. Eventos de interés en salud pública .....	141
Tabla 23. Indicadores de Mortalidad por causas específicas en SAVIA SALUD EPS para CAPO 2020 según años disponibles de fuentes Minsalud.....	143
Tabla 24. Distribución porcentual de consultas según 15 principales categorías diagnósticas de ingreso. Savia Salud EPS –2020. ....	144
Tabla 25. Indicadores de determinantes intermedios de la Salud. Savia Salud EPS-CAPO 2020 según años disponibles de fuentes Minsalud.....	146
Tabla 26. Mortalidad trazadora régimen contributivo 2020.....	147
Tabla 27. Mortalidad trazadora régimen subsidiado 2020 .....	148
Tabla 28. Morbilidad grandes causas régimen contributivo 2019–2020 .....	149
Tabla 29. Morbilidad grandes causas régimen subsidiado 2019–2020 .....	150
Tabla 30. Indicadores priorizados en el régimen contributivo por departamento y municipio. Antioquia 2020. ....	151
Tabla 31. Indicadores priorizados por departamento y municipio. Antioquia régimen subsidiado 2020 .....	151
Tabla 32. Distribución Diagnósticos de Morbilidad en Consulta Externa. Compensar EPS Medellín. Año 2021 .....	152
Tabla 33. Monto dotación equipos biomédicos.....	164
Tabla 34. Monto Inversiones en Infraestructura .....	164
Tabla 35. Transferencias estampilla prohospital 2021.....	165
Tabla 36. Proceso acompañamiento a hospitales en riego fiscal y financiero. Res 1342 de 2019. ....	165
Tabla 37. Proceso acompañamiento a hospitales en implementación modalidad Telemedicina .....	166
Tabla 38. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19. ....	166
Tabla 39. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19. ....	166
Tabla 40. Oferta Prestadores. Capacidad Instalada Antioquia 2015-2022. ....	166
Tabla 41. Oferta Prestadores-Servicios De Salud Habilitados Antioquia. 2015-2022. ....	167
Tabla 42. Portafolio de políticas públicas del Departamento de Antioquia- OPPA .....	170
Tabla 43. Situación regional de la pobreza extrema, 2021 .....	183
Tabla 44. Situación regional de homicidio, 2019 .....	185
Tabla 45. Homicidio-feminicidio en Latinoamérica, 2021.....	186
Tabla 46. Situación regional de viviendas con cobertura de agua potable, 2020.....	187
Tabla 47. Situación regional de hogares en inseguridad alimentaria (grave-severa), 2018-2020 .....	189
Tabla 48. Situación regional de la mortalidad materna, 2020 .....	192
Tabla 49. Situación regional en la formalidad laboral, 2021.....	200
Tabla 50. Situación regional de la brecha de la tasa de desempleo entre mujeres y hombres, 2020 .....	201
Tabla 51. Actividades de Ciencia, Tecnología e Innovación sobre PIB, 2020 .....	203
Tabla 52. Porcentaje de personas que usan internet, 2021 .....	204
Tabla 53. Asistencia a teatro Antioquia y comparativo .....	212
Tabla 54. Noviembre 10 de 2023: Priorización de problemas Método Hanlon, Secretaria Seccional de salud de Antioquia .....	268
Tabla 55. Índice, IDERE Global Nivel de Desarrollo por Dimensiones, Antioquia, 2020 .....	301
Tabla 56. Otros indicadores de ingreso. Antioquia 2005 – 2018 .....	305
Tabla 57. Clasificación de los índices para medición del riesgo - IRCA. ....	312

Tabla 58. Promedio Ponderado Índice de Riesgo de Calidad de Agua Potable - IRCA- (%) por Subregión - Antioquia 2022.....	313
Tabla 59. Rango y clasificación Certificación Sanitaria Municipal.....	317
Tabla 60. Certificación Municipal en Agua Potable – Total, Urbana y Rural – Antioquia 2022 .....	317
Tabla 61. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida. Antioquia, 2005 – 2021 .....	327
Tabla 62. Cobertura de acceso a servicios públicos según desagregación urbano-rural. Antioquia, 2020 .....	327
Tabla 63. Promedio del puntaje de Pruebas SABER 11- Matemáticas, Antioquia, 2020 .....	330
Tabla 64 Percepción de la seguridad alimentaria y nutricional en el hogar. SISMANA – Antioquia: 2021 - 2022.....	337
Tabla 65 Distribución porcentual de la percepción de seguridad alimentaria de los hogares de Antioquia por subregión. SISMANA – Antioquia: 2021 - 2022. ....	339
Tabla 66. Categoría de Necesidades Max Neef.....	341
Tabla 67. Variables para estimar Índice de Necesidades en Salud. ....	343
Tabla 68. Índice de necesidades en salud, por municipio. Antioquia, 2023 .....	344
Tabla 69. Pruebas diagnósticas de tuberculosis en Antioquia, 2021 – 2023-III .....	360
Tabla 70 Distribución de las pruebas de dengue Ig M realizadas en el LDSP, Antioquia, 2023 .....	368
Tabla 71. Distribución de las pruebas de dengue NS1 realizadas en el LDSP, Antioquia, 2023 .....	369
Tabla 72. Serotipos de dengue según subregión Antioquia, 2023.....	370
Tabla 73. Casos y tasa de homicidios, por subregión de ocurrencia y variación porcentual. Antioquia 2021-2023 ene 01 a oct 31 .....	377
Tabla 74. Distribución de los homicidios, según modalidad. Antioquia, ene01-oct3, 2022-2023 .....	387
Tabla 75. Distribución de los delitos de alto impacto priorizados y comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019 .....	388
Tabla 76. Distribución de los delitos de alto impacto priorizados y comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic31 de 2016-2019. ....	389
Tabla 77. Distribución de actos de terrorismo, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019. ....	390
Tabla 78. Distribución de los actos de terrorismo, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a set 30, 2020-2023vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019. ....	390
Tabla 79. Distribución de los actos de terrorismo, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022 .....	390
Tabla 80. Distribución de las amenazas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019. ....	392
Tabla 81. Distribución de las amenazas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a dic 31, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.....	392
Tabla 82. Distribución de las amenazas, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022 .....	393
Tabla 83. Distribución de las extorsiones, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019. ....	394
Tabla 84. Distribución de las extorsiones, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.....	394
Tabla 85. Distribución de las extorsiones, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022 .....	394
Tabla 86. Distribución del homicidio, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019. ....	396
Tabla 87. Distribución del homicidio, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.....	396
Tabla 88. Distribución de los homicidios, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022 .....	397
Tabla 89. Distribución del hurto a personas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019. ....	398
Tabla 90. Distribución del hurto a personas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de	

gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.	398
Tabla 91. Distribución del hurto a personas, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022	399
Tabla 92. Distribución del hurto a residencias, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.	399
Tabla 93. Distribución del hurto a residencias, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019	400
Tabla 94. Distribución del hurto a residencias, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022	400
Tabla 95. Distribución las lesiones personales, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.	401
Tabla 96. Distribución las lesiones personales, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept, 30 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.	402
Tabla 97. Distribución los casos de lesiones personales, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022	402
Tabla 98. Distribución de los casos de secuestro, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019	403
Tabla 99. Distribución de los casos de secuestro, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.	403
Tabla 100. Distribución de los casos de secuestro, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022	404
Tabla 101. Distribución de los casos de violencia intrafamiliar, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019	405
Tabla 102. Distribución de los casos de violencia intrafamiliar, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.	405
Tabla 103. Distribución de los casos de violencia intrafamiliar, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022	405
Tabla 104. Distribución de los delitos sexuales, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.	406
Tabla 105. Distribución de los delitos sexuales, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.	407
Tabla 106. Distribución de los delitos sexuales, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022	407
Tabla 107. Distribución del número de capturas, según tipo de delito. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019	408
Tabla 108. Distribución del número de capturas, según tipo de delito. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior abr 03 a dic 31, 2016-2019	408
Tabla 109. Distribución del número de capturas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019	409
Tabla 110. Distribución del número de capturas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior abr 03 a dic 31, 2016-2019	409
Tabla 111. Distribución del número de capturas, según sexo y grupos de edad. Antioquia, 2022	409
Tabla 112. Número de hectáreas erradicadas en Antioquia, 2021-2023>(* a nov 28)	410
Tabla 113. Número de laboratorios desmantelados en Antioquia, 2021-2023>(* a sept 30)	411
Tabla 114. Distribución de las capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.	412
Tabla 115. Distribución del número de capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes, por subregión	

de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior abr 03 a dic 31, 2016-2019.....	412
Tabla 116. Distribución de las incautaciones de estupefacientes, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.....	413
Tabla 117. Distribución de las incautaciones de estupefacientes por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019. ....	413
Tabla 118. Distribución de las incautaciones de base de coca, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.....	413
Tabla 119. Distribución de las incautaciones de base de coca, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019. ....	414
Tabla 120. Distribución de las incautaciones de bazuco, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019. ....	414
Tabla 121. Distribución de las incautaciones de bazuco por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.....	415
Tabla 122. Distribución de las incautaciones de cocaína, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019. ....	415
Tabla 123. Distribución de las incautaciones de cocaína por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.....	416
Tabla 124. Distribución de las incautaciones de heroína, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.....	416
Tabla 125. Distribución de las incautaciones de heroína por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.....	416
Tabla 126. Distribución de las incautaciones de Marihuana, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.....	417
Tabla 127. Distribución de las incautaciones de marihuana por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019 .....	417
Tabla 128. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo de vida. Antioquia 2009-2022 .....	421
Tabla 129. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en hombres. Antioquia, 2009 –2022..	422
Tabla 130. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en mujeres. Antioquia, 2009 –2022 ...	423
Tabla 131. Distribución porcentual de condiciones transmisibles y nutricionales. Antioquia 2009 – 2022 .....	425
Tabla 132. Morbilidad específica en condiciones maternas – perinatales. Antioquia 2009 – 2022 .....	432
Tabla 133. Morbilidad específica en enfermedades no transmisibles. Antioquia 2009 – 2022 .....	439
Tabla 134. Morbilidad general salud bucal. Antioquia 2015 – 2020, Antioquia .....	443
Tabla 135. Morbilidad específica en lesiones. Antioquia 2009 – 2022 .....	443
Tabla 136. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Antioquia, 2006 – 2022 .....	445
Tabla 137. Prevalencia y mortalidad de Cáncer adulto, por tipo, por 100.000 habitantes. Antioquia, 2021 .....	451
Tabla 138. Prevalencia y mortalidad de Cáncer pediátrico, por tipo, por 1.000.000 < 18 años, Antioquia, 2021.....	452
Tabla 139. Eventos precursores. Antioquia, 2022 .....	455
Tabla 140. Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública. Antioquia, Colombia 2006 – 2020 .....	457
Tabla 141. Incidencia eventos de interés en salud pública más frecuentes. Antioquia, Colombia 2022 .....	458

Tabla 142. Tasas de incidencia por 1000 días dispositivo por tipo de unidad de cuidado intensivo, Antioquia, 2022 .....	460
Tabla 143. Frecuencias IAPMQ por procedimiento y tipo de infección en Antioquia, 2022 .....	461
Tabla 144. Proporción de IAPMQ por procedimiento y municipio en Antioquia, 2022.....	462
Tabla 145. Proporción de endometritis post parto vaginal por municipio en Antioquia, 2022.....	463
Tabla 146 Distribución de casos por área, Antioquia 2022.....	465
Tabla 147 Desigualdades territoriales de la DNT (tasa notificada) en niños y niñas, Subregiones de Antioquia, 2017 a 2022.....	472
Tabla 148 Determinantes sociales de la DNT (notificada) en niños y niñas menores de 5 años. Antioquia, 2022....	473
Tabla 149 Determinantes sociales de la DNT (notificada) en niños y niñas menores de 5 años, según características de la madre. Antioquia, 2022 .....	474
Tabla 150 Determinantes de la salud de la DNT (notificada) en niños y niñas menores de 5 años. Antioquia, 2022.....	475
Tabla 151 Casos de Exposición rábica por subregión y municipio. Antioquia 2022 .....	481
Tabla 152. Casos de malaria clasificados con complicaciones y sin complicaciones según especie parasitaria. Antioquia, 2022. ....	487
Tabla 153. Casos de malaria según pertenencia étnica. Antioquia, 2022.....	488
Tabla 154. Indicadores epidemiológicos para COVID 19 en Antioquia, 2020 a 2023 .....	493
Tabla 155. Incidencia de casos de viruela símica. Antioquia. 2022 -2023 .....	499
Tabla 156 Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según subregión, municipio y área. Con corte a 30 de octubre de 2023. ....	505
Tabla 157 Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según Género y grupo de edad. Con corte a 30 de octubre de 2023. ....	508
Tabla 158 Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según categoría de discapacidad y municipio. Con corte a 30 de octubre de 2023.....	508
Tabla 159 Población con discapacidad víctima del conflicto armado (Registro Único de Víctimas – RUV) registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según subregión y municipio. Con corte a 30 de octubre de 2023. ....	511
Tabla 160 Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según pertenencia étnica. Con corte a 30 de octubre de 2023).....	514
Tabla 161 Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según régimen de aseguramiento en salud. Con corte a 30 de octubre de 2023). ....	514
Tabla 162 Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según persona que le ayuda para realizar sus actividades. Con corte a 30 de octubre de 2023). ....	515
Tabla 163. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Antioquia 2021 .....	518
Tabla 164. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Antioquia, 2005 – 2021 .....	555
Tabla 165. Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas. Antioquia, 2005 – 2021 .....	556
Tabla 166. Tasas específicas de mortalidad infantil en hombres, según causas. Antioquia, 2005 – 2021 .....	556
Tabla 167. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres, según causas. Antioquia, 2005 – 2021 .....	557
Tabla 168. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2021.....	557
Tabla 169. Tasas específicas de mortalidad en hombres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2021 .....	558
Tabla 170. Tasas específicas de mortalidad en mujeres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2021.....	558
Tabla 171. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas. Antioquia, 2005 – 2021 .....	559
Tabla 172. Tasas específicas de mortalidad en niños, según causas. Antioquia, 2005 – 2021 .....	559
Tabla 173. Tasas específicas de mortalidad en niñas, según causas. Antioquia, 2005 – 2021 .....	559
Tabla 174. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Antioquia, 2005 – 2021.....	560
Tabla 175 Desigualdades en los indicadores priorizados ODS-3 Antioquia 2022 (Preliminar DANE), según nivel de riqueza, IPM 2021. ....	574
Tabla 176 Vista a cuatro cuadrantes de la tendencia temporal en varios indicadores de salud en Antioquia.	



Desigualdad en salud según IPM vs cambio porcentual en el periodo; 2017 y 2022. ....	576
Tabla 177. Correlación entre la tasa de mortalidad en menores de 5 años y el IPM. Antioquia, 2019 .....	611
Tabla 178. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental. Antioquia, 2009 – 2022 .....	622
Tabla 179 Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en Mujeres, Antioquia, 2009 – 2022 .....	623
Tabla 180 Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en Hombres, Antioquia, 2009 – 2022 .....	624
Tabla 181. Distribución de los casos y tasas de Suicidios Antioquia 2012 - 2021 .....	631
Tabla 182. Distribución porcentual de los niveles de resiliencia por subregión. Antioquia 2018. ....	644
Tabla 183. Distribución de la resiliencia según variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social en escolarizados. Antioquia, 2018-2019 .....	645
Tabla 184. Población censada por subregión, municipio y grupo étnico. Departamento de Antioquia, 2018.....	661
Tabla 185. Estado de afiliación activo al SGSSS a octubre 2022, Antioquia .....	669
Tabla 186. Estado de afiliación activa y suspendida, Antioquia, 2012-2022 .....	669
Tabla 187. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida Población Indígena, Antioquia, 2022 .....	683
Tabla 188. Causas básicas de defunción por capítulo CIE 10 de acuerdo a autorreconocimiento de la etnia (Indígena), Antioquia 2010-2022 .....	690
Tabla 189. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida Población Raizal, Antioquia 2022 .....	697
Tabla 190. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida Población Palenque San Basilio, Antioquia, 2022.....	703
Tabla 191. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida Población Afro, Antioquia 2022 .....	707
Tabla 192. Número de defunciones - población Afrodescendiente, Antioquia 2008-2021 .....	715
Tabla 193 Distribución de la Afiliación migrante de Venezuela afiliada al Sistema General De Seguridad Social en Salud Por Región, Antioquia. Agosto 2023 .....	745
Tabla 194 Migrantes Venezolanos identificados con Permiso Especial de Permanencia o Permiso por Protección Temporal Afiliados al Régimen Subsidiado y que no registraban Sisbén versión IV o con clasificación D por región. Antioquia, julio 2023 .....	748
Tabla 195 Población Migrante de Venezuela con Permiso Por Protección Temporal Presuntamente No Afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud a 14/07/2023 .....	751
Tabla 196 Estado de facturación, glosas, avales y pagos realizados por el departamento por prestación de servicios de salud a población migrante, Antioquia 2017-2023 (corte a 31/07/2023).....	754
Tabla 197 Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población migrante, Antioquia, 2017-2022. ....	757
Tabla 198 Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en migrantes, por ciclo de vida. Antioquia 2017-2022 .....	758
Tabla 199. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en migrantes hombres por ciclo de vida. Antioquia 2017-2022.....	759
Tabla 200 Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Hombres migrantes, Antioquia, 2017-2022. ....	760
Tabla 201 Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en migrantes mujeres por ciclo de vida. Antioquia 2017-2022.....	761
Tabla 202 Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Mujeres migrantes, Antioquia, 2017-2022 .....	762
Tabla 203. Eventos de Interés en Salud Pública notificados en población migrante. Colombia y Antioquia 2020 - 2022 .....	763
Tabla 204 Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública en población migrante. Antioquia, Colombia 2020 – 2022.....	768

## INTRODUCCIÓN

La concepción del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) para el departamento de Antioquia en el año 2023 se fundamenta en la imperiosa necesidad de comprender y abordar de manera integral el perfil de salud-enfermedad de la población local. Este documento de planificación territorial se erige como una herramienta fundamental que permite caracterizar, medir y explicar las complejidades de la salud de la población, identificando así las necesidades y prioridades en salud.

El fundamento del ASIS se origina en la necesidad de identificar las interacciones entre diversas variables de múltiples dimensiones, tales como políticas, sociales, económicas, demográficas, culturales, ecológicas y servicios de salud, entre otras. Su elaboración responde a la inquietud de comprender los factores explicativos del dinámico proceso salud-enfermedad en la población residente en el departamento de Antioquia. Siguiendo la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, el documento se estructura en tres grandes capítulos: Configuración del territorio, Procesos económicos y circunstancias de la vida social y desenlaces mórbidos y fatales.

En cuanto al propósito del ASIS, este radica en orientar procesos de planificación, establecer líneas de base para la elaboración de políticas públicas, guiar la toma de decisiones, así como en acciones de regulación e Inspección, Vigilancia y Control. Su alcance es amplio, abarcando desde la planificación estratégica hasta la ejecución y evaluación de intervenciones de salud pública. Asimismo, busca profundizar en la comprensión de las complejidades de la salud, promoviendo la equidad y la eficiencia en la intervención de las necesidades de salud de la población.

En el contexto del año 2023, se ha decidido ampliar el alcance del ASIS al incluir capítulos adicionales que profundizan en las condiciones de salud derivadas del impacto del COVID-19, evidenciando un efecto post-pandémico que ha afectado la salud de los habitantes del departamento. Estos nuevos capítulos abarcan temas como Morbilidad población migrante, Intoxicaciones por mercurio, Situación de salud de las comunidades étnicas, Atlas de Desigualdades y Salud Materno Infantil.

Los resultados y conclusiones del ASIS ofrecen una visión completa de la situación de salud en Antioquia, proporcionando insumos clave para la toma de decisiones, la elaboración de políticas y la gestión efectiva de los recursos. Este documento se convierte en un instrumento esencial para la comunidad científica, técnica y los tomadores de decisiones, guiando el desarrollo y evaluación de políticas públicas, así como la implementación de planes, programas y proyectos de salud en los diversos territorios.

## ENFOQUES

Para la actualización del presente documento se tienen en cuenta los enfoques definidos en la estructura programática contenida en el Plan de Desarrollo departamental Unidos por la Vida con su anexo Plan Territorial de Salud 2020-2023, de tal manera que las decisiones en la gestión pública estén sustentadas teniendo en cuenta las diferentes dinámicas poblacionales y territoriales, con el objetivo de ampliar las oportunidades buscando el bienestar de las comunidades, en escenarios incluyentes.

**Enfoque de Curso de Vida:** Comprensión y reconocimiento del desarrollo humano como interacción entre los entornos y contextos de cada persona, en el continuo de la vida, lo cual trae consigo capacidades, ventajas, beneficios, desventajas y riesgos con efectos acumulativos a nivel individual y colectivo, los cuales se extienden intergeneracionalmente. Esto implica que, si se potencian las capacidades y oportunidades desde la gestación y primera infancia, pasando por la juventud y adultez, los beneficios serán mayores y las desventajas y riesgos menores dentro del proceso de envejecimiento.

**Enfoque de Seguridad Humana:** Contempla el concepto humano céntrico – la vida de las personas como el centro – como una estrategia que consiste en proteger de las amenazas críticas (graves) y omnipresentes (generalizadas), de forma que se realcen las libertades humanas y la plena realización del ser humano, sustentada en los principios de: centrada en las personas, multisectorialidad, integralidad, contextualización y prevención; con dos estrategias de acción: la protección y el empoderamiento. La seguridad humana contempla siete dimensiones: seguridad económica; seguridad alimentaria; seguridad en la salud; seguridad ambiental; seguridad personal; seguridad de la comunidad y seguridad política (PNUD, 2005).

**Enfoque de Derechos y Capacidades:** Concibe la protección, promoción y garantía del goce efectivo de derechos (integrales, interdependientes y universales) de las personas, su bienestar, el reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad como riqueza social, y la corresponsabilidad de los sujetos, como agentes activos portadores de derechos y responsabilidades civiles y ciudadanas, que intervienen en la construcción de su desarrollo personal como también desarrollo social, cultural, económico, ambiental y político. Desde este enfoque se desarrollan las capacidades de quienes garantizan los derechos como de quienes los ejercen, a la vez que se les moviliza a reivindicarlos.

**Enfoque Poblacional:** Reconoce la protección y garantía de los derechos humanos, desde la dinámica demográfica y diversidad poblacional, es decir, a partir del reconocimiento de las particularidades de las personas de acuerdo a sus características biológicas, etarias (momento de su ciclo vital), y entornos sociales, económicos, culturales, ambientales, entre otras, las cuales derivan capacidades, potencialidades y necesidades específicas, aspectos que se configuran en el objeto de la formulación de las políticas públicas.

**Enfoques Diferenciales:** Emergen desde el reconocimiento de aquellas poblaciones, que debido a las situaciones y/o riesgos de vulnerabilidad, desigualdad, exclusión y discriminación que enfrentan, requieren ser equiparadas en el proceso de su desarrollo integral, de cara a la garantía,

goce y/o restitución de sus derechos generales y específicos, como de la promoción de capacidades y oportunidades diferenciales.

**Enfoque de Género:** Reconocimiento de las condiciones de vida y posición social de las mujeres, como las relaciones asimétricas de poder existentes entre ellas y los hombres en los ámbitos social, económico y político, que las sitúa en desventaja frente al acceso a oportunidades y control de recursos. Desde este enfoque se promueve la equidad para la superación de brechas de desigualdad en espacios privados y públicos, promoviendo y potenciando sus capacidades humanas, el empoderamiento para el acceso y beneficios del desarrollo social y territorial que propenda por una igualdad real y efectiva.

**Enfoque Étnico:** Reconocimiento de los pueblos indígenas y de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom que habitan Antioquia, las cuales históricamente han vivenciado dinámicas de exclusión y desigualdad, requiriendo de una atención diferenciada para el goce efectivo de sus derechos, el acceso a oportunidades y el ejercicio de sus responsabilidades ciudadanas, como también para la salvaguarda de su identidad cultural, ya que son grupos poblacionales poseedores de características genealógicas y de ascendencia, y de prácticas culturales y lingüísticas particulares que involucran el reconocimiento de derechos individuales y grupales (en tanto protección de la identidad cultural, y como sujetos colectivos de derechos).

**Enfoque Territorial:** Entiende el territorio como un escenario socialmente construido, que evoluciona con el paso del tiempo y plantea un marco de acción sobre las bases del ordenamiento territorial sostenible y equitativo, que promueve la generación de oportunidades y la reducción de la desigualdad en las áreas urbanas y rurales, fortaleciendo las capacidades y autonomía de cada entidad territorial. Por lo tanto, este enfoque debe reconocer las características sociales, históricas, culturales, ambientales y productivas del territorio y sus habitantes, sus necesidades diferenciadas y la vocación de los suelos de conformidad con las normas orgánicas de planeación y ordenamiento territorial (Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, 2017).

**Enfoque de Resiliencia:** A través de la historia, la humanidad se ha visto enfrentada, cada vez con mayor frecuencia, a eventos disruptivos asociados a procesos tanto naturales, como generados por los seres humanos, relacionados a epidemias, conflictos, cambio climático y desastres naturales, entre muchos otros. Este tipo de situaciones demandan que los sistemas territoriales y sus poblaciones generen herramientas para poder adaptarse a condiciones cambiantes y crear soluciones oportunas que les permitan, no solo enfrentar estos retos, sino el convertirlos en oportunidades de aprendizaje y desarrollo.

## METODOLOGÍA

Para la construcción del documento ASIS del departamento de Antioquia, se adopta la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), así como las fuentes de información dispuestas por dicha entidad, con el objetivo de obtener datos con criterios homologados, lo que permite al nivel nacional realizar comparaciones entre las entidades territoriales.

Aunque la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA) cuenta con información más actualizada y con una mayor cobertura que la fuente nacional en algunos componentes, por directriz del MSPS la información contenida en este documento corresponde toda fuente Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) o a cálculos realizados por el MSPS. Se usa como fuentes de información las estimaciones y proyecciones de la población del censo 2018 y los indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico. Para el análisis de la mortalidad del departamento de Antioquia, se utiliza la información del período entre el 2005 al 2021, de acuerdo con las bases de datos de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

Se realiza una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, tasas específicas de mortalidad por el método directo, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., todo esto a través de la hoja de cálculo Excel.

Para el análisis de morbilidad se utiliza la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios -RIPS- dispuesta en un visor suministrado por el Ministerio, los datos de los eventos de alto costo y precursores, así como los Eventos de Notificación Obligatoria -ENOS, corresponden a indicadores calculados por el Ministerio y suministrados al ente territorial. El período del análisis para los RIPS es del 2009 al 2022; para los eventos de alto costo y los eventos precursores es el período comprendido entre el 2006 al 2022 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2007 al 2022; se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o proporción, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad. Para estas medidas se les estima los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.; para las estimaciones se utiliza la hoja de cálculo Excel.

Con respecto al componente participativo, se desarrollaron escenarios para consolidar e integrar la información cualitativa y cuantitativa buscando explicar los problemas y necesidades en salud en el departamento. Para ello, se hizo uso de la técnica de Análisis Estructural Participativo la cual



consiste en identificar, definir y jerarquizar los problemas, así como elaborar estrategias de solución a los mismos; la cartografía social y el Método Hanlon, fueron los modelos utilizados, en donde se vincularon actores en salud y comunitarios, permitiendo generar un panorama más amplio al incluir las lecturas académicas y técnicas a la realidad de los territorios a través de la priorización de los efectos en salud.

### GLOSARIO DE TÉRMINOS.

- ASIS:** Análisis de la Situación de Salud
- AVPP:** Años de Vida Potencialmente Perdidos
- CAC:** Cuenta de Alto Costo
- CIE10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- DSS:** Determinantes Sociales de la Salud
- EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda
- ENOS:** Eventos de Notificación Obligatoria
- ESI:** Enfermedad Similar a la Influenza
- ESAVI:** Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
- ERC:** Enfermedad Renal Crónica
- ETA:** Enfermedades Transmitidas por Alimentos
- ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual
- ETV:** Enfermedades 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
- LI:** Límite inferior
- LS:** Límite superior
- MEF:** Mujeres en Edad Fértil
- MSNM:** Metros Sobre el Nivel del Mar
- MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social
- NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas
- ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- OPS:** Organización Panamericana de Salud
- RIPS:** Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
- RAP:** Riesgo Atribuible Poblacional
- PIB:** Producto Interno Bruto
- POT:** Plan de Ordenamiento Territorial
- SISBEN:** Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios.
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- SISPRO:** Sistema Integral de Información de la Protección Social
- SIVIGILA:** Sistema de Vigilancia en Salud Pública
- SSSA:** Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
- TB:** Tuberculosis
- TGF:** Tasa Global de Fecundidad
- COVID 19:** Enfermedad por Coronavirus SARS COV2 2019.

# Configuración **del territorio**

## CAPÍTULO I



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS



## CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

Este capítulo contiene elementos claves para comprender la relación del territorio con la salud de las personas. Se describen de manera general la localización, la socioeconomía, las características físicas del territorio, los riesgos y amenazas geográficas, el sistema de vías de comunicación, así como la composición demográfica con todos sus indicadores, que permiten precisar el número de personas que utilicen los servicios de salud y esto a su vez como influye en la demanda de los servicios a las instituciones de salud, profesionales, ambulancias, medicamentos y biológicos, entre otros.

La caracterización de estos componentes da pautas al Departamento para determinar la inversión en el sistema de salud y permite ampliar el abordaje de los capítulos posteriores del análisis de la situación de salud.

### 1.1. Contexto territorial

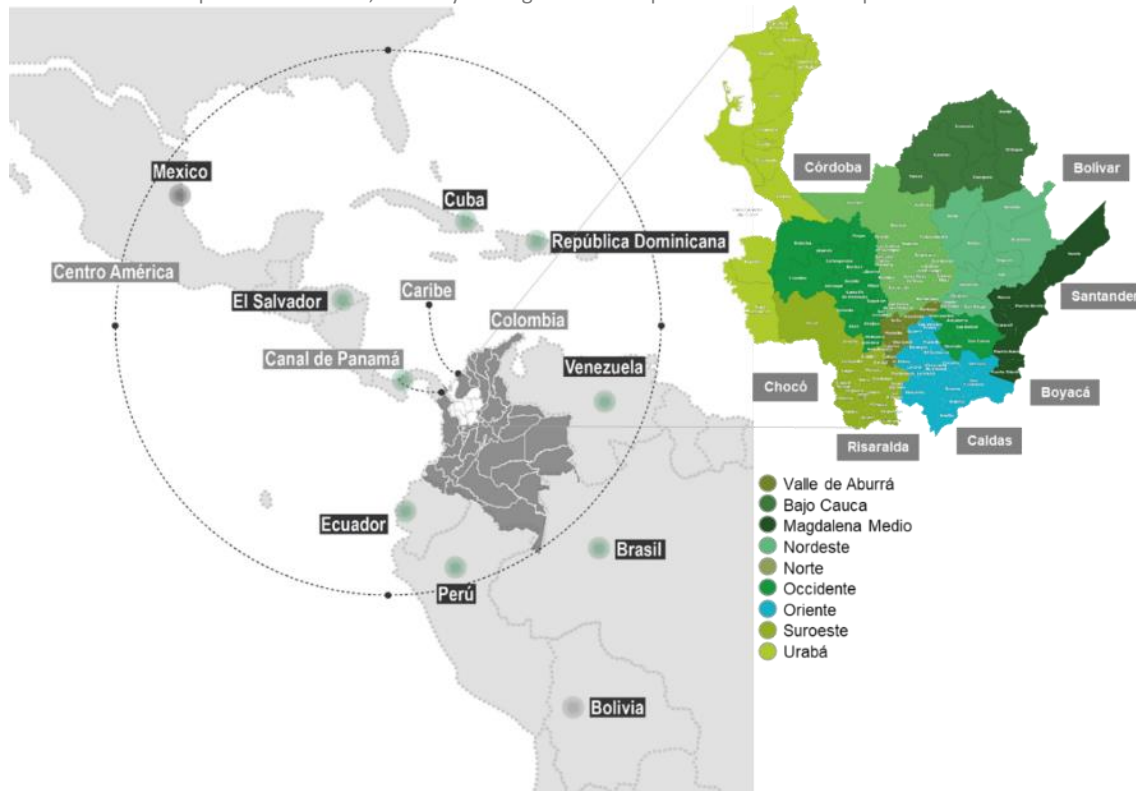
Este componente permite contextualizar la relación entre los elementos geográficos del Departamento con sus habitantes, para entender la relación y dinámica que existe entre ellos, así como el desarrollo de las acciones vitales de los mismos en el territorio.

#### 1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica

El Departamento antioqueño está localizado en el noroeste de Colombia, se amplía desde el río Atrato al oeste, hasta el río Magdalena al este, con una franja de costa sobre el golfo de Urabá que se extiende desde la Punta Yerbazal, sobre el costado occidental del golfo de Urabá (límites con el departamento del Chocó), hasta el sitio conocido como El Minuto de Dios, 2.5 kilómetros al norte de Arboletes, en los límites con el departamento de Córdoba.

Al departamento de Antioquia, lo atraviesan dos ramales de la cordillera de los Andes, las cordilleras Occidental y Central. La Occidental se localiza entre el río Atrato y el río Cauca, con alturas que alcanzan los 4.080 msnm en dos páramos (farallones de Citará y páramo de Urao), y la Central entre el río Cauca y el río Magdalena, con alturas un poco menores (páramos de Sonsón y de Belmira) y extensos altiplanos donde se sitúan aluviones auríferos terciarios.

Mapa 1. Localización, límites y subregiones del departamento de Antioquia



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Antioquia, 2021

### 1.1.1.1. Departamento / Municipios

Antioquia es uno de los 32 departamentos de Colombia, con un territorio extenso y heterogéneo. Su organización territorial comprende 125 municipios y/o distritos, que se agrupan en nueve subregiones: Bajo Cauca, Magdalena Medio, Nordeste, Norte, Occidente, Oriente, Suroeste, Urabá y Valle de Aburrá, lo que lo ubica como el Departamento con más municipios del país, a diferencia de departamentos como Amazonas, Guainía y San Andrés que estas conformados por 2 municipios. Cuenta con 283 corregimientos y 4.473 veredas, que paradójicamente y a pesar de ser inmensamente rico (biodiverso), aún conserva altos y preocupantes niveles de pobreza por su dinámica poblacional heterogénea.

### 1.1.1.2. División político-administrativa

Dentro del ámbito municipal, cada municipio divide su área urbana en barrios, los cuales pueden conformar comunas; y su área rural en veredas, que pueden agruparse en corregimientos.

## 1.1.1.3. Subregiones

### Subregión del Valle de Aburrá



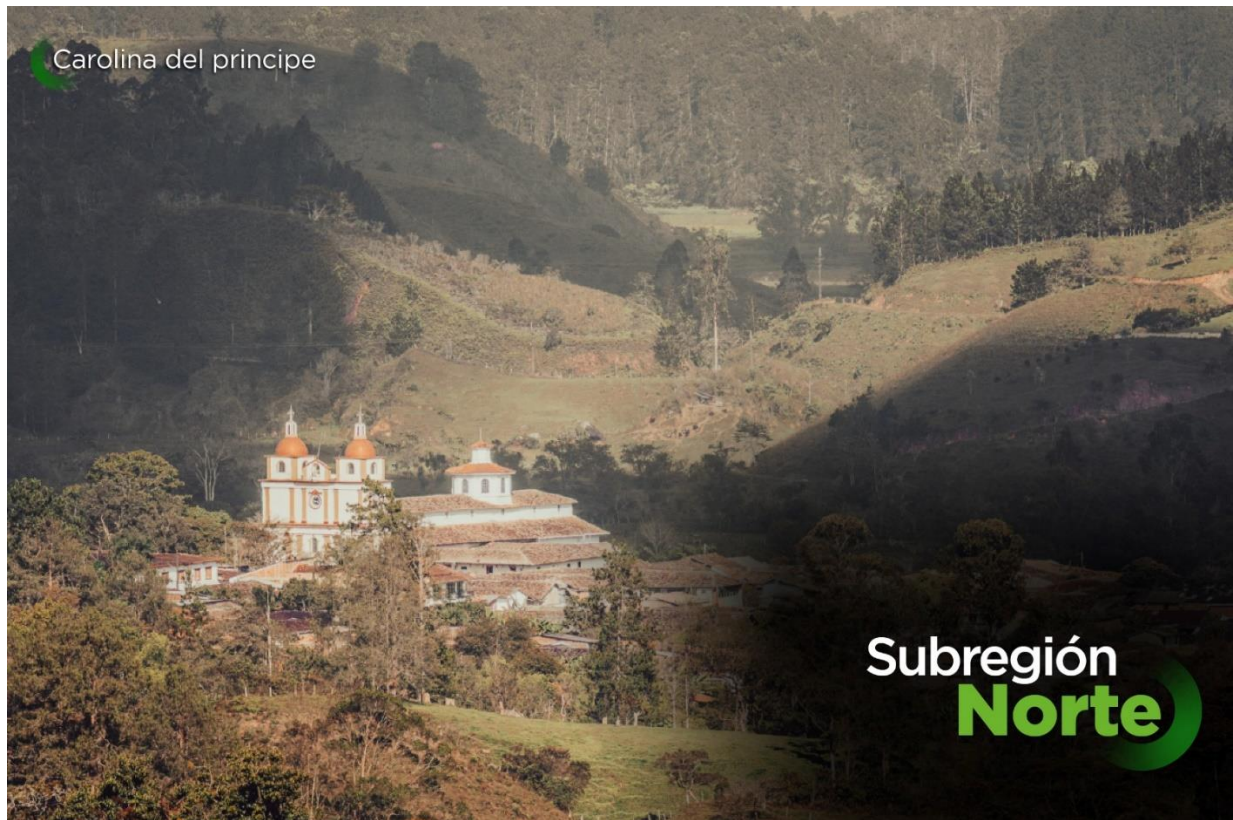
Conformada por 10 municipios (Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Medellín, Envigado, Itagüí, Sabaneta, La Estrella y Caldas) que se ubican en el centro-sur del Departamento, en medio de la cordillera Central de los Andes. De esta subregión hace parte la capital que es Medellín y que junto a los otros 9 municipios concentra el mayor número de población, beneficios del desarrollo y oportunidades. Cuenta con una extensión aproximada de 1.158 km<sup>2</sup>, una longitud aproximada de 60 km y una amplitud variable de unos 6 km de ancho promedio, aunque en su parte más ancha puede alcanzar 8 a 10 km. Está enmarcado por una topografía irregular y pendiente, con alturas que oscilan entre 1.300 y 2.800 msnm. Las cordilleras que lo encierran dan lugar a la formación de una avenencia urbanística muy particular en cuanto se viene extendiendo la construcción de viviendas hacia las laderas y esto conlleva al diseño de estrategias que se requieren para hacer efectivos los derechos constitucionales en cuanto a servicios públicos domiciliarios, defensa del espacio público y protección del medio ambiente, entre otros.

## Subregión del Bajo Cauca



Está situada en el nororiente del Departamento, en las estribaciones de la cordillera Central antioqueña. Ocupa una extensión aproximada de 8.585 km<sup>2</sup> y la componen seis municipios: Caucasia, El Bagre, Nechí, Tarazá, Cáceres y Zaragoza. La minería es el renglón más importante de la economía. Otras actividades son la producción piscícola, la agricultura y la ganadería. El Bajo Cauca presenta uno de los indicadores sociales más preocupantes de las subregiones de Antioquia, puesto que existe una alta precariedad en las necesidades básicas de la población y un alto número de personas en condiciones de pobreza y miseria. Así mismo, el desplazamiento de personas causados por las actividades ilícitas y la violencia agrava la situación, creando cinturones de pobreza alrededor de los cascos urbanos de los municipios que generan "barrios subnormales" sin apenas servicios públicos, casi siempre ubicados en zonas inadecuadas e inhóspitas

## Subregión Norte



Localizada en plena cordillera Central, entre el área norte del Valle de Aburrá y el nudo de Paramillo, límite de la cordillera Occidental, con una extensión aproximada de 7.516 km<sup>2</sup>. Está conformada por los municipios de Santa Rosa de Osos, San Pedro de los Milagros, San José de la Montaña, Donmatías, Entreríos, Belmira, Carolina del Príncipe, Gómez Plata, Guadalupe, Yarumal, Angostura, Briceño, Campamento, Valdivia, Ituango, Toledo y San Andrés de Cuerquia. Tiene una gran riqueza hídrica, posee 4 grandes cuencas a las que desaguan importantes ríos dentro de su territorio, lo que ha posibilitado la construcción de numerosas hidroeléctricas como la cuenca del Cauca que es la más extensa y posee el embalse de Hidroituango, la cuenca del Nechí donde está el embalse de Miraflores, la Cuenca del Grande que posee los embalses de Quebradona, Riogrande I y II y la cuenca del Guadalupe que posee el embalse de Troneras. Las principales actividades productivas de esta zona son la ganadería de leche, cría de cerdos, cultivo de papa, frijol, maíz, plátano, caña de azúcar, café, hortalizas entre otros. El desarrollo industrial está configurado alrededor de fábricas de lácteos y carnes, en tanto en Donmatías y Entreríos han impulsado la creación de fábricas de confección donde se maquila. En Yarumal existen minas de talco y en Campamento minas de Asbesto.

## Subregión Nordeste



Se extiende sobre las vertientes orientales de la cordillera Central, entre la Serranía de San Lucas y los ríos Porce, Nechí, Nus y Alicante, con una extensión aproximada de 8.645 km<sup>2</sup>. Está conformada por 10 municipios: Amalfi, Anorí, Cisneros, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Segovia, Vegachí y Yalí. La principal actividad económica es la minería aurífera; es la segunda subregión productora de oro en Antioquia. En lo referente a la agricultura, su principal producto es la caña panelera, seguido del cultivo de café, otros productos son el maíz, el frijol y el plátano. En cuanto a la producción ganadera, la carne y la leche son los productos más comercializados. En menor escala, pero no menos importante, se encuentra las actividades piscícolas, la explotación maderera y la actividad comercial. Algunos municipios que se han dedicado a la ganadería se han visto afectados en los últimos años por la presencia de los grupos armados: guerrilla y paramilitares.

## Subregión Suroeste



Esta subregión constituye un lugar de gran tradición de la cultura paisa, y forma parte del Eje cafetero. Se encuentra localizado entre la vertiente oriental de la cordillera Occidental y la vertiente occidental de la cordillera Central, que conforman el cañón del río Cauca y la cuenca del río San Juan, al suroccidente del Departamento, su extensión aproximada es de 6.589 km<sup>2</sup>. La conforman 23 municipios: Amagá, Andes, Angelópolis, Betania, Betulia, Ciudad Bolívar, Caramanta, Concordia, Fredonia, Hispania, Jardín, Jericó, La Pintada, Montebello, Pueblo Rico, Salgar, Santa Bárbara, Támesis, Tarso, Titiribí, Urrao, Valparaíso y Venecia.

Sus principales actividades económicas son la caficultura, la minería de carbón, el turismo, la producción de plátano, caña panelera, frutales, frijol, hortalizas, yuca, papa y maíz; así mismo, la ganadería, la industria maderera y el comercio constituyen otros renglones de la economía. La actividad turística se ha fomentado en los últimos años, convirtiendo las fincas cafeteras y las mismas casas de sus pobladores en hoteles, lo cual ha generado empleos.

## Subregión Occidente



Su superficie abarca una extensión aproximada de 6.571 km<sup>2</sup>, que representa el 10.4% del territorio antioqueño; la conforman 19 municipios: Abriaquí, Cañasgordas, Dabeiba, Frontino, Giraldo, Peque, Uramita, Anzá, Armenia, Buriticá, Caicedo, Ebéjico, Heliconia, Liborina, Olaya, Sabanalarga, San Jerónimo, Santa Fe de Antioquia y Sopetrán. Poseen alturas que van desde los 450 msnm (Dabeiba) hasta los 1.930 msnm (Giraldo), con extremos de temperatura que varían entre los 17°C (Giraldo) y 27°C (Santa Fe de Antioquia). Las principales actividades productivas que se realizan en la zona son la ganadería doble propósito, el cultivo de frutas, de frijol, lulo, café, maíz, plátano, zapote, mango, la explotación de la madera, la minería, industrias avícolas y la industria turística.

El Túnel de Occidente "Fernando Gómez Martínez" es la principal puerta de acceso a esta zona, con 4.600 metros de longitud, y se ubica a sólo 15 minutos del centro de Medellín, dejando el valle del río Cauca a tan sólo una hora de la capital antioqueña. De igual forma carretera que acompaña el Túnel, la conexión vial Guillermo Gaviria Correa, acorta las distancias entre los municipios del Occidente y la capital de la montaña.



## Subregión Oriente



Es la segunda subregión más poblada del departamento de Antioquia, después del Valle de Aburrá, y le sigue a ésta en importancia económica. La subregión se encuentra al suroriente de Antioquia, entre el Valle de Aburrá y el valle del Magdalena Medio con una extensión aproximada de 7.103 km<sup>2</sup>. Es la zona más cercana a Medellín, posee excelentes vías de comunicación, infraestructura e industria, alberga al principal aeropuerto de Antioquia, el aeropuerto José María Córdova, y ofrece variadas opciones al turismo local, nacional e internacional. Se puede considerar la subregión más productora de energía hídrica en Colombia, esta zona produce cerca del 40% de la energía del país. Es considerada la despensa del Valle de Aburrá con una gran producción de hortalizas, papa, frijol y café. También tiene ganadería, porcicultura e industrias agrícolas. Se le ha dado un gran impulso a la construcción de obras de infraestructura y con los proyectos de generación de energía se ha captado una mano de obra importante.

El Oriente antioqueño se divide en cuatro territorios: Valle de San Nicolás o Altiplano: se encuentran los municipios de El Carmen de Viboral, El Retiro, Santuario, Guarne, La Ceja, Marinilla, La Unión, Rionegro, San Vicente. La zona de Embalses: Alejandría, Concepción, El Peñol, Granada, Guatapé, San Carlos, San Rafael. En la zona de Páramo están: Sonsón, Nariño, Argelia, Abejorral y en la zona de Bosques: Cocorná, San Francisco y San Luis.

### Subregión de Urabá



El Urabá antioqueño es la subregión costera de Antioquia, sobre el mar Caribe, un territorio pleno de paisajes exóticos y con gran diversidad cultural. Con una extensión aproximada de 11.799 km<sup>2</sup>. Es la subregión bananera y platanera más importante del país y despensa de esa fruta tropical en varios mercados internacionales. En esta, se combinan las culturas paisa, chocona y costeña. El turismo en la zona gira alrededor del agroturismo por los cultivos de plátano y banano. Negros, blancos, indígenas, mulatos, zambos y mestizos pueblan esta subregión. Hay varios aeropuertos, los más frecuentados son los de Carepa y Turbo; por vía terrestre desde Medellín se cruza a través del Túnel de Occidente, se transita por Santa Fe de Antioquia y se llega luego a Mutatá, puerta del Urabá y asiento de resguardos indígenas.

La subregión del Urabá antioqueño está dividida en tres subzonas: La Norte con los municipios de: Arboletes, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Necoclí. La central conocida como el eje bananero y la de más dinamismo económico, con los municipios de: Apartadó, Carepa, Chigorodó, Turbo y la Sur, caracterizada por paisajes de la selva húmeda tropical, en el valle del río Atrato con los municipios de Mutatá, Murindó y Vigía del Fuerte.

Por su ubicación estratégica, ha sido punto de paso para gran cantidad de migrantes en su recorrido hacia países como Estados Unidos y Canadá, lo que representa para la subregión un reto a nivel de salud pública y una oportunidad económica.

### Subregión del Magdalena Medio



Está situada al oriente de Antioquia en la franja que limita con el río Magdalena, con una extensión aproximada de 4.833 km<sup>2</sup>. Se destacan actividades como la minería: la explotación carbonífera y la extracción de calizas, calcáreos, cuarzo y mármoles (buena parte de la minería se practica sin permisos, o sea de manera ilegal); así mismo, es importante el cultivo de la palma de aceite. Las actividades ganaderas son también un importante renglón en la economía local.

La temperatura oscila entre 20°C y 33°C debido a la cercanía al valle del río Magdalena; esto sumado a la gran abundancia de cascadas y balnearios ubicados en varios municipios, se convierte en un atractivo turístico de la subregión. El bosque húmedo tropical en el cañón del Río Claro, tiene grutas, cuevas, rocas y aguas cristalinas propicias para los turistas. Continuando hasta Puerto Triunfo, un pueblo ideal para la pesca, el visitante puede acceder a diversas actividades deportivas. Esta subregión antioqueña está compuesta por los municipios de: Caracolí, Maceo, Puerto Berrio, Puerto Nare, Puerto Triunfo y Yondó.

### Provincia de Cartama

Es importante mencionar en este aparte, que a partir de la Legislación Orgánica de Ordenamiento Territorial (LOOT), la cual se concreta con la expedición de la Ley 1454 de 2011, en la que se propone la conformación de esquemas asociativos territoriales, para la libre y voluntaria integración de alianzas estratégicas, que impulsen el desarrollo autónomo y autosostenible de comunidades y territorios. Los mandatarios de 11 municipios del Suroeste antioqueño (Caramanta, Fredonia, Jericó, La Pintada, Montebello, Pueblorrico, Santa Bárbara, Támesis, Tarso, Valparaíso y Venecia) manifestaron interés en la conformación de un esquema asociativo, bajo la figura de “provincia” que les permite gestionar sus intereses de manera mancomunada dado que comparten problemáticas comunes, así como potencialidades y oportunidades que les permiten actuar conjuntamente sobre variables sociales, económicas, culturales y ambientales, con miras a encontrar mejores alternativas de desarrollo para sus pobladores.

Desde el 5 de julio de 2016 se suscribió un acuerdo marco de integración institucional por parte de los burgomaestres, lo que dio inicio al camino para la concreción de la primera provincia administrativa y de planificación del país, la cual se convierte en una oportunidad para incidir desde las subregiones de Antioquia en el ámbito nacional, a partir de la creación e implementación de lo que se considera un modelo exitoso de la asociatividad en Colombia.

Con la Ordenanza Departamental No. 54 de 22/12/2016 que crea la provincia administrativa y de planificación CARTAMA y la Ordenanza No.68 de 2/01/2017 que establece las normas generales para la creación y organización de las provincias administrativas y de planificación - PAP - en el departamento de Antioquia; de conformidad con los principios, parámetros, lineamientos y requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico colombiano, se dan los cimientos legales para la conformación de tal agrupación.

La asociación de estos municipios geográficamente contiguos denominada: “Provincia Administrativa y de Planificación Cartama”, comparte vínculos y un flujo de relaciones y similitudes sobre las cuales pueden actuar de manera articulada, con el fin de mejorar la calidad de vida de sus habitantes, a través de una mejor prestación de los servicios públicos, impulsando la ejecución de proyectos y obras de ámbito regional y facilitando el desarrollo de la gestión ambiental.

Los municipios integrantes de esta provincia, enfrentan cambios inminentes a raíz de proyectos de gran importancia para el Departamento y el país, tales como la construcción de las autopistas Pacífico I, II y III, el parque temático Biosuroeste, el proyecto hidroeléctrico Cañafisto y el proyecto de generación de energía río Conde, entre otros.

Con la construcción de las autopistas se disminuirá considerablemente el tiempo de desplazamiento con el Puerto de Buenaventura, el Puerto de Urabá por la doble calzada, el aeropuerto del Café y el Valle de Aburrá, lo que ubica a los municipios en proceso de asociación en una posición privilegiada para el fortalecimiento de desarrollos productivos, en general, favoreciendo incrementos de la competitividad del territorio. Lo anterior presupone que la subregión se enfrentará a nuevas dinámicas que requerirán de una oportuna planificación y eficiente gestión.

Otras ordenanzas compartidas por la Asamblea Departamental de Antioquia conformando provincias son:

- Ordenanza N°25 (16 agosto 2017): Se modifica un artículo de la Ordenanza 68 del 2 de enero de 2017 por la cual se establece el marco general para la creación y organización de provincias administrativas y de planificación (PAP) en el Departamento.
- Ordenanza N°04 (14 marzo 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) de Penderisco y Sinifaná conformada por los municipios de Amaga, Angelópolis, Anzá, Betulia, Caicedo, Concordia, Titiribí, Urao.
- Ordenanza N°05 (16 marzo 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) de San Juan para Andes, Betania, Ciudad Bolívar, Hispania, Jardín y Salgar.
- Ordenanza N°06 (14 marzo 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) de la Paz con los municipios de Argelia, La Unión, Nariño y Sonsón.
- Ordenanza N°11 (3 julio 2018): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) del agua, bosques y turismo para Alejandría, Cocorná, Concepción, El Peñol, Granada, Guatapé, Marinilla, San Carlos, San Francisco, San Luis, San Rafael y San Vicente Ferrer.
- Ordenanza N°30 (2 septiembre 2019): Se crea la provincia administrativa y de planificación (PAP) minera agroecológica para Remedios, Segovia, Vegachí, Yalí y Yolombó.

La Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial (LOOT) se constituye como una inmensa posibilidad para avanzar en la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud – RISS, tal como lo ordena la Ley 1438 de 2011 en sus artículos 60 a 64.

Para ello es necesario que se atienda a los “Criterios Determinantes” entre los cuales se destaca que las redes deben tener una población y territorio a cargo, con el fin de atender a las necesidades de salud de las personas lo más cerca posible al lugar donde transcurren sus vidas.

Las provincias y las Regiones Administrativas y de Planificación –RAP- son figuras político-administrativas que facilitan un ordenamiento de las redes de conformidad con los postulados

del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), con enfoque territorial y no, siguiendo a las lógicas de las leyes del mercado.

Antioquia con el ánimo de articular esfuerzos en aras de alcanzar objetivos comunes y abordar retos de desarrollo particulares, se ha asociado con diferentes departamentos y han decidido avanzar en la conformación de Regiones Administrativas y de Planificación –RAP, proceso estratégico que establece las bases de un desarrollo regional mucho más ordenado, progresivo y sistemático.

#### 1.1.1.4. Límites geográficos:

Antioquia tiene los siguientes límites:

Al norte con el mar Caribe y el departamento de Córdoba, el cual posee todas las cuencas de los ríos Sinú y San Jorge, lo cual hace que Córdoba se adentre en Antioquia y separe Urabá del Bajo Cauca antioqueño. Del Litoral Caribe, Antioquia tiene el mayor golfo de la costa, el golfo de Urabá, compartido con el departamento del Chocó. La parte antioqueña va desde Bahía Gloria hasta Punta Arenas en el Sur. La otra zona costera de Antioquia va desde Punta Arenas del Sur hasta Punta Arboletes. El límite con Córdoba va desde Punta Arboletes al occidente hasta el río Nechí en el Bajo Cauca.

Al occidente con el departamento del Chocó, siendo éste el límite más extenso que Antioquia tiene con otro departamento colombiano. También limita con parte de Bahía Gloria en el golfo de Urabá, y en la cual se encuentra la desembocadura del río Atrato y se dirige al sur y al oriente hasta encontrar la cordillera Occidental a la altura del Páramo de Frontino, y continúa aún hasta terminar en Bolívar, en límites con el departamento de Risaralda. A pesar de ser el límite más extenso, prácticamente todo el occidente antioqueño, es el menos poblado.

Al sur con los departamentos de Risaralda y Caldas como único límite montañoso que tiene Antioquia: Risaralda le concede la cordillera Occidental hasta el valle del río Cauca que separa a la cordillera Central, la cual penetra desde Caldas en la parte oriental. Sin embargo, el otro 50% en el límite oriental con Caldas se ubica sobre la llanura del valle del río Magdalena hasta sus orillas.

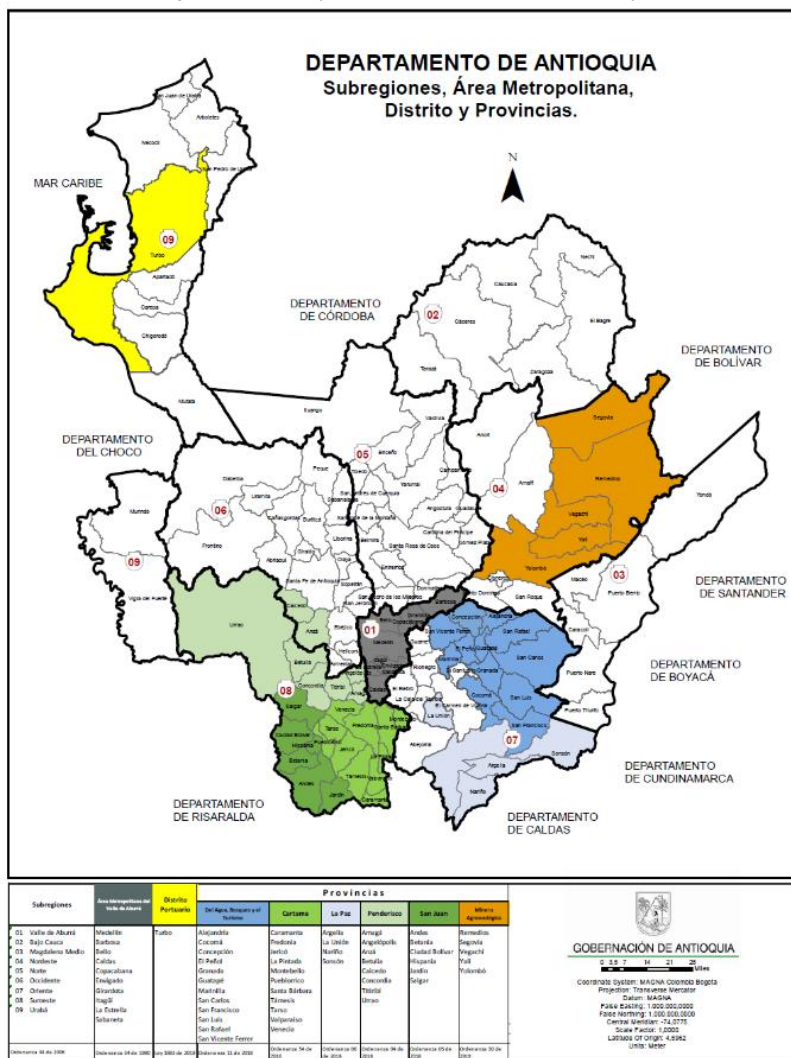
Al oriente con el valle del río Magdalena en la porción de dicho valle conocida como Magdalena Medio. El Departamento sigue la vera del río, que lo separa al sur del departamento de Boyacá, cuyo límite es el más corto y se trata de un brazo boyacense que se extiende hasta el río Magdalena y toca a Antioquia entre Puerto Triunfo y Puerto Berrío para dar paso al territorio del departamento de Santander, el que a su vez ocupa el resto de la vera occidental antioqueña del río Magdalena hasta Yondó. En ese punto Antioquia vuelve a entrar en contacto con la Costa Caribe con la entrada del departamento de Bolívar, que posee la Serranía de San Lucas. El límite oriental termina en el río Nechí.

## 1.1.1.5. Extensión territorial

Antioquia ocupa un área total de 63.612 km<sup>2</sup>, lo que corresponde al 5,56% del territorio nacional continental. El mayor asentamiento humano se encuentra en el área del Valle de Aburrá y sus municipios aledaños, es decir, el área que rodea a la ciudad de Medellín. Tiene además 240 kilómetros de costa sobre el mar Caribe.

Su extensa geografía es comparable en área, con países como Bélgica, Suiza y Holanda. Es el 6º departamento más extenso de Colombia, superado por Amazonas, Vichada, Caquetá, Meta y Guainía y el más poblado, si se tiene en cuenta que el distrito capital de Bogotá es una entidad administrativa especial.

Mapa 2. División política administrativa de Antioquia



Fuente. Anuario Estadístico 2018. Gobernación de Antioquia.

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Tabla 1. Distribución de municipios de Antioquia por situación geográfica, extensión territorial, altura y temperatura total por municipio y subregión

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km <sup>2</sup> (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
<b>Total departamento</b>			<b>63.612</b>		
<b>Valle de Aburrá</b>					
Medellín	6° 13' 55"	75° 34' 05"	387	1.550	22
Barbosa	6° 26' 03"	75° 19' 57"	208	1.300	22
Bello	6° 20' 21"	75° 33' 48"	151	1.450	22
Caldas	6° 05' 25"	75° 37' 52"	152	1.750	19
Copacabana	6° 20' 38"	75° 30' 48"	71	1.425	22
Envigado	6° 10' 19"	75° 35' 09"	51	1.575	21
Girardota	6° 22' 32"	75° 27' 08"	71	1.425	22
Itagüí	6° 10' 19"	75° 36' 47"	17	1.550	21
La Estrella	6° 09' 30"	75° 38' 24"	35	1.775	20
Sabaneta	6° 09' 13"	75° 36' 47"	15	1.550	20
<b>Bajo Cauca</b>					
Cáceres	7° 34' 36"	75° 20' 54"	1.996	100	28
Caucasia	7° 58' 46"	75° 11' 40"	1.058	50	28
El Bagre	7° 35' 25"	74° 48' 27"	1.951	50	28
Nechí	8° 06' 22"	74° 46' 33"	925	30	28
Tarazá	7° 34' 45"	75° 23' 45"	1.578	125	28
Zaragoza	7° 29' 27"	74° 51' 59"	1.077	50	28
<b>Magdalena Medio</b>					
Caracolí	6° 24' 01"	74° 45' 28"	263	625	26
Maceo	6° 32' 59"	74° 47' 22"	436	950	23
Puerto Berrio	6° 29' 35"	74° 24' 26"	1.198	125	27
Puerto Nare	6° 11' 40"	74° 35' 09"	668	125	27
Puerto Triunfo	5° 52' 56"	74° 38' 24"	365	150	27
Yondó	7° 04' 04"	73° 54' 09"	1.903	75	28



# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km <sup>2</sup> (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
<b>Nordeste</b>					
Amalfi	6° 54' 17"	75° 04' 36"	1.224	1.550	22
Anorí	7° 04' 04"	75° 08' 57"	1.447	1.535	21
Cisneros	6° 32' 26"	75° 05' 25"	47	1.050	24
Remedios	7° 01' 21"	74° 41' 48"	2.008	700	25
San Roque	6° 28' 46"	75° 01' 21"	446	1.475	21
Santo Domingo	6° 28' 14"	75° 10' 02"	274	1.975	19
Segovia	7° 04' 28"	74° 41' 56"	1.246	650	24
Vegachí	6° 45' 12"	74° 47' 55"	518	980	23
Yalí	6° 40' 19"	74° 51' 10"	483	1.250	23
Yolombó	6° 35' 42"	75° 00' 48"	952	1.450	21
<b>Norte</b>					
Angostura	6° 53' 04"	75° 20' 13"	392	1.675	21
Belmira	6° 36' 14"	75° 40' 27"	279	2.550	14
Briceño	7° 06' 30"	75° 33' 07"	406	1.200	23
Campamento	6° 58' 38"	75° 17' 55"	206	1.700	20
Carolina del Príncipe	6° 43' 34"	75° 17' 06"	168	1.800	19
Donmatías	6° 29' 02"	75° 23' 53"	183	2.200	16
Enterríos	6° 33' 48"	75° 31' 21"	222	2.300	16
Gómez Plata	6° 40' 43"	75° 13' 01"	364	1.800	20
Guadalupe	6° 48' 43"	75° 14' 39"	88	1.875	20
Ituango	7° 10' 10"	75° 46' 09"	2.375	1.550	21
San Andrés de Cuerquia	6° 55' 14"	75° 40' 19"	179	1.475	22
San José de la Montaña	6° 50' 54"	75° 41' 07"	173	2.550	13
San Pedro de los Milagros	6° 27' 41"	75° 33' 31"	232	2.475	14
Santa Rosa de Osos	6° 38' 49"	75° 27' 57"	822	2.550	13
Toledo	7° 00' 40"	75° 41' 40"	141	1.850	19
Valdivia	7° 09' 21"	75° 26' 36"	553	1.165	21
Yarumal	6° 57' 41"	75° 24' 58"	733	2.300	14

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km <sup>2</sup> (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
<b>Occidente</b>					
Abriaquí	6° 38' 08"	76° 03' 31"	293	1.920	18
Anzá	6° 18' 27"	75° 51' 26"	256	625	25
Armenia	6° 10' 02"	75° 47' 22"	111	1.800	19
Buriticá	6° 43' 01"	75° 54' 42"	368	1.625	21
Caicedo	6° 24' 26"	75° 59' 19"	224	1.800	19
Cañasgordas	6° 45' 12"	76° 01' 54"	396	1.300	21
Dabeiba	7° 00' 00"	76° 15' 52"	1.095	450	26
Ebéjico	6° 19' 40"	75° 46' 01"	238	1.150	23
Frontino	6° 46' 33"	76° 07' 36"	1.278	1.350	21
Giraldo	6° 40' 51"	75° 57' 08"	97	1.925	17
Heliconia	6° 12' 45"	75° 43' 50"	118	1.440	21
Liborina	6° 41' 07"	75° 48' 43"	220	700	24
Olaya	6° 37' 36"	75° 48' 11"	91	500	26
Peque	7° 01' 37"	75° 54' 42"	397	1.200	22
Sabanalarga	6° 51' 18"	75° 48' 27"	268	850	25
San Jerónimo	6° 26' 36"	75° 43' 18"	157	780	25
Santa Fe de Antioquia	6° 33' 31"	75° 49' 32"	499	550	27
Sopetrán	6° 30' 16"	75° 45' 12"	226	750	25
Uramita	6° 54' 26"	76° 10' 10"	239	650	25
<b>Oriente</b>					
Abejorral	5° 47' 22"	75° 25' 47"	497	2.125	17
Alejandría	6° 22' 15"	75° 08' 41"	151	1.650	20
Argelia	5° 43' 50"	75° 08' 33"	257	1.750	20
Cocorná	6° 03' 31"	75° 11' 24"	221	1.300	23
Concepción	6° 23' 53"	75° 16' 01"	169	1.875	19
El Carmen de Viboral	6° 04' 53"	75° 20' 21"	453	2.150	17
El Peñol	6° 13' 01"	75° 14' 55"	145	2.000	18
El Retiro	6° 03' 31"	75° 30' 16"	266	2.175	16

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km <sup>2</sup> (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
El Santuario	6° 08' 24"	75° 16' 01"	76	2.150	17
Granada	6° 08' 24"	75° 11' 24"	185	2.050	18
Guarne	6° 17' 55"	75° 24' 20"	153	2.150	17
Guatapé	6° 14' 07"	75° 09' 30"	70	1.925	19
La Ceja del Tambo	6° 01' 54"	75° 25' 47"	133	2.200	16
La Unión	5° 58' 30"	75° 21' 43"	200	2.500	13
Marinilla	6° 10' 19"	75° 20' 21"	116	2.120	17
Nariño	5° 36' 30"	75° 10' 35"	317	1.650	20
Rionegro	6° 09' 18"	75° 22' 48"	198	2.125	17
San Carlos	6° 11' 07"	74° 59' 35"	719	1.000	23
San Francisco	5° 57' 42"	75° 05' 58"	368	1.250	23
San Luis	6° 02' 26"	74° 59' 51"	458	1.050	24
San Rafael	6° 16' 49"	75° 01' 21"	366	1.000	23
San Vicente Ferrer	6° 17' 06"	75° 20' 05"	246	2.150	17
Sonsón	5° 42' 45"	75° 18' 35"	1.339	2.475	13
<b>Suroeste</b>					
Amagá	6° 02' 42"	75° 42' 13"	85	1.400	21
Andes	5° 39' 13"	75° 53' 37"	449	1.350	22
Angelópolis	6° 06' 47"	75° 43' 01"	87	1.900	18
Betania	5° 44' 55"	75° 58' 46"	170	1.550	22
Betulia	6° 07' 03"	75° 59' 19"	255	1.600	20
Caramanta	5° 32' 59"	75° 38' 57"	87	2.050	17
Ciudad Bolívar	5° 51' 26"	76° 01' 21"	285	1.200	22
Concordia	6° 03' 15"	75° 54' 42"	234	2.000	19
Fredonia	5° 55' 47"	75° 40' 19"	250	1.800	20
Hispania	5° 47' 46"	75° 54' 58"	59	1.000	21
Jardín	5° 35' 58"	75° 50' 05"	227	1.750	19
Jericó	5° 47' 38"	75° 47' 06"	195	2.000	18

Subregiones y municipios	Situación geográfica		Extensión km <sup>2</sup> (1)	Altura de la cabecera sobre el nivel del mar	Temperatura media de la cabecera municipal °c
	Latitud norte	Longitud al oeste (Greenwich)			
La Pintada	5° 45' 00"	75° 36' 30"	55	600	25
Montebello	5° 56' 52"	75° 31' 21"	84	2.350	15
Pueblorrico	5° 47' 55"	75° 50' 21"	86	1.800	19
Salgar	5° 57' 41"	75° 58' 14"	423	1.250	23
Santa Bárbara	5° 52' 32"	75° 33' 48"	188	1.800	19
Támesis	5° 40' 02"	75° 43' 34"	246	1.600	21
Tarso	5° 52' 07"	75° 49' 08"	120	1.325	22
Titiribí	6° 04' 04"	75° 47' 38"	144	1.550	21
Urao	6° 19' 16"	76° 07' 36"	2.585	1.800	20
Valparaiso	5° 37' 03"	75° 37' 52"	132	1.375	21
Venecia	5° 57' 57"	75° 44' 23"	143	1.350	21
<b>Urabá</b>					
Apartadó	7° 52' 40"	76° 37' 44"	607	25	28
Arboletes	8° 51' 10"	76° 26' 03"	718	4	28
Carepa	7° 45' 12"	76° 39' 21"	384	28	28
Chigorodó	7° 39' 30"	76° 41' 07"	615	34	28
Murindó	6° 59' 02"	76° 44' 55"	1.365	25	28
Mutatá	7° 14' 55"	76° 25' 47"	1.119	75	28
Necoclí	8° 25' 39"	76° 46' 58"	1.377	8	28
San Juan de Urabá	8° 46' 22"	76° 31' 46"	241	2	28
San Pedro de Urabá	8° 15' 12"	76° 22' 40"	482	200	27
Turbo	8° 05' 42"	76° 44' 23"	3.090	2	28
Vigia del Fuerte	6° 35' 33"	76° 53' 12"	1.801	18	28

**Nota:** La extensión de los municipios de Antioquia se tomó del libro publicado por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi 2007  
**Fuente:** Antioquia: características geográficas /IGAC. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007. 320

### 1.1.1.6. Accesibilidad geográfica

#### 1.1.1.6.1. Vías de comunicación.

El departamento de Antioquia cuenta con una red vial amplia que consta de 21.8507 km en 3.970 vías nacionales, departamentales y municipales (Secretaría de Infraestructura física, 2022). Sin embargo, a nivel de competencias, las vías están asignadas a la Agencia Nacional de Infraestructura (ANI), Instituto Nacional de Vías (INVIAS), departamento de Antioquia y sus municipios.

Las principales vías son la troncal de Occidente, cuya longitud es de 308 kilómetros; la troncal de Urabá mide 347.76 kilómetros; la transversal Tribugá - Medellín - Arauca, la cual mide 239

kilómetros; la transversal del Caribe, que une Turbo - Necoclí - Arboletes; la transversal Medellín - Bogotá; y el circuito Medellín - Valle de San Nicolás.

En un análisis general para la red vial a cargo del Departamento, de los 4.966 km, de las cuales sólo 2.017 km (40,6%) se encuentran pavimentados y el 47% se encuentran en regular o mal estado (Secretaría de Infraestructura física, 2022). El atraso en la infraestructura de transporte ha sido uno de los principales obstáculos para el desarrollo económico departamental, dado que complica la integración regional y frena la competitividad, especialmente del campo. Adicionalmente, aumenta el costo del transporte de los productos a los principales centros de consumo, y afecta la prestación de servicios básicos como educación, salud, seguridad y el desarrollo de algunos sectores económicos como el turismo.

Sin embargo, nueve arterias viales darán más vida a la movilidad y la competitividad antioqueña. Se trata de las vías de cuarta generación o 4G, conocidas como las Autopistas para la Prosperidad. Estas superan los \$19 billones de pesos en inversión (Forbes Colombia 2022) y son Mar 1, Mar 2, Pacíficos 1, 2 y 3; Magdalena 1 y Magdalena 2, Autopistas del Nordeste y la Vías del Nus, son las obras que están en ejecución en este momento de las cuales en operación ya se encuentran Pacifico 2 y Vías del Nus.

En materia de vías de comunicación aérea, Antioquia cuenta con alrededor de 39 aeródromos, de los cuales 3 aeropuertos concesionados (Formulación Plan Maestro de Transporte y Logística de Antioquia, 2022), tanto oficiales como particulares; los más importantes son el aeropuerto internacional "José María Córdova", situado en el municipio de Rionegro, y el aeropuerto regional y nacional "Enrique Olaya Herrera". Existen otros, ubicados en los municipios de Arboletes, Cauca, Ituango, Puerto Berrio, Turbo, El Bagre, Amalfi, Carolina del Príncipe, Chigorodó, Frontino, Remedios y Urao, incluyendo zonas selváticas y apartadas, hacia donde no existe comunicación por carretera, que, si bien pueden ser rudimentarios, constituyen la única forma de transporte. Actualmente algunos no están en funcionamiento.

Antioquia cuenta con 12 municipios con líneas férreas no funcionales entre los cuales esta Amagá, Barbosa, Bello, Caldas, Caracolí, Cisneros, Copacabana, Fredonia, Girardota, Puerto Berrio y Puerto Nare. Es por lo anterior que Antioquia se ha comprometido con la recuperación de 305 km del Ferrocarril de Antioquia, destacándose la reactivación de la conexión férrea Medellín-Puerto Berrio, y posteriormente, Medellín-La Pintada, para conectarnos con los puertos marítimos de la costa atlántica y del pacífico, respectivamente. Se contempla también avanzar en un corredor férreo que permita conectar a Medellín y al Valle de Aburrá con el Urabá antioqueño, lo cual significará para la región, un factor detonante del desarrollo regional y la mejora en la competitividad a nivel internacional, en lo relativo al comercio exterior, posicionando al territorio como estratégico para los intereses del país.

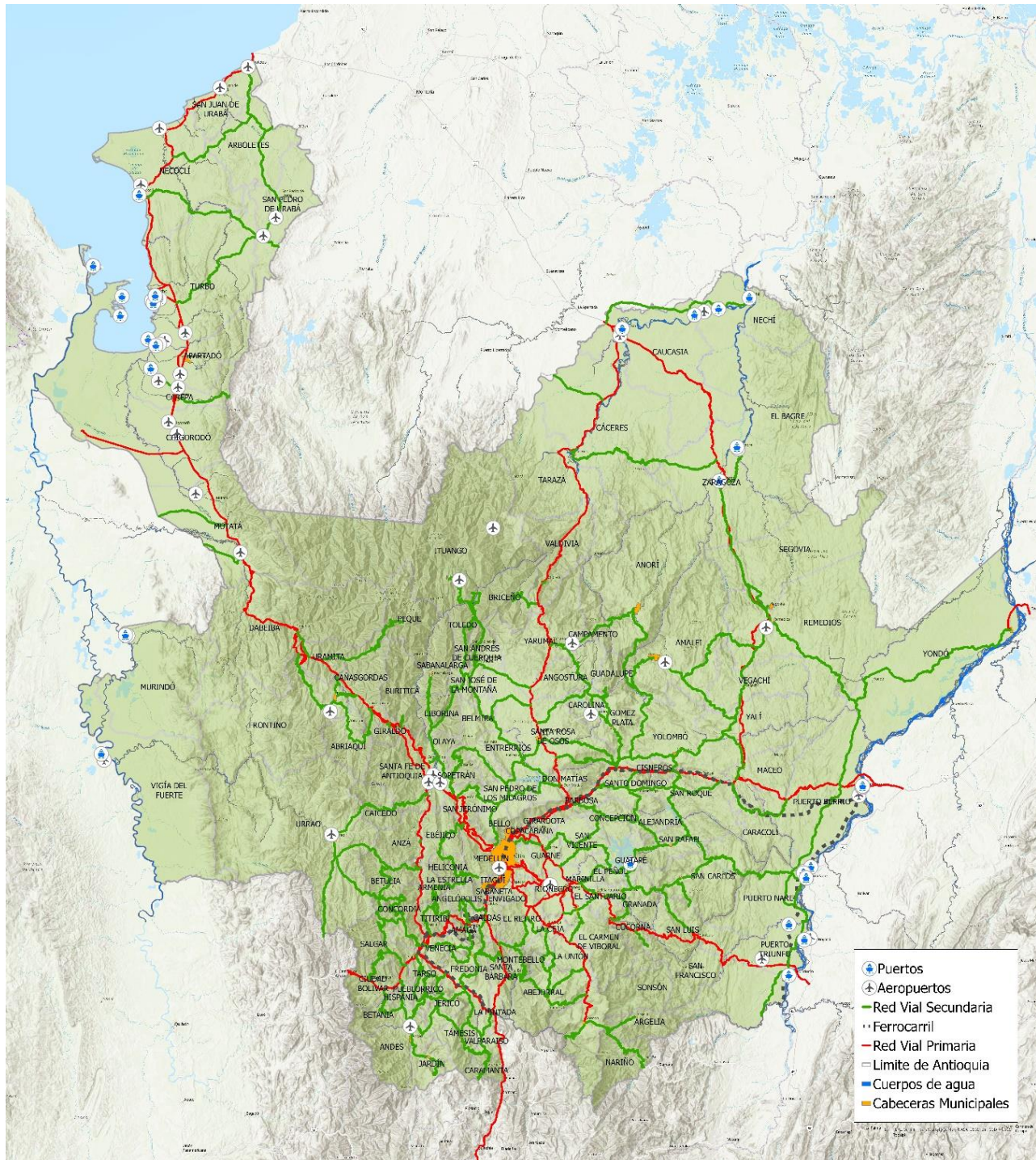
La red fluvial principal de Antioquia está conformada por tramos de siete ríos (Magdalena, Cauca, Atrato, León, Cocorná, Nare y Nechí), a través de los cuales se presta el servicio de transporte de

pasajeros y de carga a escala municipal, regional o nacional. En total, el sistema fluvial de Antioquia abarca aproximadamente 730 km de tramos navegables, y alrededor de 19 puertos fluviales, cuya operación depende de las condiciones climáticas e hidrológicas de la región. Adicionalmente, la subregión Urabá cuenta con tres (3) puertos de carga (Turbo, Arboletes y Necoclí), los cuales se encuentran concesionados y en operación a través de la Agencia Nacional de Infraestructura (ANI), sin embargo, para mejorar la dinámica del transporte de carga de este modo, se están gestionando tres iniciativas privadas: Puerto Antioquia, Puerto Pisisí y Darién International Port. Estas iniciativas buscan dinamizar la economía, no solo de la subregión Urabá, sino también del Departamento, mediante los cuales se pase del transporte de la producción bananera, a la movilización de otros bienes y productos de exportación e importación, que no sólo generará un gran dinamismo económico - social en la subregión, sino que favorecerá el desarrollo de otras zonas del departamento, más aún si se conciben dichos proyectos portuarios en el marco de grandes proyectos viales como la autopista a Urabá y la transversal de las Américas.

Así mismo debe mencionarse que Medellín cuenta con el sistema “Metro” de línea férrea que recorre la región del Valle de Aburrá de norte a sur y zona occidente. Incluye además el Metrocable integrado a su sistema de transporte masivo permanente, que se ubica al oriente y occidente de la ciudad y el tranvía para la zona centro oriental de la ciudad de Medellín. Asimismo, existen otros siete sistemas de cable, tres en comodato a los municipios, (Yarumal, San Andrés de Cuerquia y Nariño), dos operados por contratistas de la Gobernación, (Jardín y Jericó), y dos operados por las comunidades, (Sopetrán y Argelia).

Finalmente, sobre la infraestructura general de transporte, con las Autopistas 4G, con la red vial en el Departamento; los aeropuertos y aeródromos; red férrea; y la construcción del Puerto de Urabá. Antioquia conseguirá tener una mayor competitividad, por medio de una reducción de los costos y distancias para el transporte de bienes y personas a nivel departamental, nacional e internacional, en la que se pueda aprovechar la localización estratégica del Departamento para el abastecimiento de la economía nacional y el mercado internacional, fortaleciéndose de esta manera las exportaciones.

Mapa 3. Vías de comunicación del departamento de Antioquia.



Fuente: Dirección de Estructuración, Secretaría de Infraestructura. 2022

En la actualidad, las dinámicas de movilidad terrestre están presentando grandes avances mediante la ejecución de grandes proyectos con la construcción del Túnel Guillermo Gaviria Echeverri, que busca ser el punto de conexión entre las concesiones Autopista al Mar 1 y 2 y así disminuir los tiempos de viaje hacia la subregión Urabá y directamente con los puertos actuales y nuevos puertos en el Departamento.

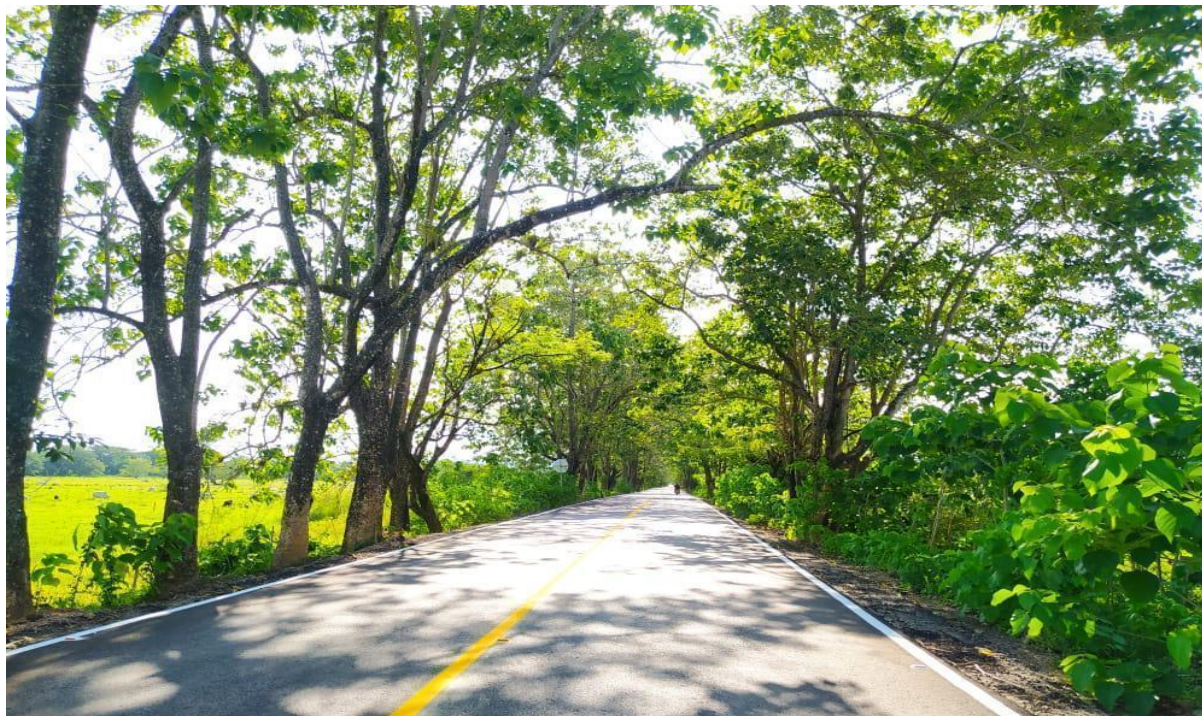


Portal Salida Túnel Principal Guillermo Gaviria Echeverri (GGE).

Fuente: Proyecto Túnel Guillermo Gaviria Echeverri. 2022

Complementario a los grandes proyectos viales, se está desarrollando el programa de Vías departamentales para la equidad y el progreso, el cual gira en torno a la conexión en modo carretero (pavimentado) de las entidades territoriales que aún no la tienen. Este es una de las principales metas que tiene la Secretaría de Infraestructura Física para este cuatrienio. Actualmente, son veintitrés (23) cabeceras que aún requieren de acceso carretero pavimentado.





Vía a Puerto Nare, Magdalena Medio, Puerto Nare.  
Fuente: Secretaría de Infraestructura Física. 2022

### 1.1.1.6.2. Tiempo de traslado y distancias en kilómetros de regiones de Antioquia.

Existen respecto a este tema grandes contrastes en los 125 municipios por la topografía del Departamento, presentándose un cierto grado de inaccesibilidad geográfica por vía carretable de los centros urbanos a las áreas rurales (corregimientos y veredas), donde el acceso puede darse por caminos y trochas o en algunos casos por vía marítima, que impiden con facilidad la accesibilidad de la población asentada a servicios estatales en algunos lugares del Departamento. Algunos ejemplos son los municipios de Vigía del Fuerte y Murindó que su acceso es en transporte fluvial, o en veredas de Ituango, Dabeiba, Urrao entre otros que para acceder las comunidades a las cabeceras municipales requieren transitar por trochas a pie o a caballo y que pueden durar hasta 3 días para llegar a estas.

La siguiente información emitida por la Secretaría de Infraestructura Física de Antioquia (Dirección de Planeación, 2015). Toma la distancia desde el límite urbano de la ciudad de Medellín hasta el parque principal de cada cabecera municipal, con trayectos por las vías principales y que no necesariamente corresponde al tramo más corto. El tiempo es estimado para camión grande de dos (2) ejes cargados sin descanso y a flujo libre. Las velocidades de cálculo no exceden los 80 km/h en las vías primarias. En promedio las velocidades están entre 30 y 60 km/h debido a la geografía del territorio Antioqueño.

Tabla 2. Tiempo de traslado y distancia estimada por Subregiones y municipios de Antioquia.

Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado	Municipios	Distancia estimada (km)	Tiempo estimado
Abejorral	80,9	2 horas 18 minutos	Chigorodó	280,5	5 horas 37 minutos
Abriaquí	161,6	3 horas 43 minutos	Cisneros	79,1	1 horas 43 minutos
Alejandro	71,5	1 horas 51 minutos	Ciudad Bolívar	96,8	2 horas 11 minutos
Amagá	33,1	40 minutos	Cocorná	74,1	1 horas 27 minutos
Amalfi	136,4	3 horas 11 minutos	Concepción	54,6	1 horas 18 minutos
Andes	107,4	2 horas 20 minutos	Concordia	86,2	2 horas 8 minutos
Angelópolis	31,9	58 minutos	Copacabana	10,6	14 minutos
Angostura	129,2	2 horas 52 minutos	Dabeiba	170,3	3 horas 30 minutos
Anorí	166,6	4 horas 14 minutos	Donmatías	40,9	47 minutos
Anzá	74,0	1 horas 15 minutos	Ebéjico	35,9	56 minutos
Apartadó	303,8	6 horas	El Bagné	355,9	7 horas 15 minutos
Arboletes	461,8	8 horas 45 minutos	El Carmen de Viboral	49,6	1 horas 1 minutos
Argelia	135,4	3 horas 24 minutos	El Peñol	55,9	1 horas 12 minutos
Armenia	30,7	1 horas 1 minutos	El Retiro	31,9	48 minutos
Barbosa	33,5	34 minutos	El Santuario	51,8	52 minutos
Bello	2,0	2 minutos	Entreninos	42,8	1 horas 1 minutos
Belmira	56,4	1 horas 31 minutos	Enviado	5,0	8 minutos
Betania	110,3	2 horas 45 minutos	Fredonia	51,2	1 horas 19 minutos
Betulia	110,1	2 horas 56 minutos	Frontino	137,1	2 horas 52 minutos
Briceno	167,2	4 horas 19 minutos	Girardo	90,9	1 horas 46 minutos
Buitica	86,9	1 horas 43 minutos	Girardota	17,8	21 minutos
Cáceres	218,8	4 horas 47 minutos	Gómez Plata	81,4	1 horas 56 minutos
Caicedo	89,7	2 horas 8 minutos	Granada	67,0	1 horas 21 minutos
Caldas	16,2	17 minutos	Guadalupe	114,2	3 horas 2 minutos
Campamento	129,7	2 horas 54 minutos	Guarne	23,1	24 minutos
Cañasgordas	109,8	2 horas 10 minutos	Guatapé	70,9	1 horas 42 minutos
Caracolí	134,1	2 horas 59 minutos	Heliconia	21,6	43 minutos
Caramantá	111,7	3 horas 6 minutos	Hispania	91,3	2 horas 7 minutos
Carepa	289,3	5 horas 45 minutos	Itagüí	5,0	5 minutos
Carolina del Príncipe	94,2	2 horas 21 minutos	Ituango	187,2	4 horas 59 minutos
Caucasia	275,1	5 horas 41 minutos	Jardín	124,9	3 horas 15 minutos
Jencó	105,1	2 horas 30 minutos	San Luis	126,3	2 horas 36 minutos
La Ceja del tampo	40,1	57 minutos	San Pedro de los Milagros	32,3	44 minutos
La Estrella	9,5	14 minutos	San Pedro de Urabá	377,3	8 horas 3 minutos
La Pintada	73,5	1 horas 50 minutos	San Rafael	95,5	2 horas 32 minutos
La Unión	54,8	1 horas 18 minutos	San Roque	100,1	2 horas 15 minutos
Libonina	72,4	1 horas 52 minutos	San Vicente Ferrer	42,6	54 minutos
Maceo	126,5	2 horas 49 minutos	Santa Bárbara	45,2	1 horas 8 minutos
Marinilla	40,8	41 minutos	Santa Fe de Antioquia	51,0	51 minutos
Montebello	46,2	1 horas 15 minutos	Santa Rosa de Osos	68,0	1 horas 18 minutos
Murindó (1)	NA		Santo Domingo	63,2	1 horas 29 minutos
Mutafá	221,0	4 horas 28 minutos	Segovia	190,6	5 horas 9 minutos
Nariño	135,9	3 horas 24 minutos	Sonsón	104,0	2 horas 19 minutos
Nechí	349,7	6 horas 57 minutos	Sopetrán	42,3	49 minutos
Necoclí	380,3	7 horas 16 minutos	Támesis	103,5	2 horas 49 minutos
Olaya	64,9	1 horas 36 minutos	Tarazá	212,3	4 horas 39 minutos
Peque	199,0	4 horas 51 minutos	Tarso	94,3	2 horas 9 minutos
Pueblomico	108,5	2 horas 38 minutos	Tánibi	51,3	1 horas 12 minutos
Puerto Berrío	177,3	3 horas 36 minutos	Toledo	164,0	4 horas 14 minutos
Puerto Nare	219,7	5 horas 5 minutos	Turbo	333,8	6 horas 30 minutos
Puerto Triunfo	179,1	3 horas 44 minutos	Uramita	135,9	2 horas 44 minutos
Remedios	181,6	4 horas 50 minutos	Urrao	148,9	4 horas 14 minutos
Rionegro	40,1	43 minutos	Valdivia	150,0	3 horas 11 minutos
Sabanalarga	107,1	3 horas	Valparaiso	95,2	2 horas 32 minutos
Sabaneta	7,5	9 minutos	Vegachi	138,1	3 horas 50 minutos
Salgar	89,9	2 horas 8 minutos	Venecia	51,6	1 horas 19 minutos
San Andrés de Cuerquia	127,2	3 horas	Vigia del Fuerte (1)	NA	
San Carlos	137,6	3 horas 56 minutos	Yalí	123,6	3 horas 22 minutos
San Francisco	94,7	1 horas 58 minutos	Yarumal	111,2	2 horas 15 minutos
San Jerónimo	30,3	31 minutos	Yolombó	89,5	2 horas 14 minutos
San José de La Montaña	118,0	2 horas 42 minutos	Yondó	330,4	6 horas 27 minutos
San Juan de Urabá	442,5	8 horas 25 minutos	Zaragoza	360,0	7 horas 7 minutos

Fuente: Gobernación de Antioquia - Secretaría de Infraestructura Física de Antioquia (Dirección de Planeación Dptal)



SC4887-1

### 1.1.2. Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

#### 1.1.2.1. Características físicas del territorio

Antioquia, resulta ser un verdadero mosaico geográfico y, por tanto, un gran reto para la planificación territorial. La geografía antioqueña conjuga todos los elementos de la geografía nacional: mar, llanuras, montañas, altiplanos, páramos, ríos, ciénagas y bosques.

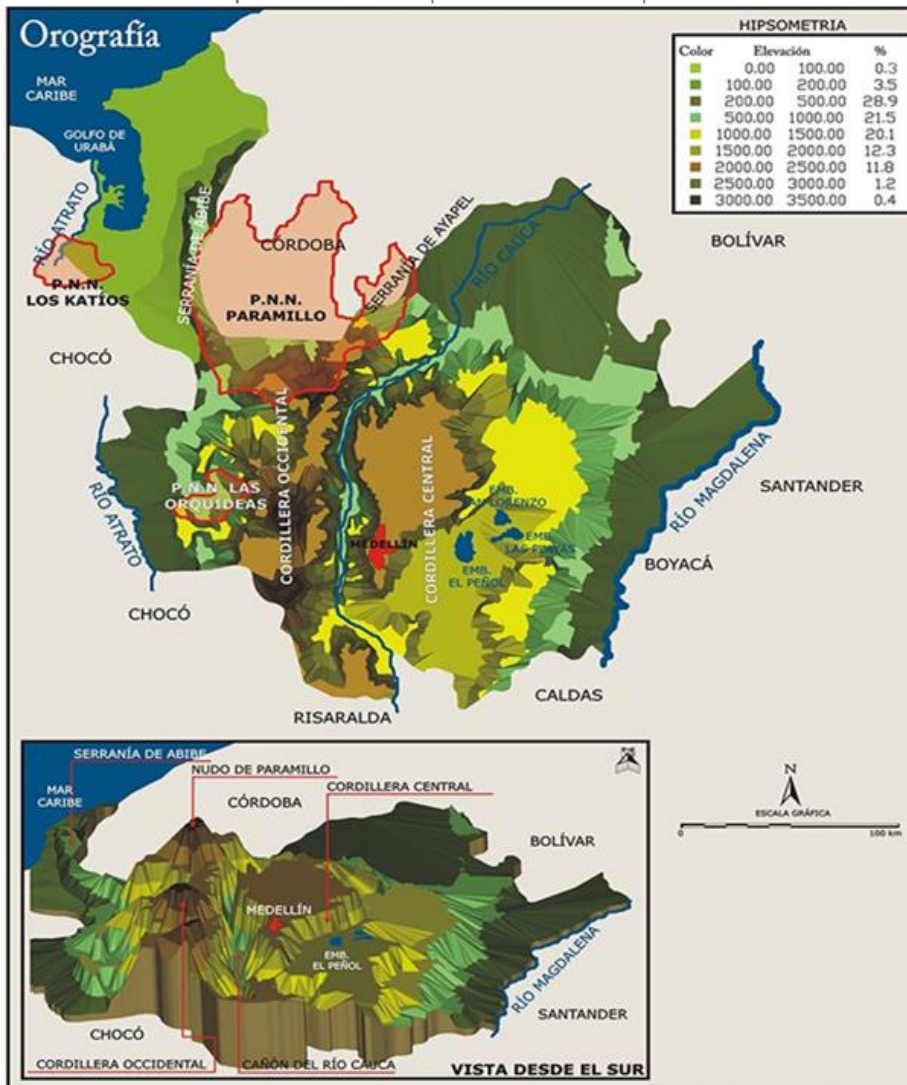
#### 1.1.2.2. Altitud y relieve

El variado relieve del Departamento está representado, de un lado, por áreas planas que comprenden las dos terceras partes del total del suelo, y que están localizadas en el valle del Magdalena, en Bajo Cauca, y en las zonas próximas al departamento del Chocó y a la subregión costera de Urabá; y por otro lado, el relieve está conformado por una extensa área muy montañosa que hace parte de las cordilleras Central y Occidental de los Andes, que componen una tercera parte del suelo antioqueño, y en la cual sobresalen 202 altos importantes, con elevaciones que oscilan entre los 1.000 y los 4.080 msnm.

La Cordillera de los Andes, al llegar a Colombia, se divide en tres ramales, llamados Cordillera Occidental, Cordillera Central y Cordillera Oriental. La Cordillera Central, a su vez, se ramifica en dos ramales al entrar a Antioquia, en medio de un valle conocido como Valle de Aburrá, donde se asienta Medellín. Sobre la Cordillera Central, no solo se asientan la mayoría de los municipios, sino que se forman dos altiplanos geográficos: el que está situado más al norte, llamado Altiplano de Santa Rosa de Osos, y el Altiplano situado más al oriente, llamado Valle de San Nicolás.

El mayor accidente montañoso de Antioquia es el páramo de Frontino, localizado en el municipio de Urrao, con 4.080 msnm; también en esa localidad está situado el morro Campana, con 3.950 msnm. En el municipio de Dabeiba está ubicado el Alto de Paramillo, con 3.960 metros y en el municipio de Andes se localiza el cerro de Caramanta con 3.900 metros de altura. Antioquia está bañada al norte, en sus costas, por el Mar Caribe. Al occidente recibe la humedad del Océano Pacífico en la zona de sus selvas.

Mapa 4. Relieve del departamento de Antioquia

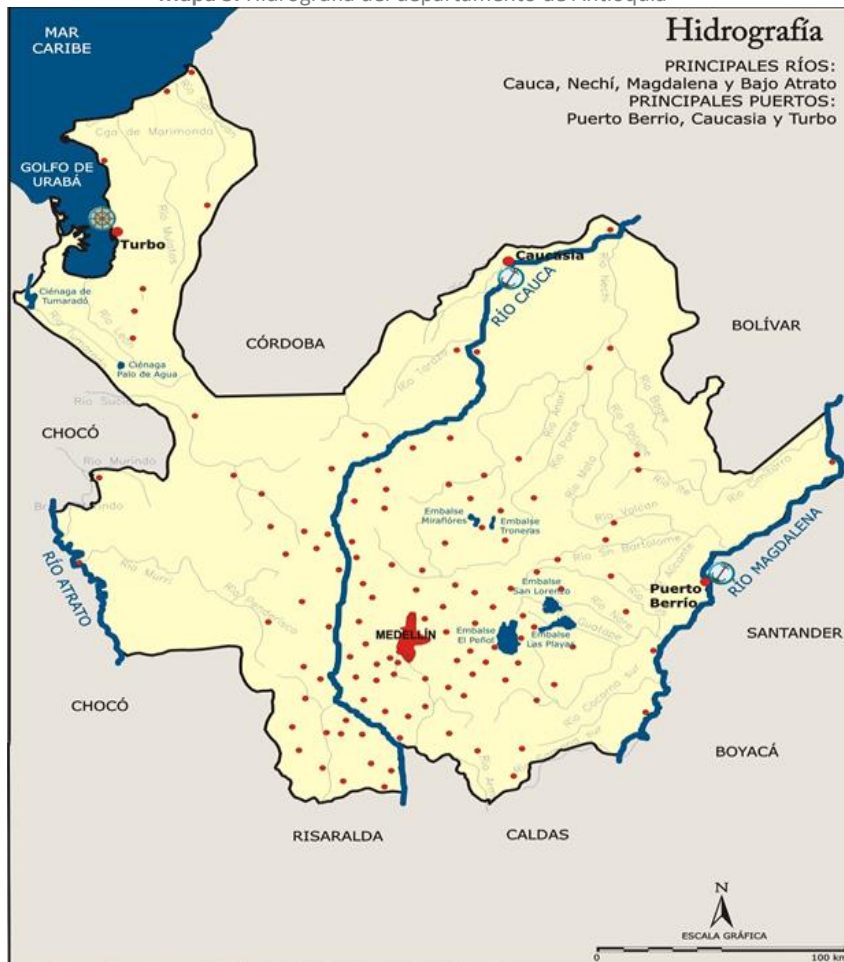


Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia. Atlas de Colombia, IGAC. 2002

### 1.1.2.3. Hidrografía

Las numerosas fuentes hídricas de Antioquia permiten establecer el origen de su potencial hidrográfico e hidroeléctrico. Sus ríos más importantes son el Atrato, que lo separa del departamento del Chocó; el Cauca, que lo atraviesa por el centro y separa la Cordillera Occidental de la Central, en el corazón del departamento; y el Magdalena, que le sirve de límite con el departamento de Santander, en el extremo oriente de la región. La riqueza hídrica departamental también está representada en sus múltiples ciénagas, como las de Buchadó, Los Medios, Tumaradó, Cauca, Nechí, El Bagre, Yondó y Puerto Berrío.

Mapa 5. Hidrografía del departamento de Antioquia



Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia. Atlas de Colombia, IGAC. 2002

#### 1.1.2.4. Zonas de riesgo

Antioquia se caracteriza por tener unas condiciones topográficas, geológicas, hidrológicas y geomorfológicas, muy diversas. Dichas condiciones combinadas con las variables climáticas hacen de su territorio un escenario propicio para la ocurrencia de gran variedad de fenómenos de origen natural como: movimientos en masa, inundaciones, avenidas torrenciales, temporales, sismos e incendios de cobertura vegetal, y fenómenos de origen antrópico.

Las instituciones regionales y municipales dedicadas a la prevención y atención de desastres, como el Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Antioquia DAGRAN, el Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres (DAGR), las corporaciones regionales como la Corporación Autónoma Regional del Centro de Antioquia (CORANTIOQUIA) y la Corporación Autónoma Regional Rionegro-Nare (CORNARE), han llevado un registro

permanente de los desastres naturales acaecidos en el departamento de Antioquia durante décadas; sin embargo, dichas instituciones han encontrado que muchas veces los llamados “pequeños” desastres no son reportados por el respectivo municipio a los entes territoriales encargados, ya que sus efectos no son de consideración y el municipio puede afrontar la emergencia en una forma directa. Esto lleva a un subregistro de la información.

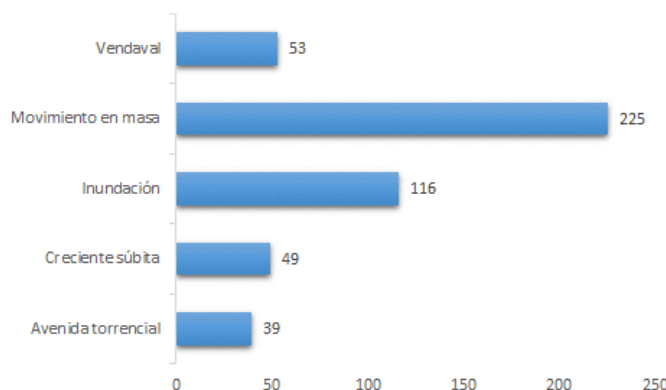
Las causas de los desastres naturales pueden ser divididas en naturales y antrópicas, dependiendo del factor detonante del fenómeno; una causa natural puede ser una intensa lluvia que cae sobre un área y puede generar inundaciones, avenidas torrenciales y deslizamientos entre otros; una antrópica es cuando el ser humano interviene en el medio ambiente de una manera desordenada y genera un impacto negativo, por ejemplo: la obstrucción con tierra de los cauces de los ríos, los malos manejos de aguas lluvias y residuales, la deficiente construcción de la infraestructura de alcantarillado, entre otros.

Las principales amenazas en el Departamento están relacionadas en primer lugar con fenómenos hidrometeorológicos, es decir, con períodos muy lluviosos, distribuidos generalmente para el departamento de Antioquia en dos períodos: el primero los meses de abril, mayo y junio, y el segundo los meses de septiembre, octubre y noviembre; ocasionando pérdidas de vidas humanas y destrucción de viviendas, así mismo afectaciones a infraestructuras, ganadería y agricultura y zonas de reserva; su comportamiento desfavorable se potencializa cuando encuentra condiciones de vulnerabilidad alta dadas por: condiciones de vida de la comunidad, la degradación ambiental, la rápida urbanización no planificada, entre otras, convirtiéndose así en complejos escenarios de riesgo. Las amenazas más comunes en nuestro territorio son dadas por:

- ✓ Los temporales (o vendavales) que son tormentas con vientos muy fuertes, produciendo afectación parcial de viviendas e infraestructura, árboles, postes de energía y demás objetos que se puedan arrastrar.
- ✓ Avenidas torrenciales que son movimientos de ocurrencia súbita de tierra y lodo, con gran velocidad y poder de arrastre.
- ✓ Movimientos en masa: dado por vibraciones del terreno causadas por un sismo, por las propiedades del suelo, por el agua que actúa como lubricante en las zonas donde se filtra, o por el arrastre de partículas. Son influenciadas por intervenciones del hombre que generan procesos erosivos, y por otros factores, como los cortes para la construcción de carreteras, el manejo inadecuado de laderas para urbanizar, la instalación de redes de infraestructura, las infiltraciones de agua por fugas en los sistemas de acueducto y alcantarillado, la ausencia o insuficiencia de sistemas de recolección de aguas lluvias, la deforestación y la minería, principalmente.

- ✓ Los sismos que tienen su origen en la existencia de fallas geológicas locales, estos movimientos sísmicos generalmente son de menor magnitud, pero al producirse muy cerca de la superficie, tienen un gran poder destructor. Ocurren principalmente en la zona occidental de Colombia que está dentro del denominado “Cinturón de Fuego del Pacífico”, al borde de la zona de subducción con la placa oceánica de Nazca, donde existe una gran actividad tectónica, generadora de un gran número de sismos.

Figura 1. Eventos reportados al 31 de octubre de 2022.



Fuente. DAGRAN 2022

### 1.1.2.5. Personas y familias afectadas 2020 y 2021

De acuerdo con los datos presentados durante el último lustro, se identifica que las inundaciones son los eventos que afectan a mayor cantidad de personas y familias. Sin embargo, la magnitud de los movimientos en masa y las avenidas torrenciales le confieren mayor poder destructivo y son un riesgo para los habitantes de territorios susceptibles a la ocurrencia de estas.

Tabla 3. Personas y familias afectadas 2020 y 2021

Año	2020		2021	
	Personas	Familias	Personas	Familias
Avenida torrencial	1.162	465	20.969	7.975
Inundación	13.353	5.534	147.232	13.177
Movimiento en masa	323	386	64.259	22.521
Vendaval	4.071	2.040	4.316	1.311
Creciente súbito	425	148	26.420	5.677
Total	19.334	8.573	263.196	50.661

Fuente. DAGRAN 2022

### 1.1.2.6. Escenarios de riesgo

En la diversidad de su contexto, una primera mirada al riesgo de desastres de Antioquia la ofrece el Atlas de Riesgo de Colombia que presenta el perfil de riesgo de cada uno de los departamentos

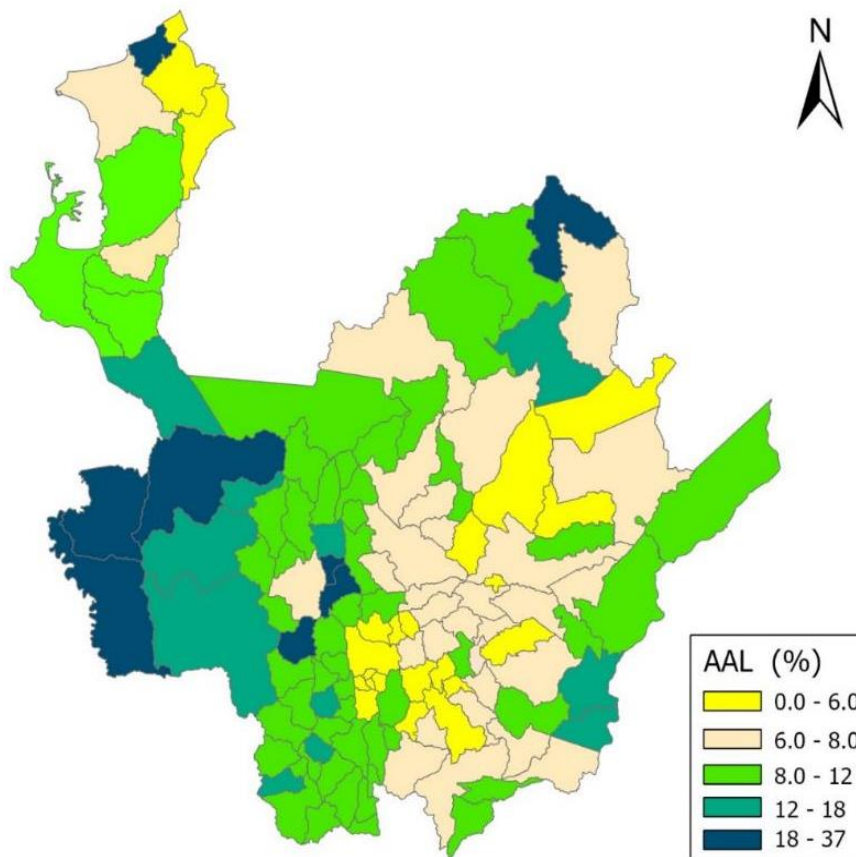


del país, a partir del análisis probabilista del riesgo asociado a cuatro fenómenos amenazantes: sismo, inundaciones, tsunami y ciclones tropicales, considerando como elementos expuestos a las edificaciones públicas y privadas.

Para el departamento de Antioquia, el atlas considera un valor expuesto de 390.800.661 de pesos sobre los cuales estima una pérdida anual esperada de (AAL) de 2.249.907 millones de pesos, que equivale al 5,76 por mil del valor expuesto. Con esta última cifra, Antioquia ocupa el puesto 16 del ranking nacional departamental (de mayor a menor) (UNGRD, INGENIAR. 2018, p. 103 y 150).

De igual manera, se incluye la estimación del riesgo como pérdida anual esperada para los municipios. En el mapa se presenta los rangos de tanto por mil, donde se observa que las mayores concentraciones de pérdidas están en las subregiones de Urabá, Occidente, Suroeste y Bajo Cauca.

**Mapa 6.** Pérdida anual esperada (AAL) por municipio  
(en tanto por mil del valor expuesto) en el departamento de Antioquia



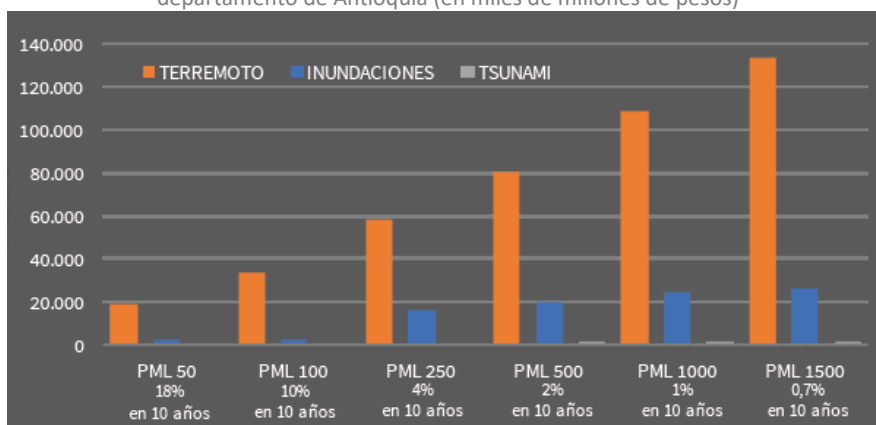
Fuente: A partir de: UNGRD, INGENIAR (2018, p. 150).

La contribución de los fenómenos amenazantes a la pérdida departamental esperada es: terremoto (88,8%), inundación (11,1%) y tsunami (0,04%).



Las pérdidas máximas probables para diferentes períodos de retorno (50, 100, 250, 500, 1000 y 1500 años) se presentan para cada una de estos fenómenos amenazantes en la Ilustración. Se observa la clara preponderancia del fenómeno sísmico en el riesgo del departamento. Se advierte que en el atlas no se incluyó los movimientos en masa como parte de esta estimación multi-amenaza del riesgo de desastres.

Figura 2. Pérdida Máxima Probable por sismos, inundaciones y tsunamis para diferentes períodos de retorno en el departamento de Antioquia (en miles de millones de pesos)



Fuente: tomado de UNGRD, INGENIAR (2018, p. 150).

Frente a los escenarios de riesgo priorizados por los planes municipales de gestión del riesgo de desastres de los municipios del departamento, se tienen los siguientes escenarios. Es de anotar que estos fueron tomados de los PMGRD y EMRE que están adoptados:

### 1.1.2.7. Amenazas por Subregiones.

**Subregión Bajo Cauca:** Los escenarios de Inundaciones (asociadas a Hidroituango) y movimientos en masa se presentan en 4 de los 6 municipios de la subregión (Cáceres, Caucaasia, Nechí y Tarazá), seguido por los vendavales, accidentes de tránsito e inundaciones en 3 de los 6 municipios (El Bagre, Nechí y Tarazá). Mientras que los escenarios de aglomeraciones de público y accidentes vehiculares solo se tienen para tres municipios (Cáceres, Caucaasia y Zaragoza, respectivamente).

**Subregión Magdalena Medio:** Se tienen 12 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los Plan Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres-PMGRD y las Estrategias Municipales de Emergencias-EMRE, siendo la mayor frecuencia inundaciones, que se presentan en los 6 municipios de la subregión, seguido por los escenarios de vendavales y movimientos en masa que se presentan en 4 municipios, seguido por los escenarios de avenidas torrenciales, incendios de la cobertura vegetal, accidentes vehiculares y derrames de hidrocarburos que se presentan en 3 de los 6 municipios.

**Subregión Nordeste:** Movimientos en masa se presentan en los 10 municipios, seguido por incendios de la cobertura vegetal e inundaciones (8 municipios), accidentes mineros y vendavales (6 municipios), sismos, incendios estructurales y accidentes vehiculares (5 municipios), aglomeraciones de público (4 municipios) y avenidas torrenciales, tormentas eléctricas y derrames de hidrocarburos (3 municipios).

**Subregión Norte:** Se tienen 11 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 16 municipios de la subregión, seguido por inundaciones que se presentan en 15 municipios, incendios de la cobertura vegetal en 10 municipios, avenidas torrenciales y sismos, en 8 de los 17 municipios y vendavales en 7 municipios. Finalmente, sequías, incendios estructurales y accidentes vehiculares en 4 municipios.

**Subregión Occidente:** Se tienen 9 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 16 municipios de la subregión, seguido por Incendios de la cobertura vegetal que se presentan en 13 municipios, Inundaciones en 12 municipios, avenidas torrenciales y vendavales en 11 de los 19 municipios, sismos en 10, Incendios estructurales y accidentes vehiculares en 7 municipios. Finalmente, sequías y aglomeraciones de público en 3 municipios.

**Subregión Oriente:** Se tienen 9 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 16 municipios de la subregión, seguido por incendios de la cobertura vegetal que se presentan en 13 municipios, inundaciones en 12 municipios, avenidas torrenciales y vendavales en 11 de los 19 municipios, sismos en 10, incendios estructurales y accidentes vehiculares en 7 municipios. Finalmente, sequías y aglomeraciones de público en 3 municipios.

**Subregión Suroeste:** Se tienen 7 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se presentan en 15 municipios de la subregión, seguido por incendios de la cobertura vegetal que se presentan en 12 municipios, inundaciones en 10 municipios, avenidas torrenciales en 9 municipios y vendavales en 8 de los 23 municipios, sismos en 5 y accidentes vehiculares en 5 municipios.

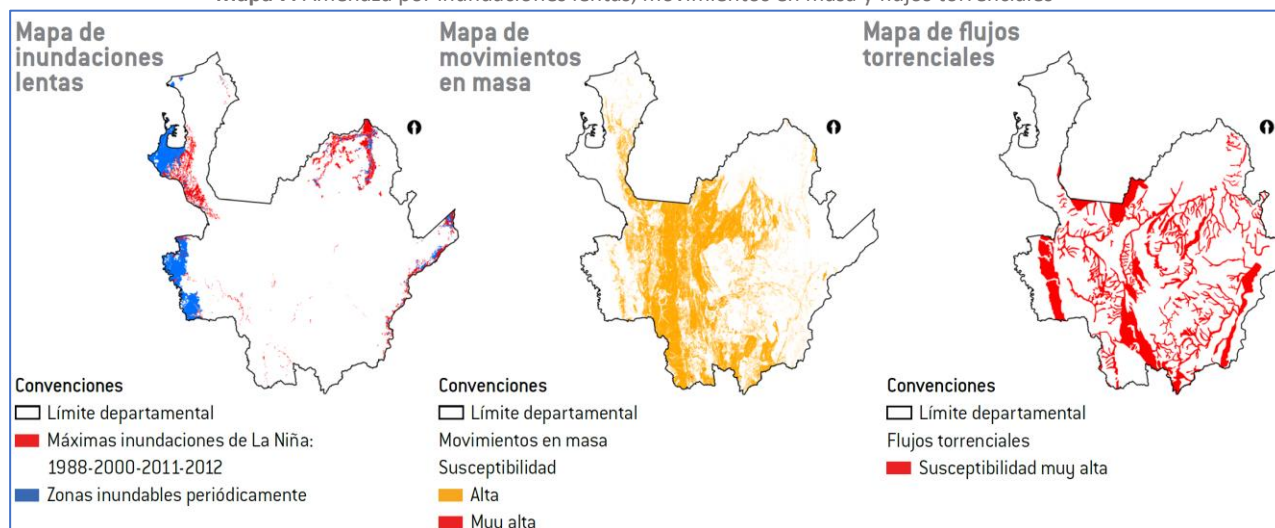
**Subregión Urabá:** Se tienen 10 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia inundaciones, que se priorizan en 8 municipios de la subregión, seguido por incendios de la cobertura vegetal que se priorizan en 6 municipios, vendavales y sismos en 5 municipios, accidentes vehiculares y movimientos en masa en 4 municipios y aglomeraciones de público, incendios estructurales, erosión costera y vulcanismo/diapirismo priorizados en 3 municipios.

**Subregión Valle de Aburrá:** Se tienen 9 escenarios de riesgo priorizados de acuerdo con los PMGRD y las EMRE, siendo la mayor frecuencia movimientos en masa, que se priorizan en 6 municipios de la subregión, seguido por avenidas torrenciales que se priorizan en 5 municipios, inundaciones, derrames de hidrocarburos e incendios de la cobertura vegetal en 4 municipios, accidentes vehiculares en 3 municipios y finalmente, incendios estructurales y aglomeraciones de público en 2 municipios.

Otro acercamiento al riesgo de desastres de Antioquia lo permite el Índice Municipal de Riesgo de Desastres generado por el DNP (2019)<sup>1</sup> que prioriza el riesgo asociado con los fenómenos amenazantes más recurrentes en el país, como son las inundaciones lentas, los movimientos en masa y los flujos torrenciales.

En la ilustración, se presentan las áreas bajo amenaza por estos fenómenos recurrentes, que sumadas dan una cobertura territorial de más de 29.000 km<sup>2</sup> en área crítica de amenaza, equivalentes al 46% del departamento. Es observable que las mayores áreas corresponden a la amenaza por movimientos en masa y por flujos torrenciales.

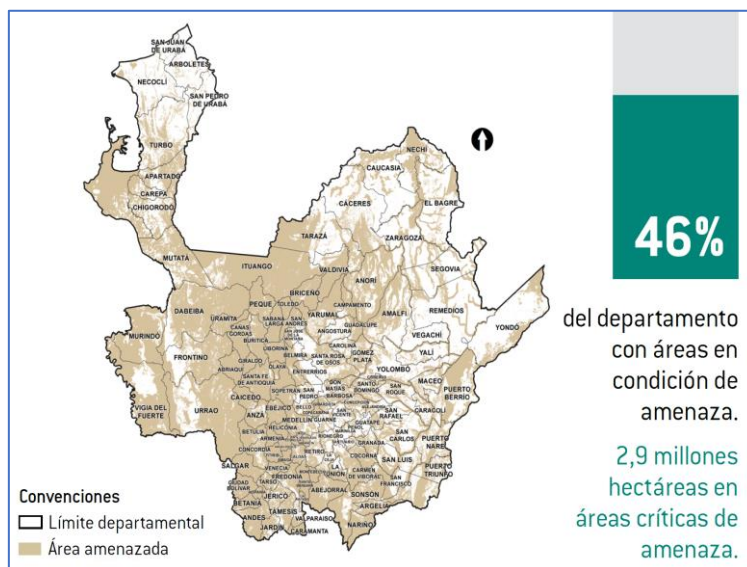
Mapa 7. Amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa y flujos torrenciales



Fuente: tomado de Índice municipal de riesgo de desastres ajustado por capacidades DNP, 2019, p. 17 – 19

Mapa 8. Área del departamento de Antioquia en condición de amenaza por inundaciones lentas, movimientos en masa o flujos torrenciales

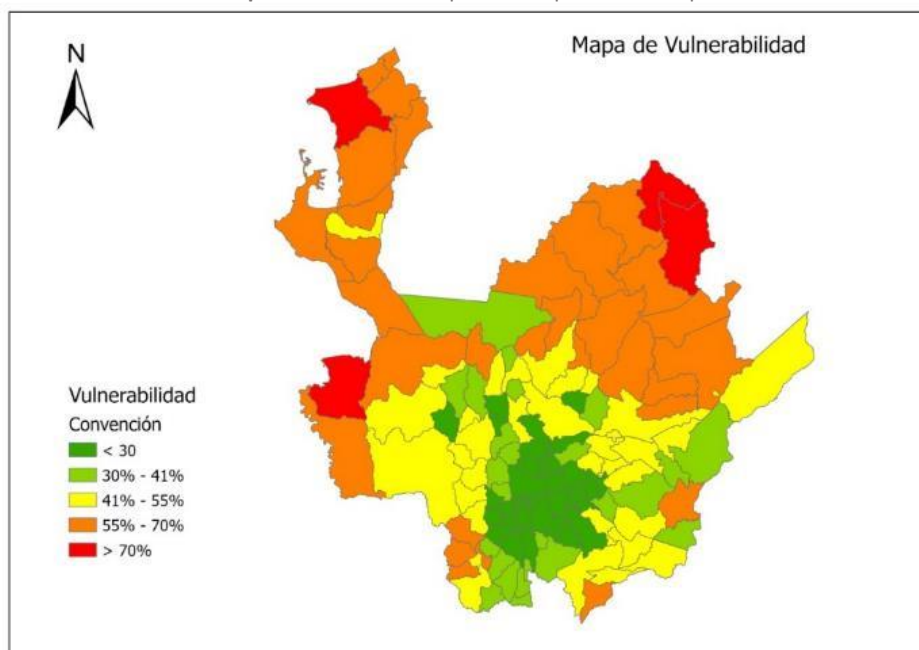
1 DNP (2019). Índice Municipal de Riesgo de Desastres Ajustado por Capacidades. Bogotá D.C., Colombia.



Fuente: tomado de DNP, 2019, p. 38

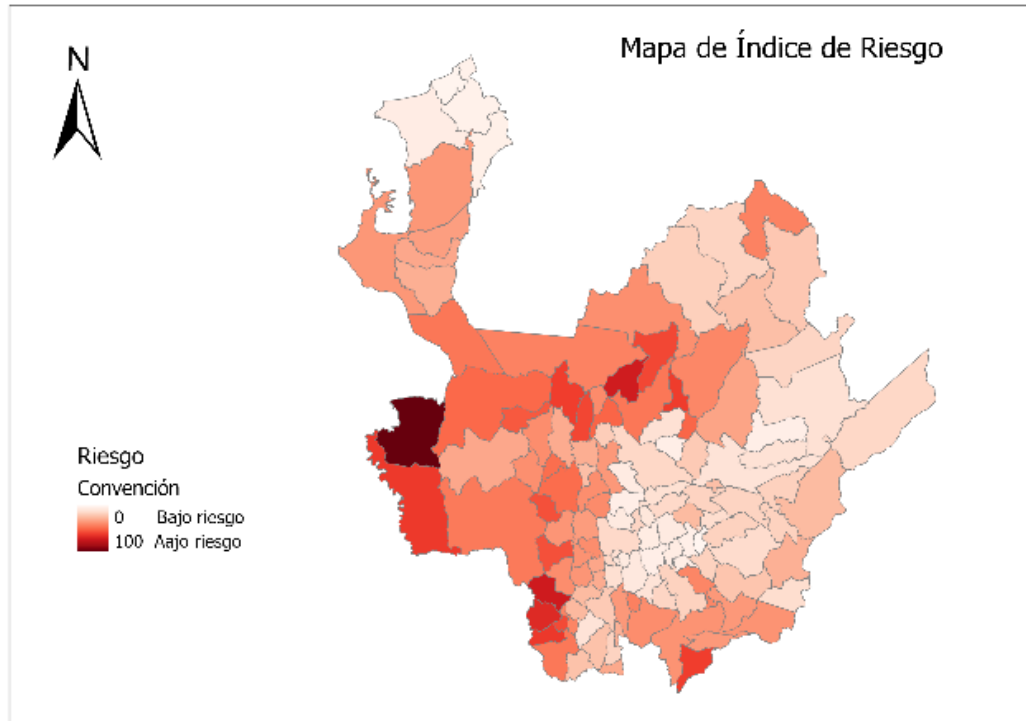
La estimación de la vulnerabilidad y el índice de riesgo se presentan en los siguientes mapas, en donde se observa que las subregiones con mayor índice de riesgo corresponden a las mismas detectadas en el atlas de la UNGRD.

Mapa 9. Vulnerabilidad por municipios en Antioquia



Fuente: tomado de DNP, 2019, p. 39

Mapa 10. Índice de riesgo de desastres por municipios en Antioquia

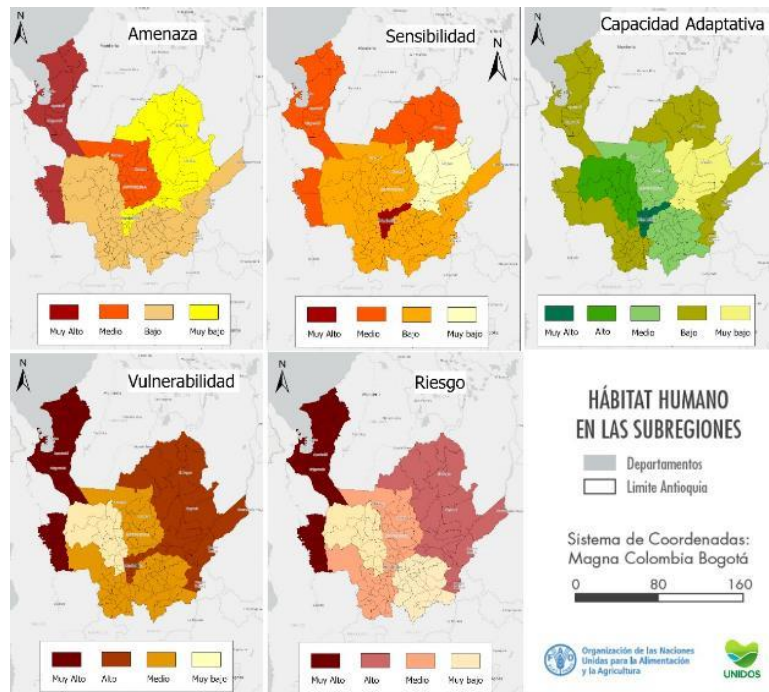


Fuente: tomado de DNP, 2019, p. 39

En una óptica de estudios departamentales recientes, se tiene el Plan Integral de Cambio Climático de Antioquia (PICCA) editado en 2018 y adoptado mediante la Ordenanza 049 de 2019. El PICCA incluye un análisis de vulnerabilidad y riesgo sobre las seis dimensiones que establece la política nacional de cambio climático para el análisis de la vulnerabilidad: seguridad alimentaria, recurso hídrico, biodiversidad y sus servicios ecosistémicos, salud, hábitat humano e infraestructura. Estas dimensiones todas tienen que ver con la gestión del riesgo de desastres, pero son las de hábitat humano e infraestructura las más cercanas si se tienen en cuenta los fenómenos amenazantes significativos, según el atlas y el índice de riesgo.

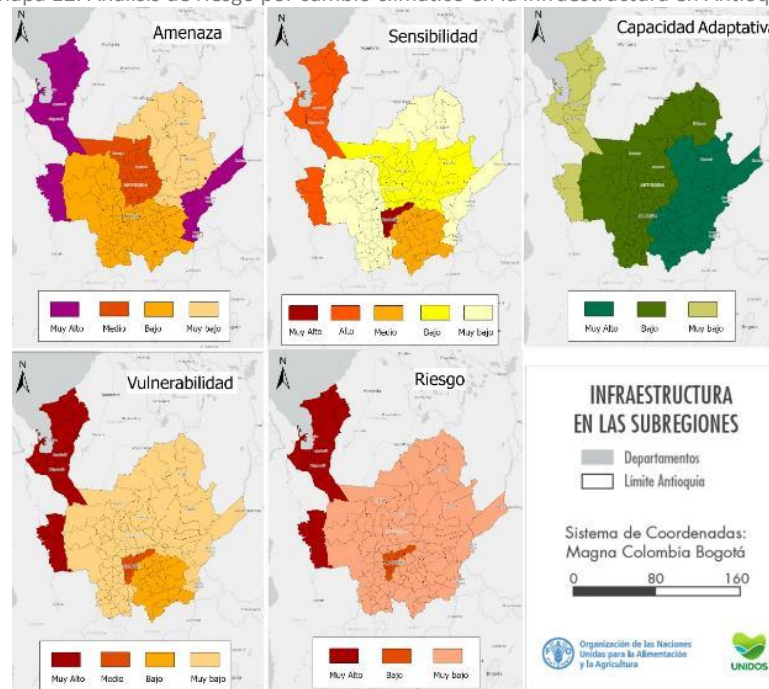
En los siguientes mapas se presentan los análisis del riesgo del PICCA para las dimensiones de hábitat humano e infraestructura.

Mapa 11. Análisis de riesgo por cambio climático en el hábitat humano en Antioquia



Fuente: tomado de FAO, Gobernación de Antioquia (2018, p. 65)

Mapa 12. Análisis de riesgo por cambio climático en la infraestructura en Antioquia

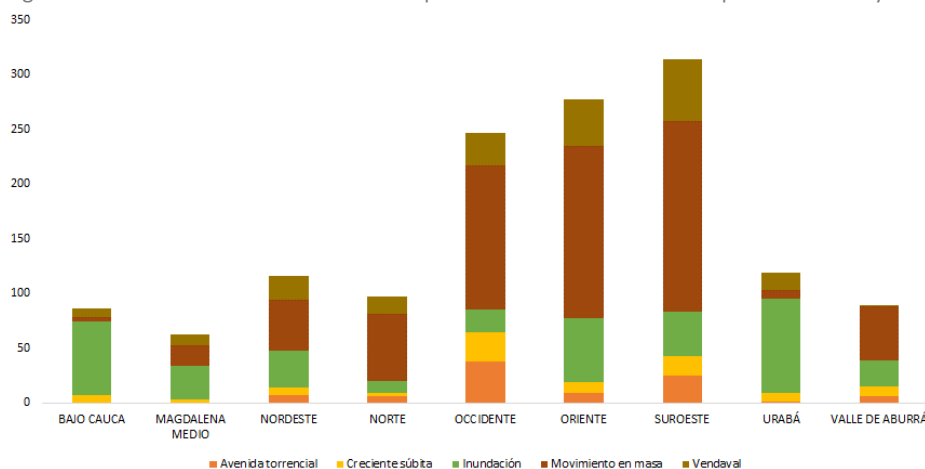


Fuente: tomado de FAO, Gobernación de Antioquia (2018, p. 66)

Se puede observar que para la perspectiva de cambio climático el riesgo de desastres se concentra en las subregiones de Urabá, Bajo Cauca y Magdalena Medio.

Las condiciones de riesgo de desastres de Antioquia se complementan con el diagnóstico presentado en el Plan Departamental de Desarrollo “Unidos por la vida” 2020 – 2023. De este, se resalta la relevancia de fenómenos que no han sido tenidos en cuenta en las miradas desde los estudios nacionales como son los vendavales, los movimientos en masa y los incendios forestales.

Figura 3. Número de eventos recurrente reportados al DAGRAN en Antioquia entre 2019 y 2022



Fuente: Fuente: DAGRAN (2022)

De los anteriores estudios, las condiciones de riesgo de Antioquia se pueden decantar en escenarios de riesgo desde el punto de vista de los fenómenos amenazantes, que pueden considerarse como escenarios de gestión:

- ✓ El mayor riesgo como daños y pérdidas, es el asociado al sismo. Como fenómeno amenazante de origen natural implica gestión innovadora en orden a reducir la vulnerabilidad estructural de las edificaciones y la preparación para la respuesta a desastres por terremoto.
- ✓ La mayor recurrencia de daños y pérdidas está dada por fenómenos contundentes como los movimientos en masa y las inundaciones. Como fenómenos de origen socio-natural, demandan tanto intervenciones correctivas como las prospectivas aportadas por el ordenamiento territorial.
- ✓ Son igualmente relevantes en frecuencia y daños los incendios de la cobertura vegetal y las avenidas torrenciales. Estos fenómenos amenazantes también son de origen socio-natural y demandan la intervención correctiva y prospectiva a nivel de la conservación de cuencas y microcuencas, sobre todo en perspectiva de cambio climático. Igual dada la contundencia de las avenidas torrenciales, la intervención correctiva como el reasentamiento y la prospectiva por medio del ordenamiento territorial se hacen

- indispensables.
- ✓ Otros escenarios de riesgo se configuran a partir de fenómenos amenazantes como los vendavales, en sumatoria de una condición natural que puede ser exacerbada por el cambio climático y la precariedad de las viviendas de la población más pobre.
  - ✓ Además de los escenarios de riesgo asociados a los fenómenos de origen natural y socio-natural, también se tienen condiciones de riesgo por fenómenos de origen tecnológico, sobre todo en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, los corredores de las líneas de flujo de hidrocarburos y los embalses.

En general, todos los escenarios de riesgo demandan gestión en una mejor comprensión de los mismos por parte tanto del sector público como del privado y de la sociedad en general, a nivel individual y colectivo. Asociado con este conocimiento, las acciones de fortalecimiento serán más efectivas, así como las de preparación para la respuesta.

En la mirada territorial, prácticamente se presenta una coincidencia en las subregiones donde están los municipios de mayor pérdida relativa esperada y las que contienen a los municipios de menor índice de capacidades de acuerdo con el índice de riesgo de desastres del DNP (2019, p. 40). Estas subregiones son: Urabá, Occidente, Suroeste y Bajo Cauca. A Excepción de Oriente, estas subregiones también son las de mayor número de eventos en el inventario del DAPARD.

### 1.1.2.8. Avances y estado de la gestión del riesgo de desastres en Antioquia

En los últimos 25 años se ha evidenciado la prioridad que le ha dado el departamento de Antioquia a la reducción del riesgo de desastres, en especial frente al fortalecimiento de la gestión del riesgo de desastres a nivel departamental, subregional y municipal.

Se destacan entre otras acciones la creación en 1995 del Sistema Departamental de Prevención, Atención y Recuperación de Desastres en Antioquia, que incluyó la creación del Departamento Administrativo del Sistema de Prevención, Atención y Recuperación de Desastres, como una entidad adscrita al despacho del Gobernador y que ha tenido varias actualizaciones administrativas.

Este enfoque sistémico se replicó en 2006 en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, por medio del Sistema Metropolitano para la Prevención, Atención y Recuperación de Desastres (RedRiesgos) que incorporó una estructura organizacional, un plan de gestión del riesgo, un sistema de información y un mecanismo financiero.

Posteriormente, la vinculación, articulación y el fortalecimiento del Sistema de Alerta Temprana de Medellín y el Valle de Aburrá - SIATA, un proyecto de Ciencia y Tecnología del Área Metropolitana del Valle de Aburrá y la Alcaldía de Medellín, cuyo objetivo ha sido identificar y



pronosticar la ocurrencia de fenómenos origen natural o socio natural que alteren las condiciones ambientales de la región, o puedan generar riesgos a la población; esto a partir de monitoreo en tiempo real y modelación hidrológica y meteorológica ajustada al departamento, ha permitido la entrega oportuna de información a la ciudadanía, que sumada a procesos educativos y al desarrollo de Sistemas de Alerta Temprana Comunitarios, posibilitan la protección de la vida y el medio ambiente en nuestra región.

Alrededor del año 2014, se avanzó en la implementación en el departamento de Antioquia de los SOS que buscan mejorar la capacidad de respuesta a nivel regional y se convierten en centros de acopio y distribución de ayuda humanitaria.

En cumplimiento de la Ley 1523 de 2012, se formuló el Plan Departamental de Gestión del Riesgo y se adoptó en noviembre de 2015, y seguidamente en diciembre del mismo año se conformó el Fondo Departamental para la gestión del Riesgo de Desastres de Antioquia. Este Plan adoptado en 2015 es el que queda reemplazado por el presente Plan Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres.

Igualmente, se elaboró la configuración e implementación del Visor Geográfico y Geoportal que permiten el acceso a la información de forma geolocalizada sobre amenazas de origen natural y presenta alertas por deslizamientos, inundaciones, desabastecimiento de agua, incendio y avenidas torrenciales, contribuyendo así a la toma de decisiones a nivel territorial.

En cumplimiento de la Ley 1931 de 2018 se formuló el Plan Integral de Cambio Climático (PICCA), instrumento que direcciona las acciones conducentes para reducir la vulnerabilidad del departamento ante la variabilidad y cambio climático, teniendo en cuenta el riesgo por eventos extremos de origen climático.

El actual plan de desarrollo departamental Unidos por la Vida, 2020 – 2023 (Gobernación de Antioquia, 2020, p. 339) da cumplimiento a la Ley 1523 de 2012, con relación a “(...) integrar en la planificación del desarrollo departamental, acciones estratégicas y prioritarias en materia de gestión del riesgo, especialmente a través del plan de desarrollo departamental (...)” (Artículo 13, párrafo1). El plan de desarrollo establece dos indicadores de resultado para el cuatrienio:

- ✓ 80 instrumentos de planificación para la Gestión del Riesgo de Desastres departamental, municipal y/o distrital, formulados y/o actualizados.
- ✓ 60 instrumentos de planificación para la Gestión del Riesgo de desastres departamental, municipal y/o distrital, adoptados y/o en adopción.

Para el logro de estos indicadores se estructuraron tres programas correlacionados con los procesos de la gestión del riesgo de desastres. En la siguiente tabla se resumen las metas de cada programa.



Tabla 4. Incorporación de la gestión del riesgo de desastres en el plan de desarrollo de Antioquia “Unidos por la vida” 2020 – 2023

<b>Programa 1:</b> Conocimiento del riesgo	6	Estudios del riesgo elaborados.
	9	Instrumentos piloto de monitoreo del riesgo funcionando.
	125	Municipios y/o distrito capacitados en gestión del riesgo de desastres.
	125	Municipios y/o distrito integrados al Sistema de Información para la Gestión del Riesgo de Desastres
	8	Campañas para la reducción del riesgo realizadas.
<b>Programa 2:</b> Reducción del riesgo	34	Proyectos de intervención correctiva y prospectiva para la reducción del riesgo, realizados.
	125	Municipios y/o distrito capacitados en la incorporación de protección financiera en la gestión del riesgo de desastres.
	125	Municipios y/o distrito capacitados en la actualización de los planes municipales de gestión del riesgo.
	10	Entidades capacitadas en la incorporación de la gestión del riesgo de desastres, en la formulación de proyectos de inversión pública.
<b>Programa 3:</b> Manejo de desastres	125	Municipios y/o distrito capacitados en la formulación y/o actualización de las Estrategias Municipales de Respuesta a Emergencias (EMRE), planes de recuperación y/o planes de acción específicos.
	125	Entidades pertenecientes al sistema dptal de gestión del riesgo de desastres, capacitadas en preparación para la respuesta y la recuperación.
	126	Entidades pertenecientes al sistema dptal y mpal fortalecidas en capacidad de respuesta con herramientas, equipos e insumos para la atención de emergencias.
	1	Centro Ordenador de Emergencias (COE) operando.

Fuente: construcción propia a partir de Gobernación de Antioquia (2020, p. 342 a 346).

En ejecución de este plan de desarrollo, en 2020, mediante Decreto 2567 se determinó la estructura administrativa de la administración departamental que incluyó la ampliación y reorganización del DAPARD como Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres de Antioquia - DAGRAN con la creación de dos nuevas direcciones: conocimiento del riesgo y reducción del riesgo, y dirección de manejo de desastres.

De manera consecutiva, mediante Decreto 777 de 2021 se llevó a cabo la actualización del Consejo Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres, depurando la conformación del mismo y ajustándolo con las actuales entidades públicas del departamento, tanto en la instancia central como en los comités técnicos. Igualmente se incorporaron los diferentes grupos privados de búsqueda y rescate, así como las representaciones indígenas y de comunidades afrodescendientes.

### 1.1.2.9. Temperatura y humedad

La localización de Antioquia en la zona ecuatorial de América influye en la temperatura y humedad promedio de sus subregiones, desde temperaturas muy altas en las tierras bajas de Urabá y del Nordeste, así como en las tierras bajas de los valles de los ríos Magdalena, Cauca, Porce y Nechí, hasta las muy frías de los páramos de Sonsón y Belmira (cordillera Central) y de Frontino (cordillera Occidental).

En Antioquia la temporada calurosa generalmente ocurre entre abril y julio, la más fresca entre septiembre a inicios de diciembre y la más seca y de mayor calor a mediados de diciembre hasta mediados de marzo. Sin embargo, el clima de casi todo el planeta está controlado por dos fenómenos con un ciclo interanual llamados el Niño y la Niña, que ocurren sobre el océano Pacífico tropical. El Niño es el calentamiento anormal de las aguas del Pacífico (fase caliente) y durante la Niña ocurre un enfriamiento del mar.

Durante el fenómeno del Niño se presentan alteraciones en la circulación de los vientos, así como variaciones en las masas de aire y en las lluvias de las regiones tropicales y subtropicales de la tierra, ocasionando tormentas muy intensas, inundaciones y avalanchas, mientras que en otras ocurren fuertes sequías y olas de calor. Durante la Niña ocurren generalmente los fenómenos opuestos. Tanto el Niño como la Niña ocasionan fuertes impactos sociales, ambientales, ecológicos y económicos.

En Antioquia, durante el Niño se presenta una disminución drástica de las lluvias y de los caudales de los ríos, así como una disminución en la cantidad de agua almacenada en los suelos, y por ende una disminución de la actividad vegetal y la evapotranspiración, y un aumento en las temperaturas del aire. Las alteraciones del clima que ocurren durante el Niño tienen efectos negativos sobre la agricultura, la producción agropecuaria, la generación de energía eléctrica, el transporte fluvial, y ocasionan epidemias de malaria, incendios forestales y olas de calor en Antioquia. Durante la Niña ocurren los efectos contrarios, es decir que se presentan tormentas muy intensas, crecidas de ríos e inundaciones en las planicies aluviales, con las consecuentes pérdidas de vidas humanas, de infraestructura y de cosechas agrícolas.

### 1.1.2.10. Economía

Antioquia, -después de Bogotá- es la segunda economía con más peso en el producto interno bruto (PIB) de Colombia y un poco más de la mitad de su valor agregado es explicado por tres grandes ramas de actividad económica: (1) servicios financieros, empresariales e inmobiliarios, (2) comercio, restaurantes y hoteles, (3) industria manufacturera. Este grupo de actividades se desarrollan en un alto porcentaje en la zona central, Medellín y el Valle de Aburrá. En las otras ocho subregiones del Departamento, además del comercio y de las actividades relacionadas con turismo, las agropecuarias, mineras y de generación de energía cobran mayor relevancia. Este Departamento representa el 14% del PIB de Colombia y en los últimos 10 años registró un crecimiento económico destacado, con una tasa del 4% promedio anual; este crecimiento se vio reflejado en una disminución significativa de la tasa de desempleo. Sin embargo, aún tiene mucho por hacer en cuanto a generación de empleo de calidad y en reducción de los índices de pobreza y de desigualdad entre sus subregiones.

Actualmente, la región tiene definidas sus apuestas productivas; desde las subregiones, donde el sector agrícola es predominante, se busca la transformación agroindustrial alrededor del café, los lácteos, el cacao, los cítricos y el caucho, y la consolidación de productos con mayor tradición como flores, banano y plátano. Para todos ellos, los desarrollos tecnológicos y la investigación se han convertido en condición necesaria para su permanencia y acceso a los mercados.

Por su parte, el turismo es una industria que facilita la articulación urbano-regional en el Departamento; comprender las potencialidades de cada territorio y su articulación con Medellín y el Valle de Aburrá es muy relevante; en especial, porque la capital viene creciendo de manera consistente alrededor del turismo de negocios y de ocio.

En Medellín y el Valle de Aburrá se viene trabajando desde hace más de una década en siete clústeres estratégicos: moda textil/confección, energía eléctrica sostenible, construcción (hábitat sostenible), TIC, salud (Medellín Health City), turismo de negocios y café Medellín- Antioquia. No obstante, recientemente se definieron las áreas estratégicas de especialización para Medellín y el Valle de Aburrá, y estas van más allá de los clústeres, por lo que abarcan nuevas actividades económicas que se destacan por su alto contenido de conocimiento y por su potencial para agregar valor. Dichas áreas son las que siguen: medicina avanzada y bienestar, industria sostenible e inclusiva, territorio verde y sostenible, y región inteligente.

## 1.2. Contexto demográfico

Es necesario considerar las características demográficas de la población en las distintas zonas del Departamento como factor importante en el diseño e implementación de las políticas de todo orden. El número de niños y jóvenes, así como de adultos y ancianos, hombres y mujeres y demás indicadores en la población, determinan la demanda esperada en los servicios de salud y, como consecuencia, la influencia en la necesidad de recursos. Es decir, esta caracterización ayuda a determinar la inversión que un país, departamento o municipio debe realizar en el sistema de salud.

En este contexto se describirán los aspectos demográficos claves, que permiten la caracterización de la población antioqueña, con el propósito de implementar una adecuada planeación en salud.

### 1.2.1. Tamaño poblacional

#### 1.2.1.1. Población total

El departamento de Antioquia para el año 2023 tiene una población estimada de 6´848.360 habitantes, que comparado con el año 2015 ha representado un incremento 11.6% para ese entonces correspondía a 6´134.953 personas. En el año 2023, la composición demográfica se distribuye de manera equitativa, con un 52% de mujeres (3´573.877) y un 48% de hombres

(3'304.483), manteniendo la misma proporción registrada en 2015. Esta relación se traduce en 93 hombres por cada 100 mujeres, indicando una estabilidad en la configuración de la población en el transcurso de estos años (Relación hombre/mujer en 2015: 93/100)

Las cifras demográficas muestran notables variaciones entre las distintas subregiones, siendo el Valle de Aburrá el área con la mayor concentración de población, alcanzando aproximadamente el 60.5%. A este le siguen las subregiones de Oriente, Urabá y Suroeste, cuyas dinámicas económicas particulares explican estas disparidades. El Valle de Aburrá y el Oriente antioqueño exhiben un predominio de empresas textiles, floricultura y servicios, mientras que Urabá y Suroeste se destacan por la agroindustria, la agricultura y la ganadería. Estas características hacen que estas zonas resulten atractivas tanto para los residentes locales como para aquellos provenientes de otras ciudades del país en busca de oportunidades laborales, educativas y sociales.

En contraste, las subregiones del Bajo Cauca, Norte, Occidente, Nordeste y Magdalena Medio presentan una menor concentración poblacional. Sin embargo, en estas áreas, la relación hombre/mujer supera el índice 100. Esta particularidad se traduce en el hecho de que en estas zonas, ciertas actividades como la minería son dominantes y preferentemente desempeñadas por mano de obra masculina.

Se calcula que para el 2023, Medellín, Bello, Itagüí y Envigado representan los municipios con la mayor concentración de población antioqueña (54%). Es importante mencionar que el 94% de los municipios del departamento se componen por menos de 100 mil habitantes.

Tabla 5. Distribución de la población total, sexo y relación hombre/mujer por subregiones. Antioquia 2023

Subregión	Total	%	Hombres	Mujeres	Relación Hombre/Mujer
Valle de Aburrá	4.146.548	60,55	1.961.492	2.185.056	0,90
Oriente	716.649	10,46	352.971	363.678	0,97
Urabá	538.597	7,86	263.008	275.589	0,95
Suroeste	384.751	5,62	192.703	192.048	1,00
Bajo Cauca	266.363	3,89	132.220	134.143	0,99
Norte	256.264	3,74	129.697	126.567	1,02
Occidente	220.403	3,22	111.343	109.060	1,02
Nordeste	208.418	3,04	104.807	103.611	1,01
Magdalena Medio	110.367	1,61	56.242	54.125	1,04
<b>Total</b>	<b>6.848.360</b>	<b>100</b>	<b>3.304.483</b>	<b>3.543.877</b>	<b>0,93</b>

Fuente: DANE - Proyecciones de población pos Covid con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018

### 1.2.1.2. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

El reconocimiento de la densidad poblacional con relación a la extensión del territorio, permite prever en el Departamento, dentro de la combinación del análisis demográfico y de salud; quienes, y donde se concentra la carga de la enfermedad, así como otros impactos sociales y de salud.

Para el Departamento se estiman 108 personas por cada kilómetro cuadrado de extensión, comportamiento similar al de departamentos cercanos como Caldas, Santander, Córdoba, Sucre y Bolívar, quienes registran entre 61.21 y 123.77 habitantes por Km<sup>2</sup>. La densidad poblacional en conjunto con el nivel de urbanización, implica retos de mejoramiento continuo en calidad de vida y de los entornos, donde se concentra la población. La subregión del Valle de Aburrá es la que presenta la mayor densidad poblacional, con 3.612 habitantes por Km<sup>2</sup>.

De los municipios que conforman el Valle de Aburrá, sobresalen, Itagüí (17.468 Hab/km<sup>2</sup>) como el municipio más densamente poblado, seguido en la misma subregión por Medellín (6.706 Hab/km<sup>2</sup>). En los municipios del Valle de Aburrá, los niveles de urbanización se encuentran en su mayoría por encima de 90%, acorde con el desarrollo de la industria en dicha zona. La menor densidad en esta subregión se encuentra en Barbosa (268 Hab/Km<sup>2</sup>).

En cuanto a la subregión de Oriente, los municipios más densamente poblados en su orden son Guarne (779 Hab/km<sup>2</sup>), Rionegro (736 Hab/km<sup>2</sup>) y Marinilla (521 Hab/km<sup>2</sup>), con proporciones de urbanismo menor a 65%, índice acorde a la mano de obra necesaria para las labores del campo en dichos territorios. Las densidades más bajas de esta subregión fueron en los municipios de San Francisco (16 Hab/km<sup>2</sup>) y San Carlos (23 Hab/km<sup>2</sup>), respectivamente a expensas de la ruralidad. En la subregión de Urabá, los municipios de Apartadó y Carepa son los más densos con 215 y 135 hab/km<sup>2</sup> respectivamente. Lo anterior es explicado en parte, por la ubicación de las agroindustrias bananeras asentadas en dichos municipios, lo que motiva a pobladores del resto de la subregión a desplazarse a éstos, en búsqueda de oportunidades laborales. Murindó y Vigía del Fuerte representan los municipios con menor densidad poblacional de la subregión, con 4 y 5 habitantes por km<sup>2</sup>, respectivamente.

En la subregión del Suroeste, los municipios más poblados son Amagá (378 Hab/km<sup>2</sup>) afín a la explotación minera, La Pintada (156 Hab/km<sup>2</sup>) y Santa Bárbara (147 Hab/km<sup>2</sup>) respectivamente.

En la subregión del Nordeste, el municipio más densamente poblado es Cisneros con 220 Hab/km<sup>2</sup> y el menos poblado es Anorí con 13 Hab/km<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> DANE, Geo visor indicadores regionales, Colombia 2018

En la subregión del Magdalena Medio, el municipio más densamente poblado es Puerto Triunfo, con 53 Hab/km<sup>2</sup>. Esta situación no solo se explica en parte por su industria minera y agrícola, sino también por ser un eje de desarrollo turístico. El municipio con menor densidad poblacional es Yondó con 11 Hab/km<sup>2</sup>.

En la subregión del Bajo Cauca el municipio más densamente poblado es Caucasia con 92 Hab/km<sup>2</sup>, lo cual se explica, por la concentración de la industria y las oportunidades laborales consecuentes a la misma. El municipio con menor densidad poblacional es Cáceres con 15 Hab/km<sup>2</sup>.

Tabla 6. Población por subregión y municipio, según área de residencia y densidad poblacional. Antioquia, 2022

Subregion	NombreMunicipio	Población 2023				Nivel de		Densidad poblacional	Extensión
		Total	Cabecera	%	Resto	%	Urbanización		
BAJO CAUCA	Cáceres	30.925	7.351	23,77	23.574	76,23	23,8	15	1996
	Caucasia	97.025	86.715	89,37	10.310	10,63	89,4	92	1058
	El Bagre	55.845	37.445	67,05	18.400	32,95	67,1	29	1951
	Nechí	27.705	15.349	55,40	12.356	44,60	55,4	30	925
	Tarazá	28.874	14.914	51,65	13.960	48,35	51,7	18	1578
	Zaragoza	25.989	13.017	50,09	12.972	49,91	50,1	24	1077
<b>Total BAJO CAUCA</b>		<b>266.363</b>	<b>174.791</b>	<b>65,62</b>	<b>91.572</b>	<b>34,38</b>	<b>65,6</b>	<b>31</b>	<b>8585</b>
MAGDALENA MEDIO	Caracolí	4.781	3.058	63,96	1.723	36,04	64,0	18	263
	Maceo	8.646	3.678	42,54	4.968	57,46	42,5	20	436
	Puerto Berrio	41.857	36.373	86,90	5.484	13,10	86,9	35	1198
	Puerto Nare	15.124	5.553	36,72	9.571	63,28	36,7	23	668
	Puerto Triunfo	19.387	4.174	21,53	15.213	78,47	21,5	53	365
	Yondó	20.572	11.337	55,11	9.235	44,89	55,1	11	1903
<b>Total MAGDALENA MEDIO</b>		<b>110.367</b>	<b>64.173</b>	<b>58,15</b>	<b>46.194</b>	<b>41,85</b>	<b>58,1</b>	<b>23</b>	<b>4833</b>
NORDESTE	Amalfi	27.637	16.624	60,15	11.013	39,85	60,2	23	1224
	Anorí	19.527	9.166	46,94	10.361	53,06	46,9	13	1447
	Cisneros	10.326	9.177	88,87	1.149	11,13	88,9	220	47
	Remedios	30.277	13.967	46,13	16.310	53,87	46,1	15	2008
	San Roque	22.775	8.203	36,02	14.572	63,98	36,0	51	446
	Santo Domingo	12.970	3.569	27,52	9.401	72,48	27,5	47	274
	Segovia	40.602	33.827	83,31	6.775	16,69	83,3	33	1246
	Vegachi	12.453	9.079	72,91	3.374	27,09	72,9	24	518
	Yalí	8.026	4.131	51,47	3.895	48,53	51,5	17	483
	Yolombó	23.825	8.187	34,36	15.638	65,64	34,4	25	952
<b>Total NORDESTE</b>		<b>208.418</b>	<b>115.930</b>	<b>55,62</b>	<b>92.488</b>	<b>44,38</b>	<b>55,6</b>	<b>24</b>	<b>8645</b>

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Subregion	NombreMunicipio	Población 2023				Nivel de		Densidad poblacional	Extensión
		Total	Cabecera	%	Resto	%	Urbanización		
NORTE	Angostura	12.005	3.311	27,58	8.694	72,42	27,6	31	392
	Belmira	6.356	2.032	31,97	4.324	68,03	32,0	23	279
	Briceño	8.473	3.224	38,05	5.249	61,95	38,1	21	406
	Campamento	9.671	3.187	32,95	6.484	67,05	33,0	47	206
	Carolina	4.174	3.241	77,65	933	22,35	77,6	25	168
	Donmatías	20.198	13.720	67,93	6.478	32,07	67,9	110	183
	Entreríos	11.982	6.622	55,27	5.360	44,73	55,3	54	222
	Gómez Plata	10.300	5.813	56,44	4.487	43,56	56,4	28	364
	Guadalupe	6.926	2.721	39,29	4.205	60,71	39,3	79	88
	Ituango	28.634	8.929	31,18	19.705	68,82	31,2	12	2375
	San Andrés de Cuerquia	7.598	3.439	45,26	4.159	54,74	45,3	42	179
	San José de La Montaña	3.867	2.585	66,85	1.282	33,15	66,8	22	173
	San Pedro	23.409	13.895	59,36	9.514	40,64	59,4	101	232
	Santa Rosa de Osos	38.748	23.091	59,59	15.657	40,41	59,6	47	822
	Toledo	5.225	2.044	39,12	3.181	60,88	39,1	37	141
	Valdivia	14.596	4.671	32,00	9.925	68,00	32,0	26	553
	Yarumal	44.102	32.584	73,88	11.518	26,12	73,9	60	733
<b>Total NORTE</b>		<b>256.264</b>	<b>135.109</b>	<b>52,72</b>	<b>121.155</b>	<b>47,28</b>	<b>52,7</b>	<b>34</b>	<b>7516</b>
OCCIDENTE	Abriaquí	2.841	992	34,92	1.849	65,08	34,9	10	293
	Anza	7.433	1.736	23,36	5.697	76,64	23,4	29	256
	Armenia	5.358	2.078	38,78	3.280	61,22	38,8	48	111
	Buriticá	9.925	2.880	29,02	7.045	70,98	29,0	27	368
	Caicedo	8.798	2.222	25,26	6.576	74,74	25,3	39	224
	Cañasgordas	16.256	6.142	37,78	10.114	62,22	37,8	41	396
	Dabeiba	24.377	10.586	43,43	13.791	56,57	43,4	22	1095
	Ebéjico	12.713	3.037	23,89	9.676	76,11	23,9	53	238
	Frontino	21.737	10.214	46,99	11.523	53,01	47,0	17	1278
	Giraldo	5.899	2.481	42,06	3.418	57,94	42,1	61	97
	Heliconia	5.682	2.735	48,13	2.947	51,87	48,1	48	118
	Liborina	10.556	2.936	27,81	7.620	72,19	27,8	48	220
	Olaya	3.292	424	12,88	2.868	87,12	12,9	36	91
	Peque	8.585	2.950	34,36	5.635	65,64	34,4	22	397
	Sabanalarga	9.592	3.663	38,19	5.929	61,81	38,2	36	268
	San Jerónimo	16.368	7.922	48,40	8.446	51,60	48,4	104	157
	Santa Fe de Antioquia	27.831	18.695	67,17	9.136	32,83	67,2	56	499
Sopetrán	15.949	7.617	47,76	8.332	52,24	47,8	71	226	
Uramita	7.211	2.592	35,95	4.619	64,05	35,9	30	239	
<b>Total OCCIDENTE</b>		<b>220.403</b>	<b>91.902</b>	<b>41,70</b>	<b>128.501</b>	<b>58,30</b>	<b>41,7</b>	<b>34</b>	<b>6571</b>
ORIENTE	Abejorral	21.297	9.072	42,60	12.225	57,40	42,6	43	497
	Alejanría	4.912	2.886	58,75	2.026	41,25	58,8	33	151
	Argelia	7.975	3.996	50,11	3.979	49,89	50,1	31	257
	Cocorná	16.390	7.931	48,39	8.459	51,61	48,4	74	221
	Concepción	5.020	2.329	46,39	2.691	53,61	46,4	30	169
	El Carmen de Viboral	63.761	39.432	61,84	24.329	38,16	61,8	141	453
	El Santuario	37.801	28.013	74,11	9.788	25,89	74,1	261	145
	Granada	10.700	6.208	58,02	4.492	41,98	58,0	40	266
	Guarne	59.226	22.418	37,85	36.808	62,15	37,9	779	76
	Guatapé	8.945	6.112	68,33	2.833	31,67	68,3	48	185
	La Ceja	69.831	61.460	88,01	8.371	11,99	88,0	456	153
	La Unión	22.870	14.693	64,25	8.177	35,75	64,2	327	70
	Marinilla	69.343	50.477	72,79	18.866	27,21	72,8	521	133
	Nariño	10.723	3.874	36,13	6.849	63,87	36,1	54	200
	Peñol	22.410	12.803	57,13	9.607	42,87	57,1	193	116
	Retiro	25.227	14.497	57,47	10.730	42,53	57,5	80	317
	Rionegro	145.704	95.157	65,31	50.547	34,69	65,3	736	198
San Carlos	16.838	8.288	49,22	8.550	50,78	49,2	23	719	
San Francisco	5.945	2.888	48,58	3.057	51,42	48,6	16	368	
San Luis	13.690	8.589	62,74	5.101	37,26	62,7	30	458	
San Rafael	16.489	8.929	54,15	7.560	45,85	54,2	45	366	
San Vicente	23.349	7.217	30,91	16.132	69,09	30,9	95	246	
Sonson	38.203	19.709	51,59	18.494	48,41	51,6	29	1339	
<b>Total ORIENTE</b>		<b>716.649</b>	<b>436.978</b>	<b>60,98</b>	<b>279.671</b>	<b>39,02</b>	<b>61,0</b>	<b>101</b>	<b>7103</b>



# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Subregion	NombreMunicipio	Población 2023				Nivel de		Densidad poblacional	Extensión
		Total	Cabecera	%	Resto	%	Urbanización		
SUROESTE	Amagá	32.142	16.636	51,76	15.506	48,24	51,8	378	85
	Andes	45.796	23.621	51,58	22.175	48,42	51,6	102	449
	Angelópolis	6.082	2.640	43,41	3.442	56,59	43,4	70	87
	Betania	10.808	4.292	39,71	6.516	60,29	39,7	64	170
	Betulia	16.485	5.393	32,71	11.092	67,29	32,7	65	255
	Caramanta	4.907	2.481	50,56	2.426	49,44	50,6	56	87
	Ciudad Bolívar	27.458	17.609	64,13	9.849	35,87	64,1	96	285
	Concordia	22.540	8.814	39,10	13.726	60,90	39,1	96	234
	Fredonia	25.764	9.623	37,35	16.141	62,65	37,4	103	250
	Hispania	5.790	3.881	67,03	1.909	32,97	67,0	98	59
	Jardín	15.400	8.774	56,97	6.626	43,03	57,0	68	227
	Jericó	14.344	8.671	60,45	5.673	39,55	60,5	74	195
	La Pintada	8.571	7.747	90,39	824	9,61	90,4	156	55
	Montebello	6.973	2.376	34,07	4.597	65,93	34,1	83	84
	Pueblorrico	9.124	5.121	56,13	4.003	43,87	56,1	106	86
	Salgar	19.153	8.113	42,36	11.040	57,64	42,4	45	423
	Santa Bárbara	27.647	13.882	50,21	13.765	49,79	50,2	147	188
	Támesis	17.029	8.495	49,89	8.534	50,11	49,9	69	246
	Tarso	6.510	3.826	58,77	2.684	41,23	58,8	54	120
	Titiribí	11.259	5.545	49,25	5.714	50,75	49,2	78	144
Urrao	31.885	18.320	57,46	13.565	42,54	57,5	12	2585	
Valparaiso	6.876	4.192	60,97	2.684	39,03	61,0	52	132	
Venecia	12.208	5.963	48,85	6.245	51,15	48,8	85	143	
<b>Total SUROESTE</b>		<b>384.751</b>	<b>196.015</b>	<b>50,95</b>	<b>188.736</b>	<b>49,05</b>	<b>50,9</b>	<b>58</b>	<b>6589</b>
URABA	Apartadó	130.362	110.726	84,94	19.636	15,06	84,9	215	607
	Arboletes	31.853	12.142	38,12	19.711	61,88	38,1	44	718
	Carepa	51.777	38.441	74,24	13.336	25,76	74,2	135	384
	Chigorodó	61.741	52.760	85,45	8.981	14,55	85,5	100	615
	Murindó	5.263	2.072	39,37	3.191	60,63	39,4	4	1365
	Mutatá	14.904	6.264	42,03	8.640	57,97	42,0	13	1119
	Necoclí	45.151	14.084	31,19	31.067	68,81	31,2	33	1377
	San Juan de Urabá	21.540	8.160	37,88	13.380	62,12	37,9	89	241
	San Pedro de Uraba	32.895	15.285	46,41	17.610	53,59	46,4	68	482
	Turbo	133.430	58.476	43,83	74.954	56,17	43,8	43	3090
Vigia del Fuerte	9.681	3.759	38,83	5.922	61,17	38,8	5	1801	
<b>Total URABA</b>		<b>538.597</b>	<b>322.149</b>	<b>59,81</b>	<b>216.448</b>	<b>40,19</b>	<b>59,8</b>	<b>46</b>	<b>11799</b>
VALLE DE ABURRA	Barbosa	55.649	26.343	47,34	29.306	52,66	47,3	268	208
	Bello	561.955	546.902	97,32	15.053	2,68	97,3	3722	151
	Caldas	85.385	69.957	81,93	15.428	18,07	81,9	562	152
	Copacabana	83.559	69.303	82,94	14.256	17,06	82,9	1177	71
	Envigado	246.327	238.618	96,87	7.709	3,13	96,9	4830	51
	Girardota	55.483	32.970	59,42	22.513	40,58	59,4	781	71
	Itagüí	296.953	273.385	92,06	23.568	7,94	92,1	17468	17
	La Estrella	76.971	67.454	87,64	9.517	12,36	87,6	2199	35
Medellín	2.595.300	2.553.621	98,39	41.679	1,61	98,4	6706	387	
Sabaneta	88.966	78.921	88,71	10.045	11,29	88,7	5931	15	
<b>Total VALLE DE ABURRA</b>		<b>4.146.548</b>	<b>3.957.474</b>	<b>95,44</b>	<b>189.074</b>	<b>4,56</b>	<b>95,4</b>	<b>3581</b>	<b>1158</b>
<b>Total general</b>		<b>6.848.360</b>	<b>5.494.521</b>	<b>80,23</b>	<b>1.353.839</b>	<b>19,77</b>	<b>80,2</b>	<b>108</b>	<b>63612</b>

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia - Dirección Sistemas de Indicadores, Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.

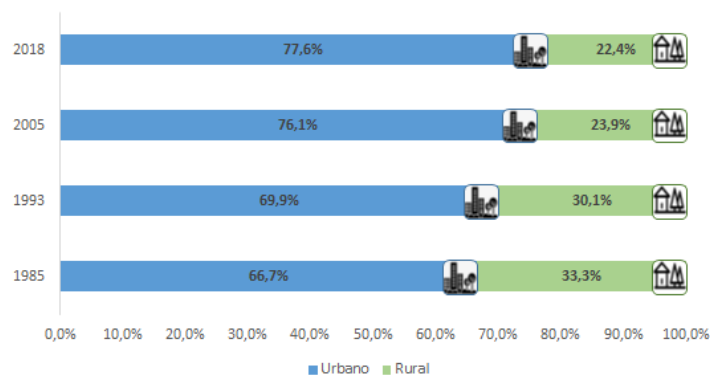
Nota: El área urbana (cabecera) está delimitada por los Planes de Ordenamiento Territorial (POT) del respectivo municipio e incluye áreas urbanas de los corregimientos. En algunos municipios la densidad poblacional es alta por falta de actualización catastral. Léase el nivel de urbanización como el porcentaje de población que reside en áreas urbanas respecto a la población total.

### 1.2.1.3. Población por área de residencia urbano/rural

Según el último censo registrado en 2018, se observa que un 77.6% de la población residía en áreas urbanas del Departamento. Las proyecciones para el año 2023 sugieren un aumento de aproximadamente 3 puntos porcentuales, alcanzando el 80%. Este incremento se alinea con la tendencia de crecimiento que se ha mantenido durante los últimos 35 años. La explicación de este fenómeno radica en la concentración de servicios en las áreas urbanas, tales como educación, servicios de salud especializada y oportunidades laborales.

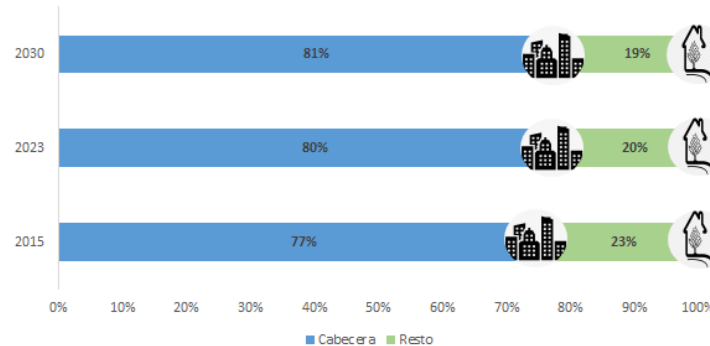
Un aspecto a considerar es el impacto de la violencia y el desplazamiento forzado, que ha llevado a una disminución de la población en las zonas rurales, con un traslado significativo hacia las cabeceras municipales. Este fenómeno plantea la necesidad urgente de desarrollar políticas públicas destinadas a fortalecer el campo. Estas políticas podrían abordar aspectos cruciales como el fomento del agroturismo, la implementación de tecnologías avanzadas en la agricultura, mejoras en la educación rural, la provisión de servicios de salud y el fortalecimiento de la seguridad en los territorios rurales.

Figura 4. Porcentaje de población censal urbano - rural en Antioquia, censos 1985, 1993, 2005 y 2018



Fuente: Revista Antioquia en Datos. Planeación Departamental 2018

Figura 5. Porcentaje de Población proyectada urbano - rural en Antioquia 2015, 2022 y 2030



Fuente: DANE

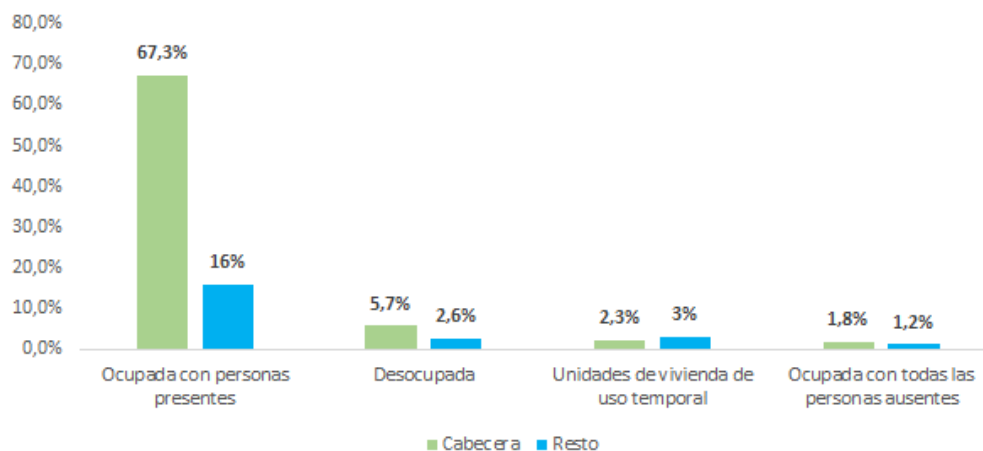
## 1.2.1.4. Número y condiciones de viviendas y hogares

### 1.2.1.4.1. Viviendas

Las viviendas son esos espacios físicos acondicionados para que habiten las personas. Según la publicación Antioquia en datos, que detalla información del censo de 2018, existen 2'322.286 viviendas en el Departamento. De este total, el censo indicó que el 83,3% se encontraban ocupadas, el 8,3% estaban desocupadas, el 5,4% tenían ocupación temporal y el 3,1% eran habitadas con personas ausentes al momento del registro.

Según la Encuesta de Calidad de Vida 2019, la tenencia de la vivienda propia totalmente pagada correspondió al 43,5%, propia y la están pagando el 4,4%, en arriendo o subarriendo el 39,7%, con permiso del propietario, sin pago alguno (usufructuario) el 10,4%, con posesión sin título (ocupante de hecho) el 0,9% y propiedad colectiva el 1.1%.

Figura 6. Condición de ocupación de la vivienda, según ubicación geográfica en Antioquia, 2018



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Censo 2018

Según la Ley 142 de 1994, los inmuebles residenciales, se clasifican por estratos económicos en atención al régimen de los servicios públicos domiciliarios. Es una clasificación que se realiza principalmente para cobrar de manera diferencial los servicios públicos domiciliarios, permitiendo asignar subsidios y cobrar contribuciones en esta área. De esta manera, quienes tienen más capacidad económica pagan más por los servicios públicos y contribuyen para que los estratos bajos puedan pagar sus facturas. En este orden de ideas, la estratificación está relacionada con la ubicación de los inmuebles residenciales y no con la población. La clasificación del inmueble o vivienda, se mide con la conexión a energía y según el maestro de facturación del censo 2018 en Antioquia existen 2'192.556 conexiones residenciales de los 2'322.286 viviendas reportadas anteriormente, es decir el 94,4%, el resto 5,6% no cuenta con reporte de conexión.

Los inmuebles con conexión clasificados en estrato uno (1) son el 23,7% de las viviendas (el maestro de facturación reporta 22,3% facturables para este estrato), en estrato dos (2) están el 37,1% con energía eléctrica y el maestro de facturación reporta el 36,9%, en estrato 3 el 26,3% con facturación en el mismo rango, en estrato 4 el 6,9%, en estrato 5 y 6 el 4,2% y 1,9% respectivamente, con maestros de facturación similares.

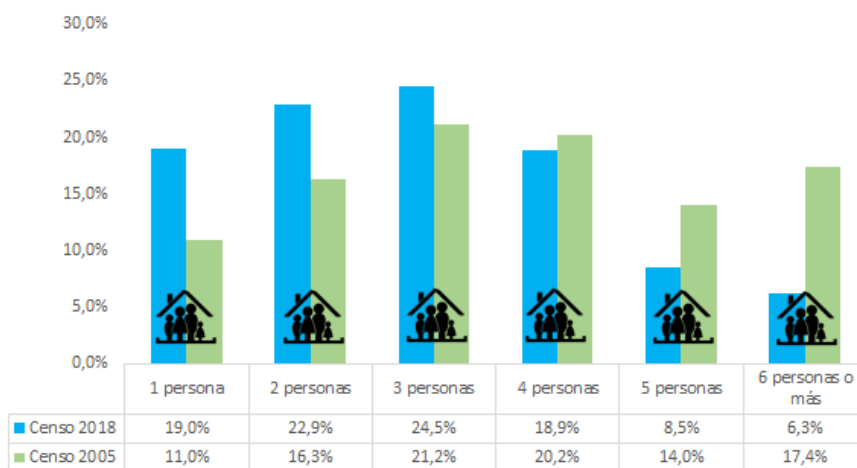
### 1.2.1.4.2. Hogares

Las viviendas se relacionan entre otras condiciones, con el número de hogares entendiendo este último como el lugar donde un individuo o grupo de individuos habita, creando en ellos la sensación de seguridad y calma. En demografía, el hogar se define en función de la manera en que las personas subvienen o solventan sus necesidades alimenticias y otras necesidades vitales. En este sentido, el censo 2018 relacionó 1'983.566 hogares, es decir, 85 hogares por cada 100 viviendas, aspecto que explica factiblemente hogares conformados por una sola persona o varios hogares o grupos de individuos en una misma vivienda.

Según el censo, la conformación promedio de los hogares fue de tres personas. Este número de personas a través de los censos poblacionales ha disminuido entre 2005 y 2018. Hace 13 años, el promedio de habitantes por hogar en el Departamento era de cuatro y hoy se observan tres personas. Este promedio de tres personas según el censo lo ponderan el 66,4% de los hogares, cifra que es superior a la reportada en el censo de 2005 cuyo porcentaje era del 48,5%.

Los hogares con más de cuatro personas han disminuido en el tiempo pasando del 51,6% en 2005 al 33,7% según la encuesta. Esto insinúa un cambio en el comportamiento de la natalidad, aspecto que estudiaremos más adelante y una conformación familiar con tendencia a la disminución de los integrantes del hogar.

Figura 7. Tamaño de los hogares en Antioquia, Según Censo 2005 y 2018

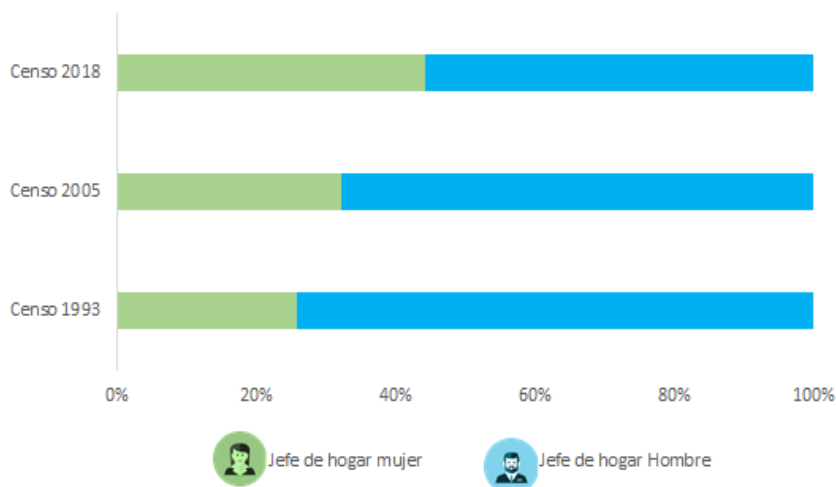


Fuente: DANE 2018

Considerando otras variables de análisis en este ítem, la encuesta de calidad de vida 2019, reportó que el 44,2% de los hogares antioqueños tienen una mujer como jefe de hogar, porcentaje que supera el indicador nacional que se encuentra en un 38%. Es importante resaltar que, del total de hogar con jefatura femenina, el 73,5%, no tienen cónyuge en el caso de los jefes de hogar hombres, solo el 29,9% expresan no tener un cónyuge.

A nivel urbano el panorama sigue revelando una gran diferencia con un 74,2% de mujeres y un 30,9% de hombres, ambos jefes de hogar solteros, este mismo comportamiento se repite en los centros poblados y rural disperso, donde las mujeres solteras jefes de hogar representan el 68,9% y los hombres el 26,6%. Esta gran diferencia denota una brecha importante que repercute en todos los aspectos familiares por lo que vale la pena investigar más a fondo esta tendencia y su impacto

Figura 8. Jefatura del hogar por sexo en Antioquia. Censos 1993, 2005 y 2018



Fuente: Revista Antioquia en datos Planeación Departamental 2019

## 1.2.2. Estructura demográfica

La estructura poblacional refleja la historia reciente de una comunidad en un momento concreto en el tiempo, e indica entre otras el grado de desarrollo de la población que se representa. Se analizarán la pirámide poblacional, los grupos de edad y el género, así como otros indicadores demográficos de interés.

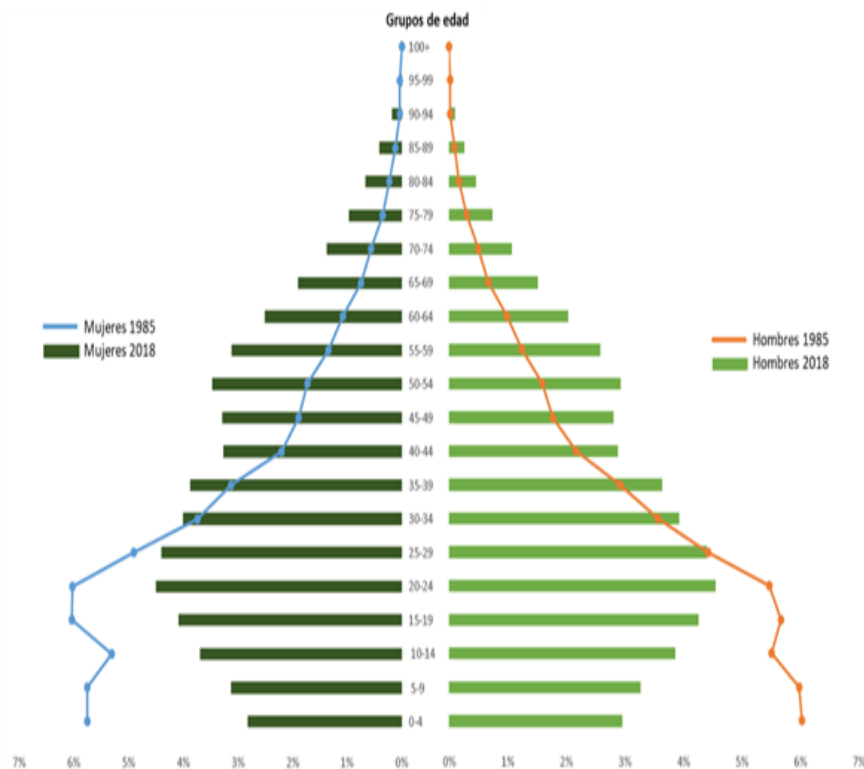
### 1.2.2.1. Pirámide Poblacional

Esta representa la proporción de habitantes por grupos de edades quinquenales en contraste con el género y su análisis permite identificar cambios graduales en el comportamiento de la población debido a las transformaciones socioeconómicas inducidas por diferentes actores.

La distribución antioqueña ha cambiado pasando de tener una población joven en 1985 a una madura en 2018. Esta transición, determinada por el índice de Friz, que representa el porcentaje de población de menos de 20 años, con respecto al grupo de población entre los 30 y los 49 años, indicó que los jóvenes entre 0 y 19 años han disminuido en los últimos 6 años, pasando de 116,6% en 2015 a 94.1% en 2023. Por otro lado, la proporción de personas ubicadas del centro hacia la cúspide de la pirámide, han evolucionado hacia el ensanche a causa del descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida de los antioqueños, con tendencia a convertirse con el pasar de los años en una estructura envejecida si alcanza un índice de Friz menor al 60, lo que implica para los gobernantes, incluir desde ahora, proyectos orientados a dicha población, garantizando condiciones dignas de salud, seguridad social, entre otros.

Además, es primordial dar continuidad y trabajar en el perfeccionamiento de las políticas ya implementadas que han permitido llegar al punto de desarrollo actual. (Departamento Administrativo de Planeación 2018), dado que se tiene hoy una mayor concentración de la fuerza laboral y en función del aprovechamiento de esta condición se debe procurar aumentar la generación de empleo y la educación en el territorio, con el fin de impulsar el desarrollo del Departamento

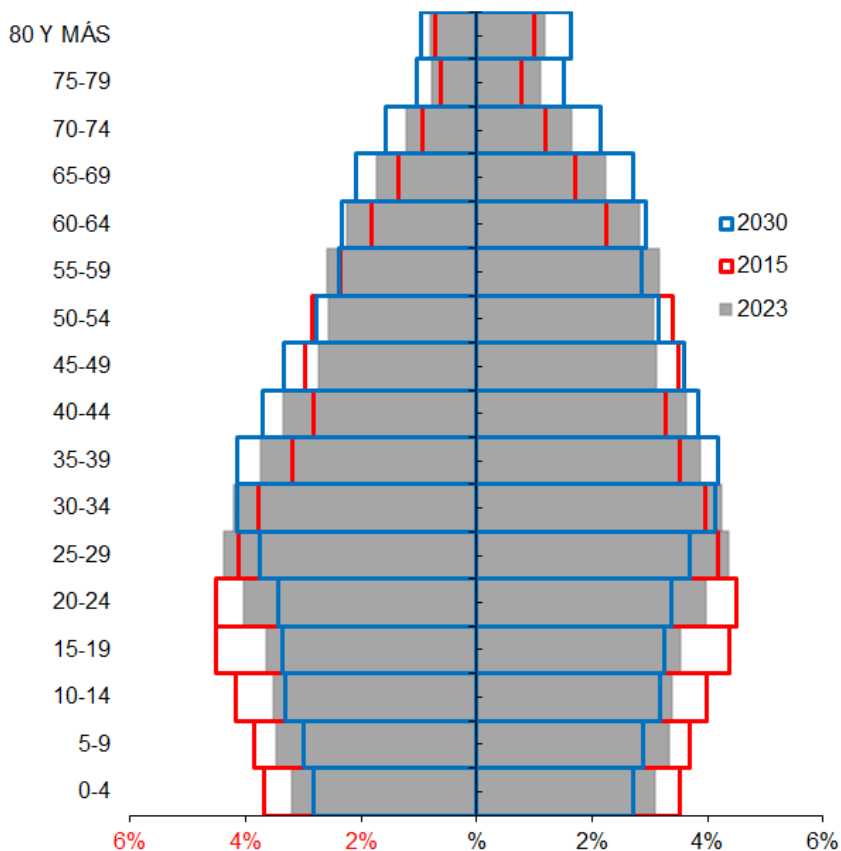
Figura 9. Comparativo de la estructura poblacional por sexo para los censos 1985 - 2018



Fuente: Censo DANE, 2018

Con respecto al año actual, se observa una progresiva reducción en la base de la estructura piramidal en comparación con los datos de 2015 y las proyecciones para 2030. Simultáneamente, se registra un aumento en la proporción de personas mayores en la cúspide de la pirámide demográfica. Este fenómeno podría atribuirse al incremento en la esperanza de vida y la reducción de la mortalidad temprana. Además, otro factor relevante puede ser la inmigración o el retorno de población al Departamento durante sus años de retiro. Antioquia como destino turístico, gracias a su ubicación geográfica estratégica y a la oferta de servicios de salud, entre otros aspectos, contribuye a que el territorio se convierta en un lugar atractivo para aquellos que buscan establecerse en sus años de jubilación. Este fenómeno demográfico refleja una tendencia hacia una población envejecida y podría tener implicaciones importantes en áreas como la planificación de servicios de salud, la seguridad social y la infraestructura adaptada a las necesidades de la población mayor.

Figura 10. Pirámide poblacional. Antioquia, 2015, 2023, 2025



Fuente: DANE. 2020.

Cuando se analiza la estructura piramidal de cada una de las subregiones, se refleja claramente la diversidad de la composición de la población antioqueña, determinada por fenómenos naturales como la natalidad y mortalidad y por los efectos migratorios propios de cada subregión, sin

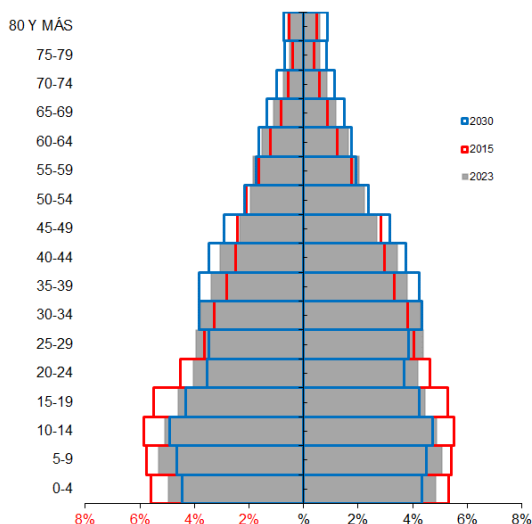
embargo, lo disímil de las estructuras etarias puede ser también el resultado de fenómenos vinculados, por un lado; al claro mejoramiento de la calidad de vida en los años de sobrevivencia y al empeño de los gobiernos de mejorar las condiciones de vida del territorio donde se vive, aspectos que se logran determinar durante este análisis.

Para las subregiones de Urabá, Magdalena Medio, Bajo Cauca y Occidente, se observan pirámides con bases anchas y vértices angostos, comportándose como estructuras progresivas, mostrando poblaciones jóvenes con una alta proporción de niños y adolescentes y baja cantidad de adultos y adultos mayores, resultado posiblemente relacionado a un bajo control de la natalidad, supervivencia poblacional corta o patrón de migración muy alto.

En tanto las subregiones de Oriente, Suroeste, Norte y Nordeste tienen una disminución en la base y un ensanchamiento gradual en la población adulta, fenómeno favorecido probablemente por la inmigración de población de otros municipios a estos por su desarrollo industrial, o porque han mantenido la natalidad y mortalidad constantes durante el período, entre otros.

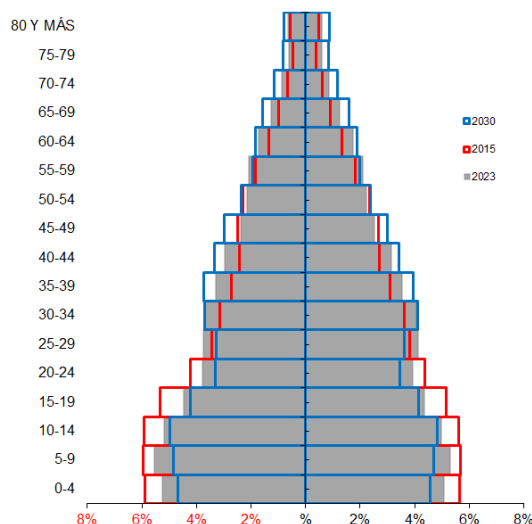
El Valle de Aburrá presenta una estructura piramidal de características regresivas, es decir, base estrecha y cúspide mayor, lo que puede explicarse por fenómenos como el descenso de la natalidad, esperanza de vida acorde a la estadística, fenómeno migratorio importante y constante en el tiempo, y mercado laboral. A continuación, se presentan las estructuras piramidales por subregiones de Antioquia y su respectiva proyección a 2025 para observar las dinámicas poblacionales a corto plazo.

**Figura 11.** Pirámide poblacional subregión de Urabá. Antioquia, proyección 2030



Fuente: DANE. 2023.

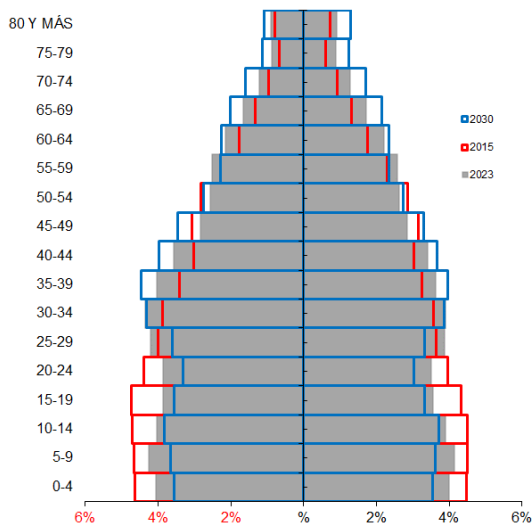
**Figura 12.** Pirámide poblacional subregión de Bajo Cauca. Antioquia, proyección 2030



Fuente: DANE. 2023.

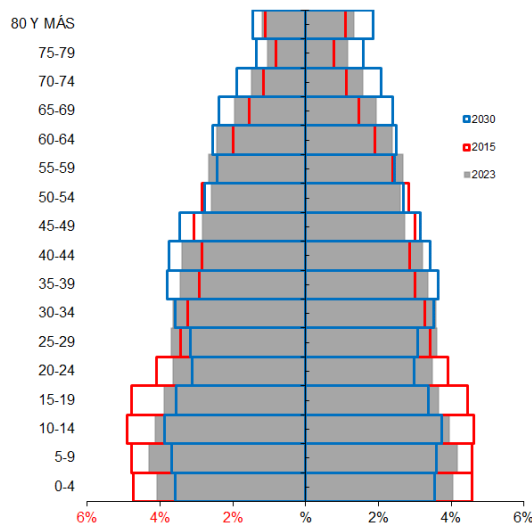


**Figura 13.** Pirámide poblacional subregión de Magdalena medio. Antioquia, proyección 2030



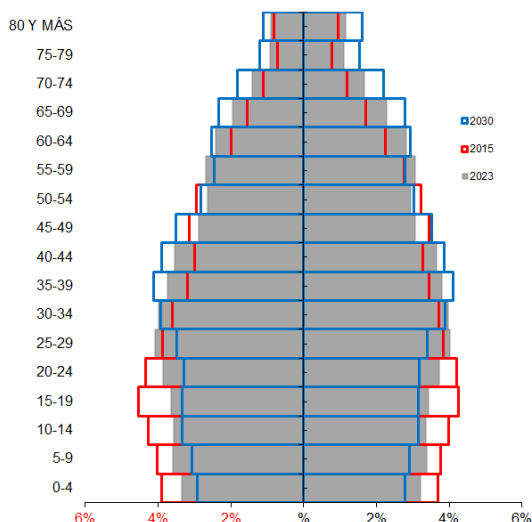
Fuente: DANE. 2023.

**Figura 14.** Pirámide poblacional subregión de Occidente. Antioquia, proyección 2030



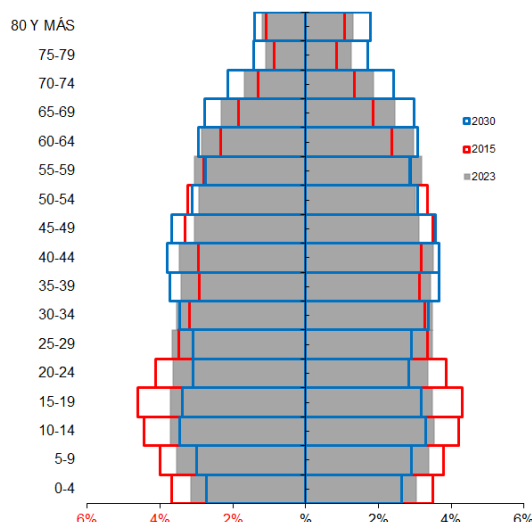
Fuente: DANE. 2023.

**Figura 15.** Pirámide poblacional subregión de Oriente, Antioquia, proyección 2030



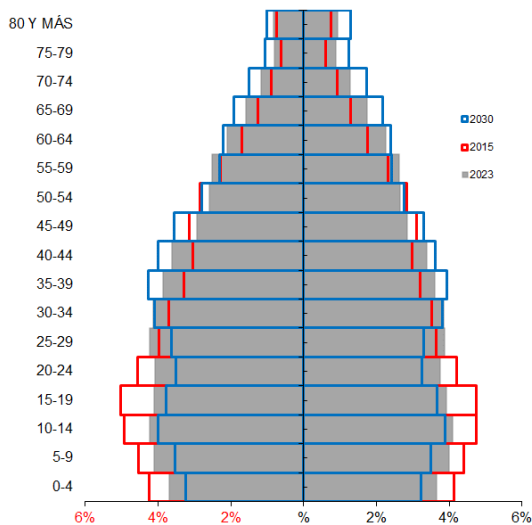
Fuente: DANE.2023

**Figura 16.** Pirámide poblacional subregión de Suroeste, Antioquia, proyección 2030



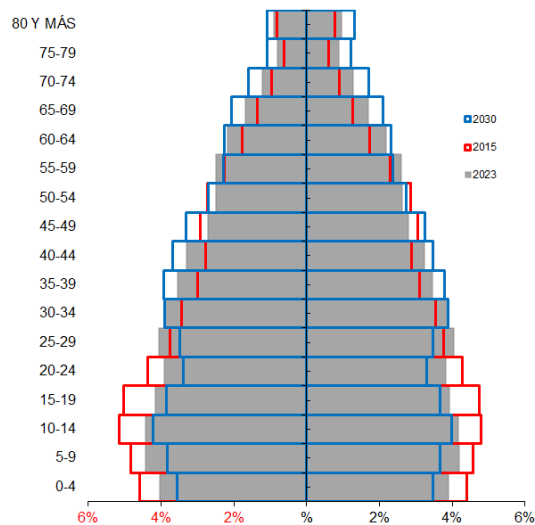
Fuente: DANE.2023

Figura 17. Pirámide poblacional subregión Norte, Antioquia, proyección 2030



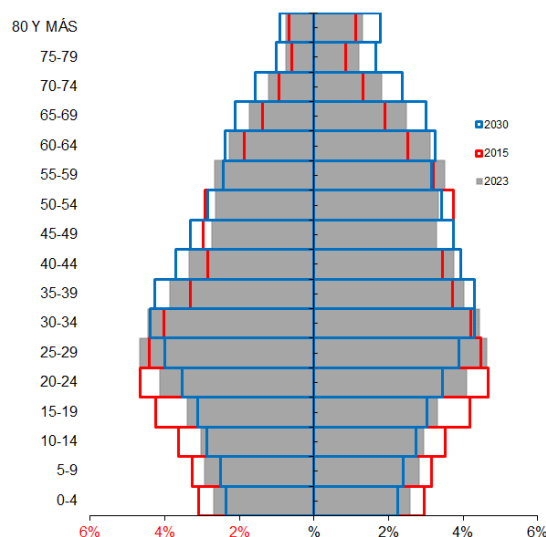
Fuente: DANE.2023

Figura 18. Pirámide poblacional subregión Nordeste, Antioquia, proyección 2030



Fuente: DANE.2023

Figura 19. Pirámide poblacional subregión del Valle de Aburra, Antioquia, proyección 202030



Fuente: DANE. 2022.

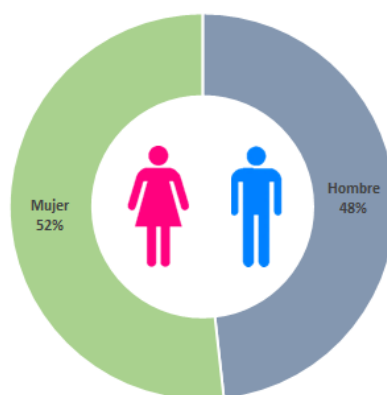
### 1.2.2.2. Población por género

En las estructuras piramidales, predominan en la generalidad las mujeres, posiblemente motivado por el incremento en la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad temprana, la efectividad alcanzada en los programas de detección temprana y tratamientos e intervenciones

en salud oportunas, para las cuales se ha documentado mayor adherencia por parte de las mujeres a estas acciones.

Según el censo de 2018, la distribución por género revela un mayor porcentaje de mujeres, con un 51.7%, una proporción que se mantiene en 2023. En contraste, los hombres representan el 48.3% de la población. Esta disparidad se atribuye, entre otras razones, al hecho de que la mortalidad masculina, en su mayoría, está vinculada a problemas de orden público y accidentes. Es posible inferir que los hombres enfrentan un riesgo más elevado de fallecer debido a situaciones relacionadas con la violencia y los accidentes de tránsito. Esta correlación entre la distribución de género y las causas de muerte puede tener implicaciones importantes para las políticas de seguridad, la prevención de accidentes y la atención a la salud mental en la población masculina.

Figura 20. Distribución porcentual de la población, según sexo. Antioquia, 2023



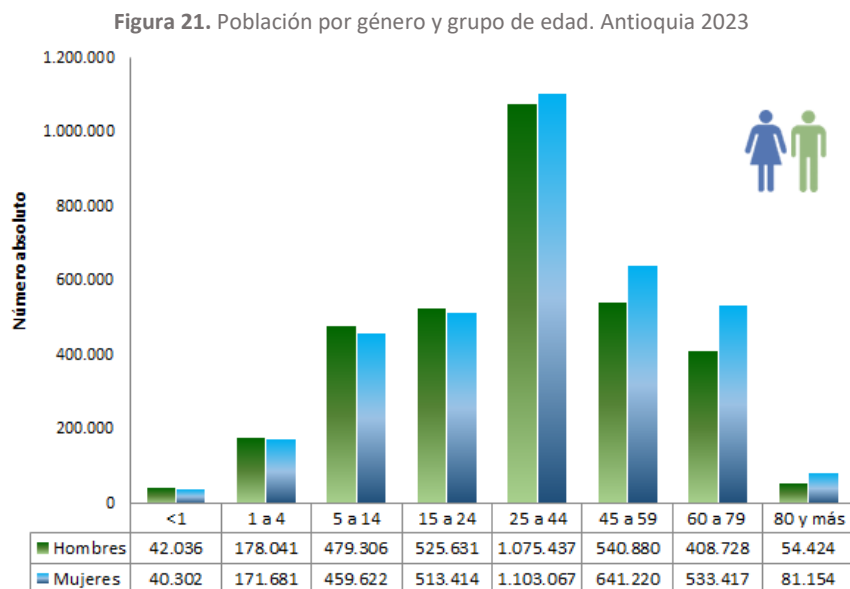
Fuente: DANE. 2023

La razón hombre/mujer, en Antioquia, indicó que por cada 100 mujeres hay 93 hombres. El valor de este indicador se mantiene constante entre el año 2023 y la proyección a 2030.

En un aparte previo de este contexto se había mencionado por subregiones, los patrones de poblamiento por género, aludiendo que, para el Valle de Aburrá, la relación hombre/mujer tiende a favorecer el predominio demográfico de la mujer, así como, en Bajo Cauca, Oriente y Urabá; caso contrario sucedía en las subregiones Norte, Suroeste, Occidente, Nordeste, y Magdalena Medio, donde la razón hombre/mujer es superior a 100.

Aunque es una constante universal que el número de nacimientos de hombres suele superar a los de mujeres, la figura presentada revela que es a partir de los 25 años hasta el final de la vida, es cuando las mujeres exhiben una mayor supervivencia. Este fenómeno puede atribuirse, en parte, a la mayor esperanza de vida en las mujeres. Además, se sugiere que la supervivencia femenina podría estar influida por una mayor adherencia y rigurosidad en el cuidado de su salud en comparación con los hombres.

Es relevante considerar que, en el contexto de la figura, las consecuencias derivadas del conflicto armado también podrían desempeñar un papel significativo en las disparidades de supervivencia entre los géneros. Este análisis subraya la importancia de abordar no solo las diferencias biológicas, sino también los factores socioeconómicos y de salud conductual al estudiar las variaciones en la supervivencia entre hombres y mujeres a lo largo de la vida.



Fuente: - DANE.

### 1.2.2.3. Población por ciclos de vida.

El ciclo de vida, es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades durante las diferentes etapas del desarrollo humano y reconoce las experiencias que se acumulan a lo largo de éstas. Las intervenciones en una generación pueden repercutir en las siguientes, y el mayor beneficio de un grupo de edad, puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior.

La participación poblacional por ciclo vital, tiene como objeto, reconocer qué proporción de la población se concentra en determinadas edades y a nivel de intervenciones y definición de políticas, saber con certeza la dimensión de la población que se pretende impactar, en medio de sus diversidades culturales, sociales e individuales.

Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida. Por ejemplo, un envejecimiento activo es la consecuencia de potenciar las oportunidades de salud, participación y seguridad a lo largo del

ciclo de vida, buscando un mayor bienestar físico, social y mental acorde con sus necesidades, deseos y capacidades. Es reflejo de los efectos acumulativos que tiene el aprovechamiento de las ventanas de oportunidades en los diferentes momentos del curso de la vida para el desarrollo de las capacidades humanas.

Antioquia, tiene una proporción importante de habitantes en edad económicamente activa (15 a 64 años), el 69.3% del total de personas en el Departamento, situación que se conoce como ventana demográfica de oportunidades o bono demográfico, que indica que la población en edad productiva supera la proporción de las personas económicamente dependientes (menores de 15 años y mayores de 65). Esta característica exige a los gobiernos repensar políticas, favorecer programas que promuevan la generación de empleo y cualificar la fuerza laboral, lo cual permitirá generar un mayor ahorro o inversión y asignar más recursos, debido al crecimiento de la población envejecida en el departamento.

Por otra parte, factores como la calidad de vida y los hábitos de salud adquiridos, pueden influir de forma positiva o negativa en esta fase. Un adulto saludable en términos físicos y emocionales afrontará la ancianidad con una mejor perspectiva, de allí que sea importante crear oportunamente las condiciones y hábitos para que así sea. Igual ocurre con los grupos de edades previos.

En los ciclos vitales definidos por la juventud (19-26) y la adultez (27-59) es preciso realizar considerables inversiones en capital humano, sobre todo en los jóvenes para que se traduzca en ventajas reales para la sociedad y dar respuesta, en particular, a “la oferta laboral de una población activa creciente y simultáneamente, disminuir la inseguridad, la precariedad y la informalidad típicas del mercado laboral”. CEPAL, 2004 y 2006<sup>3</sup>.

Tabla 7. Proporción de la población por ciclo vital. Antioquia, 2015, 2023 y 2030.

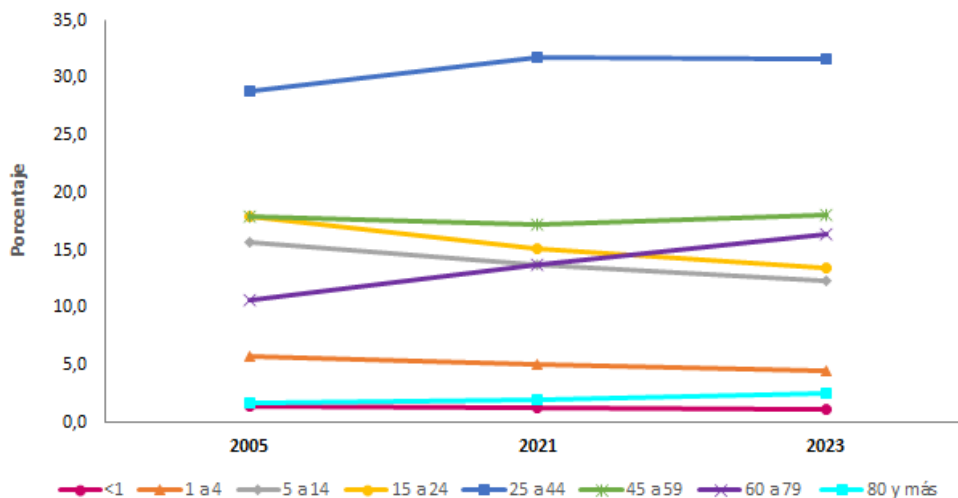
Ciclo vital	2015		2023		2030	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	532.792	8,7	524.667	7,7 ↓	477.168	6,7 ↓
Infancia (6 a 11 años)	567.118	9,2	562.067	8,2 ↓	520.455	7,3 ↓
Adolescencia (12 a 18)	739.346	12,1	674.279	9,8 ↓	658.116	9,2 ↓
Juventud (19 a 26)	875.632	14,3	886.867	13,0 ↓	786.867	11,0 ↓
Adultez (27 a 59)	2.660.606	43,4	3.122.757	45,6 ↑	3.341.788	46,8 ↑
Persona mayor (60 y más)	759.459	12,4	1.077.723	15,7 ↑	1.354.284	19,0 ↑
<b>TOTAL</b>	<b>6.134.953</b>	<b>100</b>	<b>6.848.360</b>	<b>100</b>	<b>7.138.678</b>	<b>100</b>

Fuente: DANE.

<sup>3</sup> CEPAL, Naciones Unidas. Notas de Población, 2018.

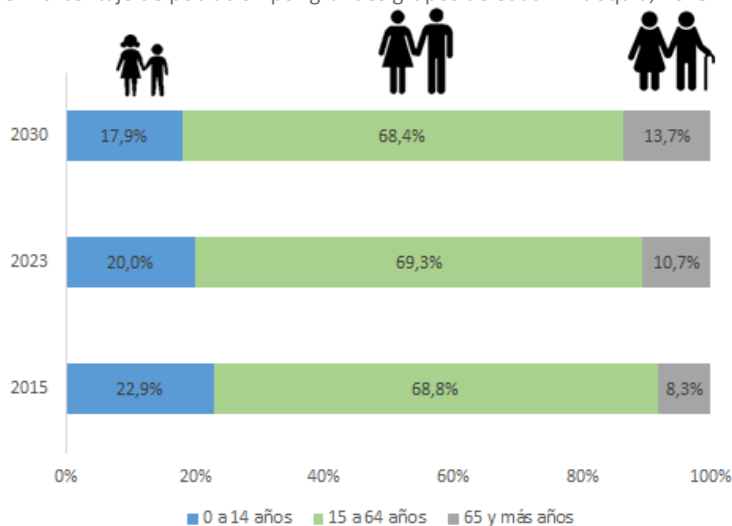
Las variaciones más evidentes, se experimentan en los grupos de edad de 5 a 14 y 15 a 24 años con un comportamiento decreciente, que puede estar explicado por la disminución en las tasas de fecundidad, así como las tasas de mortalidad infantil, los nuevos patrones de causa de muerte, mayores coberturas en el uso de métodos anticonceptivos, lo cual permite que el crecimiento disminuya y la población envejezca, esto último identificado en el incremento de del grupo poblacional de 60 a 79 años. Por otra parte, el grupo etario de 25 a 44 años ha presentado un incremento, posiblemente a causa de la migración de población en edad productiva que ingresa al Departamento en busca de mejorar su calidad de vida.

Figura 22. Cambio en la proporción de población por grupo etario. Antioquia, 2005, 2021 y 2023.



Fuente: - DANE.

Figura 23. Porcentaje de población por grandes grupos de edad. Antioquia, 2015-2022-2025.



Fuente: DANE.

### 1.2.2.4. Enfoque en curso de vida

La Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, ha promovido en Colombia la implementación de este enfoque, el cual considera a la salud como una dimensión importante del desarrollo humano y no como un fin en sí mismo, convirtiéndola en un proceso dinámico, que requiere ir más allá de las intervenciones dirigidas a enfermedades específicas, traducido en la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno y otros factores, así como las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida. La salud es considerada entonces como un recurso esencial para la producción y el mantenimiento de capacidades en individuos y poblaciones.

Este enfoque aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo, influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

Desde el punto de vista epidemiológico, el curso de la vida, es el estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad, de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (Kuh y cols., 2003).

Los conceptos claves que explican el enfoque de curso de vida son: la trayectoria, la transición, los momentos significativos o sucesos vitales, las ventanas de oportunidad y los efectos acumulativos.

La trayectoria, es el recorrido que realiza un ser humano por los diferentes roles o dominios en los que transcurre la vida. El análisis de todas las trayectorias vitales de un individuo y su interrelación con otros individuos, su familia y la sociedad, es lo que conforma el curso de vida.

La transición, es un proceso de adaptación del ser humano a los diferentes cambios que debe realizar el individuo, para afrontar los momentos vitales o sucesos significativos (hitos o eventos) que se presentan en su vida. Estos momentos pueden ser favorables o desfavorables y se consideran oportunidades para el desarrollo de las personas y sus familias.

Las ventanas de oportunidad, son aquellos momentos óptimos para la implementación de respuestas, que permitan a las personas desarrollar ciertas características, conductas, habilidades o capacidades, que repercutan en los resultados en salud y en las etapas futuras de su desarrollo.

Los efectos acumulativos se refieren al proceso por medio del cual a partir de las experiencias a lo largo de la vida se facilita el desarrollo del individuo y su familia, esto debido a la ocurrencia de situaciones que generan ganancias o pérdidas que conllevan a que se vayan construyendo las bases para el desarrollo de cada etapa, viéndose como un proceso acumulativo que genera un estado de crecimiento y madurez, con sus respectivos aprendizajes de vida.

En la construcción del documento del Análisis de la Situación de Salud (ASIS), se caracteriza y analiza el comportamiento de la morbimortalidad en cada uno de los ciclos vitales, los cuales se desarrollan por etapas, dando una idea lineal del proceso de salud durante la vida. Sin embargo, dentro de la planeación de la salud, el departamento de Antioquia, acoge la invitación realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social y avanza hacia la implementación del enfoque de curso de vida, para la definición de las intervenciones a los problemas de salud identificados, asumiendo, que el desarrollo es un proceso vital, que se construye a lo largo de la vida e incide tanto en el individuo, las familias, la comunidad y la sociedad en general.

En este contexto, son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), la herramienta clave para el desarrollo armónico del curso de vida, en cada uno de sus momentos vitales, identificados en busca del bien-estar del individuo, su familia y la comunidad: Primera infancia (0-5 años), infancia (6-11 años), adolescencia (12-17 años), juventud (18-28 años), adultez (29-59 años) y vejez (60 años y más) y adicionalmente tienen el objetivo de promover y mantener la salud durante el desarrollo de ese continuo de la vida.

### 1.2.2.5. Otros indicadores demográficos en el Departamento

**La razón niños/mujer:** por cada 100 mujeres del Departamento que se encuentran en edad reproductiva, para el año 2023, hay 24 niños menores de 5 años. En los años analizados se viene observando una disminución de este indicador como efecto del control de la natalidad. Las subregiones que presentan el mayor número de niños por mujer son: Bajo Cauca con 40 y Urabá con 35, en contraste con Valle de Aburrá, que presenta 19 niños por cada 100 mujeres en edad fértil.

**El índice de envejecimiento:** en el departamento de Antioquia, por cada 100 personas menores de 15 años, había 54 adultos mayores de 65 años en el 2015, 79 para el 2023 y 106 para el 2030, lo que evidencia un envejecimiento progresivo de la población. Las subregiones que presentan un índice más alto de envejecimiento son, el Valle de Aburrá con 98 y el Suroeste 93 adultos mayores de 65 años por 100 personas menores de 15 años. En respuesta, Antioquia por medio de la Ordenanza No. 48 del 4 de diciembre de 2014, implementó la Política Pública de envejecimiento humano y vejez, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor a través de 4 ejes temáticos: Promoción y garantía de los derechos humanos de los adultos



mayores, protección social integral, envejecimiento activo y formación del talento humano e investigación.

**El índice demográfico de dependencia:** Éste índice se observa para los años 2015 de 45.4 y 2023 con 44.3 personas menores de 15 años o de 65 años y más por cada 100 personas entre los 15 a 64 años. Ello es positivo en términos demográficos, debido a que el escenario es propicio para el crecimiento económico del territorio ya que la población en edad de trabajar es mayor que el volumen de personas dependientes. Las subregiones que tienen mayor y menor índice de personas, en edades dependientes son, Bajo Cauca, con 61 y el Occidente, con 57 personas que cumplen esta condición.

**Índice dependencia infantil:** la disminución en la natalidad en los últimos años ha impactado en el comportamiento del índice de dependencia infantil, pasando de 33 en 2015 a 29 niños entre 0 y 14 años que dependen de 100 personas entre 15 y 64 años en 2023. La subregión que presenta una menor dependencia infantil es Valle de Aburrá, con 24 niños entre 0 y 14 años, que dependen de 100 personas entre 15 y 64 años; a diferencia de las subregiones de Bajo Cauca y Urabá que presentan el índice de dependencia infantil más alto, con 50 y 47 niños entre 0 y 14 años, que dependen de 100 personas entre 15 y 64 años para el año 2023, respectivamente.

**Índice de dependencia de mayores:** este indicador se proyecta creciente para años futuros, encontrándose para el año 2023, que 15 personas mayores de 65 años dependían de 100 personas entre 15 a 64 años, aunado a esto, es necesario profundizar en el análisis de la dependencia, dada por el acceso de esta población al modelo de seguridad social en Colombia en los últimos años, donde muchos de estos no hicieron parte de la fuerza laboral y menos de la jubilación, aumentándose la brecha de dependencia, especialmente en la población rural del Departamento. Las subregiones que presentan el mayor índice son, el Suroeste, seguido de Occidente y Oriente, con 20, 18 y 17, respectivamente.

**Índice de Friz:** El indicador para el Departamento, en 2023 fue de 94.1, encontrando la población en un patrón de madurez. Este resultado viene decreciendo paulatinamente en el departamento de Antioquia. En el 2015 se ubicó en 117,6 por tanto, se considera que Antioquia es una población madura y para el año 2023 continuó dentro de esta categoría. El comportamiento de este indicador presenta algunas variaciones al analizarse por subregiones, debido a los factores sociales y culturales, propios de cada territorio. Se resaltan las subregiones de Bajo Cauca y Urabá, que se consideran como una población joven, con un indicador de 157 y 146 respectivamente, mientras las subregiones de Valle de Aburrá y Oriente, presentan una población más madura.

Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica. Antioquia, 2015, 2023 y 2030.

Índice Demográfico	Año		
	2015	2023	2030
Poblacion total	6.134.953	6.848.360 <span style="color:red">↑</span>	7.138.678 <span style="color:red">↑</span>
Poblacion Masculina	2.964.069	3.304.483 <span style="color:red">↑</span>	3.441.319 <span style="color:red">↑</span>
Poblacion femenina	3.170.884	3.543.877 <span style="color:red">↑</span>	3.697.359 <span style="color:red">↑</span>
Relación hombres:mujer	93,48	93,24 <span style="color:red">↑</span>	93 <span style="color:green">↓</span>
Razón niños:mujer	26	24 <span style="color:green">↓</span>	21 <span style="color:green">↓</span>
Índice de infancia	23	20 <span style="color:green">↓</span>	18 <span style="color:green">↓</span>
Índice de juventud	26	24 <span style="color:green">↓</span>	21 <span style="color:green">↓</span>
Índice de vejez	12	16 <span style="color:red">↑</span>	19 <span style="color:red">↑</span>
Índice de envejecimiento	54	79 <span style="color:red">↑</span>	106 <span style="color:red">↑</span>
Índice demográfico de dependencia	45,4	44,3 <span style="color:green">↓</span>	46,2 <span style="color:red">↑</span>
Índice de dependencia infantil	33,3	28,9 <span style="color:green">↓</span>	26,2 <span style="color:green">↓</span>
Índice de dependencia mayores	12,1	15,4 <span style="color:red">↑</span>	20,0 <span style="color:red">↑</span>
Índice de Friz	117,6	94,1 <span style="color:green">↓</span>	78,9 <span style="color:green">↓</span>

Fuente: - DANE.

Tabla 9. Otros indicadores de estructura demográfica por subregión. Antioquia 2023

Índice Demográfico	Magdalena medio	Bajo Cauca	Nordeste	Norte	Occidente	Oriente	Suroeste	Uraba	Valle de Aburrá
Poblacion total	110.367	266.363	208.418	256.264	220.403	716.649	384.751	538.597	4.146.548
Poblacion Masculina	56.242	132.220	104.807	129.697	111.343	352.971	192.703	263.008	1.961.492
Poblacion femenina	54.125	134.143	103.611	126.567	109.060	363.678	192.048	275.589	2.185.056
Relación hombres:mujer	103,91	98,57	101,15	102,47	102,09	97,06	100,34	95,43	89,77
Razón niños:mujer	32,62	40,26	31,50	29,12	34,41	25,54	25,94	35,92	19,14
Índice de infancia	24,42	31,31	25,18	23,79	24,70	20,48	20,40	30,14	17,01
Índice de juventud	22,87	24,41	23,92	23,97	21,98	22,80	21,35	25,64	24,24
Índice de vejez	13,84	10,16	13,80	13,62	16,53	16,67	19,00	9,35	16,70
Índice de envejecimiento	56,70	32,43	54,81	57,25	66,93	81,43	93,12	31,03	98,18
Índice demográfico de dependencia	51,27	61,28	52,95	49,31	57,22	46,85	50,53	57,03	39,47
Índice de dependencia infantil	36,94	50,50	38,51	35,51	38,83	30,07	30,71	47,33	23,72
Índice de dependencia mayores	14,34	10,78	14,44	13,80	18,39	16,79	19,82	9,70	15,75
Índice de Friz	111,27	157,04	123,67	112,68	122,92	96,02	102,05	146,32	79,34

Fuente: - DANE.

### 1.2.3. Dinámica demográfica

La dinámica poblacional, depende de distintos fenómenos demográficos, entre los que se encuentran: la natalidad, la mortalidad y las migraciones (internas y entre países). Las combinaciones de estos fenómenos, interdependientes entre sí, supone la velocidad de las modificaciones de la población y dan cuenta de la transición demográfica, que en sus inicios pretendió explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos, que se produjeron en los países desarrollados y establecieron una relación de causalidad entre población, desarrollo y crecimiento demográfico. Hoy día la transición demográfica evalúa el efecto de cuatro grandes riesgos sociodemográficos: la alta mortalidad, la elevada fecundidad, el acelerado crecimiento demográfico y la estructura etaria joven. Actualmente el país y territorio han pasado por distintas etapas y esta dinámica, puede decirse que se ubica en una transición

avanzada, con natalidad y mortalidad moderadas, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1%.

### 1.2.3.1. Natalidad

Según el DANE, en el año 2020, en Antioquia se presentaron 73.610 nacimientos (10,4 por mil habitantes). Se observa en los últimos años, una tendencia en la disminución de la tasa de natalidad en el Departamento.

La mujer viene posicionándose como cabeza visible de muchos hogares dentro del territorio y teniendo más control sobre su propio derecho de reproducción y toma de decisiones frente a éste. Se debe prestar especial atención a factores sociales, económicos y culturales, que determinan cambios en las tasas de natalidad como:

- Acceso a los programas de planificación familiar, con una mejor cobertura en todas las subregiones del Departamento y el ingreso a éstos a temprana edad, tanto para hombres como para mujeres.
- La disponibilidad en cobertura educativa hacia la mujer, lo cual ha permitido que ellas tengan más acceso al mercado laboral, siendo las líderes en sus hogares, han dejado de un lado las grandes diferencias entre el número de hijos, según el grado educativo, condición social y procedencia (urbana o rural). Hoy en los hogares, no se piensa en una familia numerosa a diferencia de años anteriores.
- La inclusión en el mercado laboral, que muchas veces influye para postergar la edad de tener hijos en las familias, además de la construcción de un proyecto de vida en la población joven, lo que incide en el aplazamiento de la maternidad – paternidad o la decisión de no tener hijos.

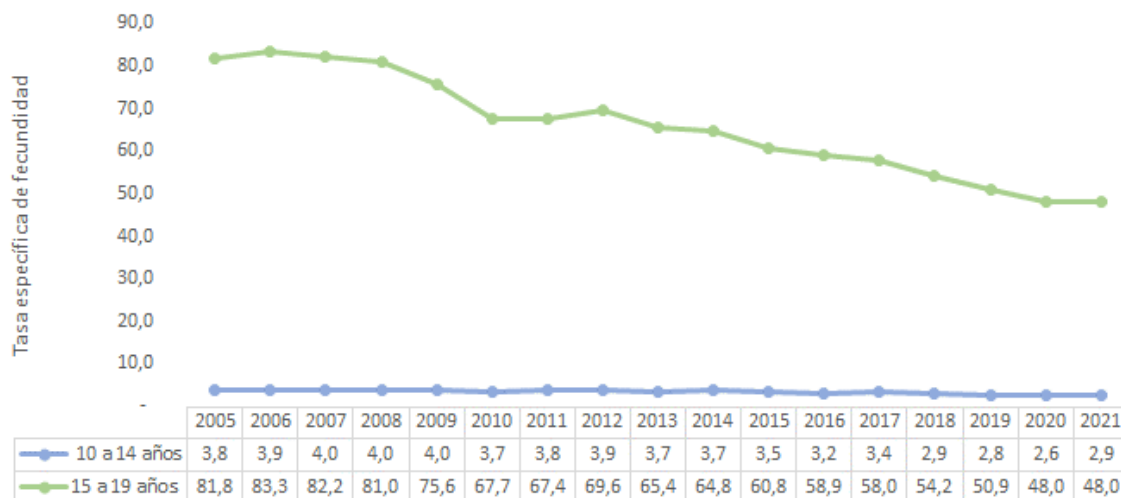
La natalidad está asociada con la fecundidad, dada la relación existente entre el número de nacimientos y la cantidad de hijos por mujer. Se estima que, durante el año 2021 en Antioquia, la tasa general de fecundidad fue de aproximadamente 41 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 49 años, y el promedio de hijos por mujer fue aproximadamente de uno.

El comportamiento de la tasa de fecundidad en mujeres menores de 19 años, mostró una tendencia a la disminución, derivada principalmente por el comportamiento en el grupo de 15 a 19 años, que han sido objeto de múltiples campañas de prevención del embarazo adolescente y promoción de la planificación familiar. Llama la atención, que si bien, en los últimos 10 años, la tasa de fecundidad en las adolescentes de 10 a 14 años ha disminuido esta, continúa siendo elevada (2,6). En este grupo no deberían ocurrir gestaciones, sin embargo, se presentan en la mayoría de las veces por efectos de la violencia contra las niñas y adolescentes, confirmando que

el fenómeno no ha tenido los suficientes controles a pesar de las políticas y programas implementados.

A nivel subregional se destacan las subregiones de Urabá y Bajo Cauca que presentan las mayores tasas de fecundidad, superando ampliamente los indicadores departamentales.

Figura 24. Tasa de fecundidad en adolescentes, Antioquia 2005 – 2021.



Fuente: DANE.

Tabla 10. Tasa bruta de natalidad y tasas de fecundidad por subregión. Antioquia 2021

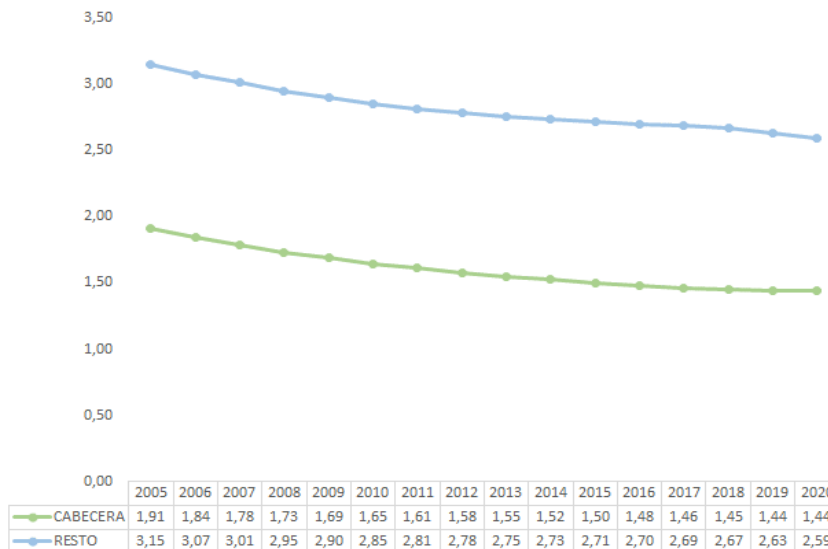
SUBREGION	Tasa bruta mortalidad	Tasa bruta natalidad	Tasa global fecundidad	Tasa general fecundidad	Total	Tasa específica de fecundidad 2021										Sin dato									
						10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34			35 a 39		40 a 44		45 a 49		50 a 54		
						Tasa por 1000 mujeres	No	Tasa por 1000 mujeres	No	Tasa por 1000 mujeres	No	Tasa por 1000 mujeres	No	Tasa por 1000 mujeres	No		Tasa por 1000 mujeres	No	Tasa por 1000 mujeres	No	Tasa por 1000 mujeres	No	Tasa por 1000 mujeres	No	
TOTAL	5,2	10,4	1,3	40,8	73.610	699	3,0	12518	50,4	21011	74,6	18177	61,3	12653	45,5	6620	25,7	1796	7,7	114	0,5	18	0,1	4	
DEPARTAMENTO																									
MAGDALENA MEDIO	5,6	12,7	1,7	51,9	1.390	13	3,0	316	78,8	413	103,3	333	79,0	198	48,3	89	23,0	20	5,6	2	0,7	6	2,0	0	
BAJO CAUCA	5,2	18,0	2,2	71,5	4.778	107	8,1	1360	115,3	1397	130,3	976	90,4	557	54,2	295	32,6	81	10,4	5	0,8			0	
URABA	4,2	21,6	2,6	84,0	12.047	222	8,5	2970	121,5	3584	154,7	2623	113,1	1628	74,4	775	39,3	219	12,7	23	1,7	3	0,2	0	
NORDESTE	5,0	12,0	1,6	49,5	2.554	39	4,5	595	71,2	822	100,3	550	66,2	309	39,8	172	24,6	61	9,6	5	0,9	1	0,2	0	
OCCIDENTE	5,3	10,5	1,5	45,6	2.334	34	3,9	517	62,8	705	89,0	506	64,5	339	45,1	169	23,6	60	9,0	3	0,5	1	0,2	0	
NORTE	4,9	10,2	1,3	41,4	2.627	36	3,4	555	53,9	799	80,4	585	59,9	391	41,6	192	21,5	59	7,3	9	1,3	1	0,1	0	
ORIENTE	4,8	10,3	1,4	42,4	7.688	40	1,6	1123	44,3	2183	78,7	1967	69,1	1408	51,6	728	27,4	223	9,1	13	0,6	3	0,1	0	
SUROESTE	5,7	8,8	1,3	37,6	3.409	39	2,8	764	55,5	1053	78,2	740	55,9	491	38,2	222	17,3	93	7,3	6	0,5		0,0	1	
VALLE DE ABURRA	5,4	8,6	1,1	32,6	36.783	169	1,4	4318	30,4	10055	57,0	9897	52,0	7332	41,5	3978	24,5	980	6,7	48	0,4	3	0,0	3	

Fuente: DANE. Procesada: SSSA

Nota: Aproximación de embarazos ocurridos en el año. Suma de nacimientos y muertes fetales.

A nivel de zonas geográficas, la tasa de fecundidad global en el Departamento, tiene una incidencia mayor en las áreas rurales que las urbanas.

Figura 25. Tasa global de fecundidad por área, Antioquia 2005 -2020



Fuente: DANE.

### 1.2.3.2. Mortalidad

La información de mortalidad, es básica para el conocimiento de las condiciones de salud, del nivel de vida y del acceso a servicios médicos de buena calidad, y resulta especialmente útil para formular políticas y adoptar decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios de asistencia, además del aporte desde la visión demográfica, en la estimación de la población y el crecimiento de la misma. Conocer esta información, permite establecer medidas preventivas para los grupos poblacionales que más las necesitan y de esta forma, optimizar la distribución de los recursos disponibles, con las consiguientes mejoras en la atención de la salud.

Al comparar y visualizar las tasas de crecimiento natural, natalidad y mortalidad, y teniendo en cuenta la actualización que realizó el DANE, en cuanto a los datos de población que proyectó y reajustó a partir del censo 2018, los cambios en las tasas de los indicadores de la dinámica demográfica que antes se presentaban pueden llamar la atención frente a las cifras. En general, los indicadores muestran un comportamiento descendente en los últimos 15 años, producto de la transición demográfica que se vive en Antioquia.

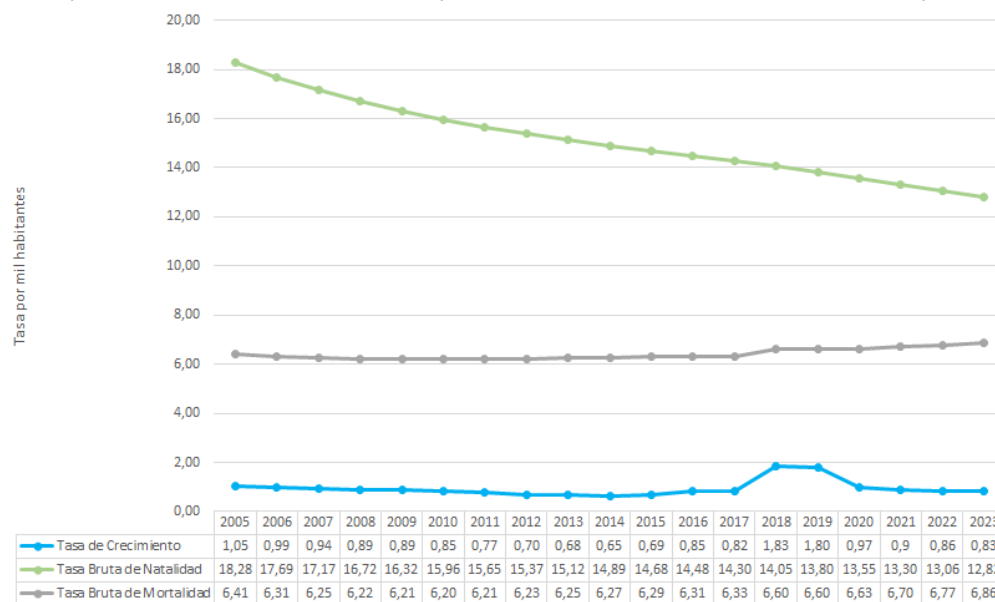
A pesar de que el Departamento tiene una tendencia de aumento en su población, las tasas de crecimiento natural muestran que el incremento o velocidad en que ocurre es cada vez menor, es decir, la población antioqueña ha venido creciendo a un ritmo lento; muy afín al panorama nacional.

La variación entre 1973 y 2018 (último censo DANE) muestran ese comportamiento pasando de

tasas de crecimiento poblacional intercensal moderadas del 2% a una tasa baja con cifras inferiores al 1% en 2018, pero positivas, indicando aún, que hay mayor número de nacimientos que de muertes en nuestro territorio.

De acuerdo con la dinámica demográfica de las subregiones se presentan variaciones en estos indicadores de crecimiento poblacional, que son ilustradas en las siguientes figuras:

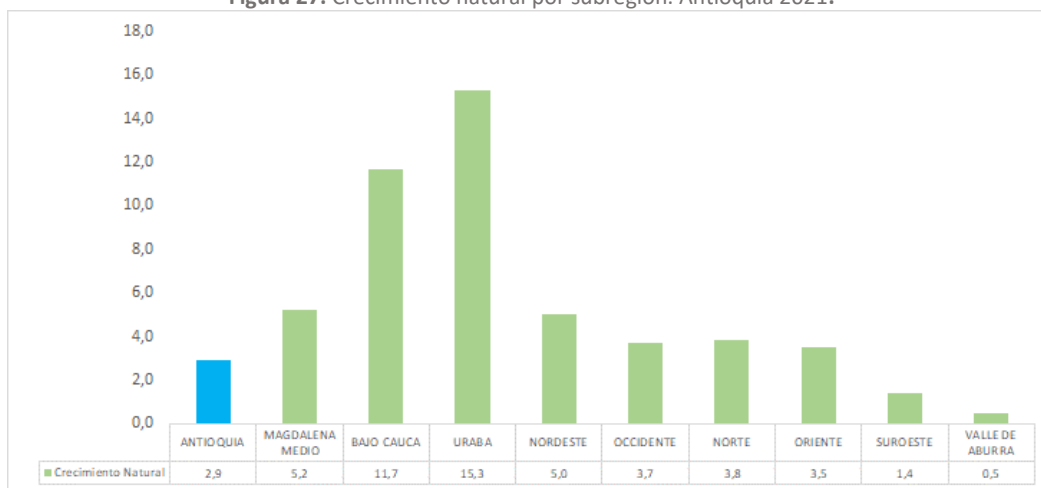
Figura 26. Comparación entre la tasa de crecimiento y las tasas brutas de natalidad, mortalidad. Antioquia 2005 – 2023.



Fuente: DANE.

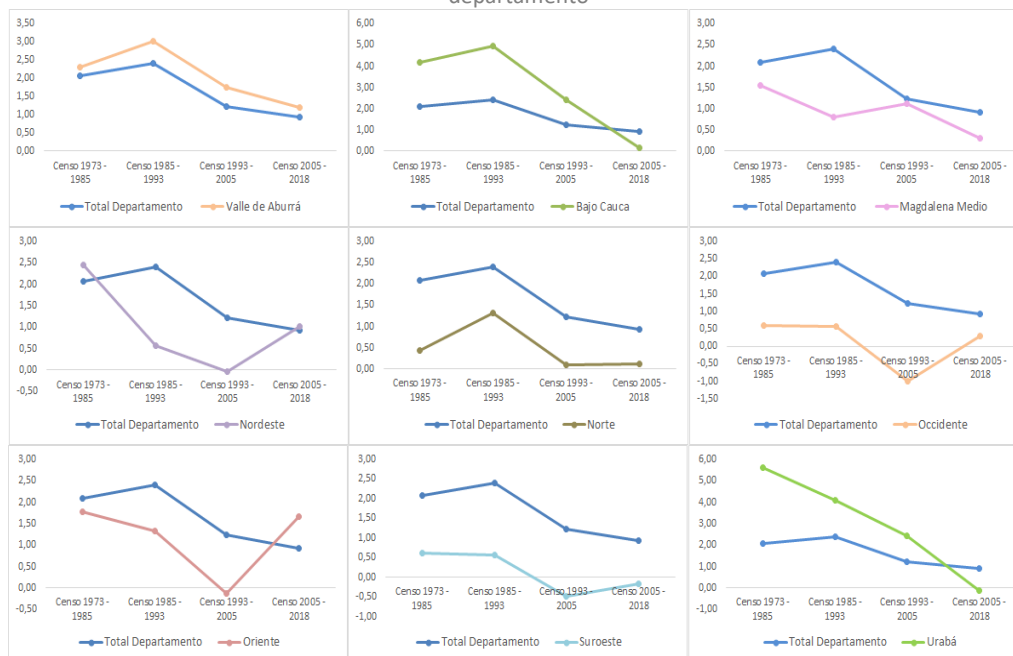
Nota: Estimaciones años 2005-2017; Proyecciones años 2018-2023

Figura 27. Crecimiento natural por subregión. Antioquia 2021.



Fuente: DANE 2021. Procesa SSSA

Figura 28. Comparación de tasas de crecimiento poblacional intercensal 1973, 1985, 1993, 2005 y 2018, subregiones y total departamental



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Cálculos Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia - Dirección Sistemas de Indicadores.

El comportamiento de los indicadores demográficos ha sido de interés histórico, es por lo que a lo largo del tiempo encontramos múltiples estudios, encaminados a conocer la dinámica de estos y los factores que influyen en sus resultados, lo anterior, como mecanismo para identificar aquellas causas que afectan negativamente la población y la mejor forma de intervenirlos.

En resumen Antioquia, es un departamento con gran riqueza y heterogeneidad a nivel geomorfológico, cultural y poblacional, lo que implica que cada subregión presenta un comportamiento diferente en sus condiciones y estilos de vida, por tanto, se debe analizar de forma individualizada, para entender las diferentes necesidades de intervención y las estrategias, programas y proyectos por subregión, según sus características únicas y la forma de llegar a sus habitantes, respetando su cultura y su idiosincrasia.

Es así como el Departamento cuenta dentro de su territorio con subregiones donde su población es mucho más joven frente a otras, condición que se considera que pueda incidir en las altas tasas de fecundidad y natalidad, situación que se refleja en las subregiones de Urabá y Bajo Cauca.

En cuanto a la tasa bruta de mortalidad se destaca la subregión de Urabá que presenta la menor; mientras que las subregiones del Suroeste y Magdalena Medio presentan las mayores tasas brutas de mortalidad para el departamento de Antioquia en el último año revisado.

Lo anterior permite comprender de cierta manera, que las subregiones de Urabá y Bajo Cauca presentan una mayor tasa de crecimiento natural.

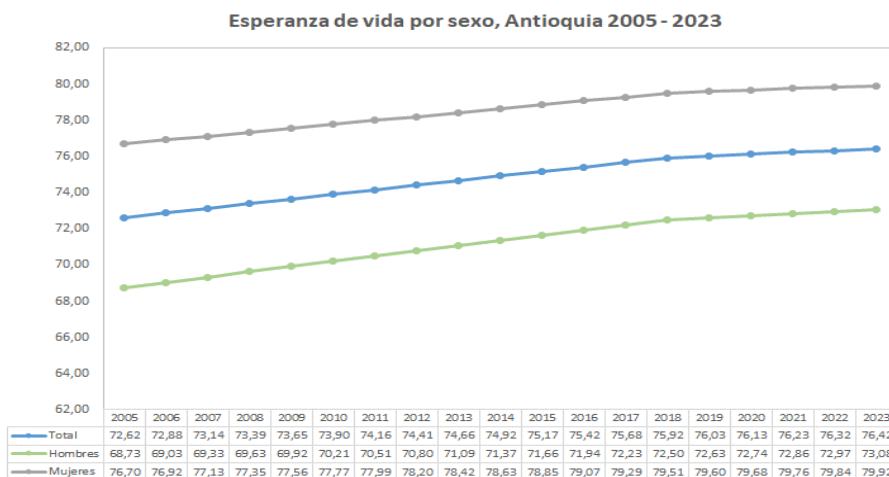
Es importante mencionar que, para el departamento de Antioquia, se realiza el análisis de la fecundidad, tomando como numerador una aproximación de las gestaciones, éste es calculado como la sumatoria de los nacidos vivos, más las muertes fetales; lo anterior debido a que el Departamento ha considerado relevante conocer el resultado de la gestación independiente de su desenlace.

### 1.2.3.3. Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida, es la expresión del desarrollo socioeconómico del país y del desarrollo integral del sistema de salud, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad. (Banco Mundial, 2013)

Desde el censo de 2005 las cifras vienen mostrando un aumento progresivo de la esperanza de vida de la población en el Departamento; para ese entonces cuando nacía un antioqueño, se esperaba que viviera 72 años, hoy día, se espera que viva 76 años. Sin embargo, la esperanza de vida ha mantenido diferencias por género, específicamente para el caso de las mujeres, donde su expectativa es de 7 años más (80 años).

Figura 29. Esperanza de vida al nacer por sexo. Antioquia 2005-2023



Fuente: DANE.

### 1.2.4. Movilidad forzada

Todas las formas de migración, muestran un panorama de conexión con un contexto mundial de movilidad humana, en el que las guerras internas, juegan un papel vital, con las cuales, desde la



perspectiva de las personas se experimenta miedo, desarraigo, deslocalización y trashumancia, sin dejar atrás los grupos sociales, la lucha, no solo para salvar la vida, sino para integrarse y ser reconocidos en esas nuevas sociedades, ya sea en otro país, región u otra ciudad e incluso otro barrio de la misma localidad.

La diferenciación del hecho victimizante del desplazamiento forzado respecto de las demás violaciones a los derechos humanos- DDHH e infracciones al derecho internacional humanitario- DIH reconocidos por la Unidad de Atención y Reparación a las víctimas- UARIV, responde a las necesidades de caracterización y atención adicionales derivadas del cumplimiento a la sentencia T-025 de 2004, por la cual se declaró el Estado de Cosas Inconstitucional, señalando que se ha configurado una violación masiva, generalizada y estructural de los derechos fundamentales de la población desplazada. En relación al desplazamiento forzado a nivel del territorio colombiano, del total de personas víctimas, 8.549.416 están reconocidas bajo este hecho victimizante, representando un 89.1% del total de la población; para Antioquia están reconocidas 1.611.283, representando un 84.6% del total de víctimas del territorio.<sup>4</sup>

Es importante mencionar que la ley 1448 de 2011 establece la siguiente categorización de hechos victimizantes para recoger a toda la población víctima del conflicto armado: Acto terrorista – Atentados- Combates- Enfrentamientos- Hostigamientos, Amenaza, Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado, Desaparición forzada, Desplazamiento forzado, Homicidio, Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado, Secuestro, Tortura, Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados, Abandono o Despojo Forzado de Tierras, Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles, Lesiones Personales Físicas, Lesiones Personales Psicológicas y Confinamiento.

### 1.2.4.1. Víctimas del conflicto armado

Es importante aclarar que toda la información suministrada en este capítulo, está basada en diferentes fuentes de información como la página de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas – UARIV-, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud – EAPB- Programa de Atención Integral en Salud a Víctimas de Minsalud- PAPSIVI- entre otras.

El concepto de víctima del conflicto armado se define dentro de la Ley 1448 de 2011 como “Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.”<sup>5</sup>

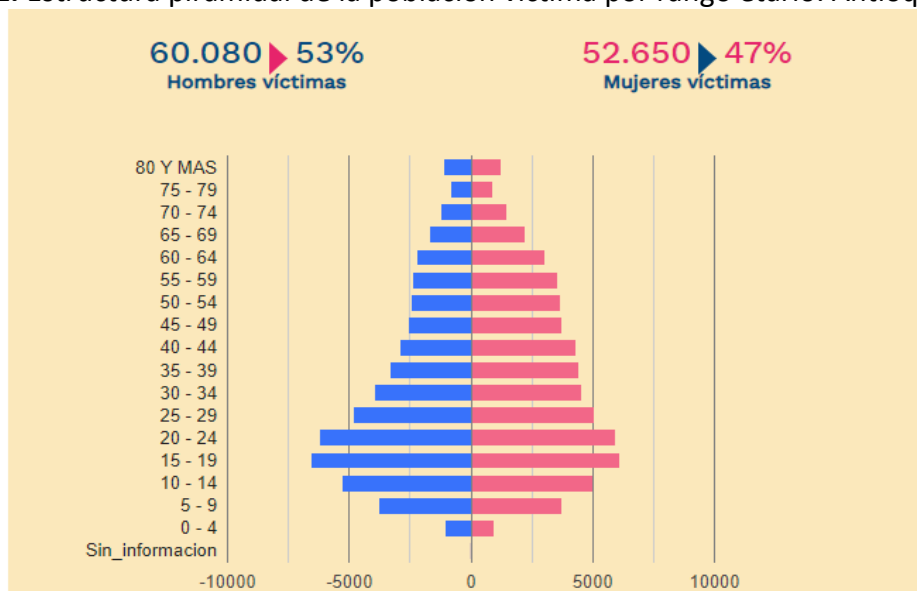
<sup>4</sup> Registro Único de Víctimas – RUV- Unidad de atención y reparación integral a víctimas (UARIV)

<sup>5</sup> Ley 1448 de 2011 Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

De acuerdo con la información disponible de población víctima del conflicto armado, según cifras suministradas por la Red Nacional de Información, administrada por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas- UARIV, al 30 de octubre de 2023 para el país se reportan: 9'593.356; con probable residencia en el departamento de Antioquia, se tenían identificadas un total de 1'903.660 personas víctimas de ocurrencia y 1'550.708 por ubicación. Cifra que representa el 22.2 % de la población, superando la cifra global para el país del 18.3%.<sup>6</sup>

Las víctimas acceden a la reparación integral enmarcada en la Política Pública de atención y reparación a las víctimas del conflicto armado, compuesta por cinco medidas: restitución, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición y rehabilitación, siendo esta última medida concerniente al sector salud. El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas- PAPSIVI- hace tangible la medida de rehabilitación en salud y se define como “El conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial. Podrán desarrollarse a nivel individual o colectivo y en todo caso orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante”, con el objetivo mitigar el sufrimiento emocional y físico de las víctimas y adicionalmente reconstruir el tejido social en sus comunidades.<sup>7</sup>

**Figura 1.** Estructura piramidal de la población víctima por rango etario. Antioquia 2023



Fuente: Unidad para la Atención de Víctimas 2023.

<sup>6</sup> Registro Único de Víctimas – RUV- Unidad de atención y reparación integral a víctimas (UARIV)

<sup>7</sup> Artículo 164 del decreto 4800 de 2011 Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones.

La identificación de la configuración de la pirámide poblacional víctima, permite proyectar la dinámica de crecimiento en este caso de las afectaciones por grupos etarios y tránsito generacional de su población, así como identificar la afectación por sexo/grupo etario. El conocimiento de las necesidades, características y particularidades a las que están expuestas las personas de cada etapa durante el curso de la vida, implica un entendimiento, comprensión y abordaje diferencial. Este abordaje está relacionado a su vez con el enfoque de derecho y poblacional, permitiendo al sector salud establecer planes, programas y proyectos que atiendan a las necesidades reales de la población víctima y ordenadas por la normatividad que ordena la rehabilitación integral.

En relación al año 2023, se aprecia que la pirámide, aunque continúa teniendo una desviación hacia la izquierda, con concentración de hechos victimizantes en hombres con los grupos etarios de adolescencia y adulto joven, hay una tendencia a la generalización de las afectaciones, tomando la pirámide una leve tendencia a forma rectangular. Lo que denota que continúa incrementándose la proporción de población afectada por el conflicto armado, no solo en número, sino en grupos etarios. La mayor afectación es en hombres a nivel global, pasando de 51.878 a 60.080 en lo que va corrido del año; con predominio de mayor afectación en etapa de adolescencia y adulto joven. Para las mujeres el grupo etario con mayor afectación cambio levemente en relación al año anterior, pasando de ser el grupo más afectado adulto joven y medio, al grupo de adulto Joven en el presente año. Esto implica una alteración en la construcción de proyecto de vida a nivel personal y familiar, así como los accesos y oportunidades a nivel educativo, laboral, desarrollo comunitario, de pareja, entre otros, sumado al desplazamiento que conlleva desarraigo, pérdida de valores y tradiciones culturales, hacinamiento, incremento de zonas pobreza y mayor demanda de atención integral por parte de las entidades correspondientes.

Dentro de la implementación de la medida de reparación, el eje articulación Nación- territorio, habla de cumplir con las siguientes competencias para garantizar la atención integral con enfoque psicosocial a la población víctima del conflicto armado: aseguramiento, oferta del programa, formación al talento humano en enfoque psicosocial y atención con enfoque psicosocial a la población víctima. Competencias que se han venido desarrollando de manera gradual, progresiva y por concurrencia.

Actualmente la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia cuenta con un equipo de profesionales Psicosociales y del área de la salud, cuya labor principal es el fortalecimiento territorial en la medida, con todos los actores del SGSSS. Desde la territorialización de la medida se “diseña, coordina y monitorea el plan de implementación del protocolo, así como las estrategias, planes y acciones de atención psicosocial y de salud integral con enfoque psicosocial a víctimas, tomando en consideración las particularidades de carácter

individual y colectivo, y teniendo en cuenta las diferencias de género, ciclo vital, etnia y territorio”<sup>8</sup>, según disposiciones del Decreto 4800 de 2011.

El PAPSIVI es una de las estrategias para abordar la integralidad en salud; como programa, consta de dos componentes articulados entre sí: Atención integral en salud y Atención psicosocial. Para la atención psicosocial desde el 2017. El Ministerio de Salud y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia han dispuesto equipos de profesionales de disciplinas psicosociales, en cada uno de los municipios de residencia de las víctimas reconocidas en el Registro Único de Víctimas, cobijadas por órdenes judiciales, procesos de justicia y paz, restitución de tierras, medidas cautelares, búsqueda de personas desaparecidas y violencias basadas en género.

Dichas atenciones se brindan en modalidad individual, familiar o comunitaria, según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. En el año 2022 se inició la etapa de transición del programa, que busca unir los dos componentes del PAPSIVI, bajo los lineamientos del protocolo de atención en salud integral. Desde el año 2020 al 2023 se han intervenido por Minsalud y/o SSSA por concurrencia 112 mpios de los 125.

Desde enero del presente año al 31 de octubre del 2023 se intervinieron con el programa bajo el marco de la transición a la atención integral en salud – Atención psicosocial y atención en salud por los Equipos de Atención Integral en Salud EAI- 61 de los 125 municipios obteniendo como resultado los siguientes datos:

<b>Total personas atendidas</b>	<b>23.973</b>
<b>Total planes de atención integral en modalidad individual y/o familiar</b>	<b>6.228</b>
<b>Total de atenciones a las personas que participaron de la implementación del programa de manera integral</b>	<b>188.205</b>

Fuente: Implementación PAPSIVI SSSA. Antioquia 2023

Estas atenciones, garantizan una atención por los equipos de salud y psicosocial (EAI) de manera integral, desde la IPS de atención básica asignada.

Es de resaltar que el segundo componente del programa, que se enmarca dentro del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y diferencial a Víctimas, cobra mayor relevancia en este proceso de transición con sus 5 líneas: Coordinación, Caracterización de la Población, Formación, Atención y Seguimiento, e incorpora la atención psicosocial al SGSSS a través del decreto 1650 de 2022<sup>9</sup>. Cada línea cuenta con diferentes acciones y responsables para lograr la articulación y finalmente la oferta de una atención en salud, como ya se ha mencionado con enfoque psicosocial y diferencial. El desarrollo de este componente es directa responsabilidad

<sup>8</sup> Artículo 165 del decreto 4800 de 2011 Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones.

<sup>9</sup> Decreto 1650 de 6 de agosto de 2022 por el cual se reglamenta la atención psicosocial dentro del SGSSS.

de los actores del SGSSS, para los que se cuenta con asesorías y asistencias técnicas de manera permanente para la implementación de dicho protocolo de atención.

Es importante anotar que se reconoce que las entidades del sector salud no fueron pensadas como entidades de atención a población víctima, sino que han tenido que adaptarse poco a poco para recibir y manejar esta demanda, el protocolo pues, se constituye como un aporte específico para tal adaptación sectorial de los procesos encaminados a la atención de población víctima.

Las EAPB con su red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS-, son las directamente responsables de implementar la atención en salud y ofrecer los planes de atención integral por los EAI, en una ruta donde las víctimas sean atendidas según las indicaciones técnicas del protocolo. Al respecto la Secretaría de Salud Departamental, en el marco de sus competencias, viene asistiendo técnicamente a las EAPB e IPS en los lineamientos de implementación de dicho protocolo. Para esto cuenta con dos escenarios que transversalizan el seguimiento a la implementación como la Mesa Técnica de las EAPB, que sesiona periódicamente; el otro escenario es en el que se realiza seguimiento a cada una de ellas, a través de las visitas de inspección y vigilancia, para garantizar el cumplimiento de la norma.

Desde el componente de formación del protocolo de atención en salud y según las disposiciones de la Resolución 1166 de 2018,<sup>10</sup> la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, continua generando articulación con instituciones de educación superior e instituciones para el trabajo y el desarrollo humano, con el objetivo de fortalecer la formación y certificación en atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, de los servidores de las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas-SNARIV y talento humano en salud (EAI, administrativos de la red prestadora, Direcciones locales de salud y EAPB).

Los componentes del protocolo en mención, brindan el soporte y bases para llegar al objetivo de brindar la atención integral en salud con enfoque psicosocial.

#### 1.2.4.2. Distribución de la población víctima

Hasta el 30 de octubre de 2023 en Colombia se han registrado 9'593.356 víctimas, según los reportes entregados por la Unidad para las Víctimas, de estas 7'557.204 son sujetos de reparación y/o atención.

En el departamento de Antioquia la cifra de víctimas asciende a un total de 1'903.660 personas víctimas de ocurrencia y 1'550.708 de ubicación. El hecho preponderante es el desplazamiento forzado con 1'611.283 personas, seguido del homicidio con 321.718 personas afectadas y la

<sup>10</sup> 10Resolución 1166 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado y se dictan otras disposiciones

tercera condición son las víctimas de amenaza con 126.469, además de otras formas de violencia como las que se encuentran en la siguiente tabla.

Tabla 11. Hechos victimizantes en Antioquia

<b>Hechos Victimizantes Desagregado</b>	
<b>Hecho Victimizante</b>	<b>Víctimas</b>
Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	8.284
Amenaza	129.469
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	5.540
Desaparición forzada	46.994
Desplazamiento forzado	1.611.283
Homicidio	321.718
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	2.469
Secuestro	8.416
Tortura	1.765
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados	1.689
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	7.394
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	11.821
Lesiones Personales Físicas	2.982
Lesiones Personales Psicológicas	3.251
Confinamiento	5.022
Sin información	7.232

Fuente: Registro Único de Víctimas 2023

El presente año, se ha impulsado la caracterización de la población víctima del conflicto armado, como cumplimiento a uno de los componentes del protocolo de atención en salud.

Es importante aclarar que, para la actualización del ASIS, a pesar de ser reconocidos como población vulnerable, y la normativa solicita un capítulo diferencial para la población víctima, hay aspectos limitantes para el acceso y manejo de los datos de fuentes confiables y unificadas.

- En muchas entidades no se cuenta con esta información, aún se encuentran en proceso de ajuste para la incorporación de la misma en las bases de datos e información en general.
- Las diferentes fuentes de reconocimiento de víctimas del conflicto armado, no están unificadas, ni se cuenta con un único acceso para su consulta. Actualmente se cuenta con:
  - El Registro Único de Víctimas (RUV), donde se encuentran las víctimas reconocidas por ley 1448 de 2011.
  - Víctimas reconocidas por órdenes judiciales, declaraciones extra juicio, tutelas – de las que no hay base de datos unificada ni de acceso-. Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) – base de datos que suministra Min salud periódicamente con firma de acuerdo de confidencialidad para su uso y/o divulgación-
- La plataforma de consulta RUV es de acceso limitado para las entidades prestadoras de salud o entes locales.

- Desde el Ministerio de Salud y la Protección social, no hay un lineamiento muy claro, específico y amplio hasta el momento para el cálculo y abordaje o análisis de las diferentes variables que solicita la caracterización desde el protocolo, no solo de la situación de salud, sino de los recursos socio sanitarios disponibles para el debido cruce de oferta y demanda y brindar atención de manera integral.

Por todo lo anterior la información presentada es un inicio de caracterización específica para la población víctima con las EAPB y algunos municipios, relacionada con aspectos sociodemográficos y primeras causas de consulta y morbimortalidad.

Para el año 2023, al 30 de octubre se contaba con la siguiente situación de aseguramiento de la población víctima del conflicto armado a nivel departamental.<sup>11</sup>

- Total, población víctima afiliada para el presente año 861.955, siendo el 63% residente en zona urbana. Las subregiones con mayor porcentaje de aseguramiento fueron Valle de Aburrá y Urabá. predominando Savia Salud EPS como la EAPB con mayor número de usuarios activos desde el régimen subsidiado y SURA desde el régimen contributivo. Dato muy similar a los de afiliación de población general.
- Porcentaje de afiliación al Régimen Subsidiado de población víctima residente en la Entidad Territorial: 45.74%.<sup>12</sup>.

Se espera que el próximo año se realicen los ajustes necesarios posteriores a este ejercicio y se vaya generando mayor adherencia a la cultura de reporte en todas las entidades y se generen o aclaren algunos lineamientos y estrategias desde el Ministerio de salud y protección social para la unificación de las bases de datos e información general.

Como resultado se presenta la primera aproximación y de manera parcial – algunas EAPB aún no cuentan con el reporte completo- a la caracterización de la población víctima afiliada y atendida en la red prestadora.

Nota aclaratoria: reportaron 9 de 17 EAPB, faltando entidades de todos los regímenes. De este cruce de información entre las EAPB que aportaron la información y su red prestadora, se obtiene la siguiente información de caracterización:

<sup>11</sup> Estadísticas cobertura de aseguramiento octubre 2023 SSSPSA

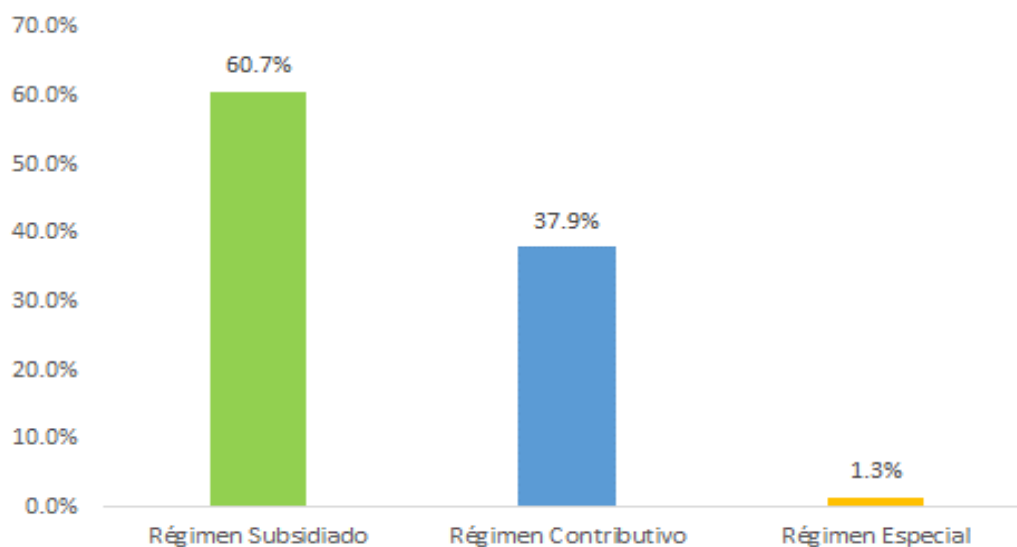
<sup>9</sup> Fuente: Maestro subsidiado Ministerio de Salud y Protección Social - BDUA

Tabla 12. Distribución población víctima según EAPB. Antioquia 2023

NOMBRE EAPB	Nº total de población víctima según EAPB
SAVIA SALUD EPS	537,229
EPS SURA	367,147
SALUD TOTAL EPS	97,144
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS INDIGENA - AIC	20,190
SANITAS EPS	15,179
REDVITAL	13,863
EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN - EPM	338
PROGRAMA DE SALUD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	210
UNISALUD	115

Fuente: Implementación PAPSIVI SSSA. Antioquia 2023

Figura 30. Distribución porcentual de población víctima por régimen de afiliación al SGSSS según EAPB. Antioquia 2023.  
n=1051.485

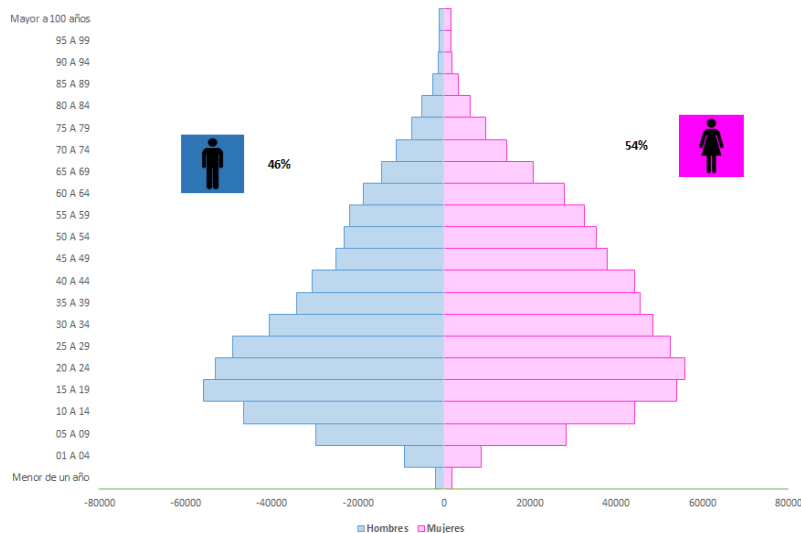


Fuente: Implementación PAPSIVI SSSA. Antioquia 2023

La distribución es similar a la reportada para el departamento en general, predominando Savia Salud como el mayor asegurador en régimen subsidiado para la población víctima y SURA en régimen contributivo.



Figura 31. Estructura piramidal de la Población víctima afiliada a las EAPB. Antioquia 2023. n =1051.485

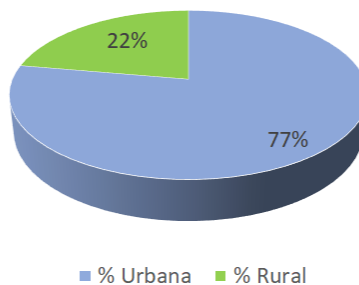


Fuente: Implementación PAPSIVI SSSA. Antioquia 2023

Se toma el consolidado de la población reportada por las EAPB, el que arroja una pirámide creciente, que refleja la cobertura en los diferentes grupos etarios y curso de vida; con algo de similitud a la pirámide general donde predominan además de la cobertura general, un leve aumento a la izquierda y en los grupos de adolescente, adulto joven y medio. Llama la atención la disminución gradual de población adulta mayor como población víctima, teniendo en cuenta que el conflicto armado tiene más de 50 años en nuestro país, podría sugerir que los mayores no han acudido a los entes de notificación para que se les identifique como víctimas, por desconocimiento, temor, desinformación o evasión del suceso, como parte de sus mecanismos de afrontamiento.

Por otro lado, el aumento de la población adolescente, adulto joven y medio representa la vigencia y presencia activa del conflicto armado, con sus impactos ya conocidos en toda la población.

Figura 32. Distribución porcentual de población víctima por zona según EAPB. Antioquia 2023. n =1051.485



Fuente: Implementación PAPSIVI SSSA. Antioquia 2023

La zona de residencia de mayor predominio es la Urbana, no hay certeza del verdadero porcentaje de esta ubicación que podría explicarse en datos desactualizados y/o que los usuarios en muchas ocasiones prefieren aportar una dirección urbana de un conocido o familiar para facilidad de trámites administrativos y atenciones. A esto se suma la movilidad a otros municipios por diferentes causas, como trabajo, seguridad, condiciones económicas, etc.

La falta de cultura de actualización de datos, lleva al desconocimiento real de las zonas de residencia de este grupo poblacional. Esta falta de actualización conlleva en algunas ocasiones a limitación para las atenciones a nivel de atención básica cuando se solicitan en municipios diferentes al de residencia reportado; Las víctimas por desconocimiento o falta de interés, hacen poco uso de figuras como portabilidad, movilidad o traslado para mantener y garantizar la atención permanente. Hay falta de educación en temas de deberes y derechos en salud, así como de las rutas y/o beneficios que tienen en salud.

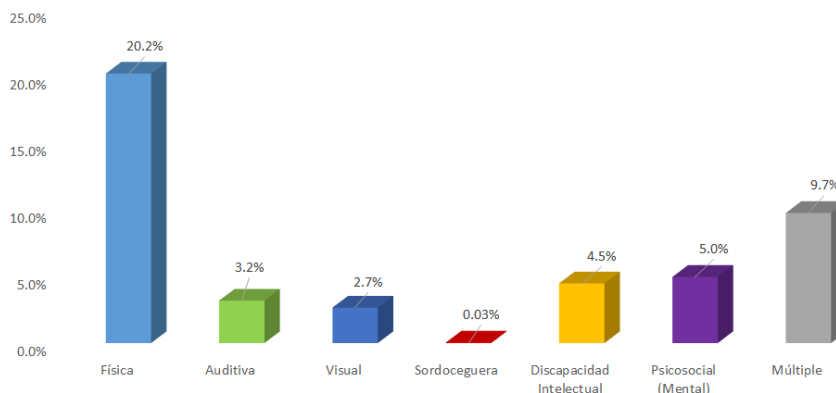
Tabla 13. Distribución de hechos victimizantes según EAPB. Antioquia 2023

Distribución de hechos victimizantes por Población Víctima afiliada	Nº	%
Nº de personas víctimas de desplazamiento forzado	130,311	78.6%
Nº de personas víctimas de homicidio	16,860	10.2%
Nº de personas víctimas con amenaza	12,748	7.7%
Nº de personas víctimas de desaparición forzada	2,190	1.3%
Nº de personas víctimas de pérdidas de bienes o inmuebles	751	0.5%
Nº de personas víctimas de acto terrorista	586	0.4%
Nº de personas con Abandono o despojo forzado de tierras	457	0.3%
Nº de personas víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual	439	0.3%
Nº de personas víctimas de secuestro y tortura	417	0.3%
Nº de personas víctimas de confinamiento	410	0.2%
Nº de personas víctimas de lesiones personales física y psicológicas	337	0.2%
Nº de personas víctimas de vinculación de niños niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	119	0.1%
Nº de personas víctimas de lesiones minas antipersonal	63	0.04%
Nº de personas víctimas de reclutamiento forzado	0	0.0%

Fuente: Implementación PAPSIVI SSSA. Antioquia 2023

La relación de predominio de hechos victimizantes en los afiliados, es similar a la reportada por la UARIV, predominando el desplazamiento, seguido de homicidio. Actos que impactan de manera individual, familiar, grupal y comunitario, lo que reafirma la misionalidad del programa a través de la atención integral con enfoque psicosocial.

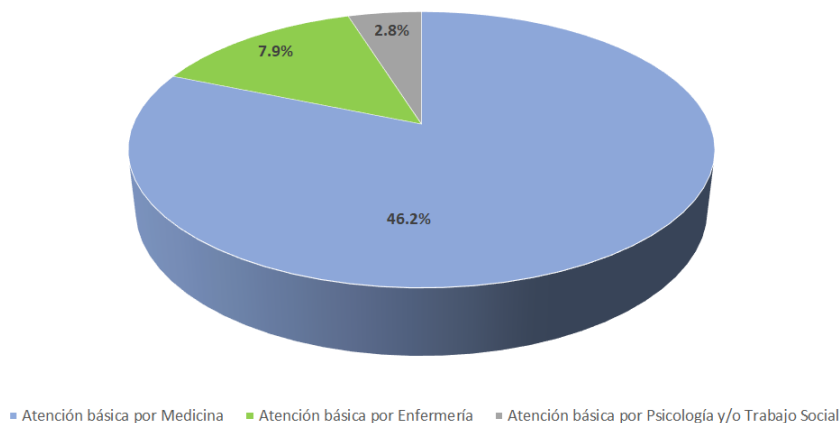
Figura 33. Distribución porcentual del tipo de discapacidad de la población víctima EAPB. Antioquia 2023 n= 5730



Fuente: Implementación PAPSIVI SSSA. Antioquia 2023

La discapacidad debe contemplarse como un factor de riesgo para mayor vulnerabilidad y violación de Derechos Humanos. Esta grafica reporta la población victima con alguna discapacidad, predominado la física y múltiple. Esta relación solo permite conocer la existencia o no de dicha condición entre la población víctima. No puede diferenciarse si fue adquirida o no como producto del conflicto armado.

Figura 34. Distribución porcentual del tipo de atención básica de la población víctima EAPB. Antioquia 2023 n =1.051.485



Fuente: Implementación PAPSIVI SSSA. Antioquia 2023

El protocolo de atención propende por la atención básica con medicina, enfermería y psicología. La distribución de atenciones, refleja un peso porcentual acentuado en la atención por medicina, aproximada al 50%, con un bajo porcentaje entre enfermería y psicología. Entre las tres atenciones suman 56.9% de consultantes. El 43.1% restante no ha consultado en el transcurso del periodo en mención. En relación a los lineamientos del protocolo con el acceso a tres atenciones, solo el 2.8% de los consultantes estarían accediendo a él. El mayor porcentaje de consulta es

desarrollado por medicina, lo que podría ser indicador aun de predominio de uso de los servicios de salud de tipo asistencialista o curativo, falta de atención o insuficiente para la satisfacción de la totalidad de necesidades de salud, lo que genera re -consulta o una mayor facilidad de acceso a esta.

En relación a la baja proporción de las otras dos consultas, es un claro indicador de la falta de oferta, conocimiento y/o acceso a los programas de promoción y mantenimiento de la salud a los que deberían tener acceso y que en su mayoría son gestionados por enfermería. Predominando nuevamente la concepción de la solicitud de atenciones en salud, solo de manera curativa, lo que resta importancia a las otras medidas en salud.

La atención de psicología tiene diferentes factores a tener en cuenta para este bajo reporte, como una oportunidad de atención a largo plazo, lo que hace que las personas desistan de la atención, prejuicios o desconocimiento de la población víctima acerca del que hacer del profesional de psicología, en algunos casos, acceso a consulta médica previa para solicitar autorización de la consulta con psicología, lo que aumenta la dificultad para acceder y/o falta de adherencia a la intervención entre otros.

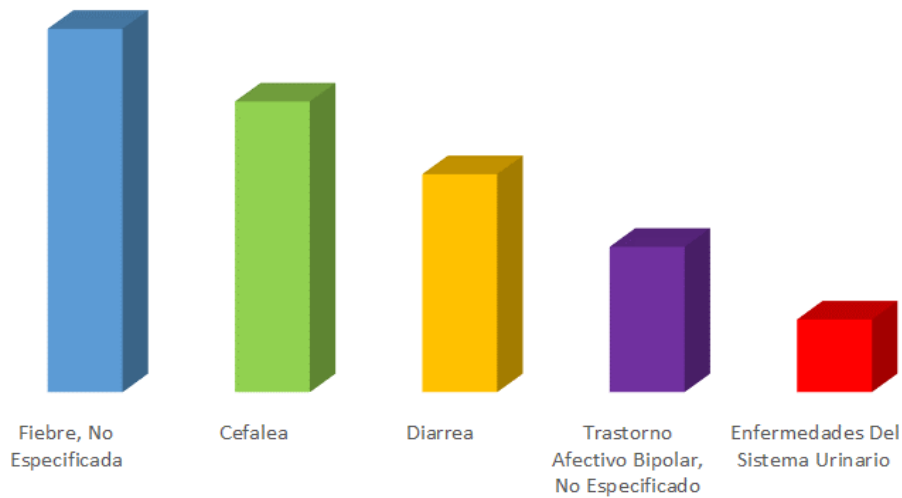
Ahora bien, el grupo de no consultantes, tienen la suma de todos los factores expresados para no acudir a recibir las atenciones en salud, como parte de sus derechos y medida de reparación integral. Se suman la poca credibilidad en la institucionalidad, en el saber y que hacer profesional, dificultad de acceso a las IPS básicas asignadas por factores personales, económicos, laborales entre otros; otras creencias o practicas curativas también podrían influir.

Figura 35. Distribución de las Principales causas de morbilidad (consulta externa) CIE10. Antioquia 2023



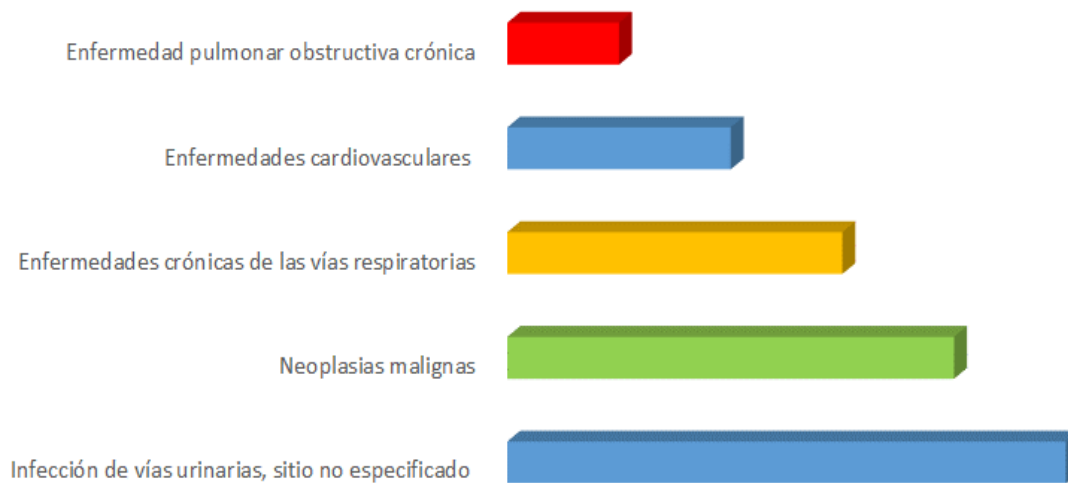
Fuente: RIPS

Figura 36. Distribución de Principales causas de morbilidad (Urgencias) CIE10. Antioquia 2023



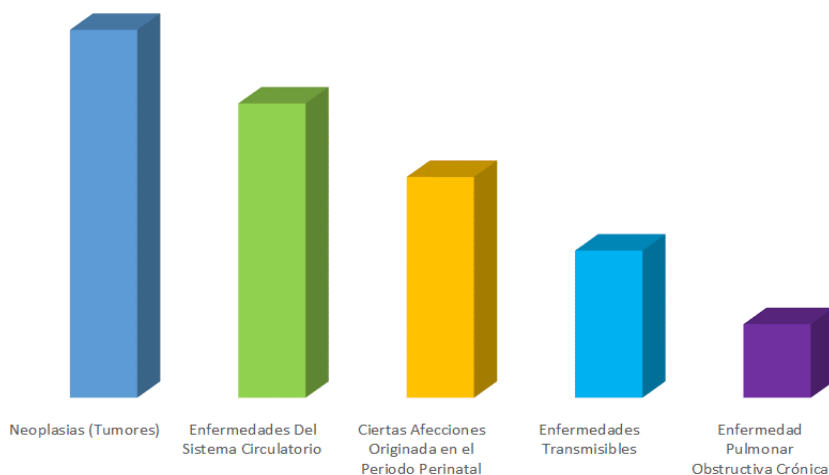
Fuente: RIPS

Figura 37. Distribución de Principales causas de morbilidad (Hospitalización) CIE10. Antioquia 2023



Fuente: RIPS

Figura 38. Distribución de Principales causas de mortalidad. Antioquia 2023



Fuente: Estadísticas vitales

En la relación de morbimortalidad reportada para este periodo, se observa principalmente situaciones de salud relacionadas con afecciones crónicas, que pueden ser comorbilidades simultáneamente. Llama la atención que estadísticamente no son las enfermedades de mayor prevalencia entre los grupos etarios que representan la mayor proporción de la población en la pirámide poblacional, lo que podría indicar que el mayor número de consultantes pueden ser personas en etapa de la adultez media o mayor.

Sin embargo, si se tienen en cuenta los resultados de la revisión sistemática de literatura (MINSALUD-IETS 2017)<sup>13</sup> relacionada con las afectaciones o impactos en la salud física y mental de las víctimas como consecuencia de los hechos victimizantes en el marco del conflicto armado, hay relación entre las causas de morbimortalidad en mención y la prevalencia reportada en el estudio de alteraciones como enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardíaca, complicaciones en el embarazo y el parto, infección de vías urinarias, ciclo menstrual irregular, trastornos psicóticos entre otros.

Con lo anterior, aunque se logra entender parte de la relación etiológica de las afectaciones mencionadas, se visibiliza igualmente la necesidad de continuar ampliando la realización de las caracterizaciones en todo el grupo poblacional, para establecer relaciones entre afecciones, factores de riesgo y hechos victimizantes a que se han visto sometidas las personas víctimas, para generar acciones, planes o programas de manera integral. El protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, como herramienta que operativiza el componente de atención

<sup>13</sup> Castillo Cañón, J. (2017). Afectaciones físicas y mentales en las víctimas del conflicto armado. Una revisión sistemática de la literatura. Universidad de los Andes.

integral en salud, representa una mirada o postura tendiente a comprender las respuestas y los comportamientos de las personas víctimas de hechos violentos y de la vulneración de sus derechos, en un contexto cultural, político, económico, religioso y social determinado<sup>14</sup>. Con el desarrollo del presente análisis, se refleja que hay necesidades sentidas y visibles desde la gestión, atención, educación para la salud e investigación.

La gestión abarca coordinación, socialización, identificación y caracterización de la población, mejoramiento de acceso a los servicios, gestión para la disminución de barreras, oferta, seguimiento de las atenciones y demanda inducida.

En relación a la atención, es importante continuar fortaleciendo los EAI con la competencia de atención con enfoque psicosocial y diferencial, oferta de servicios de promoción y mantenimiento de la salud y el ingreso a la ruta de atención integral con enfoque psicosocial.

La educación para la salud, es una necesidad de conocimiento no solo de los deberes y derechos en salud, sino también de los factores de riesgo, estilos de vida saludable y orientación en el acceso a los diferentes planes, programas y atenciones a que tienen derecho por su plan de beneficios y por ser población vulnerable.

La investigación debe propender por ampliar el conocimiento de los diferentes aspectos que llevan a las personas víctimas a enfermar, en el marco de las afectaciones por los hechos victimizantes, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales, étnicos, curso de vida, interseccional entre otros.

### 1.2.5. Dinámica migratoria

Los contenidos de este ítem se tratarán a mayor profundidad en el capítulo adicional: Atención en salud en población migrante, Antioquia

### 1.3. Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

Se refiere a la capacidad que tiene la Entidad territorial para movilizar acciones que favorezcan la transformación de determinantes sociales de la salud en el territorio, así como para gestionar acciones de intersectorialidad. Asimismo, a la disposición de instituciones de protección social, como el ICBF, oficinas de equidad para la mujer, albergues y casas de paso, cajas de compensación familiar, y oficinas que proveen auxilios y transferencias condicionadas en dinero, para la protección de las personas en contextos de vulnerabilidad social. En el caso del sector salud, hace referencia a EAPB, IPS, organizaciones de ayuda humanitaria en salud.

<sup>14</sup> Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial.

### 1.3.1. Población asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud

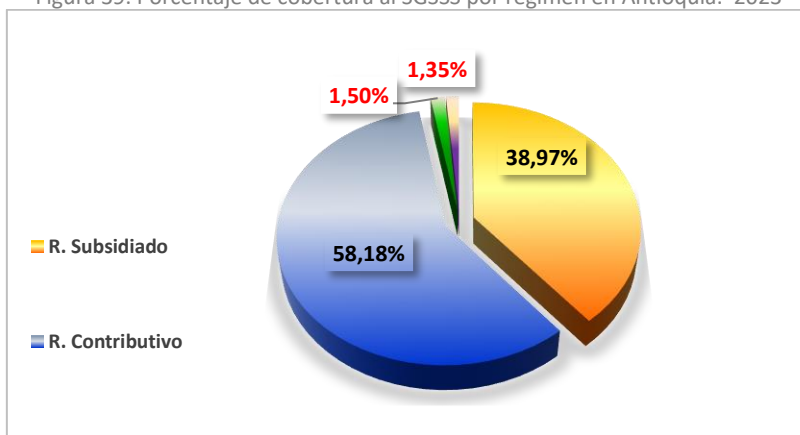
El Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país y por ende del Departamento. Además, busca brindar a la población, servicios de mayor calidad, incluyente y equitativa a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.

Los residentes en cualquier sitio de Colombia y del extranjero acceden al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del régimen contributivo o a través del régimen subsidiado, dependiendo de su capacidad económica y el estatus migratorio. Adicionalmente se encuentra los regímenes especiales y de excepción.

De otro lado, la Entidad Territorial debe garantizar la atención de la Población Pobre y vulnerable que no cumpla con requisitos de afiliación al SGSSS u otros regímenes especiales o de excepción en el componente de urgencias o grupos poblacionales prioritarios, con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones – SGP y/o recursos propios.

Según el anuario estadístico con corte a octubre de 2023, el 103.06 % de la población residente en el departamento de Antioquia está cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Del total de la población el 58.18% pertenece al régimen contributivo, bien sea como cotizante, beneficiario o afiliado adicional, el 38.97% pertenece al régimen subsidiado, población clasificada como pobre y vulnerable y el 2.80% al régimen especial y de excepción, pertenecientes a población de: Magisterio, Ecopetrol, Universidad de Antioquia, Universidad Nacional y Fuerzas Públicas.

Figura 39. Porcentaje de cobertura al SGSSS por régimen en Antioquia. 2023

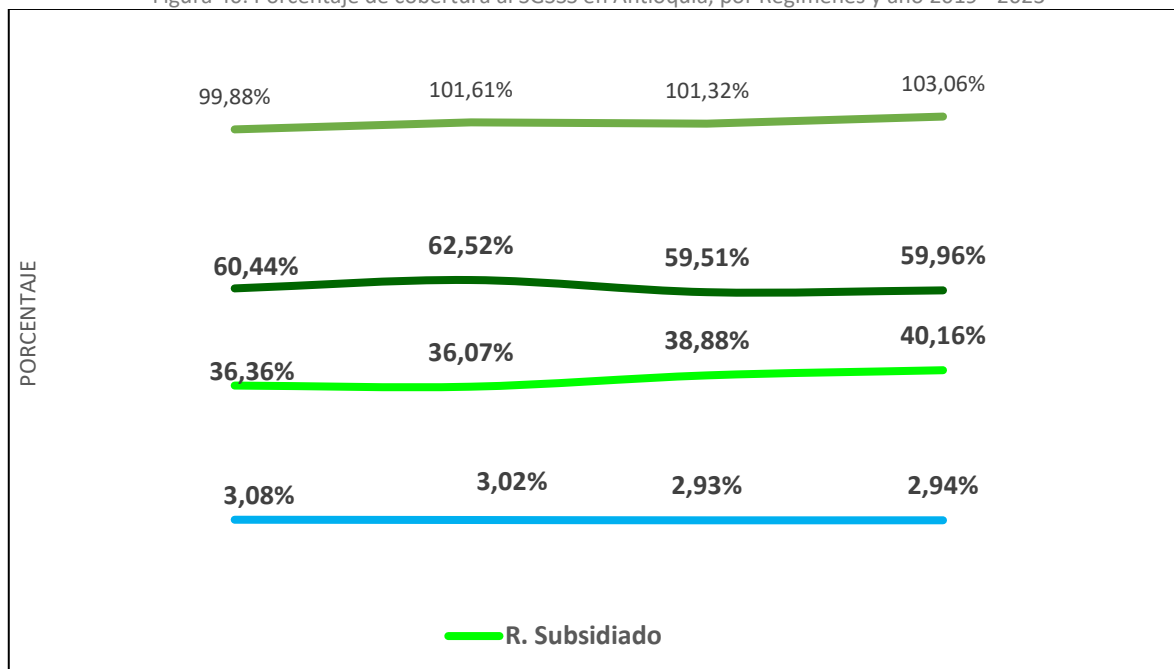


Fuente: Base de datos de cubo BDUA – SISPRO. Octubre 2023



El comportamiento de la cobertura de afiliación en el Departamento para cada uno de los regímenes, se ha mantenido en términos generales estable durante el último quinquenio,; a excepción de la población no asegurada que ha ido disminuyendo en los últimos 5 años; la población afiliada al Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado ha presentado un incremento en el último año, en gran parte a la garantía de la nueva normatividad sobre universalidad y obligatoriedad de la afiliación e inclusión de nuevos grupos poblacionales, aunado a los esfuerzos de los diferentes actores del SGSSS para mantener a la población asegurada y de la inclusión al SGSSS de los migrantes de Venezuela que se acogieron al Estatuto Por Protección Temporal.

Figura 40. Porcentaje de cobertura al SGSSS en Antioquia, por Regímenes y año 2019 - 2023



Fuente: Base de datos de cubo BDUA – SISPRO. octubre 2023

Por subregiones, el Valle de Aburrá y Oriente registran un alto porcentaje de afiliados en el Régimen Contributivo, 76% y 58% respectivamente, revelando posiblemente un patrón de mayor fuerza laboral ocupada en dichas subregiones, al ser comparadas con los demás territorios de Antioquia. Subregiones como Bajo Cauca, Magdalena Medio y Occidente, tienen una diferencia marcada entre el porcentaje de afiliados al Régimen Subsidiado y la población afiliada al Régimen Contributivo, dado que existe una mayor población sin capacidad de cotización, por consiguiente un mayor porcentaje de población pobre y vulnerable afiliados al Régimen Subsidiado.

Figura 41. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Magdalena Medio, 2023  
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

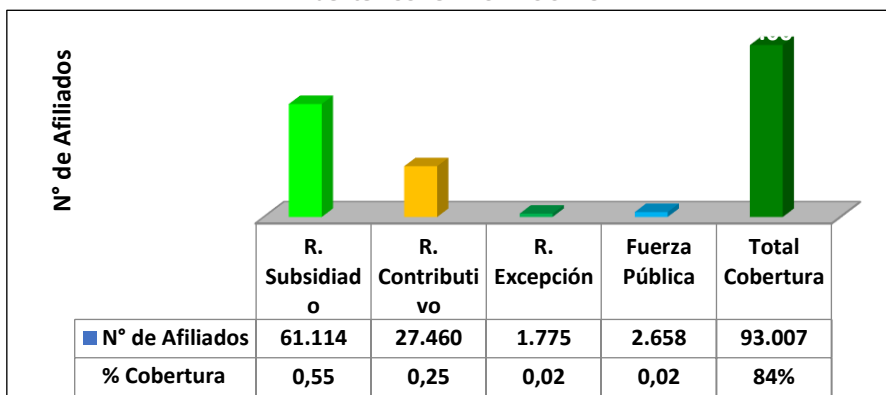
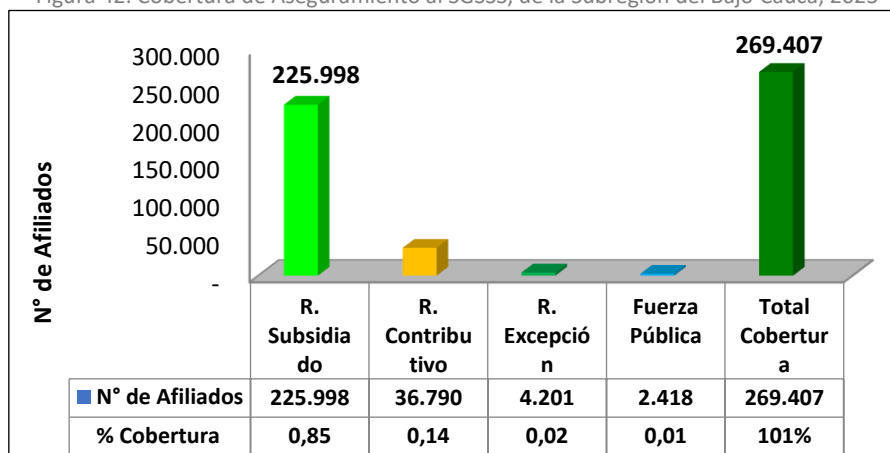
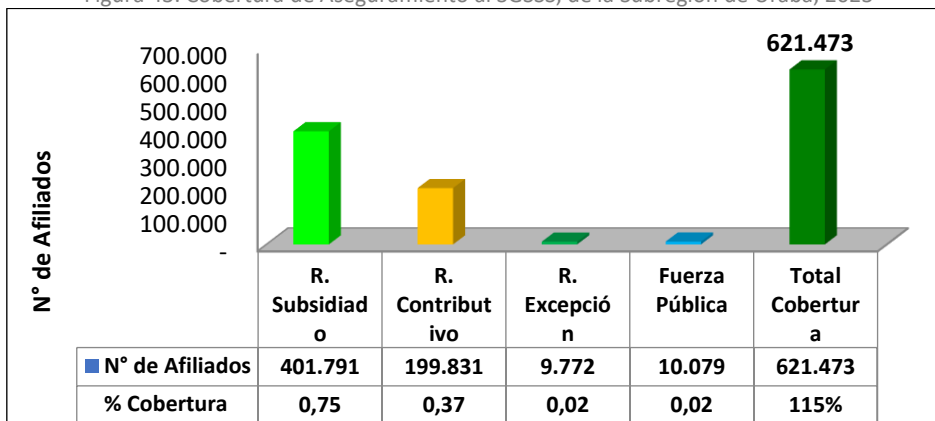


Figura 42. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Bajo Cauca, 2023



Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 43. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Urabá, 2023

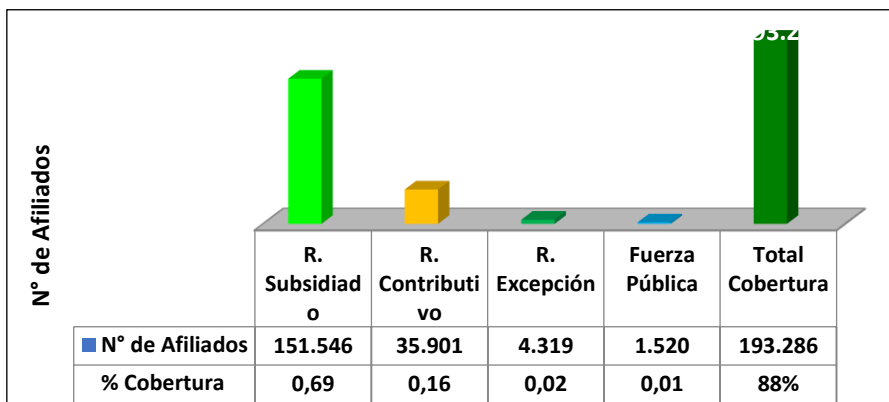


Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 44. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Occidente, 2023

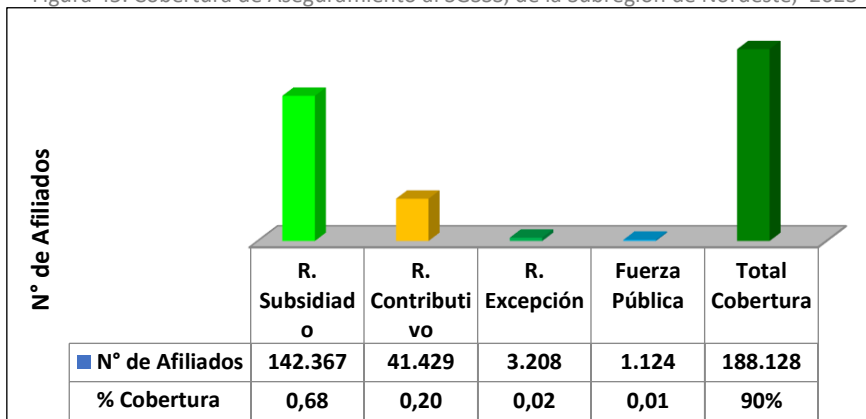


SC4887-1



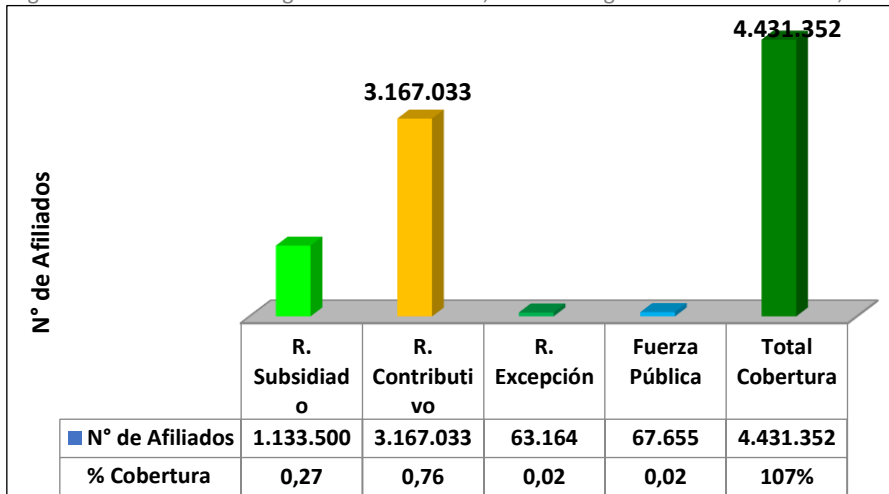
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 45. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión de Nordeste, 2023



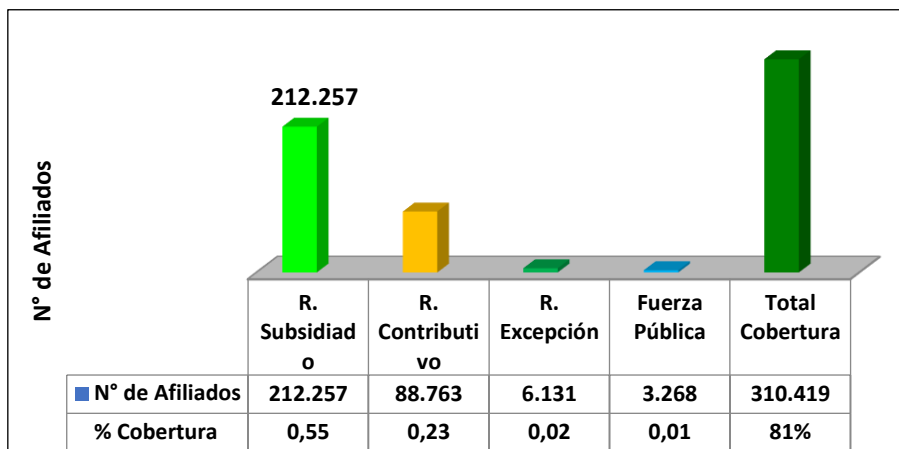
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 46. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Valle de Aburrá, 2023



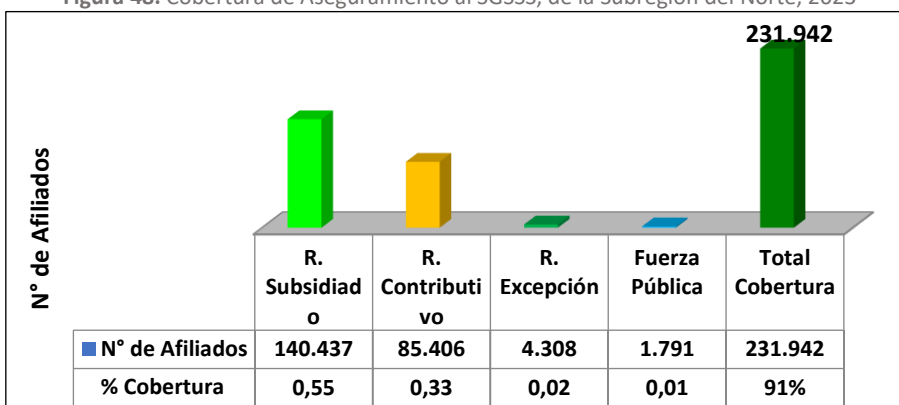
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 47. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Suroeste, 2023



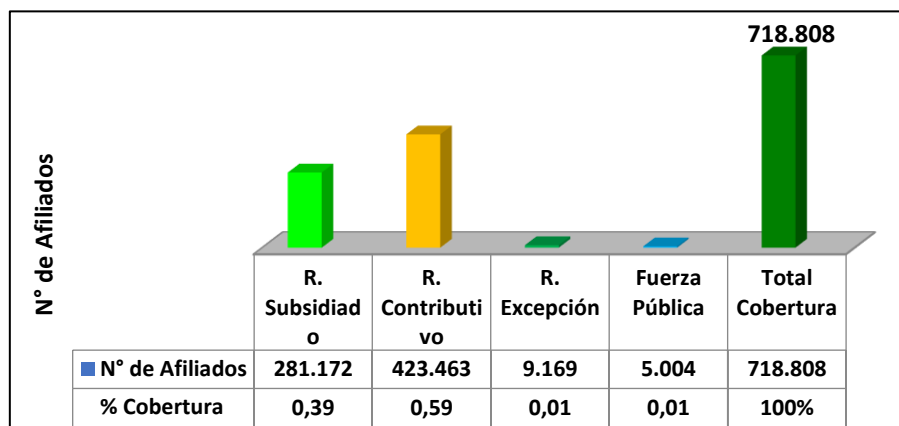
Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Figura 48. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Norte, 2023



Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

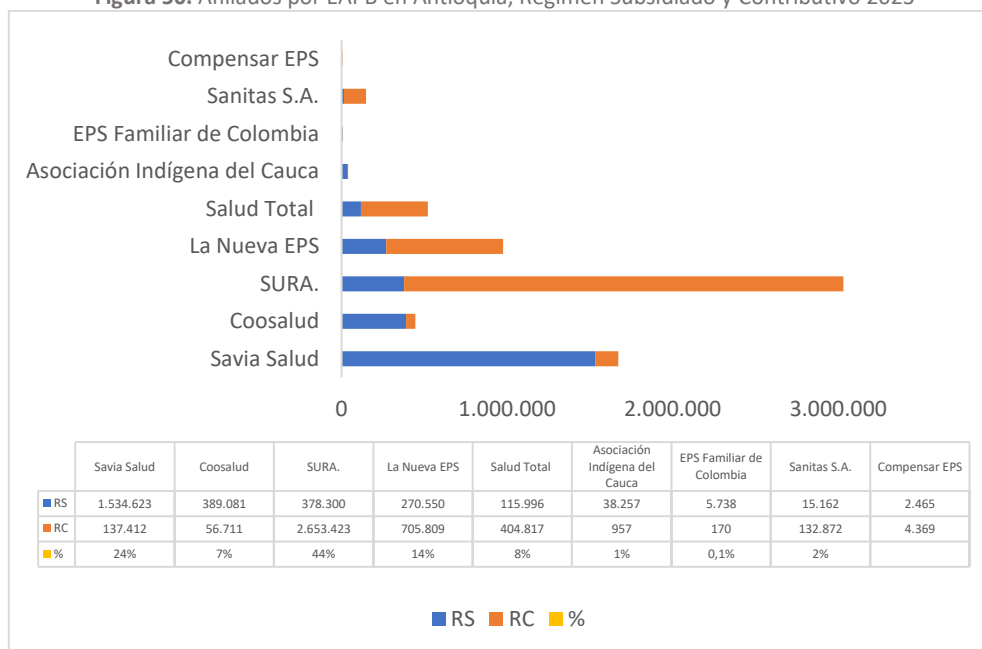
Figura 49. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS, de la Subregión del Oriente, 2023



Fuente: CUBO BDUA – SISPRO

Del total de afiliados en Antioquia, SURA es la EPS con el mayor número de usuarios en ambos regímenes (3,031,723 afiliados) lo que representa un 44%; seguida por Savia Salud EPS con el 24% (1,672,035 afiliados), con menos de un millón de afiliados le sigue Nueva EPS con el 14% (976,359 afiliados), Salud Total EPS con 520.813 afiliados, Coosalud con un número menor de quinientos mil afiliados; Sanitas a pesar de estar en sólo 5 municipios de Antioquia, supera los 140 mil afiliados y un porcentaje del 2%; finalmente, la Asociación Indígena del Cauca, Compensar y Familiar de Colombia tienen el menor número de afiliados en el Departamento..

**Figura 50.** Afiliados por EAPB en Antioquia, Régimen Subsidiado y Contributivo 2023



Fuente: Base de datos de cubo BDUA – SISPRO.

La población afiliada al Régimen Subsidiado debe cumplir con las condición de ser pobre y vulnerable o pertenecer a un grupo especial definido por el gobierno, bajo esa primicia, los afiliados al Régimen Subsidiado son 2,750,182 de usuarios que se encuentran clasificados en diferentes grupos y a los cuales se les debe garantizar el acceso al SGSSS bajo la modalidad de subsidio total, conformado en su gran mayoría por población sisbenizada nivel I y II, quienes representan el 62% del total de afiliados a este régimen, el otro grupo con mayor representación en el subsidiado en la población víctima con el 31%, seguida de otro grupo vulnerable como lo es la población indígena 2%, el resto de afiliados lo conforman poblaciones que son minorías pero gozan de toda la garantía del acceso a los servicios del Plan Básico de Salud

Tabla 14. Distribución de afiliados al régimen subsidiado, por tipo de población en Antioquia 2023

Tipo de Población	Nro de Afiliados
Población Habitante de la calle	4.310
Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	7186
no es población especial - antes Madres Comunitarias	12
no es población especial - antes-Creador o gestor Cultural	71
Población Sisbenizada	1.706.026
Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF	125
no es población especial - antes-Población discapacitada	159
Población desmovilizada y su grupo familiar	2.000
Víctimas del conflicto armado	861.249
Población infantil vulnerable bajo protección de instituciones diferentes al ICBF	1.115
Personas incluidas en el programa en protección a testigos	1.604
no es población especial - antes-Población en centros Psiquiátricos	6
no es población especial - antes-Población rural migratoria	31
Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad	953
no es población especial - antes-Población rural no migratoria	5.731
Adulto mayor en centros de protección de escasos recursos y en condición de abandono	2.942
Comunidades indígenas incluida la población recluida en centros de armonización	43.434
Población Rrom (Gitano)	60
no es población especial - antes-Afrocolombianos	48
Personas en prisión domiciliaria a cargo del NPEC que no pertenecen al Régimen Contributivo o a un Régimen Especial o de Excepción	4.831
Personas que dejen de ser madres comunitarias	1.496
Migrantes colombianos repatriados, que han retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de la República de Venezuela y su núcleo familiar	1.599
Adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en el sistema de responsabilidad penal para adolescentes.	133
Recién nacidos y menores de edad de padres no afiliados	22.643
Los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil, Cruz Roja y Cuerpos de Bomberos y su núcleo familiar	216
Personas con discapacidad de escasos recursos y en condición de abandono en centros de protección	43
no es población especial - antes-Venezolanos con PEP	12.049
Afilado de oficio sin encuesta SISBEN	62.607
no es población especial - Personas detenidas sin condena o medida de aseguramiento en centros de detención transitoria	170
Veteranos de la fuerza pública Decreto 1346 de 2020	3
contribución solidaria	7.330
<b>Total</b>	<b>2.750.182</b>

Fuente: Base de datos de cubo BDUa – SISPRO. Octubre 2023

### 1.3.2. Caracterización Entidades Administradores de Planes de Beneficio EAPB departamento de Antioquia.

En el Departamento de Antioquia hacen presencia 18 EAPB, de las cuales 6 corresponden al Régimen Contributivo, 4 al Régimen Subsidiado, y 8 a los Regímenes Especiales de Excepción y Fuerza Pública. Con corte a diciembre de 2021, el Departamento de Antioquia cuenta con una población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud de 6.891.940, de los cuales 2.446.658 (36,07%) están en el régimen subsidiado, 4.240.758 (62,52%) en el Régimen Contributivo y 204.554 (3,02%) en los Regímenes Especiales de Excepción y Fuerza Pública.

Tabla 15. Población activa afiliada al SGSSS en el departamento de Antioquia por régimen

Diciembre 2021	COBERTURA POBLACIÓN ACTIVA AFILIADA AL SGSSS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	
Población proyectada	DANE 2021	6.782.584
REGIMEN SUBSIDIADO	Total Afiliados	2.446.658
	% de cobertura	36,07%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	Total Afiliados	4.240.748
	% de cobertura	62,52%
REGIMEN EXCEPCIÓN (Magisterio, Ecopetrol, UdeA, Unal)	Total Afiliados	105.628
	% de cobertura	1,56%
FUERZA PÚBLICA	Total Afiliados	98.926
	% de cobertura	1,46%
<b>Total afiliados al SGSSS</b>	<b>Total afiliados al SGSSS</b>	<b>6.891.960</b>

Fuente: Proyección DANE 2021

Tabla 16. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen subsidiado – diciembre 2021

Total afiliados por EPS al Régimen Subsidiado			
CODIGO Ministerio	NOMBRE EPS-S	NRO. AFILIADOS	% afiliados
EPSS40	Savia Salud	1.516.514	61,98
ESS024	Coosalud	369.221	15,09
EPSS10	SURA	215.518	8,81
EPSS37	La Nueva EPS	162.945	6,66
EPSS16	Coomeva S.A.	51.683	2,11
ESS091	Ecoopsos	44.622	1,82
EPSI03	AIC	43.016	1,76
EPSS02	Salud Total	37.408	1,53
EPSS05	Sanitas S.A.	4.361	0,18
EPSS08	Compensar EPS	1.331	0,05
EPSS18	Servicio Occidental	28	0
CCF102	COMFACHOCO	4	0
ESS207	Mutual SER	3	0
ESS062	ASMET SALUD	2	0
CCF055	CAJACOPI ATLANTICO	2	0
<b>Total Afiliado Régimen Subsidiado</b>		<b>2.446.658</b>	<b>100</b>

Fuente: Proyección DANE 2021

Tabla 17. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen contributivo – diciembre 2021

Total Afiliados por EPS Régimen Contributivo,			
CODIGO Ministerio	NOMBRE EPS	N° DE AFILIADOS	%
EPS010	SURA	2.539.089	59,87
EPS037	La Nueva EPS	727.052	17,14
EPS002	Salud Total	468.987	11,06
EPS016	Cooameva S.A.	177.598	4,19
EPS040	Savia Salud	128.263	3,02
EPS005	Sanitas S.A.	131.129	3,09
EPS042	Coosalud	51.099	1,2
EAS016	EPM	8.148	0,19
ESSC91	Ecoopsos	2.969	0,07
EPS008	COMPENSAR E.P.S.	2.835	0,07
EAS027	Fondo Ferrocarriles Nal	2.307	0,05
EPSIC3	AIC	1.002	0,02
EPS018	Servicio Occidental	254	0,01
ESSC07	MUTUAL SER	9	0
EPS017	Famisanar	6	0
CCFC55	CAJACOPI	1	0
EPS012	Comfenalco Valle	0	0
<b>Total Afiliado Régimen Subsidiado</b>		<b>4.240.748</b>	<b>100</b>

Fuente: Proyección DANE 2021

Tabla 18. Distribución de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Régimen Excepción – diciembre 2021

Total Afiliados por EPS Régimen Excepción			
CODIGO Ministerio	NOMBRE EPS	N° DE AFILIADOS	%
RES004	Magisterio	93.288	45,61
POL001	Policia Nacional	55.461	27,11
FMS001	Ejercito Nacional	43.465	21,25
RES011	Universidad de Antioquia	7.094	3,47
RES008	Universidad Nacional	3.385	1,65
RES002	Ecopetrol	1.844	0,9
RES012	Universidad de Córdoba	8	0
RES013	Universidad de Nariño	5	0
RES006	Universidad Industrial de Santander UIS	4	0
<b>Total Afiliado Régimen Subsidiado</b>		<b>204.554</b>	<b>100</b>

Fuente: Proyección DANE 2021

De acuerdo con la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud, en el capítulo II define la Caracterización Poblacional como una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos tipos de modelos explicativos que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares



dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB- y Administradoras de Riesgos Laborales –ARL-.

Las Entidades Promotoras de Salud –EPS-, demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB- y las Administradoras de Riesgos Laborales –ARL- son responsables de elaborar la caracterización poblacional de toda la población a su cargo<sup>15</sup>. La caracterización poblacional debe contener: la identificación de los riesgos ex ante, los riesgos contingentes y riesgos ext post de la población afiliada mediante la aplicación de la metodología definida por el Ministerio, el análisis demográfico, de morbilidad, de mortalidad y de los determinantes intermedios de la salud, la priorización de los problemas en salud, los subgrupos poblacionales, las personas y los lugares, la programación de las intervenciones de protección específica y detección temprana y de atención de las enfermedades de interés en salud pública y la gestión del riesgo, en el marco de sus responsabilidades, según la población estimada por cada riesgo ex ante y/o contingente, y/o ex post.

Complementario a lo anterior, se hará una descripción general con los datos básicos de la caracterización de la población de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), teniendo en cuenta la información presentada por cada una de ellas:

### 1.3.2.1. AIC

En Antioquia habitan, según el Censo DANE 2018, un total de 37.628 indígenas, los cuales residen en 7 zonas del Departamento y corresponden a 6 pueblos indígenas reconocidos: Embera Chamí, Embera Eyábida, Embera Dóbida, Guna - Dule, Senu y Nutabe. Es importante resaltar que el total de la población indígena entre los años 2005 y 2018 tuvo una variación del 30,1 % y representan el 0,6 % de la población del Departamento. En Antioquia el 5,5 % del área geográfica total, pertenece a los pueblos indígenas, territorio distribuido en 56 resguardos y 212 comunidades indígenas. Estas comunidades habitan en los resguardos o en el rural disperso de 32 municipios y/o Distrito del Departamento.

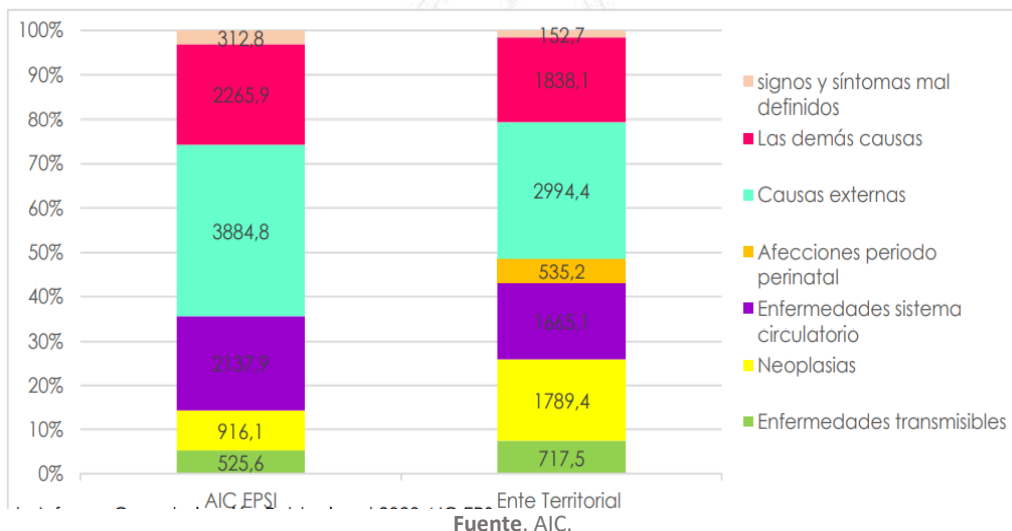
En el Departamento de Antioquia año 2020, la AIC EPS-I cuenta con una población afiliada de 42821 personas, el 98,6% (42238 afiliados) pertenecen al régimen subsidiado y el 1,4% (583 afiliados) al régimen contributivo. Con relación al género, el 48,8% de los afiliados son masculinos y el 51,2% son mujeres, manteniendo una relación de 1 a 1 según el índice de masculinidad. De esta población, 33228 habitantes (77,6%), provienen del área rural y 9593 personas (22,4%) del área urbana.

---

15 Caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Ministerio de Salud y protección social

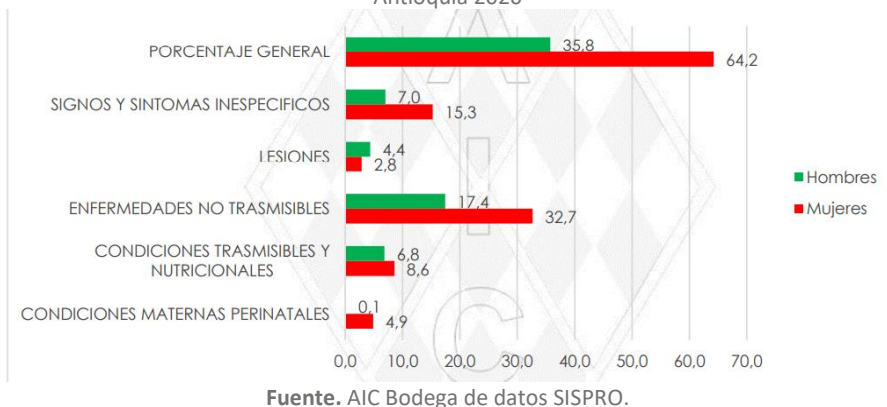
## 1.3.2.1.1. Caracterización de Mortalidad

Figura 51. Tasa de Mortalidad en población total AIC en el Departamento de Antioquia 2020



## 1.3.2.1.2. Morbilidad

Figura 52. Porcentaje de Causas de Morbilidad AIC EPSI por Grupos de grandes Causas de Enfermedad Departamento de Antioquia 2020



Se presenta, el porcentaje de Causas de Morbilidad AIC EPSI por grupos de grandes Causas de Enfermedad Departamento de Antioquia 2020, el grupo mayormente representativo corresponde a las enfermedades No transmisibles con el 50,1% (Femenino 29,5% y Masculino 16,6%), seguido del grupo de Signos y Síntomas mal definidos con el 28,6% (Femenino 32,7% y masculino 17,1%) Signos y síntomas Inespecíficos con el 22,3% (Femenino 15,3% y masculino 7,0%) y Condiciones trasmisibles y Nutricionales con el 15,4% ( Femenino 8,6 y Masculino 6,8%) y en menor porcentaje se presentaron consultas del grupo materno perinatal 5% y Lesiones 7,2%. En cuanto al porcentaje de consulta por género en todos los grupos de grandes causas de

enfermedad, se evidenció un valor superior para el género femenino con el 64,2%, y el género masculino con el 35,8%.

### 1.3.2.1.3. Priorización poblacional por riesgo.

Tabla 19. Determinantes intermediarios de la salud AIC EPSI Departamento de Antioquia 2020

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	Porcentaje de gestantes que reciben consejería en lactancia materna	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	
	AIC EPSI	AIC EPSI	AIC EPSI	AIC EPSI	Entidad territorial
NACIONAL	26,63	11,91	52,72	10,71	38,17
05 ANTIOQUIA	29,75	13,53	60,72	10,74	41,24

Fuente. Bodega de Datos de SISPRO (SGD), RIPS, Registro de EEVV, BDUA, Proyecciones DANE, CAC-ERC, CAC-VIH Plantillas de Caracterización Poblacional

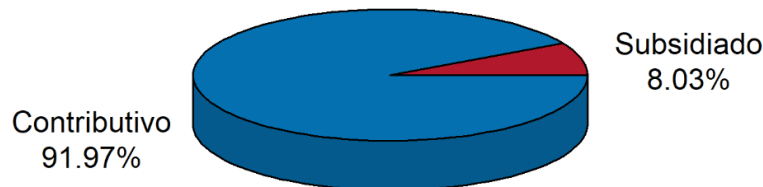
Para el análisis de los determinantes intermedios se tienen en cuenta que los determinantes intermedios o elementos intermediarios, están definidos como los componentes que influyen como factores de riesgo y/o factores protectores en el buen vivir de las comunidades. Estos factores conciernen a, las condiciones socioeconómicas, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia; los contextos psicosociales, como las redes de apoyo social y comunitario, las situaciones de estrés (experiencias de vida negativas), la poca resiliencia y/o afrontamiento de las dificultades; las habilidades sociales y factores biológicos, como los estilos de vida que cuidan o dañan la salud; el sistema de salud, que aunque influye en muy bajo porcentaje, cuenta con barreras que ponen en riesgo la salud de las comunidades<sup>14</sup> Los indicadores de los determinantes intermedios con la Información que entrega el Ministerio de Salud y Protección Social a analizar son: Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años, Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años, Porcentaje de gestantes que reciben consejería en lactancia materna, Porcentaje de pacientes en diálisis con catéter temporal, Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo

### 1.3.2.2. SURA EPS

EPS SURA, en departamento de Antioquia contaba con una población de 2,614,310 afiliados a diciembre de 2021, de los cuales 1,379,705 son mujeres que corresponde al 52.78% y 1,234,605 son hombres que corresponde al 47.22%, de acuerdo con la Base de datos BDUA. Dichos afiliados tuvieron la siguiente distribución según grupos de edad y sexo.

A continuación, se muestra la distribución según régimen de afiliación de la población de EPS SURA en del departamento de Antioquia a diciembre de 2021

Figura 53. Distribución según el régimen de afiliación. diciembre de 2021 tipo de afiliación



Fuente. SURA EPS.

### 1.3.2.2.1. Morbilidad

EPS SURA utiliza un sistema de marcación para identificar a los pacientes con algunas de las enfermedades de mayor interés en salud pública. A continuación, se presenta la proporción de personas con alguna de las marcas para la población del departamento de Antioquia a diciembre de 2021.

Tabla 20. Distribución según enfermedades de interés en salud pública, SURA EPS. Diciembre de 2021

Marcas	Nº Afiliados	%
Hipertensión	335,214	12.82%
Paliativo	2,787	0.11%
VIH	10,604	0.41%
Diabetes	100,925	3.86%
Dislipidemia	213,731	8.18%
Enfermedad Renal Crónica	50,601	1.94%
Cáncer	40,022	1.53%
Asma	129,836	4.97%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	38,822	1.48%
Enfermedades Hereditarias de la Coagulación	451	0.02%
Autoinmunes	29,255	1.12%
Total	2,614,310	-

Fuente. SURA EPS.

### 1.3.2.2.2. Priorización poblacional por riesgo.

Anualmente EPS SURA realiza un proceso de Caracterización Poblacional y priorización de indicadores y grupos poblacionales para enfocar sus esfuerzos. A continuación, se presentan los indicadores priorizados para el departamento/municipio de Antioquia de la caracterización poblacional –CAPO, año 2020. En el departamento/municipio de Antioquia, EPS SURA priorizó las siguientes condiciones de riesgo o enfermedades:

Tabla 21. Priorización de indicadores capo. SURA EPS. 2020

DETALLE	NOMBRE GRUPO DE RIESGO
Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
Prevalencia registrada de VIH/SIDA en personas de 15 a 49 años	Población con riesgo o infecciones
Tasa de mortalidad infantil	Sin Grupo de Riesgo Clasificado
Tasa de incidencia de SIFILIS congénita	Población en condición materno –perinatal

Fuente. SURA EPS.

Dando cumplimiento a la Resolución 1536 de 2015, EPS SURA prioriza los eventos de interés en salud pública de mayor a menor según el número de afiliados con esa condición tal y como se presenta en la siguiente tabla para el departamento/municipio de Antioquia durante el segundo semestre del año 2021.

Tabla 22. Eventos de interés en salud pública

Evento de interés en salud pública	N° Afiliados
Hipertensión	335,214
Asma	129,836
Diabetes	100,925
Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera	57,659
Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas	35,946
Síndrome convulsivo	13,296
Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico-calórica y obesidad)	5,781
Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH)	3,386
Violencia intrafamiliar	3,332
Fiebre reumática	806

Fuente. SURA EPS.

### 1.3.2.3. SAVIA SALUD EPS

Siguiendo los lineamientos del Ministerio, en el ejercicio de la caracterización poblacional (CAPO)2020, se seleccionaron los municipios donde la EPS Savia Salud presentó algún afiliado con corte a 30 de junio de 2021; entendiéndose como afiliado, al activo, activo por emergencia, afiliación interrumpida, suspendido, suspendido por mora y suspendido por documento, según clasificación utilizada en BDUA. El número de afiliados se tomó con corte a 31 de diciembre de 2020. A diciembre 31 de 2020, Savia Salud EPS contaba con 1.679.700 afiliados distribuidos en 116 de 125 municipios de Antioquia, de los cuales el 52,4% son mujeres. Al desagregar por municipio de afiliación se observa que los residentes en la ciudad de Medellín representaron el 31,3%

(525.915 afiliados) del total de afiliados a la EAPB, seguido del municipio de Bello con un 4,8% (80.927 afiliados), Apartadó con un 2,5% (41.796 afiliados), Turbo con el 2,4% (39.994 afiliados) e Itagüí con el 2,1% (35.597 afiliados). Para el resto de los municipios este porcentaje es inferior al 2%.

### 1.3.2.3.1. Mortalidad

El análisis de la mortalidad por grandes causas y subcausas se realiza teniendo en cuenta la lista corta 6/67 de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). Dicho análisis se realiza según las tasas ajustadas permitiendo corregir las diferencias que puedan existir en las poblacionales o variables de confusión y por tanto permite realizarlas comparaciones entre los territorios.

Se muestran los indicadores de tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas por municipios donde hace presencia la EAPB en el año 2019, específicamente los indicadores del 175 al 181. Se trabaja con información 2019, pues es la suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Es importante resaltar que con respecto al régimen de afiliación en el subsidiado encontramos la mayoría de los casos de mortalidad en todas las grandes causas con respecto a la población del contributivo. Sobre la tasa de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles a nivel municipal para este año se observa que el régimen subsidiado presenta tasas para su especial vigilancia en territorios como: Zaragoza, Arboletes, Belmira, Ciudad Bolívar, Angelópolis. La tasa ajustada de mortalidad por neoplasias a nivel municipal para este año se observa que en el régimen subsidiado a nivel municipal se evidencia para el año 2019 que los habitantes presentan un mayor riesgo de morir por estas causas en los municipios de: Sabaneta, Medellín, Envigado, La Estrella que hacen parte del Valle de Aburrá, superando las cifras reportadas en el ente territorial departamental en todos los casos.

La tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del Sistema circulatorio tiene cifras que son importantes de vigilar en la población del régimen subsidiado en municipios como Armenia donde presenta una tasa de 446 casos por 100.000 afiliados, Puerto Nare con una tasa de 355,6 casos por 100.000 afiliados, Frontino con 270,4 casos por 100.000 afiliados, como factor común se encuentra que las tasas ajustadas por neoplasias del régimen subsidiado supera a los valores reportados por la Entidad Territorial. La tasa ajustada de mortalidad por causas externas en el 2019 presenta valores extremos en la población de Valdivia que requiere ser revisado, adicional los municipios que presentan tasas superiores a los 200 casos por 100.000 afiliados son: La Pintada, Maceo, Briceño y Segovia. Por último, la tasa ajustada de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas en evidencias errores y falta de precisión por parte del personal médico al momento de realizar el certificado de defunción, situación que amerita hacer una revisión con los prestadores especialmente en municipios como Briceño, Chigorodó, Girardota, Peque y Tarazá se encuentra en valores superior a los 40 casos por 100.000 afiliados. Es necesario seguir

trabajando por mejorar la clasificación de las causas básicas de muerte y los resultados de estos indicadores, con el fin de disminuir el riesgo de morir tempranamente por causas evitables, para lo que se deberán fortalecer acciones e intervenciones oportunas definidas dentro de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

Tabla 23. Indicadores de Mortalidad por causas específicas en SAVIA SALUD EPS para CAPO 2020 según años disponibles de fuentes Minsalud.

Indicadores de mortalidad trazadora	EAPB				ET			Razón EAPB/ET - 2018
	2017	2018	2019	Dif	2017	2018	2019	
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama (en la mujer)	8,89	11,05	9,88	-1,17	13,6	12,18	11,99	0,82
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	4,09	4,1	5,19	1,09	5,02	3,89	3,86	1,34
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	6,96	10,73	12,05	1,32	10,81	10,82	9,30	1,30
Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis	1,84	3,93	3,89	-0,04	2,12	2,32	2,39	1,63
Tasa ajustada de mortalidad por VIH	4,58	7,49	8,46	0,97	4,13	4,8	4,42	1,91
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	7,22	12,89	11,16	-1,73	16,41	15,38	13,98	0,80
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago	6,79	10,24	11,31	1,07	11,07	10,24	9,96	1,13
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	19,66	31,23	38,46	7,23	35,05	33,24	33,19	1,16
Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años	1,88	3,58	4,15	0,57	3,87	3,95	3,89	1,06
Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años*		4,70*	4,68*	-0,02	0	2,22 +		

Fuente: CAPO 2020, Savia Salud EPS - \*Indicadores FENIX - (+) INS Colombia 2018

### 1.3.2.3.2. Morbilidad

Conocer los motivos de consulta de las personas que acudieron a las IPS para su atención, se convierte en elemento fundamental para la intervención en pro de generar alternativas para modificar situaciones de riesgo, minimizar los riesgos ya existentes, recuperar la salud o retrasar secuelas y complicaciones que alteran no solo la calidad de vida del paciente sino de su entorno familiar y social. Se describe a continuación el comportamiento de la morbilidad de consulta externa, urgencias y hospitalización para el año 2020 en la EPS Savia Salud.

#### Consulta Externa

En la siguiente tabla se relacionan las principales categorías diagnósticas por las cuales los usuarios de Savia Salud EPS consultaron en el año 2020, los cuales representan el 42,1% del total de los diagnósticos. La hipertensión esencial (primaria) fue la causa más común de consultas para la población, esencial (primaria) fue la que encabezó las consultas con (11,9%), el examen general

e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico lideró las consultas y aportó el (5,4%) del total de consultas.

Tabla 24. Distribución porcentual de consultas según 15 principales categorías diagnósticas de ingreso. Savia Salud EPS –2020.

Categoría Diagnóstica	Nº Consultas	%Consultas
Hipertensión esencial (primaria)	11,9%	451.348
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	5,4%	205.893
Atención para la anticoncepción	3,2%	122.571
Supervisión de embarazo de alto riesgo	3,0%	114.921
Dolor abdominal y pélvico	2,6%	97.730
Diabetes mellitus no insulino dependiente	1,9%	70.501
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1,7%	64.863
Otros trastornos del sistema urinario	1,7%	62.489
Dorsalgia	1,4%	54.569
Diabetes mellitus insulino dependiente	1,4%	53.193
Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin quejas o sin diagnóstico informado	1,4%	52.889
Uso de emergencia de U07	1,2%	44.098
Caries dental	1,1%	42.351
Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	1,1%	41.335
Trastornos de la acomodación y de la refracción	1,0%	39.030
Supervisión de embarazo normal	1,0%	38.532

Fuente: Registro Individual de Prestaciones de Salud –RIPS de Consultas. Savia Salud EPS –2020.

Hospitalización Los motivos de hospitalización se analizan según grupos diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. Estas son:

Enfermedades del sistema respiratorio, con el 9% del total de las atenciones de urgencias en el año 2020. Dentro de este capítulo, las categorías diagnósticas más frecuentes fueron:

- Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (32,6%)
- Neumonía, organismo no especificado (15,6%)
- Bronquiolitis aguda (8,4%)
- Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte (10,3%)
- Asma (7,2%).

Embarazo, parto y puerperio, con el 14,7% del total de las atenciones. Las categorías diagnósticas dentro de este capítulo más frecuentes fueron:

- Parto único espontáneo (37,5%)
- Parto único por cesárea (11,5%)
- Falso trabajo de parto (14,6%)
- Aborto espontáneo (3,9%)
- Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto (2,3%).
- Enfermedades del aparato genitourinario, con el 8,6% del total de las atenciones.



Dentro de este capítulo, las categorías diagnósticas más frecuentes fueron:

- Otros trastornos del sistema urinario (47,9%)
- Hiperplasia de la próstata (7,5%)
- Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales (5,4%)
- Cálculo del riñón y del uréter (7,0%)
- Enfermedad renal crónica (5,3%)

Enfermedades del sistema circulatorio, con el 8,8% del total de las atenciones hospitalarias.

Dentro de este capítulo, las categorías diagnósticas más frecuentes fueron:

- Insuficiencia cardíaca (23,3%)
- Infarto agudo de miocardio (9,2%)
- Hipertensión esencial (primaria) (8,7%)
- Otras enfermedades cerebrovasculares (8,6%)
- Enfermedad isquémica crónica del corazón (5,3%).

Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa, con el 9,7% del total de las atenciones en el 2020. Las categorías diagnósticas más frecuentes dentro de este capítulo fueron:

- Fractura del fémur (10,5%)
- Fractura del antebrazo (9,5%)
- Fractura de la pierna, inclusive del tobillo (7,0%)
- Traumatismo intracraneal (5,2%)
- Fractura del hombro y del brazo (5,4%).

### Urgencias

A continuación, se describen los principales grupos diagnósticos de egreso (Capítulos CIE 10) de las atenciones registradas en el servicio de urgencias durante el año 2020, de los cuales se destacan los siguientes cinco grupos:

Síntomas, signos y hallazgos anormales clínico y de laboratorio no clasificados en otra parte, con el 21,3% del total de las atenciones evidenciando una disminución con respecto al 23,2% del año 2019. Dentro de este capítulo, las categorías diagnósticas de egreso más frecuentes fueron: Dolor abdominal y pélvico (38,9%), Cefalea (13,6%) Dolor de garganta y de pecho (8,8%) y Fiebre de otro origen y de origen desconocido (8,6%).

Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (15,2%) con un aumento con respecto al 2019(13,7%). Dentro de este grupo se destacan categorías diagnósticas como Herida de la cabeza (9,8%), Herida de la muñeca y de la mano (6,5%), Fractura del antebrazo (5,7%).

Enfermedades del sistema respiratorio con el 7,5%, con diagnósticos como Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (33,4%), Asma (9,9%), Neumonía, organismo no especificado (7,0%), Rinofaringitis Aguda (5,8%) y Bronquiolitis aguda (5,4%).

Embarazo, parto y puerperio con el 9,5%, en donde los diagnósticos de egreso más comunes fueron Falso trabajo de parto (29%), Parto único espontáneo (12%) y Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto (8%).

Enfermedades del aparato genitourinario con el 7,4%. Dentro de este grupo, los principales diagnósticos de egreso fueron Otros trastornos del sistema urinario (34,9%), Cólico renal, no especificado (18,9%) y Cálculo del riñón y del uréter (10,7%)

### Determinantes intermediarios para CAPO 2020

El contraste de los determinantes intermediarios evaluados según fuentes oficiales, indica que se presentaron 4 indicadores que presentaron cifras inferiores al comportamiento departamental de la entidad territorial, a saber: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo, el porcentaje de cobertura de TAR en personas con VIH-SIDA en edades de 15-49 años, cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida, captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años. En vista de los resultados observados se plantea el monitoreo al cumplimiento de indicadores de los Determinantes intermedios para las intervenciones de próximos períodos en SAVIA SALUD, dentro de los cuales hay indicadores cuyo cumplimiento implicará la mejora de los resultados observados. Para el indicador relacionado con VIH el desarrollo de las nuevas rutas de atención integral de la EAPB incluye actualmente la prestación de servicios a través de IPS especializadas con fluidez en las atenciones evitando además dificultades administrativas. En los demás indicadores trazadores la EAPB registró cifras mejores a las del departamento. Las Fuentes de últimos años disponibles fueron tomadas de bodegas de datos en cubos SISPRO de Minsalud y CAC enviadas por Minsalud luego de cargues en CAC Colombia año 2020.

Tabla 25. Indicadores de determinantes intermedios de la Salud. Savia Salud EPS-CAPO 2020 según años disponibles de fuentes Minsalud.

Indicador	EAPB	ET	AÑO
Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna	91,5	78	2020
Porcentaje de pacientes en diálisis con catéter temporal	35,5	21,3	2020
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal – EAPB	84,8	80,4	2020
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	27,7	41,2	2020
Porcentaje de partos institucionales - EAPB	98,9	99,3	2020
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	87,2	89,6	2020
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	37,1	38,4	2020
Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida	92,2	95,2	2020
Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida de 15 a 49 años	90,7	94,4	2020

Fuente: Cubos SISPRO para CAPO 2020 – Cuenta de Alto Costo 2020. Savia Salud EPS

### 1.3.2.4. NUEVA EPS

Para diciembre de 2021, Nueva EPS tenía un total de 887.485 afiliados (427.782 mujeres y 459.703 hombres) en el departamento de Antioquia, de los cuales 720.271 pertenecen al régimen contributivo y 167.214 al régimen subsidiado, equivalentes al 12,48% del total de los habitantes del departamento. La pirámide poblacional del régimen contributivo presenta un comportamiento de carácter regresivo, caracterizado por una base angosta y una cúspide ancha, comportamiento típico de poblaciones con baja natalidad y una mortalidad con tendencia descendente, lo que genera un envejecimiento en la población. En cuanto a la distribución, la población tiene un comportamiento heterogéneo a lo largo de los cursos de vida, evidenciando picos poblacionales en los jóvenes de 25 a 34 años para ambos géneros.

#### 1.3.2.4.1. Mortalidad

Con relación a los indicadores de la mortalidad trazadora en el Departamento, para el régimen contributivo se evidencia que, en comparación con la entidad territorial, los usuarios de NUEVA EPS tienen un riesgo menor de presentar un evento relacionado con Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama (en la mujer), Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus, Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis, Tasa ajustada de mortalidad por VIH, Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago, Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, contrario pasa en los indicadores de Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino, Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años, Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata, donde los afiliados tienen un mayor riesgo, frente a la entidad territorial.

Tabla 26. Mortalidad trazadora régimen contributivo 2020

INDICADOR	NUEVA EPS	ENTIDAD TERRITORIAL	Razón de tasas
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama (en la mujer)	9,16	11,99	-0,24
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	4,16	3,86	0,08
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	6,39	9,30	-0,31
Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis	1,57	2,39	-0,34
Tasa ajustada de mortalidad por VIH	1,96	4,43	-0,56
Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años	2,76	1,71	0,61
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	14,31	13,99	0,02
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago	7,44	9,97	-0,25
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	25,24	33,20	-0,24

Fuente: Resolución 1536 - Gerencia de Prestación de Servicios – Jefatura de Programas de Promoción y Prevención. Nueva EPS S.A. – Reportado 2021

Con relación a los indicadores de la mortalidad trazadora en el Departamento, para el régimen subsidiado se evidencia que, en comparación con la entidad territorial, los usuarios de Nueva EPS tienen un riesgo más alto de presentar un evento relacionado Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino, Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus, Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis, Tasa ajustada de mortalidad por VIH estos resultados instan a Nueva EPS a reforzar las estrategias de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y en las rutas específicas para cada patología afectada como lo es cáncer y en las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas. Para los demás indicadores no se reportó resultado para Nueva EPS, aunque si se reportó para la entidad territorial.

Tabla 27. Mortalidad trazadora régimen subsidiado 2020

MORTALIDAD TRAZADORA	NUEVA EPS	ENTIDAD TERRITORIAL	Razón de tasas
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama (en la mujer)	0,00	11,99	0,00
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	346,84	3,86	88,82
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	1.380,00	9,30	147,31
Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis	382,78	2,39	159,47
Tasa ajustada de mortalidad por VIH	120,80	4,43	26,27
Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años	0,00	1,71	0,00
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	0,00	13,99	0,00
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago	465,20	9,97	45,68
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	2.816,67	33,20	83,84

**Fuente:** Resolución 1536 - Gerencia de Prestación de Servicios – Jefatura de Programas de Promoción y Prevención. Nueva EPS S.A. – Reportado 2021

### 1.3.2.4.2. Morbilidad

El indicador de Morbilidad atendida por grandes causas para 2019 –2020, agrupa los diagnósticos de atención en cinco grandes causas. expresadas como proporción del total de atenciones. Para el curso de vida de Primera infancia, las Condiciones transmisibles y nutricionales y Enfermedades no transmisibles fueron las causas más frecuentes de atención, evidenciando un aumento muy discreto en ambas causas para el año 2019; para el curso de vida de Infancia, las Enfermedades no transmisibles agruparon más de la mitad de las atenciones para este curso de vida manteniéndose estable en los dos años reportados, para los demás cursos de vida, de adolescencia a vejez, las Enfermedades no transmisibles fueron la causa más frecuente, mostrando un leve aumento de un año a otro, seguido de signos y síntomas mal definidos.

Tabla 28. Morbilidad grandes causas régimen contributivo 2019–2020

CURSO DE VIDA	MORBILIDAD GRANDES CAUSAS	Proporción 2019	Proporción 2020
PRIMERA INFANCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,14%	21,01%
	Condiciones materno perinatales	2,88%	7,92%
	Enfermedades no transmisibles	39,99%	43,20%
	Lesiones	4,35%	8,11%
	Signos y síntomas mal definidos	26,64%	19,76%
INFANCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,05%	9,62%
	Condiciones materno perinatales	0,06%	0,14%
	Enfermedades no transmisibles	54,52%	56,76%
	Lesiones	5,67%	9,85%
	Signos y síntomas mal definidos	28,70%	23,62%
ADOLESCENCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,06%	7,06%
	Condiciones materno perinatales	0,95%	1,99%
	Enfermedades no transmisibles	58,63%	62,27%
	Lesiones	7,07%	9,82%
	Signos y síntomas mal definidos	26,29%	18,85%
JUVENTUD	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,57%	10,29%
	Condiciones materno perinatales	2,59%	5,73%
	Enfermedades no transmisibles	51,58%	52,74%
	Lesiones	6,23%	8,02%
	Signos y síntomas mal definidos	28,03%	23,22%
ADULTEZ	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,05%	6,76%
	Condiciones materno perinatales	0,51%	1,07%
	Enfermedades no transmisibles	66,87%	72,58%
	Lesiones	5,20%	6,72%
	Signos y síntomas mal definidos	20,37%	12,87%
VEJEZ	Condiciones transmisibles y nutricionales	3,15%	3,39%
	Condiciones materno perinatales	0,00%	0,00%
	Enfermedades no transmisibles	80,96%	73,40%
	Lesiones	9,03%	3,42%
	Signos y síntomas mal definidos	6,85%	19,79%

**Fuente:** Resolución 1536 - Gerencia de Prestación de Servicios – Jefatura de Programas de Promoción y Prevención. Nueva EPS S.A. – Reportado 2021

El indicador de Morbilidad atendida por grandes causas para 2019 –2020 en régimen subsidiado, agrupa los diagnósticos de atención en cinco grandes causas. expresadas como proporción del total de atenciones. Para el curso de vida de Primera Infancia, las Condiciones transmisibles y nutricionales y Enfermedades no transmisibles fueron las causas más frecuentes de atención, evidenciando un aumento en la proporción de enfermedades no transmisibles para el año 2019; para el curso de vida de Infancia las Enfermedades no transmisibles agrupó más de la mitad de las atenciones para este curso de vida con un comportamiento en aumento del 2019 al 2020, para los demás cursos de vida, de adolescencia a vejez, las Enfermedades no transmisibles fueron la causa más frecuente, mostrando un leve aumento de un año a otro, seguido de signos y síntomas mal definidos. En la tabla se detalla el comportamiento de este indicador en cada uno de los cursos de vida.

Tabla 29. Morbilidad grandes causas régimen subsidiado 2019–2020

CURSO DE VIDA	GRANDES CAUSAS	Proporción 2019	Proporción 2020
PRIMERA INFANCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	27,11%	22,38%
	Condiciones materno-perinatales	5,57%	7,48%
	Enfermedades no transmisibles	35,98%	41,61%
	Lesiones	3,69%	9,03%
	Signos y síntomas mal definidos	27,65%	19,51%
INFANCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,84%	10,54%
	Condiciones materno-perinatales	0,06%	0,20%
	Enfermedades no transmisibles	52,79%	48,98%
	Lesiones	6,12%	10,11%
	Signos y síntomas mal definidos	30,19%	30,17%
ADOLESCENCIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,34%	7,69%
	Condiciones materno-perinatales	3,85%	10,31%
	Enfermedades no transmisibles	53,11%	49,62%
	Lesiones	7,60%	11,03%
	Signos y síntomas mal definidos	28,11%	21,34%
JUVENTUD	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,56%	6,43%
	Condiciones materno-perinatales	7,38%	14,29%
	Enfermedades no transmisibles	48,17%	46,34%
	Lesiones	7,14%	10,48%
	Signos y síntomas mal definidos	27,75%	22,46%
ADULTEZ	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,96%	6,29%
	Condiciones materno-perinatales	0,94%	2,65%
	Enfermedades no transmisibles	64,79%	66,96%
	Lesiones	6,18%	9,26%
	Signos y síntomas mal definidos	20,13%	14,83%
VEJEZ	Condiciones transmisibles y nutricionales	1,35%	2,42%
	Condiciones materno perinatales	0,00%	0,00%
	Enfermedades no transmisibles	95,95%	59,08%
	Lesiones	1,35%	5,33%
	Signos y síntomas mal definidos	1,35%	33,17%

Fuente: Resolución 1536 - Gerencia de Prestación de Servicios – Jefatura de Programas de Promoción y Prevención. Nueva EPS S.A. – Reportado 2021

### 1.3.2.4.3. Indicadores Priorizados.

En la tabla, se encuentran descritos los indicadores priorizados para el departamento y municipios de Antioquia, donde Nueva EPS tiene población afiliada. Para los afiliados al régimen contributivo, se encuentra como componente priorizado Razón de mortalidad materna. Las condiciones expuestas en tabla sugieren aumentar los esfuerzos en los programas de detección Atención y asesoría prenatal, seguimiento durante y después del embarazo, asesoría y suministro de anticonceptivos, seguimiento para el recién nacido y controles de crecimiento y desarrollo del menor. Con el fortalecimiento de las estrategias asociadas a la Promoción y Mantenimiento de la salud y a la captación temprana de las neoplasias.

Tabla 30. Indicadores priorizados en el régimen contributivo por departamento y municipio. Antioquia 2020.

Territorio	Componente	Indicador	Sexo	Edad	Valor Nueva EPS	Valor de Ref.	Razón de tasas	Punto de comparación
Antioquia	3. Mortalidad trazadora	251 - Razón de mortalidad materna	Femenino	Todas las edades	47,14	34,23	1,38	Entidad Territorial

Fuente: Resolución 1536 -Gerencia de Prestación de Servicios –Jefatura de Programas de Promoción y Prevención. Nueva EPS S.A. –Reportado 2021.

Para el régimen subsidiado. en el departamento se encuentran los siguientes indicadores priorizados: Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años, Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis, Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero, Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años. De acuerdo con estos indicadores priorizados, Nueva EPS establece la continuidad y el fortalecimiento de las intervenciones a través de la adopción y adaptación de las Rutas Integrales de Atención de Promoción y Mantenimiento de la Salud y las rutas Materno –Perinatal y Cardiovascular y las demás rutas que se requieran. de acuerdo con la prevalencia e incidencia de condiciones mórbidas del departamento. Los dos indicadores priorizados por municipio en donde se encuentran afiliados a Nueva EPS se observan en la Tabla 87.

Tabla 31. Indicadores priorizados por departamento y municipio. Antioquia régimen subsidiado 2020

Territorio	Componente	Indicador	Sexo	Edad	Valor Nueva EPS	Valor de Ref.	Razón de tasas	Punto de comparación
Antioquia	7. Determinantes intermedios de la salud	359 - Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	Ambos Sexos	Todas las edades	18,98	51,33	0,37	Entidad Territorial
Antioquia	3. Mortalidad trazadora	183 - Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis	Femenino	Todas las edades	440,56	1,05	417,63	Entidad Territorial
Antioquia	3. Mortalidad trazadora	197 - Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	Ambos Sexos	Todas las edades	346,84	3,86	89,82	Entidad Territorial

### 1.3.2.5. COMPENSAR

A 31 de diciembre de 2021 Compensar EPS Antioquia contaba con 5.282 afiliados, que representan el 0,27% del total de la población afiliada a la EPS (1.950.063), en Medellín Compensar EPS contaba con 4.441 afiliados que representan el 0,23% de la población afiliada (1.950.063) y el 0,17% del total de la población de la ciudad (2.573.220), según las proyecciones estimadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE para el año 2021.

Con respecto a la ubicación de los afiliados por zona urbano rural, de acuerdo con las bases de población y georreferenciación, se observa que el 98,95% de los afiliados se encuentran ubicados en la zona urbana de la ciudad y el 1,05% restante están en zona rural. En cuanto a la distribución por IPS primarias en Compensar EPS Medellín, la población georreferenciada en su gran mayoría se encuentra en USS Medellín Viva 1A IPS Bolivia (83,04%). La mayor concentración de 7 puntos de atención. Compensar EPS en la ciudad de Medellín, cuenta con un Modelo de salud PBS Y PAC, con una población georreferenciada la cual presta sus servicios en IPS de su red propia Compensar lo que representa una ventaja por integración de los sistemas de información para el seguimiento y canalización de los afiliados. Es importante mencionar que el 4,57% de la población tiene otras IPS primarias, porcentaje que corresponde a población en programas y convenios especiales, VIH y usuarios PAC, estos últimos con sede de médico personal asignada. Por otro lado, se encuentran afiliados con asignación de USS en Medellín o zonas diferentes a Antioquia lo que puede atribuirse a cambios de residencia del afiliado sin actualización de información ante la EPS por lo que tampoco se actualiza la unidad de servicios.

### 1.3.2.6. Morbilidad en consulta externa

De acuerdo con la información disponible en el cubo de causación, para el año 2021 se registró un total de 10.785 atenciones correspondientes a consultas por medicina general y especialidades médicas.

Para determinar las principales causas de consulta en medicina general en el ámbito de consulta externa, se utilizó como fuente primaria el cubo de causación garantizando menor pérdida de información sobre el diagnóstico por registro inadecuado, problema que ocurre en la mayoría de los sistemas de información del país. Dentro de las principales causas de consulta externa por medicina general se observa en primer lugar la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana VIH el cual se presentó en el 1,75% de los casos, seguido de COVID 19 virus no identificado (0,08%). Se observa un importante porcentaje de consultas sin diagnóstico (98,16%), que representan un reto en el fortalecimiento para el reporte de dicha información.

Tabla 32. Distribución Diagnósticos de Morbilidad en Consulta Externa. Compensar EPS Medellín. Año 2021

DIAGNÓSTICO	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		Número	%
	Número	%	Número	%		
SIN DIAGNÓSTICO	6.856	63,57	3.731	34,59	10.587	98,16
ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUM	12	0,11	177	1,64	189	1,75
COVID 19 VIRUS NO IDENTIFICADO	5	0,05	4	0,04	9	0,08
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>6.873</b>	<b>63,73</b>	<b>3.912</b>	<b>36,27</b>	<b>10.785</b>	<b>100,00</b>

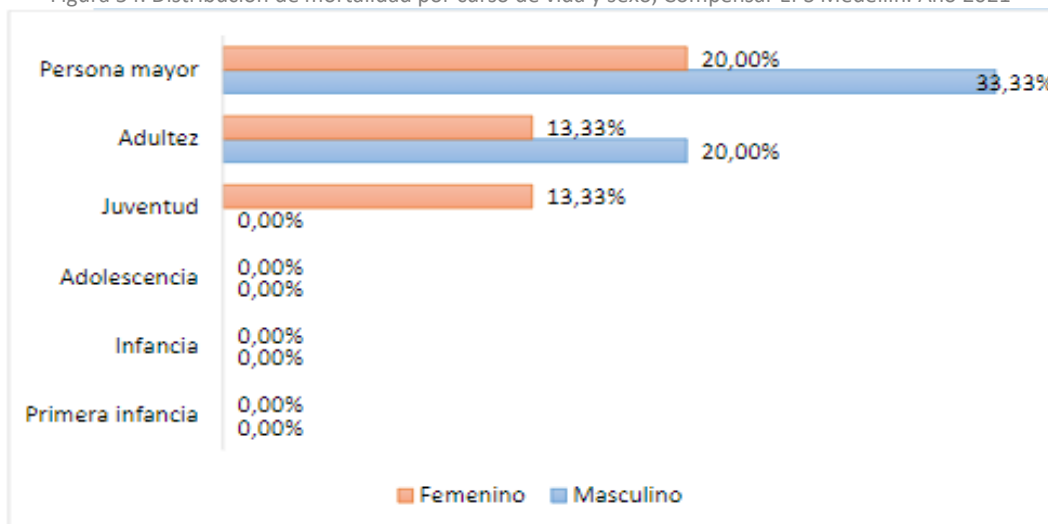
Fuente: Cubo de Causación 2021



## 1.3.2.7. Mortalidad general

Como insumo principal para la construcción de la desagregación de la mortalidad en la EAPB por curso de vida, sexo, quinquenio y causas básicas se utilizó la base de mortalidad proporcionada por analítica, la cual tiene una serie de fuentes entre las que se encuentran: la base de afiliaciones, GEHOS, domicilio, entre otras. De acuerdo con los datos obtenidos a través de la base de mortalidad de afiliaciones para el año 2021 se registraron 15 novedades de fallecimiento para afiliados a Compensar EPS en la ciudad de Medellín, que representan una tasa bruta de mortalidad de 3,38 casos por 1.000 afiliados. La tasa de mortalidad presentada en Compensar EPS en Medellín está por encima de la tasa bruta de mortalidad descrita en el ASIS Distrital 2020 el cual reportó en el 2018 que la tasa fue de 1,8 fallecimientos por 1.000 habitantes. De los fallecimientos ocurridos en Compensar EPS Medellín en 2021 el 53,33% corresponde a hombres (8) y el 46,67% restante son mujeres (7); la distribución por curso de vida, como es de esperarse, ocurre en su mayoría en afiliados en el ciclo de vejez (53,33%), seguido de afiliados en ciclo de adultez (33,33%). El 13,33% de los fallecidos son jóvenes, no se presentaron eventos en etapas tempranas de la vida.

Figura 54. Distribución de mortalidad por curso de vida y sexo, Compensar EPS Medellín. Año 2021

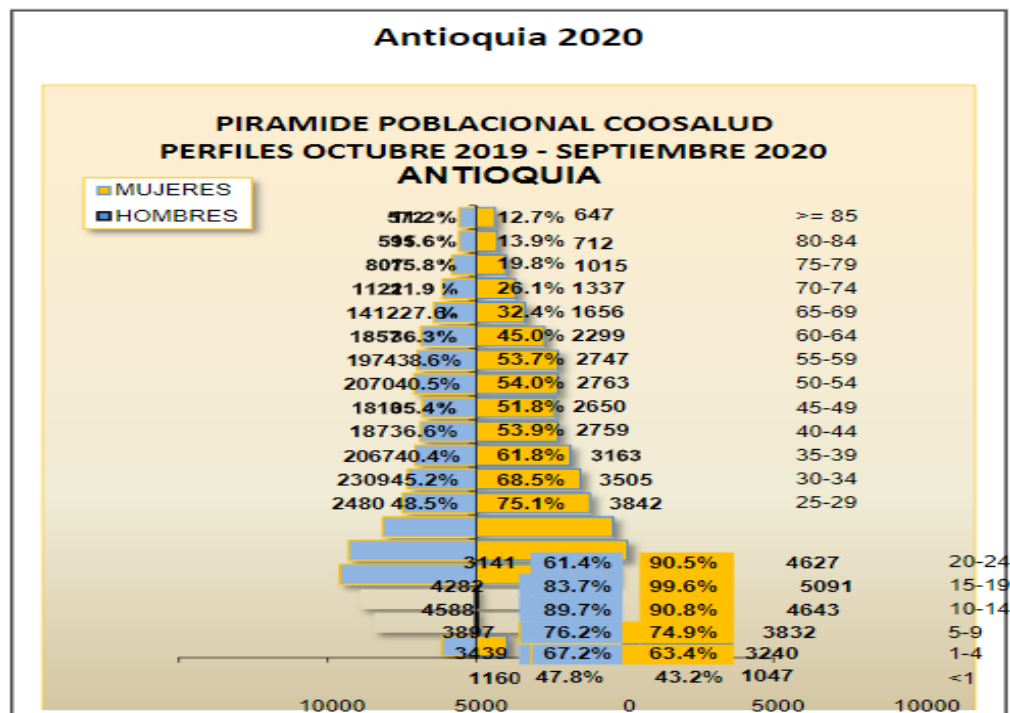


Fuente: Base mortalidad analítica 2021

Con relación a las principales causas de muerte en Compensar EPS Medellín durante el 2021, se evidencia que en el 86,67% de los fallecimientos (13) no se reporta la causa de la muerte, en el 6,67% de los casos (1) el COVID 19 virus identificado fue la causa reportada la cual se da en un afiliado de sexo masculino en ciclo de vida de adultez, y en el 6,67% restante fue por neumonía viral no especificada la cual ocurrió en una afiliada del sexo femenino en ciclo de vejez; la falta de información representa un reto en el fortalecimiento del registro de esta.

## 1.3.2.8. COOSALUD

Figura 55. Pirámide poblacional. COOSALUDEPS-S Departamento ANTIOQUIA. 2019–2020



La estructura de la pirámide poblacional del año 2021 presenta forma de campana con tendencia a ser expansiva: con una base estrecha y una lenta reducción a medida que asciende aumentando la constricción en los quinquenios de más de 60 años, fenómeno que se repite en el Departamento y todas las subregiones. Es propia de los países en plena transición demográfica.

### 1.3.2.8.1. Morbilidad sentida general

TOTAL INDICADORES MORBILIDAD				2020	
Eventos Priorizados					
Indicador	Sexo	K	NACIONAL	ANTIOQUIA	
% Con Antecedente personal de Hipertension:	T	100	15,69	17,21	
% Con Antecedente personal de Diabetes:	T	100	4,63	5,47	
% Con Antecedente personal de Dislipidemia:	T	100	4,06	6,23	
% Con Antecedente personal de Obesidad:	T	100	2,29	1,27	
% Con Antecedente personal de Infarto:	T	100	0,88	0,92	
% Con Antecedente personal de E.C.V:	T	100	0,63	0,54	
% Con Antecedente personal de E.R.C:	T	100	0,76	0,32	
% Con Antecedente personal de EPOC:	T	100	1,48	2,02	

Al igual que en los indicadores anteriores 2021 no refiere medición en los datos correspondientes a los indicadores de morbilidad sentida general, por lo tanto, se mantienen los datos de la medición del periodo anterior mostrando la morbilidad general sentida del departamento se encuentra que la patología más frecuentemente relacionada por la comunidad entre 2018 y 2020 fue la hipertensión arterial (17 por 10.000 afiliados), seguido de la diabetes y en tercer lugar la dislipidemia.

### 1.3.2.8.2. Mortalidad sentida general

TOTAL INDICADORES MORTALIDAD			2020	
Indicador	Sexo	K	NACIONAL	ANTIOQUIA
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes:	T	1000	3,66	3,39
Tasa de mortalidad por diabetes en mayores de 40 años:	T	1000	0,00	0,00
Tasa de mortalidad por enf. isquémicas del corazón > 40 años:	T	1000	0,68	0,71
Tasa de mortalidad por enf.Cerebrovas. en > 40 años:	T	1000	0,13	0,03
Tasa de mortalidad neonatal precoz:	T	10000	0,00	0,00
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos (< 1 año):	T	10000	163,23	0,00
Tasa Mortalidad en menores de 5 años:	T	10000	74,61	0,00

Las tablas anteriores expresan los indicadores de mortalidad sentida general. Para el 2021 no se realiza medición comparativa de estos indicadores dado que no se cuenta con datos suficientes y concluyentes para realizar dicha comparación.

### 1.3.2.9. ECOOPSOS

La distribución por momento de vida y sexo en la población afiliada del departamento de Antioquia, muestra que la proporción general de mujeres y hombres afiliados para el régimen subsidiado es de 49% mujeres y 51% hombres y para el régimen contributivo es del 100% mujeres y 59 % hombres. Frente a la población afiliada por momento de vida, se tiene que para el régimen subsidiado la mayoría de la población corresponde al momento de vida de Adulthood (36%), y el momento de vida que tiene menos población afiliada es la Primera Infancia con el (8%). En cuanto al régimen contributivo la mayoría de la población corresponde al momento de vida de Juventud (41%), y el momento de vida que tiene menos población es Persona Mayor (4%)

### 1.3.2.10. ECOPETROL

En el departamento de Antioquia se encuentran la población distribuidos en 35 municipios a saber: Medellín, Anorí, Santafé De Antioquia, Apartadó, Armenia, Barbosa, Bello, Caldas, Caracolí, Cauca, Cisneros, Concepción, Ebéjico, Envigado, Girardota, Gómez Plata, Guarne, Guatapé, Itagüí, La Ceja, La Estrella, La Unión, Marinilla, Puerto Berrío, Puerto Nare, Puerto Triunfo, Retiro, Rionegro, Sabaneta, Santo Domingo, El Santuario, Sopetrán, Támesis, Yolombó, Yondó.



La población afiliada a Ecopetrol en el departamento de Antioquia representa el 0,04% del total. La población afiliada se concentra en el municipio de Medellín que cuenta con el 75.53% de la población, los municipios que le siguen son Envigado, Yondó y Bello, con el 6.03%, 5.29% y 2.11%, respectivamente. Las IPS primaria contratadas para la atención de la población corresponden a la red privada.

Los indicadores demográficos para la población en el departamento de Antioquia:

La representación de la población de Ecopetrol en el departamento de Antioquia inferior al 1% se compone del 44% de los beneficiarios son de sexo masculino y el 56% restante son mujeres. Por cada 100 mujeres hay 77,82 hombres relación no tan cercana a la del departamento. Por cada 100 mujeres en edad fértil hay 4,41 niños entre 0 y 4 años, razón muy inferior a las poblaciones de referencia (departamento y país).

Los índices demográficos de la población beneficiaria en el departamento de Antioquia muestran que se trata de una población envejecida y comparada con las poblaciones de referencia (nacional y departamento) se observa una diferencia significativa, mientras en Colombia se trata de una población en plena transición demográfica la población de Ecopetrol muestra finalmente un índice de Friz bajo.

### 1.3.2.10.1. Mortalidad

Las principales causas de mortalidad de la población en el departamento son las relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio, demás enfermedades y neoplasias.

Grandes causas	2019					
	Departamento			Ecopetrol		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles	25,081	39,2713	31,6551	0	43,1316	18,6354
Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias	93,9961	111,865	101,6259	128,633	102,125	114,1241
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	111,6081	157,8718	132,0351	219,1098	116,9638	165,6963
Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5,5359	7,6432	6,6135	0	0	0
Tasa ajustada de mortalidad por causas externas	19,7249	121,3831	68,7546	9,4969	0	6,4255
Tasa ajustada de mortalidad por todas las demás enfermedades	99,9292	120,0694	108,7958	468,0826	172,8571	339,4995
Tasa ajustada de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas	5,6676	9,3365	7,3164	0	0	0

### 1.3.2.10.2. Morbilidad

Para el análisis de la morbilidad por grandes causas se toma como poblaciones de comparación la información del año 2017 y 2018, dado que el MSPS no entregó la información para los años 2019 y 2020.

#### Menores de 5 años

Al revisar la morbilidad por grandes causas para el grupo de edad analizado en el departamento de Antioquia se observa que las lesiones (causa externa) y los signos y síntomas mal definidos son los grupos que mayor variación presentan. Sin embargo, por tratarse de grupos no priorizables, se determina que para este grupo poblacional y revisando las condiciones poblacionales generales para este grupo se priorizan las condiciones transmisibles y nutricionales y materno perinatales, las cuales se intervendrán a través de la evaluación individual del riesgo y los programas de promoción y prevención.

#### 6 a 11 años

Para el grupo de análisis se observa que las lesiones (causa externa) y los signos y síntomas mal definidos son los grupos que mayor variación presentan en los años de comparación. Sin embargo, por tratarse de grupos no priorizables, se determina que para este grupo poblacional y revisando las condiciones poblacionales generales del país y del territorio se priorizan las condiciones transmisibles y nutricionales, las cuales se intervendrán a través de la evaluación individual del riesgo y los programas de promoción y prevención.

#### 12 a 18 años

Al revisar la morbilidad por grandes causas para este grupo de edad en el departamento de Antioquia se observa que los grupos con mayor diferencia entre los años comparados son el de las condiciones transmisibles y nutricionales y el de las enfermedades no transmisibles. Estos dos grupos se intervendrán a través de los programas de promoción y prevención y las evaluaciones individuales de riesgos a través de las cuales se realiza la detección de los factores de riesgos.

#### 14 a 26 años

Al revisar la morbilidad por grandes causas para este grupo de edad en el departamento de Antioquia se observa que los grupos con mayor diferencia entre los años comparados son el de las condiciones transmisibles y nutricionales y el de las enfermedades no transmisibles. Estos dos grupos se intervendrán a través de los programas de promoción y prevención y las evaluaciones individuales de riesgos a través de las cuales se realiza la detección de los factores de riesgos.

### 27 a 59 años

Al revisar la morbilidad por grandes causas para este grupo de edad en el departamento de Antioquia se observa que el grupo con mayor diferencia entre los años comparados es el de las enfermedades no transmisibles, que se intervendrán a través de programas estructurados de atención para las patologías con mayor prevalencia en la población.

### Mayores de 60 años

Para el grupo etario analizado las causas de morbilidad con mayor variabilidad son las enfermedades no transmisibles, muy acorde con las características de la población. Este grupo de patologías se intervienen a través de programas estructurados de atención que buscan disminuir las complicaciones y en particular la progresión de la enfermedad.

#### 1.3.2.10.3. Riesgos priorizados

Una vez finalizado el ejercicio de caracterización de la población del departamento de Antioquia, las prioridades definidas fueron:

No. Prioridad	Indicador	Descripción	Grupo de riesgo	Descripción
1	245	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio	001	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
2	177	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	001	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
3	176	Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias	007	Población con riesgo o presencia de cáncer
4	244	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias	007	Población con riesgo o presencia de cáncer
5	208	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	001	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas

#### 1.3.2.11. EPM

La población total de la Unidad Servicio Médico al 31 de diciembre de 2021 fue de 8.339 afiliados. De estos, 3.912 son mujeres que representan el 46,9% y 4.427 son hombres con el 53,1% lo que representa una razón hombre: mujer de 113,2, es decir, que por cada 100 mujeres hay 113,2 hombres.

El grupo de edad con mayor proporción de afiliados es de 60 a 64 años con el 19,1% seguido del grupo entre 65 y 69 años con el 15,9% y el de menor proporción son los menores de 1 año con solo el 0,04%, lo que representa una pirámide poblacional invertida donde más del 80% de la población tiene más de 50 años de edad. Al evaluar la distribución por ciclo de vida, se encuentra que la mayor concentración está en el ciclo de Vejez con un 58,1%, seguido del ciclo de Adulthood con el 27,0%.

Para el año 2021 se presentaron 6 nacimientos, lo que representa una tasa bruta de natalidad del 0,72 por cada 1.000 afiliados. La tasa general de fecundidad de la Unidad Servicio Médico en 2021 fue de 7,5 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil y el grupo de mujeres entre los 25 y 29 años presentaron la tasa más alta de fecundidad con 19,6. Durante el año 2021 se presentaron 123 muertes, lo que representa una tasa bruta de mortalidad de 1,47 muertes por cada 100 afiliados. No hubo mortalidad no presentamos mortalidad en los ciclos de vida de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud. El mayor número de muertes se presentó en los afiliados entre 70 y 74 años con 29 fallecimientos que representa el 23,6%, seguido de los afiliados mayores de 90 años con 20 muertes (16,3%). La mayoría de los usuarios fallecidos están en el ciclo de Vejez con el 92,7%. Respecto a las causas de muerte, casi la totalidad de los afiliados falleció de muerte natural con un 83,7%, seguido de COVID-19 (8,9%) y cáncer (3,3%). Dentro de los indicadores demográficos que reflejan la estructura de la población afiliada a la Unidad Servicio Médico, se encontró para el 2021 un índice de envejecimiento de 1355,42, lo que indica que hay 1.355 afiliados mayores de 65 años por cada 100 afiliados menores de 15 años; el índice de vejez fue de 39,01 afiliados por cada 100 afiliados mayores de 65 años. Con respecto al índice de juventud, por cada 100 afiliados hay 12,44 afiliados 15 a 29 años. Para el índice de infancia hay 2,39 menores de 14 años por cada 100 afiliados. La tasa de crecimiento total de la EAS es de -5,08, lo que expresa el cambio medio anual en el tamaño de la población de Unidad Servicio Médico.

Año / Indicador	2018	2019	2020	2021
Índice de Infancia	4,54	4,04	4,00	2,39
Índice de Juventud	16,26	15,17	14,00	12,44
Índice de Vejez	25,91	31,71	33,00	39,01
Índice de Envejecimiento	480,9	784,07	892,00	1355,42
Razón Hombre/Mujer	114,53	110,24	116,07	113,16
Tasa de Crecimiento Total	-3,76	-3,62	-3,51	-5,08

Fuente: Base de datos aseguramiento - Unidad Servicio Médico EPM, diciembre 2021.

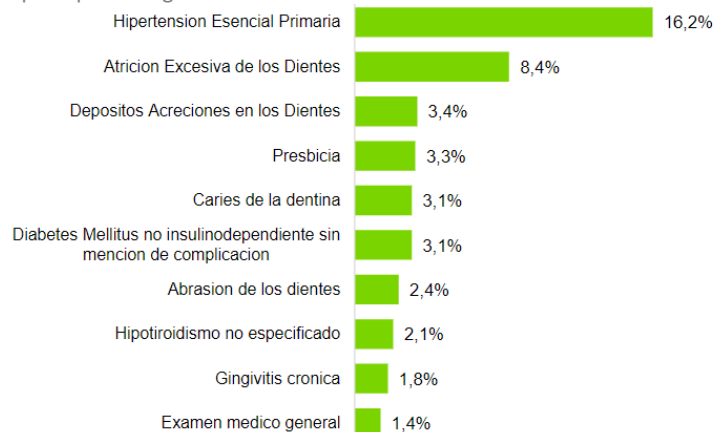
### 1.3.2.12. Morbilidad

Teniendo en cuenta las atenciones a los afiliados en la Unidad Servicio Médico, en el ámbito de consulta externa, el principal diagnóstico de atención fue Hipertensión esencial primaria con el 16,2% lo cual está acorde a la distribución poblacional de los afiliados ya que la mayoría tienen



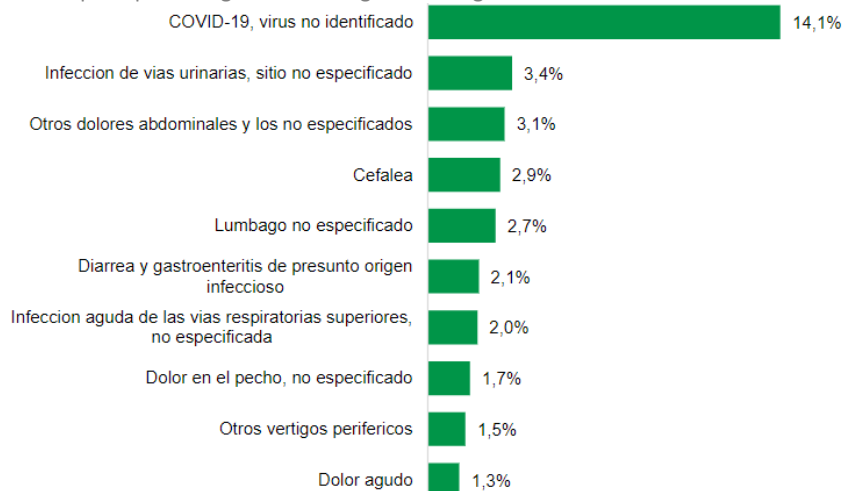
más de 50 años que es cuando se incrementa el riesgo de enfermedades precursoras. Por parte de medicina general los principales diagnósticos son Hipertensión esencial primaria, Diabetes Mellitus e Hipotiroidismo. En el servicio de odontología, los principales diagnósticos atendidos fueron Atrición excesiva de los dientes, Depósitos de acreciones en los dientes y Caries de la dentina. Mientras que, por parte de optometría, el principal diagnóstico de atención fue la Presbicia. Al evaluar las atenciones recibidas por lo afiliados al Servicio Médico en el ámbito de urgencias, el principal diagnóstico fue COVID-19 con el 14,1%, seguido de Infección de vías urinarias con el 3,4% y Otros dolores abdominales con el 3,1%. En el ámbito de hospitalización, el principal diagnóstico de atención también fue COVID-19 con el 17,0%, seguido de Hiperplasia de la próstata con el 4,3% e Infección de vías urinarias con el 3,7%.

Figura 56. Diez principales diagnósticos en consulta externa. Unidad de servicio médico EPM – 2021



Fuente: Base de datos RIPS – Base de datos Aseguramiento. Unidad Servicio Médico EPM – 2021p.

Figura 57. Diez principales diagnósticos de egreso en Urgencias. Unidad de servicio médico EPM – 2021.



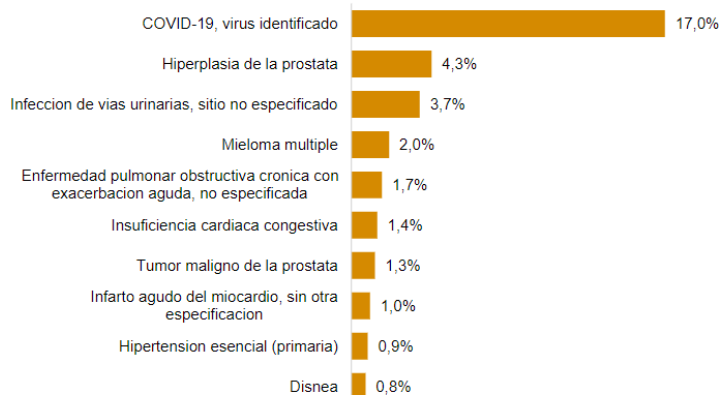
Fuente: Base de datos RIPS – Base de datos Aseguramiento. Unidad Servicio Médico EPM – 2021p.

Figura 58. Diez principales diagnósticos de egreso en hospitalización. Unidad de servicio médico EPM-2021





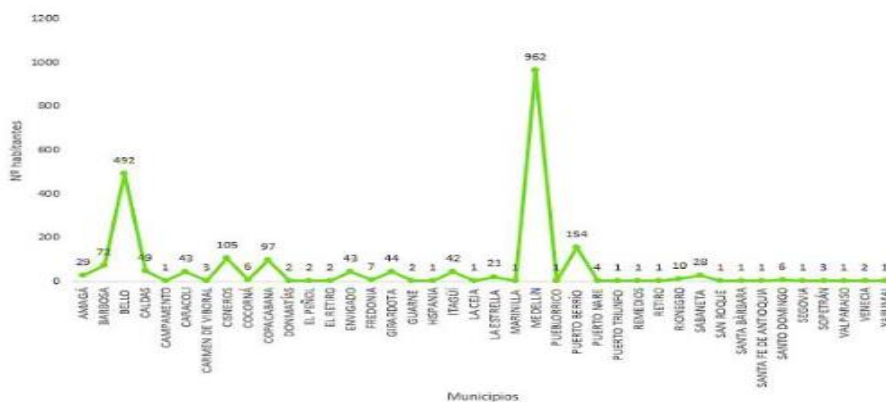
**Gráfico 5. Diez principales diagnósticos de egreso en hospitalización. Unidad Servicio Médico EPM – 2021p.**



Fuente: Base de datos RIPS – Base de datos Aseguramiento. Unidad Servicio Médico EPM – 2021p.

### 1.3.2.13. FERROCARRILES

En cuanto a los habitantes del departamento de Antioquia son 2.244, el municipio con mayor población afiliada es Medellín con 962 personas, seguido de Bello con 492 personas, Puerto Berrio con 154, Cisneros con 105, el resto de los municipios cuentan con menos de 100.



Fuente: Base de datos Horus, población FPS FNC 2021

### 1.4. Sistema Sanitario.

Desde el Plan de Desarrollo Departamental “Unidos por la Vida 2020-2023”, Antioquia le apuesta al fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud, es así como en la Línea 4, Nuestra Vida en su Componente número 2, Bienestar activo y Saludable para Antioquia, dentro del cual está el Programa número 5, Fortalecimiento de la red de prestadores de servicio de salud, tiene



SC4887-1

como objetivo: Fortalecer las Empresas Sociales del Estado-ESE del Departamento bajo los principios de eficiencia, transparencia, disponibilidad, accesibilidad y calidad, incluyendo procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud en redes integradas, con el fin de garantizar el acceso efectivo y la atención con calidad oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención y mejorar los resultados en salud.

Se ha adelantado la conformación de Redes Integradas de prestación de servicios de salud, se han fortalecido los hospitales de los municipios definidos como Nodos en el Suroeste de Antioquia, especialmente en lo relacionado con la habilitación de Telemedicina y el fortalecimiento de los servicios de salud mental, a través de proyectos de dotación y mantenimiento de infraestructura de habitaciones para atención de pacientes en crisis por patología mental. Los municipios definidos como Nodos en el Suroeste son: Ciudad Bolívar, que a su vez es la red de segundo nivel, Urrao, Andes, Santa Bárbara y Amagá. La ESE del municipio de Caldas, a pesar de pertenecer al área metropolitana, queda en la red de Suroeste como soporte de segundo nivel de atención.

Se realizó un encuentro con Gerentes de las ESE, secretarios de salud municipales y subgerentes científicos y coordinadores médicos de las ESE de la subregión del Norte Antioqueño, delegados de las 4 EPS con mayor número de afiliados en la subregión, similar al encuentro realizado con los actores del sector salud del Suroeste de Antioquia. En dicho encuentro se tuvo como objetivo: Cocrear la propuesta de Red Integrada de Servicios de Salud-RISS, en el Norte de Antioquia. A estos encuentros asistieron en carácter de observadores dos agremiaciones, Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia-AESA y Cooperativa Hospitales de Antioquia-COHAN; delegados de las ESE Hospital Mental de Antioquia-HOMO y ESE Carisma y el enlace territorial del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para la implementación de la metodología utilizada en el encuentro se pidió a los actores de cada municipio considerar las variables de pirámide poblacional, población actual y potencial y el perfil epidemiológico, con el fin de visualizar qué problemas en salud deben buscar impactar con la red que se va a proponer. Información contenida en cartilla entregada de manera impresa el día del evento. Posteriormente se hizo entrega de un mapa de la subregión del Norte, y del municipio de Yarumal, como el municipio de referencia para la prestación de los servicios de mediana complejidad, adicionalmente se les entregó un tablero del municipio respectivo con información poblacional, principales causas de mortalidad, servicios de baja y mediana complejidad, capacidad instalada y mapa de actores. En dicho tablero los actores debían identificar el nivel de atención que les correspondía, señalar los servicios de salud que tenían habilitados, los que querían habilitar según sus capacidades y los que podrían prestar en alianza con otro prestador, independiente del nivel de complejidad de cada servicio. Se les solicitó ubicar los centros y puestos de salud que fuesen funcionales o los que consideran que se podrían abrir como espacios

comunitarios para prestar servicios de salud y otros de tipo social. El mapa de actores les permitía visualizar los prestadores de servicios de salud privados que podrían ser considerados como aliados o como parte de la competencia. La actividad finaliza con la puesta en común por parte de cada municipio donde se presentan las propuestas de los servicios a prestar, sean propios o en alianza con otro prestador y de esta manera, en consenso se identifican cuales municipios pueden actuar como Nodos con servicios más fortalecidos y que puedan apoyar a otros municipios cercanos y servir de soporte a la IPS del segundo nivel de atención. Dentro de las conclusiones se define que la ESE del municipio de Yolombo, a pesar de hacer parte de otra subregión, sea parte de la red del norte, por cercanía con algunos municipios del Norte. Los municipios identificados como Nodos en el Norte son: Yarumal, que a su vez es segundo nivel de atención, Santa Rosa de Osos, San Pedro de los Milagros e Ituango, este último por su ubicación geográfica, debe estar fortalecido, pues no es cercano a ninguno de los demás municipios.

Dentro del proceso de conformación de las RISS, se debe continuar profundizando en la definición de la población a atender y tipo de servicios por los segundos niveles, la gestión del riesgo desde los hospitales, la definición de los flujos de atención y la gestión jurídica para la organización de las mismas.

A raíz del encuentro con el Norte Antioqueño, el Nodo conformado por San Pedro de los Milagros, Belmira y Entrerriés; define avanzar en la construcción de su modelo de atención en red y ya está en proceso de revisión de información para pasar propuesta a la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.

En el Norte del Valle de Aburrá, como iniciativa propia, inicio una propuesta de conformación de Red, que ellos denominaron NOVA, con participación de los secretarios de salud y Gerentes de las ESE de los municipios de Barbosa, Girardota, Copacabana y Bello, incluida la ESE Hospital Marco Fidel Suarez, como segundo nivel de atención; iniciativa que el departamento de Antioquia ha venido apoyando. Esta red ha definido potencializar las acciones de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud y la RIA de Cáncer, incluidas las actividades complementarias del segundo nivel de atención. Ya han logrado acuerdos contractuales con la EPS SAVIA Salud y se vienen adelantando conversaciones con SURA EPS.

A raíz de la propuesta del Gobierno Nacional, sobre el Modelo de salud preventivo y predictivo, el departamento de Antioquia participa con una prueba piloto sobre conformación de Equipos Básicos de Atención-EBAS, bajo un enfoque familiar y decide realizarlo en la red del norte del Valle de Aburrá. Es así como en cada uno de los 4 municipios que la conforman, se organizó un EBAS, integrado por 5 promotores de salud, un médico, un psicólogo, una enfermera profesional, un auxiliar de enfermería y un técnico en higiene oral. Por cada promotor se hizo una asignación de 300 familias, para un total de 1.500 familias objeto de la caracterización, identificación de riesgos e intervención respectiva. El EBAS está acompañado de un equipo complementario de atención,



conformado por otros profesionales, de acuerdo a los riesgos identificados. Este modelo tiene como eje transversal la Atención primaria en Salud y busca acercar los servicios a la población, mejorando el acceso y la oportunidad en la atención. Este modelo se ha socializado a todos los municipios del Departamento y se espera que para el año 2023 se haya implementado en todo el territorio Antioqueño.

Adicionalmente se adelanta la actualización del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales, cuya última versión es del año 2014, con un tercer alcance aprobado por el ministerio de salud en el mes de julio de 2022, mediante el cual de incluyo la modalidad de telemedicina en todos los hospitales de primer nivel de atención y algunas especialidades básicas en hospitales de primer nivel categoría B especial.

A la fecha se han visitado los 125 municipios con el fin de conocer en territorio las necesidades en salud, en esta actualización del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales se busca facilitar a las ESE la habilitación y oferta de servicios de salud que les permita ser la puerta de entrada al sistema de manera resolutive y apuntar a la disminución de traslados innecesarios y gastos de bolsillo a la población. Este documento le apunta a facilitar y dar línea para el trabajo en red donde las ESE se fortalezcan de acuerdo a su población, perfil epidemiológico, vías, etc.

El diseño de la red se realiza con la participación de los diferentes actores del sistema (usuarios, prestadores, aseguradores, entes territoriales entre otros) de tal manera que la prestación de los servicios en Antioquia responda a las necesidades en salud de cada uno de los municipios, promoviendo la articulación y complementariedad de los servicios a prestar y de esta manera avanzar en el trabajo en red para facilitar la continuidad en la atención de los usuarios, así como una prestación de servicios en el lugar más cercano al territorio.

Tabla 33. Monto dotación equipos biomédicos

AÑO	E.S.E BENEFICIADAS	MONTO
2020	14	\$ 4.010.888.362
2021	10	\$ 3.681.206.654
2022	119	\$ 6.960.277.219
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 14.652.372.235</b>

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios SSSA.

Tabla 34. Monto Inversiones en Infraestructura

AÑO	E.S.E BENEFICIADAS	MONTO
2020	5	\$ 2.412.885.373
2021	4	\$ 11.151.259.820
2022	26	\$ 27.507.835.946
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>\$ 41.071.981.139</b>

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios SSSA.

En cumplimiento de la Ley 2028 de 2020 se ha realizado la distribución a las diferentes ESE del departamento de Antioquia los siguientes recursos:

Tabla 35. Transferencias estampilla prohospital 2021.

Nivel ESE	2020	2021	2022	Total general
Nivel 1 (107)	\$ 4.273.295.595	\$ 5.764.860.195	\$ 10.758.093.013	\$ 20.796.248.803
Nivel 2 (12)	\$ 6.381.100.120	\$ 5.553.825.567	\$ 8.068.569.760	\$ 20.003.495.447
Nivel 3 (1)	\$ 10.635.166.863	\$ 7.194.066.127	\$ 8.068.569.760	\$ 25.897.802.750
<b>Total general</b>	<b>\$ 21.289.562.578</b>	<b>\$ 18.512.751.889</b>	<b>\$ 26.895.232.533</b>	<b>\$ 66.697.547.000</b>

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios SSSA

Estos valores corresponden a los montos recaudados por la secretaria de hacienda departamental, cuya destinación se hace según lo contemplado en el artículo 2 de la Ley 2028 principalmente al pago de medicamentos y material médico quirúrgico.

Conforme a la categorización del riesgo que anualmente realiza el Ministerio de Salud y Protección Social y a la Resolución 1342 de 2019 se tiene que actualmente 31 ESE Hospitalares categorizados en riesgo medio y riesgo alto, que formulan un programa de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

A diciembre de 2022 producto de dichas formulaciones se tienen 5 Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados y 26 en proceso de revisión y ajuste de información financiera a corte de 31 de diciembre de 2022, para posterior concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Dentro del marco del proyecto denominado Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud, le fue asignado a algunas ESE Hospitalares en riesgo medio y alto, recursos para el pago de pasivos, en búsqueda de su autosostenibilidad según se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 36. Proceso acompañamiento a hospitales en riesgo fiscal y financiero. Res 1342 de 2019.

Concepto	Viabilizados con resoluciones anteriores a 2019	2020	2021	2022
Total hospitales			31	31
Hospitales con altas probabilidades de viabilidad			12	11
Hospitales viabilizados	4		0	4
Recursos Res 5938- FONSAET			\$ 4.408.184.762	
Rendimientos financieros Res 5938- FONSAET			\$ 2.025.879.386	
Recursos resolución 1342 de 2019				\$ 476.683.103
Recursos asignados –propios			\$ 1.860.000.000	\$ 1.358.000.000
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 8.294.064.148</b>	

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios

Con el objetivo de fortalecer la atención en salud para la población que pueda verse afectada por la emergencia sanitaria ocasionada por COVID-19 en el Departamento, se apoyó a los hospitales con la entrega de recursos (dotación y ambulancias) con el fin de generar una adecuada y oportuna respuesta a la pandemia.

Tabla 37. Proceso acompañamiento a hospitales en implementación modalidad Telemedicina

TELEMEDICINA COVID 2020	Año	MONTO
Integrar esfuerzos para la implementación, en el departamento de Antioquia, de un modelo de telemedicina basado en estrategias innovadoras de atención en salud	2020	\$ 1.044.500.000
Implementación Telemedicina ESE Carisma	2021	\$ 130.596.180
Implementación Telemedicina 16 ESE de Antioquia	2022	\$ 298.516.278
Total		\$ 1.473.612.458

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios

Tabla 38. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19.

DOTACION COVID		
AÑO	2020	2021
E.S.E BENEFICIADAS	11	5
MONTO	\$ 21.114.165.181	\$ 1.811.600.097
DETALLE	Dotacion UCI - Equipos Biomedicos - Plantas de Oxigeno	

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios

Tabla 39. Inversión en dotación atención Pandemia COVID-19.

AMBULANCIAS				
AÑO	2020		2021	
CANTIDAD	52		14	
MONTO	COFINANCIACION GOBERNACION	MONTO TOTAL PROYECTO	COFINANCIACION GOBERNACION	MONTO TOTAL PROYECTO
	\$ 5.205.416.500	\$ 9.620.416.500	\$ 1.440.000.000	\$ 2.800.000.000
FECHA ENTREGA	24 de febrero / 13 de mayo 2020		De 12 de Nov de 2021 a 28 de Feb de 2022	
<small>NOTA: El total de ambulancias a entregar en este proyecto es 41, las 27 pendientes (6 TAM - Transporte Asistencial Medicalizado y 21 TAB - Transporte Asistencial Basico) serán entregadas entre diciembre de 2021 y febrero de 2022. Monto Total del proyecto \$8.559.400.000 - Cofinanciados así: Ministerio \$3.693.000.000 - Gobernación/SSSA \$3.419.400.000 - Municipio y/o E.S.E \$1.444.000.000</small>				

Fuente. Dirección de Calidad y Red de Servicios

Adicionalmente a la prueba piloto que se viene desarrollando en el Suroeste descrita anteriormente, como parte del fortalecimiento de la red, se adelanta la actualización del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del estado del año 2014, con la participación de los diferentes actores del sistema (usuarios, prestadores, aseguradores, entes territoriales entre otros) de tal manera que la prestación de los servicios en Antioquia responda a las necesidades en salud de cada uno de los municipios, promoviendo la articulación y complementariedad de los servicios a prestar y de esta manera avanzar en el trabajo en red para facilitar la continuidad en la atención de los usuarios, así como una prestación de servicios en el lugar más cercano al territorio.

Tabla 40. Oferta Prestadores. Capacidad Instalada Antioquia 2015-2022.

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,07	0,07	0,08	0,08	0,08	0,09	0,34	0,08
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,02	0,08	0,02
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,08	0,09	0,09	0,09	0,09	0,10	0,41	0,10
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0,82	0,85	0,84	0,81	0,80	0,78	0,84	0,94
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,10	0,10	0,10	0,10	0,11	0,14	0,26	0,03
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,10	0,10	0,09	0,10	0,10	0,07	0,19	0,03
Razón de camas por 1.000 habitantes	1,54	1,58	1,56	1,49	1,47	1,42	1,16	1,18

Fuente. SISPRO.

Tabla 41. Oferta Prestadores-Servicios De Salud Habilitados Antioquia. 2015-2022.

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	109	127	138	160	184	199	198	190
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	21	20	18	21	21	22	24	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	47	55	52	51	50	49	49	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	74	86	94	96	107	112	106	104
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	18	18	19					
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	94	100	97	96	98	101	99	99
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	327	316	306	300	294	290	284	277
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	286	311	327	359	372	407	421	447
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	167	186	208	223	241	288	302	327
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodialis	23	22	20	21	22	23	24	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	21	21	21	23	23	24	24	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	58	66	60	61	56	58	59	64
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	340	354	361	366	370	405	402	421
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología	12	13	14	14	14	15	16	21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	47	51	50	51	50	50	49	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	78	76	74	74	73	73	73	73
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	9	9	10	9	7	7	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología - fibrobroncoscopia	20	21	19	21	21	21	20	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	28	33	41	46	60	71	72	66
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	31	30	29	30	31	31	30	33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnosticas	389	401	401	397	391	390	387	378
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	9	9	9	10	10	10	10	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	540	552	555	560	565	581	583	595
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	475	487	513	512	540	588	567	551
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa bioenergética	20	19	18	20	20	23	23	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa con filtros	11	12	12	12	12	13	11	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa manual	13	13	13	13	11	15	15	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	77	87	101	116	126	137	139	159
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	100	109	119	128	139	163	182	206
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	362	358	343	335	320	314	310	305
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	605	647	692	720	731	816	835	941
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	552	557	565	567	560	553	541	522
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	64	63	63	65	70	70	69	69
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	278	297	301	322	341	360	359	343
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	14	14	15	16	16	16	16	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	149	159	157	165	172	178	184	200
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	80	94	97	108	116	142	133	157
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	22	27	30	32	38	62	53	55
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	23	28	30	32	37	59	51	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	12	15	18	24	22	46	43	42
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	21	23	24	26	27	53	44	44
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	17	20	20	22	22	24	25	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	20	20	19	21	21	47	39	42
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	9	10	10	12	12	36	28	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	9	11	12	14	13	38	31	36
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	179	207	228	240	247	261	274	270	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	11	11	11	17	18	42	35	35	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	36	43	54	64	79	111	117	125	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	31	32	28	27	27	27	26	26	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	11	12	13	15	16	17	19	22	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica pediátrica	2	2	2	1	1	1	1	1	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	121	158	172	184	212	253	252	249	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	32								
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	7	8	8	9	9	9	10	11	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	103	108	96	101	106	129	130	138	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	32	40	45	58	63	87	81	87	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	6	6	7	8	10	34	28	29	
Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	149	199	243	247	257	294	277	254	
Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología	234	253	279	294	295	334	340	366	
Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología oncológica	6	6	6	8	8	8	8	8	
Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	43	49	57	62	75	103	104	119	
Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	12	12	12	12	12	12	12	12	
Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	63	73	75	82	94	122	126	136	
Número de IPS habilitadas con el servicio de endoncia	203	224	235	248	269	305	305	312	
Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	495	512	528	536	539	588	683	729	
Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	70	84	87	84	86	101	95	89	
Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	236	222	202	191	181	177	172	165	
Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	149	141	133	126	118	114	111	107	
Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	32	40	43	44	48	71	97	105	
Número de IPS habilitadas con el servicio de genética	5	7	8	11	13	18	19	21	
Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	8	16	15	15	15	41	33	32	
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	325	358	410	430	433	465	477	485	
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	22	23	22	24	24	26	27	29	
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	41	47	49	53	65	88	81	79	
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología oncológica	11	13	14	15	16	17	19	22	
Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	81	78	74	70	69	64	60	58	
Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	32	43	47	53	61	86	79	87	
Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología	4	7	8	7	14	15	16	16	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	94	123	141	151	163	189	199	207	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	35	27	23	21	19	41	31	33	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	36	40	53	54	57	87	74	73	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	75	79	90	99	107	134	126	133	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	88	102	108	118	130	155	167	179	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	865	900	933	958	975	1.025	1.054	1.117	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	294	328	363	387	401	439	448	475	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	2	3	3	4	3	4	5	6	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - ayurveda	3	3	3	3	4	5	4	4	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	40	39	43	45	44	49	48	48	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	37	35	34	34	32	38	36	36	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - naturopatía	19	18	17	14	13	16	16	16	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuralterapia	16	16	18	19	21	23	22	22	
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	48	60	60	65	70	94	98	101	
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	23	23	23	25	30	57	49	55	
Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	2	8	9	9	12	32	23	21	

# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2023

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	77	84	84	92	96	121	146	148	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	14	14	14	19	26	48	41	43	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	36	45	47	54	60	81	83	91	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	110	123	130	140	146	170	179	201	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropediatría	25	29	30	33	40	63	57	61	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	461	536	579	598	604	642	651	690	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	688	708	709	705	721	742	755	770	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	204	234	275	284	313	348	348	341	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	132	145	149	154	157	160	176	183	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología oncológica	6	6	4	4	4	4	4	4	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	32	32	32	35	38	39	40	44	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología y hematología pediátrica	16	16	14	14	15	16	16	16	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	279	296	336	336	348	376	406	403	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	305	319	365	369	394	423	431	420	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia infantil	6	6	4	4	4	4	4	3	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia oncológica	9	10	9	9	10	11	11	12	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia pediátrica	6	9	7	8	13	35	27	27	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	189	218	243	247	252	260	273	287	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	133	146	143	149	153	182	179	194	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	270	293	296	304	311	309	323	332	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	280	323	364	380	386	421	422	439	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	199	217	229	246	272	296	293	299	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	557	595	650	696	725	779	801	862	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	119	143	155	164	184	215	227	259	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	9	9	8	9	9	34	25	24	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oncológica	6	6	6	7	8	9	9	9	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	170	177	185	199	225	249	253	257	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	45	54	55	61	75	96	98	103	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	27	30	36	54	49	48	47	42	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	110	105	97	91	84	82	80	75	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	15	17	17	18	26	50	49	55	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología oncológica	131	145	139	143	157	167	172	184	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	3	4	4	7	7	7	7	8	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas paciente agudo	93	91	88	85	83	83	82	82	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas paciente crónico	3	2	2	2	2	2	1	1	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado agudo en salud mental o psiquiatría	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	1	2	2	2	2	2	2	2	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adulto	34	35	35	36	38	39	39	44	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	21	22	22	22	22	22	21	21	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo pediátrico	9	9	9	10	11	11	12	12	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	38	39	38	39	41	41	41	46	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio en salud mental o psiquiatría	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	24	25	24	24	24	23	23	23	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio pediátrico	12	11	11	12	13	13	14	14	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	195	196	195	200	201	201	201	199	
Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	182	181	179	179	179	178	178	177		
Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	2	1	7	6	5	5	5	5		
Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	3	4	6	6	8	7	7	7		
Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas	1	2	2	1	4	4	4	4		
Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial en hospital	1	1	1	2	2	2	2	1		
Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	178	177	178	177	175	175	173	172		
Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	10	12	12	11	11	11	11	11		
Número de IPS habilitadas con el servicio de unidad de quemados adultos	1	1	1	1	1	1	1	1		
Número de IPS habilitadas con el servicio de unidad de quemados pediátricos	1	1	1	1	1	1	1	1		
Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	22									
Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			639							
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas	21	22	21	21	24	26	26	22		
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente agudo	39	40	47	63	67	85	80	74		
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente crónico con ventilador	13	13	15	17	18	21	18	16		
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente crónico sin ventilador	37	41	50	64	65	75	68	64		
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas	25	26	26	26	27	27	23	22		
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	18	20	22	23	24	25	25	25		
Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	590	621	667	704	707	684	658	658		
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	417	403	379	363	342	333	327	319		
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	384	401	417	411	402	427	404	378		
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	474	495	504	499	491	522	502	475		
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	452	475	482	478	469	500	479	456		
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	464	485	494	488	474	505	485	460		
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	465	491	500	496	487	520	500	474		
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	450	475	487	481	480	507	488	462		
Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	38	40	40	40	39	42	41	39		
Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	380	369	354	337	317	310	307	297		
Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	433	420	396	381	355	345	335	324		
Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	284	286	283	275	265	284	273	263		
Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	179	179	193	190	186	180	177	171		
Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	475	499	515	511	509	541	523	496		
Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	484	523	544	542	561	582	561	523		
Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	376	394	407	414	416	407	399	383		
Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	374	367	352	343	330	322	316	309		
Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	18	18	18	18	18	18	18	18	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	14	14	16	19	20	20	26	29	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	27	29	31	33	32	34	34	35	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	19	21	24	25	25	28	29	31	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	18	18	19	19	19	20	25	27	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	40	42	42	45	44	48	48	51	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía endovascular neurológica	9	9	9	9	9	9	9	9	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	13	14	17	17	18	19	19	23	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	99	100	100	104	106	107	110	118	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	91	93	93	95	96	98	98	105	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	54	56	58	58	58	60	65	67	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	33	35	34	34	37	37	37	37	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	81	82	81	84	83	84	86	87	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	20	21	22	22	23	23	25	27	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	56	55	54	54	51	48	51	50	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	89	93	92	95	94	95	95	100	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	82	84	84	86	88	92	95	101	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	39	76	76	77	88	112	105	105	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	5	6	5	6	7	7	7	9	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	77	80	75	78	80	84	86	89	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	82	84	82	83	82	86	89	97	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiología	27	31	34	35	36	41	41	44	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías	35	40	41	41	42	44	46	47	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de corazón	4	4	4	4	4	5	5	5	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de hígado	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de piel y componentes de la piel	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de progenitores hematopoyéticos	5	5	5	5	5	5	5	5	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de pulmón	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de riñón páncreas	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejido osteomuscular	23	23	23	25	27	27	27	27	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejidos cardiovasculares	9	9	9	9	9	10	10	10	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante multivisceral	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante renal	7	7	7	7	7	7	7	7	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	8	8	8	8	10	10	10	10	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	193	193	195	196	194	196	197	193	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	24	27	32	36	34	35	35	33	
	URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	226	226	227	226	227	225	222	220

Fuente: SISPRO.



### 1.5. Gobierno y gobernanza en el sector salud

#### 1.5.1. Políticas Públicas en Salud en el Departamento de Antioquia: Un Enfoque Integral a Través de los Determinantes Sociales de la Salud"

La política pública se define como un proceso de planeación que define una visión de largo plazo que sobrepasa los periodos de administración de los gobiernos y orienta el proceso de cambio frente a realidades sociales relevantes y es considerado un instrumento de planeación orientado a la acción para lograr objetivos prioritarios, fruto de un proceso de concertación intersectorial y co-creación, en el que participa la administración, la ciudadanía, la sociedad civil, los gremios, la academia, etc.

El Departamento de Antioquia, con su riqueza cultural y diversidad geográfica, presenta un escenario complejo en el que las políticas públicas deben abordar no solo las necesidades en salud, sino también las condiciones sociales, económicas y aquellos determinantes sociales que influyen en el bienestar de la población antioqueña.

La comprensión de los determinantes sociales de la salud, como el acceso a la educación, el empleo digno, la vivienda adecuada y la equidad de género, es esencial para diseñar políticas públicas efectivas, ya que estos factores influyen directamente en la salud de la población y deben ser abordados de manera integral para lograr resultados sostenibles.

Antioquia presenta desafíos significativos en términos de acceso equitativo a servicios de salud, especialmente en las áreas rurales, por lo cual las políticas públicas se centran en eliminar las barreras geográficas y económicas, asegurando que todos los ciudadanos tengan acceso a la atención en salud de calidad, independientemente de su ubicación o condición socioeconómica.

Igualmente, se fomenta la participación comunitaria y el empoderamiento de las comunidades locales en la toma de decisiones sobre su salud, donde las políticas facilitan la colaboración entre autoridades de salud y la comunidad, permitiendo la identificación y abordaje conjunto de los desafíos específicos que enfrenta cada comunidad en el territorio antioqueño.

Un enfoque de desarrollo sostenible que considera la interrelación entre factores económicos, sociales y ambientales es esencial para mejorar la salud, es por eso que las políticas públicas

promueven la sostenibilidad, la equidad y la justicia social que contribuyen de manera importante no solo a la salud individual, sino también al bienestar colectivo.

Al considerar la diversidad cultural, geográfica y económica de la región, estas políticas son instrumentos poderosos para mejorar las condiciones de vida y fomentar la equidad en salud. La construcción de un sistema de salud sólido en Antioquia implica no solo abordar las necesidades en salud, sino también crear un entorno social que promueva la salud y el bienestar para todos sus habitantes.

A continuación, se relacionan las Ordenanzas en las cuales la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, participa como parte de sus competencias en el desarrollo integral de las Políticas Públicas en Antioquia.

Tabla 42. Portafolio de políticas públicas del Departamento de Antioquia- OPPA

N.º	Dependencia responsable	Número	Año	Título de la Ordenanza
1	Secretaría de Asuntos Institucionales, Paz y No Violencia	6	2006	Política pública para la prevención del desplazamiento forzado, la protección, el reconocimiento y la reparación de los derechos de la población afectada por el desplazamiento forzado.
2	Secretaría de Inclusión Social y Familia	10	2007	Política pública para reconocer y garantizar los derechos de las comunidades negras o afrodescendientes del Departamento de Antioquia.
3	Secretaría de Productividad y Competitividad	22	2011	Política pública de ciencia, tecnología e innovación del Departamento de Antioquia.
4	Secretaría de Participación y Cultura Ciudadana	33	2011	Política pública para la acción comunal en el Departamento de Antioquia.
5	Secretaría de Inclusión Social y Familia	60	2013	Política pública Departamental de Juventud en el Departamento de Antioquia.
6	Secretaría de Educación	32	2014	Política pública para el acceso y permanencia a la educación terciaria de los jóvenes de los municipios del departamento de Antioquia, se crea un fondo de becas para la misma y se autorizan transferencias de recursos a la Corporación Gilberto Echeverri Mejía. Nombre de la Ordenanza modificada por la Ordenanza 10 de 2020.
7	Secretaría de Ambiente y Sostenibilidad	61	2014	Política pública encaminada a la protección y el bienestar de los animales en el Departamento de Antioquia.

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

N.º	Dependencia responsable	Número	Año	Título de la Ordenanza
8	Secretaría de Inclusión Social y Familia	9	2015	Política pública de discapacidad e inclusión social en el Departamento de Antioquia.
9	Instituto de Cultura y Patrimonio de Antioquia	12	2015	Política pública para el fortalecimiento de las artes y la cultura en el Departamento de Antioquia.
10	Secretaría de Ambiente y Sostenibilidad	19	2015	Política pública para la adquisición, preservación y administración de los ecosistemas estratégicos del agua de Antioquia.
11	Secretaría de Inclusión Social y Familia	26	2015	Política pública departamental Buen Comienzo Antioquia, para el pleno desarrollo de las capacidades de los niños y las niñas desde la gestación y durante su primera infancia en el Departamento de Antioquia.
12	Secretaría de Inclusión Social y Familia	46	2016	Política pública de seguridad alimentaria y nutricional para el Departamento de Antioquia – Sistema departamental de seguridad alimentaria y nutricional.
13	Secretaría de Seguridad y Justicia	22	2017	Política departamental para elegir y fortalecer los jueces de paz.
14	Secretaría de Seguridad y Justicia	39	2017	Política pública “Antioquia libre de cultivos ilícitos” en el Departamento de Antioquia.
15	Secretaría de Productividad y Competitividad	61	2017	Política pública de cafés especiales (Modificatoria de la Ordenanza 15 del 2015)
16	Secretaría de Productividad y Competitividad	68	2017	Política pública de economía social y solidaria para Antioquia.
17	Secretaría de Suministros y Servicios	17	2018	Política pública de atención a la ciudadanía.
18	Instituto de Cultura y Patrimonio de Antioquia	42	2018	Se fortalece el emprendimiento y se fomenta la economía creativa/economía naranja en el Departamento de Antioquia.
19	Secretaría de Ambiente y Sostenibilidad	4	2019	Política pública de Educación Ambiental de Antioquia (PPEAA).
20	Gerencia de Seguridad Vial	9	2019	Política pública de movilidad saludable, segura y sostenible en el Departamento de Antioquia.
21	Secretaría de Asuntos Institucionales, Paz y No Violencia	12	2019	Política pública integral de derechos humanos de Antioquia 2019-2034, y se crean mecanismos para su implementación.
22	Secretaría de las Mujeres	13	2019	Política pública para las mujeres de (actualización) Incluye modificatoria: Ordenanza 29 de 2022. Política pública para las mujeres de Antioquia.

N.º	Dependencia responsable	Número	Año	Título de la Ordenanza
23	Secretaría de Educación	15	2019	Política departamental para la formación inicial de maestros y para el fortalecimiento de las escuelas normales superiores de Antioquia como polos de desarrollo educativo y pedagógico en el Departamento.
24	Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural	16	2019	Política pública de agricultura campesina, familiar y comunitaria en el Departamento de Antioquia.
25	Departamento Administrativo de Planeación (DAP)	17	2019	Política de antienvjecimiento en Antioquia: vivir más y mejor.
26	Instituto de Cultura y Patrimonio de Antioquia	29	2019	Política pública para el fortalecimiento del sector audiovisual y cinematográfico del Departamento de Antioquia.
27	Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural	33	2019	Política pública de jóvenes rurales del Departamento de Antioquia.
28	Departamento Administrativo para la Gestión del Riesgo de Desastres (DAGRAN)	46	2019	Política pública de gestión del riesgo de desastres de Antioquia – Antioquia Resiliente- y se modifica la organización del Sistema Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.
29	Secretaría de Inclusión Social y Familia	47	2019	Política pública para el apoyo y fortalecimiento a las familias en Antioquia.
30	Secretaría de Inclusión Social y Familia	17	2021	Política pública de envejecimiento humano y vejez de Antioquia (actualización).
31	Secretaría de Asuntos Institucionales, Paz y No Violencia	8	2021	Política pública nacional de libertad religiosa y de cultos en el Departamento de Antioquia.
32	Secretaría Seccional de Salud	41	2022	Política pública de salud mental y prevención de las adicciones.
33	Secretaría de Inclusión Social y Familia	42	2022	Política pública indígenas de Antioquia.
34	Secretaría de Turismo	2	2023	Política pública de turismo sostenible.
35	Instituto Departamental de Deportes (Indeportes)	12	2023	Política pública del deporte, la educación física, la recreación y la actividad física, se definen los lineamientos básicos de la misma y se deroga la Ordenanza 24 de 2011.
36	Secretaría de Educación	17	2023	Política pública de educación rural del Departamento de Antioquia.

N.º	Dependencia responsable	Número	Año	Título de la Ordenanza
37	Secretaría de Inclusión Social y Familia	18	2023	Política pública de infancia y adolescencia del departamento de Antioquia (actualización).
38	Empresa de Vivienda e Infraestructura de Antioquia (VIVA)	En sanción	2023	Política pública departamental de vivienda y hábitat adecuados y sostenibles de Antioquia.
39	Instituto Departamental de Deportes (Indeportes)	En sanción	2023	Política pública para promover el uso de la bicicleta en el Departamento de Antioquia (actualización).
40	Secretaría de Productividad y Competitividad	En sanción	2023	Política pública de crecimiento verde.
41	Secretaría de Participación y Cultura Ciudadana	En sanción	2023	Política pública para promover la participación social y comunal mediante la convocatoria pública de iniciativas en el Departamento de Antioquia.

Fuente: Elaboración Departamento Administrativo de Planeación, con base en el portafolio de políticas públicas del Departamento de Antioquia- OPPA.

Otras Ordenanzas de interés por su impacto en las comunidades de Antioquia responsabilidad del sector salud:

NO ORDENANZA	AÑO	OBJETO	OBSERVACIONES
50	2019	Por medio de la cual se conforma la red técnica departamental de las enfermedades huérfanas y se expiden lineamientos para su funcionamiento	Con fecha del 3 de febrero de 2023 se expide la Ordenanza 01 de la Asamblea Departamental, por medio de la cual se modifica el artículo 21 de la Ordenanza 50 del 30 de diciembre de 2019
35	2017	Por media de la cual se promueve el aseguramiento en materia de salud en el departamento de Antioquia	
36	2017	Por medio de la cual se institucionaliza el programa aéreo social de Antioquia y se dictan otras disposiciones	Articulación entre el CRUE y PAS para el acceso a los servicios de salud en zonas de difícil acceso y situaciones de emergencia; actividades como promoción y difusión de salidas o eventos y brigadas; verificación de condiciones del tiempo.

Desde el Observatorio de Políticas Públicas de la Gobernación de Antioquia se viene realizando el seguimiento y evaluación a la implementación de las Políticas Públicas en el departamento, se lidera igualmente la estandarización del proceso de formulación de las políticas. En la actualizad se cuenta con dos publicaciones importantes que dan cuenta del estado de las mismas:

- Diagnóstico Valorativo de Ordenanzas de Política Pública del Departamento de Antioquia-Observatorio de Política Pública de Antioquia. 2022.
- El diseño y la gestión del Portafolio de Políticas Públicas. El caso de la Gobernación de Antioquia. Observatorio de Política Pública de Antioquia. 2023.

## 1.6. AGENDA ANTIOQUIA 2040 PARA EL ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

### 1.6.1. MARCO ESTRATÉGICO

#### 1.6.1.1. Visión

La Visión de Antioquia 2040, es el componente estratégico que nos permite establecer los consensos básicos en torno a nuestro territorio: aquello que pretendemos como sociedad, el modelo de desarrollo al que nos dirigimos, y los actores que deben sumarse para este propósito.

Es por eso que su formulación es tan clara, que marca nuestra línea a seguir, tan abierta que traza diferentes rutas posibles, y tan flexible, que permite que múltiples actores se acojan a ella como principio orientador.

Somos el resultado de un diálogo que no se detiene. Por eso este, es un proyecto plural construido por nuestra Sociedad Antioqueña, que refleja nuestro amor por el departamento, los saberes y tradiciones de nuestros ancestros, nuestros desafíos y fortalezas y por supuesto, nuestro compromiso por trabajar unidos en un Propósito Integrador:

**Antioquia**  
**corazón verde de América.**  
Equitativa, educada, competitiva,  
sostenible, multicultural y en paz.

Desde siempre hemos sido un cruce de caminos y el lugar de encuentro de la Cordillera de los Andes con los océanos Pacífico y Atlántico, disfrutamos esta ubicación que nos permite estar en el centro de las dinámicas globales, que representa la resiliencia de un pueblo indígena, mestizo y americano que ve en la tierra el reflejo de sus raíces, de su esencia y su porvenir.

Vibramos con la riqueza de nuestra diversidad natural, bañada entre ríos y mares y rodeada del verde de nuestras montañas y paramos que arropan el latir de un corazón conectado con América y el mundo.

En un diálogo social amplio, diverso y sin precedentes, sumamos las voces y sueños de los Antioqueños y como resultado de ello, priorizamos como apuesta para nuestro futuro, la equidad que nos permite eliminar brechas, la educación como poder de la transformación, reconocimos el potencial de nuestro medio físico, naturaleza y localización que nos permitirá ser un territorio competitivo, nos comprometimos a velar por el cuidado de nuestra diversidad natural bajo un enfoque sostenible, y a resignificar nuestra riqueza multicultural, en este propósito que nos une, soñamos con una Antioquia garante del cuidado de la vida, una Antioquia en paz.

Es esta la oportunidad de seguir sumando, de unir las posibilidades, experiencia y recursos de todos los actores, de comprometernos en una gran alianza para construir desde hoy, el futuro que queremos para Antioquia. Bienvenidos y bienvenidas al componente programático de nuestra Agenda Antioquia 2040.

## 1.6.2. AGENDA PROGRAMÁTICA

### 1.6.2.1. Introducción

La agenda programática para la Antioquia que soñamos al 2040 incluye las rutas e iniciativas más estratégicas que se han identificado en el proceso del diálogo social plural y diverso que se realizó, considerando:

Que se resume en su metodología inicial

Aproximación a la Agenda Antioquia 2040: Metodología inicial del proceso, que se resume en el siguiente link: [https://agendaantioquia.com/wp-content/uploads/2022/05/Agenda-Antioquia-2040\\_Metodologia.pdf](https://agendaantioquia.com/wp-content/uploads/2022/05/Agenda-Antioquia-2040_Metodologia.pdf) y <https://agendaantioquia.com/metodologia/>

Ruta territorial: recorridos por cada una de las entidades territoriales del departamento, para entender las necesidades particulares según cada ámbito de análisis del departamento.

En el siguiente enlace se podrá encontrar el tablero de la participación de la ruta territorial, donde se identifica:

- ¿Cómo nos reconocemos?
- ¿Cómo queremos reconocernos?
- ¿Cómo nos sentimos?
- Prioridades de inversión y demandas sociales

- Acciones estratégicas
- Indicadores Línea Base Agenda Antioquia 2040

Enlace:<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZTNmOTdhOWUtNjkyMC00YWI2LThlYzEtMWFmYjEzNmRiMDgwliwidCI6IjY0MmYxNTllLThmMTItNDMwOS1iODdjLWNIYzU0MzZlYzY5MSIsImMiOjR9>

Ruta sectorial: conversación con los sectores económicos y productivos para entender los retos para el futuro de nuestro departamento. Uno de los insumos puede ser consultado en el siguiente link: <https://agendaantioquia.com/wp-content/uploads/2022/09/fichas-memorias-talleres-sectoriales.pdf>

Ruta poblacional: diálogo con enfoque poblacional, comprendiendo las necesidades de las poblaciones rurales, urbanas, mujeres, hombres, desagregación etaria y las demandas y propuestas de los pueblos indígenas y comunidades NARP (Negras, Afro, Raizales y Palenqueras) y Rom.

Ruta diáspora: Entender la mirada de los Antioqueños en el exterior, así como de extranjeros que viven o están interesados en las dinámicas del departamento.

Diálogos por la vida: Se realizó un proceso de diálogo con la sociedad civil, en el marco de las protestas presentadas en 2021, producto de la realidad ocasionada por el virus SAR-CoV-2, responsable de la enfermedad coronavirus (COVID-19), y otras demandas relacionadas con asuntos de equidad social en nuestro país, siendo este momento de coyuntura, fundamental para generar una reflexión en torno a los retos, problemáticas y alternativas de solución. El informe se resume en el siguiente link: <https://agendaantioquia.com/wp-content/uploads/2022/08/Gran-dialogo-social-por-la-vida.pdf>

Consejo Rector: Encuentros colectivos y por pilares con representantes del pueblo Antioqueño, para analizar a profundidad cada uno de los temas más relevantes para el futuro de Antioquia. <https://agendaantioquia.com/consejo-rector/>

Comisiones técnicas: Mesas técnicas con expertos del departamento para identificar los factores de cambio, contraste de la oferta y demanda y los escenarios y retos al 2040.

Desde la Agenda Antioquia 2040, también se realizó aporte al Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2023, donde las propuestas pueden ser consultadas en el siguiente documento: <https://agendaantioquia.com/wp-content/uploads/2022/12/INICIATIVAS-ORGANIZACIONES-SOCIALES-SU-APORTE-A-LA-ANTIOQUIA-2040.pdf>



Así mismo, se realizó un inventario de insumos a incluir, procedente de los antecedentes planificados, lo cual se puede consultar en el siguiente enlace:

[https://cdn.knightlab.com/libs/timeline3/latest/embed/index.html?source=1ubCwMXJqgEVCdyXj01wDFkoD46aKKQKZ-bHOZyTro6M&font=Default&lang=es&initial\\_zoom=2&height=650](https://cdn.knightlab.com/libs/timeline3/latest/embed/index.html?source=1ubCwMXJqgEVCdyXj01wDFkoD46aKKQKZ-bHOZyTro6M&font=Default&lang=es&initial_zoom=2&height=650)

Por otra parte, se puede encontrar la línea base de indicadores de la Agenda Antioquia 2040 y el informe de Avance en la implementación de los ODS en Antioquia:

[https://agendaantioquia.com/wp-content/uploads/2022/05/Publicacion\\_3\\_Linea\\_Base-1.pdf](https://agendaantioquia.com/wp-content/uploads/2022/05/Publicacion_3_Linea_Base-1.pdf)  
<https://agendaantioquia.com/wp-content/uploads/2022/05/INFORME-DE-AVANCE-EN-LOS-ODS-DE-ANTIOQUIA.pdf>

La Agenda Antioquia 2040 cuenta con un repositorio Web donde la información se va actualizando y perfeccionando de conformidad con el avance de esta, el cual puede ser consultado en: <https://agendaantioquia.com/>

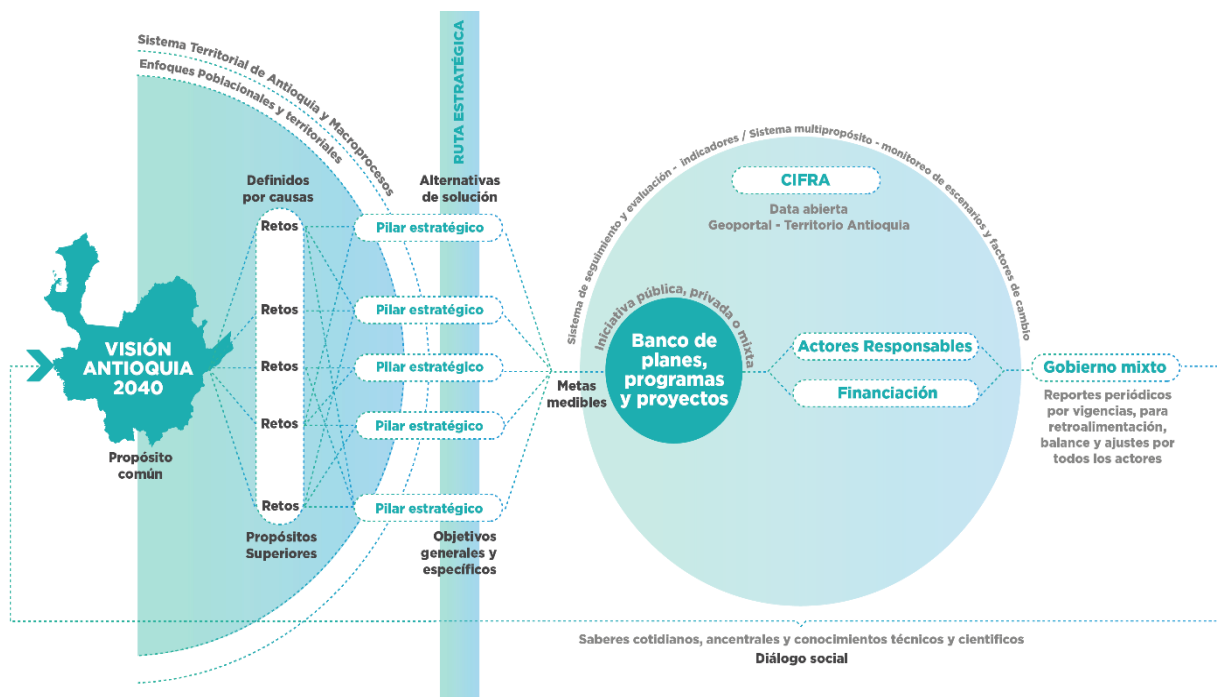
La Agenda programática es un instrumento flexible, que permite el agendamiento en el tiempo de los planes, programas y proyectos que requiere Antioquia para los próximos 20 años, donde los mandatarios, diputados, representantes sectoriales y poblacionales y el pueblo Antioqueño, a través de un seguimiento y evaluación en conjunto, podrán adaptar conforme a las necesidades presentes y futuras, siendo un insumo fundamental para la construcción de planes de corto y mediano plazo, que permiten materializar el marco estratégico de la Agenda Antioquia 2040.

Por otro lado, la estructura programática contiene una cadena de valor que permite articular los bienes y servicios estratégicos, con efectos e impactos esperados en cada uno de los pilares estratégicos, apuntando y alineándose con Agendas internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible e instrumentos del plano nacional e internacional.

La agenda programática cuenta con un texto que resume las rutas estratégicas (programas), iniciativas y actores involucrados, agrupados por pilares y una batería de indicadores de resultado y producto, para su correspondiente seguimiento y evaluación, movilizándolo los objetivos estratégicos y la visión al 2040. Finalmente se destaca el Sistema Territorial de Antioquia y sus macroprocesos, como modelo orientador territorial del departamento al 2040, georreferenciando los programas e iniciativas físico – espaciales.

A continuación, se detalla la metodología construida:

Figura 59. Componentes del Plan Estratégico de la Agenda Antioquia 2040



Fuente: Elaboración propia

### 1.6.2.2. Metodología

A continuación, se presenta una síntesis general de términos, conceptos y estructura, para la formulación, monitoreo, seguimiento y evaluación del plan estratégico, en coherencia con la normatividad y alcances exigidos para tal fin, y la cual se debe realizar desde una articulación interinstitucional interna y externa a la administración departamental.

Para ello, se tuvo en consideración términos y definiciones del Departamento Nacional de Planeación, en el marco de la gestión pública orientada por resultados, la cual hace énfasis en los resultados, y no solo en los procedimientos: Este modelo de gestión está dirigido a saber qué se hace, qué se logra y cuál es su efecto en la población, es decir, como se crea valor público. Además, busca lograr consistencia y coherencia entre los objetivos estratégicos, los resultados y el plan, al facilitar la coordinación eficiente de los recursos y mejorar el proceso de toma de decisiones de política pública (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

De igual manera se toma como insumos principales, los procesos llevados a cabo por el Observatorio de Políticas Públicas de Antioquia (OPPA), y la metodológica CAP MAPP de EAFIT y Proantioquia, entre otros:

Definición del proceso de formulación, monitoreo, seguimiento y evaluación, conforme a la estructura programática del plan estratégico: En primera instancia se formula los componentes del sistema, seleccionando indicadores que respondan al problema público, sus causas y objetivos, organizados en una estructura jerárquica de pilares estratégicos, ejes, programas (rutas estratégicas) e iniciativas, con sus correspondientes actores y roles:

- Problema público: la definición del problema público es fundamental en la fase de formulación, el cual debe estar soportado y estructurado adecuadamente por evidencias y relaciones de causalidad. Es el elemento que se construye socialmente a partir de ideas, valores y percepciones, que requieren atención gubernamental (EAFIT Y PROANTIOQUIA, 2021).
- Causas: Son los factores que originan y determinan el problema público, el cual desencadena una serie de consecuencias a atender (EAFIT Y PROANTIOQUIA, 2021).
- Alternativas de solución: Para la solución del problema o problemas públicos pueden existir distintos caminos de solución, las cuales deben ser opciones consideradas y estudiadas para la fase de formulación, con evidencias, priorización, instrumentos y una previsión de la fase de implementación (EAFIT Y PROANTIOQUIA, 2021).
- Diseño de la implementación: Se debe identificar las reglas y vehículos administrativos para poder llevar a cabo el instrumento, considerando las competencias, capacidades e intereses de las instituciones y actores públicos y privados, de una manera transversal y estructurada (EAFIT Y PROANTIOQUIA, 2021).
- Plan estratégico: Instrumento que crea las condiciones para transformar o actuar sobre asuntos cruciales para el desarrollo (Departamento Nacional de Planeación, 2007).
- Categorías y variables: En el proceso de diagnósticos y formulación de los instrumentos, se deben identificar las categorías y variables, es decir los hechos directamente observables, y su clasificación conforme a la estructura de programática, los cuales son susceptibles de medición, para verificar el cumplimiento de los instrumentos.

Estructura de los pilares de la agenda programática: Se plantean seis pilares para la Agenda Programática, resultantes del análisis del proceso participativo:

- Territorio Equitativo
- Territorio Educado
- Territorio Competitivo
- Territorio Sostenible
- Territorio Multicultural
- Territorio de Paz

Cada uno cuenta con un gráfico específico, que orienta su estructura programática, configurada a partir de:



**Pilar:** Se define como la idea fuerza resultado de la construcción colectiva. Ese propósito común y unificador que busca unir a todos para lograr la Antioquia 2040 que se ha soñado. Es una figura metodológica del plan que agrupa los temas estratégicos y a cada uno se asocian indicadores de resultado superiores conforme al objetivo general del mismo.

**Eje estructurante:** elemento principal, derivado del pilar para la deliberación, asociado al objetivo general del mismo, y que dan cuenta de los fines y/o propósitos fundamentales que busca la promoción de cada pilar.

**Movilizador:** Comprende los temas estratégicos y específicos para desplegar los propósitos del pilar, derivado de los ejes estructurantes. Los Movilizadores agrupan las rutas estratégicas (programas) e iniciativas construidas por los antioqueños y antioqueñas, siendo un llamado a la acción, para activar todos los actores, instrumentos y mecanismos posibles para el logro de objetivos específicos concertados en el diálogo. A los movilizadores se asocian indicadores de resultado generales, que miden los efectos esperados al 2040. Por su parte las rutas estratégicas cuentan con indicadores de producto, que miden bienes y servicios de gran envergadura al 2040.

Figura 60. Esquema sintético de la estructura de cada pilar



Fuente: Elaboración propia

### 1.6.2.3. Megas estratégicos 2040 y articulación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

La Agenda Antioquia 2040 se articula con los cinco pilares de la agenda global para el desarrollo 2030 (Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS) desde su estructura programática e identificación de indicadores de línea base y seguimiento.

Figura 61. Articulación de los pilares de la Agenda Antioquia 2040 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en función de megas estratégicas para Antioquia



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Agenda global 2030

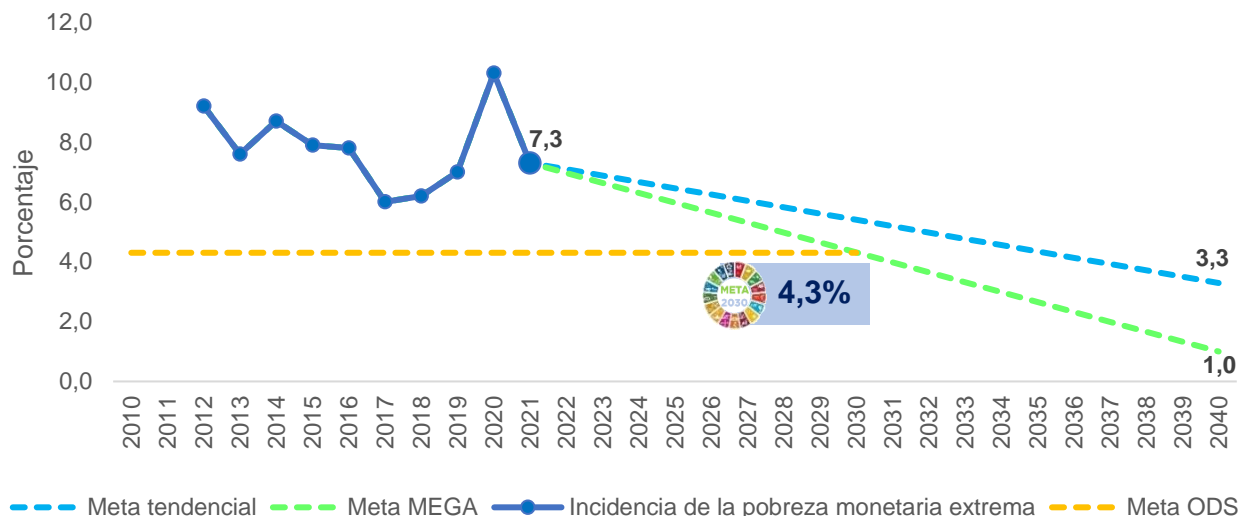
A continuación, se presentan los megas propuestos para la Agenda Antioquia 2040, como aquellas apuestas estratégicas frente al desarrollo del departamento. La meta tendencial, corresponde a las proyecciones basadas en la tendencia de los valores del indicador en Antioquia, según serie

de tiempo; y la meta mega, está basada en el comportamiento del indicador según referentes internacionales, y/o postura ética.

### 1.6.3. MEGAS ANTIOQUIA:

#### 1.6.3.1. TERRITORIO EQUITATIVO

Figura 62. MEGA: Al 2040, Antioquia alcanzará la pobreza monetaria extrema más baja de América. Pasará del 7,3% al 1,0%



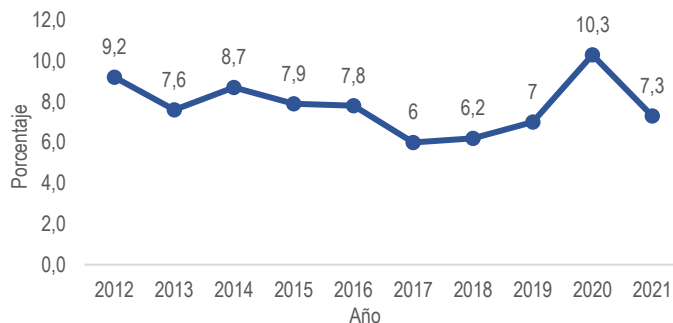
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Denominadores ajustados por COVID-19 - Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)

Fuente municipios: Encuesta de Calidad de Vida 2021, Departamento Administrativo de Planeación (DAP) - Gobernación de Antioquia.

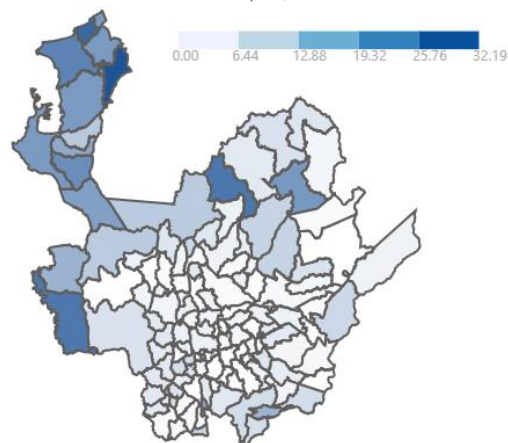
Situación local: la construcción de un acuerdo de futuro en términos de un territorio equitativo implica responder al reto de la superación y erradicación de la pobreza monetaria extrema que viven habitantes urbanos y rurales del departamento; dado que quienes se encuentran en esta situación, además de vivir la carencia de lo necesario para subsistir, también son objeto de reproducción de la desigualdad y la exclusión social.

Entre 2010-2020 la incidencia de la pobreza monetaria extrema en Antioquia ha presentado una tendencia fluctuante -agravándose con la crisis generada por la pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19). Para 2021 este indicador se recuperó, alcanzando 7,3%, correspondiente a 503.990 personas en esta condición (afectando en mayor medida a niños y niñas en primera, segunda infancia y adolescencia). Estos resultados, localizan a Antioquia en la cuarta posición de las menores incidencias, entre los 24 departamentos analizados por el DANE, lo que implica una mayor inequidad en el acceso a alimentos, vivienda, salud, educación, vestuario y demás bienes y servicios que se consideran esenciales para la subsistencia y el bienestar.

Figura 63. Incidencia de la pobreza monetaria extrema en Antioquia 2012-2021



Mapa 13. Incidencia de la pobreza monetaria extrema en Antioquia, 2021



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Denominadores ajustados por COVID-19 - Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)

Fuente por municipios: Encuesta de Calidad de Vida 2021, Departamento Administrativo de Planeación (DAP) - Gobernación de Antioquia.

## Situación regional

Tabla 43. Situación regional de la pobreza extrema, 2021

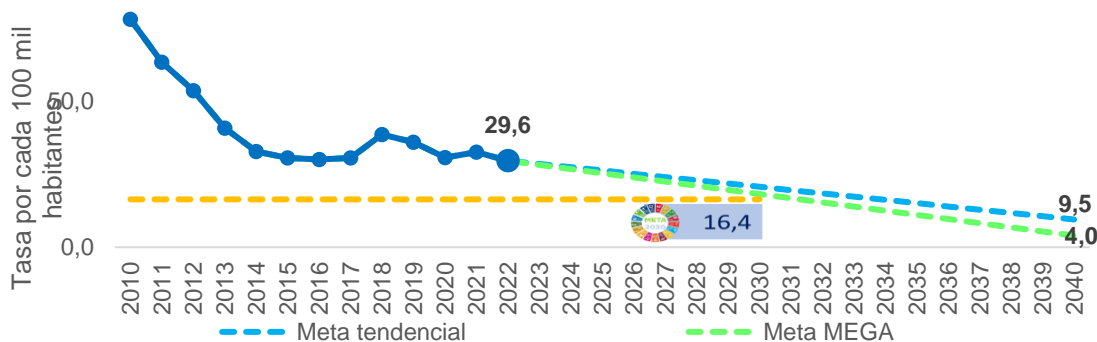
Los +		Los -	
Colombia	12,2%	Panamá	5,7%
Bolivia	9,9%	República Dominicana	5,2%
Brasil	8,3%	Perú	4,2%
Argentina	8,2%	Costa Rica	3,7%
Ecuador	7,6%	Uruguay	0,1%
Paraguay	6,0%		

En 2021 la pobreza extrema de Antioquia se ubicaría entre las 5 más altas de Suramérica. Plantear la meta de un mega de 1,0% nos ubicaría entre las más bajas de América del Sur.

La pobreza extrema de Antioquia al 2021 es 24 veces la pobreza extrema de Uruguay.

Fuentes: Colombia (DANE), Argentina (INDEC) demás países (CEPAL)

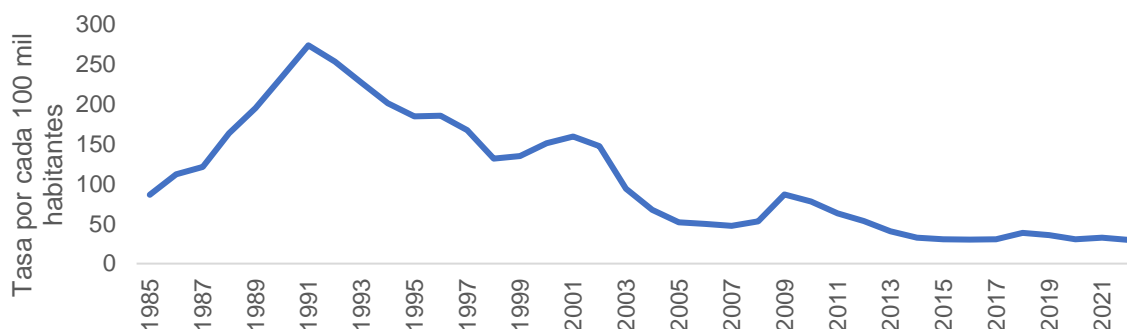
Figura 64. MEGA: En 2040, la tasa de homicidios en Antioquia será de un dígito por cada 100.000 habitantes, siendo una de las más bajas de la región.\* Aplica a Territorio en Paz



Fuente: Estadísticas Vitales – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Denominadores ajustados por COVID-19.

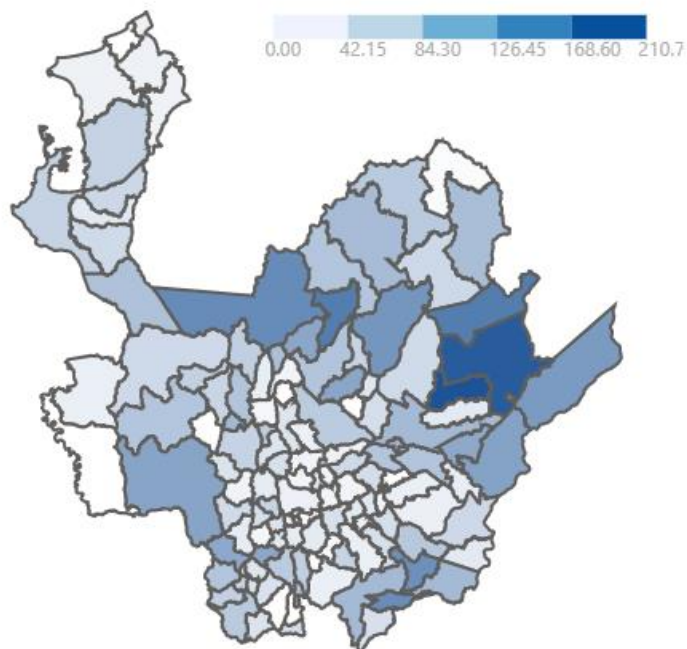
Situación local: Antioquia al 2040, busca la consolidación del departamento como un territorio garante de la vida como bien supremo y al desarrollo y protección de la integridad física, psíquica y moral. De acuerdo con el DANE, Antioquia presentó una disminución de la mortalidad por homicidio de manera significativa desde 2010 hasta 2014 (pasando de 78,1 homicidios por cada 100 mil habitantes a 32,7), con una razón anual de cambio de -20,6%. Para el periodo 2014-2021 el indicador osciló con tasas entre 30,1 y 38,6. Para 2022, la tasa registró 29,6 homicidios por cada 100 mil habitantes.

Figura 65. Tasa de homicidios por cada 100 mil habitantes en Antioquia, 1985-2022.



Fuente: Estadísticas Vitales – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Denominadores ajustados por COVID-19. Mapa de 2022

Mapa 14. Tasa de homicidios por cada 100 mil habitantes en Antioquia, 1985-2022, 2022





Situación regional:

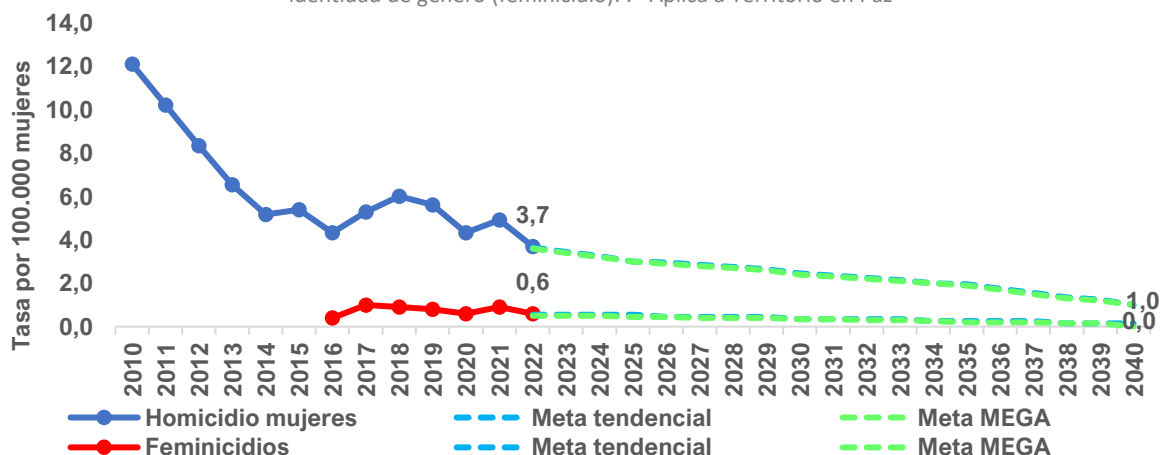
Tabla 44. Situación regional de homicidio, 2019

Los +		Los -	
Venezuela	63,6	Bolivia	9,5
Colombia	38,3	Perú	9,3
Brasil	32,6	Uruguay	8,5
Guyana	24,7	Paraguay	8,0
		Ecuador	6,9
		Argentina	6,1
		Surinam	5,8
		Chile	3,9

En 2019 la tasa de homicidio en Antioquia (35,9 por 100.000 habitantes) se ubicaría entre las 5 más altas de Suramérica.  
Plantear la meta de un dígito nos ubicaría entre las más bajas, nuestra aspiración departamental es llegar a valores similares a Chile.  
El riesgo de muerte por homicidio en Antioquia para 2019 fue 9 veces el riesgo de morir por esta causa en Chile.

Fuente: Organización Panamericana/Mundial de la Salud (OPS/OMS). Global Estimates Health – Último dato disponible

Figura 66. MEGA: Al 2040 en Antioquia habrá cero homicidios de mujeres, por su condición de ser mujer, o por motivos de identidad de género (feminicidio). .\* Aplica a Territorio en Paz



Fuente: Homicidios - Estadísticas Vitales – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Denominadores ajustados por COVID-19

Fuente: Feminicidios - Policía Nacional. Datos extraídos del sistema SIEDCO Plus.  
Secretaría de las Mujeres de Antioquia - Observatorio de Asuntos de Mujer y Género.

Situación local: la consolidación de Antioquia como un territorio garante de la vida, también implica un compromiso ético para que en el departamento no exista el homicidio de mujeres, y mucho menos el homicidio feminicida.

Sobre este tema, en 2022 Antioquia registró la tasa de homicidios de mujeres más baja de los últimos 13 años. Desde una mirada temporal, para el periodo 2010-2022 este indicador presentó una variación porcentual de la tasa de 69,4%, pasando de una tasa de 12,1 homicidios de mujeres -por cada 100.000-, a una de 3,7. Con relación al feminicidio, es decir, las muertes generadas por

la condición de ser mujer o por motivos de identidad de género<sup>16</sup>, entre 2016 y 2022, han sido tipificados como feminicidios 178 muertes de mujeres, con una tasa promedio entre estos años de 0,7. Entre 2021 y 2022 los eventos de homicidio de mujeres pasaron de 171 (de los cuales 33 fueron tipificados como feminicidios) a 130 (de estos, 21 fueron tipificados como feminicidios).

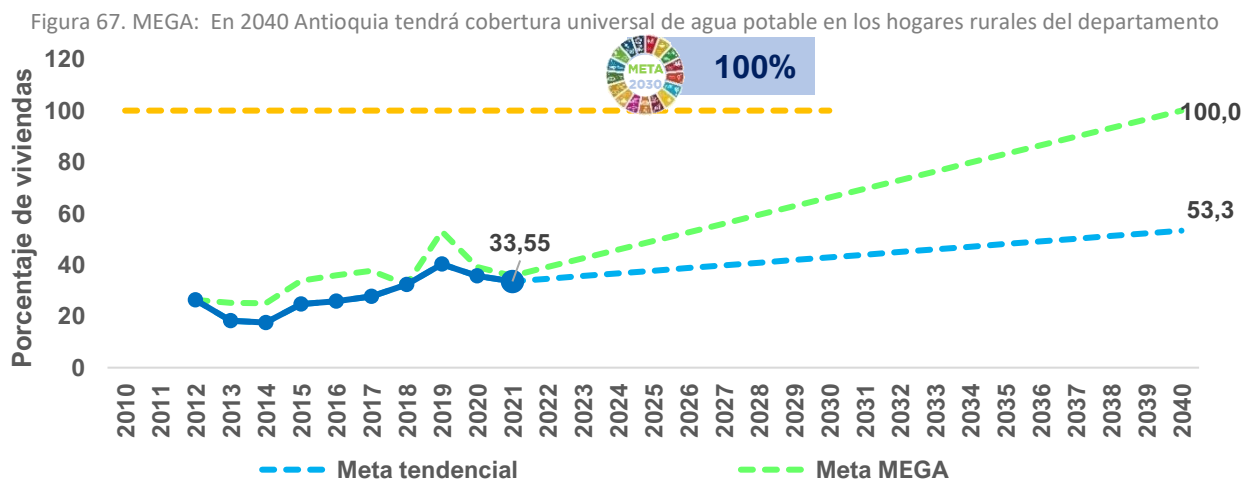
### Situación regional

Tabla 45. Homicidio-feminicidio en Latinoamérica, 2021

Los +		Los -	
Honduras	4,6	Ecuador	0,8
República Dominicana	2,7	Perú	0,8
Bolivia	1,8	Venezuela	0,8
Brasil	1,7	Colombia	0,8
México	1,6	Costa Rica	0,7
Uruguay	1,5	Chile	0,5
Panamá	1,0		
Paraguay	1,0		
Argentina	1,0		

En 2021 el feminicidio en Colombia presenta los niveles más bajo de Latinoamérica, solo antecedido de Costa Rica y Chile.

Fuente: CEPAL, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe - <https://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio>



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – Departamento Administrativo de Planeación – Dirección de indicadores

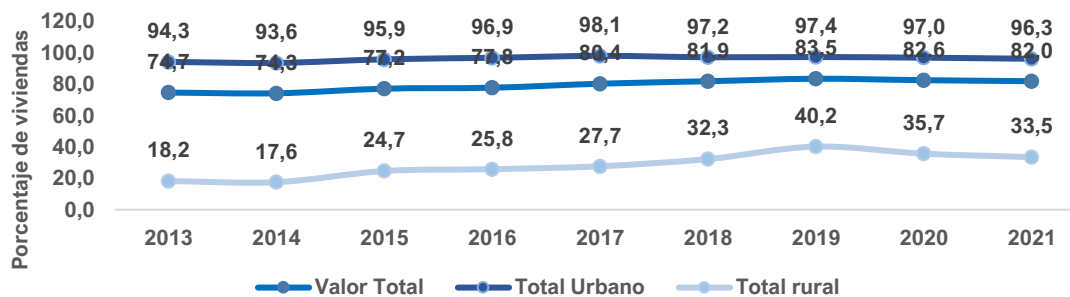
Situación local: la visión de un territorio equitativo, también implica responder al reto de que todas las poblaciones accedan a los servicios públicos domiciliarios, en especial al agua, como fuente esencial para la salud y el desarrollo de las actividades humanas.

<sup>16</sup> Cabe recalcar que este delito viene siendo tipificado desde 2016, a partir de la entrada en vigor de la Ley 1761 del 2016, desde la cual crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo -la forma más extrema de la violencia por razones de género-.



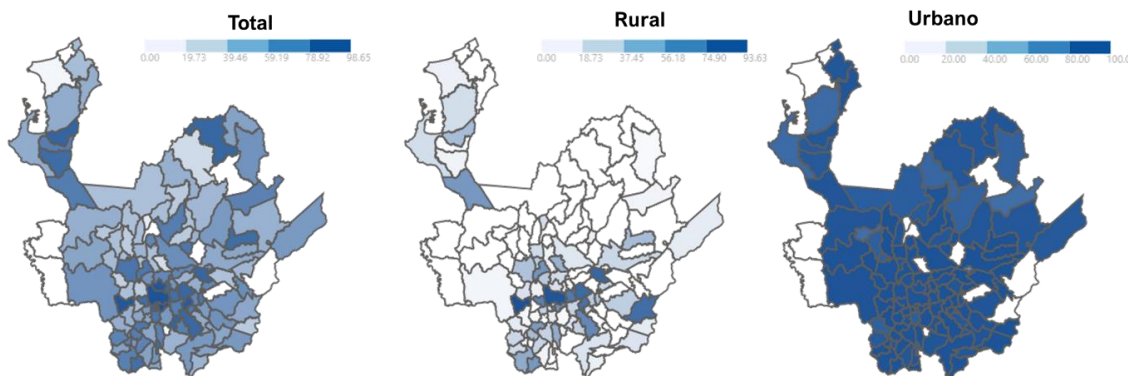
El Anuario Estadístico de Antioquia registró para 2021, la cobertura de agua potable en la zona rural fue de 33,5% y en la urbana 82,2%, lo que indica una brecha de 48,4 puntos porcentuales. Sumado a esto, y para el mismo año, se encuentra la situación de la calidad del agua para el consumo humano, que de acuerdo al Índice de riesgo de la calidad del agua (IRCA), registra para el urbana una calidad de 1,2 (sin riesgo) y para la zona rural de 39,3 (riesgo alto).

Figura 68. Cobertura de viviendas con agua potable en Antioquia, según zonas, 2012-2021



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – Departamento Administrativo de Planeación – Dirección de indicadores

Mapa 15. Brecha de la cobertura de viviendas con agua potable en Antioquia, según zonas, 2021



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – Departamento Administrativo de Planeación – Dirección de indicadores

Situación regional:

Tabla 46. Situación regional de viviendas con cobertura de agua potable, 2020

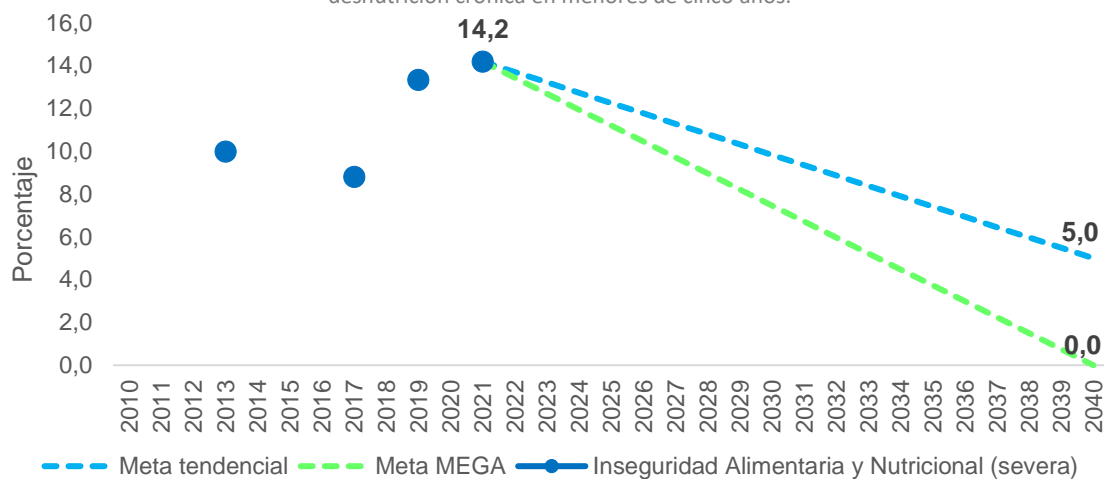
Los +		Los -	
Perú	93,1%	Colombia	97,5%
Bolivia	93,4%	Surinam	98,0%
Venezuela	93,7%	Brasil	99,3%
Ecuador	95,7%	Uruguay	99,5%
Guyana	95,6%	Paraguay	99,6%
		Chile	100%

En 2020 la cobertura de viviendas con agua potable para el total de Antioquia fue de 82,0%, lo que ubica al departamento en un nivel bajo en Suramérica.

En Antioquia, 82 de cada 100 viviendas cuentan con agua potable, en comparación a Chile, país en el que todas sus viviendas cuentan con este servicio.

Fuente: Organización Panamericana/Mundial de la Salud (OPS/OMS). Global Estimates Health

Figura 69. MEGA: En el 2040 no habrá inseguridad alimentaria severa en los hogares antioqueños y cero muertes por desnutrición crónica en menores de cinco años.

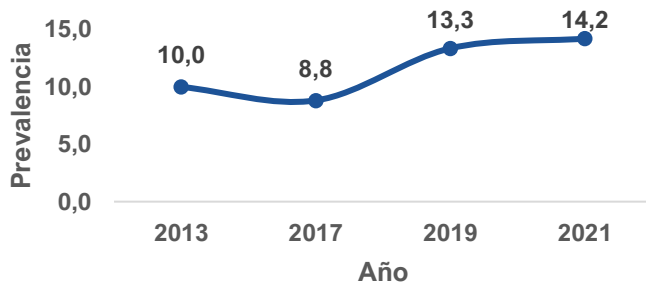


Fuente: Encuestas de Calidad de Vida de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación (DAP) - Gobernación de Antioquia

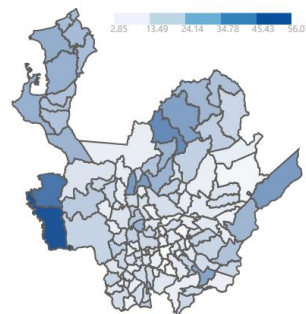
Situación local: la equidad también transita por el derecho que tienen todas las personas a la alimentación, en tanto la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad nutricional, para que estos sean aprovechados de acuerdo con sus necesidades calóricas y de demanda de nutrientes. Lo que deviene en factores de bienestar nutricional, crecimiento de los niños y niñas, desarrollo cognitivo y potencial de aprendizaje, menos riesgos de salud. Es decir, el sueño de Antioquia al 2040, pasa por vivir una vida sin hambre y sin muerte por desnutrición.

La Inseguridad Alimentaria y Nutricional (INSAN) de Antioquia para 2021, registró que un 29.05% hogares se encontraban en inseguridad alimentaria leve, el 14,9% en moderada y el 14,2% en severa; sin distinción entre áreas urbanas y rurales y con mayor frecuencia en aquellos hogares con mujeres que tienen jefatura de hogar y hogares en pobreza extrema.

Figura 70. Inseguridad Alimentaria y Nutricional Severa en Antioquia 2013, 2017, 2019, 2021



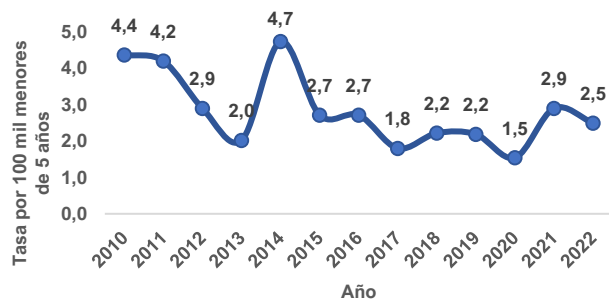
Mapa 16. Inseguridad Alimentaria y Nutricional severa en Antioquia, 2021



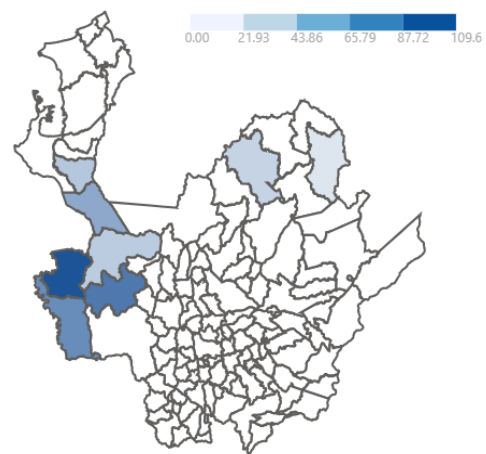
Fuente: Encuestas de Calidad de Vida de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación (DAP) - Gobernación de Antioquia.

En tanto la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años en Antioquia, ha presentado un comportamiento variable con tendencia a la disminución, pasando en 2010 de una tasa de mortalidad de 4,4 niños y niñas menores de 5 años, a una de 2,5 en 2022, por cada 100.000 niños y niñas en este rango de edad. Si bien estos valores posicionan al departamento por debajo de las cifras nacionales, la sola existencia de casos indica la necesidad de fortalecer las estrategias de protección, para que esta población no muera por falta de alimentos; situación inaceptable, que evidencia claramente las inequidades en el territorio.

Figura 71. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Antioquia, 2010-2022



Mapa 17. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Antioquia, 2022



Fuente: Estadísticas Vitales – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Denominadores ajustados por COVID-19.

### Situación regional:

Tabla 47. Situación regional de hogares en inseguridad alimentaria (grave-severa), 2018-2020

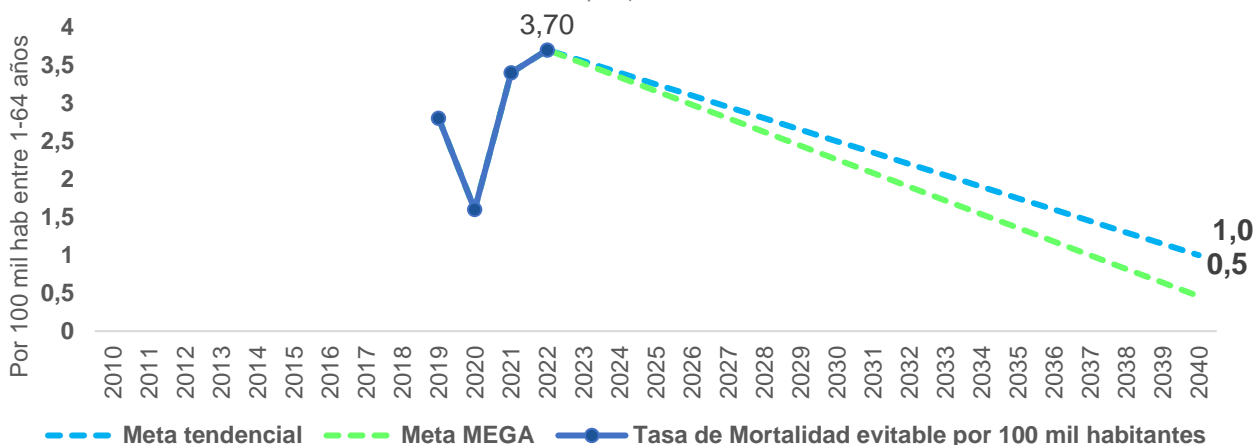
Los +		Los -	
Perú	20,5%	Brasil	7,3%
Argentina	13,0%	Uruguay	7,3%
Ecuador	12,8%	Surinam	7,2%
		Paraguay	5,6%
		Chile	3,8%

Frente a la inseguridad alimentaria (severa o grave), **Antioquia** se sitúa entre los índices más altos en Suramérica (13,3 en 2019 y 14,4 en 2021).

El riesgo de tener inseguridad alimentaria severa en Antioquia es 4 veces el que se tiene en Chile.

Fuente: Organización Panamericana/Mundial de la Salud (OPS/OMS). Global Estimates Health

Figura 72. MEGA: Antioquia tendrá una Tasa de mortalidad evitable de 0,5 por 100 mil habitantes de 1 a 64 años (Grupos C y D5 y D6).



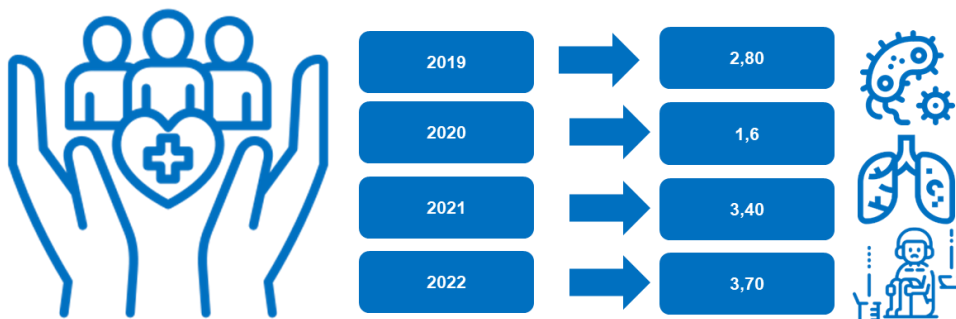
Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social - Gobernación de Antioquia. Elaboración propia

Situación local: lograr una salud integral e integrada requiere énfasis cuidado de la vida en todos los niveles, y esto implica que reducir de manera integral las muertes evitables (ME), entendiéndose ésta como aquella muerte que no debería ocurrir por la adecuada intervención del sistema de salud (prevención y tratamiento), siendo uno de los indicadores más importantes al momento de medir las condiciones y calidad de vida de la población; esto permitirá contribuir a la reducción de determinantes sociales intermedios y contribuir con la seguridad humana.

En este reto de incluyen los grupos de mortalidad C y D (el grupo -C- está conformado por muertes asociadas a las medidas de saneamiento ambiental, y el -D- a las asociadas a medidas mixtas, como la tuberculosis y la desnutrición, entre otras enfermedades). Es necesario contar con mecanismos de coordinación y articulación entre los diferentes sectores y actores. Estos mecanismos deben permitir la identificación de las prioridades, la planificación y ejecución conjunta de las intervenciones, y el monitoreo y evaluación de los resultados.

Figura 73. Mortalidad Evitable Grupos C, D5 y D6 en Antioquia 2019-2022

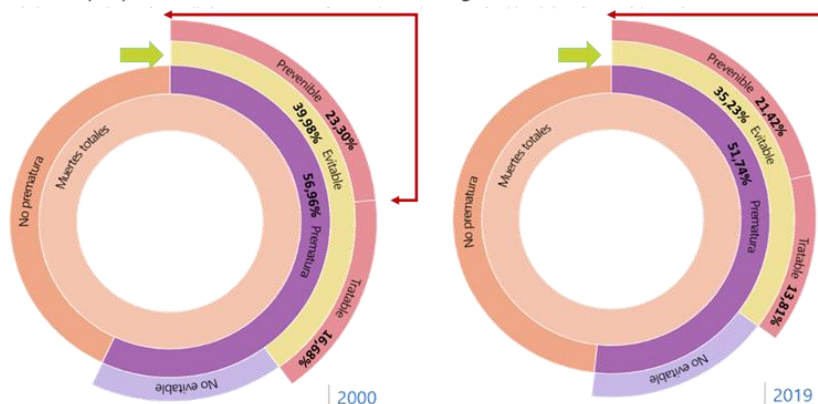
Mortalidad Evitable: Grupos C, D5 y D6



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social - Gobernación de Antioquia. Elaboración propia

Figura 74. Situación regional de la mortalidad evitable (ME), 2000-2019

Cambio proporcional en la mortalidad en la Región de las Américas; 2000-2019

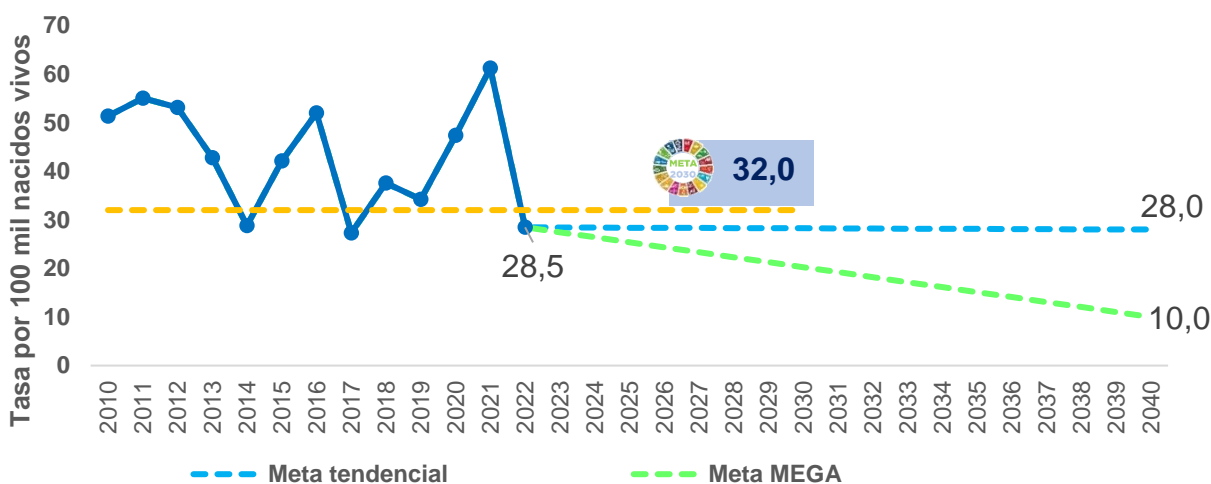


Fuente: Organización Panamericana/Mundial de la Salud (OPS/OMS). Global Estimates Health. 2000-2019

En los últimos 20 años han existido cambios en la evitabilidad de las muertes en la Región de las Américas, pero en este rango, la mayoría han sido por mejoras en los tratamientos (tratable) con una VAR =Variación porcentual 14%, pero poco se ha cambiado en las muertes evitables prevenibles VAR 8,0%, que vienen asociadas con desigualdades sociales e inequidad.

Si bien las medidas tienen una agrupación más amplia en las Américas, la medición año por año, se hace poco en las entidades territoriales, por eso en la Agenda, se propone un mega integral, porque el resultado integral de las acciones se traduce en reducción de muertes evitables.

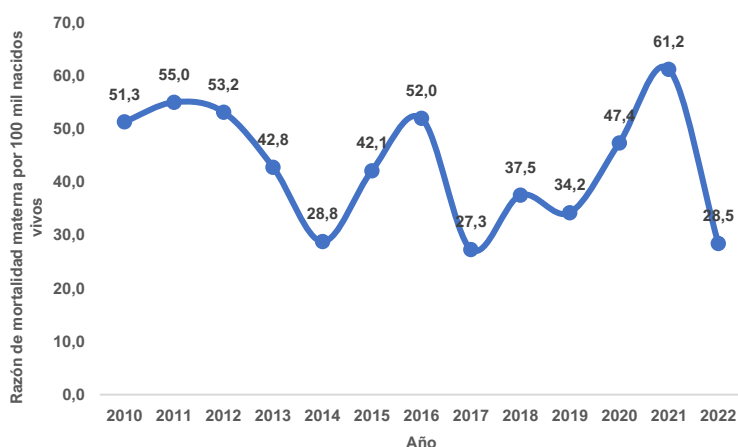
Figura 75. MEGA: En 2040, Antioquia tendrá la tasa de mortalidad materna más baja de la región (10,0)



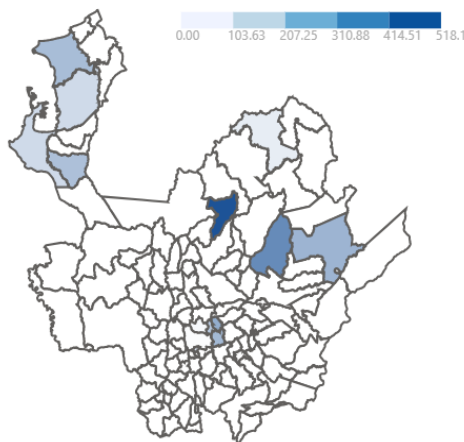
Fuente: Estadísticas Vitales – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Denominadores ajustados por COVID-19

Situación local: La mortalidad materna es un indicador clave del desarrollo porque refleja el nivel y la calidad del sistema de salud. En Colombia, la razón de mortalidad materna ha venido disminuyendo de manera progresiva en los últimos años. Sin embargo, el departamento muestra una tendencia franca hacia el descenso hasta el 2019, pero luego se produce un incremento considerable en 2020 y 2021, pasando de una tasa de 34,2 a 47,4 y 61,2, respectivamente. Este incremento se debe a la pandemia de SARS-CoV-2, que afectó a todo el territorio nacional, incluido el departamento. En 2022, la tasa disminuye a 28,5, pero aun así es necesario focalizar la atención prioritaria en las subregiones Occidente, Urabá y Bajo Cauca, donde las tasas son más altas.

Figura 76. Razón de mortalidad materna en Antioquia, 2010-2022



Mapa 18. Razón de mortalidad materna en Antioquia, 2022



Fuente: Estadísticas Vitales – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Denominadores ajustados por COVID-19

### Situación Regional:

Tabla 48. Situación regional de la mortalidad materna, 2020

Los +		Los -	
Haití	350.0	Chile	15.0
Venezuela	259.0	Uruguay	19.0
Bolivia	161.0	Argentina	45.0
Colombia	75.0	Ecuador	66.0
Brasil	72.0		

En 2020 la razón de mortalidad materna en Antioquia (47,4 por 100.000 nacidos vivos) se ubicaría entre en un rango de las bajas de Suramérica entre Argentina y Ecuador.

Plantear la meta de 10,0 muertes por cada 100 nacidos vivos después de los grandes efectos por COVID-19 nos ubicaría nuevamente entre las más bajas a los valores más actuales, incluso reportando tasas por debajo de Chile que tiene actualmente, esto requería un esfuerzo, en especial para llegar a áreas rurales.

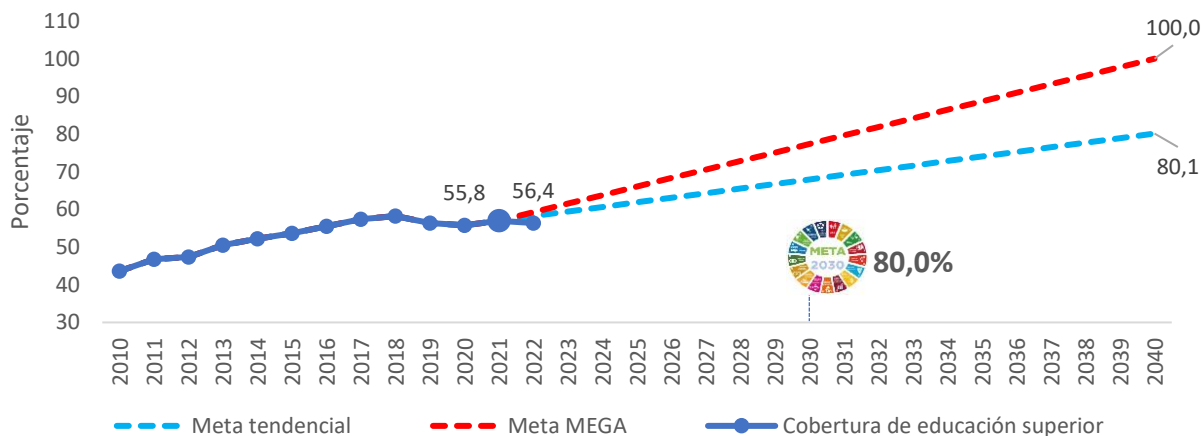
El riesgo de muerte materna en Antioquia para 2020 fue 3 veces el riesgo de morir por esta causa en Chile.

Fuente: Organización Panamericana/Mundial de la Salud (OPS/OMS). Global Estimates Health. 2020



## 1.6.3.2. TERRITORIO EDUCADO:

Figura 77. MEGA: Al 2040 Antioquia tendrá una cobertura en educación superior del 100,0%.



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Educación, Sistema Nacional de Información de Educación Superior (SNIES).

\* Meta tendencial: corresponde a proyecciones basadas en la tendencia de los valores del indicador, según serie de tiempo.

\*\*Meta MEGA: corresponde al ideal de cobertura de este indicador por tratarse de un derecho fundamental.

### Situación local:

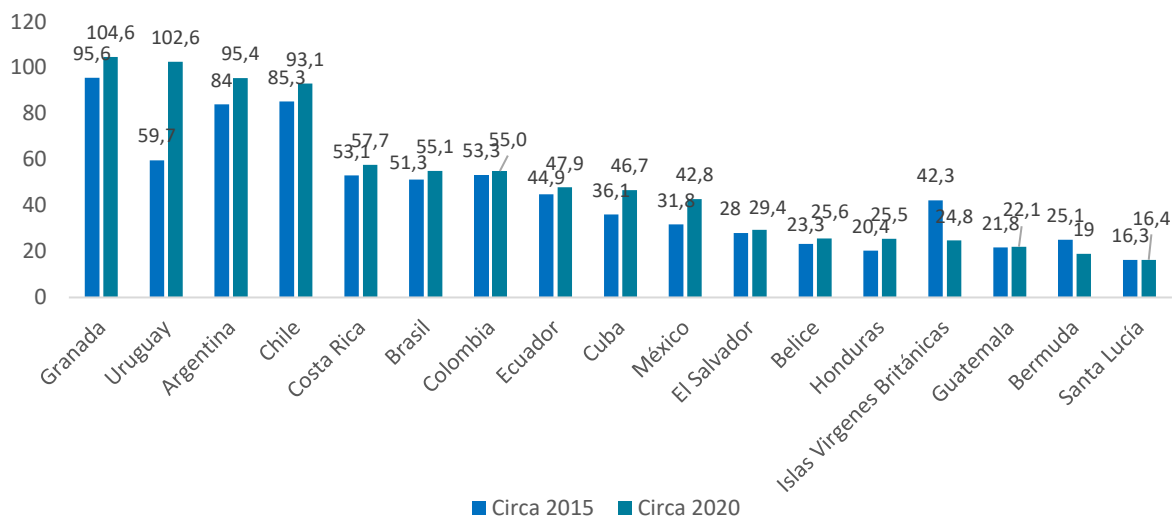
La educación superior incluye los niveles de educación técnica, tecnológica y universitaria, y se mide a través de la participación de la población joven entre los 17 y 21 años, que se encuentran efectivamente cursando un programa de formación en estos niveles. Es la educación terciaria de suma importancia para el departamento dada su contribución al desarrollo personal y social, y a la capacidad que genera al promover la inclusión y la equidad, así como la superación de la pobreza en los territorios.

Los datos disponibles indican que entre 2010 y 2022 el indicador de tasa de cobertura bruta en educación superior aumentó en 12,8%, con un aumento promedio anual de 1,1 puntos porcentuales. Teniendo como referente este comportamiento en el indicador, Antioquia se plantea como reto un incremento sostenido de 2,6 puntos porcentuales anualmente para lograr al 2040 alcanzar una cobertura en educación superior del 100,0%.

### Situación regional:

Para los comparativos regionales se tendrán como año de referencia el 2020, año que corresponde a la línea base de la Agenda Antioquia 2040.

Figura 78. Tasa bruta de matrícula en la enseñanza superior 2015 y 2020, y porcentaje de matrícula en instituciones públicas 2020. Países de América Latina y el Caribe.



Nota: En el indicador de tasa bruta de matriculación, para los años circa 2020 se utilizaron datos del 2020, excepto para Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, México y Uruguay (2019), y para Bermuda, El Salvador y Granada (2018). Para los años circa 2015 se utilizaron datos del 2015. En el indicador de porcentaje de matrícula en instituciones públicas se utilizó información del 2019, excepto Belice y Santa Lucía (2020), Granada y El Salvador (2018), Cuba, Islas Vírgenes Británicas y Bermuda (2015).

Fuente de datos: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Base de datos del IEU. <https://on.unesco.org/3vnhYT5> (accedida el 1 de diciembre de 2021).

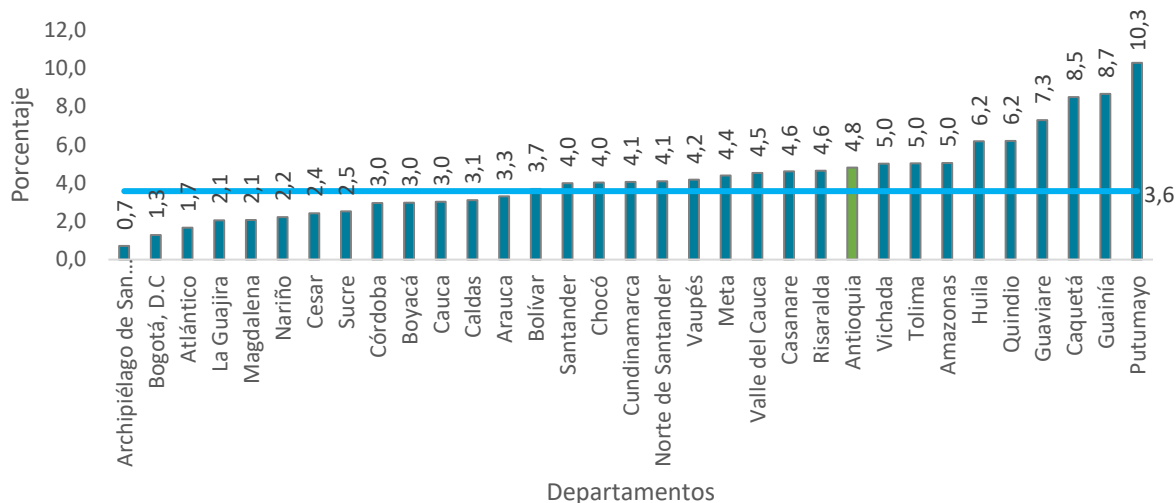
Los +		Los -	
Granada	104,6	Santa Lucía	16,4
Uruguay	102,6	Bermuda	19,0
Argentina	95,4	Guatemala	22,1
Chile	93,1	Islas Vírgenes	24,8
		Honduras	25,5
		Belice	25,6
		El Salvador	29,4
<b>Colombia</b>	<b>55,0</b>		

La cobertura en la región es en promedio del 50% al 54%, estando Colombia (al 2020) ubicada un punto por encima del límite superior del promedio con el 55,0%. Entre los sistemas de educación superior más y menos desarrollados Granada y Uruguay se ubican en la cima, mientras Bermuda y Santa Lucía en la parte más baja de cobertura.

En 2022 la tasa de cobertura en educación superior en Antioquia fue del 56,4%. Plantear la meta técnica de 100,0% nos ubicaría entre las coberturas más alta cercana a la de Granada y Uruguay.

Fuente de datos: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Base de datos del IEU. <https://on.unesco.org/3vnhYT5> (accedida el 1 de diciembre de 2021).

Figura 79. MEGA: En 2040 Antioquia tendrá una tasa de deserción escolar en educación básica y media de 1,0%, siendo la más baja de Colombia.



Fuente: Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT). Elaboración propia.

\* Meta tendencial: corresponde a proyecciones basadas en la tendencia de los valores del indicador, según serie de tiempo.

\*\*Meta Mega: corresponde al ideal de cobertura de este indicador por tratarse de un derecho fundamental.

### Situación local:

Antioquia en el 2021 presentó una deserción escolar total de 4,8% y por niveles educativos la deserción fue en transición de 3,6%, en primaria de 4,3%, en secundaria de 5,9% y en educación media de 4,1%, siendo la secundaria (grados 6°, 7°, 8° y 9°) el nivel educativo con la tasa más alta de deserción para ese mismo año.

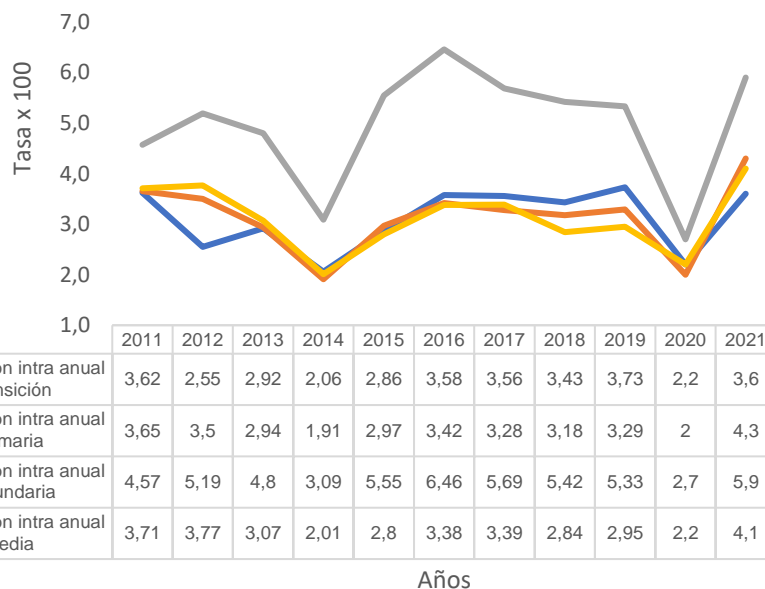
Estos resultados dan cuenta de la necesidad de desarrollar estrategias que integralmente aborden las condiciones socio-económicas de los adolescentes y jóvenes, así como la necesidad de calidad y pertinencia de la educación en el nivel de básica secundaria, el disminuir el porcentaje de deserción en todos los niveles educativos y principalmente en la secundaria, impacta positivamente el tránsito educativo y se reduce la tasa de extraedad en educación media, así mismo contribuye al aumento de la cobertura, mejora la eficiencia y niveles de logro educativos, a la vez que se evita el tránsito de los estudiantes a los modelos de formación para jóvenes en extraedad y adultos.

Por tanto, el acceso y permanencia en la educación secundaria y media, son los mayores retos debido a que no representan las condiciones ideales de universalización de la cobertura, característicos de sistemas educativos exitosos.

Figura 80. Tasa de deserción por niveles educativos, Antioquia 2011-2021

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023



Fuente: Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT)  
Elaboración propia

### Situación nacional:

Colombia tuvo una tasa de deserción al 2021 de 3,6%, estando 13 departamentos del país por debajo de dicho porcentaje, a saber: Archipiélago de San Andrés; Providencia y Santa Catalina (0.7%), Bogotá, D.C (1.3%), Atlántico (1.7%), La Guajira (2.1%), Magdalena (2.1%), Nariño (2.2%), Cesar (2.4%), Sucre (2.5%), Córdoba (3.0%), Boyacá (3.0%), Cauca (3.0%), Caldas (3.1%), y Arauca (3.3%). En los casos menor deserción, la tasa varía entre 0,7% y 3.3%.

Antioquia al 2021 tuvo una tasa de deserción total de 4,8% ubicándose entre los 10 departamentos con el porcentaje de deserción más altos del país, estando la tasa entre 4,8% y 10,3%. El reto para el departamento para los próximos 20 años es disminuir de forma constante 0.2 puntos porcentuales anualmente para lograr al 2040 alcanzar una deserción del 1,0% superando a Bogotá D.C. y siendo de la más bajas del país.

Los +		Los -	
Archipiélago de San Andrés; Providencia y Santa Catalina	0,7	Putumayo	10,3
Bogotá, D.C	1,3	Guainía	8,7
Atlántico	1,7	Caquetá	8,5
		Guaviare	7,3

La deserción en Colombia al 2021 fue del 3,6%, siendo el Archipiélago de San Andrés; Providencia y Santa Catalina, el distrito de Bogotá, D.C y el departamento del Atlántico, los territorios con la menor deserción del país, los cuales, son el referente para Antioquia.

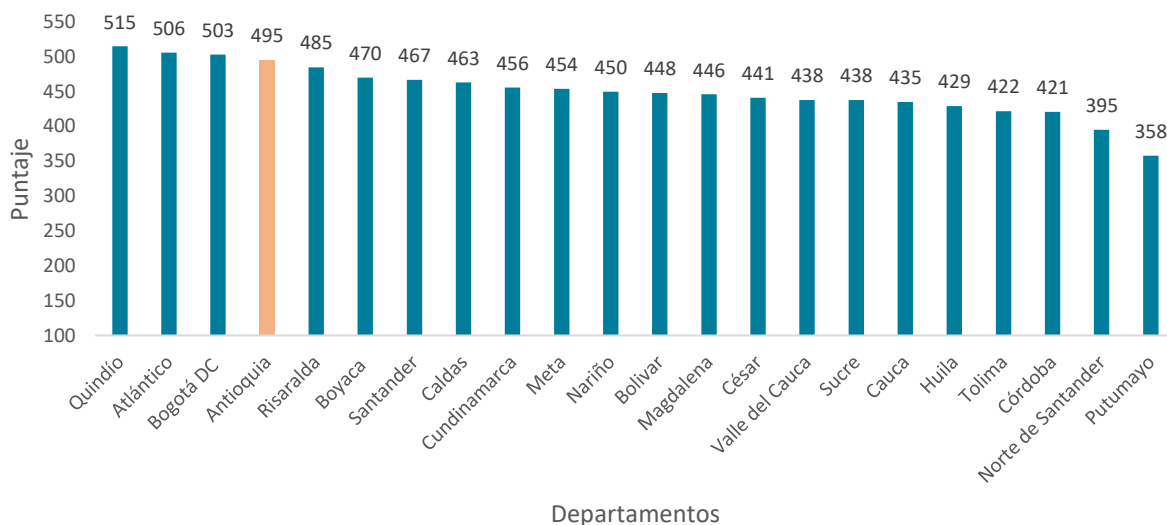
En 2021 la tasa de deserción escolar en Antioquia fue del 4,8%, plantear la meta técnica de 1,0% nos ubicaría entre las coberturas educativas más altas. El compromiso ético es lograr que ningún niño, niña y adolescente

Antioquia 4,8

se encuentre fuera de la escuela y finalice exitosamente su trayectoria escolar completa.

Fuente: Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT). Elaboración propia

Figura 81. MEGA: En 2040, Antioquia ocupará el primer puesto en bilingüismo en el país y alcanzará el nivel alto de acuerdo con el ranking suramericano.



Fuente: Elaboración propia. Puntaje departamentos Colombia según Índice global EF EPI de dominio del inglés, 2022.

### Situación local:

El Índice global EF EPI de dominio del inglés, clasifica a países y sus regiones según su nivel de competencia en este idioma, Colombia ocupó en el 2022 el puesto número 77 de 111 países evaluados. Si profundizamos en los datos de Colombia, Antioquia se sitúa en el cuarto lugar de los departamentos con mayor bilingüismo con un puntaje de 495, estando por debajo de Quindío (515), Atlántico (506), y Bogotá DC (503). En cuanto a las ciudades de Colombia, Medellín (506) ocupó el tercer lugar, estando por debajo de Armenia (516) y Barranquilla (510).

Estos resultados son un llamado a la acción para las empresas y gobiernos locales, ya que, la importancia de la educación en idiomas favorece y prepara al alumnado para enfrentarse al futuro laboral y social en el mundo globalizado con mayores capacidades y probabilidades de éxito.

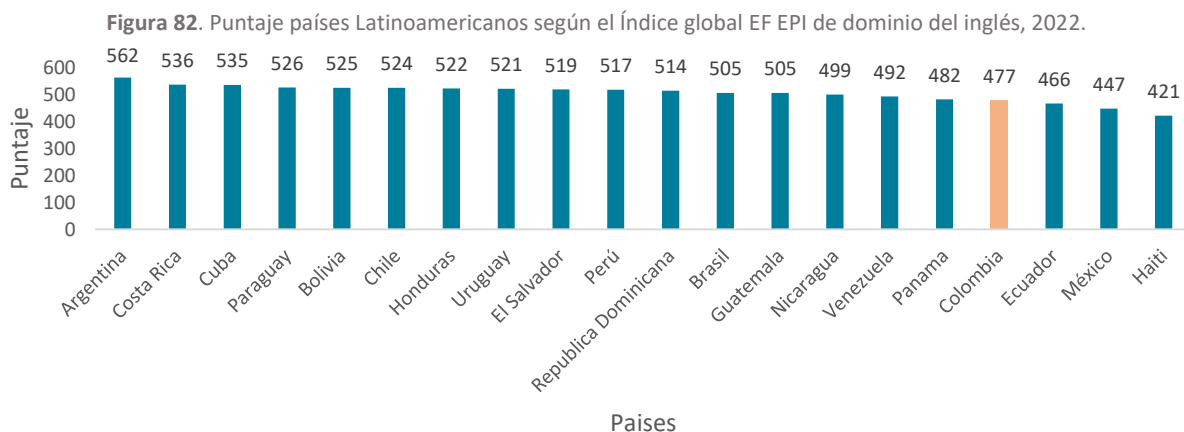
### Situación regional:

Según el Índice global EF EPI de dominio del inglés, en el 2022 Colombia tuvo un puntaje de 477, ocupando el puesto número 77 de 111 países evaluados, siendo los países referentes que ocupan los primeros tres puestos a nivel global en dominio del inglés: Holanda (661), Singapur (642) y Austria (628) estando en el rango de competencia muy alto.

En el ranking a nivel de Latino América, de los 20 países latinos evaluados ninguno ocupó el rango de competencia muy alto en el dominio del idioma inglés, solo Argentina con 562 puntos alcanzó el rango alto, seguido de 12 países con rango moderado a saber: Costa Rica (536), Cuba (535), Paraguay (526), Bolivia (525), Chile (524), Honduras (522), Uruguay (521), El Salvador (519), Perú (517), Republica Dominicana (514), Guatemala (505) y Brasil (505). En el rango bajo se ubicaron Nicaragua (499), Venezuela (492), Panamá (482), Colombia (477) y Ecuador (466). Finalmente, México (447) y Haití (421) se ubicaron como los países latinos con el rango más bajo en el manejo del idioma inglés.

En razón de los anterior, Colombia ocupó el puesto 17 de 20 países latinos, ubicándose en el nivel bajo en el dominio de inglés. Según el informe del 2022 del Índice global EF EPI (...) los crecientes niveles de inglés competencia en América Latina son impulsado por los lugares de trabajo, no por las escuelas. Desde 2015, los adultos latinoamericanos mayores de 25 años han logrado avances significativos y aquellos de 30 años mejoran la mayoría. Durante el mismo período, la cohorte de 20 a 25 años ha tenido puntuaciones estables y la cohorte de 18 a 20 años ha disminuido en 60 puntos. Esto deja a la región con la mayor competencia relacionada con la edad brecha en el mundo (EF Education First, 2022).

Lo cual, es un llamado a que la enseñanza del inglés aumente en las escuelas como parte de la solución, en particular, se necesitan más docentes que hablen bien el idioma, así como implementar nuevas metodologías y herramientas en el aula, por tanto, mejorando la calidad y distribución de enseñanza del inglés en las escuelas y el acceso a una diversidad de métodos de formación para niños, jóvenes y adultos, Antioquia podrá avanzar al 2040 hacia el primer puesto en bilingüismo en el país y alcanzar el nivel alto de acuerdo con el ranking suramericano.



Los +	Los -
Netherlands 661	Laos 364

Índice de competencia en inglés de EF, es una prueba de inglés estandarizada, diseñada para clasificar las habilidades lingüísticas de los



Singapore	642	Rep. Democ.	Congo	367
Austria	628	Yemen		370
Noruega	627	Libya		390
Dinamarca	625	Rwanda		392
<b>Colombia</b>	<b>477</b>			

examinados en uno de los seis niveles establecidos por el Marco Común Europeo de Referencia (MCER).

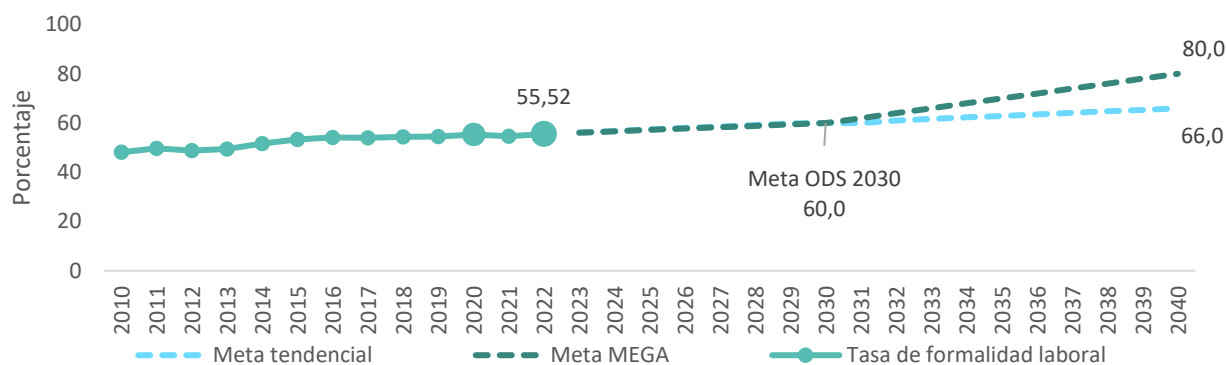
En la medición del 2022 Colombia ocupó el puesto 77 del total de 111 países evaluados. A nivel de América Latina Colombia ocupó el puesto 17 de 20 países hermanos.

La meta al 2040 es lograr que Colombia alcance un nivel alto de inglés alcanzando la posición de Argentina ubicada en el puesto 30. Igualmente, Antioquia el 2040 ocupará el primer puesto en bilingüismo en el país.

Fuente: <https://www.ef.com/wwen/epi/>. Para obtener más información sobre la investigación y el desarrollo de EF SET, visite [www.efset.org/about/](http://www.efset.org/about/)

### 1.6.3.3. TERRITORIO COMPETITIVO:

Figura 83. MEGA: En 2040 Antioquia logrará una Tasa de Formalidad Laboral de 80% ubicándose entre los países con mejores condiciones en formalidad en América Latina y el Caribe.



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Meta tendencial: corresponde a proyecciones basadas en la tendencia de los valores del indicador, según serie de tiempo.

Meta MEGA: corresponde a las apuesta país en el largo plazo para la formalidad laboral.

Situación local: la formalidad laboral<sup>17</sup> es definida como aquellas personas que laboran en una empresa de cinco trabajadores o más, incluyendo los profesionales independientes, patrones, empleadores, obreros y empleados del gobierno, y excluyendo trabajadores (ya sean familiares o no) sin remuneración, empleados domésticos, jornaleros o peones. Adicional, con la nueva metodología desarrollada por el DANE, la seguridad social como un aspecto clave para la formalidad laboral. A partir de esta medida se busca reconocer el grado de desarrollo de una economía (mayor productividad, capacidad de innovación, dinamismo de las empresas), la capacidad de generación de ingresos fiscales, financiación de las pensiones que tiene una economía ( (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2019); (Sanchez, 2013)).

<sup>17</sup> Este indicador fue construido a partir de la población ocupada que habita en las cabeceras municipales, como es propuesto en la Agenda Nacional ODS.

Esta es una medida que, dadas las características de cálculo, de acuerdo con el DANE, aplica para la parte urbana o cabeceras de los territorios. Para Antioquia, esta medida para 2022 se localizó en 55,54%, el valor más alto de los últimos 10 años. Para 2020, pese a los efectos de la pandemia del COVID-19 en cuanto a destrucción de empleos, el desempeño del indicador no se vio muy impactado, explicado posiblemente por la mayor destrucción en proporción de empleos informales, lo que indica que la educación tiene efectos positivos en la permanencia en el mercado laboral y en la formalidad. Cuando es estudiada esta medida por sexo, se encuentra que para 2022 las mujeres tienen mayor formalidad que los hombres, con un valor de 56,5% versus 54,8%. Cuando es analizado este indicador por ciclo de vida, se encuentra que los más formales son los jóvenes (población de 18 a 28 años), con un valor de 56,7%.

Es de mencionar que para 2021 y 2022, se tiene información con ajuste de los factores de expansión ajustado por el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2018, y cambio metodológico en la medición de la formalidad. Haciendo que los valores de 2020 hacia atrás solo sirvan con carácter ilustrativo sobre la dinámica de la formalidad en Antioquia en los últimos 13 años.

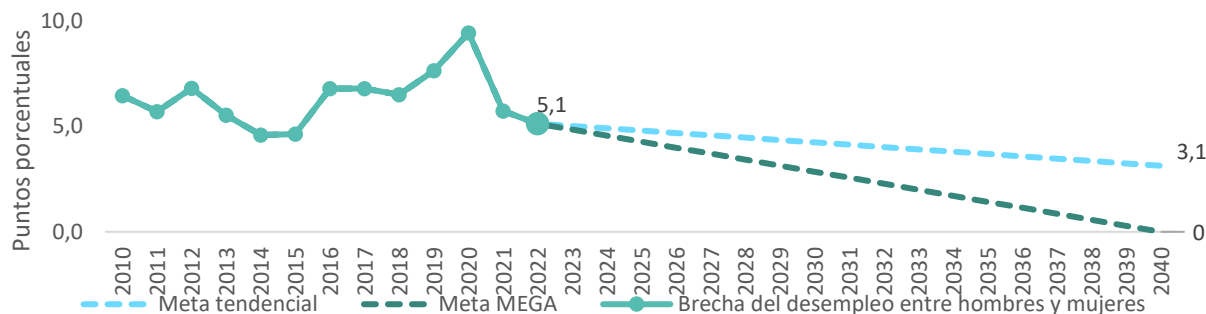
Tabla 49. Situación regional en la formalidad laboral, 2021

Los +		Los -	
Chile	72,6	México	42,9
Brasil	60,8	República Dominicana	42,7
Costa Rica	59,2	Colombia	36,8
Colombia	53,82	Perú	31,6
Argentina	51,1	Ecuador	31,4
Panamá	44,3	El Salvador	31,0

De acuerdo con información disponible de la Organización Internacional del Trabajo, Colombia se localiza dentro de los principales países más formales en América Latina y el Caribe, pese a este valor sigue siendo un país muy informal, implicándole grandes retos para alcanzar el país con un mayor estándar, como es el caso de Chile.

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Figura 84. MEGA: En 2040, Antioquia eliminará la brecha de desempleo que existe entre mujeres y hombres. Pasará de una tasa del 5,1 puntos porcentuales (pp), a 0pp.



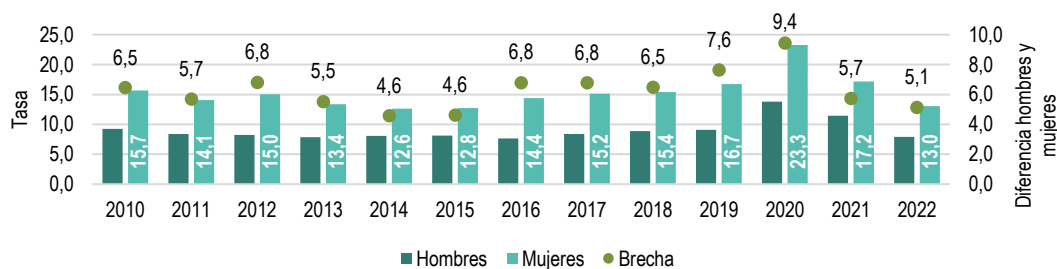
Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).  
Meta tendencial: corresponde a proyecciones basadas en la tendencia de los valores del indicador, según serie de tiempo.  
Meta MEGA: corresponde a una apuesta por la equidad en la Agenda Antioquia 2040.



Situación local: en Colombia, al igual que en muchos otros países, las mujeres se han ubicado en una situación de mayor vulnerabilidad en relación con los hombres para el acceso al mercado laboral. Entre los hechos que provocan esta limitante, se encuentra que las mujeres invierten en las labores de trabajo doméstico y cuidado no remunerado un mayor número de horas en relación con los hombres. De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), para 2022 en Antioquia las mujeres invirtieron 27 horas más que los hombres en este tipo de labores, siendo limitante para su desarrollo, dado el costo de oportunidad que implica para dedicarse a otras labores, lo que trae consigo: menores niveles educativos con un consecuente efecto en el salario otorgado (se identifica que la brecha de ingreso mensual promedio entre hombres y mujeres fue del 7,3% para 2021); posible pérdida de destrezas laborales, que dificultan la reinserción al mercado laboral en corto tiempo y bajo condiciones adecuadas; satisfacción de necesidades de educación, ocio y recreación en condiciones de igualdad con el hombre.

Ahora bien, en cuanto al comportamiento histórico de este indicador, se encuentra que para 2022 la Brecha de la tasa de desempleo entre mujeres y hombres se ubicó en 5,1 puntos porcentuales, el valor más bajo en 7 años y en el que se tiene como meta llegar a cero en 2040. En cuanto a las tasas de desempleo, se identifica que las mujeres han tenido mayores tasas, ubicándose para 2022 en el 13,0% y donde se ha venido recuperando a valores de 2015 en cuanto a reducción, mostrándose un buen desempeño para lograr el cierre de brechas entre mujeres y hombre en oportunidad y acceso a empleo.

Figura 85. Brecha de la tasa de desempleo entre mujeres y hombres, 2010-2022



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

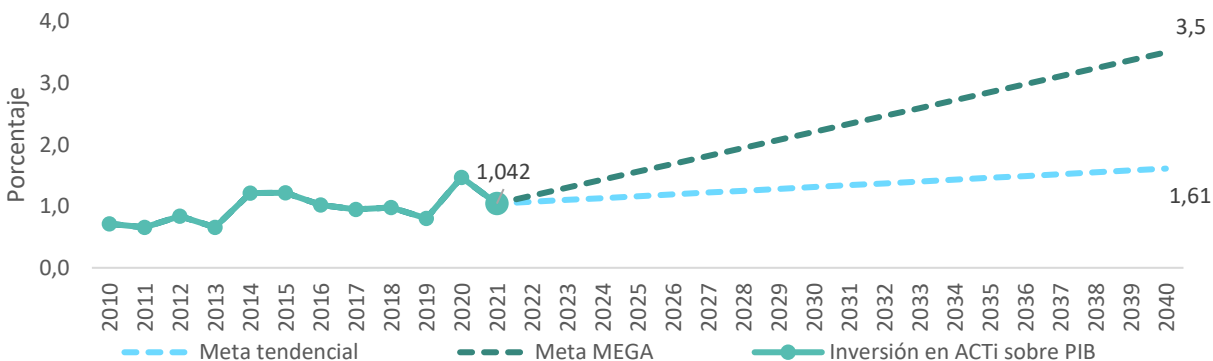
Tabla 50. Situación regional de la brecha de la tasa de desempleo entre mujeres y hombres, 2020

Los -		Los +	
México	-0,57	Brasil	4,44
Perú	-0,33	Honduras	5,25
Chile	0,39	Colombia	7,7
Venezuela	0,62	Costa Rica	8,07
		Panamá	11,08

De acuerdo con información disponible de la Organización Internacional del Trabajo, Colombia se localiza dentro de los principales países con mayor brecha de la tasa de desempleo entre hombres y mujeres, lo que le implica grandes retos para el cierre de brechas y consecuente generación de oportunidades para las mujeres.

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Figura 86. MEGA: En 2040 Antioquia tendrá una participación de 3,5% en las actividades de Ciencia, Tecnología e Innovación sobre el PIB igualándose al promedio de los países OCDE



Fuente: Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología (OCyT); DANE – EDIT VIII a IX, EDITS V a VIII; Ruta N – Centro Nacional de Consultoría - Medición anual de innovación.

Meta tendencial: corresponde a proyecciones basadas en la tendencia de los valores del indicador, según serie de tiempo.

Meta MEGA: corresponde a un valor de referencia a los primeros países de América Latina y el Caribe.

Situación local: ACTi sobre PIB es un indicador que determina como ha venido dándose los avances en ciencia, tecnología e innovación en un territorio, reconociéndose como un elemento indispensable para mejorar la competitividad, la productividad y el desarrollo en general (OCyT, 2021). Para Antioquia, de acuerdo con Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología (OCyT), se presenta un valor de 1,469% para 2020, valor por encima al de Colombia, que se ubicó para ese mismo año en el 1,0%. Este resultado para Antioquia muestra un importante avance en relación con 2019 explicado principalmente por la capacidad de innovación que se generó en Antioquia a raíz de la crisis generado por la pandemia del COVID-19. Pese a este resultado, para 2021 (última cifra disponible) este valor se redujo, ubicándose en 1,042%, lo que advierte sobre los desafíos que tiene el departamento para generar una mayor disrupción en las dinámicas de CTel, las cuales sean más aceradas y permanentes.

Esto implica retos, entre los que se encuentra mantener la dinámica de inversión en ACTi y el fortalecimiento en general del ecosistema de Ciencia, Tecnología e Innovación (CTel), en el que los requerimientos que se tienen está en la formación de alta calidad, dada la baja tasa de investigadores y grupos de investigación por cada millón de habitantes en Antioquia, que se localizaron en 2021 (último año disponible) en 537,0 y de 12,40; la desarticulación que persiste entre los centros de investigación, la empresa y el estado, pese a los avances que se han tenido, entre otros espacios, con Consejos Departamentales de Ciencia, Tecnología e Innovación (Codecti), Comités Universidad, Empresa, Estado (CUEE), Comisiones Regionales de Competitividad e Innovación, entre otros; y los retos que se tienen para generar bienes y servicios de alto valor al interior de las universidades que tengan un marco regulatorio que garantice su mejor desempeño (OCyT, 2021).

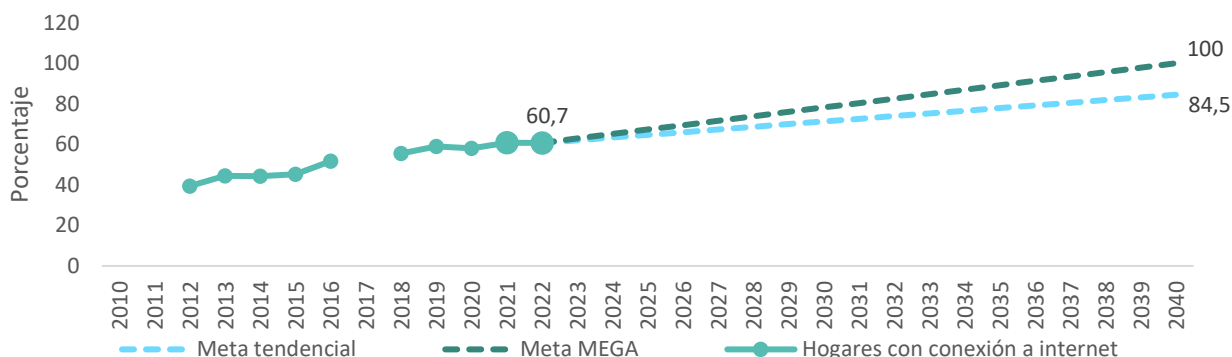
Tabla 51. Actividades de Ciencia, Tecnología e Innovación sobre PIB, 2020

Los +		Los -	
Brasil	4,28	Paraguay	1,81
Cuba	2,81	Argentina	1,63
Uruguay	2,34	Colombia	1,00
México	2,00	Trinidad y Tobago	0,59

De acuerdo con información disponible por la Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT) se encuentra que para 2020, de algunos países de Latino América, Brasil es el de mayor participación en ACTI sobre PIB, en contraposición, Colombia se localiza en las últimas posiciones. Esto muestra grandes retos para lograr una economía más intensiva en conocimiento que pueda equipar condiciones como las de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Fuente: Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT). Cifras ajustadas teniendo base a Colombia con un valor del 1% para 2020.

Figura 87. MEGA: En 2040 Antioquia tendrá el 100% de viviendas urbanas y rurales conectadas a internet



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).

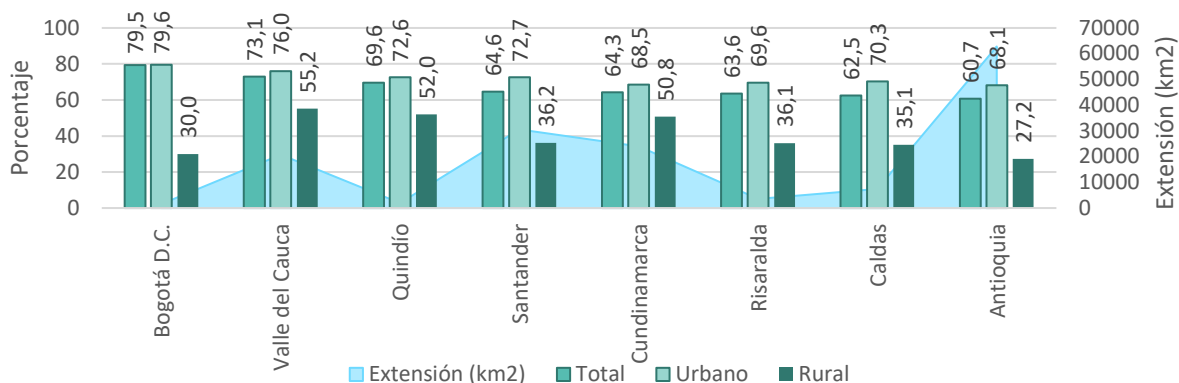
Meta tendencial: corresponde a proyecciones basadas en la tendencia de los valores del indicador, según serie de tiempo.

Meta MEGA: es la apuesta que se tiene como departamento de poder llegar a cada rincón del territorio antioqueño.

Situación local: Antioquia ha venido en una tendencia creciente en cuanto a conectividad de internet, como una herramienta clave para su desarrollo económico y social. Pese a estos avances y localizarse entre los 8 departamentos con mayores valores en cuanto al indicador hogares conectados a internet, con un valor para 2022 de 60,7%, siguen existiendo brechas, especialmente en la parte rural, ubicándose en el valor más bajo en este ranking de 8 departamentos, jalonando su valor total hacia abajo y colocándolo en la segunda mayor brecha entre la parte urbana y rural, después de Bogotá D.C.

Un factor que ha dificultado su mayor penetración es su gran extensión territorial. Esta representa 38 veces la extensión de Bogotá D.C. y 3 veces la de Valle del Cauca, que son los departamentos con la mejor conectividad y más desarrollados de Colombia. Esto advierte sobre los mayores retos que se tienen en el departamento por lograr el 100% de hogares conectados a internet. Haciéndose clave impulsar esta MEGA, en la que se provean formas de conectividad no pensadas para lograr la meta del 100%, siendo la diversificación de otras fuentes clave para su desarrollo, como pueden ser los adelantos de los satélites Starlink

Figura 88. Hogares conectados a internet por principales departamentos, total, urbano, rural, 2022



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).

Tabla 52. Porcentaje de personas que usan internet, 2021

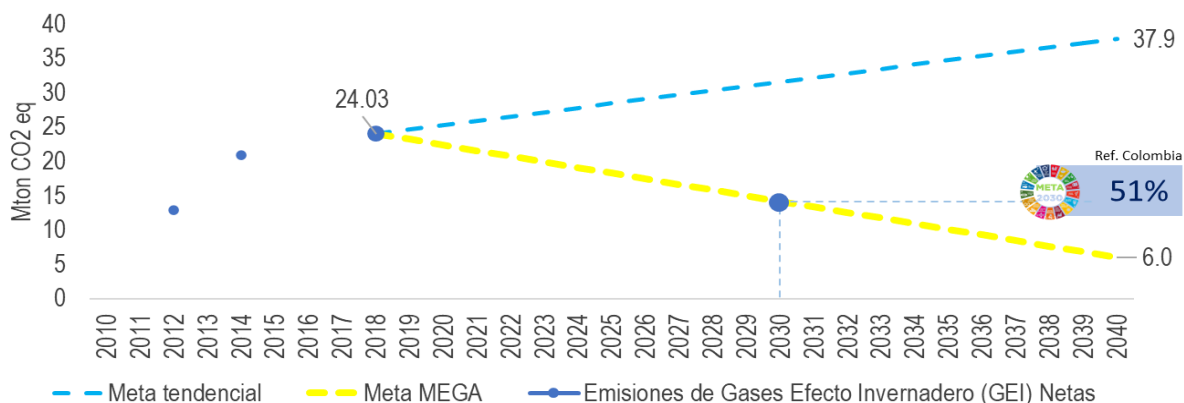
Los +		Los -	
Canadá	92,8	México	75,6
Estados Unidos	91,8	Colombia	73,0
Chile	90,2	Cuba	71,1
Uruguay	90,1	Perú	71,1
Brasil	80,7	Panamá	67,5
Paraguay	77,0	Bolivia	66,0

De acuerdo con cifras del Banco Mundial, se identifica que Colombia dentro de una muestra de países de América se localiza en la séptima posición de personas que usan internet en 2021. Esto le implica pérdida de competitividad, que se traduce en no poder absorber de mejor forma todos los beneficios que traen las tecnologías de la información y la comunicación.

Fuente: Unión Internacional de Telecomunicaciones, Informe sobre el Desarrollo Mundial de las Telecomunicaciones/TIC y base de datos.

### 1.6.3.4. TERRITORIO SOSTENIBLE:

Figura 89. MEGA: En 2040 Antioquia habrá alcanzado una reducción de las Emisiones de Gases Efecto Invernadero Netas (GEI) del 75%



Fuente: Elaboración propia a partir de información del Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) y ODS Colombia

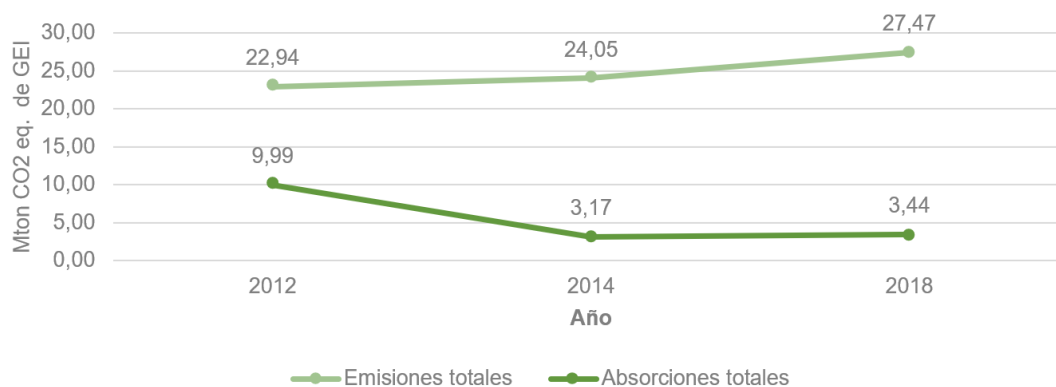
Nota: La definición de metas corresponden a las determinadas en el marco nacional



Situación local: En el reciente informe Bienal de actualización de Cambio Climático de Colombia se determinaron las emisiones de GEI a nivel nacional y departamental con el fin de tomar decisiones para plantear, diseñar e implementar medidas de mitigación. En dicho informe (datos de 2018 – reporte 2022), Antioquia registró emisiones de 27,47 millones de toneladas de CO2 equivalente (Mton CO2 eq) y absorciones de -3,44 Mton Co2 eq.

Es importante destacar que en los últimos reportes el departamento cuenta con una tendencia creciente en las emisiones y decreciente en las absorciones, por ello es estratégica la actuación departamental para responder a los desafíos de mitigación del cambio climático y al mismo tiempo adaptarse a los efectos que este puede causar sobre el territorio y las dinámicas socioeconómicas que son vulnerables al clima. Gran parte de las emisiones de GEI del departamento están relacionadas con el cambio del paisaje natural, principalmente por la deforestación y el aumento de la frontera agropecuaria. Al respecto, Antioquia cuenta con una geografía altamente diversa; y una riqueza de ecosistemas estratégicos; los cuales son fundamentales para la gestión del cambio climático dado el potencial que tienen para disminuir los impactos negativos (Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la Agricultura, Gobernación de Antioquia, 2018).

Figura 90. Evolución emisiones de Gases Efecto Invernadero en Antioquia

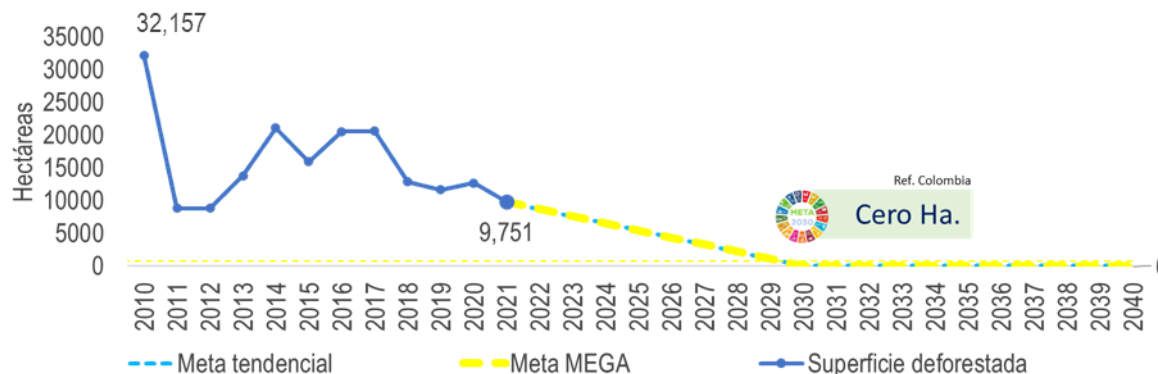


Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM)

Situación regional: Un colombiano promedio puede emitir al año 1,6 toneladas de CO2 (información del Banco Mundial, 2018), una cifra que debe disminuirse para lograr la apuesta ambiciosa del país de reducir el 51 % de emisiones de Gases de Efecto Invernadero (GEI) al 2030 y alcanzar la carbono neutralidad al 2050. Este promedio colombiano, según información del Banco Mundial, está por debajo del promedio mundial (4,47 CO2 t per cápita), de la Unión Europea (6,4 CO2 t per cápita); Estados Unidos (15,2 CO2 t per cápita), con respecto a las emisiones generadas en América Latina y el Caribe (2,6 CO2

t per cápita); así mismo, con Brasil (2 CO<sub>2</sub> t per cápita), Chile (4,6 CO<sub>2</sub> t per cápita) y Argentina (3,9 CO<sub>2</sub> t per cápita). (Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, 2022)

Figura 91. MEGA: Para 2040 el Departamento de Antioquia tendrá 0 hectáreas deforestadas en su territorio

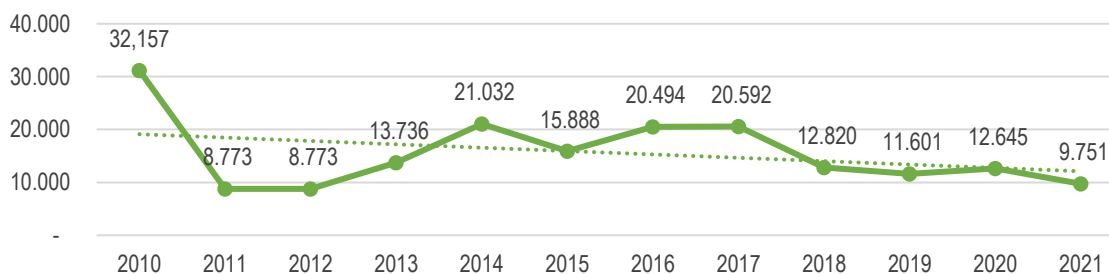


Fuente: Elaboración propia a partir de información del Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) y ODS Colombia

Nota: La definición de metas corresponden a las determinadas en el marco nacional

Cabe destacar, la necesidad de comprender la importancia de las responsabilidades comunitarias e institucionales, en la protección de los ecosistemas y propender por la articulación de los instrumentos de ordenamiento territorial, para que las determinantes ambientales estén actualizadas y sincronizadas en cada escala de planificación, para evitar los conflictos de uso de suelo y la deforestación; toda vez que, desde 2010 hasta 2021, la deforestación acumulada en el departamento asciende a 188.262 hectáreas. Aunque se muestra una tendencia decreciente, según datos del IDEAM, Antioquia ha oscilado entre los primeros puestos entre los departamentos de Colombia. Las principales causas identificadas están asociadas con la presencia de cultivos ilícitos, la expansión de la frontera agrícola, la tala ilegal de árboles para la obtención de maderables, y la presencia de extracción de minerales de manera ilícita (Corantioquia, 2019). (Global Green Growth Institute, 2019).

Figura 92. Superficie deforestada en Antioquia, 2010-2021

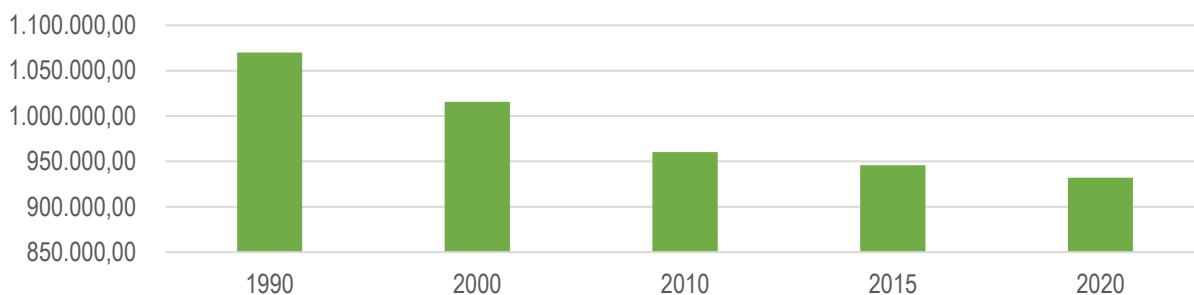


Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM).

Elaboración propia.

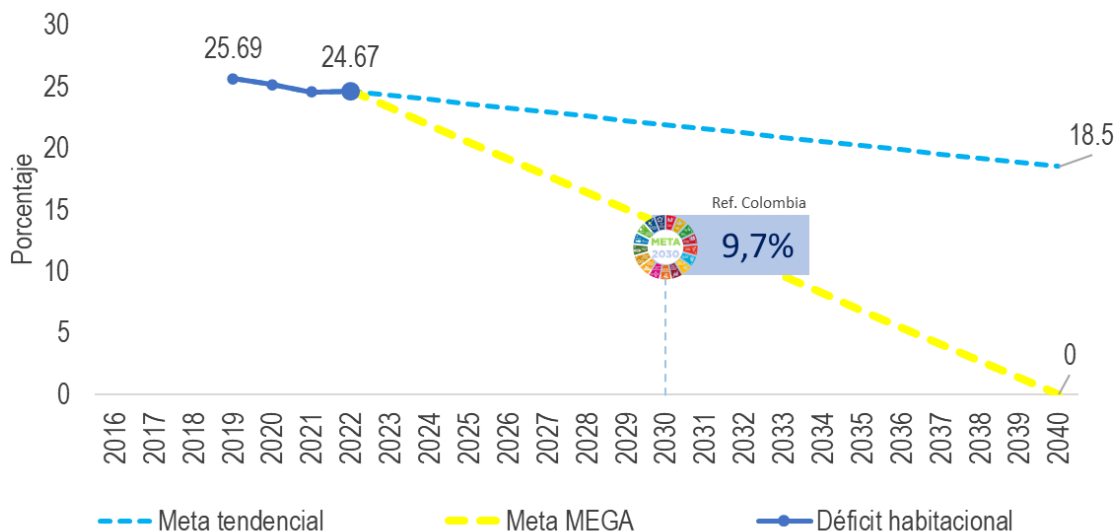
Situación regional: Según datos de la CEPAL, basado en datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la alimentación (Programa de evaluación de los recursos forestales mundiales), para América Latina y el Caribe la superficie boscosa tiene una tendencia decreciente, por lo cual es crucial la actuación de la región, entendiendo que tiene ecosistemas estratégicos mundiales, siendo Colombia, Brasil, Perú y Bolivia estratégicos en la actuación para detener la deforestación, que se caracteriza por ser una de las más altas del mundo.

Figura 93. Superficie boscosa en América Latina y el Caribe, Años 1990, 2000, 2010, 2015, 2020



Fuente: FAO / Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación / Programa de Evaluación de los Recursos Forestales Mundiales (FRA)  
Elaboración propia.

Figura 94. MEGA: En 2040 Antioquia tendrá cero déficit habitacional



Fuente: Elaboración propia a partir de **información del Departamento** Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta de Calidad de Vida (ECV) y ODS Colombia

Figura 95. Porcentaje de hogares por déficit habitacional 2019 – 2022

Departamento	2019	2020	2021	2022
Bogotá DC	10.5	12.7	10.5	11.2
Quindío	14.1	14.1	15.6	12.4
Risaralda	17.8	17.1	14.5	17.3
Cundinamarca	26.8	20.0	21.9	18.3
Valle	19.3	16.8	18.3	18.6
Caldas	24.0	21.2	19.3	21.4
Boyacá	30.6	22.7	27.8	24
Antioquia	25.7	25.2	24.6	24.7
Tolima	30.9	29.4	31.0	28.1
Meta	30.3	30.9	29.6	28.2
Santander	31.7	27.3	26.8	28.4
<b>Total nacional</b>	<b>32.8</b>	<b>31.4</b>	<b>31.0</b>	<b>30.4</b>
Casanare	35.0	34.2	34.4	31.4
Atlántico	35.7	32.6	29.0	31.5
Huila	32.7	32.8	33.7	31.8
N. de Santander	39.9	41.0	39.1	33.9
Cesar	48.6	49.6	45.4	46.5
Caquetá	53.4	46.3	47.3	47.2
Nariño	51.3	46.2	49.7	48
Cauca	51.3	47.6	50.0	50.2
Arauca	46.1	51.2	52.7	52.9
La Guajira	60.9	56.1	61.1	57.6
Bolívar	65.8	64.6	62.2	59.1
Córdoba	64.8	62.9	60.2	60.6
Sucre	65.6	69.0	66.8	61.3
Magdalena	64.1	63.4	59.7	61.9
Putumayo	71.6	64.5	70.6	66.7
Guaviare	76.8	73.9	70.7	67
San Andrés	93.4	92.2	90.9	79.8
Vaupés	90.8	88.1	88.4	81.3
Chocó	88.2	90.6	87.8	84.3
Amazonas	87.7	83.5	85.3	84.5
Guainía	86.6	88.0	90.8	87
Vichada	91.7	94.2	94.5	94.2



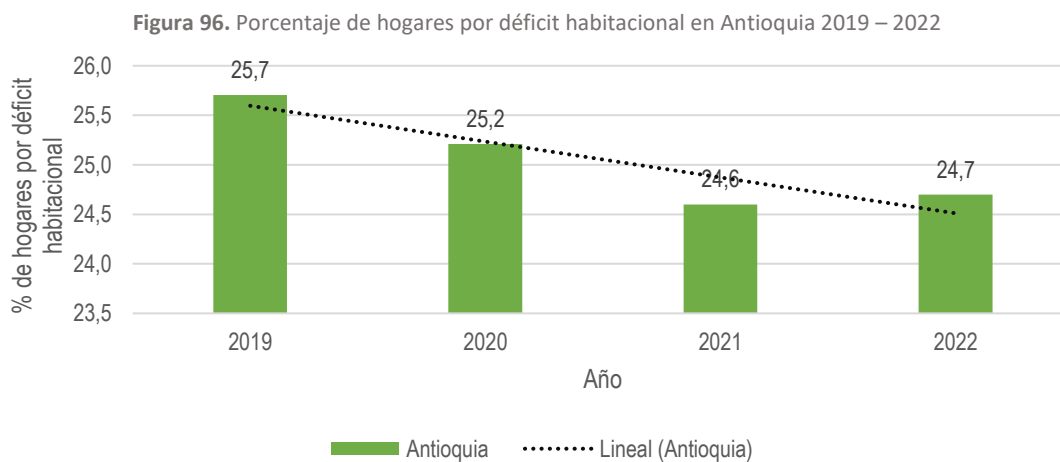
Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida, Actualizado el 4 de mayo de 2022, para valores hasta 2021, el valor 2022 actualizado el 20 de abril de 2023

Situación Local: El déficit habitacional está compuesto por dos tipos o formas: el déficit cuantitativo y el déficit cualitativo. Cada uno de ellos tiene un grupo de componentes que permite identificar deficiencias de carácter estructural y no estructural de las viviendas. Los componentes de cada tipo tienen diferentes criterios de cálculo, dependiendo del dominio geográfico en el que se encuentran los hogares, ya sea en las cabeceras, los centros poblados o el área rural dispersa.



A través del déficit cuantitativo, se identifica a los hogares que habitan en viviendas con deficiencias estructurales y de espacio, para las cuales, según la metodología 2020, “se hace necesario adicionar nuevas viviendas al stock total de viviendas del país de tal forma que exista una relación uno a uno entre la cantidad de viviendas adecuadas y los hogares que requieren alojamiento”. Las deficiencias estructurales y de espacio que se identifican con este indicador, no se pueden mejorar para lograr salir de la condición de déficit. Por su parte, el déficit cualitativo identifica a los hogares que habitan en viviendas con deficiencias no estructurales y para las cuales es posible hacer mejoramientos o ajustes y lograr así las condiciones adecuadas de habitabilidad. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2021)

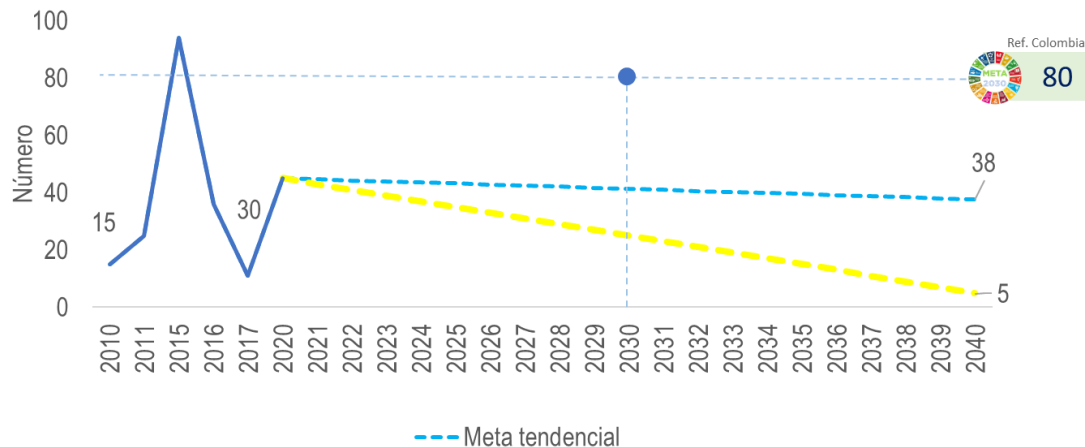
En relación con el déficit habitacional, se observa que, en 2022, a nivel país, Antioquia se encontraba por debajo del valor nacional (30,4%), ubicado como el séptimo departamento con menor déficit (24,7% - Sin Bogotá DC) con una tendencia decreciente, pero existiendo una brecha entre las zonas urbanas y rurales de 40,1 puntos porcentuales, pues territorialmente, en 2022 el déficit habitacional en cabeceras fue de 17,4% y en centros poblados y rural disperso fue de 57,5%, cabe resaltar que esta brecha mejoró respecto a 2021 en 9.5 puntos porcentuales lo que evidencia el esfuerzo realizado en zonas rurales especialmente.



Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida, Actualizado el 4 de mayo de 2022, para valores hasta 2021, el valor 2022 actualizado el 20 de abril de 2023

Según el DANE, en cuanto al Déficit cuantitativo, Antioquia presenta una disminución de 4,4% desde 2019 (9,2%) a 2022 (4,8%), reflejando los esfuerzos por adicionar viviendas al stock total del país para garantizar un hábitat digno para los Antioqueños, por su parte los mejoramientos impactan en el déficit cualitativo, donde hoy se registra una cifra de 19,8%, mejorando respecto a 2021 pero con un registro superior a 2019, lo cual puede ser explicado por los efectos que ha traído la pandemia.

Figura 97. MEGA: En 2040 Antioquia reducirá a 5 la mortalidad causada por eventos recurrentes

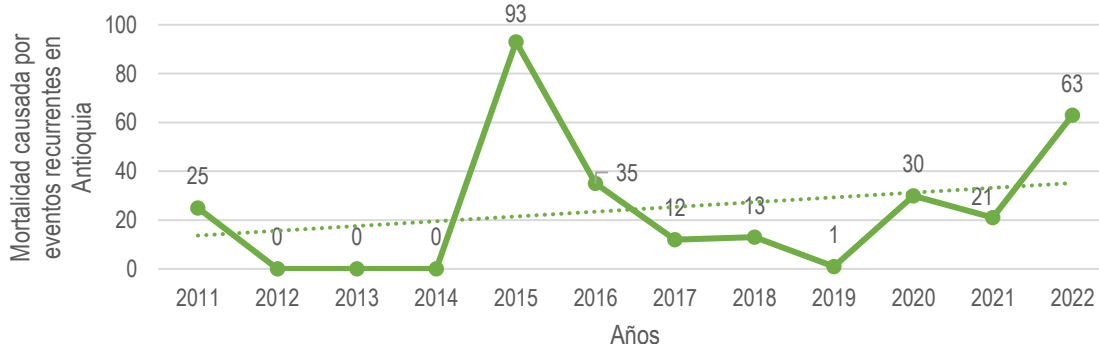


Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Antioquia (DAGRAN) y ODS Colombia

Nota: La definición de metas **corresponden** a análisis de los mínimos históricos, según sugerencia de expertos epidemiológicos y tasas mínimas recomendadas por expertos.

Situación Local: según el Índice Municipal de Riesgo de Desastres ajustado por capacidades, Antioquia es el departamento con mayor área amenazada, el noveno con mayor exposición de la población, infraestructura, bienes o servicios a una afectación por amenaza. El 40,9 % de la población vive en condiciones de vulnerabilidad y, además, cuenta con la entidad territorial (Murindó) con la puntuación más baja en dicho índice (Departamento Nacional de Planeación, 2018). Si bien Antioquia se encuentra por encima de la media nacional del índice de capacidades, resaltado en dicha publicación, sus condiciones naturales exigen que el conocimiento y reducción del riesgo, así como el manejo de desastres naturales sean más efectivos para disminuir la mortalidad y la tasa de afectados por eventos recurrentes, que para el caso de los decesos muestra una tendencia creciente.

Figura 98. Mortalidad causada por eventos recurrentes en Antioquia, 2011 - 2022

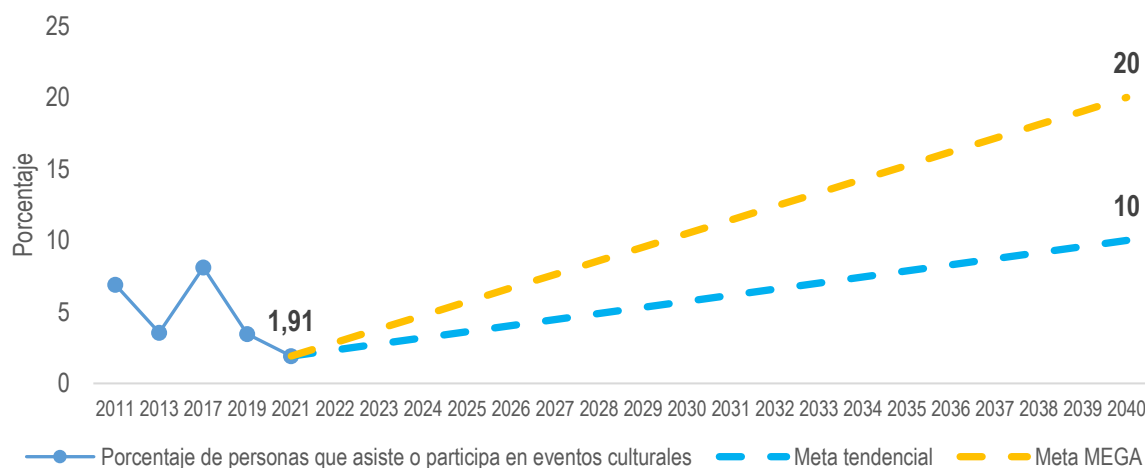


Fuente: Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Antioquia (DAGRAN) Elaboración propia.

El comportamiento anualizado puede ser variable, de conformidad a si es un año seco o lluvioso, los efectos de cambio climático y los fenómenos del niño y de la niña. Se define el mínimo epidemiológico recomendado de 5, pues al ser eventos recurrentes, con acciones de prevención y mitigación se puede reducir este valor.

### 1.6.3.5. TERRITORIO MULTICULTURAL:

Figura 99. En 2040, la participación de la población antioqueña en la vida cultural, en toda su diversidad habrá aumentado en 18 pp



Fuente: Elaboración propia con base en ECV Antioquia (2011,2013,2017,2019,2021)

Situación local: Los resultados a esta pregunta en la Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia ha tenido una variación significativa, oscilando entre el uno (2) y el (8) por ciento. Sin embargo, independiente de esta oscilación, la meta de la Agenda Antioquia al 2040 es que el 20% de los y las Antioqueñas asistan al menos a algún evento cultural en el año, sea de danza, pintura, música, teatro, entre otros.

Comparar este indicador con otras ciudades o países es difícil porque cada encuesta formula las preguntas de manera diferente y porque lo que se incluye dentro de la categoría “eventos culturales” difiere sustancialmente. Sin embargo, para poner en contexto y de manera indicativa la asistencia cultural de Antioquia, sí es posible comparar asistencia a eventos culturales específicos, como por ejemplo el teatro. Se evidencia la gran brecha que existe entre la asistencia a teatro de Antioquia, que no supera el 1% de la población, con una asistencia superior al 8% en España, Argentina e incluso en las principales cabeceras municipales de Colombia.

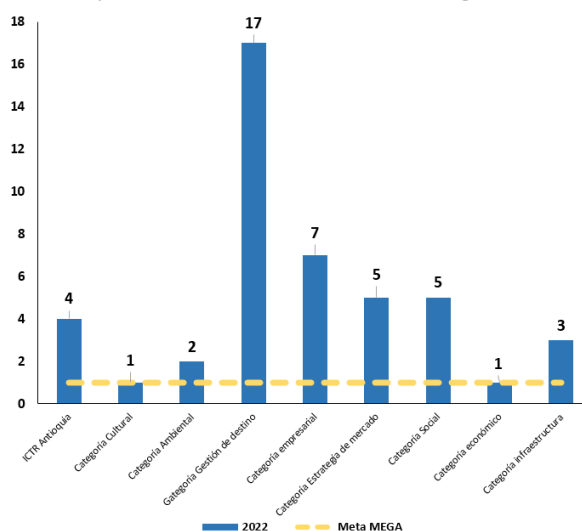
Tabla 53. Asistencia a teatro Antioquia y comparativo

Pais/región	Año	Porcentaje de personas que asisten a teatro	Fuente estadística
Antioquia	2021	<b>0.69</b>	Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia, 2021
Colombia (cabeceras municipales*)	2020	<b>11.8</b>	Encuesta de Consumo Cultural del DANE, 2020
España	2021-2022	<b>8.2</b>	Encuesta de Hábitos y Prácticas Culturales en España, 2021-2022
Argentina	2022	<b>15</b>	Encuesta Nacional de Consumo Cultural, 2023

Nota: \*Para el caso de Colombia, el dato incluye asistencia a eventos de danza, lo que hace que el dato aumente.

Fuente: Elaboración propia con base en ECV Antioquia (2019), Encuesta de Consumo Cultural del DANE (2020), Encuesta de Hábitos y Prácticas Culturales en España (2022), Encuesta Nacional de Consumo Cultural de Argentina (2023).

Figura 100. En 2040 Antioquia ocupará el primer puesto en el Índice de Competitividad Turística Regional logrando ser el primero en cada una de las 8 subcategorías



Fuente: Elaboración propia con base en ICTR (2022)

Situación regional: Para el año 2022 Antioquia ocupó el cuarto puesto del Índice de Competitividad Regional, mientras que Bogotá, Valle del Cauca y Risaralda ocuparon el primero, segundo y tercer puesto respectivamente. El Índice de Competitividad Turística Regional reúne indicadores de seis (6) categorías: Cultura, Ambiente, Gestión del destino, Empresarial, Mercadeo y Social. Dentro de estas categorías, Antioquia está por encima de los primeros cinco (5) puestos en Gestión de destino y Empresarial. La meta al 2040 no es sólo ocupar el primer puesto del ranking sino también hacerlo en cada una de las categorías que lo conforman.

#### 1.6.4. Enfoques de la Agenda Antioquia 2040

Los enfoques tienen como objeto, brindar elementos comprensivos que motivan el reconocimiento de dinámicas y realidades sociales y territoriales, como también a la promoción de la acción, en pro de alcanzar escenarios de bienestar, protección, equilibrio y progreso humano para nuestra sociedad y territorio.

Los enfoques de y para el desarrollo, nos invitan a tener presentes asuntos de vital importancia a lo largo de la construcción colectiva de esta Agenda: a focalizar análisis, hacer evidentes retos vigentes en el tiempo, y a proponer escenarios de cambio, teniendo en cuenta sus planteamientos de base.

Es así que, para esta Agenda, es primordial que desde todos sus pilares: Territorio Equitativo, Educado, Competitivo, Sostenible, Multicultural y en Paz, se incorpore el enfoque de Desarrollo Humano Integral y Sostenible como una meta superior por excelencia. Que se proyecte a 2040 una Antioquia que asuma que en el centro de todo desarrollo social, cultural, económico, territorial-ambiental, político e institucional, se encuentran las personas; y que la importancia de generar un acuerdo de futuro, parte de la búsqueda de ampliar las libertades humanas, de acuerdo a la promoción de sus capacidades y oportunidades para ser, hacer y tener, y de su agencia (capacidad de las personas para actuar y decidir) para participar de las dinámicas del desarrollo y gestionar la configuración de su propio destino (Sen, 1999).

Una Agenda que tenga en cuenta el enfoque de Seguridad Humana, que plantee un futuro en el cual Antioquia avance como garante de la vida, que responda a las inseguridades actuales y futuras, e intente reducir la posibilidad de que se produzcan conflictos; que sea promotora de entornos viables, protectores, seguros y saludables, para que todas las personas puedan disponer de iguales oportunidades, disfrutar de sus derechos y realizarse en todas sus dimensiones (ONU, 2012).

Que incorpore de igual forma los enfoques de Derechos y Curso de Vida; para que desde la Agenda se conciba la protección, promoción y garantía del goce efectivo de derechos iguales e inalienables para todos los seres humanos, como agentes activos titulares y garantes de derechos y responsabilidades civiles y ciudadanas (ONU, 2006) a lo largo de su trayectoria vital y de los distintos momentos de su desarrollo: desde su gestación y proceso de envejecimiento hasta su etapa de adulto mayor. Una agenda que le apueste al proceso vital acumulativo, es decir, que brinde mayores oportunidades y expansión de las capacidades y libertades de las personas en un temprano momento de la vida, para promover mayor bienestar en el proceso de envejecimiento, en momentos vitales posteriores (Min Salud, 2015).

Una Agenda Antioquia 2040 que plantee el reconocimiento de las particularidades humanas y la existencia de desigualdades y desventajas sociales, que reclaman trabajar desde enfoques diferenciales, para sumar desde la equiparación de derechos y el acceso a las oportunidades del desarrollo, el escenario ideal de la igualdad.

A partir de la incorporación de los enfoques Poblacional, de Género y Étnico, que recalcan la importancia de formular una Agenda 2040 que tenga en cuenta la dinámica demográfica en Antioquia, en concordancia con su tamaño, crecimiento y estructura, como también de las

características identitarias biológicas, etarias, culturales, sociales de sus habitantes; asuntos que permiten identificar necesidades, potencialidades y efectos entre lo poblacional y las dinámicas social, económica, ambiental, política e institucional del Departamento.

Una Agenda que reconozca y evidencie las relaciones asimétricas de poder y brechas del desarrollo, existentes entre hombres y mujeres, con perspectiva interseccional con las dinámicas de racismo, exclusión y desigualdad que han vivenciado los pueblos indígenas y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom que habitan en el Departamento. Requiriendo de una visión integral al 2040 para todas y todos los antioqueños, que avance en la superación efectiva de la desigualdad y la discriminación, el cierre de brechas y la promoción de la garantía de derechos individuales y colectivos, el empoderamiento y ejercicio de su ciudadanía activa en el marco de las dinámicas y beneficios del desarrollo social y territorial (Bogotá, 2012).

Desde el ámbito territorial, una Agenda para el desarrollo de Antioquia debe reconocer la importancia de cada uno de sus municipios, siendo sensible a sus particularidades, valores y dinámicas. Esto implica la realización de análisis diferenciales dinámicos y adaptativos a cada territorio, soportados en las temáticas que se desarrollan en cada uno de los pilares para la deliberación.

Contar con un ejercicio de prospectiva a largo plazo, construido desde la planeación estratégica territorial, es decir, desde y hacia el territorio, posibilitará a esta Agenda poner en valor cada uno de nuestros 125 municipios y/o distritos; localizar, focalizar y definir metas y rutas variables por ámbito, en coherencia con las necesidades específicas de cada uno.

Este enfoque territorial invita a reflexionar, analizar y conformar nuestro Sistema Territorial de Antioquia (STA) Antioqueños, como mecanismos para plasmar nuestra visión en el territorio, y dotar así, de sentido y propósito las acciones y decisiones que sobre él tomamos.

Un Sistema Territorial de Antioquia es el resultado de reconocer nuestras potencialidades, limitantes y capacidades de trabajo en UNIDAD para fortalecernos y afrontar los retos propios del desarrollo, de posibles catástrofes, o de pandemias como la que hoy vivimos en conjunto con la emergencia climática que afrontamos y que evidentemente son asuntos que sobrepasan los límites político-administrativos y la capacidad gubernamental particular.

Este enfoque territorial, al igual que los poblacionales, es transversal a todos los pilares, y comprende el territorio como un escenario socialmente construido, que evoluciona con el paso del tiempo; planteando un marco de acción sobre las bases del ordenamiento territorial sostenible y equitativo, que promueva la generación de oportunidades, la reducción de la

desigualdad en las áreas urbanas y rurales; el fortalecimiento de capacidades y autonomía de cada entidad territorial.

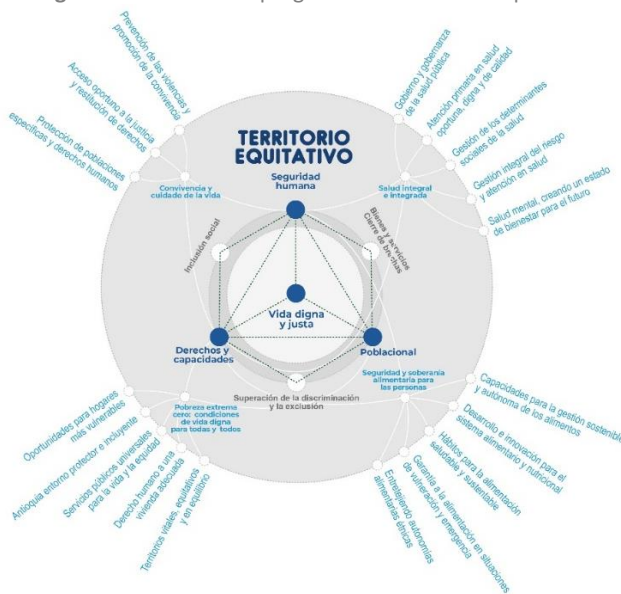
Por lo tanto, este enfoque debe reconocer las características sociales, históricas, culturales, ambientales y productivas del territorio y sus habitantes, sus necesidades diferenciadas y la vocación de los suelos de conformidad con las normas orgánicas de la planeación y el ordenamiento territorial (Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, 2017), definiendo las herramientas adecuadas y articuladas para el desarrollo sostenible y equilibrado de los territorios.

Además de las normas y planes de ordenamiento territorial, desde este enfoque se tendrán en consideración los diversos instrumentos territoriales, así como la gobernabilidad de cada entidad territorial. Todo esto para garantizar la complementariedad, concurrencia y subsidiariedad según las competencias asignadas, a partir de una gestión multinivel para el cierre de brechas urbanas y rurales (Gobernación de Antioquia, 2020), considerando los ámbitos del Sistema Departamental de Planeación.

El enfoque territorial permitirá realizar la formulación implementación, seguimiento y evaluación de planes programas y proyectos en distintos ámbitos de análisis, conforme a las necesidades, vocaciones y características contextuales y diferenciales según el territorio y ámbitos de análisis, y la conformación de un proyecto común para el Departamento.

## 1.6.4.1. PILAR 1. TERRITORIO EQUITATIVO

Figura 101. Estructura programática Territorio Equitativo



Fuente: Elaboración propia

El crecimiento social basado en la equidad y la inclusión ha sido y será una meta fundamental planetaria, como también de nuestra Agenda Antioquia 2040, para con ello promover: trayectorias de vida desde los principios de la dignidad y justicia humana sin distinción alguna, el cierre de brechas territoriales y poblacionales en el goce efectivo de los derechos, y la superación de todas aquellas situaciones que dificultan el acceso a las oportunidades y beneficios del desarrollo integral.

En este orden de ideas, una planeación prospectiva del desarrollo basado en el cuidado de la vida -en el vivir más y mejor-, focaliza la atención en la equidad y en aquellos asuntos que requieren atención para que Antioquia sea un territorio equitativo, como lo son: el reconocimiento de las barreras sistémicas que impiden a sectores y grupos poblacionales satisfacer sus necesidades humanas fundamentales, gestionar su proyecto de vida y practicar sus libertades y deberes; y la gestión de iniciativas que busquen corregir tales desequilibrios, con una inversión y políticas sociales incluyentes, acordes a las necesidades y experiencias de las personas. Asimismo, en la inclusión y en la importancia de brindar a todas las poblaciones las herramientas y condiciones necesarias para participar en la sociedad con las mismas posibilidades, y la potestad que estas tienen para incidir en las dinámicas y decisiones que influyen en las formas y condiciones de vivir su vida, como en el aprovechamiento de las oportunidades existentes, es decir, su empoderamiento.

Es así como el Estado, como la ciudadanía en general, son corresponsables en la materialización de estos escenarios. El primero, como principal responsable en garantizar el respeto a los derechos humanos y brindar el acceso a las condiciones necesarias para vivir con dignidad, y los segundos, desde el ejercicio de respeto de su total cumplimiento, en la medida en que estos se construyen y se ponen en práctica en las relaciones cotidianas con las demás personas.

Ahora bien, la equidad y la inclusión social son principios y requisitos fundamentales cuando se pretende soñar y trabajar por el desarrollo sostenible: en términos de integrar sistémicamente la visión económica y productiva del progreso, con la búsqueda de la relación horizontal con los entornos ambientales, que conlleve con igual importancia, la prioridad del desarrollo orientado desde las personas.

Sobre esta base, en el marco de las estrategias de participación de la Agenda Antioquia 2040 (encuentros y diálogos municipales, regionales, sectoriales, con expertos temáticos, el consejo rector, los macroprocesos territoriales, entre otros) en balance con la información disponible (línea base de indicadores), han permitido identificar las brechas y retos del desarrollo social, sobre los cuales hay que orientar iniciativas de corto, mediano y largo plazo, en términos de:



proteger a las personas y responder a sus necesidades inmediatas, prevenir los desequilibrios y promocionar mejores medios de vida, e implementar políticas sociales hacia la transformación de las causas estructurales de la inequidad y la exclusión.

El responder al sueño colectivo de Antioquia territorio equitativo, requiere del consenso y acción colaborativa entre todos los actores y sectores sociales para alcanzar los propósitos y metas trazadas para este pilar. Las propuestas presentadas a continuación, se basan en los sueños y prioridades planteadas por las y los antioqueños, en contraste con el estado actual del departamento (según diagnósticos situaciones basados en la información disponible) lo cual brinda un marco de referencia para trabajar por nuestra visión del desarrollo al 2040, como de los medios que serán necesarios para materializarla, en términos de rutas estratégicas e iniciativas.

### 1.6.4.1.1. Diagnóstico ejecutivo

#### 1.6.4.1.1.1. Principales indicadores línea base

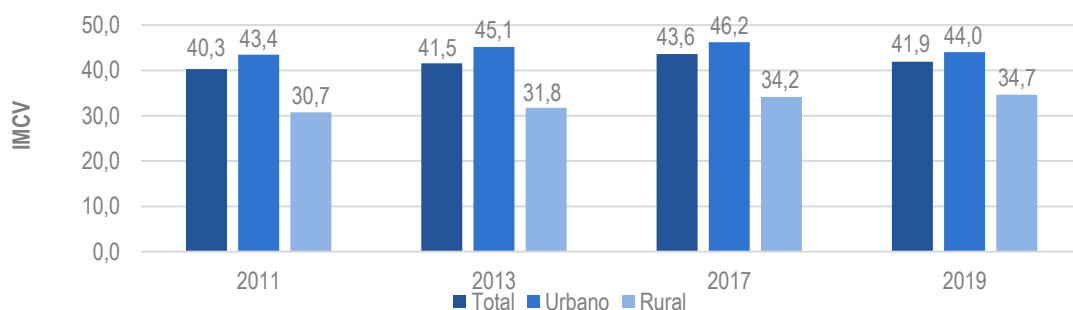
Las prioridades de la ciudadanía participante del diálogo social propiciado por la Agenda Antioquia 2040, en términos de su visión para este pilar, giran en torno a la existencia de territorios protectores, garantes de los derechos y promotores de la participación de grupos y sectores poblacionales en las dinámicas del desarrollo, que promueven condiciones de vida digna en medio de entornos seguros, saludables, equipados, sostenibles y sustentables. En el marco de esta visión, se priorizan demandas relacionadas con la equidad y la inclusión, tales como: la superación de la pobreza, la seguridad, convivencia, paz y noviolencia, la salud física y mental, la seguridad alimentaria, el desarrollo rural y el acceso a servicios básicos e infraestructuras sociales, entre otros asuntos.

La información disponible en la línea base de indicadores de la Agenda Antioquia 2040, permite reconocer que Antioquia ha alcanzado logros significativos en términos de ser un territorio equitativo, no obstante, la visión de un departamento garante de derechos y oportunidades personales y sociales, promotor del bienestar objetivo y subjetivo para todas y todos sus habitantes, aún es un desafío.

En la actualidad, persisten dinámicas de discriminación y exclusión social, como también brechas en el goce efectivo de los derechos y acceso a oportunidades, las cuales limitan el escenario ideal de una vida digna. Lo anterior, sumado a una débil cultura del dato, en tanto carencia de fuentes oficiales e información desagregada por sectores y grupos poblacionales, asuntos que impiden el análisis y seguimiento situacional para la focalización de acciones basadas en la evidencia.

Desde una lectura temporal y de nivel estratégico, los indicadores superiores del pilar Territorio equitativo, presentan un comportamiento positivo en la promoción del bienestar y mejores condiciones de vida para las y los habitantes del departamento. No obstante, focalizando el análisis en los últimos años, persisten retos en la superación de brechas entre las zonas urbanas y rurales de Antioquia, como también dinámicas de inequidad, principalmente en las subregiones Bajo Cauca y Urabá.

Figura 102. Índice Multidimensional de Condiciones de Vida de Antioquia, según zonas, 2011, 2013, 2017 y 2019

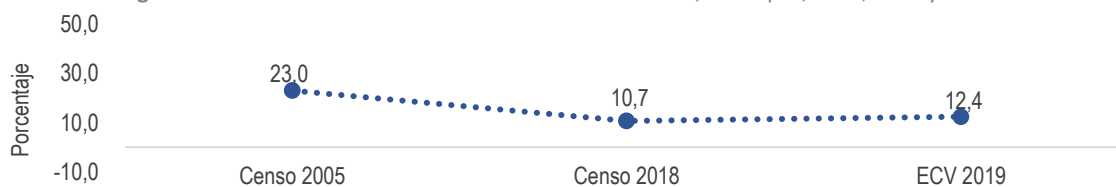


Fuente: Encuestas de Calidad de Vida de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación (DAP) - Gobernación de Antioquia. Elaboración propia.

El Índice Multidimensional de Condiciones de Vida, ha aumentado su valor en 1,6 puntos porcentuales a nivel general desde 2011 (pasando de 40,3 a 41,9 en 2019). No obstante, en 2019 reveló una disminución de las condiciones de vida de -1,7 puntos para el valor general de Antioquia y de -1,1 en área urbana. Con una brecha entre lo urbano y lo rural, de 9,3 (con valores de 44,0 urbano / 34,7 rural).

En relación con el comportamiento territorial de este indicador, de acuerdo con los resultados obtenidos entre 2011 y 2019, las subregiones que han presentado menores niveles en sus condiciones de vida corresponden a Bajo Cauca y Urabá, y con los mayores niveles, Valle de Aburrá y Oriente. Para los años de medición del IMCV: 2017-2019, la situación se complejiza, al observarse una disminución de este indicador en siete subregiones del departamento, exceptuando Urabá y Nordeste, quienes presentaron un incremento de 2,1% y 0,9% respectivamente.

Figura 103. Población en Necesidades Básicas Insatisfechas, Antioquia, 2005, 2018 y 2019

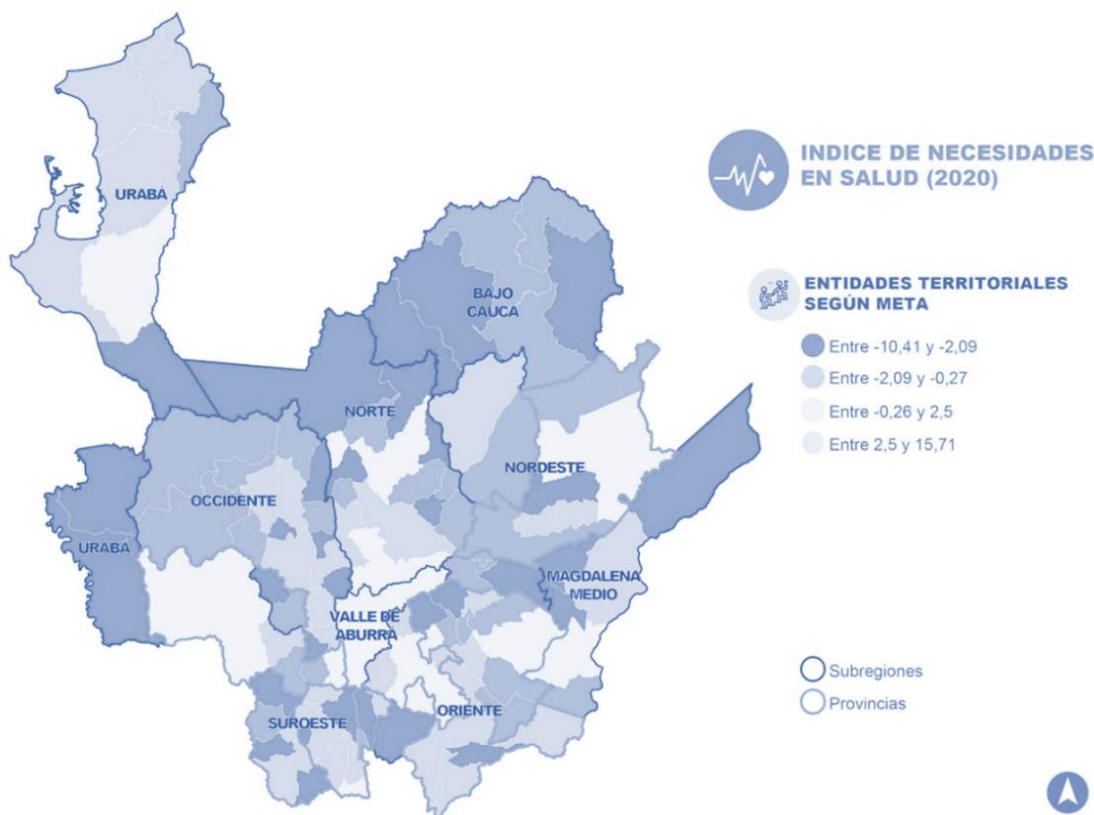


Fuente: DANE – NBI, DAP, Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia. Elaboración propia.

El indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) registra una disminución significativa de la población pobre por necesidades básicas insatisfechas entre 2005 y 2019 (pasando de 23,0 a 12,4), no obstante, entre 2018 y 2019 se presentó un aumento de 15,8% (pasando de 10,7 a 12,4) en particular por la dinámica presentada a nivel de cabeceras, donde el indicador pasó de 6,7% a 10,5% entre estos años (y con un 2,4% de la población en miseria). En esta dinámica, la alta dependencia económica, el hacinamiento crítico, las viviendas con servicios públicos inadecuados, y el ausentismo escolar, han sido las carencias que más han impactado las necesidades básicas insatisfechas de la población en los últimos años.

En relación con el comportamiento territorial de este indicador, entre 2018 y 2019 las NBI aumentaron en las cabeceras urbanas de todas las subregiones del departamento. Además, es significativo el aumento de este indicador en subregiones como Valle de Aburrá y Oriente; pudiendo reflejar este comportamiento, los fenómenos de migración poblacional que se presentan en estos territorios.

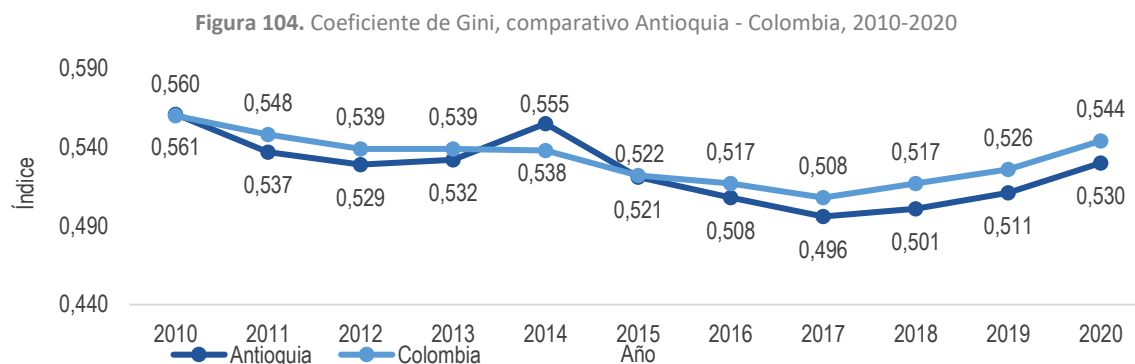
Mapa 19. Índice de Necesidades en Salud, según municipios de Antioquia, 2020\*



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Metodología del Ministerio de Salud y Protección social, (2018-2020). \*Observación: cifras susceptibles a cambios, una vez se ajusten los indicadores que le componen, de acuerdo con la proyección y retroproyección del Censo 2018. Elaboración propia.

El **Índice de Necesidades en Salud (INS)** busca resumir los aspectos integrales de la salud, en consonancia con variables sociales, económicas y demográficas (en interrelación con el género, la etnicidad y los Derechos Humanos). Para 2020 registró que 32 entidades territoriales (25,0%) se clasificaron con altas necesidades en salud, y 31 más (24,5%) se clasificaron en moderada; es decir, que el 50,0% del departamento tiene necesidades por resolver. Las subregiones y municipios con mayor requerimiento de atenciones integrales en relación con este tema, como a sus determinantes, son:

- Oriente: en Concepción;
- Urabá: en Mutatá, Murindó y Vigía del Fuerte;
- Bajo Cauca: en Tarazá y Cáceres;
- Norte: en Ituango y San Andrés de Cuerquia;
- Magdalena Medio: en Maceo y Yondó;
- Suroeste: en Santa Bárbara y Fredonia.



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Elaboración propia.

El **coeficiente Gini** es un indicador utilizado para medir la desigualdad en términos del ingreso per-cápita. Para Antioquia, entre 2010 y 2020 este presentó una disminución de 0,031 (pasando de 0,561 a 0,530). No obstante, este comportamiento, en 2014 el Gini alcanzó su valor más alto en los últimos 11 años (0,555) y a partir de éste presentó un descenso hasta su punto más bajo (0,496 en 2017). Desde 2018, la tendencia del Gini ha sido al incremento<sup>18</sup>, comportamiento similar al presentado por la tasa de desempleo y la incidencia de la pobreza monetaria extrema. Este escenario sitúa a Antioquia como uno de los departamentos con mayores niveles de desigualdad en el país.

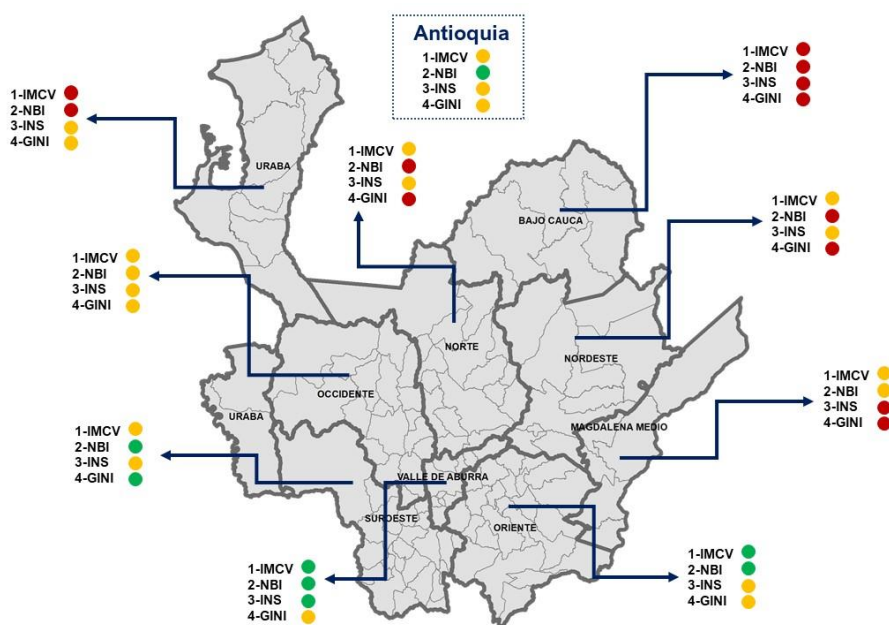
Si bien desde el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y su Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), el GINI no cuenta con desagregaciones territoriales, es posible

<sup>18</sup> Basado por una caída del ingreso, que se evidenció en mayor medida en la población más pobre, lo que produjo un aumento de las brechas.

contar con un proxy de su comportamiento municipalizado y distrital, de acuerdo con la información suministrada por la Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia para 2019. Con base en esta fuente, es posible observar que Murindó (subregión Urabá) presentó para ese año el Gini más alto en el departamento, seguido de las entidades territoriales que se registran a continuación:

- Urabá: en Murindó, Vigía del Fuerte y Chigorodó;
- Occidente: en Giraldo, Santa Fe de Antioquia y Sopetrán;
- Norte: en Toledo, San Andrés de Cuerquia, Carolina del Príncipe;
- Bajo Cauca: en Cáceres, El Bagre y Tarazá;
- Nordeste: en Yolombó, Remedios y Segovia; Suroeste: en Venecia, Pueblorrico y Jericó;
- Magdalena Medio: en Puerto Nare, Yondó y Puerto Berrio;
- Oriente: en Sonsón, San Rafael, Alejandría;
- Valle de Aburrá: en Medellín, Barbosa y Bello.

Mapa 20. Semaforización de indicadores superiores - Pilar Territorio Equitativo



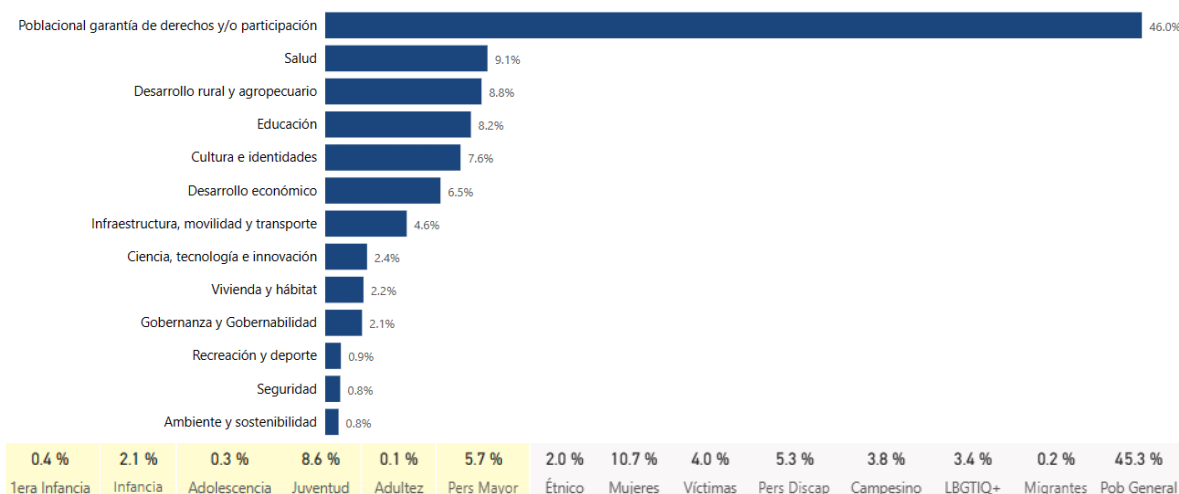
Fuente y observaciones: IMCV: Índice Multidimensional de Condiciones de Vida - 2019

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas – 2019 - INS: Índice de Necesidades en Salud: 2020p - GINI: Medida de desigualdad: 2020.

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación (DAP) – Gobernación de Antioquia. Desde una lectura general, el mapa con la semaforización de indicadores superiores abordados para este pilar permite identificar -en un nivel medio, medio alto y alto- aquellas subregiones que requieren la focalización de iniciativas que contribuyan, hacia el 2040, alcanzar el objetivo de un territorio equitativo, de vivir más y mejor. En este caso, Bajo Cauca, Urabá, Nordeste, Norte y Magdalena Medio son las subregiones que requieren una mayor priorización

## Resumen principal del proceso participativo

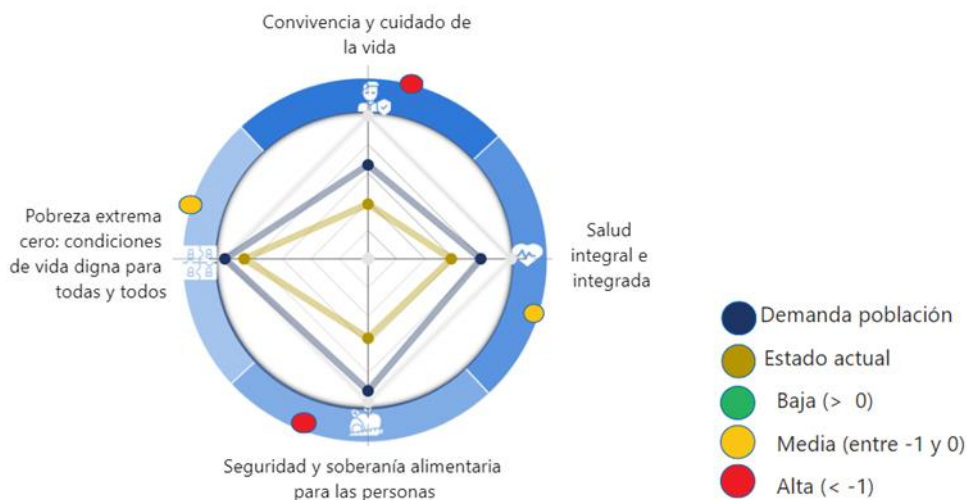
Figura 105. Demandas sociales pilar Territorio Equitativo



Fuente: Elaboración propia.

Observación: la fila de sectores y grupos poblacionales es un zoom, en relación a las demandas que fueron solicitadas para sectores y grupos poblacionales en Territorio Equitativo.

Figura 106. Brecha entre demandas de la población y estado actual de indicadores disponibles por municipios y distritos - Pilar Territorio Equitativo



Fuente: Elaboración propia.

TAMU: Target, Acceptable, Marginal unacceptable, Unacceptable (Objetivo, Aceptable, Marginal, Inaceptable)  
Mide la brecha según indicadores disponibles por municipios y distritos, de la línea base de la Agenda Antioquia 2040 (etiqueta estado actual) y las demandas de la población (etiqueta demanda población), a modo de semáforo.

Para alcanzar el escenario ideal de Antioquia como territorio equitativo, se requiere la movilización de las condiciones y oportunidades necesarias que permitan mitigar y/o superar los retos que impactan negativamente el alcanzar a corto, mediano y largo plazo un desarrollo equitativo e incluyente para todas y todos sus habitantes. Estos retos, a modo de demandas sociales a 20 años, fueron identificados y enunciados por la ciudadanía antioqueña, en el marco de la implementación de las estrategias de participación de la Agenda Antioquia 2040.

A modo general, en el gráfico anterior, se presentan las principales demandas realizadas por las y los participantes de la Agenda Antioquia 2040, las cuales se relacionan con la protección y garantía de derechos para los sectores y grupos poblacionales -en especial para los más vulnerables-, la salud, el desarrollo rural y la seguridad alimentaria, la educación como elemento transversal, el reconocimiento de la diversidad de culturas e identidades (lo que plantea -a su vez- la superación de desigualdades); el desarrollo económico en términos de reducción de la pobreza; el acceso a servicios públicos y la construcción y/o mejoramiento de viviendas e infraestructuras sociales; todo esto, transversalizado con el cierre de las brechas urbano-rurales existentes.

Lo anterior describe una visión del desarrollo departamental, donde prima el bienestar de las personas y el mejoramiento de sus condiciones de vida y entornos, como el acceso a oportunidades en igualdad de condiciones.

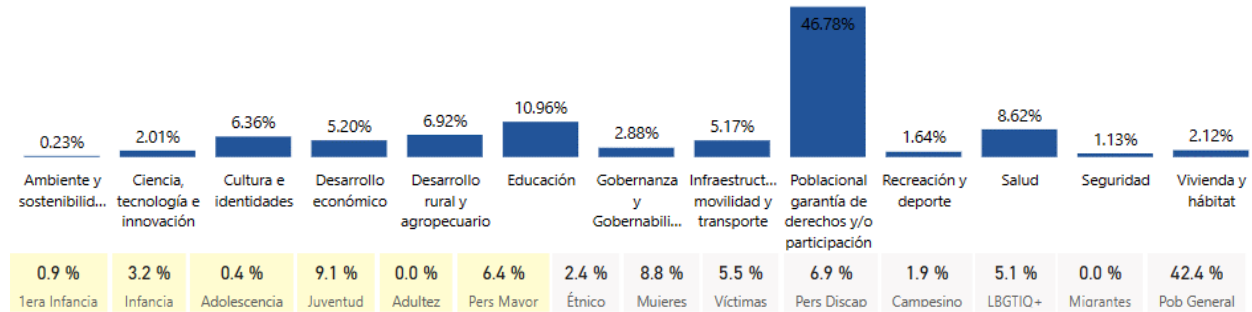
El Gráfico anterior presenta el TAMU asociado al pilar Territorio equitativo, el cual plantea:

- Dos (2) brechas de nivel Alto, relacionadas con los movilizadores: *Convivencia y cuidado de la vida, Seguridad y soberanía alimentaria*; lo cual indica la existencia de un gran número de demandas realizadas por la ciudadanía en estos temas y, además, que el estado de los indicadores disponibles sobre estos, registran tendencias no deseadas, es decir, dinámicas situacionales que requieren mayor gestión.
- Dos (2) brechas de nivel Medio, para el movilizador: *Pobreza extrema cero: condiciones de vida digna para todas y todos, y Salud integral e integrada*, donde las demandas implican acciones en las necesidades básicas.

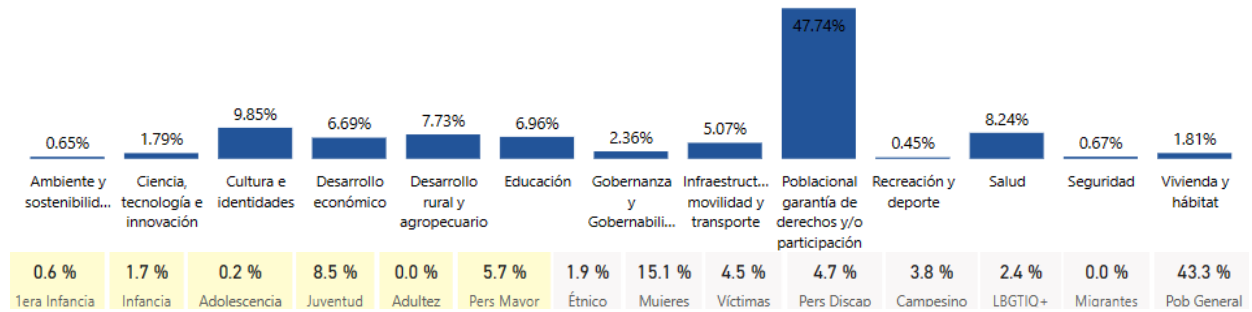
En el pilar Territorio Equitativo, se configuran cuatro (4) grandes conjuntos de retos representativos, el primero, tiene relación con la garantía de derechos para el cuidado de la vida y la integridad; el segundo, en razón de la salud integral y los hábitos de vida saludable; el tercero, hace alusión a la seguridad y soberanía alimentaria; y el cuarto, con la equiparación de derechos y oportunidades para los grupos y sectores poblacionales más vulnerables.

Figura 107. Demandas sociales para la definición de temas prioritizados por subregión – Pilar Territorio Equitativo

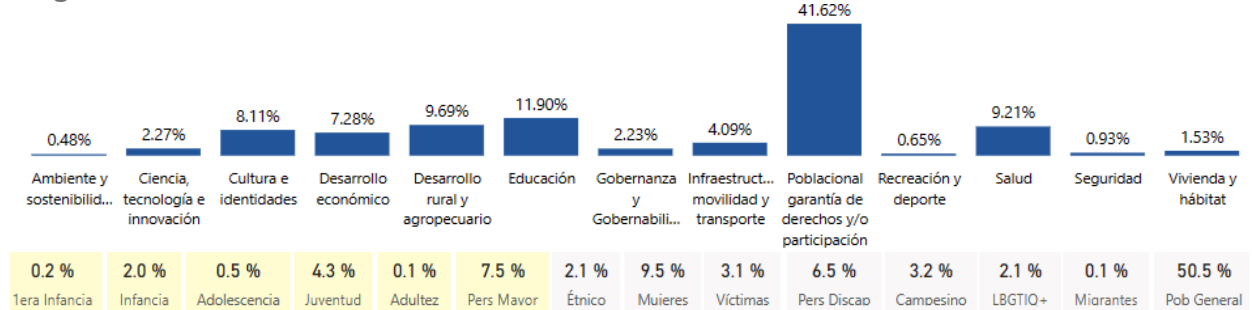
## Bajo Cauca



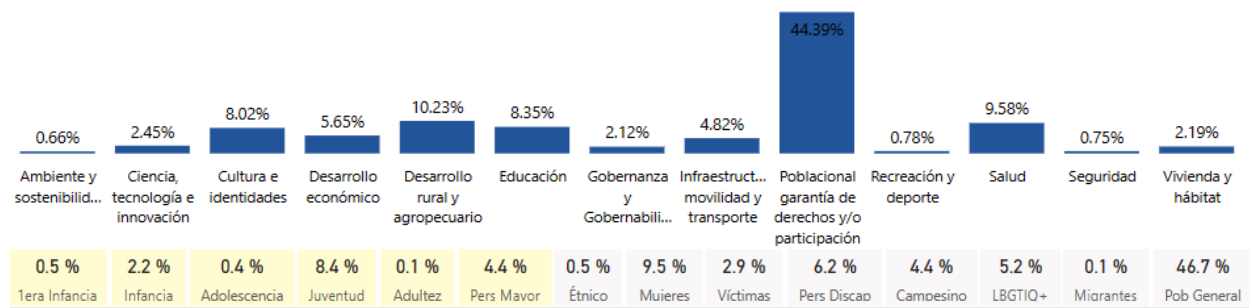
## Nordeste



## Magdalena medio



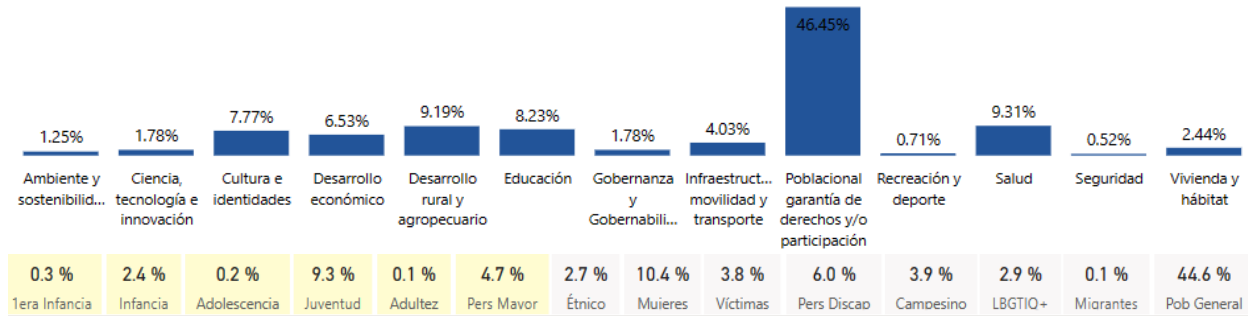
## Oriente



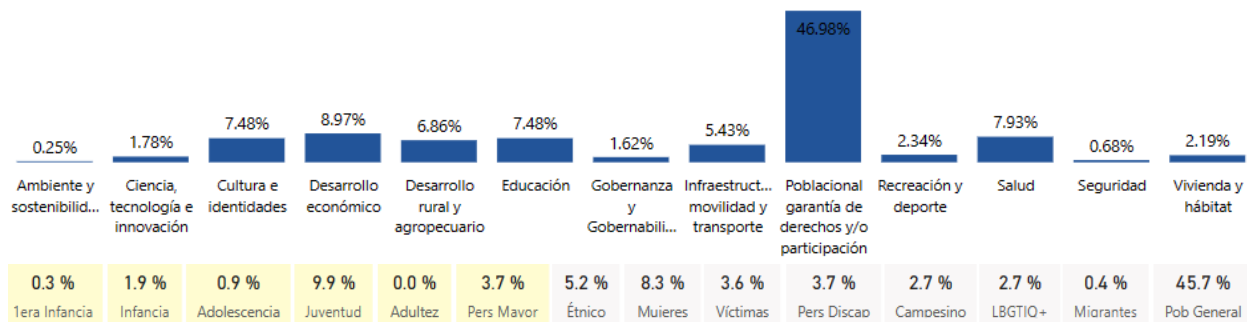


# Análisis de Situación de Salud Antioquia-2023

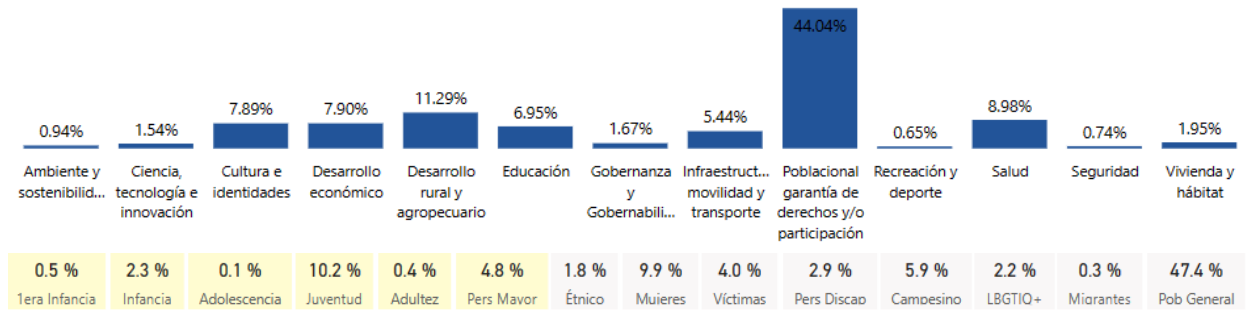
## Suroeste



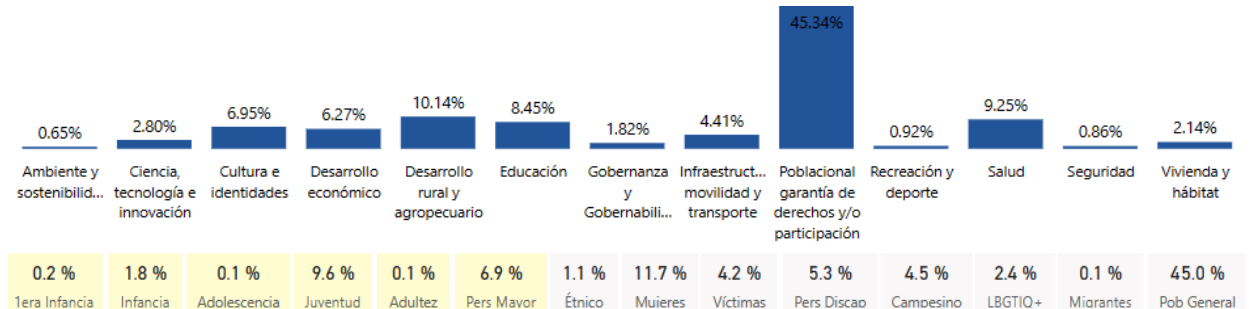
## Urabá



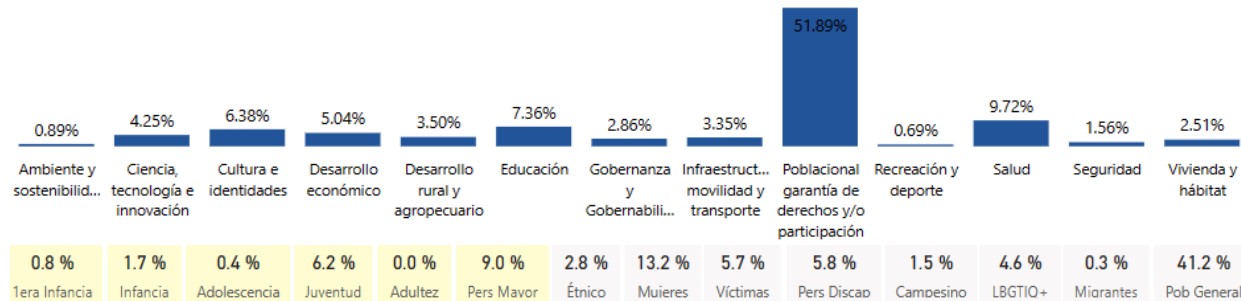
## Occidente



## Norte



## Valle de Aburrá



Fuente: Elaboración propia.

Observación: la fila de sectores y grupos poblacionales es un zoom, en relación a las demandas que fueron solicitadas en cada subregión, para sectores y grupos poblacionales en Territorio Equitativo.

El comportamiento del tipo de demandas realizadas por las y los participantes de la Agenda son consistentes con el balance de las mismas a nivel departamental. Cabe recalcar el interés de las y los participantes frente al reconocimiento de las personas como sujetos de derechos, desde lo cual exigieron la garantía y protección de los mismos, siendo la demanda más significativa para este pilar, como visión del desarrollo al 2040.

En cuanto a los resultados subregionales, en el grafico anterior, se encuentra que en Bajo Cauca las demandas sociales fueron focalizadas hacia la garantía de derechos poblacionales (46,78%); seguido de la educación como eje metodológico transversalizador (10,96%) y en tercer lugar la salud (8,62%). Cuando se observa desde el énfasis poblacional, un 9,1% de las demandas sociales se plantearon para focalizarse principalmente al bienestar de la población joven de esta subregión, seguido de las mujeres (8,8%), las personas con discapacidad (6,9%) y las personas mayores (6,4%). Un 42,4% de las demandas fueron planteadas para la población en general.

En la subregión Nordeste, las principales demandas sociales también se focalizan en la garantía de derechos poblacionales (47,74%), seguido de la cultura y las identidades (9,85%), y en tercer lugar la salud (8,24%). Desde lo poblacional, es significativo el énfasis de las demandas sociales hacia las mujeres, ya que el 15,1% de éstas fueron dirigidas a este sector poblacional y su bienestar, seguido de la juventud (8,5%), y el 43,3% para la población en general.

Por su parte, en Magdalena Medio, la primera demanda social es en relación con la garantía de derechos poblacionales (41,62%), en segundo lugar, se presenta una variación, ya que el segundo lugar corresponde al desarrollo rural y agropecuario (4,69%), y, en tercer lugar, nuevamente registra la salud (9,21%). Desde el énfasis poblacional, nuevamente las demandas se piden focalizar en las mujeres (9,5%), seguido de las personas mayores (7,5%), las personas con discapacidad (6,5%), y para el beneficio de la población en general (50,5%).

Para el caso de la subregión Oriente, se destacan las demandas sociales dirigidas a la garantía de derechos poblacionales (44,39%), seguido del desarrollo rural y agropecuario (10,23%) y la salud (9,58%). En el énfasis poblacional se identifica a las mujeres (9,5%), la juventud (8,4%), las personas con discapacidad (6,2%), y las personas LGBTI (5,2%) como aquellas poblaciones donde la ciudadanía solicita que se focalicen acciones para su bienestar. Un 46,7% de las demandas fueron planteadas para la población en general.

En Suroeste se registran las demandas sociales dirigidas a la garantía de derechos poblacionales (46,45%), seguido de la salud (9,31%) y el desarrollo rural y agropecuario (9,19%). En el énfasis poblacional se identifica similar comportamiento a subregión anterior, con las mujeres (10,4%), la juventud (9,3%), las personas con discapacidad (6,0%), como aquellas poblaciones donde la ciudadanía solicita que se focalicen acciones para su bienestar. Para el beneficio de la población en general, se focalizó el 44,6% de las demandas sociales.

En cuanto al Urabá antioqueño, las principales demandas sociales se focalizan en la garantía de derechos poblacionales (46,98%), seguido de forma particular por el desarrollo económico (8,97%), y en tercer lugar la salud (7,93%). Desde el énfasis poblacional, se encuentran las demandas sociales dirigidas a la juventud (9,9% muy acorde a la distribución demográfica de esta subregión), seguido de las mujeres (8,3%), y de forma particular, en los primeros lugares, la priorización de las poblaciones étnicas (5,2%). Un 45,7% de las demandas fueron planteadas para la población en general.

En Occidente, se destacan las demandas sociales dirigidas a la garantía de derechos poblacionales (44,04%), seguido del desarrollo rural y agropecuario (11,29%) y la salud (8,98%). En el énfasis poblacional se identifica a la juventud (10,2%), las mujeres (9,9%), y por primera vez, para este territorio, se cuenta a la población campesina (5,9%), como aquellas poblaciones donde la ciudadanía solicita que se focalicen acciones para su bienestar. Un 47,4% de las demandas se orientan para la población en general.

Para la subregión Norte se observa similar comportamiento, teniendo en cuenta que es la garantía de derechos poblacionales la demanda social más alta (45,34%), en segundo lugar, el desarrollo rural y agropecuario (con el 10,14%), y en tercer lugar la salud (con 9,25%). Desde el énfasis poblacional, nuevamente las demandas se piden focalizar en las mujeres (11,7%), seguido de la juventud (9,6%), las personas mayores (6,9%); y para el beneficio de la población en general (45,0%).

Por último, en el Valle de Aburrá, las principales demandas sociales se focalizan en la garantía de derechos poblacionales (51,89%), seguido de la salud (9,72%), y la educación como elemento transversalizador (7,36%). Desde lo poblacional, muy acorde a la distribución vista hasta este momento, se encuentra el énfasis de las demandas sociales dirigidas a las mujeres (13,2%), seguido de las personas mayores (9,0% dado el proceso de envejecimiento que denota esta subregión), y la juventud (6,2%). Para el beneficio de la población en general, se focalizó el 41,2% de las demandas sociales.

Con este balance territorial, se destaca que desde la desagregación poblacional es importante considerar que la mayoría de las demandas sociales se concentran en población general, debido al carácter sectorial del pilar, sin embargo, se resaltan las demandas para personas en condición de discapacidad, el campesinado, mujeres, primera infancia, juventud, y personas mayores.

### **Retos identificados a partir del diálogo social y la línea base 2020**

Los siguientes retos se presentan debido a la estructura de movilizados propuestos para este pilar:

Seguridad para la vida en los territorios.

- Prevención y atención de delitos y formas de violencia.
- Cultura de la convivencia ciudadana.
- Asistencia médica adecuada.
- Oportunidad en la prestación de los servicios.
- Infraestructuras y dotación hospitalaria suficiente.
- Salud desde la promoción y prevención continua.
- Salud mental poblacional.
- Soberanía alimentaria territorial.
- Poblaciones sin hambre y bien nutridas.
- Reconocimiento de prácticas y tradiciones alimentarias.
- Superación de las pobrezas extrema y multidimensional.
- Territorios protectores hacia la superación de desigualdades (rural-urbano), situacional (discapacidad, estatus migratorio, orientación sexual e identidad de género).
- Acceso universal a servicios públicos domiciliarios.
- Vivienda como derecho, suficientes y de calidad.
- Infraestructuras comunitarias y sociales para la experiencia de derechos.

### 1.6.4.1.1.2. Ejes estructurantes

**Vida digna:** para la Agenda Antioquia 2040, este eje hace alusión al derecho que toda persona tiene a una vida adecuada (Declaración Universal de los Derechos Humanos Art 15) a lo que se suman aspectos fundamentales relacionados con el derecho a que toda persona pueda determinar y vivir de acuerdo con su proyecto de vida, y que este proyecto encuentre las condiciones materiales idóneas para implementarse, en un marco de integridad física y moral. Como lo plantea la Corte Constitucional en su Sentencia T-881/02, sobre el derecho a la vida digna y dignidad humana en Colombia: que todas y todos puedan vivir como quieran, vivir bien (en el marco de la legalidad) y vivir sin humillación (República de Colombia, 2002).

**Seguridad humana:** según la Resolución 66/290 de 2012 de la Asamblea General de Naciones Unidas, *“la seguridad humana es un enfoque para analizar, planificar y buscar soluciones inspiradas en la necesidad de superar dificultades y cambiar percepciones de dificultad y riesgo, que afectan a la supervivencia, los medios de vida y la dignidad de las personas”*. Además, permite territorializar la Agenda del desarrollo sostenible 2030, el Marco de la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes, el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres, y la Agenda de sostenimiento de la paz.

La seguridad humana integra tres libertades: la libertad del miedo, la libertad de la necesidad (o miseria) y la libertad para vivir con dignidad; libertades estas que inciden directamente en los niveles de equidad, gobernanza y gobernabilidad de un territorio.

**Derechos y capacidades:** son las circunstancias –principios y normas- que se orientan hacia la garantía y la protección del bienestar y la dignidad de toda persona, dado que, para que estas puedan elegir por sí mismas su propia forma de existencia, se hace necesario que cuenten con el poder de implementar su proyecto de vida, requiriendo la satisfacción de condiciones, el acceso a los recursos suficientes y el desarrollo de sus habilidades de suficiencia para gestionarlo.

**Sectores y grupos poblacionales:** reconoce la vida digna desarrollada en un entorno de seguridad humana, en la cual se garantiza la experiencia y protección de los derechos humanos, como la promoción de capacidades, de forma equitativa, para todas las personas, según sus características identitarias, el momento del ciclo vital del desarrollo en el cual se encuentren, y las situaciones y/o condiciones a las que se enfrentan. Sin exclusión y sin discriminación.

### Objetivo general

#### Las antioqueñas y antioqueños vivirán más y mejor al 2040

Promover el departamento como territorio equitativo e incluyente, garante y cuidador de la vida como valor supremo y de los derechos de todas y todos sus habitantes, quienes desde su gestación y en su proceso de envejecimiento, viven una vida digna, segura, saludable, productiva

y colaborativa, en un entorno habitable y de paz, como beneficiarios y agentes de su desarrollo y el del departamento.

### Indicadores superiores

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año línea base	Línea base	Fuente	Meta 2040	Responsables del reporte
Índice de criminalidad	Índice (0 a 1)	2020	0,81	Policía Nacional Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo (SIEDCO)	0,30	Gobernación de Antioquia Secretaría de Seguridad y Justicia
Esperanza de vida saludable	Años	2020	ND	Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia	80+	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Índice necesidades en salud	Cuartiles	2020	50,0	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia	25,0	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Índice de inseguridad alimentaria (INSAN) moderada + severa	Porcentaje	2019	27,8%	Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, Encuesta de Calidad de Vida (ECV)	5,0%	Gobernación de Antioquia Secretaría de Inclusión Social y Familia
Índice de progreso social	Índice (0-100)	2020	ND	Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia	80,0	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Índice multidimensional de condiciones de vida	Índice (0-100)	2019	41,9	Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia	60,0	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Coefficiente de Gini	Índice (0-1)	2020	0,530	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Gran Encuesta Integrada de Hogares	0,400	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Índice de desigualdad de género	Índice (0-1)	2020	ND	Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia	0,398 <sup>19</sup>	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Déficit habitacional	Porcentaje	2020	25,2%	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) -	0,0%	Gobernación de Antioquia VIVA

19 Según comportamiento del Índice de Desigualdad de Género Nacional – 2015-2021

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año línea base	Línea base	Fuente	Meta 2040	Responsables del reporte
				Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV)		

### 1.6.4.1.1.3. Movilizadores, rutas estratégicas e iniciativas

#### Objetivos específicos 2040

- Vida como valor supremo:** Fundamentar una Antioquia garante de la vida, justa e incluyente, donde todas las personas -en lo urbano y lo rural- conviven pacífica y legalmente, abrazando la diversidad y mejorando su calidad de vida para tener un buen vivir, a través de la reducción sistemática de todas las formas de violencia, promoviendo la seguridad y la convivencia, la cohesión ciudadana, el respeto y protección de los derechos humanos y el medio ambiente.
- Esperanza de vida saludable:** Alcanzar una esperanza de vida saludable departamental, sustentada en el bienestar humano, los determinantes sociales, culturales, económicos, ambientales e institucionales; los saberes ancestrales y tecnologías al servicio de la salud para brindar en el curso de vida, una atención oportuna y de calidad, con promoción y prevención de la salud física y mental, para un proceso de envejecimiento y vejez digno para sus habitantes -en lo urbano y lo rural-, con construcción de capacidades de resiliencia social, para afrontar los retos venideros.
- Seguridad y soberanía alimentaria:** Establecer de manera progresiva, estable, segura, sostenible y sustentable, la disponibilidad y acceso de alimentos nutritivos para toda la población de Antioquia -en lo urbano y lo rural- reduciendo el hambre y promoviendo estilos de vida saludable, como también un sistema de producción alimentario justo, sostenible y de calidad.
- Vida digna sin desigualdades:** Promocionar y gestionar condiciones de vida digna y justa -en lo urbano y lo rural- donde se superen todas las formas de pobreza, se garantice el derecho al agua y a servicios esenciales, se promueva la habitabilidad con equidad social, desde la protección ciudadana, la expansión de capacidades y competencias socioemocionales, el acceso equitativo a oportunidades -sin distinción alguna-, como

también a viviendas e infraestructuras adecuadas, para alcanzar el cierre de brechas en el goce efectivo de los derechos de las personas.

#### 1.6.4.1.1.4. Movilizador: Convivencia y cuidado de la vida

Nada debería tener tanto valor como el cuidado de la vida digna. Luego son la libertad y la justicia las que dotan de valor a la vida humana; no es la vida sin atributos lo valioso, sino lo que hacemos con ella, los contenidos con que la llenamos, los espacios de humanidad que con ella abrimos y cómo orientamos a los demás para cuidarla y respetarla en todos los entornos.

De acuerdo al enfoque de seguridad humana, la *libertad del miedo* implica proteger a las personas de las amenazas directas a su seguridad y a su integridad física; en ella se incluyen las diversas formas de violencia que pueden surgir de estados externos, de la acción del Estado contra sus ciudadanos y ciudadanas, de las acciones de grupos y personas contra otros (PNUD, 2014); pero esa libertad del miedo es difícil de lograr, si la *libertad de la necesidad o de la miseria y la libertad para vivir con dignidad* no se desarrollan de manera prioritaria; porque, para entender la forma como la violencia afecta la vida e integridad de las personas, es necesario entender que todas las formas de violencia están estrechamente relacionadas con las condiciones de vida, el entorno urbano y la movilidad (CEPAL; 1996).

De forma particular para este movilizador, y en coherencia con los ejes estructurantes de este pilar, se pretende que la vida sea uno de los valores más importantes, que le dé vía a la seguridad personal, comunitaria y ambiental como articuladoras iniciales de la seguridad humana y que ésta sea protegida en el hogar, en la escuela, en la comunidad y en los entornos laborales

Figura 108. Demandas sociales movilizador Convivencia y cuidado de la vida



Fuente: Elaboración propia.





Los aportes de la población antioqueña en los espacios de participación promovidos por la Agenda Antioquia 2040, indican que la seguridad sería el quinto tema en priorización cuando se habla de las demandas sociales. Estas tienen en cuenta que la garantía de la seguridad del territorio es esencial, especialmente para garantizar la seguridad humana, promoviendo la sana convivencia y el respeto por los demás.

De acuerdo con la información de la línea base, Antioquia ha presentado una disminución de la mortalidad por homicidio de manera significativa entre 2010 hasta 2014, de 78,1 homicidios por cada 100 mil habitantes a 32,7, con una razón anual de cambio de -20,6%, y desde ese año viene con tendencia al incremento para una tasa al 2020 de 30,6 homicidios por cada 100 mil habitantes. Si asumimos que al 2040, la razón anual de cambio pueda darse entre  $\sim^{20}$ -20% tendríamos una tasa entre  $\sim 17$  y  $\sim 15$  homicidios por cada 100 mil habitantes, entrando en el rango de la meta del 2030 de los ODS (16,4 homicidios por 100 mil habitantes) y es compatible con la meta nacional planteada en la Visión Colombia 2050 (meta de 15 homicidios por cada 100 mil), y aunque muchos querrán una meta de cero muertes violentas a nivel general, de acuerdo a los datos, solo podría lograrse para los homicidios en mujeres, ya que la variación del indicador depende de acciones colectivas y de gran articulación institucional. Por eso se tienen dos compromisos al 2040 con los homicidios: a nivel general lograr 9,5 homicidios por cada 100 mil habitantes y dejar en cero la tasa en mujeres. Estas acciones deberán concentrarse en las subregiones Suroeste, Bajo Cauca, Norte y Nordeste, cuyas tasas oscilan entre 350,1 a 100,6 homicidios por cada 100 mil habitantes.

Otra medida que permite identificar afectaciones integrales es el Índice de criminalidad, que está compuesto por las dinámicas de homicidios, lesiones personales, secuestro, atentados terroristas y/o acciones subversivas, hurtos a personas, automotores-motos y financieros, piratería terrestre y extorsiones. En Antioquia este índice se encuentra en la categoría *alto*, de 0,81 para el año 2020, afectado principalmente por los hurtos en todas las modalidades; teniendo en cuenta el enorme reto que significa disminuir este indicador, la agenda 2040 asume la meta de tener un índice de 0,35 al 2040, con enfoque en disminuir los hurtos en todas las modalidades y haciendo especial énfasis en las subregiones Occidente, Oriente, Suroeste y Urabá.

En otro aspecto, la Violencia intrafamiliar (VIF) y la sexual (VSX), también deben incluirse como metas específicas en el departamento, a fin de lograr una ruta integral de atención, que incluya los componentes de salud, protección y justicia, y desde la cual se recupere la confianza ciudadana que tanto se ha visto afectada por la poca integración de la ruta de atención.

Al respecto de la problemática de la violencia intrafamiliar, la tasa de VIF con fuente salud es de 467,5 por cada 100 y por policía de 299,6 para el año 2020. Con énfasis en las subregiones: Norte,

20 (~) Símbolo que indica la palabra: aproximadamente.

Nordeste, Oriente, Occidente, Suroeste y Valle de Aburrá y focalizada en los municipios y/o distritos: Santa Fe de Antioquia, Medellín, San Pedro de los Milagros, Gómez Plata, Betulia, Titiribí, Rionegro, Remedios, Briceño, El Retiro, Ciudad Bolívar, El Carmen de Viboral, Tarso, Puerto Triunfo, La Ceja del Tambo, Segovia, Venecia, Carepa, Girardota, Belmira, La Pintada, El Peñol, Buriticá, Yondó, Yalí, Sabaneta, Marinilla, Urao, Nariño, Guatapé, Támesis, Betania, Angelópolis y Apartadó. En cuanto a la violencia sexual, se identifica una tendencia al aumento de la tasa, que pasó de 37,3 por cada 100 mil habitantes en 2013, a 98,4 en 2019 y donde los municipios más afectados fueron: Santa Fe de Antioquia, Buriticá, Mutatá, Abejorral, Salgar, Giraldo, Guatapé, Zaragoza, Medellín, Peque, Remedios, Caracolí, Cocorná, Titiribí, El Carmen de Viboral, Briceño, Ciudad Bolívar, Anorí, Yolombó, Apartadó, Jardín, y San Jerónimo.

Para estos dos indicadores, hay que hacer especial énfasis en los grupos de edad y el tipo de población, por lo tanto, el Departamento se compromete que al 2040, que las tasas de V SX en menores de 18 años serán de 5,0 por cada 100 mil personas en esta edad, y para la población general la meta será de 15,0 por cada 100 mil habitantes; por su parte para la VIF la meta en menores de 18 años será de 25 por cada 100 mil habitantes y para población general de 32,0 por cada 100 mil habitantes.

Sumado a lo anterior, desde este movilizador se garantizará la ejecución de los macroprocesos territoriales de Antioquia en cada uno de sus tres componentes: Médula, Antioquia Caribe Nororiental y Antioquia Pacífica Suroriental, ya que algunos de los municipios y/o distrito del departamento ubicados en las subregiones Bajo Cauca, Suroeste, Urabá y Nordeste, están rodeados de zonas de conflicto, y serán necesarias estrategias de seguridad tanto desde la institucionalidad, que le corresponderán abordar mejor al Pilar Territorio en paz, y en prevención y atención de todas las formas de violencias, para mejorar las condiciones de vida de la población, la habitabilidad y la sana convivencia.

Para materializar los propósitos al 2040 de este movilizador, es necesario la gestión de las siguientes rutas estratégicas, que pueden desarrollarse desde el sector público y privado, haciendo énfasis intersectorial donde más se necesita, con un proceso de escalamiento municipal y distrital.

### Indicadores de resultado

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año línea base	Línea base	Fuente	Meta 2040	Responsables del reporte
Tasa de homicidio	Tasa por 100 mil	2020	30,6	Departamento Administrativo	9,5	Gobernación de Antioquia

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año línea base	Línea base	Fuente	Meta 2040	Responsables del reporte
	habitantes			Nacional de Estadística (DANE)		Secretaría de Seguridad y Justicia
Tasa de homicidios en mujeres	Tasa por 100 mil mujeres	2020	4,4	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Estadísticas vitales	1,0	Gobernación de Antioquia Secretaría de Seguridad y Justicia
Tasa de feminicidio	Tasa por 100 mil mujeres	2020	0,6	Fiscalía General de la Nación	0,0	Gobernación de Antioquia Secretaría de Seguridad y Justicia
Tasa de violencia intrafamiliar	Tasa por 100 mil habitantes	2020	233,0	Sistema de Salud Pública (SIVIGILA) Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo de la Policía Nacional (SIEDCO)	32,0	Gobernación de Antioquia Secretaría de Seguridad y Justicia
Tasa de violencia sexual	Tasa por 100 mil habitantes	2020	76,8	Sistema de Salud Pública (SIVIGILA), Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo de la Policía Nacional (SIEDCO)	15,0	Gobernación de Antioquia Secretaría de Seguridad y Justicia
Porcentaje de personas que se sienten muy seguras y seguras en su barrio o vereda	Porcentaje	2021	90.73%	Encuesta de Calidad de Vida – Gobernación de Antioquia	98%	Gobernación de Antioquia Secretaría de Seguridad y Justicia

**Meta de información:** contar a 2040 con un sistema de seguimiento con capacidad de desagregación por sectores y grupos poblacionales, zona rural-urbano, subregión y municipios.

### 1.6.4.1.1.5. Ruta estratégica: Prevención de las violencias y promoción de la convivencia

En esta ruta se desarrollan iniciativas eficaces para prevenir la violencia interpersonal y promover la convivencia en los hogares, escuelas, comunidades y ambientes laborales; donde se incluyen, intervenciones destinadas a fortalecer herramientas emocionales y la participación, promoviendo, además, la construcción de paz sostenible basada en la enseñanza y aplicación de la gobernanza inclusiva, equitativa y participativa, la resolución constructiva de conflictos y cualquier forma de violencia.

#### Iniciativas:

- Prevención de las violencias en todos los entornos: hogar, escolar, comunitario y laboral.
- Mujeres viviendo libres de violencias para una sociedad en paz: estrategias de prevención y protección a las mujeres de Antioquia.
- Centros de escucha y zonas de orientación escolar: con el fin de establecer estrategias de prevención, atención frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Camino hacia una infancia y adolescencia segura: involucramiento parental, protección y rutas integrales de atención - Ley 1620 de 2013.
- Diversidad y convivencia: respeto de las orientaciones sexuales, las identidades de género, expresiones de género, en entornos hogar, escolar, comunitario y laboral.
- Comisarias por la equidad: fortalecimiento técnico y psicosocial en las comisarías de familia.
- Seguridad en línea - Desarrollo de plataformas WEB para prevención de la violencia o alerta temprana comunitaria.
- Mi territorio mi hogar: promoción de la convivencia en los entornos hogar y comunitario.
- Espacios públicos libres de violencias y discriminación.
- Convivencia en el deporte (niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos).
- Estrategias comunicacionales y pedagógicas para la prevención, control y sanción del delito.
- Estrategias de prevención de uso, utilización y vinculación de niños, niñas y adolescentes y jóvenes.
- Estrategias de prevención de violencias para la niñez campesina.
- Estrategias de prevención contra la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNA).
- Estrategias de prevención para la trata de personas, con énfasis en niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres.
- Rutas integrales por la vida y la equidad: estrategias de verificación de atención integral a personas que activen rutas de protección en cualquier forma de violencia.



- Entidades territoriales por la noviolencia: procesos de formación para los entes territoriales en materia de seguridad y convivencia ciudadana.
- Prevención de las violencias en las cosechas cafeteras.
- Convivencia y seguridad ciudadana corresponsable y participativa.
- Sistema de movilidad y seguridad vial.
- Comportamiento, cultura y anticipación vial.
- Seguridad rural y urbana: mejoramiento integral de barrios (PMIB) optimizando el entorno y la calidad de vida de las comunidades y evitando la ocurrencia del delito.
- Prevención y protección para poblaciones vulnerables desde un enfoque diferencial étnico e interseccional.
- Prevención del castigo físico - Implementación territorial de la Ley 2089 de 2001.
- Prevención ante el riesgo de feminicidio.

### 1.6.4.1.1.6. Ruta estratégica: Acceso oportuno a la justicia y restitución de derechos

El acceso a la restitución y justicia son derechos que deben ser garantizados en una sociedad democrática, participativa e igualitaria. Todas las personas tienen derecho al restablecimiento de sus derechos, cuando estos han sido vulnerados, y al acceder a los instrumentos y mecanismos jurídicos para que sus derechos sean reconocidos y protegidos. Si el sistema legal y judicial discrimina a las personas por razones económicas, sociales o políticas, y no hay rutas que permitan a las personas conocer sus derechos, no será posible una restitución con trato digno.

Esta ruta busca garantizar condiciones de igualdad y el acceso a la justicia como vía para la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales, con estrategias que propicien apropiación de los derechos a los y las antioqueños, su protección y restitución.

#### Iniciativas:

- Sistemas de información para la gestión de la seguridad, la convivencia, restitución, acceso a la justicia y derechos humanos.
- Sistema de alertas tempranas comunitarias para el cuidado de la vida.
- Formalización y estrategias de seguridad en el sector minero.
- Recuperación y mantenimiento de espacios públicos para el esparcimiento, la recreación, el deporte y la cultura.
- Capacidades institucionales en identificación temprana y respuesta oportuna.
- Protección a personas LGBTI.
- Jornadas de acceso a la justicia.
- Apoyo a la judicialización.
- Más juventud, más vida (protocolo de extracción de jóvenes en riesgo de reclutamiento).



- Esclarecimiento del homicidio - inventario criminal unificado.
- Atención y reparación de familiares de víctimas del feminicidio.
- Servicios de justicia centrados en comunidades NARP y pueblos indígenas.
- Apoyo a la jurisdicción especial indígena, justicias propias y comunitaria y desarrollo de justicia ambiental.
- Prestación efectiva de justicia y resolución de conflictos con enfoque de género, curso de vida, campesinado diferencial e interseccional.
- Justicia digital eficiente e incluyente para el bienestar de las personas en los territorios.
- Herramientas tecnológicas con enfoque diferencial étnico, interseccional (con énfasis en campesinado) y de género, para la divulgación y acceso al ordenamiento jurídico.
- Tratamiento penitenciario, resocialización y no reincidencia para un proyecto de vida digno.

### 1.6.4.1.1.7. Ruta estratégica: Protección de poblaciones específicas y derechos humanos

Esta ruta busca garantizar los derechos específicos a las personas con vulnerabilidad y necesidad de protección especial y cuidado, además en trabajar en la protección, defensa, promoción, observancia, estudio y divulgación de los derechos correspondientes a estos grupos y sectores, a través de programas de atención específicos con la finalidad de focalizar esfuerzos para apoyar a las víctimas y reestablecer sus derechos. Asimismo, establecer mecanismos de prevención que ayudan a eliminar los riesgos a los que frecuentemente se exponen.

#### Iniciativas:

- Línea departamental 123 de atención de emergencias a mujeres víctimas de violencias basadas en género.
- Promoción de talentos en niñas, niños y adolescentes en restablecimiento de derechos, como mecanismo de protección basado en las tecnologías de la información y las comunicaciones (ciencia, tecnología, ingeniería, matemáticas -STEM-, arte, cultura y deporte).
- Acompañamiento a población migrante con derechos vulnerados.
- Estoy contigo: atención integral en la vulneración de derechos para personas LGBTI.
- Formación y comunicación sobre legitimidad e importancia de la labor de los defensores y defensoras de derechos humanos, líderes y lideresas sociales.
- Formación de derechos humanos a la guardia indígena.

- Capacidades territoriales en materia de prevención y respuesta a las violaciones de derechos humanos con enfoque diferencial étnico, campesinado, interseccional y de género.
- Formación y promoción del derecho internacional humanitario en entornos: hogar, escolar, comunitario y laboral, con énfasis en enfoque diferencial étnico, interseccional y de género.
- Convivencia e integración social entre población migrante.
- Apoyo al sistema penitenciario y carcelario.
- Protección de población víctima.
- Seguridad y protección de población de firmantes por la paz.
- Seguimiento y acompañamiento in situ y post-institucional - Sistema de responsabilidad penal adolescente, Sistema de protección de niños, niñas y adolescentes, y personas privadas de la libertad.
- Protección integral a niños, niñas adolescentes en situación de parentalización.
- Protección a mujeres con riesgo de feminicidio.

### 1.6.4.1.2. Movilizador: Salud integral e integrada

La salud es transversal a todos los asuntos relacionados hacer de Antioquia un territorio equitativo y con los demás propósitos de los pilares de la Agenda Antioquia 2040. La pandemia por SARS-CoV-2 causante de la enfermedad de COVID-19 lo demostró, por eso la apuesta en este pilar, involucra el concepto de salud en todas las políticas (HiAP), que considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores. Hablar de salud en todas las políticas implica asumir los determinantes sociales de la salud, que están estrechamente relacionados con la reducción de vulnerabilidades económicas y sociales, mejoras en el ámbito laboral, el acceso equitativo a la educación con calidad, a la alimentación y la soberanía alimentaria, como también con la promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles.

A esto le sumamos, uno de los retos más grandes para los países: la Salud Mental, así que siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se espera que al 2040, el departamento, las instituciones académicas, los profesionales de la salud, las empresas y la sociedad civil unan fuerzas para transformar la salud mental. Es claro que existen fuertes conexiones entre la salud mental, la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo socioeconómico, y estos, demandan cambios significativos en políticas y prácticas, incluyendo una mayor inversión, lo que a su vez se traducirá en una mejor calidad de vida y un futuro más promisorio para todos y todas.

Figura 109. Demandas sociales movilizador Salud integral e integrada





0.6 %	2.8 %	0.5 %	10.1 %	0.2 %	7.3 %	2.5 %	13.3 %	5.1 %	7.0 %	0.5 %	4.4 %	0.3 %	35.3 %
1era Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Pers Mayor	Étnico	Mujeres	Víctimas	Pers Discap	Campesino	LBGTIQ+	Migrantes	Pob General

Fuente: Elaboración propia.

Las antioqueñas y antioqueños han ubicado en el tercer lugar de prioridad de inversión, lo relacionado al tema Protección social: salud y vivienda, donde, cuatro (4) de las nueve subregiones la priorizaron en segundo lugar. Adicionalmente, en el componente de demandas sociales, la Salud se ubicó en el segundo lugar de prioridad, y en los encuentros sectoriales como parte fundamental de la seguridad humana, se priorizaron temas que fueron coincidentes con las solicitudes de la ciudadanía. Además, los tres Macroprocesos territoriales de Antioquia, tienen estrecha relación, debido a la necesidad de promoción de territorios saludables con acceso y calidad en la atención.

Uno de los mayores propósitos al 2040, será reducir la mortalidad evitable: uno de los indicadores más importantes al momento de medir las condiciones y calidad de vida de la población, en particular para los grupos C y D (el grupo -C- está conformado por muertes asociadas a las medidas de saneamiento ambiental, y el -D- a las asociadas a medidas mixtas, como la tuberculosis y la desnutrición, entre otras enfermedades).

Desde una mirada contextual, en términos de afiliación, Antioquia ha alcanzado una meta realmente importante del 99,9%, donde el reto será sostenerla y mejorar la calidad de los servicios de salud (asuntos muy mencionados en las estrategias de participación poblacional y sectorial). Por su parte, mejorar el problema relacionado con las redes de prestación de servicio es un gran reto, especialmente en comunidades rurales, por eso, al 2040 se espera contar con un 90,0% de las redes integradas e integrales de prestación de servicio en operación, en conjunto con programas de Atención Primaria en Salud (APS) rurales, en cada uno de los 125 municipios y distritos de Antioquia.

La mortalidad materna e infantil también es un reto departamental: el futuro de Antioquia es precisamente de las nuevas generaciones; los nacimientos de hoy serán la capacidad productiva



de nuestro territorio en 20 años, por eso, velar por una disminución constante en estos indicadores, aportará a las metas de los ODS -en el objetivo No. 3-, como a la construcción del sueño colectivo que la ciudadanía tiene en torno a la salud.

Al evaluar la mortalidad en los menores de un año (mortalidad infantil), se observa una tendencia al descenso, pasando de 10,8 por cada 1.000 nacidos vivos en 2010 a 7,8 en 2020, teniendo en cuenta la variación del indicador, se espera que al 2040 la tasa sea de 5,0 por cada 1.000 nacidos vivos. Por su parte, la mortalidad materna sigue siendo una problemática por resolver pese a los avances alcanzados en el último decenio. Por eso, en Antioquia pasaremos de tener una razón de mortalidad materna de 47,4 por cada 100 mil nacidos vivos en 2020 a una de 28,0 en 2040, haciendo énfasis en la implementación de iniciativas en las subregiones Occidente, Urabá y Bajo Cauca.

Otro reto departamental, es el incrementar el porcentaje de inscritos en programas lúdicos, recreativos o deportivos, cuyo valor en 2019 fue de tan solo 8,5%. Este tema también fue nombrado por la ciudadanía participante, ubicándose en sexto lugar de priorización de recursos en la categoría Cultura, recreación y deporte, y en segundo y onceavo lugar en las categorías de: Salud -relacionada con los estilos de vida- y Recreación y deporte. Asuntos que, además, van anidados al eje de habitabilidad con equipamientos para la equidad, y al proceso de envejecimiento progresivo departamental. Por eso, para el 2040 se espera que el 50,0% de la población antioqueña, esté inscrita en programas lúdicos, recreativos o deportivos, con especial atención en subregiones como Occidente y Nordeste, las cuales no avanzan en este indicador desde 2013.

Por último, es perentorio incluir la salud mental en esta agenda prospectiva. La pandemia ha evidenciado una problemática que ha sido invisible por mucho tiempo y que toma mayor relevancia por todos los factores de riesgo relacionados, como experiencias de vida, trauma o abuso, antecedentes familiares de problemas de salud mental, estilo de vida, dieta, actividad física y consumo de sustancias psicoactivas, entre otros factores. Es por eso, que al 2040 se espera reducir la tasa de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidio) de 6,8 por cada 100 mil habitantes en 2020, a 3,0 por cada 100 mil habitantes.

Para materializar las metas al 2040 en este movilizador, es necesario la implementación de las siguientes rutas estratégicas, que se desarrollan con el concepto de salud humana y salud en todas las políticas, involucrando todos los actores del sistema.

### Indicadores de resultado

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año línea base	Línea base	Fuente	Meta 2040	Responsables del reporte
Tasa de mortalidad infantil	Tasa por 1.000 nacidos vivos	2020	7,8	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	5,0	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Razón de mortalidad materna	Tasa por 100 mil nacidos vivos	2020	47,4	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	28,0	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Satisfacción con los servicios de salud	Porcentaje	2020	ND	Secretaría Seccional de Salud de Antioquia	95,0%	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Redes integradas de prestación de servicio en operación	Porcentaje	2020	ND	Secretaría Seccional de Salud de Antioquia	90,0%	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos	Porcentaje	2020	89.02%	Secretaría Seccional de Salud	100%	Gobernación de Antioquia, Cooperantes internacionales, Conglomerado Público, Sector, Entidades Administradoras de planes de Beneficio -EAPB, empresarial y ONG
Tasa de embarazos en niñas de 10 a 14 años	Tasa por 1.000 niñas entre 10-14 años	2020	2,3	Secretaría Seccional de Salud	0,0	Gobernación de Antioquia, Conglomerado Público, Entidades Administradoras de planes de Beneficio -EAPB
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares	Tasa por 100 mil habitantes	2020	99,5	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	80,0	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Mortalidad evitable (Grupos C y D5 y D6)	Tasa por 100 mil habitantes de 1 a 64 años	2020	1,60	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	1,00	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Tasa de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidio)	Tasa por 100 mil habitantes	2020	6,8	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	3,0	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Porcentaje de padres involucrados (Escala 5 a 7)	Porcentaje	2020	46.5%	Secretaría Seccional de Salud	90,0%	Gobernación de Antioquia, Cooperantes internacionales, Conglomerado Público, Sector, Entidades Administradoras de planes de Beneficio -EAPB, empresarial y ONG

**Meta de información:** contar a 2040 con un sistema de seguimiento con capacidad de desagregación por sectores y grupos poblacionales, zona rural-urbano, subregión y municipios.

### 1.6.4.1.2.1. Ruta estratégica: Gobierno y gobernanza de la salud

La salud y su complejidad requieren una mayor capacidad de respuesta a las necesidades, deseos y demandas de una población creciente, no solo en el caso de epidemias, enfermedades nuevas y reemergentes, sino también en cuanto a su potencial para mantener la salud y prevenir las condiciones que la afecten negativamente. Esto incluye un abanico de políticas públicas y acciones multiactor encaminadas a hacer de la salud (el derecho a la salud) la base del bienestar y la calidad de vida individual y colectiva.

Lo anterior significa que las funciones de gestión de las autoridades de protección de la salud, además de la consolidación permanente de esfuerzos sectoriales, deben fortalecer el trabajo conjunto con otros órganos ejecutivos a nivel local, departamental y nacional, ampliado a todas aquellas instancias e instituciones del Estado ubicadas en el territorio, cuyas funciones estén relacionadas con la salud. Esto logrará la construcción de relaciones, sinergias e interdependencias susceptibles de integrar en la búsqueda de la salud, el bienestar y la calidad de vida de quienes habitan el territorio.

Iniciativas:

- Modelos de salud en todas las políticas.
- Autoridad sanitaria y rectoría en salud y gobernanza con enfoques de curso de vida, diferencial étnico e interseccional.
- Participación social y ciudadana en la gobernanza de la salud.
- Acción colectiva en salud pública basada en interacciones de redes dinámicas de gobierno, instancias multisectoriales, organizaciones sociales y ciudadanas y demás actores estratégicos.
- Gobierno abierto en salud pública.
- Interoperabilidad de sistemas de información e integralidad con los actores del sector.
- Red integrada de gestión del conocimiento, centros de pensamiento y observatorios en salud pública
- Consolidación de la gestión de datos.
- Comunicación en salud efectiva para la ciudadanía.
- Fortalecimiento técnico y financiero de SAVIA Salud.
- Evaluación de la gestión y fortalecimiento de capacidades de entidades territoriales, empresas sociales del Estado, actores del sistema y direcciones locales de salud.
- Gobernanza de las redes integrales e integradas de salud.



- Acceso a servicios de salud con calidad, habilitación y seguimiento.
- Gestión y garantía del talento humano en salud de acuerdo a las necesidades territoriales, con garantías de seguridad, suficiencia, competencias y habilidades (con énfasis en cualificación de la atención según enfoques poblacionales, libre de estereotipos).
- Gestión de la salud ambiental.
- Fortalecimiento de la planificación y seguimiento de la gestión territorial (planes territoriales, planes de atención en salud, entre otros).
- Gestión integral en inspección, vigilancia y control.
- Fortalecimiento de infraestructuras y equipos biomédicos - dotación y mantenimiento (ambulancias, estructura, tecnologías de información, telemedicina).
- Formación y capacitación deportiva.
- Implementación progresiva del sistema indígena de salud propia intercultural (SIISPI) integral de salud.

### 1.6.4.1.2.2. Ruta estratégica: Atención primaria en salud oportuna, digna y de calidad

Implementar un enfoque de salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa, mediante la atención centrada en las necesidades de la gente -tan pronto como sea posible- a lo largo del proceso continuo, que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

La atención primaria en salud (APS) para el logro de los resultados en salud esperados, contempla el abordaje del conjunto de los determinantes sociales de la salud. Particularmente, en términos de la atención, se centra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, mental, social y el bienestar con el objeto de ofrecer una atención integral de calidad para dar respuesta a las necesidades de salud a lo largo del curso de la vida y no solo para una serie concreta de enfermedades.

#### Iniciativas:

- Abordaje integral de atención primaria en salud, en los entornos: familiar, escolar, comunitario y laboral.
- Planeación territorial integral en salud pública.
- Sistemas de información en salud pública.
- Atención y servicios de salud itinerantes.

- Desarrollo y consolidación de redes integradas para el bienestar.
- Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS).
- Rutas integrales de gestión en salud pública.
- Equipos extramurales para la vida.
- Apropiación y promoción de la lactancia materna exclusiva.
- Atención integral de las condiciones de salud con enfoque de género, diferencial étnico e interseccional.
- Integración de sistemas para el cuidado integral de la vida y la salud.
- Promoción, prevención y protección de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud.
- Modelo de líderes y gestores comunitarios, agentes de la salud pública.
- Agentes firmantes de la paz, movilizados para la atención primaria en salud.
- Cultura de bienestar para la vida y la salud.
- Información en salud - educación y comunicación para la salud.
- Programa aéreo y fluvial social en salud (énfasis poblaciones NARP e indígenas).
- Intersectorialidad en la atención primaria en salud.
- Gestión pedagógica para el conocimiento y divulgación comunitaria sobre la atención primaria en salud.
- Gestión de la divulgación y conceptualización integral de la atención primaria en salud.
- Cuidado integral de población privada de la libertad.

### 1.6.4.1.2.3. Ruta estratégica: Gestión de los determinantes sociales de la salud

El papel preponderante de los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud, la equidad, el bienestar y la calidad de vida de las y los individuos, las familias y los colectivos, demanda acciones que superan el sector salud, y que requieren de la articulación y confluencia organizada de múltiples actores y sectores, con una visión conjunta para la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas dirigidas a intervenir los determinantes estructurales de los problemas sanitarios y de las inequidades en salud.

En este sentido, la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud consiste en el trabajo coordinado, articulado e integrado de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, con el objetivo de formular, financiar, implementar y evaluar políticas públicas para la intervención positiva de los mismos, y de las desigualdades sanitarias.

#### Iniciativas:

- Aseguramiento y acceso de calidad.
- Aseguramiento de víctimas y firmantes de la paz.



- Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles.
- Abordaje integral de la estrategia “Una Salud” (salud animal y ambiental).
- Garantía del parto humanizado y salud mental posparto en las redes integradas.
- Deporte y salud para la vida.
- Fortalecimiento de capacidades a partir del juego y la recreación.
- Bienestar integral de la salud mental, sin barreras para sectores y grupos poblacionales.
- Todos somos parte: acceso con calidad a personas con discapacidad y retribución a las y los cuidadores.
- Cuidadores de tus capacidades para personas mayores.
- Garantía de la salud integral de las mujeres urbanas y rurales.
- Garantía de la salud integral en poblaciones étnicas.
- Servicios amigables para adolescentes y jóvenes.
- Garantía derechos sexuales y reproductivos integrales, con enfoque de género, curso de vida, diferencial étnico e interseccional, y para personas LGBTI.
- Medidas en salud para la adaptación y mitigación del cambio climático y sus efectos.
- Gestión integral del riesgo en salud en emergencias y desastres (Centro regulador de urgencias y emergencias - CRUE).
- Reduciendo la oferta y acceso a alimentos no saludables, tabaco y alcohol.
- Atención integral a niños, niñas y adolescentes con desnutrición.
- Telesalud: telemedicina, teleorientación, teleapoyo, teleeducación, telerahabilitación integrada a las condiciones del territorio y de la población.
- Salud rural integral.
- Reducción de los determinantes en curso de vida.
- Intersectorialidad y transversalidad de la gestión de los determinantes.
- Fortalecimiento entornos resilientes y protectores.
- Gestión del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en entorno hogar, familiar, comunitario y laboral.
- Atención integral de enfermedades crónicas.
- Atención de firmantes de paz - personas mayores y con discapacidad.
- Rehabilitación integral e inclusión social de personas que consumen sustancias psicoactivas.
- Tránsitos humanizados y con calidad: atención integral y acceso a medicamentos para la población trans.
- Fomento de la actividad deportiva, recreativa y lúdica en los entornos hogar, familiar, comunitario y laboral.
- Deporte como agente movilizador de paz, esperanza, oportunidades y calidad de vida.

- Superación de barreras en la planificación e interrupción voluntaria del embarazo.

#### 1.6.4.1.2.4. Ruta estratégica: Gestión integral del riesgo y atención en salud

La gestión integral del riesgo busca anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten -o si se tienen-, detectarlos y tratarlos tempranamente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Al referirse a la gestión integral del riesgo en salud pública, es necesario plantear que la protección de la salud de las poblaciones, se centra en identificar los potenciales riesgos que pueden afectar la salud integral de estas y sus comunidades; prevenirlos, evaluarlos e intervenirlos mediante acciones efectivas y respetuosas de la diversidad, frente a cosmovisiones que comprenden de manera particular lo que afecta los procesos de salud-enfermedad, y lo que puede ser una amenaza para la salud individual y colectiva.

#### Iniciativas:

- Gestión anticipada y oportuna de amenazas colectivas potenciales.
- Aseguramiento y prestación de servicios para la gestión del riesgo individual en salud.
- Descentralizando la atención en salud: especialidades más cerca.
- Centros de atención en drogas.
- Por un envejecimiento activo y saludable: promoción de hábitos y estilos de vida.
- Rutas, modelos, enfoques y programas para la gestión integral de riesgos en salud pública.
- Inteligencia epidemiológica en salud pública.
- Salud componente esencial de los riesgos, urgencias, emergencias y desastres.
- Gestión integral de las enfermedades transmisibles y por arbovirus.
- Control de enfermedades crónicas y prevención de las complicaciones y secuelas.
- Articulación de la gestión individual y colectiva en salud pública.
- Pedagogía frente a los derechos y deberes en salud, para mitigación del riesgo.
- Planes de emergencia y contingencia para la gestión del riesgo.
- Sistemas de alertas tempranas en gestión del riesgo.
- Atención de lesiones y heridas (salud física y mental) producto del conflicto armado.
- Promoción y difusión de rutas de atención en salud, en el área rural.
- Cuidado y autocuidado para mujeres y personas LGBTI en riesgo, o en ejercicio del trabajo sexual.

#### 1.6.4.1.2.5. Ruta estratégica: Salud mental, creando un estado de bienestar para el futuro

Esta ruta hace referencia a la importancia de la salud mental en la agenda pública, como parte de las prioridades demográficas y sectoriales establecidas por los antioqueños y antioqueñas en la agenda; su énfasis es lograr un bienestar integral, para disfrutar de una vida plena y satisfactoria.

Esta incluye iniciativas que permitan enfrentar de manera efectiva los desafíos que se nos presenten a lo largo de nuestra vida, impactar positivamente en nuestro entorno y en la sociedad en su conjunto, fomentando una cultura de cuidado y apoyo mutuo en todos los niveles y en todos los entornos.

### Iniciativas:

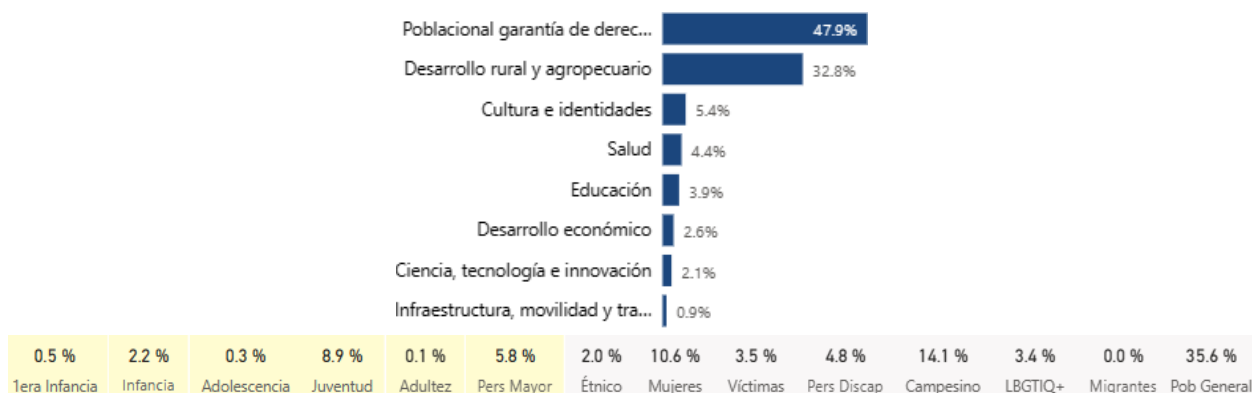
- Salud mental en territorio.
- Prevención selectiva e indicada para problemas y trastornos mentales, suicidio, epilepsia, consumo de SPA y víctimas de violencias, emergencias o desastres.
- Rutas integrales para la salud mental: atención integral y tratamiento integrado.
- Rehabilitación basada en comunidad para la inclusión social.
- Bienestar integral de la salud mental, sin barreras para sectores y grupos poblacionales.
- Fortalecimiento entornos resilientes y protectores.
- Gestión del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en entorno hogar, familiar, comunitario y laboral.
- Rehabilitación integral e inclusión social de personas que consumen sustancias psicoactivas.
- Aseguramiento y prestación de servicios para la gestión del riesgo individual en salud mental.
- Descentralizando la atención en salud: especialidades en salud mental más cerca.
- Centros de atención en drogas.
- Desarrollando capacidades en el departamento, para el adecuado manejo de la ruta de salud mental.
- Salud mental en el hogar: involucramiento parental.
- Colaboración intersectorial en salud mental.
- Disminuir la discriminación en personas con trastornos mentales y del comportamiento.
- Redes comunitarias por la salud mental.
- Implementación de intervención - mhGAP en salud mental.
- Dispositivos comunitarios: soporte de red y prevención de recaídas.
- Desinstitucionalización de personas con trastornos mentales y larga estancia hospitalaria.
- Fortalecimiento de la atención y acompañamiento a las personas con trastornos producen un retraso del desarrollo y en alteraciones funcionales.



### 1.6.4.1.2.6. Movilizador: Seguridad y soberanía alimentaria para las personas

Este movilizador implica el abordaje del acceso a alimentos suficientes y nutritivos -siendo componente fundamental de la vida digna y la seguridad humana-, que involucra la reducción del hambre y promueve la garantía del derecho humano a la alimentación sostenible y sustentable, y que, al verse afectada, aumenta la probabilidad de enfermedad y muerte en las poblaciones más vulnerables.

Figura 110. Demandas sociales movilizador Seguridad y soberanía alimentaria



Fuente: Elaboración propia.

Antioquia tiene un reto significativo al 2040, ya que posee un alto Índice de Inseguridad Alimentaria y Nutricional (INSAN), donde el 60,9% de sus hogares se encuentran en inseguridad alimentaria, de los cuales el 33,1% están en nivel leve, el 14,5% en moderada, y el 13,3% en severa; sin distinción entre áreas urbanas y rurales; con mayor frecuencia en aquellos hogares con mujeres que tienen jefatura, y en hogares en condición de pobreza extrema.

La superación de este reto debe comenzar a materializarse principalmente en las subregiones: Bajo Cauca (donde la INSAN moderada y severa es del 61,5%) y Urabá (con 52,6%) este última tomaría mayor importancia, pues corresponde a un punto estratégico de los macroprocesos territoriales de la Agenda Antioquia 2040. Además, este reto está alineado con las priorizaciones realizadas por las personas que participaron en el diálogo social de la Agenda, ya que, en la priorización de la inversión, ubicaron en tercer lugar a la agricultura y el desarrollo rural -tema estrechamente relacionado con la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)-.

El reto es aún mayor, pues se debe empezar a focalizar planes, programas y proyectos en las entidades territoriales que tienen una INSAN Severa superior al 40,0%: Vigía del Fuerte, El Bagre, Tarazá, Zaragoza, Valdivia, San Juan de Urabá y Turbo; después se debe realizar una evaluación de su implementación para una segunda etapa en: Chigorodó, Murindó, Carepa, Cáceres,

Caucasia, Necoclí, Arboletes, Mutatá, Nechí, Briceño, San Francisco, Frontino, Ituango, Uramita, San Carlos y Yondó.

La visión al 2040 en este movilizador, está orientada a eliminar la inseguridad alimentaria severa, y permitir un escalamiento progresivo para disminuir la INSAN moderada y leve, impactando de manera transversal, indicadores de mortalidad por desnutrición e incidencia de desnutrición aguda.

Para materializar el logro al 2040 de este movilizador, es necesario la creación de los siguientes caminos estratégicos, que pueden desarrollarse desde el sector público y privado, haciendo énfasis intersectoriales donde más se necesita y hacer un proceso de escalamiento municipal.

### Indicadores de resultado

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año línea base	Línea base	Fuente	Meta 2040	Responsables del reporte
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	Tasa Por 100 mil niños y niñas menores de 5 años	2020	1,51	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	0,0	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Inseguridad alimentaria severa	Porcentaje	2019	13,3%	Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, Encuesta de Calidad de Vida (ECV)	0,0%	Gobernación de Antioquia Secretaría de Inclusión Social y Familia
Incidencia de desnutrición aguda en menores de 5 años	Tasa Por 100 mil niños y niñas menores de 5 años	2020	190,3	Sistema de Salud Pública (SIVIGILA)	50,0	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Bajo peso al nacer	Porcentaje	2020	ND	Secretaría Seccional de Salud y Secretaría de Inclusión social y Familia: Gerencia de Mana	1,0%	Gobernación de Antioquia, Cooperantes internacionales, Conglomerado Público, Sector, empresarial y ONG

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año línea base	Línea base	Fuente	Meta 2040	Responsables del reporte
Prevalencia de exceso de peso	Porcentaje	2019	58.7%	Secretaría de Inclusión social y Familia: Gerencia de Mana	15,0%	Gobernación de Antioquia, Cooperantes internacionales, Conglomerado Público, Sector, empresarial y ONG

**Meta de información:** contar a 2040 con un sistema de seguimiento con capacidad de desagregación por sectores y grupos poblacionales, zona rural-urbano, subregión y municipios.

### 1.6.4.1.2.7. Ruta estratégica: Capacidades para la gestión sostenible y autónoma de los alimentos

En esta ruta se plantean iniciativas de trabajo colaborativo interorganizacionales e intersectoriales entre los actores del sistema alimentario y nutricional, con el fin de mejorar la focalización de los roles de éstos en los procesos, así como proponer un esquema de orientación para constituir interacciones sostenidas con nivel de estabilidad; además de construir ambientes alimentarios saludables, seguros, sustentables, culturalmente reconocidos y justos, que permitan transformaciones en las prácticas alimentarias de las y los antioqueños, hacia dietas sostenibles, que alcancen resultados beneficiosos frente a todas las formas de malnutrición.

#### Iniciativas:

- Acompañamiento institucional para productores locales.
- Apoyo e incentivos al desarrollo de la agroindustria en los territorios rurales.
- Alianzas para el abastecimiento comunitario y la distribución de alimentos.
- Mercados campesinos, comunitarios y agroecológicos.
- Promoción y fortalecimiento de la asociatividad de productores y distribuidores.
- Gobernanza institucional para la garantía de alimentos con equidad para poblaciones vulnerables.
- Hogares con incentivos para la compra de alimentos.
- Fortalecimiento y creación de nuevos bancos de alimentos.
- Gestión institucional para brindar una alimentación de calidad para población privada de la libertad.
- Sistema de monitoreo, producción científica y evaluación de impacto sobre seguridad alimentaria.
- Huertas familiares y comunitarias para el autoconsumo, bajo esquemas de producción intensiva.

- Marco de gobernanza para el sistema de abastecimiento

### 1.6.4.1.2.8. Ruta estratégica: Desarrollo e innovación para el sistema alimentario y nutricional

Desde esta ruta se busca contribuir a la construcción y apropiación de un subsistema de ciencia tecnología e innovación (CTi) para la alimentación y la nutrición en Antioquia, que propenda por una producción, distribución, consumo y acceso de los alimentos de manera sostenible, sustentable, saludable e incluyente; con presencia de actores públicos, privados, académicos y sociales. Logrando mejorar la automatización, la conectividad y la trazabilidad de los procesos del sistema alimentario y ampliar la inversión con el fin de aumentar la seguridad y mejorar la resiliencia del sistema alimentario. Además de avanzar en sistemas de información integrados, para mejorar la cadena alimentaria al servicio de las necesidades de las personas.

#### Iniciativas:

- Gestión y configuración normativa y programática del sistema alimentario y nutricional.
- Modelo de gestión para la gobernanza en red.
- Capacidades para la gobernanza de actores del sistema alimentario y nutricional.
- Observatorio de seguridad alimentaria y nutricional.
- Innovación institucional para la seguridad alimentaria (recurso profesional, procesos).
- Medios de transporte adecuados para el traslado de alimentos para las familias.
- Vías y medios de transporte para la comercialización de excedentes de producción familiar.
- Sistemas alternativos de distribución de alimentos.
- Fortalecimiento de la innovación para la reducción de la dependencia alimentaria.
- Articulación multisectorial para la seguridad y soberanía alimentaria.

### 1.6.4.1.2.9. Ruta estratégica: Hábitos para la alimentación saludable y sustentable

Una alimentación adecuada es esencial para la salud, bienestar y desarrollo de las personas. Por tanto, todos tenemos derecho a una alimentación variada, segura, que aporte los nutrientes necesarios para llevar una vida sana y activa, y que satisfaga nuestras preferencias culturales. Esta ruta incluye iniciativas para garantizar el derecho humano a la alimentación saludable para las y los habitantes del territorio antioqueño, que tienen acceso limitado o no tienen acceso a una alimentación suficiente y de calidad.

#### Iniciativas:



- Prevención de la malnutrición.
- Nutrición en la primera infancia (gestación y primeros cinco años).
- Programa Alimentación Escolar (PAE) como estrategia que contribuya a la permanencia escolar.
- Alimentos con equidad para poblaciones vulnerables: adultos, adultos mayores con vulneración de derechos, población con discapacidad, personas LGBTI, mujeres con jefatura de hogar, víctimas de conflicto y firmantes de la paz, poblaciones étnicas, migrantes, campesinado, habitantes de calle.
- Alimentos para la población joven campesina.
- Apoyos en alimentación para población joven deportista.
- Ambientes favorecedores de la lactancia materna.
- Ambientes escolares para una alimentación saludable y sustentable.
- Ambientes universitarios para una alimentación saludable y sustentable.
- Alimentación en el ambiente laboral, como escenario saludable y sustentable.
- Aporte a la recuperación nutricional en población en riesgo.
- Acceso de alimentos saludables para población en riesgo de inseguridad alimentaria.
- Hogar como ambiente gestor y formador de una alimentación saludable y sustentable.
- Gestión pedagógica para el conocimiento y divulgación comunitaria sobre seguridad y soberanía alimentaria.
- Reducción pérdidas y desperdicios generados en los diferentes eslabones de la cadena alimentaria.

### 1.6.4.1.2.10. Ruta estratégica: Garantía a la alimentación en situaciones de vulneración y emergencia

Las emergencias relacionadas con los conflictos, la inseguridad y la falta de una autoridad gubernamental efectiva, así como los desastres naturales, causan hambruna masiva y complican los esfuerzos de socorro y recuperación. Las poblaciones se ven afectadas por estas circunstancias, limitando el recibir ayuda alimentaria. Por eso, en esta ruta se focalizan iniciativas, sea cual sean las circunstancias, para proporcionar alimentos esenciales y asegurarles el acceso a ellos.

#### Iniciativas:

- Protocolos: departamental, municipales y distritales para la atención alimentaria en situaciones de emergencia.
- Atención a personas en riesgo de malnutrición, con enfoque de curso de vida, en situaciones de emergencia de acuerdo a ruta integral nacional.



- Paquetes alimentarios para poblaciones en situaciones de emergencia.
- Gestión del riesgo alimentario territorial, por resistencias no violentas y bloqueos al abastecimiento de alimentos.
- Cocinas comunitarias para la preparación de alimentos, ante situaciones de emergencia.
- Suministro de alimentos preparados ante situaciones de emergencia.
- Empresas favorecedoras de la garantía de la alimentación ante situaciones de emergencia.

### 1.6.4.1.2.11. Ruta estratégica: Entretejiendo autonomías alimentarias étnicas

Por medio de esta ruta se busca recuperar, fortalecer y preservar las distintas prácticas tradicionales de producción agropecuaria de las comunidades étnicas, que les permita desarrollar una autonomía alimentaria y ejercer su soberanía sobre los territorios tradicionalmente ocupados, constituidos y formalizados por estos; igualmente la innovación de las formas de producción y transformación que estén acordes a las buenas prácticas agrícolas, pecuarias y de manufactura, de manera diversa, sostenible y sustentable.

#### Iniciativas:

- Marca propia: encadenamiento de saberes y prácticas ancestrales alimentarias.
- Gobernanza de las prácticas y producción alimentaria de grupos étnicos.
- Determinantes sociales y nutricionales de las comunidades étnicas.
- Planes de alimentación con enfoque diferencial étnico.
- Acceso a alimentos nutritivos y de calidad para grupos étnicos, con tránsito en sus hábitos de alimentación.
- Agentes nutricionales territoriales indígenas.

### 1.6.4.1.3. Movilizador: Pobreza extrema cero - condiciones de vida digna para todas y todos

Cada persona, a lo largo de su trayectoria vital, determina lo que le representa su bienestar y calidad de vida, no obstante, según la concepción constitucional, esto no significa -existir de cualquier manera-; ya que existen concepciones básicas comunes a toda sociedad, en las que se establece el desarrollo de la existencia en condiciones de dignidad, con la promoción de aspectos que van desde lo material, lo social, cultural y personal.

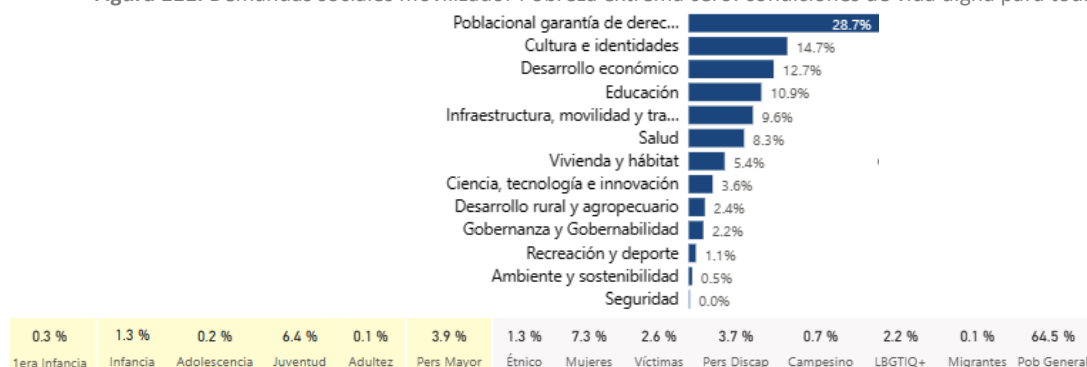
Como lo plantea la Organización de las Naciones Unidas, en su Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948) y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966), el contemplar una vida en condiciones de dignidad, implica entonces el reconocimiento y disfrute de derechos y de garantías para que las personas alcancen el pleno desarrollo de su capacidad de ser y hacer, según sus posibilidades y aspiraciones.



Sobre esta base, y con el propósito de hacer de Antioquia un territorio equitativo al 2040, se hace fundamental la promoción de este movilizador, es decir, de las condiciones dignas de vida para todas las personas, para que éstas sean respetadas y cuenten con igualdad de oportunidades y de acceso para satisfacer sus necesidades básicas, como también de las condiciones necesarias para el desarrollo y expansión de su autonomía, habilidades y capacidades.

De forma particular para este movilizador, y en coherencia con los ejes estructurantes de este pilar, se pretende que todas las personas, sin distinción alguna, puedan vivir libres del miedo, libres de la necesidad (misericordia) y libres para vivir con dignidad, es decir, que vivan como quieran, que vivan bien, y vivan sin exclusión y discriminación. Asuntos que implican un proceso de equiparación, cuando las condiciones de igualdad no están dadas, y existan personas y sectores poblacionales en situación de desventaja social y vulneración.

**Figura 111.** Demandas sociales movilizador Pobreza extrema cero: condiciones de vida digna para todas y todos



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los retos existentes para alcanzar tales propósitos, las y los participantes del diálogo ciudadano propiciado por la Agenda Antioquia 2040, plantearon entre sus principales prioridades de inversión a la educación, el desarrollo rural y la protección social. Además, establecieron como principal demanda social en este movilizador, lo relacionado con la garantía de derechos de grupos y sectores poblacionales, conforme con la multidimensionalidad que esto implica, en términos de condiciones y oportunidades.

Sumado a la anterior demanda, fueron priorizadas otras, relacionadas con los temas de:

- Cultura e identidades: en términos del sistema de valores.
- Desarrollo económico: relacionado con la reducción de la pobreza monetaria, la generación de empleo y el apoyo financiero para emprender.
- Salud: en la promoción del bienestar físico y mental.
- Infraestructura y vivienda: sobre el acceso a servicios públicos, equipamientos básicos sociales, y vivienda digna y propia.

Demandas sociales, que al ser contrastadas con el estado de indicadores relacionados y disponibles por municipios y distritos en la línea base de la Agenda Antioquia 2040, plantean una



brecha de priorización de nivel medio para el TAMU, indicando la existencia de un número intermedio de solicitudes realizadas por la ciudadanía sobre estos temas, e indicadores cuyos valores presentan una tendencia y/o estado fluctuante, es decir, dinámicas situacionales que aún requieren de su gestión en el departamento.

Ejemplo de esto es el comportamiento de la incidencia de la pobreza monetaria extrema en Antioquia, la cual entre 2012-2020 ha presentado una tendencia creciente, y para 2020 alcanzó 10,3%, correspondiente a 708.132 personas en esta condición (afectando en mayor medida a niños y niñas en primera infancia, infancia, y la adolescencia). Estos resultados, localizan a Antioquia en la tercera posición de mayores incidencias, entre los 24 departamentos analizados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), lo que implica una mayor inequidad en el acceso a alimentos, vivienda, salud, educación, vestuario y demás bienes y servicios que se consideran esenciales para la subsistencia y el bienestar.

Por su parte, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)<sup>21</sup>, si bien ha presentado una tendencia decreciente entre 2010-2020, con una reducción promedio anual de -1,6 puntos porcentuales (pp.), aún presenta valores por encima de los dos dígitos en el departamento (en 2020 este tipo de pobreza alcanzó el 14,9%); donde, de las 15 privaciones en las que se desagrega este indicador, el Trabajo informal, Bajo logro educativo, Rezago escolar, Desempleo de larga duración, e Inasistencia escolar, fueron las de mayor impacto. Sobre la focalización territorial, cabe recalcar que para 2020, un 32,7% de la población que habitaba la parte rural de Antioquia se encontraba en esta situación.

Sobre la cobertura en servicios públicos, la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia registró para 2020, que el porcentaje de viviendas que contaban con métodos de abastecimiento de agua adecuados llegaba al 85,2% (la cobertura de agua potable en la zona rural fue de 38,3% y en la urbana 93,1%; en alcantarillado se alcanzó una cobertura de 90,7% en la zona urbana y de 15,3% en rural). Por su parte, la cobertura en energía eléctrica llegó en 2019 al 99,4% de las viviendas y en internet, para 2020, la cobertura alcanzó el 49,4% de los hogares.

En relación con el déficit habitacional, se observa que, en 2022, a nivel país, Antioquia se encontraba por debajo del valor nacional (30,4%), ubicado como el séptimo departamento con menor déficit (24,7% - Sin Bogotá DC) con una tendencia decreciente, pero existiendo una brecha entre las zonas urbanas y rurales de 40,1 puntos porcentuales, pues territorialmente, en 2022 el

<sup>21</sup> Medida que determina la pobreza en términos subjetivos a partir de 5 dimensiones que desagregan 15 privaciones: Condiciones educativas del hogar (Bajo logro educativo y analfabetismo), Condiciones de la niñez y juventud (Inasistencia escolar, Rezago escolar, Barreras de acceso a primera infancia y Trabajo infantil), Trabajo (Desempleo de larga duración y Trabajo informal), Salud (Sin aseguramiento a salud y Barreras de acceso a salud) y Acceso a servicios públicos y condiciones de la vivienda (Sin acceso a fuente de agua mejorada, Inadecuada eliminación de excretas, Pisos inadecuados, Paredes exteriores inadecuadas y Hacinamiento crítico). Para su identificación se utiliza el método de punto de corte dual: el primer corte instaura las condiciones para que un hogar se encuentre privado en cada indicador. En el segundo se define cuántas privaciones establecen a un hogar como pobre, considerándose en esta situación si tiene al menos 5 de 15 privaciones.



déficit habitacional en cabeceras fue de 17,4% y en centros poblados y rural disperso fue de 57,5%, cabe resaltar que esta brecha mejoró respecto a 2021 en 9.5 puntos porcentuales lo que evidencia el esfuerzo realizado en zonas rurales especialmente.

Entre las más estratégicas para el territorio y sus habitantes, estarán el alcanzar al 2040 una meta técnica de 3,0% en la incidencia de la pobreza monetaria extrema, lo que correspondería, según las proyecciones de población a este año, que 249.045 personas estarían en esta condición y 8.052.448 por fuera de ella. Igualmente, el reducir a 4,0 puntos porcentuales la brecha urbano-rural existente en el índice multidimensional condiciones de vida. Asuntos necesarios para materializar la visión de Antioquia como un territorio de vida y en equidad.

Responder a estas dinámicas, en correspondencia con las demandas y sueños de quienes hicieron parte de las estrategias de participación de la Agenda Antioquia 2040, es un compromiso ético ineludible, en especial, hacia aquellas antioqueñas y antioqueños que no cuentan con los recursos y oportunidades suficientes para acceder a sus derechos, al reconocimiento de su ciudadanía, la satisfacción de sus necesidades básicas de subsistencia y condiciones de habitabilidad adecuadas.

Para contribuir a la visión de una Antioquia sin pobreza extrema y desigualdades al 2040, será necesario la implementación de rutas estratégicas e iniciativas que dinamicen, tanto la protección social, el desarrollo de capacidades-oportunidades, la existencia de equipamientos para la habitabilidad, como también la modificación de situaciones<sup>22</sup> que limitan la experiencia de los derechos y el acceso equitativo a bienes y servicios.

En términos de la priorización geográfica los municipios y/o distritos que requieren una mayor focalización de estrategias integrales (sin negar la existencia de hogares que viven bajo esta vulneración en todos los territorios) son:

- En Urabá: San Juan de Urabá, Arboletes, Vigía del Fuerte, Murindó, San Pedro de Urabá, Mutatá, Turbo, Carepa, Chigorodó.
- En Bajo Cauca: El Bagre, Tarazá, Zaragoza, Cáceres, Caucaasia.
- En Occidente: Liborina, Sabanalarga, Uramita, Olaya, Peque, Frontino, Cañasgordas.
- En Nordeste: Vegachí, Yolombó, San Roque, Cisneros.
- En Norte: Angostura, Briceño, Toledo, Valdivia, Carolina del Príncipe.
- En Magdalena Medio: Caracolí, Yondó.
- En Oriente: San Francisco, Granada, Argelia, San Vicente Ferrer.
- En Suroeste: Montebello.

<sup>22</sup> Desigualdades: socioeconómica, territorial, de género, por momento del desarrollo, étnica-racial, orientación sexual e identidad de género, situacional: discapacidad, estatus migratorio, entre otras.

Para la consolidación de este movilizador, se trabajará entorno a las siguientes rutas, donde se espera contemplar, tanto la priorización geográfica con énfasis rural, como la focalización de bienes, servicios y oportunidades para los sectores y grupos poblacionales en mayor desventaja y vulneración social, teniendo en cuenta el aporte que ofrecen las iniciativas planteadas desde otros pilares y movilizadores de esta Agenda, según su naturaleza.

### Indicadores de resultado

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año línea base	Línea base	Fuente	Meta 2040	Responsables del reporte
Índice de pobreza multidimensional	Porcentaje	2020	14,9%	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	≤ 7,2% urbana ≤ 10,0% rural	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Brecha urbano- rural del índice multidimensional de condiciones de vida	Índice (0-100)	2021	10,5	Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia	4,0	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Incidencia de pobreza monetaria extrema	Porcentaje	2020	10,3%	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	≤ 3,0% urbana ≤ 5,0% rural	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Percepción sobre la existencia de la cultura machista	Porcentaje	2019	80,9%	Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, Encuesta de Calidad de Vida (ECV)	30,0%	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Percepción frente a la existencia de la cultura racista	Porcentaje	2020	ND	Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, Encuesta de Calidad de Vida (ECV)	30,0%	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Percepción sobre la existencia de un territorio que protege los derechos de sus habitantes	Porcentaje	2020	ND	Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, Encuesta de Calidad de Vida (ECV)	60,0%	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Cobertura de viviendas con agua potable	Porcentaje	2020	85,2%	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia	95,0%	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año línea base	Línea base	Fuente	Meta 2040	Responsables del reporte
Cobertura de viviendas rurales con agua potable	Porcentaje	2021	35,7%	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia	100%	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Cobertura de alcantarillado	Porcentaje	2019	82,9%	Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, Encuesta de Calidad de Vida (ECV)	100%	Gobernación de Antioquia Gerencia de Servicios Públicos
Cobertura de viviendas con energía eléctrica	Porcentaje	2019	99,4%	Unidad de Planeación Minero-energética (UPME) - Plan indicativo de expansión de cobertura (PIEC)	100%	Gobernación de Antioquia Gerencia de Servicios Públicos
Penetración de internet fijo	Porcentaje	2020	20,7%	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)	70,0%	Gobernación de Antioquia Gerencia de Servicios Públicos
Déficit cuantitativo de vivienda	Porcentaje	2020	5,9	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta Nacional de Calidad de Vida	0,0%	Gobernación de Antioquia VIVA
Déficit cualitativo de vivienda	Porcentaje	2020	19,3	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta Nacional de Calidad de Vida	0,0%	Gobernación de Antioquia VIVA
Equipamientos básicos, sociales, comunitarios y para la prestación de servicios públicos y sanitarios, operando	Porcentaje	2020	ND	Gobernación de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación (DAP)	100%	Gobernación de Antioquia Departamento Administrativo de Planeación
Espacio público efectivo por habitante	Metros cuadrados	2020	ND	Gobernación de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación (DAP)	10 m2	Gobernación de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación

**Meta de información:** contar a 2040 con un sistema de seguimiento con capacidad de desagregación por sectores y grupos poblacionales, zona rural-urbano, subregión y municipios.

### 1.6.4.1.3.1. Ruta estratégica: Oportunidades para hogares más vulnerables

En este camino se plantean y pueden sumarse iniciativas que ofrezcan respuesta integral y coordinada para la superación de las pobrezas (monetaria extrema y multidimensional), la respuesta ante crisis emergentes y sus efectos sociales, y el cierre de brechas en determinantes sociales (focalizando las iniciativas de todos los pilares de esta agenda); donde se brinde el acompañamiento necesario para garantizar el acceso a oportunidades -según dimensiones del desarrollo- para las personas y hogares que más lo necesitan, según procesos de identificación, selección y asignación.

#### Iniciativas:

- Hogares con oportunidades en documentación para la identificación de sus integrantes.
- Hogares con oportunidades de intermediación, emprendimiento, habilidades y capacidades para el ingreso y el trabajo de sus integrantes.
- Hogares con oportunidades de acceso, nivelación y permanencia educativa para el desarrollo personal de sus integrantes.
- Hogares con oportunidades de aseguramiento, promoción y atención para una salud integral de sus integrantes.
- Hogares con oportunidades de acceso a alimentos nutritivos para una vida sin hambre y con estilos de vida saludable para sus integrantes.
- Hogares con oportunidades en crianza humanizada y factores protectores para el fortalecimiento familiar.
- Hogares con oportunidades en bancarización para el crédito y el ahorro para sus integrantes.
- Hogares con oportunidades en acceso a la justicia para la validación de derechos en forma justa y equitativa para sus integrantes.
- Hogares con oportunidades en vivienda y servicios públicos para una vida digna para sus integrantes.

### 1.6.4.1.3.2. Ruta estratégica: Antioquia entorno protector e incluyente

En esta ruta se plantean y pueden sumarse iniciativas dirigidas al fortalecimiento de entornos (familiares, comunitarios, sociales, laborales, institucionales) más equitativos, incluyentes y sin violencias; desde la modificación de estereotipos (percepciones, ideas, creencias) que reproducen prejuicios y formas de discriminación y exclusión, las cuales se materializan en desigualdades:

socioeconómica, territorial, de género, por momento del desarrollo (etaria), étnica-racial, por orientaciones sexuales e identidades de género diversas, y situacionales: discapacidad, estatus migratorio, habitancia de calle, privación de la libertad, entre otras.

### Iniciativas:

- Laboratorios de inclusión e igualdad social - Formación y promoción de derechos humanos
- Cátedra experiencial sobre transversalidad de enfoques y corrientes poblacionales (género, curso de vida y relaciones intergeneracionales, étnico, discapacidad, masculinidades no hegemónicas, corresponsables y no violentas, diversidad e identidades, entre otras).
- Centros y/o hogares de protección para mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas mayores y habitantes de calle.
- Casas de cuidado para personas LGBTI.
- Cualificación del quehacer laboral de autoridades públicas para la atención de mujeres, personas con discapacidad, afroantioqueñas, indígenas, campesinas, personas LGBTI, habitantes de calle, víctimas de conflicto, firmantes de la paz y migrantes, en la garantía y protección de sus derechos.
- Apoyo a la regularización de migrantes.
- Responsabilidad social para una vejez plena y protegida.
- Promoción de la gestación y crianzas responsables y corresponsables.
- Familias y comunidades - entornos protectores de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad.
- Sistema de alertas tempranas para la prevención y protección de derechos: mujeres, niños, niñas y adolescentes, jóvenes, personas mayores, y personas: con discapacidad, afroantioqueñas, indígenas, campesinas, LGBTI, habitantes de calle, víctimas de conflicto y firmantes de la paz, migrantes, etc.
- Mi identidad: apoyo legal y financiero para modificación de documentos de identidad (personas con identidades de género diversa, entre otras).
- Protección integral de la población habitante de calle y en riesgo de habitancia de calle.
- Superando barreras en la atención de la población migrante, según enfoque de seguridad humana.
- Prevención y erradicación del trabajo infantil.

### 1.6.4.1.3.3. Ruta estratégica: Servicios públicos universales para la vida y la equidad

En esta ruta se plantean y pueden sumarse iniciativas dirigidas al acceso y calidad de la prestación de servicios públicos indispensables para el sostenimiento de la vida, los cuales contribuyen al desarrollo humano, con efectos multiplicadores sobre la alimentación, la salud, la educación, el ambiente, entre otros.

#### Iniciativas:

- Mínimo vital de agua potable.
- Mínimo vital de energía eléctrica.
- Mínimo vital de conectividad – internet.
- Mínimo vital de saneamiento.
- Agua potable en la ruralidad.
- Agua de vida verde - IRCA rural.
- Alternativas sostenibles para el saneamiento rural (vertimiento y residuos sólidos).
- Acueductos veredales.
- Fortalecimiento del alcantarillado y saneamiento rural.
- Energía eléctrica en la ruralidad.
- Conectividad rural.
- Zonas digitales rurales.
- Sistemas regionales de agua para la soberanía hídrica.
- Distribución de gas domiciliario.
- Gestores comunitarios de aseo rural.

### 1.6.4.1.3.4. Ruta estratégica: Derecho humano a una vivienda adecuada

En este camino se plantean y pueden sumarse, iniciativas dirigidas a promover viviendas dignas en condiciones de suficiencia e idoneidad. Asequibles, con posesión legal y segura, con disposición de servicios materiales, instalaciones e infraestructura; que toma en cuenta y respeta la expresión de la identidad cultural, y que permiten la comodidad y seguridad física de sus habitantes y la protección ante factores externos.

#### Iniciativas:

- Viviendas nuevas para la vida digna (con énfasis en poblaciones vulnerables debido a condiciones especiales de indefensión).

- Mejoramiento de vivienda para la vida digna rural y urbano (en suelos adecuados y con énfasis en poblaciones vulnerables debido a condiciones especiales de indefensión).
- Vivienda rural y diferencial étnica de interés cultural.
- Mi casa propia: legalización y titulación de predios.
- Gestión del suelo para viviendas de interés social y soportes urbanos.
- Gestión de reasentamientos.
- Banco público de viviendas
- Banco de tierras potenciales para la vivienda.

### 1.6.4.1.3.5. Ruta estratégica: Territorios vitales, equitativos y en equilibrio

En este camino se plantean y pueden sumarse, iniciativas dirigidas a promover territorios potenciadores del desarrollo local, comunitario y social, desde la existencia de infraestructuras y espacios públicos seguros y accesibles para el bienestar, que promuevan la igualdad de oportunidades, la vitalidad y dinamismo territorial, y el fomento de las premisas del urbanismo de proximidad con enfoque de salud pública.

#### Iniciativas:

- Equipamientos básicos sociales para los territorios: dotación, mantenimiento y construcción de equipamientos educativos, salud, culturales, recreación y deporte.
- Equipamientos básicos comunitarios para los territorios: dotación, mantenimiento y construcción de equipamientos para el desarrollo comunitario y asistencia, y social.
- Equipamientos para la prestación de servicios públicos: dotados y mantenidos.
- Espacio público para el esparcimiento y el encuentro.
- Entornos adecuados para la experiencia del territorio de niños y niñas, personas mayores y personas con discapacidad.
- Caminos para la vida: mejoramiento y construcción de vías secundarias y terciarias.
- Caminos de herradura y moto-rutas.
- Caminos ancestrales: organización y mantenimiento de infraestructura vial para acceso a territorios indígenas.
- Nodos de salud interregionales.

### 1.7. Priorización de los problemas en salud y sus determinantes sociales para la toma de decisiones en salud basadas en el Análisis de Situación de Salud

#### 1.7.1. Introducción

Los ASIS se han concebido como una herramienta fundamental que permite disponer a distintos actores del sistema de salud y de otros sectores interesados, información y conocimiento confiable, actualizado y pertinente sobre las condiciones y necesidades de salud de la población a la luz de las características y contextos que enmarcan las distintas dinámicas poblacionales y territoriales presentes en el país. Bajo esta premisa, se establece que los procesos de toma de decisiones, la planificación y gestión de políticas e iniciativas que a nivel nacional, departamental y municipal se desarrollan con el objetivo de mejorar la salud de la población, deben hacer uso de los resultados de los ASIS.

Así, esta herramienta se convierte en un insumo básico, que a partir de un importante número de indicadores y de métodos de análisis cuantitativos, contribuye a orientar respuestas efectivas a las necesidades de salud y a direccionar las inversiones de tal forma que se optimicen los recursos disponibles.

La priorización intenta responder al cómo invertir los recursos públicos disponibles para lograr el mayor bienestar posible en la población. Además, busca que la toma de decisiones de asignación de recursos sea participativa, a través de la participación de todos los actores involucrados.

En este informe se presentan los problemas identificados en la formulación del ASIS 2023 los cuales han sido abordados mediante la ejecución de los planes, programas y proyectos con el objetivo de incidir en la salud de la población. Se presenta la información que fue priorizada, así como los avances obtenidos en la vigencia.

#### 1.7.2. Generalidades

Políticas posteriores a la expedición de la Resolución 1536 de 2015 que adoptó la elaboración de los ASIS, han hecho evidente el uso de los resultados este proceso. Es el caso de la Política de Atención Integral en Salud PAIS, expedida mediante la Resolución 429 de 2016. Esta política definió el Modelo de Atención Integral en Salud MIAS como el marco operacional que integra un conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que tienen el propósito coordinar las acciones necesarias entre los distintos integrantes del SGSSS para garantizar la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población, teniendo en





cuenta las prioridades y metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública y los Planes Territoriales de Salud.

El MIAS propone el desarrollo de un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Estas constituyen una “herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación”(Resolución 429 de 2016).

Para el desarrollo anterior la Resolución 3202 de 2016 adoptó el “Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS”. Este manual establece 10 pasos para la construcción de las RIAS. Cada paso contiene actividades que van desde la conformación de los equipos responsables de planear y desarrollar las RIAS hasta la descripción de las actividades que permitirían su implementación. En esta resolución puede observarse que los ASIS aparecen de forma explícita como un insumo que apoya la Identificación/Priorización del grupo de riesgo o evento (numeral 3.1.2;Pg.29), en el cual se menciona “Para la identificación y conformación de grupos de riesgo se debe partir del Análisis de la Situación de Salud Territorial — ASIS, como insumo para identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales o en el caso de las aseguradoras mediante la caracterización poblacional, orientando así los grupos objetivo que se deben gestionar”. Se suma a lo anterior, las actividades relacionadas con la caracterización de los grupos de riesgo para los cuales se diseñarán las acciones e intervenciones incluidas en las RIAS.

### 1.7.3. Objetivo general

Priorizar los problemas en salud y sus determinantes sociales para la toma de decisiones en salud basadas en el Análisis de Situación de Salud en Antioquia.

#### 1.7.3.1. Objetivos específicos

- Identificar los principales efectos de salud que aquejan a la población del departamento y sus determinantes
- Reconocer los problemas que aquejan a la población y fortalecer su definición
- Formular el problema como una situación negativa que debe ser cambiada, definiendo la población afectada, costo, consecuencias y magnitud expresada de acuerdo con los

indicadores contemplados en el ASIS.

- Plantear los aspectos que deben ser modificados para lograr la transición de la situación actual a la situación deseada.

### 1.7.4. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA.

#### 1.7.4.1. ENCUENTROS SUBREGIONALES.

El Ministerio de Salud y Protección social en liderazgo de la Dirección de Epidemiología y Demografía, llevan a cabo el encuentro regional en Antioquia los días 13 y 14 de diciembre, cuyo propósito fue realizar análisis conjunto de la situación de salud permitiendo el reconocimiento de necesidades a nivel de las sub regiones, insumo que aporta a la toma de decisiones en el departamento. Se realiza convocatoria a representantes de las Entidades Sociales del Estado, Direcciones y secretarías locales de salud, líderes, lideresas, representantes de organizaciones étnicas (Indígenas, NARP), así como de Organizaciones de base comunitaria, Academia y Equipos de planeación y salud pública de Antioquia.

Se da inicio a la actividad con una contextualización en el marco del PDSP 2022-2031 y el Análisis de Situación de Salud. En cabeza del equipo técnico del grupo de planeación en salud pública se realiza la presentación del panorama general del PDSP 2022-2031 y la actualización de la metodología para la elaboración del Análisis de Situación de Salud Participativo en el marco de la Planeación Territorial en Salud para el periodo 2024-2027.

Posteriormente, se identifican los roles que desempeñan los actores participantes en el encuentro (dibujante, moderador, relator y apoyo logístico), de tal manera que permita definir el aporte que se espera generar en el espacio y establecer cuál es el canal de comunicación establecido o por establecer. Previamente se realiza asignación de los asistentes a cada una de las subregiones del departamento, teniendo en cuenta los municipios procedentes y/o su vinculación en temas relacionados con el territorio asignado, conformando en total 9 grupos de trabajo.

En este punto, se definen las situaciones que generan problemáticas o efectos protectores claves presentes en el departamento y cada una de las subregiones; se indica se trace la ubicación gráfica mediante las convenciones previamente definidas en el croquis de la región, buscando dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué lugares reconoce en el mapa (Geográfico e infraestructura)
- ¿Cuáles son las dinámicas de seguridad, supervivencia y bienestar?
- ¿Cuáles son las zonas en las que se siente en riesgo y en cuales se siente protegido?

Y a partir de esta identificación desarrollar el ejercicio de cartografía social con el uso de unas preguntas orientadoras que permitan activar el ejercicio teniendo como ordenadores para el reconocimiento de necesidades los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031 como hoja de ruta en Salud Pública adoptada como la política de estado en el tema.

- ¿Cuáles son las principales problemáticas en salud?
- ¿Los oficios u ocupaciones generan afectaciones en salud de la población?
- ¿Qué factores están afectando la salud de los pobladores?
- ¿Qué riesgos se identifican en el territorio, que puedan afectar a corto o largo plazo la salud de los pobladores?
- ¿Qué propondría para mejorar dichas problemáticas?
- Al finalizar, se realiza el diligenciamiento la relatoría de los aportes recogidos en el ejercicio participativo y con ello, generar las conclusiones frente a las necesidades identificadas y el planteamiento de propuestas para el trabajo sectorial e intersectorial.

### 1.7.4.2. APLICACIÓN METODO HANLON SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD

El método Hanlon es un instrumento que proporciona un enfoque más preciso para la asignación de prioridades a los programas de salud pública, a través de la clasificación de los problemas con base a la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención<sup>23</sup>. Este método constituye una tecnología en salud para la toma de decisiones adecuadas; aplica una fórmula basada en criterios preestablecidos: a mayor puntaje, mayor prioridad <sup>24</sup>.

$$(A+B) CxD^{25}$$

B. Magnitud del problema (# grupo/población)

C. Severidad del problema (evaluar todos los problemas y se obtiene la media)

D. Eficacia de la solución (escala 0,5 – 0 – 1,5; 0,5 = difícil solución; 1,5 = existe solución posible)

E. Factibilidad del programa de intervención

<sup>23</sup> Choi BCK, Maza RA, Mujica OJ, PAHO Strategic Plan Advisory Group, PAHO Technical Team. The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e61. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.61>

<sup>24</sup> Cruz GV, Fernández AR, López FJF. Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención. waxapa. 2012;4(6):80-91.

<sup>25</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Documentos Técnicos de investigación e Innovación en salud pública del INS. Priorización en investigación en salud pública. Colombia, 2017. Disponible en [https://www.ins.gov.co/Direcciones/Investigacion/Documents/PRIORIZACION\\_EN\\_INVESTIGACION\\_EN\\_SALUD\\_PUBLICA\\_03\\_08\\_2017.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/Investigacion/Documents/PRIORIZACION_EN_INVESTIGACION_EN_SALUD_PUBLICA_03_08_2017.pdf)

La puntuación asignada a cada uno de los criterios definidos en el método Hanlon, son los siguientes:

- Magnitud: 0 a 10 puntos
- Severidad: 0 a 10 puntos
- Efectividad: 0,5 a 1,5 puntos
- Factibilidad del programa de intervención
- Pertinencia: 0 a 1 punto
- Economía: 0 a 1 punto
- Recursos: 0 a 1 punto
- Legalidad: 0 a 1 punto
- Aceptabilidad: 0 a 1 punto

### 1.7.5. RESULTADOS

Teniendo en cuenta la información obtenida en los capítulos previos del ASIS, (caracterización de los contextos territorial y demográfico, y abordaje de los efectos en salud y sus determinantes) y con base en lo descrito en la guía metodológica del ASIS<sup>26</sup>, se hizo el reconocimiento de los principales efectos de salud que aquejan a la población y sus determinantes y además se fortalecerá su definición, siendo este último el paso más importante para la priorización; el problema se formuló como una situación negativa que debe ser cambiada y debe definir la población afectada, costo, consecuencias y magnitud expresada de acuerdo con los indicadores contemplados en los capítulos anteriores, planteando los aspectos que requieren modificación para lograr la transición de la situación actual a la situación deseada.

La priorización de los problemas involucró las actividades ejecutadas el 10/11/2023 y el 13 y 14/12/2023; para ello se anexa al presente informe los soportes como actas, fotografías y listados de asistencia de las actividades ejecutadas para ello.

#### 1.7.5.1. Noviembre 10 de 2023: Priorización de problemas Método Hanlon, Secretaría Seccional de salud de Antioquia

Tabla 54. Noviembre 10 de 2023: Priorización de problemas Método Hanlon, Secretaría Seccional de salud de Antioquia

<sup>26</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales. 2014

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Problema	Magnitud (0-10)	Severidad (0-10)	Efectividad (0,5-1,5)	Factibilidad (1=SI / 0=NO)					Puntuación
				Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad	
En el Departamento de Antioquia continúa presentándose mortalidad evitable en niños y niñas menores de 5 años	8	9	1,0	1	1	1	1	1	15
La capacidad analítica del Laboratorio Departamental de salud pública de Antioquia es insuficiente para dar respuesta a las necesidades del Sistema de Vigilancia en salud pública en el marco de la seguridad sanitaria.	7	8	1,0	1	1	1	1	1	13
Modelo de Inspección Vigilancia Control Sanitario de los Sistemas de Acueductos e Instalaciones Acuáticas limitado para evaluar riesgo sanitario y notificación oportuna para la toma de medidas preventivas y correctivas lo que incide sobre la salud de la comunidad antioqueña que utiliza estos servicios.	7	8	1,1	1	1	1	1	1	12
En el Departamento de Antioquia existen barreras de acceso y deficiente calidad en la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva, para la maternidad segura, prevención de embarazo en adolescentes, violencias sexuales, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.	7	8	1,0	1	1	1	1	1	12
En el Departamento de Antioquia la gestión relacionada con el proceso de inspección y vigilancia de las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo individual y colectivo a cargo de las EAPB, entes territoriales ha sido asumida de manera parcial y desarticulada.	7	7	1,1	1	1	1	1	1	12
Deficiencias en la gestión integral de enfermedades zoonóticas en el Departamento de Antioquia.	6	6	1,1	1	1	1	1	1	12
Incremento de accidentes de tránsito y su impacto en la salud pública en Antioquia	8	8	0,9	1	1	1	1	1	12
Incumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud de los requisitos mínimos esenciales para brindar a los usuarios una atención en condiciones de seguridad, calidad y oportunidad, en el Departamento de Antioquia.	8	8	1,0	1	1	1	1	1	12
En Antioquia hay dificultades de acceso a los servicios de salud para la población no afiliada que es responsabilidad del Departamento y para la población afiliada sistema general de seguridad social; la situación se agudiza por la insuficiencia de los recursos en la entidad territorial para asumir las atenciones que requieren las personas que manifiestan no tener capacidad de pago.	7	8	1,0	1	1	1	1	1	11

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Problema	Magnitud (0-10)	Severidad (0-10)	Efectividad (0,5-1,5)	Factibilidad (1=SI / 0=NO)					Puntuación
				Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad	
Presencia de las enfermedades transmisibles que deterioran el bienestar de la población Antioqueña.	8	8	0,9	1	1	1	1	1	11
Alta mortalidad por enfermedades no transmisibles en el departamento de Antioquia	8	8	0,8	1	1	1	1	1	11
Inadecuadas condiciones sanitarias en los establecimientos que ofrecen bienes y servicios en cada uno de los municipios categoría 4, 5 y 6, además de la propagación de eventos de interés en salud de importancia nacional e internacionales	7	7	1,1	1	1	1	1	1	11
El departamento presenta altas tasas de morbimortalidad por eventos relacionados con la convivencia y salud mental	8	8	0,8	1	1	1	1	1	11
Alto número de enfermos de malaria, dengue, leishmaniasis y enfermedad de Chagas en Antioquia	7	8	0,9	1	1	1	1	1	11
Pérdida de liderazgo de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en el proceso de planeación interna y frente a los actores del sistema en el Departamento.	6	6	1,1	1	1	1	1	1	11
Incipiente articulación e inexistente interoperabilidad entre los desarrollos de TI por parte de la secretaría y los diferentes actores del sector salud, en el departamento de Antioquia	6	7	1,0	1	1	1	1	1	11
En la SSSA no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes, además no se cuenta con el suficiente recurso humano para cumplir la misión, y baja cobertura en los programas de bienestar laboral para sus funcionarios, jubilados y beneficiarios directos.	6	7	1,2	1	1	1	1	1	10
Débil capacidad de gestión administrativa en salud, en las emergencias y desastres, desde el nivel sectorial e intersectorial en el departamento de Antioquia	7	7	1,1	1	1	1	1	1	10
La deficiencia de un sistema efectivo de vigilancia epidemiológica basada en la comunidad en Antioquia está comprometiendo la capacidad de prevenir y responder a las enfermedades transmisibles y no transmisibles de manera oportuna	6	7	1,1	1	1	1	1	1	10
Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población antioqueña.	7	7	1,0	1	1	1	1	1	10
Difícil acceso a los servicios sociales por parte de comunidades vulnerables en el Departamento de Antioquia.	7	7	1,0	1	1	1	1	1	10

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Problema	Magnitud (0-10)	Severidad (0-10)	Efectividad (0,5-1,5)	Factibilidad (1=SI / 0=NO)					Puntuación
				Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad	
Deficiencia en las condiciones sanitarias y uso inadecuado de los productos farmacéuticos en el departamento de Antioquia	5	6	1,1	1	1	1	1	1	10
Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población que se encuentra expuesta a los factores de riesgo químico en los diferentes entornos, comportamientos humanos, manejo inadecuado o inseguro de estas sustancias en el Departamento de Antioquia.	7	7	0,9	1	1	1	1	1	10
Incremento de tasa de mortalidad evitable en el departamento refleja un desafío crítico para la salud pública y la equidad en el acceso a servicios de atención médica, poniendo en peligro la vida y el bienestar de los habitantes, especialmente en ciertos grupos demográficos y regiones con tasas desproporcionadamente altas de fallecimientos prevenibles. Esta problemática es agravada por la insuficiente promoción de la salud, la falta de conciencia de las prácticas saludables y la desigualdad en la disponibilidad y calidad de los servicios de atención médica	8	8	0,8	1	1	1	1	1	10
Malnutrición por déficit, por exceso o carencia específica en diferentes grupos poblacionales, en el Departamento de Antioquia	9	9	1,0	1	1	1	1	1	10
Exclusión social de la población con discapacidad en el Departamento de Antioquia	7	7	1,0	1	1	1	1	1	10
Población sin afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Antioquia	3	5	1,2	1	1	1	1	1	10
Condiciones sanitarias inadecuadas en los procesos de elaboración, conservación almacenamiento, comercialización, expendio y transporte de los alimentos en los municipios categoría 4,5 y 6 del departamento de Antioquia	6	6	1,0	1	1	1	1	1	9
Deficiente atención de las personas mayores en los Centros de Protección Social, Instituciones de Atención y Centros Día/Vida, que no contribuyen a la protección, promoción y defensa de sus derechos en el Departamento de Antioquia	6	6	1,2	1	1	1	1	1	9
Deficiente participación de la ciudadanía en los procesos de Gestión Pública en Salud en el Departamento de Antioquia	7	7	1,0	1	1	1	1	1	9
Implementación Telemedicina, conectados para cuidar la salud y la vida de la población de Antioquia	6	6	1,0	1	1	1	1	1	9

Problema	Magnitud (0-10)	Severidad (0-10)	Efectividad (0,5-1,5)	Factibilidad (1=SI / 0=NO)					Puntuación
				Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad	
Deterioro de las condiciones sanitarias y ambientales que afectan la salud de la población Antioqueña.	7	7	1,0	1	1	1	1	1	8
Necesidad de una gestión intersectorial más efectiva y una mayor participación social en salud y seguridad laboral en el sector informal	7	7	0,9	1	1	1	1	1	8
Inadecuada prestación de servicios de salud que no responde a las necesidades y expectativas de la población del Departamento de Antioquia	7	7	0,9	1	1	1	1	1	8
Deficiencia en el conocimiento y acceso de la información en salud en el Departamento de Antioquia.	5	5	1,1	1	1	1	1	1	7
Baja capacidad de adaptación, preparación y apropiación frente a los impactos en salud asociados a la crisis climática y calidad del aire en el Departamento de Antioquia	7	8	0,8	1	1	1	1	1	7
En el departamento de Antioquia se continúan evidenciando entornos familiares y comunitarios con necesidades insatisfechas, que impactan negativamente el perfil de morbimortalidad de la población en todo el curso de vida, afectando el desarrollo de capacidades, competencias ciudadanas y comunitarias y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.	7	8	0,8	1	1	1	1	1	7
Poca implementación de Modelos de acción integral territorial en salud en el departamento de Antioquia respecto al enfoque diferencial étnico y con enfoque de género	5	6	0,9	1	1	1	1	1	6
Vulneración de los derechos y protección social de los habitantes de calle en el Departamento de Antioquia.	5	6	0,8	1	1	1	1	1	5
Poca capacidad de respuesta en el Departamento de Antioquia, frente a la creciente incidencia del COVID 19 como Enfermedad emergente y desconocida, con un alto nivel de transmisibilidad y de contagio entre persona y persona.	5	5	1,0	1	1	1	1	1	4

### 1.7.5.2. Diciembre 13 y 14 de 2023, Ministerio de Salud y Protección social, Encuentros regionales para la elaboración de la cartografía social.

Después de realizar un análisis detallado sobre la situación en cada una de las subregiones de Antioquia, se pueden identificar varias conclusiones que abordan los desafíos actuales y las estrategias propuestas para el desarrollo sostenible en el departamento.



Ilustración 1. Encuentro regional 13 de diciembre 2023, Salón San Agustín, Medellín.



Ilustración 2. Encuentro regional 14 de diciembre 2023, Salón San Agustín, Medellín.



## 1.7.5.2.1. Valle de Aburrá

### Desafíos Actuales:

- Ruralidad Persistente en Corregimientos Urbanos: aunque se encuentren en áreas urbanas, muchos corregimientos mantienen características de ruralidad, dificultando el

- acceso a servicios de salud.
- Complejidad Geográfica y Concentración Poblacional: la subregión presenta una complejidad geográfica marcada por la presencia del río Medellín y la alta concentración poblacional de 10 municipios. Esto genera retos en términos de movilidad, contaminación y calidad de vida.
  - Problemas Estructurales en Afiliación y Aseguramiento: trabajadores sexuales, vendedores ambulantes y poblaciones especiales enfrentan dificultades para acceder a la afiliación y aseguramiento en el régimen subsidiado.
    - Se evidencian brechas en la calidad, oportunidad y disponibilidad de servicios entre los regímenes subsidiado y contributivo, afectando a la población en régimen subsidiado.
  - Inestabilidad en Red de Prestadores de Servicios de Salud: cambios aleatorios en las EAPB generan falta de autonomía y afectan el acceso a medicamentos y atención especializada, desestimulando la consulta médica.
    - La centralización de servicios de salud afecta la atención a personas habitantes de calle y requiere un replanteamiento para abordar las necesidades de la población trans y trabajadores sexuales.
  - Falta de Humanización en la Atención de Salud: la atención de salud carece de enfoque diferencial, persistiendo actitudes racistas, homofóbicas y clasistas en el personal asistencial, administrativo y de apoyo.
  - Seguridad Pública y Calidad Ambiental: aunque la subregión se destaca en seguridad en salud y cuenta con una infraestructura hospitalaria significativa, enfrenta desafíos en seguridad pública, como delincuencia común, organizaciones criminales y micro tráfico. Además, la contaminación del aire afecta la salud respiratoria de la población.
  - Dificultad en Autorreconocimiento de Comunidades Étnicas: comunidades étnicas enfrentan dificultades en el autorreconocimiento para registros en salud, llevando a la invisibilización y falta de atención específica.
  - Problemáticas de Salud: se identifican diversas problemáticas de salud, incluyendo enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental (uso de sustancias psicoactivas, violencia basada en género), accidentes de tránsito y deficiencias en la prestación de servicios de salud, como infecciones asociadas a la atención y falta de atención integral a las personas mayores, población migrante y en situación de habitantes de calle.
    - a. La población privada de la libertad no recibe servicios de salud dignos, enfrentando condiciones graves antes de ser atendida y careciendo de acceso oportuno a citas y medicamentos.

- b. La migración desde otros municipios y países vecinos ha saturado la capacidad de servicios de salud, especialmente en Medellín, generando insuficiencias en la atención.
- Estilo de Vida y Factores Ambientales: el estilo de vida sedentario, el estrés y una mala alimentación contribuyen a problemas de salud. Además, los riesgos ambientales, como la gentrificación y la falta de acceso a servicios públicos en zonas periféricas, generan impactos a largo plazo.

### Estrategias propuestas:

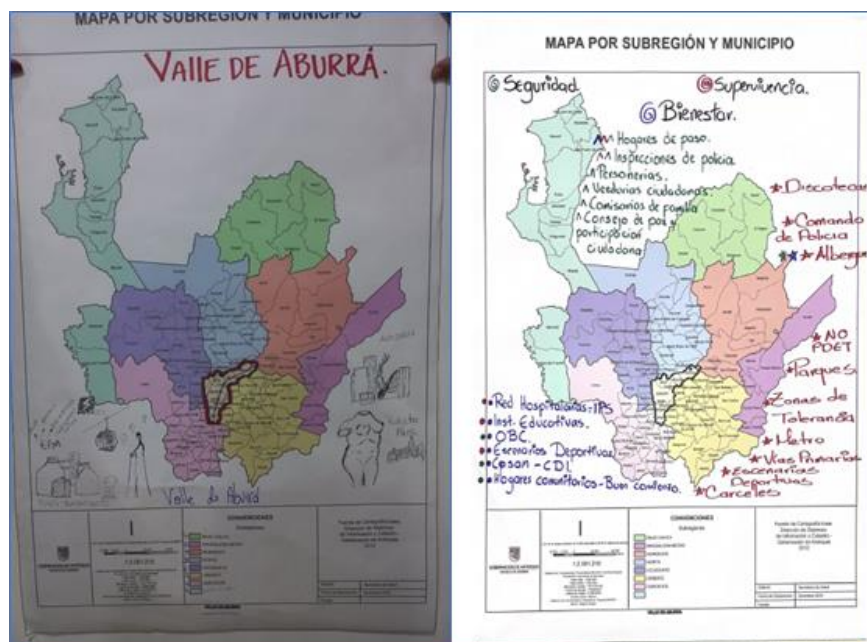
- Capacitación en Salud con Enfoque Diferencial: implementar programas de capacitación para el talento humano en salud, asegurando un enfoque diferencial y evitando prácticas discriminatorias.
- Fortalecimiento de Organizaciones de Base Comunitaria: fortalecer y reconocer el trabajo de las organizaciones de base comunitaria, especialmente aquellas relacionadas con VIH y diversidad sexual.
- Humanización de la Atención en Salud: promover la humanización en la atención de salud, combatiendo actitudes racistas, homofóbicas y clasistas, y fortaleciendo el enfoque diferencial.
- Fortalecimiento de Atención Primaria en Salud: fortalecer la atención primaria en salud, considerándola como integral y no solo como primer nivel, para abordar eficazmente las necesidades de la población.
- Atención Integral con Enfoque Diferencial: garantizar una atención integral con enfoque diferencial, especialmente en temas de salud mental, diversidad étnica, y situaciones de vulnerabilidad.
- Revisión de Indicadores y Contratos: revisar los indicadores de calidad de salud y garantizar la continuidad de contratos entre entes territoriales, asegurando una atención de calidad y humanizada.
- Atención a Personas en Situación de Calle: fortalecer estrategias y albergues para atender integralmente a la población en situación de calle, considerando la migración de otros municipios.
- Subsidios para Migración: evaluar la posibilidad de acuerdos de subsidios para atender las necesidades de salud generadas por la migración, distribuyendo equitativamente los recursos.
- Rutas de Atención y Sensibilización: crear rutas de atención para eventos de discriminación y sensibilizar sobre la diversidad étnica, sexual y de género en todas las



instancias del sistema de salud.

- **Articulación Interinstitucional:** promover la articulación entre familia, servicios de salud y instituciones educativas para atender de manera efectiva a personas mayores y víctimas de acoso escolar.
- **Enfoque en Estilo de Vida Saludable:** implementar programas que promuevan un estilo de vida saludable, fomentando la actividad física, la alimentación balanceada y la gestión del estrés para abordar enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida.
- **Atención Integral a la Salud Mental:** desarrollar intervenciones específicas para mejorar la salud mental de la población, abordando problemas como el intento de suicidio, el uso de sustancias psicoactivas y trastornos mentales.
- **Intervención Institucional por Grupo Familiar:** implementar programas de intervención institucional que se centren en el grupo familiar, abordando problemáticas de salud desde una perspectiva integral que involucre a toda la familia.
- **Educación en la Comunidad:** iniciar programas educativos desde las primeras etapas de la vida para mejorar la implementación de estrategias de prevención de enfermedades transmisibles y resistencia a los antimicrobianos.
- **Intersectorialidad para el Abordaje Integral:** fomentar la colaboración intersectorial entre áreas como medio ambiente, nutrición y educación para abordar de manera integral los riesgos y desafíos identificados.
- **Cambio Cultural:** implementar estrategias para cambiar creencias culturales arraigadas que puedan contribuir a estilos de vida no saludables, promoviendo una cultura de bienestar y prevención

Ilustración 3. Croquis Subregión Valle de Aburra, Antioquia: Derecha (13-12-2023) Representantes Secretaria Seccional de Salud de Antioquia; Izquierda (14-12-2023) Representantes ESE, Direcciones Locales, Organizaciones de base comunitaria, Poblaciones especiales (grupos étnicos, LGBTQ+, Víctimas, Migrantes)



## 1.7.5.2.2. Urabá

### Desafíos Actuales:

- Complejidad Geográfica y Migración: Urabá enfrenta desafíos geográficos complejos, como la presencia del Mar Atlántico, el río Atrato y la alta movilidad de migrantes. El fenómeno migratorio proveniente del Tapón del Darién presenta desafíos en términos de control sanitario, con riesgos de propagación de enfermedades.
- Contaminación del Río Atrato: la contaminación del río Atrato con mercurio, relacionada con la minería, afecta la salud de la población al consumir pescados contaminados.
- Desafíos Climáticos: las condiciones climáticas cálidas propician la propagación de enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria y el dengue.
- Determinantes Sociales de la Salud: factores como la baja cobertura de agua y alcantarillado, el uso intensivo de agroquímicos, el desplazamiento por conflicto armado y la minería afectan la salud de la población y generan problemas como malaria, dengue, alta mortalidad materna y desnutrición.
- Economía y Oficios Vulnerables: la economía de Urabá está marcada por la minería, la exposición a agroquímicos en las bananeras y la presencia de transportadores informales. Estos factores contribuyen a condiciones laborales riesgosas y altas tasas de accidentalidad.

- Baja Capacidad Resolutiva y Gestión Administrativa: la baja capacidad resolutiva en la prestación de servicios de salud y la gestión administrativa limitada desde las administraciones municipales son desafíos que deben abordarse para mejorar la calidad de vida de la población.
- Desnutrición y Obesidad: la región enfrenta problemas duales de desnutrición y obesidad, destacando la necesidad de promover estilos de vida saludable y mejorar la educación nutricional.
- Talento Humano y Tercerización: la tercerización de servicios de salud y la falta de oportunidades para intervenciones colectivas afectan la capacidad de respuesta y prevención en la región.

### Estrategias propuestas:

- Políticas de Salud Ajustadas a Necesidades Locales: desarrollar políticas públicas integrales en salud, ajustadas a las necesidades reales de la población, con énfasis en la participación activa de los pueblos indígenas.
- Fortalecimiento de la Red Hospitalaria: fortalecer la red hospitalaria, incluyendo a Vigía del fuerte y Murindo, con un enfoque en la calidad de los servicios de salud y la presencia activa de la gobernación para un acompañamiento más efectivo.
  - a. Invertir en fortalecimiento de hospitales locales y promover la formación de talento humano en salud para mejorar la capacidad de respuesta a nivel local.
  - b. Impulsar la descentralización de servicios de salud, disminuyendo la dependencia de Medellín y fortaleciendo la capacidad de respuesta local a través de intervenciones colectivas.
  - c. Evaluar y mejorar los procesos de tercerización de servicios de salud, garantizando una planificación efectiva de intervenciones colectivas y una respuesta oportuna a las necesidades de la comunidad.
- Desarrollo Sostenible de la Economía: impulsar estrategias para un desarrollo económico sostenible, diversificando las fuentes de empleo y asegurando condiciones laborales seguras, especialmente en sectores como la minería y las bananeras.
  - Desarrollar programas para mitigar los impactos de la minería en la contaminación del río Atrato, incluyendo monitoreo constante y medidas de protección a la salud.
- Gestión Ambiental y de Riesgos: implementar medidas efectivas de gestión ambiental para abordar la exposición a agroquímicos, la calidad del agua y los riesgos geográficos, garantizando la sostenibilidad a largo plazo.



### 1.7.5.2.3. Suroeste

#### Desafíos Actuales:

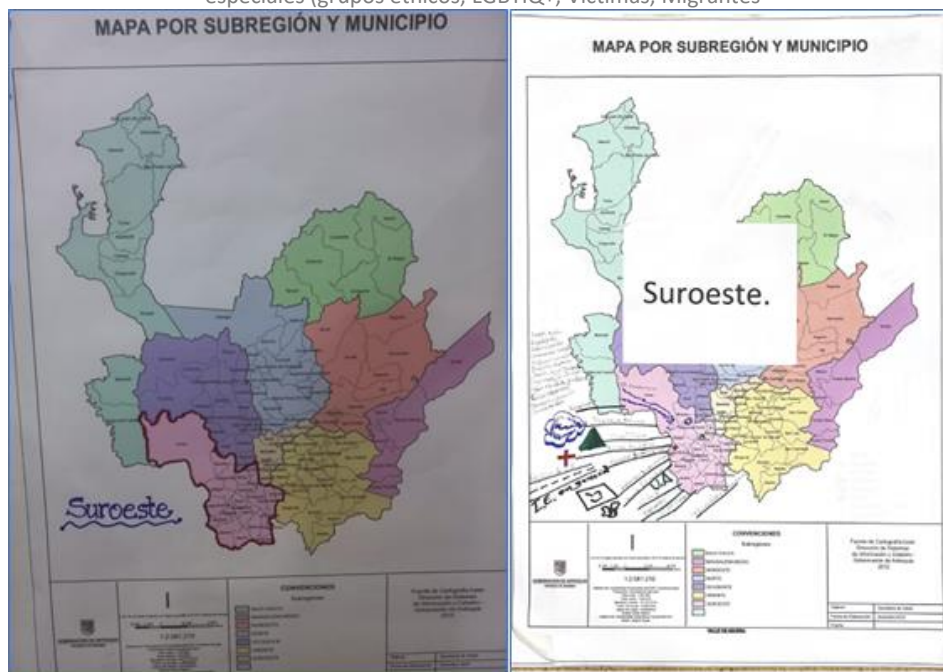
- Presencia de Grupos Armados e Ilegales: la existencia de grupos armados ilegales y el micro tráfico representan amenazas significativas para la seguridad en la subregión, afectando la convivencia y el bienestar de la población.
- Desigualdades Económicas y Desempleo: Escasez económica, desempleo y falta de manejo eficiente en las cosechas, generando inestabilidad financiera y social.
- Migración Estacional y Problemas Asociados: la migración estacional asociada a las cosechas cafeteras genera retos en términos de manejo poblacional, acceso a servicios y gestión de dificultades específicas relacionadas con esta población flotante.
  - a. Elevada presencia de economía informal, con riesgos laborales, enfermedades y accidentes laborales no debidamente controlados.
- Especulación Minera y Cultivo de Aguacate: la especulación minera, especialmente en municipios como Jericó, y el cultivo de aguacate están generando impactos ambientales, tales como el consumo excesivo de agua y el uso de plaguicidas, intoxicaciones por agroquímicos, deslizamientos de tierra y falta de protección personal, son problemas que requieren atención y regulación.
- Riesgos Ambientales y Geográficos: la presencia de zonas propensas a derrumbes e inestabilidad geográfica plantea riesgos ambientales, como inundaciones, crecimiento de enfermedades y deslizamientos de tierra. Es esencial abordar estos desafíos para garantizar la seguridad de la población y sus actividades.
- Corrupción y Burocracia: presencia de corrupción y burocracia en procesos administrativos, afectando la eficiencia de las instituciones y la calidad de los servicios.
- Problemas de Salud Pública: las principales problemáticas de salud incluyen agresiones por animales transmisores de rabia, intentos de suicidio, intoxicaciones, malnutrición e infecciones de transmisión sexual, especialmente en poblaciones indígenas. Del mismo modo, se identifican desafíos en salud materno-infantil, enfermedades cardiovasculares, malnutrición y falta de acceso a servicios de calidad, especialmente para adultos mayores.
- Deficiencias en la Atención Integral en salud: falta de atención integral en salud, con deficiencias en medicina ancestral, falta de especialistas y poca cultura de prevención en la población.
- Cultura del Ahorro y Cotización en Seguridad Social: ausencia de cultura del ahorro y baja cotización en el sistema de seguridad social, especialmente en una población envejecida que demandará mayores cuidados de salud.



### Estrategias propuestas:

- Políticas Públicas Participativas: impulsar políticas públicas integrales con la participación activa de la comunidad para abordar los desafíos locales y promover un desarrollo que tenga en cuenta las necesidades y visiones de la población.
- Acompañamiento a la Producción Agrícola: brindar acompañamiento y apoyo a los procesos de producción agrícola, asegurando prácticas sostenibles y fomentando el desarrollo económico de la región a través de la agricultura.
- Planificación Urbana y Gestión del Cambio Climático: implementar planes de ordenamiento territorial, promover la planificación urbana sostenible y desarrollar estrategias para mitigar los efectos del cambio climático.
- Acceso Equitativo a Servicios de Salud: mejorar el acceso a servicios de salud equitativos en todas las regiones, fortaleciendo la atención materno-infantil y garantizando la presencia de especialistas.
- Regulación de la Explotación Minera y Cafetera: establecer regulaciones efectivas para la explotación minera y cafetera, garantizando prácticas ambientalmente sostenibles y protegiendo los recursos naturales de la región.
  - a. Establecer regulaciones más estrictas en la industria minera, promover prácticas seguras y garantizar la protección de la salud de los trabajadores y del entorno
- Desarrollo Turístico Sostenible: promover el desarrollo turístico sostenible, regulando las actividades turísticas para evitar impactos negativos no deseados, al tiempo que se aprovecha el potencial turístico de municipios como Jericó y Jardín.
- Atención a la Migración Estacional: desarrollar estrategias específicas para abordar los desafíos asociados a la migración estacional, asegurando que esta población temporal cuente con acceso adecuado a servicios básicos y condiciones de vida dignas.
- Fortalecimiento de la Seguridad: implementar estrategias para fortalecer la seguridad en áreas rurales, mejorar la presencia de la fuerza pública y fomentar la colaboración comunitaria.
- Combate a la Corrupción: impulsar medidas anticorrupción, simplificar procesos administrativos y fortalecer la vigilancia y control para garantizar la transparencia en las instituciones.
- Educación y Concientización: fomentar programas educativos y de concientización sobre la importancia de la prevención en salud, la cultura del ahorro y la cotización en seguridad social

Ilustración 5 Croquis Subregión Suroeste, Antioquia: Derecha (13-12-2023) Representantes Secretaria Seccional de Salud de Antioquia; Izquierda (14-12-2023) Representantes ESE, Direcciones Locales, Organizaciones de base comunitaria, Poblaciones especiales (grupos étnicos, LGBTIQ+, Víctimas, Migrantes)



### 1.7.5.2.4. Oriente

#### Desafíos Actuales:

- Riesgos Naturales y Ambientales: la autopista, zonas de erosión, mal estado de vías y espejos de agua representan riesgos significativos, generando accidentes, dificultades en el traslado de pacientes y enfermedades respiratorias.
- Potencial Hidrográfico y Biodiversidad: Oriente se destaca por su impresionante potencial hidrográfico y biodiversidad, convirtiéndose en una región clave para la producción de energía en Colombia. Sin embargo, esta riqueza también presenta desafíos en términos de gestión ambiental y equilibrio ecológico.
- Disparidades en Infraestructura y Servicios: mientras las zonas urbanas gozan de buenos servicios y bienestar, las áreas rurales enfrentan limitaciones en acceso a servicios básicos, saneamiento y educación.
- Envejecimiento Poblacional y Salud Materno-Infantil: la región enfrenta un envejecimiento de la población y preocupantes tasas de mortalidad materno-infantil, especialmente con altas tasas de embarazo adolescente. La salud mental, evidenciada por las tasas de suicidio, es una preocupación significativa.

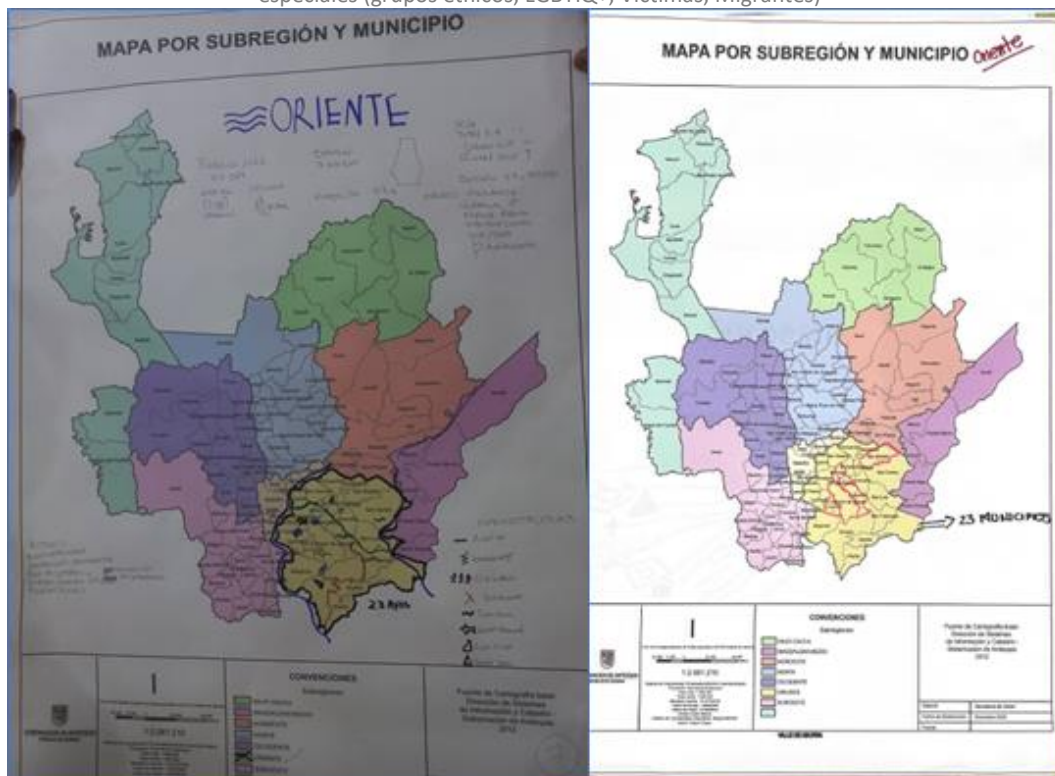
- Diversidad de Zonas con Desafíos Específicos: las zonas del altiplano, aunque económicamente prósperas, presentan desafíos en seguridad privada y ciertas desigualdades. La zona del embalse, dedicada a la generación de energía, enfrenta problemas sísmicos y riesgos asociados. Las zonas rurales enfrentan retos en acceso a servicios básicos.
- Conflictos Armados y Desplazamiento: la persistencia de conflictos armados en algunas áreas resulta en desplazamientos forzados, afectando la seguridad y el bienestar de la población. La falta de acceso a zonas rurales y la presencia de grupos armados generan desafíos significativos, afectando la calidad de vida y la seguridad ciudadana.
- Riesgos Ambientales y Sanitarios: factores como la explosión demográfica, la falta de infraestructura para el crecimiento poblacional, el acceso limitado a agua potable, y la contaminación del aire presentan riesgos para la salud de la población.
  - a. La transición de la agricultura a la floricultura ha generado problemáticas ambientales y de deforestación, afectando la sostenibilidad de la región.

### Estrategias Propuestas:

- Conservación y Aprovechamiento Sostenible: potenciar la conservación de áreas protegidas y cuencas hídricas. Desarrollar estrategias para un aprovechamiento sostenible de los recursos naturales, promoviendo la biodiversidad y la soberanía alimentaria.
- Mejora de la Salud y Bienestar: fortalecer programas de salud ambiental y promoción de hábitos saludables. Aumentar la oferta de profesionales de la salud, especialmente en áreas críticas como psiquiatría, pediatría y ginecología. Mejorar condiciones habitacionales y acceso a servicios de salud en zonas rurales.
- Desarrollo Agrícola Sostenible: promover la producción agrícola orgánica y sostenible para reducir el uso de químicos contaminantes.
  - Impulsar la seguridad alimentaria mediante el fortalecimiento del campo, la tecnificación agrícola y la mejora de la educación rural para aumentar la productividad y bienestar.
- Fortalecimiento Institucional: mejorar la coordinación y articulación entre los municipios. Apoyar y apadrinar a aquellos con debilidades en la red de prestadores de servicios de salud. Fortalecer instituciones para el monitoreo de factores de riesgo y la adaptación al cambio climático.
  - Generar conectividad en las regiones rurales para mejorar el acceso a servicios básicos y promover la equidad en el desarrollo, abordando la brecha entre áreas urbanas y rurales.

- Políticas de Prevención y Mitigación de Riesgos: desarrollar políticas efectivas de prevención y mitigación de riesgos, especialmente en áreas propensas a erosiones, deslizamientos y otros eventos naturales.
- Reforma en Normatividad para el Desarrollo: abogar por una mejor normatividad que fomente el desarrollo local, asegurando que los recursos se queden en la región y no se desvíen hacia otras áreas.
- Preparación y Atención a Emergencias: fortalecer la preparación y atención a emergencias, especialmente en áreas propensas a eventos climáticos extremos. Implementar planes de emergencia hospitalaria y mejorar la coordinación para garantizar una respuesta efectiva.
- Promoción de Sentido de Pertenencia: fortalecer espacios culturales, educativos y recreativos para promover un fuerte sentido de pertenencia entre la comunidad, estimulando la participación activa.
- Bajos Costos para Especializaciones: reducir los costos de especializaciones para fomentar la prevención y el tratamiento de enfermedades específicas presentes en la región.

Ilustración 6 Croquis Subregión Oriente, Antioquia: Derecha (13-12-2023) Representantes Secretaria Seccional de Salud de Antioquia; Izquierda (14-12-2023) Representantes ESE, Direcciones Locales, Organizaciones de base comunitaria, Poblaciones especiales (grupos étnicos, LGBTQI+, Víctimas, Migrantes)



### 1.7.5.2.5. Occidente:

#### Desafíos Actuales:

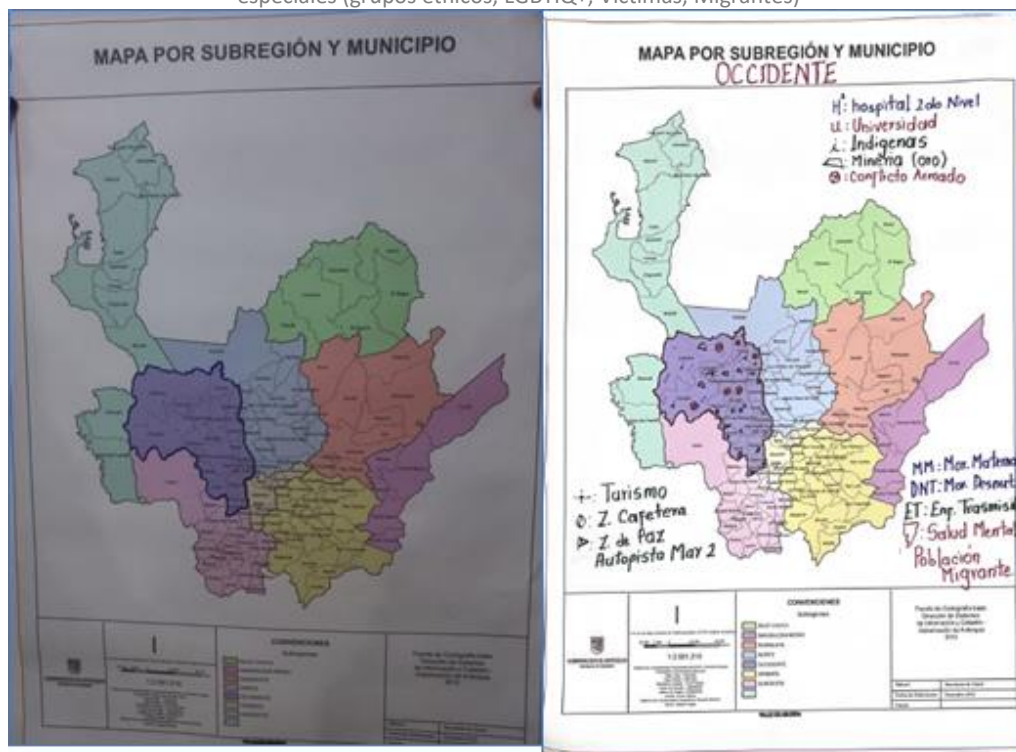
- **Diversidad Territorial y Poblacional:** Occidente se compone de 19 municipios con características territoriales diversas, incluyendo zonas montañosas y dispersas. La presencia significativa de población indígena destaca la diversidad cultural en la región.
- **Dinámicas de Seguridad:** la presencia de grupos al margen de la ley en la subregión crea dinámicas de seguridad complejas, especialmente en corredores viales clave. Las zonas montañosas y de difícil acceso también generan retos adicionales en términos de seguridad. La comunidad enfrenta desafíos psicológicos significativos debido a la violencia histórica, generando un aumento de trastornos mentales y problemas emocionales.
- **Limitada Accesibilidad a Servicios de Salud Mental:** la falta de servicios accesibles y la escasa disponibilidad de profesionales capacitados en salud mental dificultan el acceso de la población a intervenciones adecuadas.
- **Estigma y Falta de Conciencia:** existe un estigma asociado a los problemas de salud mental, lo que impide que las personas busquen ayuda. La falta de conciencia sobre la importancia del cuidado psicológico agrava la situación.
- **Necesidad de Participación Comunitaria:** la falta de participación activa de la comunidad en la identificación de necesidades y diseño de soluciones puede limitar la efectividad de los programas de salud mental.
- **Dificultades Culturales y Sociales:** Factores culturales y sociales complican la implementación de programas efectivos, ya que es necesario adaptarse a las particularidades de la comunidad y superar barreras inherentes.
- **Problemas de Salud Variados:** la región enfrenta una serie de desafíos en salud, desde accidentes laborales hasta enfermedades crónicas y causas externas como diabetes. La violencia intrafamiliar, la presencia de enfermedades como el dengue y la malaria, y las muertes por desnutrición son preocupaciones destacadas.
- **Impacto de Oficios en la Salud:** las actividades como la minería y el transporte informal, especialmente el uso de mototaxis, generan impactos negativos en la salud de la población.
- **Infraestructura y Servicios Esenciales:** la falta de hospitales de mediana y alta complejidad, la ausencia de instituciones educativas de educación superior en la mayoría de los municipios, y el mal estado de las vías son desafíos clave que afectan la calidad de vida de la población.

### Estrategias Propuestas:

- Fortalecimiento de la Seguridad: implementar estrategias para abordar la presencia de grupos armados y mejorar la seguridad en corredores viales críticos. Fomentar la colaboración entre autoridades locales y nacionales para garantizar un entorno más seguro.
- Mejora de la Infraestructura de Salud: invertir en la construcción y mejora de hospitales de mediana y alta complejidad para ofrecer servicios de salud más completos y accesibles. Desarrollar programas de prevención y atención de enfermedades específicas de la región.
- Educación Superior y Técnica: establecer más instituciones educativas de educación superior en la región para reducir la necesidad de desplazarse a otras áreas en busca de educación. Fomentar programas técnicos y universitarios que respondan a las necesidades locales.
- Desarrollo Económico Sostenible: impulsar iniciativas económicas sostenibles que aprovechen la diversidad productiva de la región. Apoyar la agricultura, el turismo y otras actividades económicas que promuevan el desarrollo sin comprometer la salud y el entorno.
- Colaboración Interinstitucional: fomentar la colaboración entre instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y profesionales de salud mental para maximizar la eficiencia y la cobertura de los programas.
- Inclusión de Estrategias Preventivas: introducir estrategias preventivas que aborden los factores de riesgo específicos de la comunidad, con un enfoque en la resiliencia y el fortalecimiento de habilidades emocionales.
- Evaluación Continua y Adaptación: realizar evaluaciones continuas de los programas, recopilando datos y retroalimentación de la comunidad para ajustar estrategias según sea necesario y garantizar la efectividad a largo plazo.
- Atención Específica en Salud: desarrollar programas de atención específicos para abordar las problemáticas de salud identificadas, como la desnutrición infantil y las enfermedades transmitidas por vectores. Promover prácticas saludables y la prevención de enfermedades.
  - a. Diseñar programas de salud mental adaptados a las necesidades específicas de la comunidad, considerando su historia, cultura y condiciones socioeconómicas.
  - b. Establecer centros de atención psicológica en ubicaciones estratégicas, aumentar el número de profesionales de salud mental y garantizar la disponibilidad de servicios para una atención rápida y efectiva.

- c. Implementar campañas educativas para aumentar la conciencia sobre la importancia de la salud mental, reducir el estigma asociado y fomentar la búsqueda de ayuda sin temor al juicio.
- d. Capacitar a profesionales locales, como trabajadores de la salud, maestros y líderes comunitarios, en temas de salud mental para ampliar la red de apoyo y detección temprana

Ilustración 7 Croquis Subregión Occidente, Antioquia: Derecha (13-12-2023) Representantes Secretaria Seccional de Salud de Antioquia; Izquierda (14-12-2023) Representantes ESE, Direcciones Locales, Organizaciones de base comunitaria, Poblaciones especiales (grupos étnicos, LGBTQ+, Víctimas, Migrantes)



### 1.7.5.2.6. Norte:

#### Desafíos Actuales:

- Dependencia Económica en el Sector Agropecuario: el norte de Antioquia enfrenta el desafío de depender en un 90% del sector agropecuario para su economía. La falta de diversificación puede generar vulnerabilidad ante fluctuaciones en el mercado y condiciones climáticas adversas.

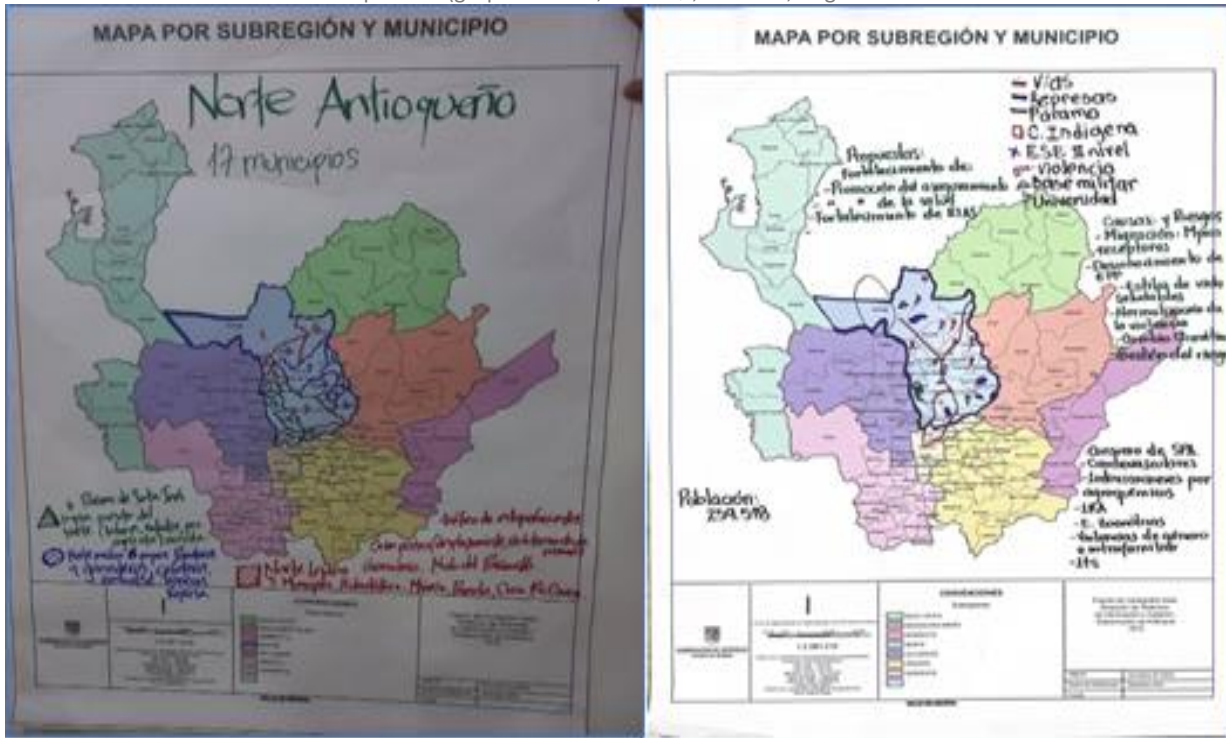
- Envejecimiento de la Población y Desafíos Asociados: la falta de estilos de vida saludables ha contribuido al envejecimiento de la población, generando una mayor prevalencia de enfermedades relacionadas con la edad y la falta de jóvenes en la región.
- Diversidad y Características Específicas: la subdivisión de la subregión en tres zonas (cercano, medio y lejano) resalta las características particulares de cada área, desde la vocación lechera en el norte cercano hasta el complejo hidroeléctrico en el norte lejano.
- Dinámicas de Seguridad: desafíos como el tráfico de estupefacientes, desplazamiento y reclutamiento de menores afectan la seguridad, especialmente en el norte lejano, donde la presencia de grupos armados ilegales es más pronunciada.
- Problemas de Salud Significativos: la adopción de estilos de vida no saludables, como una dieta inadecuada y la falta de actividad física, ha llevado a problemas de salud, incluyendo enfermedades cardiovasculares, malnutrición y achaques en la población adulta; por otra parte, el incremento en los problemas de salud mental también se identifica en este territorio. La minería de asbesto y la exposición al mercurio generan impactos negativos en la salud de la población.
  - a. Violencia y Problemas de Salud Mental: la presencia histórica de violencia y la falta de atención a la salud mental se han convertido en desafíos significativos, afectando la calidad de vida y el bienestar psicológico de la población.
  - b. Problemas de Salud Relacionados con la Agricultura: La falta de conocimiento y uso adecuado de elementos de protección personal en la agricultura y la exposición excesiva a agroquímicos han generado problemas de salud, intoxicaciones y contaminación de cultivos, afectando la calidad de los alimentos.
  - c. Problemas en el Acceso a la Atención de Salud: a pesar de la alta población asegurada, existe un desafío en el acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente en zonas remotas. La falta de conocimiento sobre las rutas de atención contribuye a esta problemática.
- Factores Ambientales y Sociales: la contaminación del agua por agroquímicos, enfermedades de origen hídrico, y la dependencia de la población adulta mayor son desafíos medioambientales y sociales. Por otra parte, la región enfrenta desafíos derivados del cambio climático, como inundaciones y deslizamientos, lo que exige una gestión efectiva de riesgos y adaptación para preservar la salud y seguridad de la población.

### Estrategias Propuestas:



- **Diversidad Productiva y Recursos Hídricos:** la región presenta una diversidad productiva basada en la agricultura y la ganadería, respaldada por la riqueza de recursos hídricos. Estos aspectos pueden ser potenciados para impulsar el desarrollo económico sostenible; además explorar oportunidades en turismo, tecnología y otros sectores para fortalecer la resiliencia económica, permitiría Fomentar la diversificación económica para reducir la dependencia del sector agropecuario.
- **Educación en Prácticas Agrícolas Sostenibles:** Implementar programas educativos para promover prácticas agrícolas sostenibles y el uso seguro de agroquímicos, reduciendo la contaminación y mejorando la salud de la población y la calidad de los productos agrícolas.
- **Turismo y Atractivos Naturales:** el turismo puede ser una fuente importante de desarrollo, aprovechando los atractivos naturales, arquitectónicos, históricos y religiosos presentes en la región.
- **Adaptación al Cambio Climático:** Implementar medidas de adaptación al cambio climático, incluyendo sistemas de alerta temprana, infraestructuras resistentes y programas de gestión de riesgos para minimizar los impactos en la salud y seguridad de la población.
- **Promoción de Estilos de Vida Saludables:** desarrollar campañas de concientización para promover estilos de vida saludables, incentivando la actividad física y una dieta equilibrada, especialmente entre la población adulta.
- **Articulación de Gobiernos Locales:** la histórica articulación de los gobiernos locales en la región es una potencialidad clave que puede ser aprovechada para implementar estrategias conjuntas y eficaces para el desarrollo.
- **Empoderamiento de Mujeres y Organizaciones Sociales:** el empoderamiento de mujeres y organizaciones sociales representa una potencialidad valiosa para promover la participación comunitaria y el desarrollo equitativo en la región.
- **Infraestructura de Salud y Prevención:** la presencia de hospitales de segundo nivel y centros de protección para personas mayores proporciona una base para mejorar la infraestructura de salud. Se destaca la importancia de enfoques preventivos en la salud pública.
- **Fortalecimiento del Acceso a la Atención de Salud:** mejorar la divulgación de las rutas de atención en salud, asegurando que la población conozca y pueda acceder fácilmente a los servicios médicos, especialmente en áreas remotas
- **Programas de Salud Mental:** implementar programas de salud mental para abordar las secuelas de la violencia histórica y promover el bienestar psicológico de la población, con enfoque en la prevención y tratamiento

Ilustración 8 Croquis Subregión Norte, Antioquia: Derecha (13-12-2023) Representantes Secretaria Seccional de Salud de Antioquia; Izquierda (14-12-2023) Representantes ESE, Direcciones Locales, Organizaciones de base comunitaria, Poblaciones especiales (grupos étnicos, LGBTIQ+, Víctimas, Migrantes)



### 1.7.5.2.7. Magdalena medio:

#### Desafíos Actuales:

- Complejidad Geográfica y Riesgos Ambientales: la subregión de Magdalena Medio, conformada por seis municipios, enfrenta desafíos debido a su compleja geografía y la amenaza constante de inundaciones, lo que impacta negativamente en la seguridad y la movilidad de la población.
- Desafíos Socioeconómicos: el desplazamiento frecuente de la población a otros departamentos, dada la dispersión y la falta de servicios locales, genera desafíos socioeconómicos, incluyendo altas tasas de embarazos en adolescentes y limitaciones en la movilidad, impactando negativamente en la calidad de vida.
- Infraestructura de Salud Desigual: la infraestructura de salud en Magdalena Medio presenta desigualdades, con un hospital de mediana complejidad en Puerto Berrio y el resto de los municipios con servicios de baja complejidad.

- **Actividades Económicas y Orden Público Crítico:** aunque la minería aurífera, la extracción de caliza y la actividad petrolera impulsan la economía local, también generan desafíos ambientales significativos, como la deforestación, la contaminación petrolera y la minería ilegal, afectando directamente la salud y el acceso a servicios esenciales, así como la presencia de grupos armados ilegales, lo que afecta negativamente el orden público.
- **Problemas de Salud Diversos:** la población enfrenta problemas de salud como enfermedades no transmisibles, hipertensión arterial, diabetes, desnutrición infantil, embarazos en adolescentes, enfermedades mentales, intentos de suicidio y enfermedades transmitidas por vectores.

Así mismo, la atención médica presenta deficiencias notables, especialmente en la entrega de medicamentos a pacientes crónicos. La dispersión demográfica complica aún más el acceso y/o traslado de los servicios de salud, desde o hacia a las áreas rurales dispersas.

- **Impacto de Oficios y Ocupaciones en la Salud:** las ocupaciones como la extracción de carbón y mármol, junto con el uso de mercurio en la minería, generan problemas respiratorios y afectan la salud de los trabajadores y el medio ambiente.
- **Factores Ambientales Afectando la Salud:** la baja cobertura de agua potable y saneamiento básico, la deforestación, la expansión de áreas para ganadería, la contaminación del aire y la presencia de mercurio en la cadena alimentaria son factores que afectan la salud de los pobladores.

### Estrategias Propuestas:

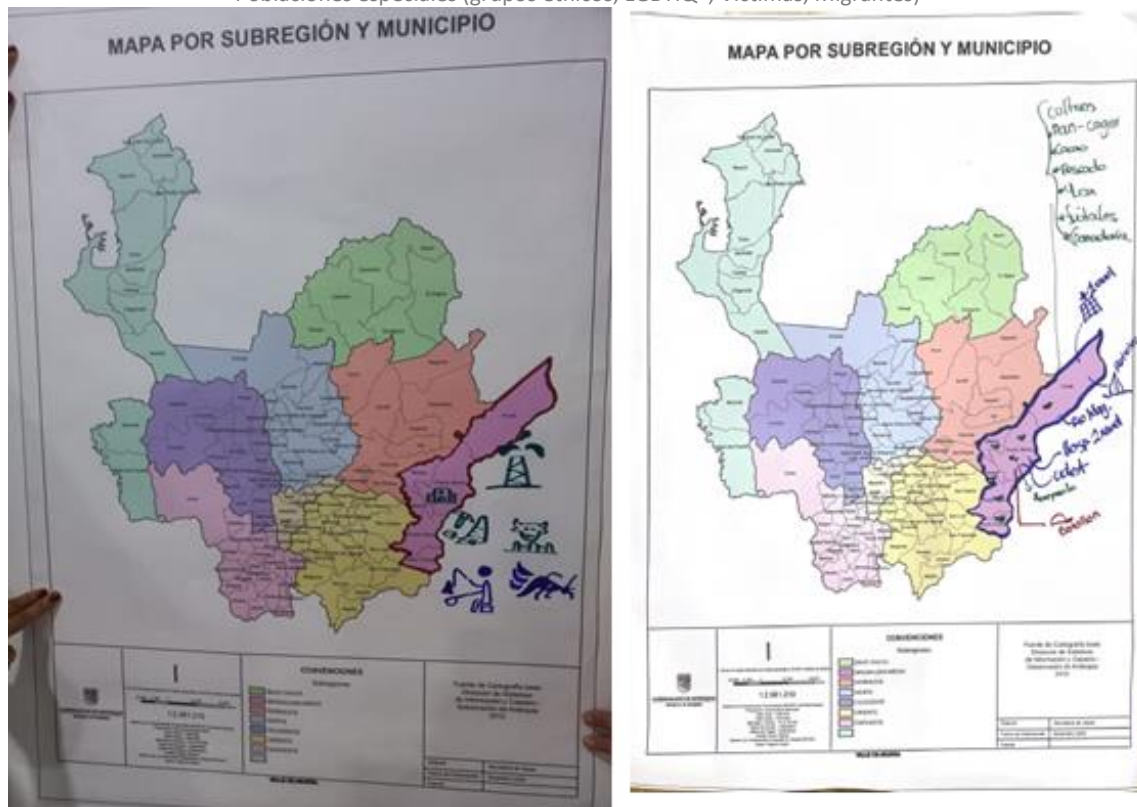
- **Mejora en Infraestructura de Salud:** invertir en mejoras de infraestructura para facilitar el acceso a servicios esenciales y mejorar la movilidad de la población, especialmente en áreas rurales dispersas, para garantizar un acceso equitativo a la atención médica.
- **Rutas Integradas y Movilidad Eficiente:** desarrollar y fortalecer rutas integradas que faciliten el transporte eficiente entre municipios y departamentos, asegurando un acceso más rápido a recursos externos y servicios necesarios.
- **Fortalecimiento del Sector Salud:** aumentar el número de profesionales de la salud y fortalecer los servicios médicos, centrándose en la atención a víctimas y mejorando la disponibilidad de medicamentos, especialmente para pacientes crónicos.
- **Diversificación de la Economía:** promover la diversificación económica mediante la inversión pública y privada en fuentes de empleo diferentes, reduciendo la dependencia de actividades potencialmente perjudiciales como la minería y la ganadería.
- **Intervenciones Ambientales:** implementar medidas para abordar la contaminación ambiental, mejorar la cobertura de planificación familiar y educación en salud



reproductiva, y reducir el uso de agentes químicos que afectan a corto y largo plazo la salud de los habitantes.

- Inversión en Fuentes de Empleo Sostenibles: fomentar la inversión en proyectos de desarrollo sostenible, mejorar las vías de comunicación y proporcionar recursos para crear empleos que no estén relacionados con actividades perjudiciales para la salud y el medio ambiente.
- Fortalecimiento de la Educación en Salud: aumentar la cobertura de la planificación familiar y la educación en derechos sexuales y reproductivos para abordar los problemas de embarazos en adolescentes y promover la salud reproductiva

Ilustración 9 Croquis Subregión Magdalena Medio, Antioquia: Derecha (13-12-2023) Representantes Secretaria Seccional de Salud de Antioquia; Izquierda (14-12-2023) Representantes ESE, Direcciones Locales, Organizaciones de base comunitaria, Poblaciones especiales (grupos étnicos, LGBTQ+, Víctimas, Migrantes)



### 1.7.5.2.8. Bajo Cauca

#### Desafíos Actuales:

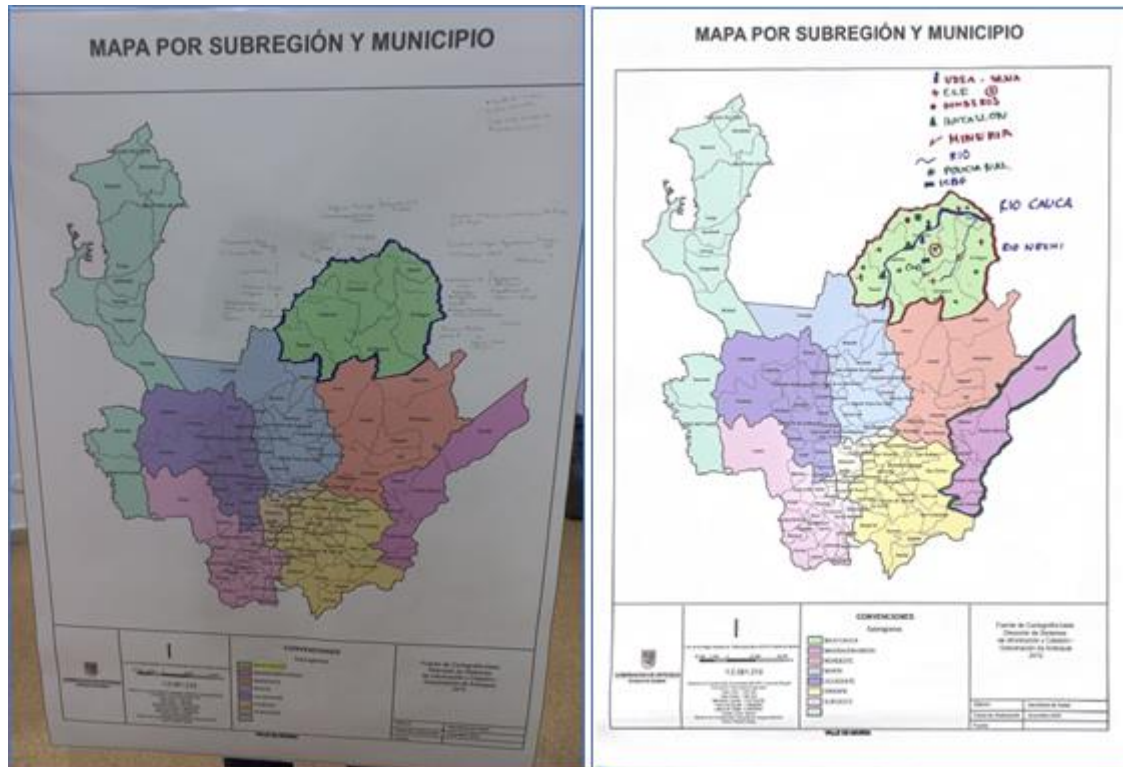
- Alto Riesgo de Seguridad: la presencia de grupos armados en la región, junto con la ubicación estratégica de batallones y la Policía Nacional, presenta un desafío significativo para la seguridad pública; contribuyendo al reclutamiento de menores, deserción escolar, minería ilegal y altas tasas de homicidio y feminicidio.
- Problemas de Salud: la región enfrenta desafíos en salud, como altas tasas de mortalidad materna perinatal, altas tasas de fecundidad adolescente, mortalidad por IRA, desnutrición, intento de suicidio, intoxicaciones y homicidios.
- Salud Pública y Bienestar: enfermedades por mercurio, violencia intrafamiliar y enfermedades no transmisibles.
- Oficios generadores de afectaciones en la salud: minería y cultivos ilegales
- Estructura Demográfica Desfavorable: la predominancia de población joven en la región se traduce en la falta de oportunidades educativas, contribuyendo a la participación en actividades perjudiciales como el reclutamiento por grupos armados y la minería ilegal.
- Afectación Ambiental: las actividades mineras, aunque fundamentales para la economía local ha causado daños significativos al medio ambiente, afectando la flora y fauna. Además, existe un riesgo a largo plazo de contaminación por mercurio en las fuentes de agua, con posibles consecuencias en la salud de la población.
- Infraestructura y Acceso Limitado: La ruralidad dispersa y las vías en mal estado dificultan el acceso a servicios básicos, contribuyendo a la pobreza, la desescolarización y la limitación en la movilidad para cuestiones de salud.
- Recursos Públicos y Saneamiento Deficiente: La escasez de recursos públicos, la minería ilegal y las deficiencias en agua potable y saneamiento plantean desafíos significativos para el desarrollo sostenible.

#### Estrategias Propuestas:

- Seguridad Alimentaria y Salud:
  - a. Inversión estratégica en seguridad alimentaria para combatir la desnutrición.
  - b. Fortalecimiento de la seguridad pública para gestionar la presencia de grupos armados.

- Empoderamiento Femenino: fortalecer el laboratorio de vida para empoderar a las mujeres y generar desarrollo territorial.
- Desarrollo Económico Sostenible:
  - a. Mayor inversión en recursos públicos para proyectos productivos y legales.
  - b. Creación de fuentes de empleo formal para disminuir la dependencia de actividades informales
- Educación y Emprendimiento: fortalecimiento del acceso a la educación para abordar la desescolarización y mejorar la conciencia sobre prácticas saludables y riesgos asociados. Ampliar el número de programas académicos, crear una escuela de emprendimientos mediante huertas, y establecer un distrito integral minero con enfoque diferencial liderado por la Universidad de Antioquia.
- Desarrollo Productivo y Tecnológico: implementar un distrito productivo y tecnológico de arroz y trigo, con énfasis en la disminución de la minería ilegal y aumento de la producción en otras áreas.
- Mejora de Infraestructuras y Acceso:
  - a. Inversiones en infraestructura para mejorar el estado de las vías y facilitar el acceso a servicios básicos.
  - b. Programas educativos y de movilidad para abordar la desescolarización y la limitación en la movilidad.
  - c. Movilidad y Acceso a Mercados: crear movilidad limpia para facilitar el desplazamiento de productos desde la zona rural a la urbana, mitigando pérdidas para las familias rurales.
- Saneamiento Básico y Recursos Hídricos:
  - a. Mejora del saneamiento básico para abordar problemas de salud asociados con el agua y la minería.
  - b. Estrategias para garantizar el acceso a agua potable segura en toda la región.
- Proyectos Medioambientales: reforestar para contrarrestar los efectos negativos de la minería en el medio ambiente, construir viviendas y centros formativos de medioambiental, y ejecutar el proyecto de agua para la vida y la equidad
- Riesgo a Largo Plazo - Contaminación por Mercurio: abordar la amenaza potencial de enfermedades congénitas debido a la contaminación por mercurio mediante la implementación de medidas preventivas y de monitoreo a largo plazo

**Ilustración 10** Croquis Subregión Bajo Cauca, Antioquia: Derecha (13-12-2023) Representantes Secretaria Seccional de Salud de Antioquia; Izquierda (14-12-2023) Representantes ESE, Direcciones Locales, Organizaciones de base comunitaria, Poblaciones especiales (grupos étnicos, LGBTQ+, Víctimas, Migrantes)



## 1.7.5.2.9. Nordeste

### Desafíos Actuales:

- **Desatención Gubernamental:** la Región Nordeste de Antioquia enfrenta el desafío de ser una zona históricamente olvidada por los gobiernos, lo que se traduce en dificultades significativas en términos sociales y de seguridad.
- **Complejidad Geográfica y Acceso a Servicios:** La extensión geográfica de los municipios y la dispersión poblacional generan problemas en el acceso a servicios esenciales, como salud, educación e infraestructura, afectando la calidad de vida de la población.
- **Problemas de Salud Pública:** Altos índices de embarazos en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual y violencia de género. Barreras en la atención hospitalaria a pesar de contar con un hospital de segundo nivel en Yolombó.

- Impacto Ambiental y Riesgos Ocupacionales: Contaminación de ríos debido a la minería ilegal e incremento de la morbilidad materna extrema. Desafíos en el sector de trabajo informal y festividades municipales, como fuentes de ingreso.
- Inseguridad y Presencia de Grupos Armados: La presencia de grupos armados, la falta de garantías de seguridad por parte del Estado y el micro tráfico generan una dinámica de inseguridad, especialmente en las zonas rurales de la región.
- Problemáticas como la contaminación ambiental, la mala calidad del agua y los desafíos asociados a diversos oficios.
- Geografía e Infraestructura: concentración de la malla vial en la parte sur, causando desarrollos desigualdad en el desarrollo de las comunidades e incremento de los accidentes de tránsito.
- Identificación de fuentes de empleo en la cultura de bienestar y zonas con mayor violencia de conflicto armado en Anorí, Segovia, Remedios y Vegachi.

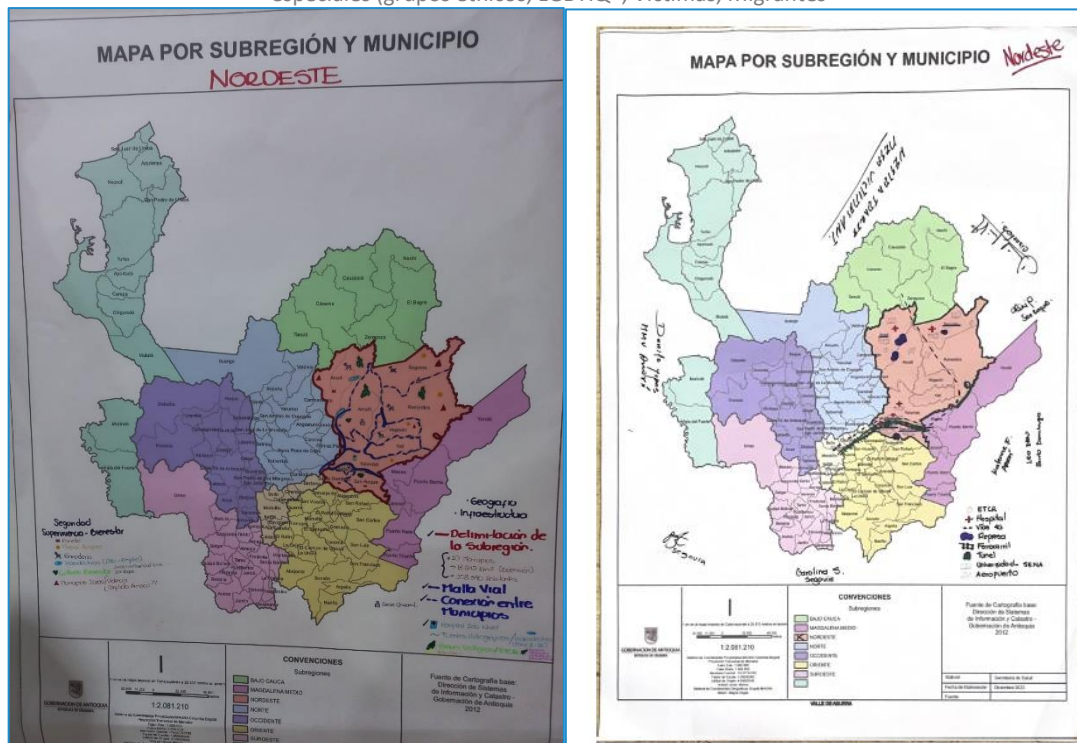
### Estrategias Propuestas:

- Fortalecimiento del Sistema de Salud: mejora en la atención hospitalaria y programas específicos para abordar problemas de salud pública.
- Mejora en la Educación: Implementar programas educativos robustos que aborden las necesidades específicas de la región, promoviendo la formación de la población y generando conciencia sobre cuestiones sociales, ambientales y de salud.
- Regulación y Sostenibilidad en la Minería: implementar medidas más estrictas y regulaciones efectivas en la actividad minera, especialmente en la minería ilegal. Buscar un equilibrio entre el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental, garantizando la seguridad y salud de los trabajadores.
- Promoción de la Seguridad y Prevención del Microtráfico: Desarrollar estrategias de seguridad específicas para las zonas rurales y trabajar en la prevención del micro tráfico. Esto puede incluir la presencia de fuerzas de seguridad, programas de prevención del consumo de sustancias y actividades comunitarias para abordar la inseguridad.
- Desarrollo Equitativo y Mejoras en Infraestructura: promoción de un desarrollo más equitativo y mejoras en la malla vial para reducir desigualdades.
- Protección de Derechos y Condiciones Laborales: implementación de medidas para la protección de derechos y mejora de condiciones laborales.



- Fomento del Ecoturismo y Zonas de Paz: aprovechamiento del potencial turístico de parques ecológicos y áreas de paz para impulsar el desarrollo económico.
- Fortalecimiento de la Presencia Estatal: Trabajar en estrecha colaboración con el Estado para mejorar la presencia y la eficacia de sus servicios en la Región Nordeste. Esto implica garantizar la seguridad y la accesibilidad a servicios básicos para todas las comunidades, incluso en áreas rurales dispersas.
- Participación Comunitaria Activa: Fomentar la participación activa de la comunidad en la identificación de problemas y la búsqueda de soluciones. Establecer canales de comunicación efectivos entre la comunidad y las autoridades para facilitar una interlocución constante.

Ilustración 11. Croquis Subregión Nordeste, Antioquia: Derecha (13-12-2023) Representantes Secretaria Seccional de Salud de Antioquia; Izquierda (14-12-2023) Representantes ESE, Direcciones Locales, Organizaciones de base comunitaria, Poblaciones especiales (grupos étnicos, LGBTIQ+, Víctimas, Migrantes)



### 1.7.5.2.10. Antioquia

En el análisis integral de las subregiones de Antioquia, se han identificado desafíos y problemáticas comunes, así como estrategias para abordarlas. A nivel geográfico, la complejidad territorial, la concentración poblacional y los riesgos ambientales han destacado desafíos

significativos. Las áreas de seguridad pública, salud y calidad de vida presentan problemáticas como la delincuencia, enfermedades crónicas, salud mental y contaminación del aire.

Las estrategias propuestas para enfrentar estos desafíos incluyen un enfoque en el estilo de vida saludable, intervenciones integrales centradas en el grupo familiar, programas educativos comunitarios y colaboración intersectorial para abordar los riesgos ambientales. Además, se destaca la importancia de cambiar las creencias culturales arraigadas que puedan contribuir a estilos de vida no saludables.

En resumen, las propuestas apuntan a una transformación integral, no sola en la atención médica, sino también en aspectos culturales y sociales, para mejorar la salud y calidad de vida de la población en Antioquia. Este enfoque holístico busca fortalecer la prevención, la atención integral de la salud mental y la colaboración intersectorial como elementos clave para un progreso sostenible en la región.

### 1.8. Conclusiones Generales al contexto territorial y demográfico

Antioquia, estratégicamente ubicada en Colombia, despliega su vasta diversidad geográfica, hidrológica, multicultural y económica para impulsar el desarrollo regional. Aunque ha logrado progresos significativos, estas mejoras no se distribuyen equitativamente entre sus subregiones, evidenciando disparidades entre áreas urbanas y rurales, siendo estas últimas las más rezagadas. La urgencia de innovadores proyectos de emprendimiento rural se hace evidente para fortalecer estas zonas.

En cuanto a la infraestructura vial y de transporte, el Departamento ha experimentado notables avances, particularmente con las Autopistas para la Prosperidad (vías de Cuarta Generación o 4G) y la construcción del puerto de Urabá. Estos proyectos no solo dinamizan la economía y sociedad, sino que también mejoran la competitividad al reducir costos y distancias para el transporte de bienes y personas. No obstante, la carencia en el desarrollo de vías secundarias y terciarias obstaculiza el progreso económico, especialmente en el ámbito rural.

El aspecto climático en Antioquia, al igual que en otras regiones, genera impactos en diversos ámbitos, desde la agricultura hasta la generación de energía eléctrica. La gestión de riesgos se presenta como una herramienta vital para mitigar estos impactos y proteger la vida y la infraestructura.

Las minorías étnicas en el Departamento, como afrodescendientes, raizales, indígenas, palenqueros y gitanos, enfrentan limitaciones en recursos y acceso al bienestar, haciéndolos vulnerables a diversas formas de violencia. La creación de organismos gubernamentales busca reducir estas brechas y comprender mejor las necesidades de estas poblaciones.

El crecimiento de la población migrante en Antioquia plantea desafíos en términos de planeación y eficiencia de las estrategias gubernamentales. Los asentamientos informales generan problemáticas sociales, destacando la importancia de abordar la vulnerabilidad y la ilegalidad.

Antioquia, con una población económicamente activa significativa, debe continuar fortaleciendo programas educativos y proyectos de generación de empleo para mantener su competitividad y reducir la pobreza. Además, la transición demográfica exige estrategias que garanticen una adecuada calidad de vida para la población adulta, considerando el envejecimiento y la disminución de la natalidad.

El Departamento se compromete a un constante seguimiento y evaluación de sus políticas públicas, abordando desigualdades territoriales y asegurando que los proyectos de desarrollo impacten de manera equitativa. La implementación de planes de gestión de riesgos climáticos, la inclusión de las minorías étnicas en la toma de decisiones y el monitoreo continuo de la migración son elementos clave en la agenda del seguimiento a políticas públicas, garantizando así un desarrollo integral y sostenible en Antioquia.



Procesos  
económicos y  
**circunstancias**  
de la vida social

CAPÍTULO II



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

## CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL

### 2.1 . Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

#### 2.1.1 Índice, IDERE Global.

En Latinoamérica se utiliza una herramienta con el fin de medir el desarrollo del territorio, con enfoque multidimensional, con tres objetivos; 1 Visibilizar la desigualdad profunda de los diferentes países de Latinoamérica, 2 Aportar datos para el debate público, 3 Generar nueva información para estudios e investigaciones, denominado Índice de Desarrollo Regional Latinoamérica (IDERE\_LATAM), identifica 25 variables agrupadas en 8 dimensiones críticas del desarrollo, como son: 1. Educación, 2. Salud, 3. Bienestar y Conexión, 4. Actividad Económica, 5. Instituciones, 6. Seguridad, 7. Medio Ambiente, 8. Género; calculando una medida geométrica de índices que oscilan entre 0-1, donde cero es el mínimo desarrollo de un territorio y 1 el máximo.

Los rangos de desarrollo oscilan entre: Bajo medio (0.00-0.30), Bajo Medio (0.30-0.40), Medio (0.40-0.50), Medio Alto (0.50-0.60), Alto (0.60.70), Muy Alto (0.70-1.00). Es importante clarificar que IDERE LATAM no es sinónimo de desarrollo, es una aproximación para medirlo, analiza 182 regiones en las que habitan el 82% de la población de América Latina, con un equipo integrado por Universidades y centros de estudios de América Latina. Para el departamento se obtuvo un índice de 0,4643 correspondiendo a un desarrollo medio, y de acuerdo con cada dimensión se evidencia las siguientes diferencias:

Tabla 55. Índice, IDERE Global Nivel de Desarrollo por Dimensiones, Antioquia, 2020

Educación	Salud	Bienestar y cohesión	Actividad Económica	Instituciones	Género	Seguridad	Medio Ambiente
0,6006	0,7819	0,3663	0,5355	0,3212	0,4891	0,1856	0,7092

Fuente: IDERE LATAM, resumen Ejecutivo

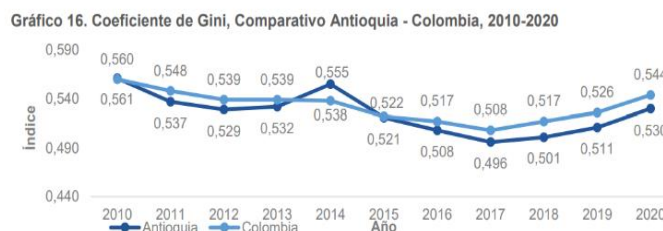
Con respecto a la dimensión de salud, Antioquia tiene un alto índice de desarrollo con 0,7819, este índice está compuesto por tres índices, Mortalidad infantil (0,8101), Tasa de suicidios (0,7821), Esperanza de vida al Nacer (0,7535)

En educación el índice obtenido es alto con 0,6006, desagregado por los índices evaluados se obtuvo, Analfabetismo (0,8966), Estudios de educación Superior (0,5826), Matricula en Educación inicial (0.4287) y Años de educación ((0,4944), lo anterior indica que cada variable evaluada tiene su propio rango evidenciando que en educación hay dos que están por debajo de rango medio

**El coeficiente de Gini:** Indicador de la desigualdad de los ingresos, mide la distribución del ingreso de hogares dentro de una economía, su valor va en un rango de 0 a 1, donde 0 es perfecta igualdad de ingresos y 1 total desigualdad en un territorio dado. Antioquia, presentó un índice máximo de 0.56 en el 2014 y a partir de este año se redujo un poco, pero en los últimos tres años inicia su ascenso hasta el 2020 que es de 0.53, se observa que en los últimos 10 años no ha subido más de 0.56. Entre más se acerque al 1 hay una total desigualdad en el ingreso en el departamento, la pandemia afecta directamente este indicador.



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

El documento de la Línea de Base de la Agenda 2040 da cuenta que: “Si bien desde el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y su Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), el GINI no cuenta con desagregaciones territoriales, es posible contar con un proxy de su comportamiento municipalizado por entidades territoriales, de acuerdo con la información suministrada por la Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia para 2019.

Con base en esta fuente, es posible observar que el municipio de Murindó (subregión de Urabá) presentó para ese año el Gini más alto en el Departamento, seguido de los municipios que se registran a continuación:

- Urabá: Murindó, Vigía del Fuerte y Chigorodó
- Occidente: Giraldo, Santa Fe de Antioquia y Sopetrán.
- Norte: Toledo, San Andrés de Cuerquia, Carolina del Príncipe.
- Bajo Cauca: Cáceres, El Bagre y Tarazá.
- Nordeste: Yolombó, Remedios y Segovia.
- Suroeste: Venecia, Pueblorrico y Jericó.
- Magdalena Medio: Puerto Nare, Yondó y Puerto Berrio.

- Oriente: Sonsón, San Rafael, Alejandría
- Valle de Aburrá: Medellín, Barbosa y Bello

Significa que en el 24% de los municipios de Antioquia se concentra la desigualdad.

### 2.1.1.1. Otros indicadores de ingreso

**Línea de pobreza:** Este indicador mide la proporción de la población con un nivel de ingresos tal, que no le permite alcanzar el nivel mínimo necesario para adquirir un adecuado estándar de vida en un país determinado; este nivel se mide cuando los ingresos no permiten cubrir la canasta mínima de alimentos y otros bienes y servicios. Para Antioquia es de \$264.681 en el 2018.

**Proporción de población en miseria:** La proporción de población en miseria del país, mide el nivel más severo de pobreza, para aquellos hogares que presentan dos o más de los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), siendo para el departamento de Antioquia en el año 2011 de un 8,1% la población en miseria. Esa es la única información con la que cuenta el Departamento.

De acuerdo con la línea de base de la Agenda Antioquia 2040, en el departamento 708.132 habitantes correspondiendo al 10.3% de la población tiene pobreza extrema para el 2020, 2.328.477 personas equivalente al 34% tiene pobreza moderada.



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

**Proporción de población en Necesidades Básicas Insatisfechas:** El método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), es una herramienta diseñada a fines de los años 70, con el objeto de medir y/o caracterizar la vulnerabilidad de una población al acceso de bienes y servicios es decir la pobreza, mediante un enfoque directo, aprovechando la información censal. A partir de los censos de población y vivienda, se verifica si los hogares satisfacen o no una serie de necesidades elementales que permiten a las personas tener una vida digna de acuerdo con las normas sociales vigentes.

El índice de NBI se encuentra conformado por variables que corresponden a vivienda inadecuada, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, viviendas con alta dependencia económica, viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela, se considera a los hogares y la población que presente al menos una de las variables como indicador de privación antes mencionadas. Como proporción su escala es de 0-100. Antioquia según datos del 2019 registra un índice de NBI de 12,4, que evidencia un ascenso con relación al 2018, pero es importante resaltar que analizando la tendencia desde el 2005 disminuye a menos de la mitad en el año 2018.

Figura 114. Población en Necesidades Básicas Insatisfechas, Antioquia 2005, 2018 y 2019.



Fuente: DANE – NBI, DAP, Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia. Elaboración propia.

Fuente: DANE, DAP, Encuesta de Calidad de Vida

De acuerdo con la línea de base de la Agenda Antioquia 2040, al desagregar por cada uno de los indicadores el NBI se evidencia que el mayor peso lo aporta, la alta carga de dependencia con 5.3 para el 2017 reduciendo a 4.54 en el 2019, también se ha reducido el indicador sin servicios públicos hace referencia a no disponer de sanitario). El ausentismo escolar aumentó del 2017 al 2019 pasando de 1.31 a 3.22, al igual que, viviendas inadecuadas, el hacinamiento crítico.

Figura 115. Necesidades Básicas Insatisfechas según indicadores simples, Antioquia 2017-2019

Gráfico 15. Necesidades Básicas Insatisfechas según indicadores simples, Antioquia 2017 y 2019



Fuente: DANE, DAP, Encuesta de Calidad de Vida

Al comparar el NBI por subregión, con base en Censo 2018 y la Encuesta de Calidad de Vida del 2019, se observa que Urabá presenta el 35.9% de su población con NBI, pero con reducción a un 28.7% para el 2019, Bajo Cauca presenta la proporción de población con el NBI mayor tanto en área urbana como en rural, pero presenta una reducción con relación al 2019. En todas las subregiones se observa un aumento del NBI en la población que vive en las cabeceras, situación que puede estar asociado al desplazamiento multicausal.



**Proporción de población en hacinamiento:** La forma clave para evaluar la calidad de las condiciones de la vivienda, es la disponibilidad de suficiente espacio en la misma, se consideran en situación de hacinamiento a los hogares que habitan en viviendas con más de 3 a menos de 5 personas por cuarto (habitación); existen diferencias por zona, en la zona rural se consideran deficitarios más de 3 personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje). Según resultados del año 2018, para el departamento de Antioquia, el 2,73% de los hogares viven en hacinamiento. Tal como se observa en la tabla, en una década y media la proporción de hacinamiento se reduce 5 veces.

Tabla 56. Otros indicadores de ingreso. Antioquia 2005 – 2018

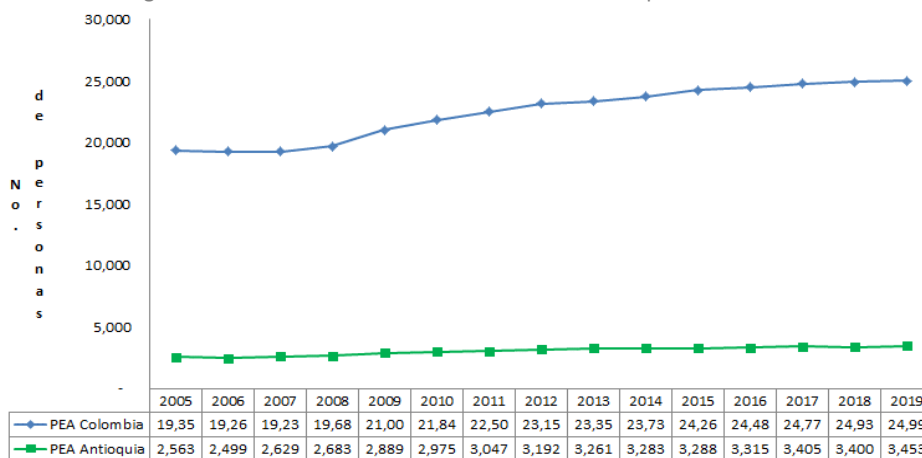
Indicadores de ingreso	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Coefficiente de GINI	0,555	SD	SD	0,58	0,56	0,561	0,537	0,529	0,532	0,555	0,521	0,508	0,496	0,501
Línea de pobreza	146.874	SD	SD	175.523	183.784	189.166	197.354	205.300	209.690	215.449	227.779	246.012	257.104	264.681
Línea de miseria							8,1							
Proporción de NBI	23,0													10,67
Proporción de población en hacinamiento	15,0													2,73

Fuente: DANE, SISPRO - MSPS

### 2.1.1.2. Población Económicamente Activa (PEA)

La tendencia de la Población Económicamente activa-PEA, para el departamento de Antioquia de 2005 a 2019, se ha mantenido constante, con tendencia al aumento, como se observa en la figura. Entre los años 2005 y 2019 la cifra de Población Económicamente Activa (PEA) incrementa en 2,6% (890 personas). Para Colombia, el incremento es más evidente con un 22,6% (5.640 personas entre el año 2005 y 2019).

Figura 116. Población económicamente activa. Antioquia 2005 - 2019



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. \*Cifra expresada en miles

### 2.1.1.3. Tasa de desempleo

Se muestra el comportamiento de desempleo en el departamento de Antioquia, entre los años 2005 y 2019. El año con la tasa más alta de desempleo fue el 2006 con 12,9%, a partir del año 2009, la tasa de desempleo había estado disminuyendo levemente hasta llegar a 9,2% en el año 2015, la más baja del período analizado. Entre el 2016 y 2019 nuevamente se observa un incremento hasta llegar al 11,2% en el año 2019.

Si bien aún no se dispone de información sobre los efectos de la pandemia debida al COVID-19 el impacto en el incremento de las tasas de desempleo durante el 2020 y 2021, son evidentes por el confinamiento que redujo el consumo de bienes y servicios y por ende el aumento de la pérdida del sector económico trayendo como consecuencia las pérdidas de empleo formal e informal.

Figura 117. Tasa de desempleo. Antioquia 2005 – 2019



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE

### 2.1.1.4. Fin de la Pobreza

**Incidencia de Pobreza Monetaria Extrema.** Porcentaje de la población que tiene un ingreso per cápita en el hogar por debajo de la línea de pobreza extrema (calculada a partir del costo per cápita mínimo de una canasta alimentaria que garantiza las necesidades básicas calóricas), respecto a la población total. De acuerdo con el Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia-DAP, Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia, para el Departamento se observa que se presentaba un descenso a partir del 2014 hasta el 2017, pero a partir del 2018 se presenta un aumento pasando de 6.20% a 10.30% en el 2020, en este último año asociado a la pandemia. Por subregión, el Bajo Cauca presenta el mayor porcentaje de población en extrema pobreza con un 28.64% en esta situación, seguida de la subregión de Urabá con 17.63%, estas dos regiones con tendencia al aumento en los últimos tres años, en tercer lugar, está la región de Occidente con 16.26%. con tendencia al descenso en los tres últimos años pasando de 20.24% a 16.26%, las regiones con menor población en pobreza extrema son Valle de Aburrá, Suroeste y Oriente, 2.36%, 6.63% y 7.12% respectivamente.

Figura 118. Incidencia de la pobreza extrema, Antioquia 2012-2020



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)

**Incidencia de Pobreza Monetaria moderada.** Mide el porcentaje de la población que tiene un ingreso per cápita en el hogar por debajo de la línea de pobreza (calculada como el costo per cápita mínimo de una canasta básica de bienes alimentarios y no alimentarios), respecto a la población total. Para el departamento el porcentaje de esta población está en aumento en los últimos tres años pasando de 28-30% en 2018 a 34%, por región el Bajo cauca con 64.70% presenta el porcentaje más alto seguido de Urabá con 55.80%.

**Índice de Pobreza Multidimensional IPM.** Porcentaje de la población en condición de pobreza, medida a través de 5 dimensiones: 1) condiciones educativas del hogar, 2) condiciones de la niñez y la juventud, 3) trabajo, 4) salud y 5) acceso a servicios públicos y condiciones de la vivienda. Estas dimensiones incluyen 15 indicadores, y aquellos hogares que tengan privación en por lo menos el 33% de los indicadores, son considerados pobres. El 14.50 de la población antioqueña presenta IPM con tendencia a la reducción; por subregión el Bajo Cauca presenta este porcentaje mayor con 28.49%, en segundo lugar, esta Urabá con 26.63%, Occidente 24.73% en tercer lugar, todas estas regiones con cifras muy superiores al Departamento, no se dispone de información desagregada por municipio, lo que permitiría identificar de cada subregión con estos índices de IM tan altos cuales municipios estarían en un porcentaje alto. Es de anotar que es un indicador de seguimiento en la Agenda Antioquia 2040 para evaluar la equidad.

Mapa 21. Georreferenciación del índice de pobreza multidimensional, Antioquia 2013-2020

Subregión	Valor
Valle de Aburrá	7,82
Urabá	26,63
Suroeste	22,32
Oriente	17,36
Occidente	24,73
Norte	20,31
Nordeste	17,94
Magdalena Medio	20,10
Bajo Cauca	28,49



Fuente: DAP Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia, Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia

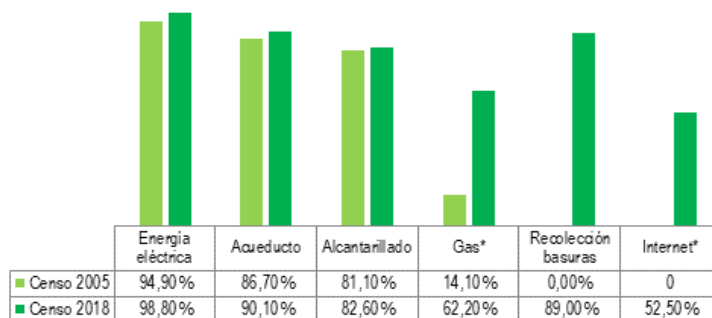


### 2.2 Condiciones de vida del territorio

En general, los porcentajes de cobertura captados por los censos 2005 y 2018, evidencian un aumento en la prestación de los servicios domiciliarios en Antioquia, siendo el gas el servicio con el incremento más significativo; sin embargo, es necesario seguir trabajando por alcanzar una mejor cobertura. El servicio con más baja cobertura es internet, situación que requiere una pronta acción que propicie su acceso y contribuya en los diferentes ámbitos de formación y trabajo de la población.

Entre los servicios de acueducto, alcantarillado, agua potable y aseo existe una estrecha relación en pro de una adecuada salubridad. El agua potable, mejora significativamente el bienestar de las familias influyendo positivamente sobre la salud así como de otros aspectos, el agua es conducida a través del sistema de acueducto hasta las viviendas para ser utilizada por sus habitantes; luego las redes de alcantarillado tienen como función la conducción de las aguas negras hacia las plantas de tratamiento y por último, el servicio de aseo se ocupa de la recolección y adecuado manejo de los residuos sólidos generados por la población. Es importante tener en cuenta que el servicio de acueducto cumple con la función de transportar el agua hasta las viviendas y contar con este no implica poseer agua potable, ya que la potabilidad depende del estado y el funcionamiento de la planta de tratamiento.

Figura 119. Cobertura de acceso a servicios públicos en Antioquia Censo 2005 – 2018



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

\* El denominador no incluye las viviendas en las que no se respondió a esta pregunta, es decir, no incluye “sin información”

#### 2.2.1 Cobertura de servicios de electricidad

Para el departamento de Antioquia, la cobertura de servicios de electricidad es de 99,66% para la vigencia 2021, mientras que para Colombia es de 97.1%<sup>27</sup>, valor superior al del país. En el área

<sup>27</sup> <https://www.larepublica.co/especiales/el-apagon-de-1992-1993/cerca-de-97-de-los-colombianos-tiene-acceso-a-la-energia-electrica-segun->

urbana tiene una cobertura residencial de 100% y en el área rural del 98.51 % para el mismo año.

### 2.2.2 Cobertura de acueducto

En el departamento de Antioquia, las coberturas totales de acceso del servicio de acueducto registran un incremento del 4.7 %, pasando en el 2005 del 86,8% al 91.10% para la vigencia 2021, registrando una cobertura superior al promedio nacional del 71.0%<sup>28</sup> para la vigencia 2020. La subregión del Valle de Aburrá es la única que presenta una cobertura superior al promedio departamental con un 98.0 %. Las demás subregiones del Departamento están por debajo del promedio departamental, siendo las subregiones del Bajo Cauca (72.61%); Nordeste (67.17%) y Urabá (73.15%) las más rezagadas.

En el ámbito urbano se han incrementado en 2.08 % las coberturas del servicio de acueducto, pasando de 96,3% en el año 2005 a 98.38 % en el 2021, registrando una cobertura superior al promedio nacional de 85 % para la vigencia 2020. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (98,90%), Magdalena Medio (99.28%) Occidente (98.44%), Norte (99.01%), Oriente (99.12%) Suroeste (98,93%).

En el área rural, a pesar de los problemas de acceso, se han incrementado un 11.05% las coberturas, pasando de 54,4% en el año 2015 a 65.45% en el 2021, registrando una cobertura superior al promedio nacional de 37 % para la vigencia 2020. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (90.71%), Magdalena Medio (72.09%), Occidente (68.10%) y Oriente (73.59%). Las subregiones más rezagadas son, Bajo Cauca (29.82%), Nordeste (35,50%), Norte (46.36%), Suroeste (60.49%) y Urabá (40.37%) para el mismo año.

#### 2.2.2.1 Cobertura de Acceso al Agua Potable:

En el departamento de Antioquia, las coberturas totales de acceso al agua potable registran un incremento del 11.49%, pasando en el 2005 de 70,4% a 81.98% para la vigencia 2021, debido a los grandes esfuerzos realizados por las administraciones municipales y departamentales mediante los Planes Departamentales de Agua para el mejoramiento de los sistemas de acueductos de agua potable en el ámbito urbano, pasando de 24 cabeceras municipales con agua potable en 2004 a 105 en el 2021. Por otro lado, la desigualdad entre subregiones es notoria, ya que mientras para el 2021 el Valle de Aburrá cuenta con una cobertura del 95.19%, superior al promedio departamental, el resto de las subregiones presenta coberturas inferiores, siendo las

minenergia-3565120

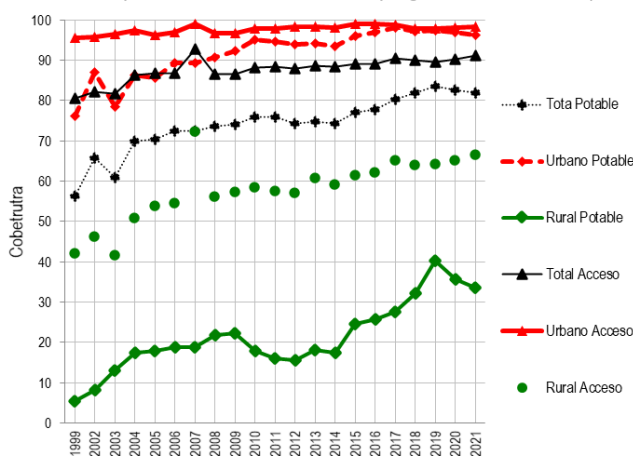
<sup>28</sup> Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - Informe Nacional de Coberturas de los Servicios Públicos de Acueducto, Alcantarillado y Aseo- 2020.

subregiones de Bajo Cauca (57.48%), Magdalena Medio (28.88%), Occidente (49.74%) y Norte (49.23) las más rezagadas.

En el ámbito urbano, se han mejorado sustancialmente las condiciones de suministro de agua potable, registrando un incremento del 10.57%, pasando de una cobertura en 2005 de 85,7% a 96.27% en el 2021, registrando una cobertura superior al promedio nacional del 97.3%<sup>29</sup> (Línea Base 2015). Las subregiones del Valle de Aburrá (98,79%), Occidente (97.88%), Suroeste (96.73 %) y Oriente (96.93%) presentan valores superiores al promedio departamental. Las demás subregiones presentan coberturas inferiores al promedio departamental, siendo las subregiones de Urabá (86.90%), Norte (88.77%), Nordeste (91.13%) y Magdalena Medio (33.15%) las más rezagadas. En el ámbito rural, si bien se ha logrado un aumento significativo del 15.83% de las coberturas pasando en 2005 de 17,82% a 33.65% en el 2021, registrando una cobertura superior al promedio nacional del 74.3 % (Línea Base 2015). Todas las subregiones presentan un rezago, siendo las subregiones de Valle de Aburrá (66.12%) y Oriente (34.02%) las que presentan mejores coberturas, superiores al promedio departamental. El resto de las subregiones presenta coberturas inferiores al promedio departamental, siendo las subregiones de Bajo Cauca (0,56%), Nordeste (13.82%), Norte (6.22%); Occidente (13.51%); y Urabá (13.61%) las más rezagadas. Se registra el comportamiento de la cobertura total, urbana y rural del acceso al servicio de acueducto y de acceso al agua potable en el Departamento de Antioquia durante el periodo 1999 al 2021.

En las figuras 122, 123 y 124 se registran las coberturas Total, Urbana y Rural de acceso al servicio de acueducto y de agua potable en el Departamento de Antioquia por subregión para la vigencia 2021.

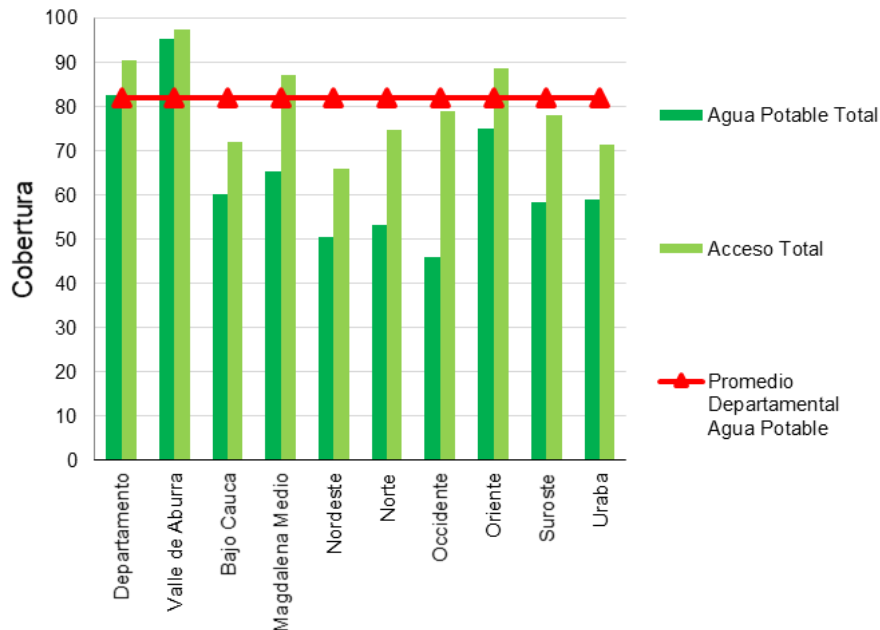
Figura 120. Cobertura Total, Urbano y Rural Acceso Acueducto y Agua Potable Antioquia - Colombia 1999 - 2021.



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia - 2020

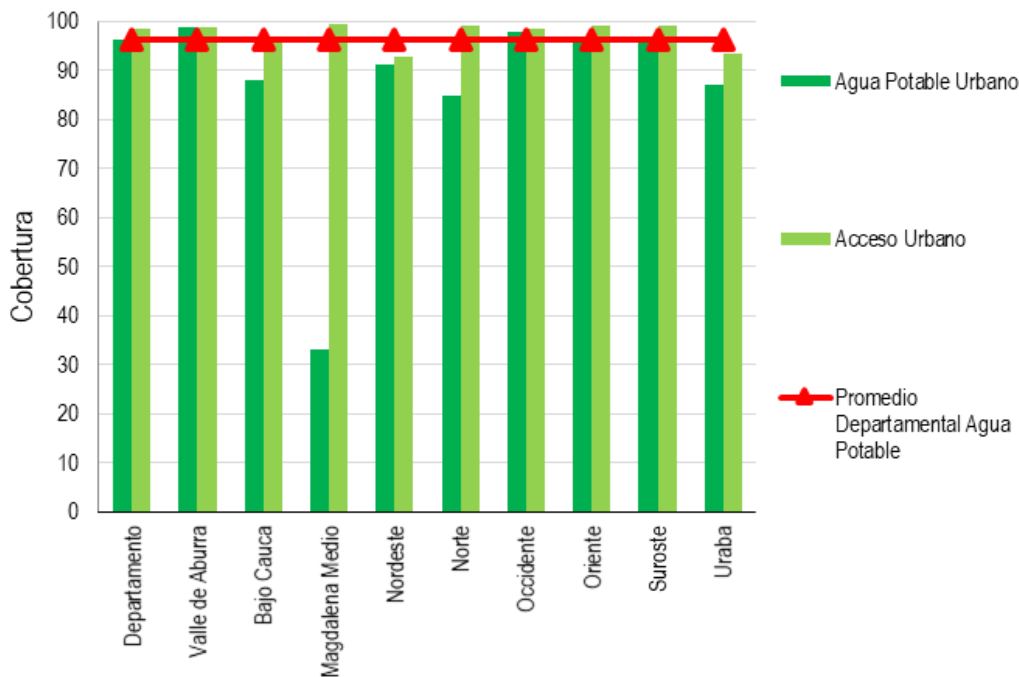
<sup>29</sup> Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio – Resolución número 0288 de 2022

Figura 121. Cobertura Total por Subregión Acceso Acueducto y Agua Potable Antioquia - Colombia 2021



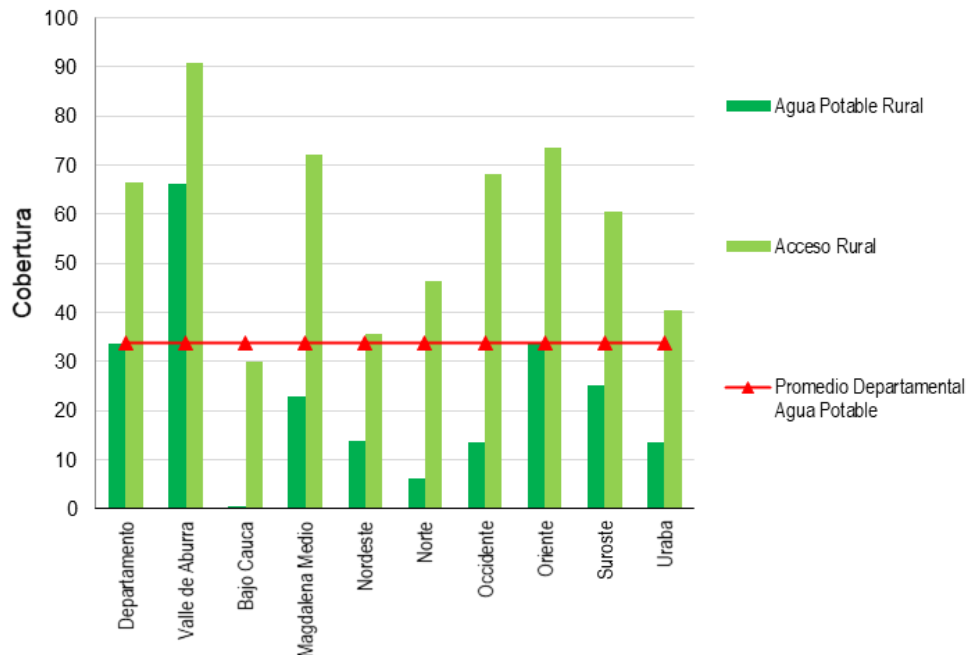
Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – 2020

Figura 122. Cobertura Urbana por subregión Acceso Acueducto y Agua Potable – Antioquia 2021



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – 2020

Figura 123. Cobertura Rural Acceso Acueducto y Agua Potable por subregión – Antioquia 2021



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – 2020

En la medición del Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) se tiene la siguiente clasificación:

Tabla 57. Clasificación de los índices para medición del riesgo - IRCA.

IRCA (%)	Riesgo
0 - 5	Sin Riesgo
5.1 - 14	Bajo
14.1- 35	Medio
35.1 - 80	Alto
80.1 - 100	Inviabile Sanitariamente

Fuente: Resolución 2115 de 2007, Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio.

Cuando el IRCA en el período evaluado se encuentra entre 0% y 5% se considera apta para el consumo humano y cuando se encuentra entre el 5,1% y el 100% se considera que el agua no es apta para el consumo humano y se procede a realizar las respectivas notificaciones del riesgo a las diferentes instancias para la toma de medidas preventivas y correctivas pertinentes.

Para el año 2022, el Departamento de Antioquia presentó un IRCA promedio ponderado con relación al número de suscriptores residenciales de 7.3% (Riesgo Bajo), mientras que para la Colombia es de 8,77% (Línea base 2021) (Riesgo Bajo). En el ámbito urbano, el IRCA promedio ponderado departamental fue 1,7% (Sin Riesgo), mientras que el promedio nacional fue de 5,73%



(Riesgo Bajo) (Línea Base 2019). En la zona rural, el IRCA obtuvo un promedio ponderado departamental de 38.9 % (Riesgo Alto) y el promedio nacional reporta un valor de 16,23 % (Riesgo Medio) (Línea Base 2019)

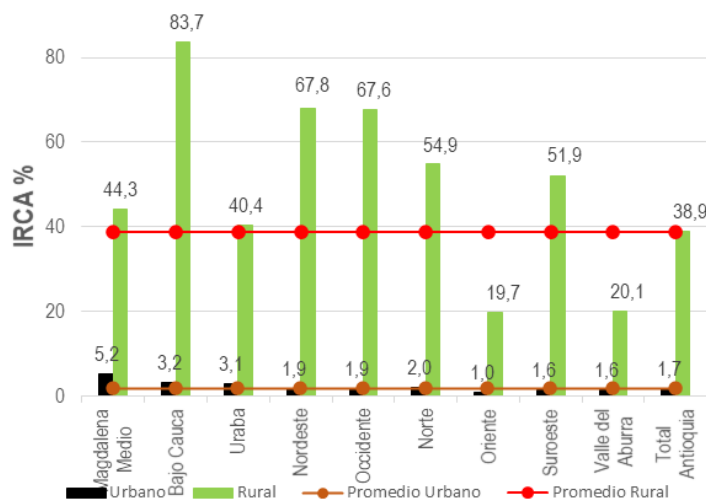
En las nueve (9) subregiones del departamento de Antioquia para la vigencia 2022, se obtuvo los siguientes promedios tal y como se ilustran en la tabla 51 y figura:

**Tabla 58.** Promedio Ponderado Índice de Riesgo de Calidad de Agua Potable - IRCA- (%) por Subregión - Antioquia 2022

Subregión	Urbano	Rural
Magdalena Medio	5,2	44,3
Bajo Cauca	3,2	83,7
Urabá	3,1	40,4
Nordeste	1,9	67,8
Occidente	1,9	67,6
Norte	2,0	54,9
Oriente	1,0	19,7
Suroeste	1,6	51,9
Valle del Aburra	1,6	20,1
Total, Antioquia	1,7	38,9

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

**Figura 124.** Índice de riesgo de calidad de agua para consumo humano – IRCA (%) – Antioquia 2022



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

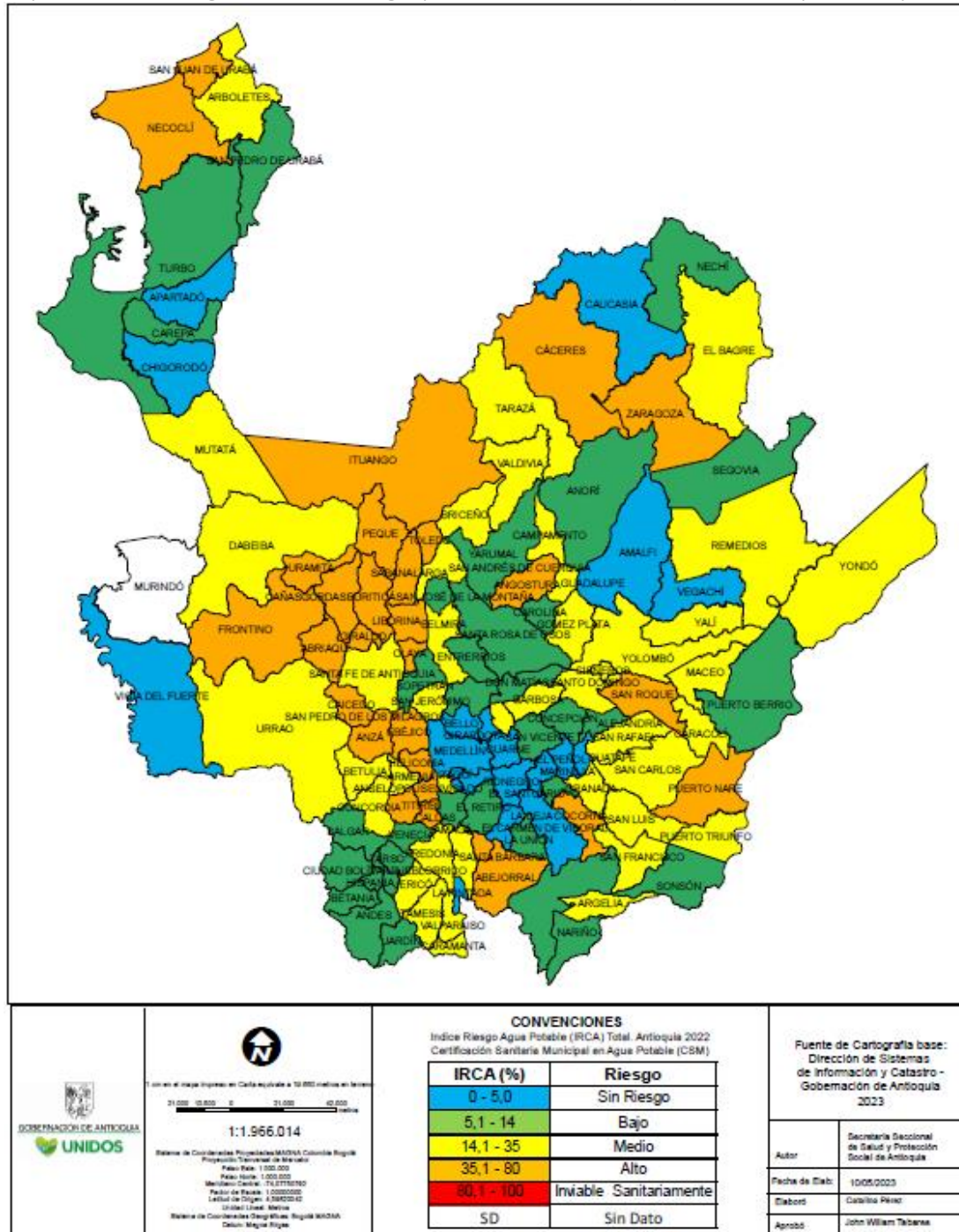
El Índice de Riesgo de Calidad del Agua para Consumo Humano- IRCA— total municipal promedio ponderado de acuerdo con el número de suscriptores residenciales de todas las personas

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

prestadoras del servicio público de acueducto de cada localidad se registra en el siguiente mapa para la vigencia 2021.

Mapa 22. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Total, municipal – Antioquia 2022

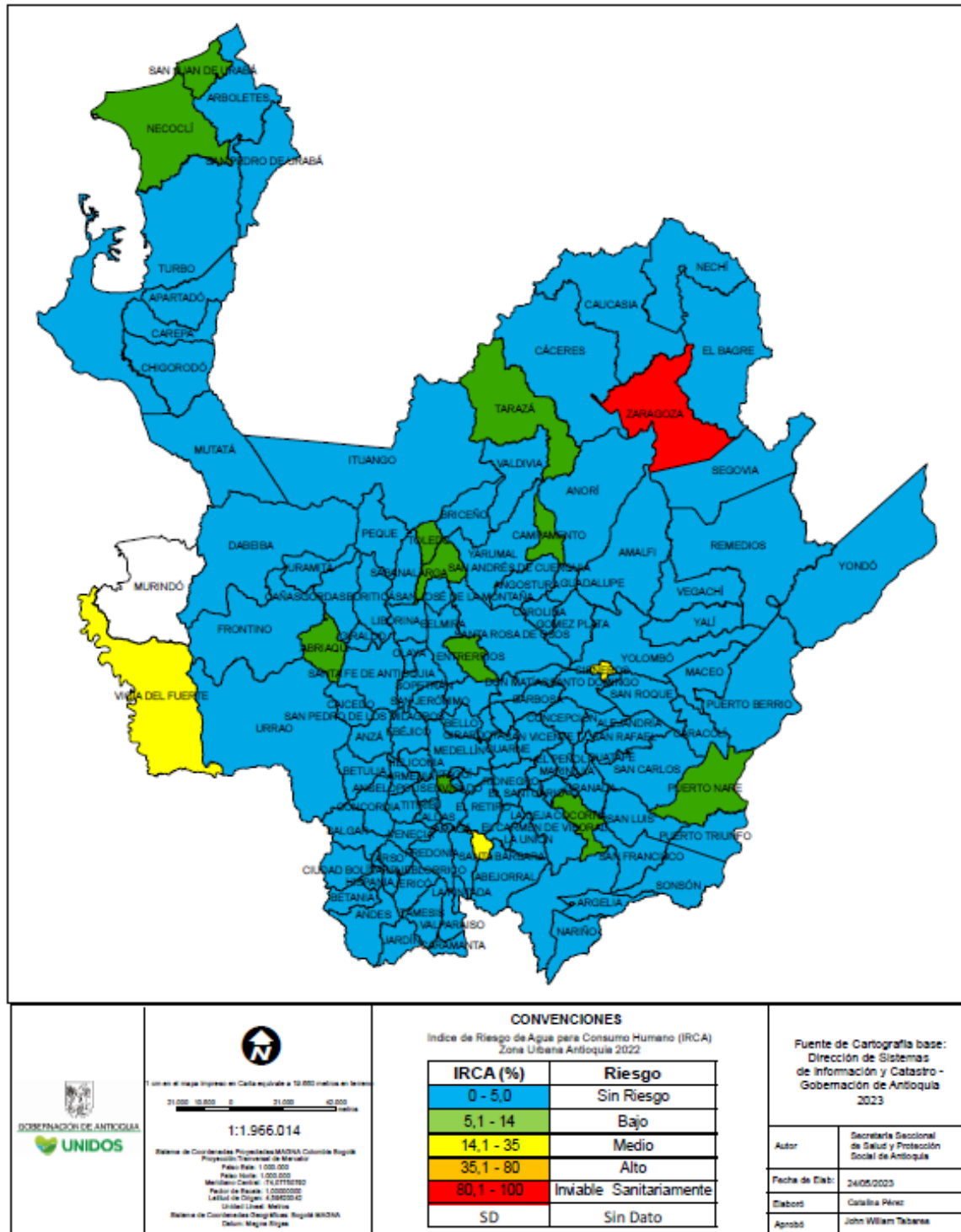


Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Mapa 23. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona urbana – Antioquia 2022

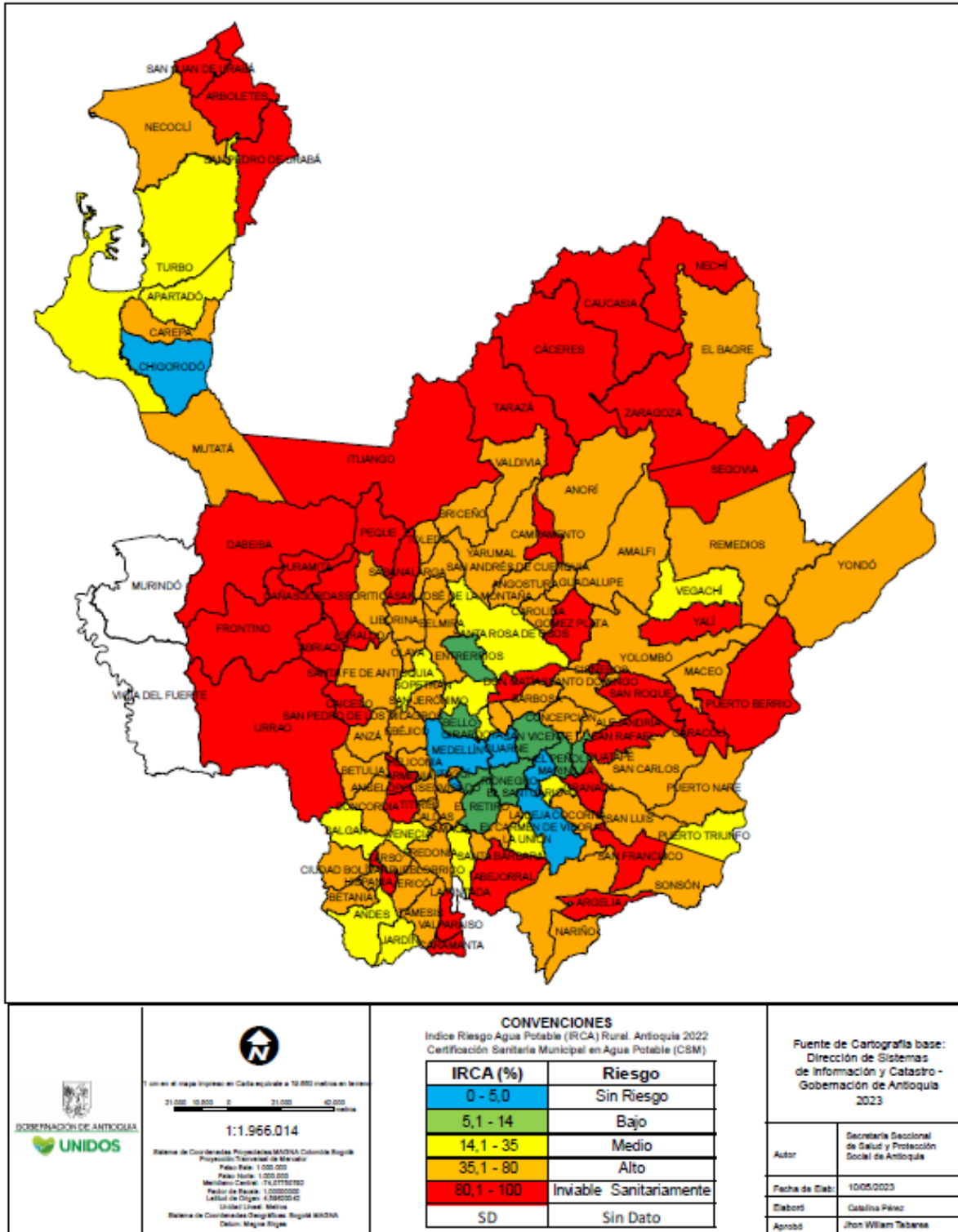


Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Mapa 24. Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA). Zona Rural – Antioquia 2022



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



SC4887-1

### 2.2.2.2 Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable (CSM):

La certificación consolida en forma ponderada, de acuerdo con el número de suscriptores residenciales los siguientes instrumentos, los cuales son evaluados en la visita de inspección sanitaria a las personas prestadoras del servicio público de acueducto, dentro de los límites del municipio: a) Índice de Riesgo de Calidad del Agua IRCA municipal, b) Índice de Riesgo por Abastecimiento municipal – IRABA ; c) Buenas Prácticas Sanitarias municipal- BPS y se acredita en cumplimiento de las normas y criterios de la calidad del agua para consumo humano en cada localidad.

En la determinación del puntaje para la Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable se tiene la siguiente clasificación:

Tabla 59. Rango y clasificación Certificación Sanitaria Municipal

Rango de Puntaje	Calificación
0 - 10	Favorable
10.1 - 40	Favorable con Requerimientos
40.1 - 100	Desfavorable

Fuente: Resolución 082 de 2009, Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio.

Para la vigencia 2022 se obtuvo una calificación total departamental de 8.3 (Favorable), En el ámbito urbano un valor de 3.7 (Favorable) y en el ámbito rural un puntaje de 41.8 (Desfavorable).

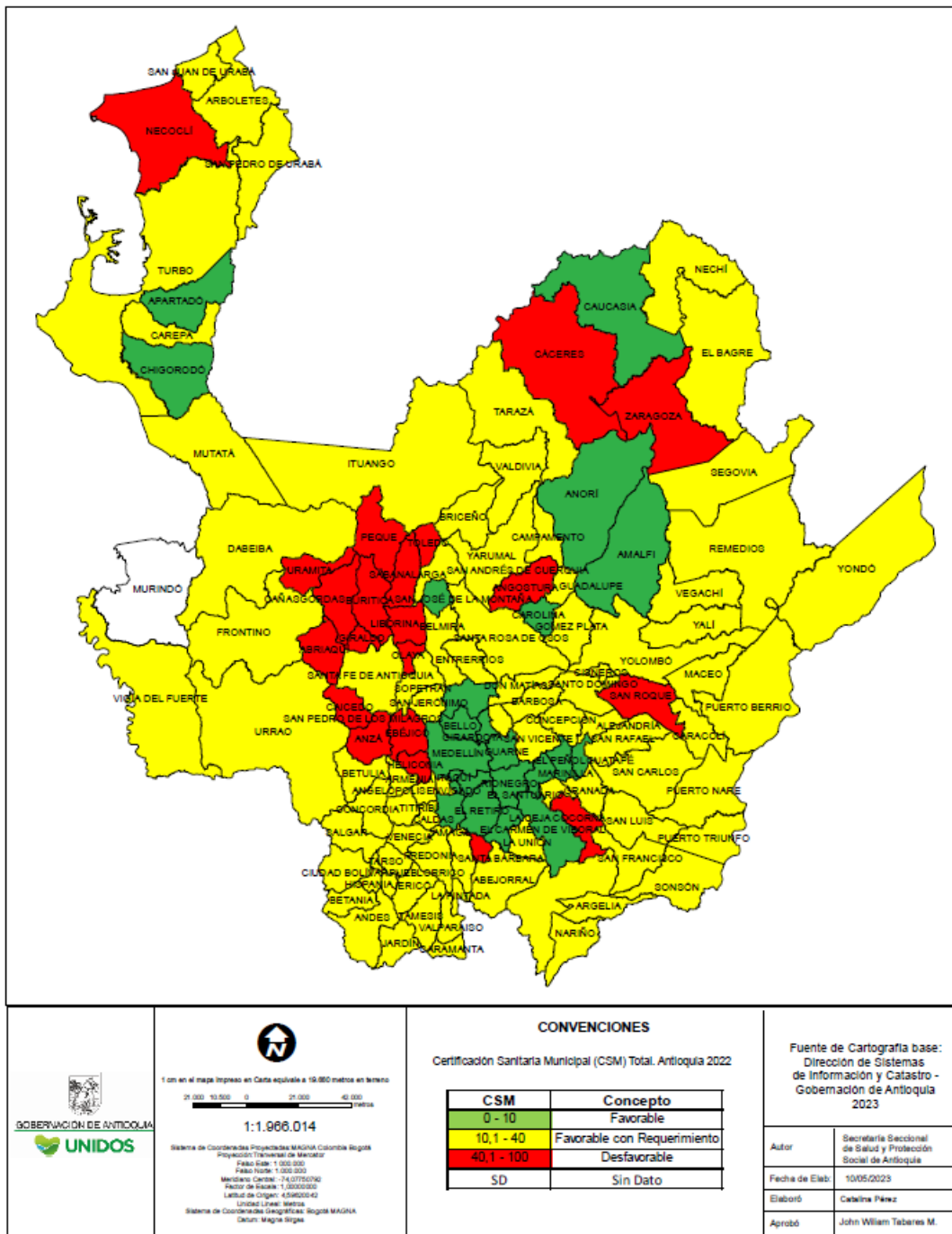
La Calificación Total Municipal, Urbana y Rural por cada subregión se detalla en la siguiente table.

Tabla 60. Certificación Municipal en Agua Potable – Total, Urbana y Rural – Antioquia 2022

Subregión	Total	Urbano	Rural
Magdalena Medio	21,0	9,7	45,1
Bajo Cauca	17,5	6,5	80,9
Urabá	14,3	7,1	35,1
Nordeste	22,4	8,4	65,0
Occidente	34,0	9,0	65,7
Norte	20,6	7,2	57,4
Oriente	10,2	5,8	25,0
Suroeste	23,9	8,1	53,6
Valle del Aburra	2,8	2,3	24,7
Total, Antioquia	8,3	3,7	41,8

La Calificación Total Municipal obtenida por cada localidad de la Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable -CSM-, se registra en el siguiente mapa para la vigencia 2022

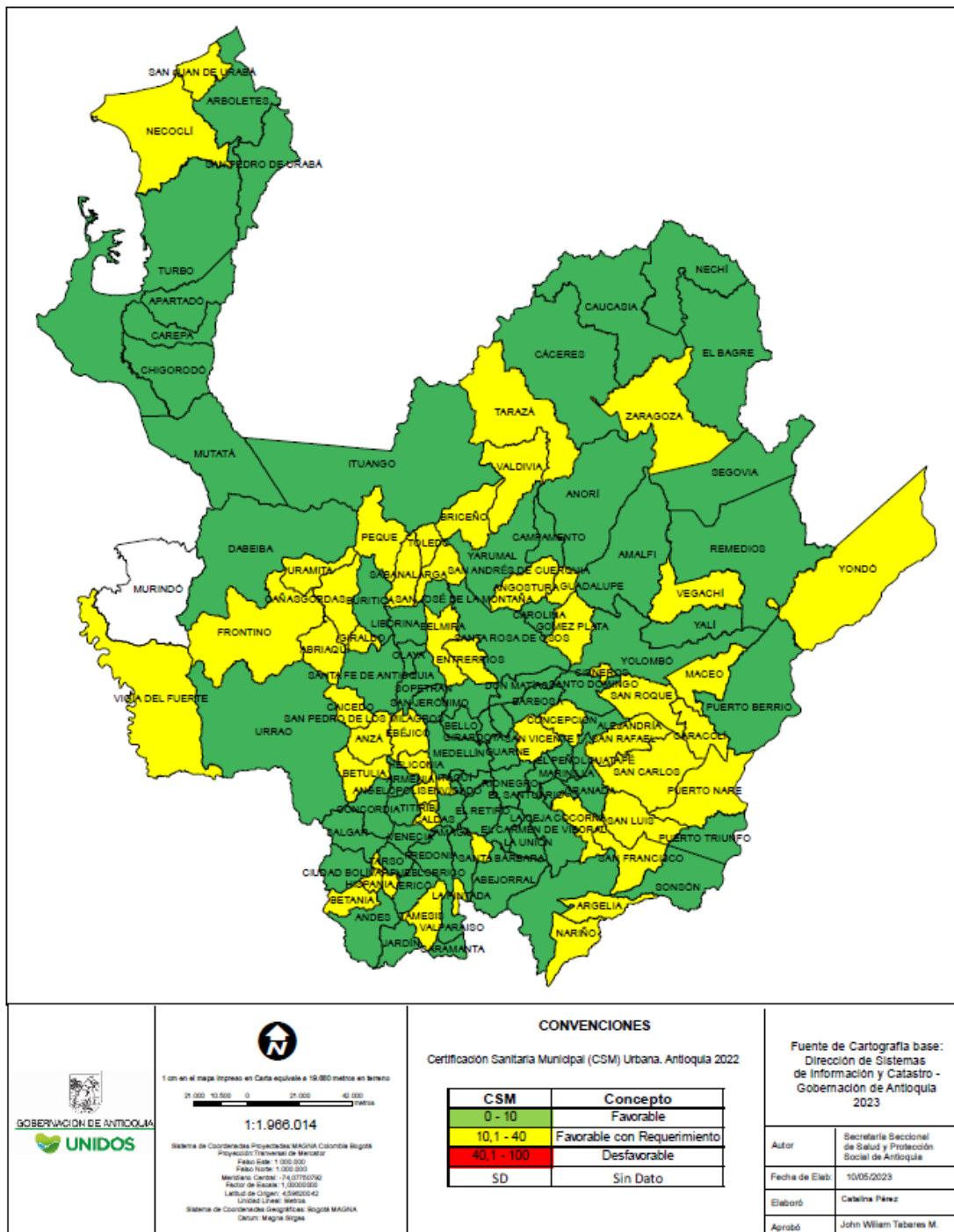
Mapa 25. Certificación sanitaria municipal Total en agua potable por municipio. Antioquia 2022



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La Calificación Urbana Municipal obtenida por cada localidad de la Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable -CSM-, se registra en el siguiente mapa para la vigencia 2022

Mapa 26. Certificación sanitaria municipal Urbana en agua potable por municipio. Antioquia 2022



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

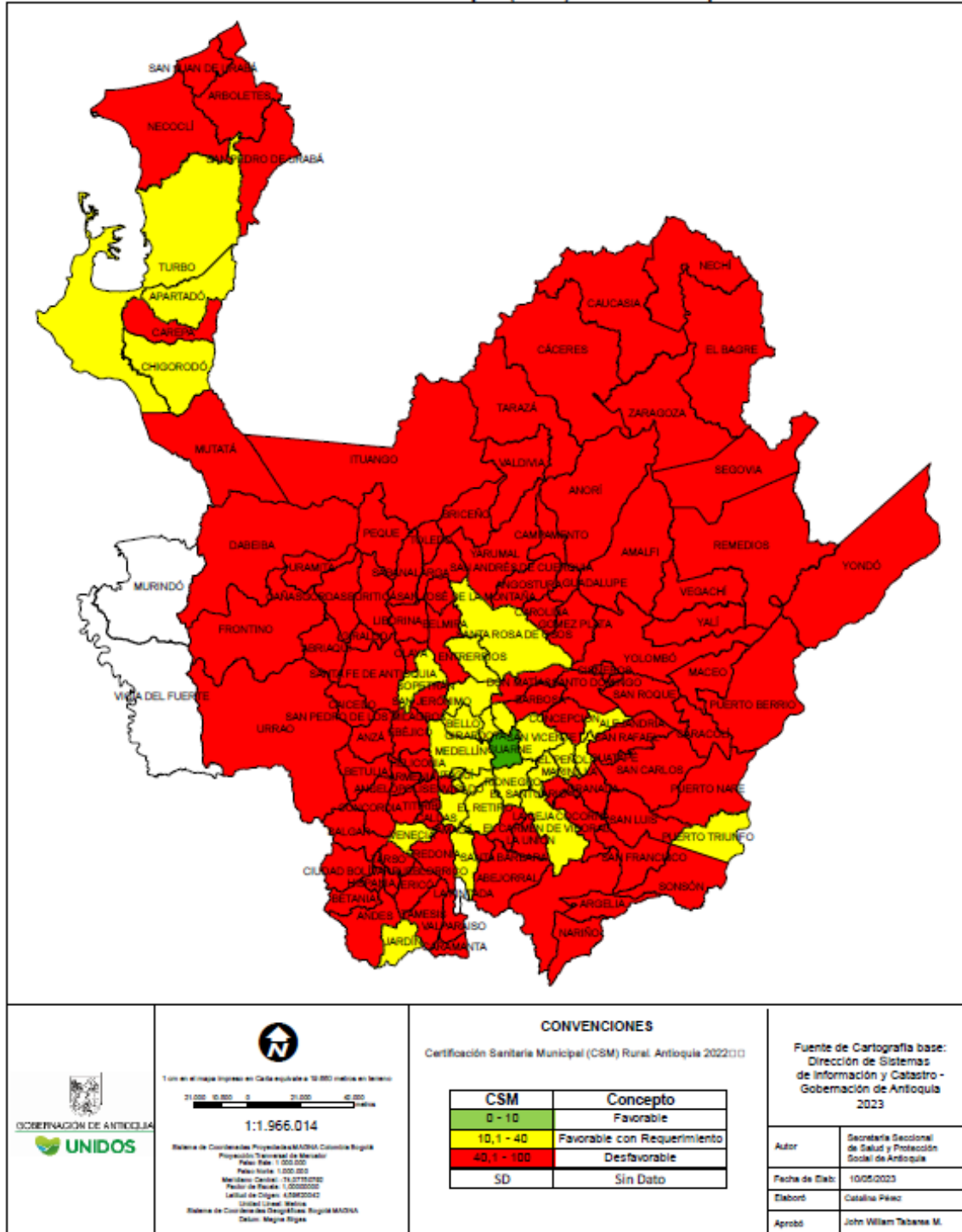
La Calificación Rural Municipal obtenida por cada localidad de la Certificación Sanitaria Municipal en Agua Potable -CSM-, se registra en el siguiente mapa para la vigencia 2022



# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Mapa 27. Certificación sanitaria municipal Rural en agua potable por municipio. Antioquia 2022



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



### 2.2.2.3 Cobertura de alcantarillado

En Antioquia la cobertura total de alcantarillado para la vigencia 2021 alcanza un valor del 81.89% mientras que para el país es del 63%<sup>30</sup>, siendo superior para el Departamento. La subregión que presenta una cobertura superior al promedio departamental es la del Valle de Aburrá con un 95.49%. Las demás subregiones del Departamento están por debajo del promedio departamental, siendo las subregiones del Nordeste (50.26%) y Occidente (48.31%) las más rezagadas.

En el ámbito urbano se han incrementado las coberturas del servicio de alcantarillado pasando de 95% en el 2005 a 95.79% en el 2021, mientras que para la Colombia es del 81 % para la misma vigencia. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (98,09%), Norte (96,91%) y Oriente (98,27%), siendo las subregiones del Bajo Cauca (76.47%); Nordeste (78,38%) y Urabá (85.97%) las más rezagadas.

En el área rural, las coberturas han presentado aumento en el período, pasando de 33,6% en el 2015 a 34.81% en el 2021, mientras que para la Colombia es del 16 % para la misma vigencia. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (75.40%) y Magdalena Medio (48.49%) y las subregiones más rezagadas son Bajo Cauca (21.54%), Nordeste (15.50%), Norte (11.29%); Occidente (13.96%), Oriente (15.45%), Suroeste (117.03%) y Urabá (16.37 %) para el mismo año.

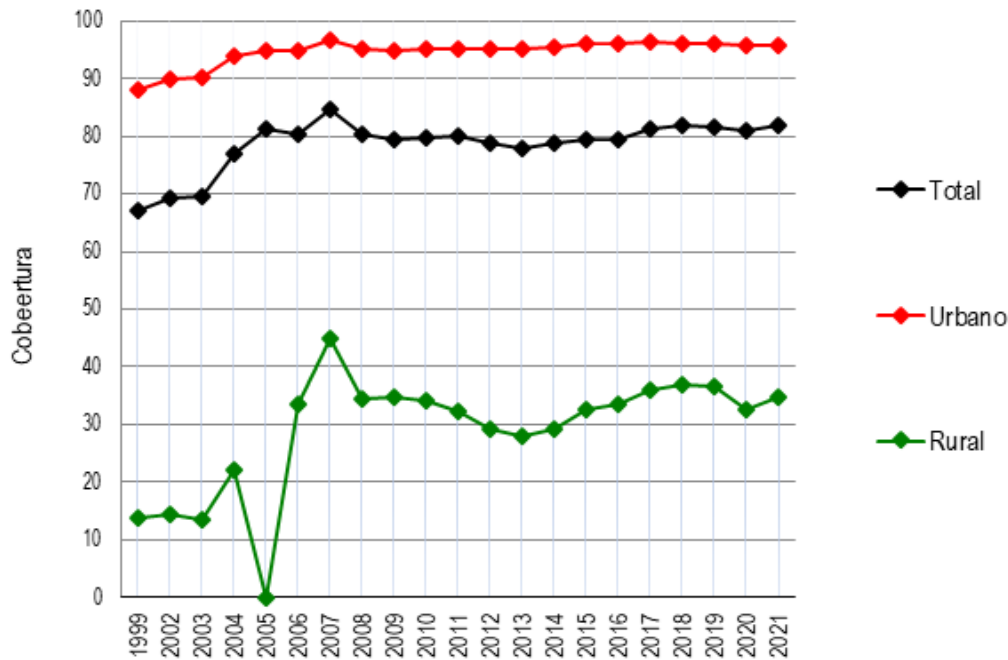
En la siguiente grafica se registra el comportamiento de la cobertura total, urbana y rural de alcantarillado en el Departamento de Antioquia durante el periodo 1999 al 2021

En la figura 126 se registra la cobertura Total, Urbana y Rural de acceso al servicio de alcantarillado en el Departamento de Antioquia por subregión para la vigencia 2021.

En las figuras 127, 128 y 129 se registran la cobertura Total, Urbana y Rural por subregión de acceso al servicio de alcantarillado en el Departamento de Antioquia por subregión para la vigencia 2021.

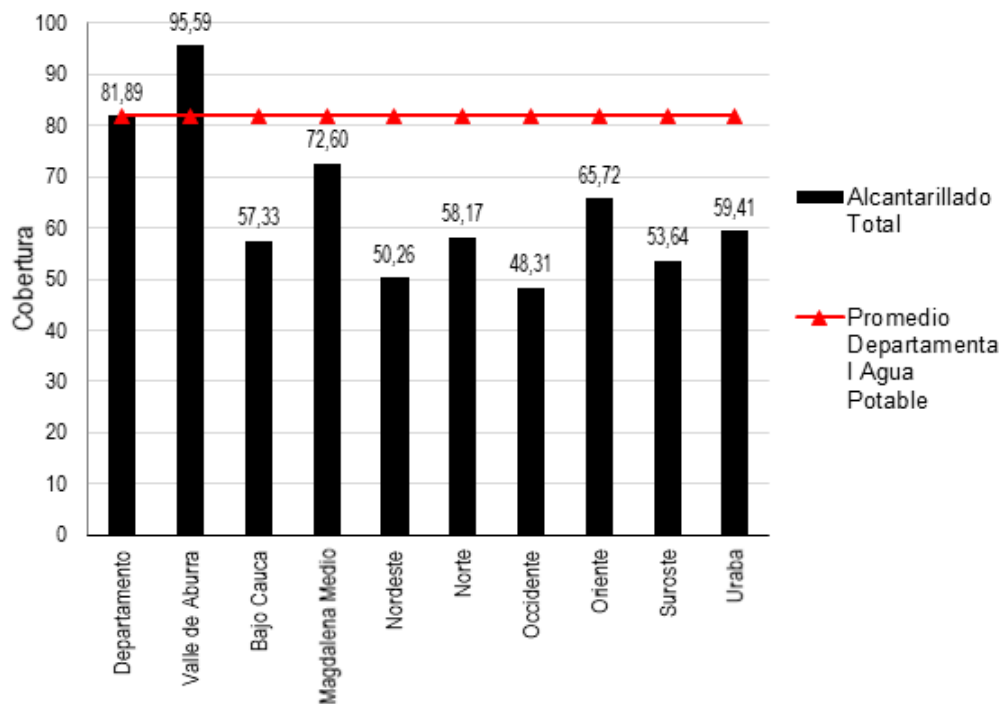
<sup>30</sup> Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - Informe Nacional de Coberturas de los Servicios Públicos de Acueducto, Alcantarillado y Aseo- 2020

Figura 125. Comportamiento Cobertura de Alcantarillado- Total, Urbano y Rural -Antioquia 1999- 2021



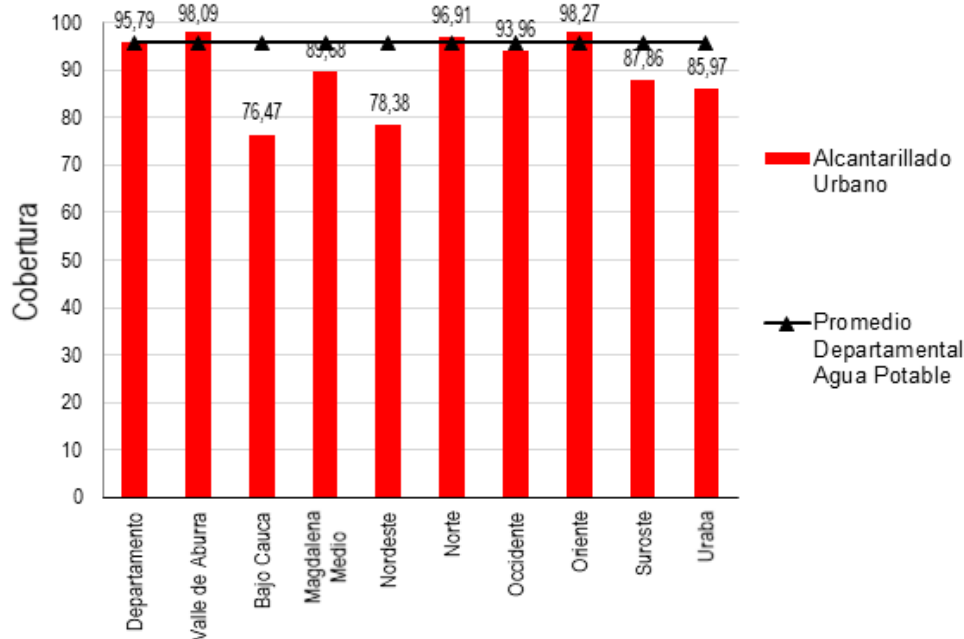
Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia

Figura 126. Cobertura Total de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2021



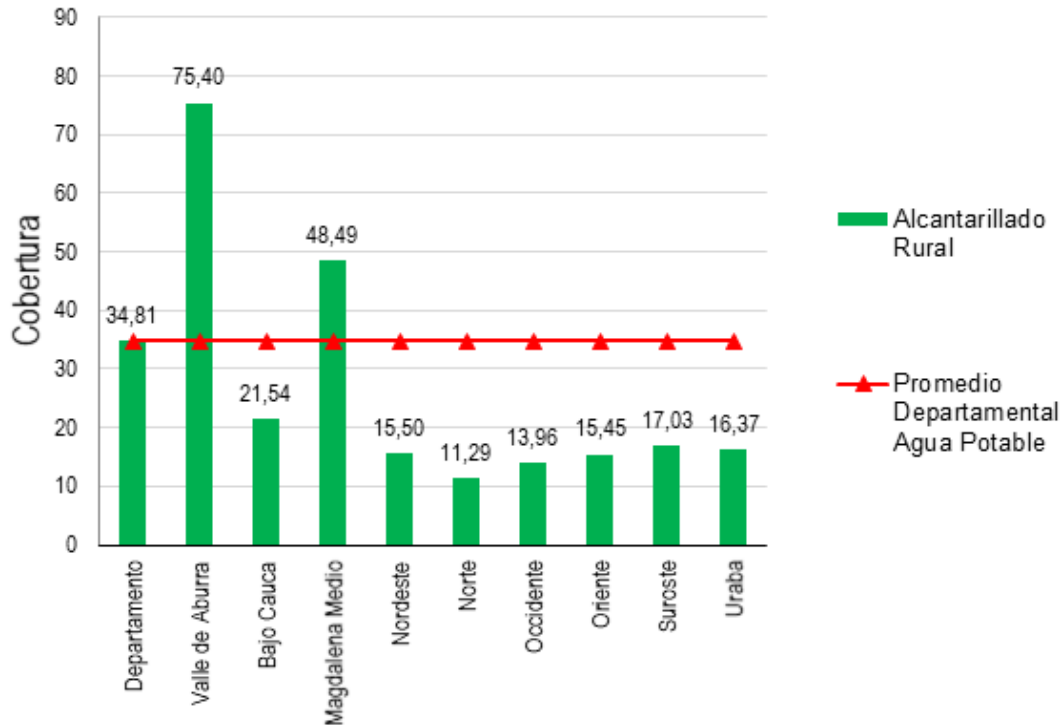
Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – 2020

Figura 127. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2021



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – 2020

Figura 128. Cobertura Rural de viviendas con acceso al servicio de Alcantarillado por subregión – Antioquia 2021



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia – 2020

### 2.2.2.4 Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada:

En Antioquia el valor de este índice es 13,1% y en Colombia es 11,7%, siendo inferior para la nación.

### 2.2.2.5 Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas:

En Antioquia el valor de este índice es 14,3% y en Colombia es 11,6%, siendo superior en el Departamento. La disposición inadecuada de las excretas es una de las principales causas de enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias, particularmente en la población infantil y en áreas rurales, donde no se cuenta un adecuado abastecimiento de agua, ni instalaciones para el saneamiento básico.

### 2.2.3 Cobertura de Aseo

En Antioquia la cobertura total de aseo para la vigencia 2021 alcanza un valor del 89.81% mientras que para el país es del 64%<sup>31</sup>, siendo superior para el Departamento. La subregión del Valle de Aburrá es la única que presenta una cobertura superior al promedio departamental, con un 98.19%. Las demás subregiones del Departamento están por debajo del promedio departamental, siendo las subregiones del Occidente (56.70%) y Suroeste (69.56%) las más rezagadas.

En el ámbito urbano se han incrementado las coberturas del servicio de alcantarillado pasando de 79.6% en el 2005 a 98.92% en el 2021, mientras que para la Colombia es del 81 % para la misma vigencia. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburra (99.15%), Occidente (98.94%) y Oriente (99.60%).

En el área rural, las coberturas han presentado aumento en el período, pasando de 31.3% en el 2005 a 58.95% en el 2021, mientras que para la Colombia es del 20 % para la misma vigencia. Las subregiones que presentan valores superiores al promedio departamental son: Valle de Aburrá (90.43%) y Magdalena Medio (62.23 %) y las subregiones más rezagadas Norte (35.54%) y Occidente (24.92%) para el mismo año.

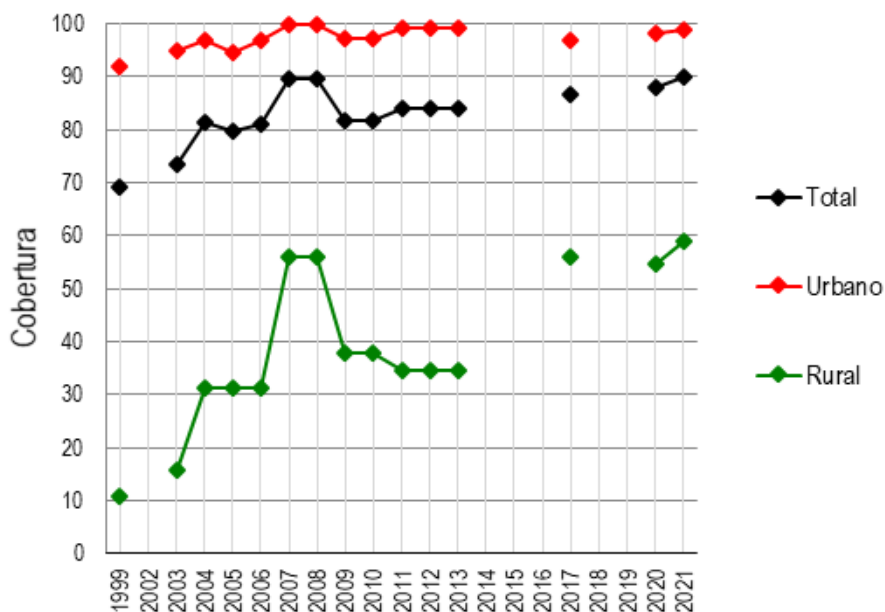
A continuación, se registra el comportamiento de la cobertura total, urbana y rural de aseo en el Departamento de Antioquia durante el periodo 1999 al 2021. Durante los años 214, 2015, 2016, 2018 y 2019 no se reportan datos en el Anuario Estadístico de Antioquia.

En la figura siguiente se registra la cobertura Total, Urbana y Rural de acceso al servicio de aseo en el Departamento de Antioquia por subregión para la vigencia 2021. En las figuras 131, 132 y

<sup>31</sup> Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - Informe Nacional de Coberturas de los Servicios Públicos de Acueducto, Alcantarillado y Aseo- 2020

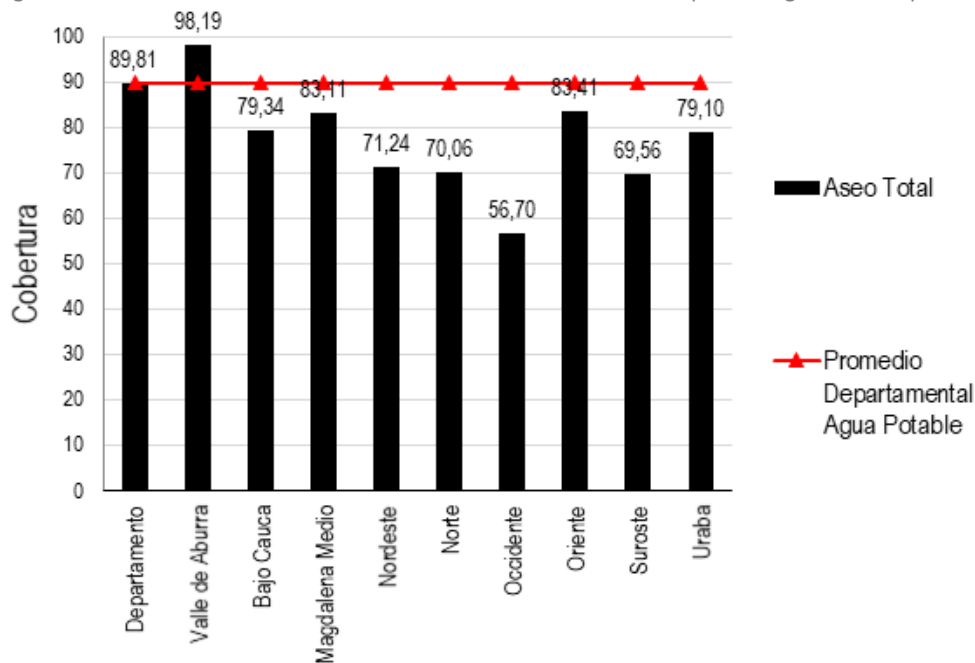
133 se registran la cobertura Total, Urbana y Rural por subregión de acceso al servicio de aseo en el Departamento de Antioquia por subregión para la vigencia 2021.

Figura 129. Comportamiento Cobertura de Aseo- Total, Urbano y Rural -Antioquia 1999- 2021



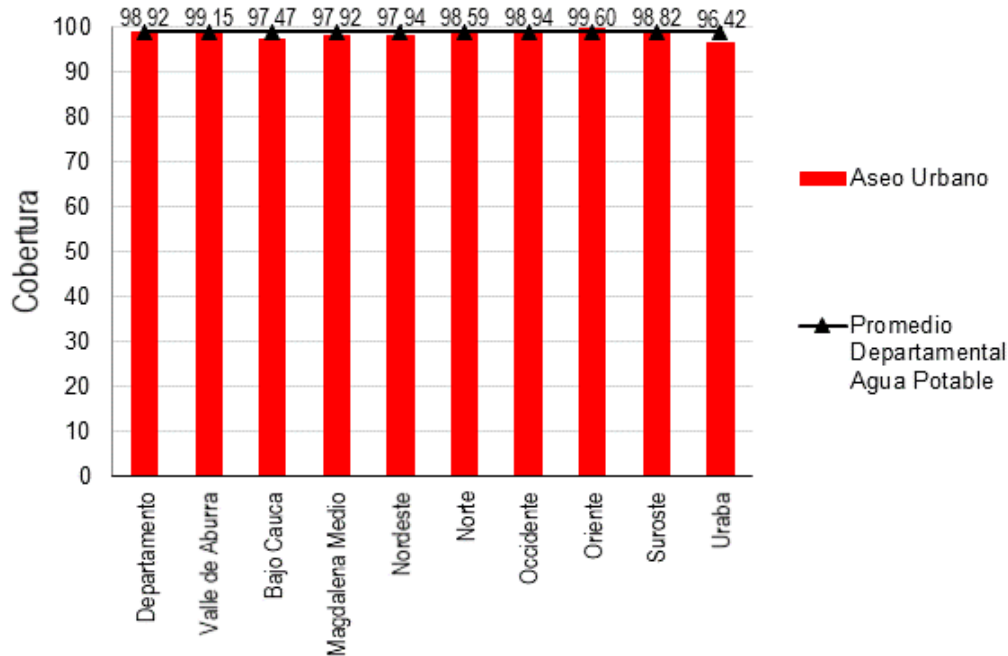
Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia

Figura 130. Cobertura Total de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2021



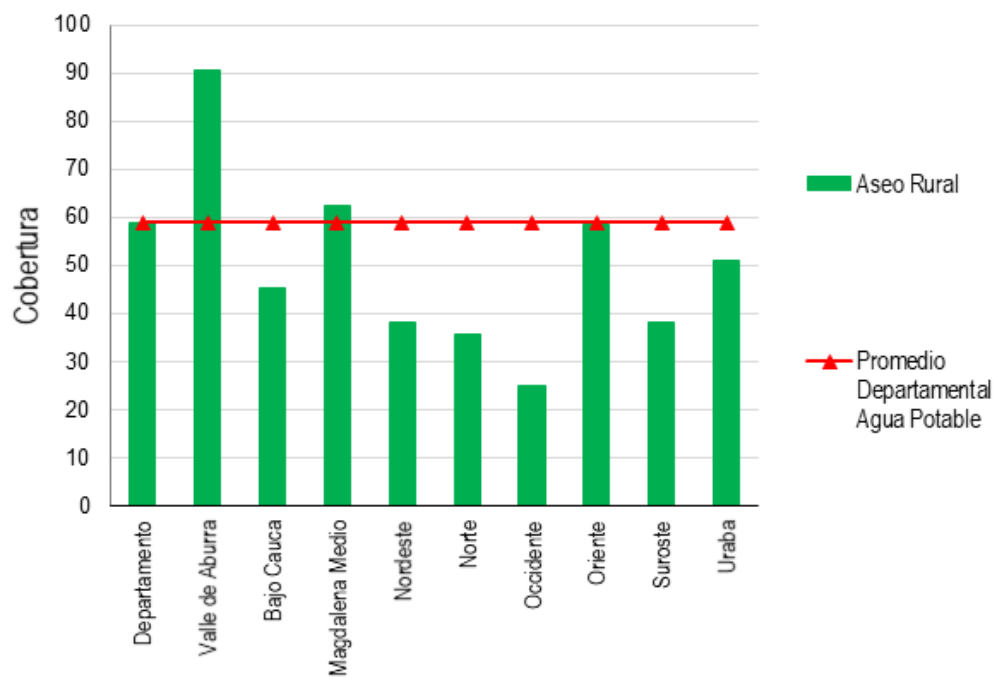
Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia

Figura 131. Cobertura Urbana de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2021



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia

Figura 132. Cobertura Rural de viviendas con acceso al servicio de aseo por subregión – Antioquia 2021



Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia

Al comparar las condiciones de vida del departamento de Antioquia con las condiciones del país, se encuentran diferencias en los indicadores, tales como que la cobertura de electricidad, acueducto y alcantarillado, son mayores en Antioquia, no obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 61. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida. Antioquia, 2005 – 2021

Determinantes inmediatos de la salud	Colombia (%)	Antioquia (%)
Cobertura de servicios de electricidad	96.9	99.6
Cobertura de Acueducto	71.1	91.10
Cobertura de Alcantarillado	63.0	81.89
Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA)	8.77	7.3
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	11.7	13.1
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	11.8	14.3

Fuentes: Índice de Cobertura de Energía Eléctrica - ICEE 2018, Anuario Estadístico de Antioquia, Subsistema de Información para Vigilancia de calidad de agua para consumo humano-SIVICAP, DANE. Indicadores de pobreza multidimensional.

Al revisar las coberturas de servicios de electricidad, acueducto, alcantarillado y aseo de los de los 125 municipios del Departamento, se evidencia en las cabeceras presentan coberturas del 100% en electricidad y del 98.51% para el área rural, la diferencia entre estos no es estadísticamente significativa; en cuanto a la cobertura de acceso al servicio acueducto, se observa que el área urbana presenta una cobertura del 98.38%, mientras que el área rural es del 65.45%. Con relación al acceso al agua potable para el área urbana se presenta una cobertura del 98.38% y del 65.45% en la zona rural. Con relación al acceso a la cobertura de alcantarillado se presenta para el área urbana un porcentaje de 95.79% y de 34.81% en la zona rural. Con relación al sistema de aseo residencial se presenta el área urbana una cobertura del 98.92% y del 58.95 % en la zona rural. Así mismo, existiendo en el área rural una baja cobertura en acueducto, acceso al agua potable, alcantarillado y aseo, lo que incide para que en el departamento de Antioquia se presenten riesgos para las enfermedades transmitidas por aguas contaminadas, si se tiene en cuenta las bajas coberturas de acueducto y de alcantarillado.

Tabla 62. Cobertura de acceso a servicios públicos según desagregación urbano-rural. Antioquia, 2020

Determinantes inmediatos de la salud	Cabecera (%)	Resto (%)
Cobertura de servicios de electricidad	100	98.51
Cobertura de Acueducto	98.38	65.45
Cobertura de Alcantarillado	95.79	34.81
Cobertura de Aseo	98.92	58.95

Fuente: Índice de Cobertura de Energía Eléctrica - ICEE 2018, Información disponible a nivel departamental acueducto y alcantarillado - Anuario Estadístico de Antioquia

Es importante para el Departamento, aumentar las coberturas totales de acceso del servicio de acueducto, agua potable y saneamiento básico (alcantarillado, plantas tratamiento de aguas

residuales, acceso al servicio de aseo y disposición final de residuos) especialmente en las zonas rurales, dado que contribuye en forma determinante en la calidad de vida de la población.

Se plantea, como objetivo al 2023, que el departamento de Antioquia contribuya a aumentar las coberturas de acceso al servicio de acueducto, agua potable y saneamiento básico en el ámbito rural mediante una correcta gestión (planeación, gestión de proyectos y ejecución de recursos de manera eficiente), el fortalecimiento de la articulación transectorial, la asistencia técnica adecuada en los aspectos relacionados con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la vigilancia en salud pública y control de los factores de riesgo ambientales en la zona rural, adaptación de la normatividad al contexto regional para esquemas de suministro de agua potable que garantizan la sostenibilidad, organismos de control con capacidad de respuesta, fortalecimiento del sistema de información sanitario de los sistemas de acueducto, gestión eficiente de aspectos ambientales que dificultan el suministro de agua potable con lo cual se contribuye a la disminución de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (cáncer) y las transmisibles (enfermedades diarreicas, Hepatitis A, Cólera, Leptospirosis, intoxicaciones químicas, fluorosis, etc.)

Para el establecimiento de indicadores de resultado y de producto, asociados a la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, por parte de las autoridades sanitarias se tuvo en cuenta las diferentes metas establecidas a nivel mundial, nacional, así como las políticas establecidas a en el territorio nacional que se detallan a continuación:

- El Objetivo de Desarrollo Sostenible número 6 “Agua Limpia y Saneamiento” para garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos, una de cuyas metas es “De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos...”
- Plan de Desarrollo Nacional “Pacto por la calidad y eficiencia de los servicios públicos” el cual tiene como meta “Tres millones de colombianos nuevos con agua potable y manejo de aguas residuales” y “11.867 nuevas personas con acceso a soluciones adecuadas de agua potable.”
- Agua al Campo; Programa del Gobierno Nacional que busca, a través del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, cerrar las brechas en materia de cobertura, continuidad y calidad en las zonas rurales del país, el cual tiene planteada la siguiente meta “... Al 2022, con Agua al Campo se espera incrementar la cobertura en acueducto y alcantarillado en los municipios priorizados, pasando del 24% al 40% en acueducto y del 10% al 22% en alcantarillado...”
- Los Objetivos del Plan Decenal de Salud Pública de la Dimensión de Salud Ambiental componente Hábitat Saludable: “Reducir las brechas de inequidad en el acceso al agua potable, coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo”.
- Política para el suministro de agua potable y saneamiento básico en la zona rural. Documento CONPES 3810 del 2014.
- Los objetivos sanitarios desarrollados para el Plan Territorial en Salud 2020-2023.



- El objetivo del componente 1. Antioquia Hábitat Sostenible de la Línea Estratégica 3. Nuestro Planeta del anteproyecto del Plan de Desarrollo “Unidos por la Vida 2020 – 2023” de “Construir un hábitat sostenible para Antioquia a través de la generación, mejoramiento, titulación y legalización de viviendas, el acceso a agua potable, saneamiento y aseo, así como la consolidación de la infraestructura física de los municipios del Departamento como garantía de equidad social y territorial...”

## 2.2.4 Educación

### 2.2.4.1 Coberturas de educación en Antioquia.

Para el Departamento, la educación es una prioridad expresada en su Plan de Desarrollo “Unidos por la Vida Antioquia 2020-2023”, con un seguimiento cuidadoso a los avances de los indicadores de proyectos, programas y estrategias planteados, con miras al mejoramiento en acceso, calidad y creación de modelos educativos innovadores que impacten positivamente en la formación de los escolares de los diferentes niveles de educación. Igualmente hace parte de los indicadores para medir la equidad en la Agenda Antioquia 2040 definida por el Departamento.

Al comparar con el país los macro indicadores de las coberturas de educación semaforizados se evidencia que no hay una diferencia estadística con respecto a la nación, evidenciando algunos de ellos mejores que el país, pero también se observa la fluctuación de estos y no consistencia en mejoría.

Figura 133. Coberturas de educación. Antioquia, 2003 – 2021

Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia	Antioquia	Comportamiento																		
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	9,3	8,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	106,51	105,40	-	-	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	109,03	119,60	-	-	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	86,15	90,70	-	-	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	

Fuente: DANE, SISPRO – MSPS

### 2.2.4.2 Otros Indicadores de educación

Es importante tener en cuenta, que si bien se analizan 4 indicadores en la semaforización de los determinantes sociales de la salud relacionados a la educación es también necesario analizar otros indicadores relacionados al rendimiento que afectan directamente el nivel educativo que pueden alcanzar los escolares que incide en los indicadores de la semaforización, como son los logros en las pruebas que el estado colombiano dispone para evaluar los estudiantes en diferentes áreas y niveles de escolaridad, realizado por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación Superior (ICFES) y socializados en el siguiente enlace:



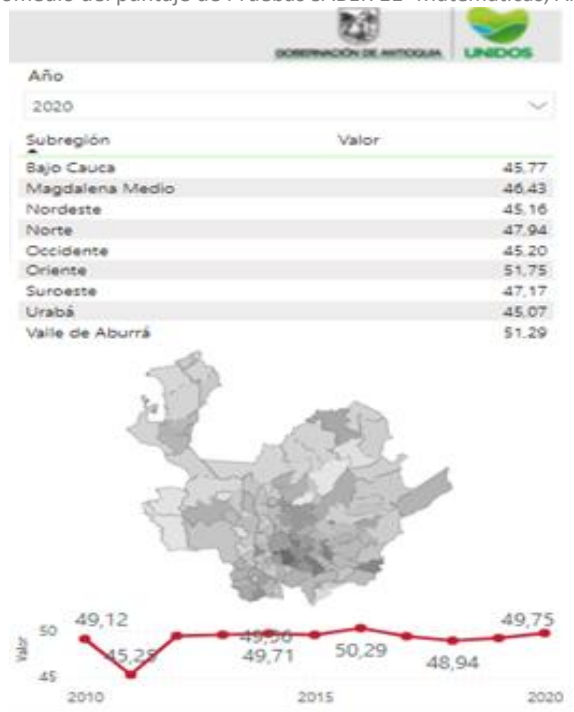
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMDhhZTVmZGUtN2RiYy00YTRhLTNmNDQtdODM4ZTBmMjkyZig0liwidCI6IjY0MmYxNTllLThmMTItNDMwOS1iODdlLWNiYzU0MzZlYzY5MSIsImMiOiR9>

Por otro lado, en el Plan de Desarrollo del departamento se han definido indicadores educativos enmarcados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible con el fin de abordar el acceso y calidad de la educación como determinantes sociales de la salud.

Porcentaje de estudiantes que se encuentran en nivel de desempeño satisfactorio y avanzado en las pruebas SABER 5 en diferentes áreas del grado quinto, respecto a los estudiantes evaluados en este nivel:

- **Lenguaje**, para Antioquia en el 2017 está en 41%, observándose una reducción con respecto al año anterior con un 44%, no se dispone de información más actualizada.
- **Lectura Crítica**, el índice promedio para el 2020 es de 51.97%, la región de índice más bajo son estudiantes de la subregión de Urabá con 47.11 y la más alta es Valle de Aburrá con 53.70.
- **Matemáticas**, el índice del Departamento está en un 49.75%, significa que el 51% de los estudiantes no logra niveles satisfactorios ni avanzados para quinto de primaria, la región de Oriente alcanza un 51,75%, se evidencia en la mayoría de las subregiones una tendencia al aumento en este índice.

Tabla 63. Promedio del puntaje de Pruebas SABER 11- Matemáticas, Antioquia, 2020



Fuente: PBI, DPD

**Tasa de cobertura bruta de educación media:** Es el porcentaje de estudiantes matriculados en educación media (independientemente de la edad que tengan), respecto al total de la población en edad teórica (de 15 a 16 años) para cursar este nivel (Fuente Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV). Para el departamento de Antioquia se observa tendencia al aumento en los últimos años, en el 2020 fue de 90.74, siendo Urabá la subregión que mayor porcentaje presenta pasando de 94.40% en el 2018 a 105.93% para el 2020. La subregión del Nordeste presenta menor porcentaje con 76.74% con tendencia al aumento en los últimos años evaluados.

**Porcentaje de niños y niñas en primera infancia:** cuentan con las atenciones priorizadas en el marco de la atención integral, porcentaje de niños y niñas activos en el Sistema de Seguimiento Niño a Niño (SSNN) que reciben 6 o más atenciones de las priorizadas por la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia (CIPI) (registro civil, seguimiento nutricional, vacunación, afiliación a salud, controles de crecimiento y desarrollo, formación a familias, acceso a material cultural con contenidos especializados, talento humano cualificado y acceso a educación inicial), Fuente Secretaría de Inclusión Social (Sistema de información Buen Comienzo Antioquia) e ICBF (Sistema de información Cuéntame). Para Antioquia está en 38% con una tendencia a la disminución (94% en el 2019) situación que puede deberse al confinamiento por la pandemia de COVID-19, no se dispone información desagregada por subregiones.

**Cobertura bruta en transición:** Es la relación porcentual entre el total de los alumnos matriculados en el nivel de transición, independiente de la edad que estos tengan, respecto al total de la población con 5 años (Fuente, Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV), se evidencia para Antioquia una tendencia estable, oscilando entre 88.2012% en el 2016 a 88,35% en el 2020. Las subregiones de Bajo Cauca y Occidente son las que presentan menor porcentaje en la transición, con 73.33% y 73.68%, podría explicarse en Occidente por el porcentaje de ruralidad.

**La tasa bruta a nivel preescolar:** Es el porcentaje de niños y niñas matriculados en el sistema educativo en establecimientos educativos oficiales y no oficiales, en el nivel de preescolar que incluye los grados de pre-jardín, jardín y transición sin importar la edad respecto al total de niños y niñas con edades entre los 3 a los 5 años. Muestra la relación porcentual de la matrícula del nivel educativo de preescolar con la demanda social que se debe atender en ese nivel educativo. (Fuente Secretaría de Educación de Antioquia -Subsecretaría de Planeación Educativa y secretarías de educación de los municipios certificados en educación del Departamento SIMAT, Certificados y Recolección para el Departamento por Departamento Administrativo de Planeación - Dirección Sistemas de Indicadores). Para el departamento esta cobertura es de 51.91% en el 2019, con tendencia al aumento en los últimos años. No se dispone de información desagregada por regiones.

**Cobertura de educación superior:** Mide la relación porcentual entre el total de estudiantes matriculados en programas de pregrado (técnicos, tecnológicos y universitarios), independientemente de la edad que estos tengan, respecto al total de la población entre 17 y 21 años (rango de edad teórico), (Fuente, Ministerio de Educación - Sistema Nacional de Información de Educación Superior (SNIES), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV). En Antioquia la cobertura presenta una tendencia a la reducción durante los años 2019 y 2020, con 56.39% y 55.29% respectivamente, la región e Nordeste presenta la cobertura más baja, 1.7% con descenso marcado desde el 2017 que presentó 5.67%, se espera que mejore el indicador con el mejoramiento de las vías de esta región, es claro que la región del Valle de Aburrá presenta las coberturas más altas (81.54%) explicable por un lado porque es donde se concentra la población y donde están asentadas la gran totalidad de instituciones educativas de nivel superior. Las demás regiones tienen coberturas muy por debajo a las del Departamento.

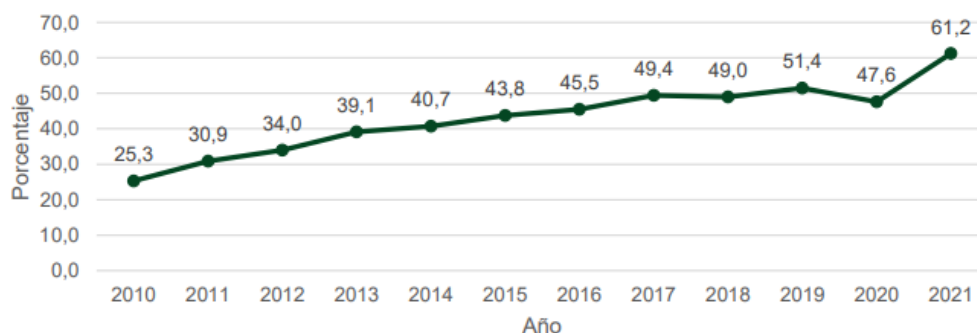
Figura 134. Tasa de cobertura en educación superior por subregiones de Antioquia, 2020



Fuente: Secretaría de Educación Departamental

- **Brecha entre cobertura neta urbano -rural de educación básica y media:** Es la diferencia en puntos porcentuales entre la cobertura neta para zona urbana y la cobertura neta para zona rural en los niveles de preescolar, básica y media. A medida que la diferencia disminuye refleja condiciones equitativas de acceso al sistema escolar, (Fuente Ministerio de Educación - Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT), DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda-CNPV). Para el Departamento es de 14.09 puntos porcentuales con tendencia a la disminución en los últimos años, significa que se está cerrando cada vez más la brecha de educación con relación a la población rural.
- **Sedes educativas conectadas a internet:** Mide el porcentaje de sedes educativas oficiales con conexión a internet, respecto al total de sedes educativas oficiales. Fuente DANE - Encuesta de Educación Formal - EDUC (Formulario C600), se observa una reducción entre los años 2019 y 2020 pasando de 32.04% a 28,53%, situación que puede deberse al confinamiento dado por la pandemia. Es importante evidenciar que de acuerdo con el informe de Gestión de la Gobernación de Antioquia 2021, el 61% de los hogares en el Departamento tiene acceso a internet, lo que complementa un poco la falta de acceso de las escuelas a este servicio, además que en todos los municipios en los parques se cuenta con acceso a red gratuita, beneficiando a las empresas y al comercio en general.

Figura 135. Hogares con acceso a internet en Antioquia-enero agosto 2010 a 2021.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE-Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH

### 2.2.4.3 Analfabetismo

Como se expresó en este documento, el analfabetismo comparado con la nación no evidencia diferencia estadísticamente significativa, pero sí una fluctuación que no es consistente para identificar una tendencia de mejoría o no de estos indicadores.

Es importante resaltar que en este sentido la Secretaría de Educación Departamental, en el Plan de Desarrollo “Unidos por la Vida 2020-2023”, ha definido proyectos, programas y estrategias para avanzar en la equidad reduciendo la desigualdad en el Departamento, muchas de las cuales se describen y analizar otros indicadores en este apartado de este documento.

Es importante tener en cuenta, que una de las causas del analfabetismo en Antioquia es la deserción escolar debida al conflicto armado, las vías de acceso de la población rural y rural dispersa a las cabeceras municipales, situación que está siendo intervenida y que se verá el impacto en la educación una vez se avance en el plan vial establecido.

**Tasa de analfabetismo en menores de 15 años:** Mide el porcentaje de la población de 15 años y más que no sabe leer ni escribir, respecto al total de la población de 15 años y más. Fuente, DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), Se evidencia una tendencia en los últimos tres años a la reducción pasando de 4.92% a 4.41%.

### 2.2.4.4 Avances en el compromiso con la educación en Antioquia

Antioquia ha definido en la Agenda 2040 que la Educación inclusiva y con calidad, es uno de los indicadores de la equidad, es así como se viene implementando diferentes acciones para impactar el resultado de estos indicadores, evidenciadas en el Informe de Gestión de la Gobernación 2021 entre los que se resaltan algunos de ellos:

- El apoyo a la financiación de matrícula de 13.901 estudiantes de las Instituciones de Educación



- Superior (IES) oficiales adscritas al Departamento, a través de la estrategia Matrícula Cero.
- Acuerdo suscrito entre la Gobernación de Antioquia y los Dirigentes Indígenas del Departamento, otorgamiento de 37 becas matrícula y sostenimiento para la población indígena, brindando oportunidad de acceso y permanencia en las universidades públicas o privadas en programas de pregrado, previa selección de las autoridades indígenas y la Organización Indígena de Antioquia (OIA), Así mismo otorgamiento de 41 becas matrícula y sostenimiento para la población Afrodescendiente.
  - Desarrollo del Modelo Educativo, “Modalidad Virtual Asistida UCN, Programa Alfabetización Virtual “PAVA”, CLEI I, en 31 Municipios, con el fin de disminuir la tasa de analfabetismo, atendió 1.251 personas en extra-edad y adultos de las zonas rurales y urbanas en situación de analfabetismo, además se brindó educación a 1.036 personas privadas de la libertad en 10 municipios.
  - Establecimientos Educativos que implementan jornada única, fortaleciendo los Proyectos Educativos Institucionales, ampliando las intensidades académicas y fomentando estrategias en las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas.
  - Jornada Escolar Complementaria, busca desarrollar espacios de aprendizaje para el aprovechamiento del tiempo libre de los estudiantes en los establecimientos educativos.
  - Proyecto Expedición Antioquia Territorios Educativos, que busca potenciar las capacidades de las comunidades educativas.
  - La doble titulación, proceso pedagógico y de gestión concertado, favoreciendo el mejoramiento de la calidad, de instituciones educativas oficiales del Departamento, el propósito es brindar opciones de permanencia y movilidad educativa a los estudiantes, bien sea en la educación superior o en la educación para el trabajo y el desarrollo humano, 224 de los 480 establecimientos educativos aprobados para ofertar la educación media, tienen articulación con la media técnica- doble titulación.
  - Implementación de modelos educativos flexibles (Aceleración del Aprendizaje, Caminar en secundaria 1 y 2, Escuela Nueva, Etnoeducación, Media Rural, Modalidad virtual Asistida UCN, Pos primaria, Preescolar Escolarizado y No Escolarizado/semiescolarizado, programa para jóvenes en extra-edad, Telesecundaria, Transformemos, Ser Humano y UNAD), para acercar la oferta educativa a zonas dispersa, para garantizar acceso a niños niñas y adolescentes en condiciones o no de vulnerabilidad.
  - Antioquia avanza en la consolidación como territorio educativo diverso e inclusivo, de derechos y equidad, alcanzado en el 2023 educación con modelos incluyentes a 13.247 estudiantes con discapacidad, capacidades y/o talentos excepcionales, trastornos específicos del aprendizaje y en condición de enfermedad. Igualmente se atienden otros grupos poblacionales, 11.384 estudiantes indígenas, 18.724 afrodescendientes, 14 raizales, 1 estudiante Rom, 27.511 estudiantes en extra-edad y los demás en las aulas regulares o con otros modelos, 135.439 estudiantes víctimas del conflicto y 66 estudiantes en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescente-SRPA.
  - Educación para la paz, realización de dos convenios para el desarrollo de proyectos orientados

a la población en proceso de reincorporación y reintegración; con convenio del Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Noruego para Refugiados se están atendiendo 96 adultos y 197 miembros de las comunidades reincorporadas.

### 2.2.5 Situación Alimentaria y nutricional de Antioquia

La Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional – MANÁ tiene a su cargo el Sistema de Información en Seguridad Alimentaria y Nutricional – SISAN -, el cual es un sistema de monitoreo y evaluación, que brinda de acuerdo a su definición una información articulada, suficiente y confiable para la vigilancia periódica y sistemática de la situación alimentaria y nutricional de la población residente en Antioquia. Dentro de múltiples recursos cuenta con la plataforma tecnológica web denominada SISMANÁ (Sistema Departamental De Vigilancia Alimentaria y Nutricional) la cual permite la captura, almacenamiento, monitoreo, análisis y consulta de manera permanente del estado nutricional, alimentario y situaciones de alerta de la Seguridad Alimentaria y Nutricional – SAN -, contribuyendo así a la elaboración de los informes anuales de seguridad alimentaria de los 125 municipios y del informe departamental; Los resultados obtenidos en el Informe Departamental de la Situación Alimentaria Y Nutricional de Antioquia 2022, permiten conocer las tendencias y comportamientos de los indicadores en torno a la Seguridad Alimentaria, Nutricional y Estilos de Vida a nivel local y regional (GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA, 2019). A continuación, se relacionan los hallazgos más relevantes:

- De acuerdo con los datos evidenciados, en el 2022 se presentó un aumento de la seguridad alimentaria en el departamento, situación que permite identificar existen múltiples condicionantes de tipo global, estatal y departamental que pese a la respuesta gubernamental realizada a través de proyectos continúa siendo insuficiente. Esta condición se vio agudizada en los hogares de las subregiones de Urabá y Bajo Cauca, que, aunque son las zonas priorizadas para recibir mayor oferta alimentaria por parte de la Gerencia SAN - MANA siguen siendo las más afectadas. Si bien estos datos estadísticos no son extrapolables a la población antioqueña, si pueden indicar tendencias situacionales que suponen retos importantes para intervenir las desigualdades económicas, sociales y demográficas aún más luego de la crisis pandémica.
- Para los indicadores de actividad física y conductas sedentarias en el año 2022, se evidenció que cerca de una quinta parte (19,6%) de los niños entre 5 y 12 años, cumplieron con la recomendación diaria de actividad física de la OMS; mientras que, en el grupo de 13 a 17 años, el cumplimiento de las recomendaciones fue menor en 2,6%. Por otra parte, 4 de cada 10 niños y 6 de cada 10 adolescentes estuvieron un tiempo excesivo frente a pantallas. Mientras que, aproximadamente la mitad de los adultos (52,6%) cumplieron con la recomendación de actividad física de la OMS, cifra que presenta un aumento del 11,4%; resultados que acentúan la necesidad de generar una línea de base que permita hacer un diagnóstico y se genere la ampliación de ofertas institucionales que garanticen una mayor



cobertura y permanencia en los programas diseñados para el deporte y la recreación para todos los grupos de edad.

- El estado nutricional por grupo de edad de la población ingresada a SISMANA, evidencia un aumento en el déficit de peso en el grupo de menores de 5 años y en la delgadez en el grupo de menores de 5 a 17 años, mientras que aumentó levemente el exceso de peso en los adultos y el estado nutricional de los adultos mayores evaluados se mantuvo estable. Esta situación puede sugerir que desafíos como la Guerra en Ucrania, el alto costo de los alimentos en la Nación, la alta migración de extranjeros al departamento e incluso la pandemia, generó afectaciones sobre las condiciones de malnutrición del departamento, y agudizó la doble carga de la malnutrición.
- Con relación a la etnia, la condición de talla baja para menores de cinco años, escolares y adolescentes disminuyó lo cual se vio representado en el aumento en la clasificación de talla adecuada tanto en población indígena como en población afrodescendiente; el exceso de peso presentó un aumento en la mayoría de los grupos de edad (excepto adultos mayores); y en el grupo de las mujeres gestantes logro mejorar el estado nutricional de la población indígena, mientras que la alteración nutricional aumento en la población afrodescendiente. Estos datos estadísticos se configuran como de interés público, pues es claro que la región antioqueña carece de estudios poblacionales recientes que puedan determinar las prevalencias del estado nutricional por grupo étnico.
- Los resultados la situación alimentaria y nutricional de la población ingresada a SISMANA suministra datos de interés, que pueden facilitar los procesos de planeación y ejecución de las estrategias a favor de la garantía del derecho humano a la alimentación, orientando la toma asertiva de decisiones en el Departamento de Antioquia.

### 2.2.6 Percepción de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en los Hogares del Departamento de Antioquia.

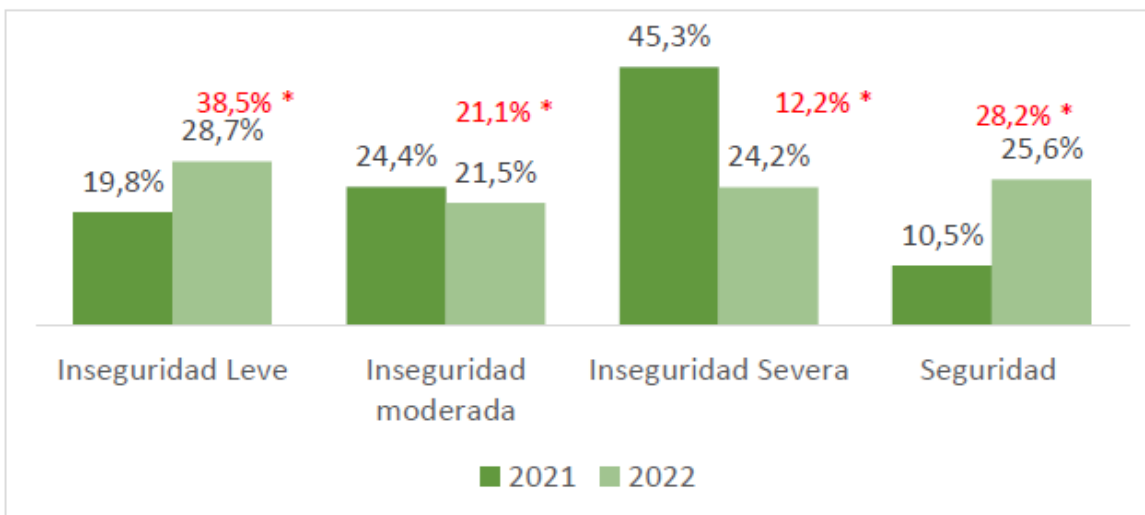
“La Escala latinoamericana y caribeña de seguridad alimentaria -ELCSA- es un instrumento de bajo costo y rápida aplicación que ha demostrado tener una alta validez y confiabilidad en diversos canales de aplicación, la misma favorecido la comprensión de la distribución, causas y consecuencias de la inseguridad alimentaria en la región” (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA - FAO, 2012).

Las preguntas que integran la ELCSA –se refieren a situaciones que pueden enfrentar las personas durante un período de tiempo reciente en los hogares, relacionadas con la cantidad y calidad de los alimentos disponibles y con las estrategias que utilizan en procura de aliviar las carencias alimentarias que se presentan, indagan sobre la experiencia de hambre en los hogares con personas menores de 18 años y adultos, así como en los hogares conformados sólo por adultos.





Figura 136 Percepción de la seguridad alimentaria y nutricional en el hogar. SISMANA – Antioquia: 2021 - 2022



\*Fuente. Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia. Año 2023

Tabla 64 Percepción de la seguridad alimentaria y nutricional en el hogar. SISMANA – Antioquia: 2021 - 2022.

CLASIFICACIÓN	2021		2022	
Inseguridad Leve	6542	19,8%	8312	28,7%
Inseguridad moderada	8039	24,4%	6233	21,5%
Inseguridad Severa	14965	45,3%	7009	24,2%
Seguridad	3459	10,5%	7417	25,6%
<b>Total</b>	<b>33005</b>	<b>100,0%</b>	<b>28971</b>	<b>100,0%</b>

Los datos de percepción de INSAN en 2022, permiten evidenciar que del total de hogares evaluados e ingresados en SISMANA (n: 28.971), siete de cada diez presentaron algún grado de inseguridad alimentaria. Al realizar la comparación con los datos del año 2021, se observa una reducción de la INSAN equivalente a 15,1 puntos porcentuales, en tanto que en los niveles de mayor criticidad, donde hay presencia de hambre, las clasificaciones de INSAN moderada y severa presentaron un aumento de 2,8 y 21,1 puntos porcentuales respectivamente, (Gráfico 1), este hecho puede atribuirse a que la actual administración y incluso desde los municipios se han realizado esfuerzos por incorporar programas y proyectos que aportan a la atención alimentaria y nutricional y a la mitigación de la escasez de alimentos principalmente de los hogares más vulnerables del departamento de Antioquia. Es importante aclarar que desde las administraciones locales la aplicación de la ELCSA se realiza principalmente a familias vulnerables como estrategia de caracterización para priorizar los hogares susceptibles de atención de acuerdo a las ofertas

institucionales, hecho que sin lugar a duda incidir en los valores estadísticos superiores presentados en comparación con otras encuestas reportadas desde el orden departamental o nacional.

Por otra parte, cabe destacar también que frente a este último hallazgo que se viene identificando en el último cuatrienio y con el fin de poder acceder a estadísticas reales que representen las condiciones generales de la población Antioqueña, la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional viene promoviendo el uso de SISMANA y particularmente la ELCSA para que se aplique a todo tipo hogares y no solo a los vulnerables, con el fin de acceder a datos que permitan evidenciar cómo se comporta la condición SAN tanto a nivel territorial como departamental.

Los resultados del presente indicador están asociados con situaciones del orden nacional y global tales como la guerra en Ucrania que tuvo efectos en los precios de los fertilizantes impactando de manera directa el precio de los alimentos, la migración representada por habitantes de otros países que decidieron residir en el departamento Antioqueño o transitar hacia centro y norte américa principalmente, el cambio en el uso del suelo lo que ha generado la importación de alimentos y por tanto incremento en la canasta familiar, además persisten los efectos de la pandemia que generaron mayor recrudescimiento de la vulnerabilidad social, económica y alimentaria principalmente de los hogares más pobres.

Figura 137 Comparativo de la percepción de seguridad alimentaria de los hogares por subregión. SISMANA – Antioquia: 2019 - 2022.

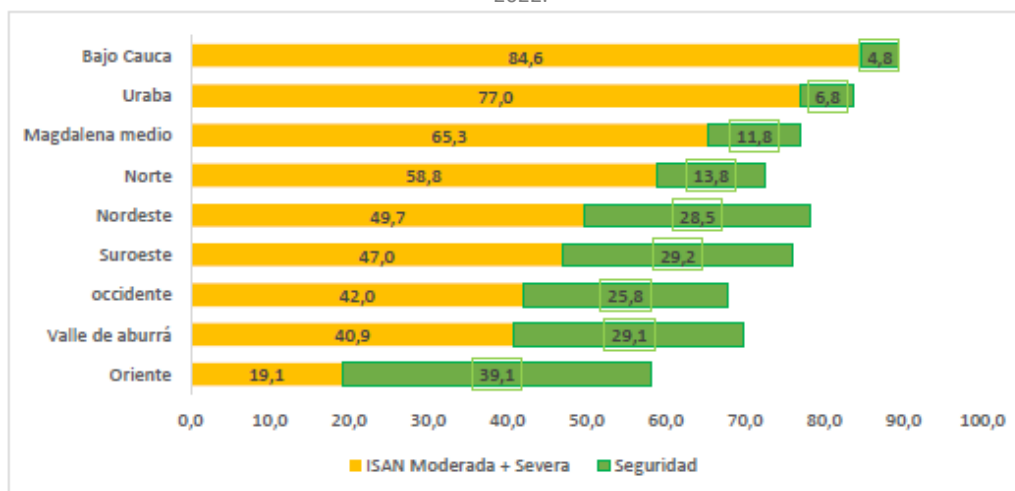


Tabla 65 Distribución porcentual de la percepción de seguridad alimentaria de los hogares de Antioquia por subregión. SISMANA – Antioquia: 2021 - 2022.

Clasificación	Bajo Cauca	Magdalena medio	Nordeste	Norte	occidente	Oriente	Suroeste	Urabá	Valle de Aburrá
ISAN Moderada + Severa	84,6	65,3	49,7	58,8	42,0	19,1	47,0	77,0	40,9
Seguridad	4,8	11,8	28,5	13,8	25,8	39,1	29,2	6,8	29,1
Inseguridad leve	10,6	22,9	21,8	27,4	32,2	41,7	23,9	16,2	30,1
Total de Hogares	935	550	2951	3085	4052	5875	3353	2967	5203

Al analizar el comportamiento de la inseguridad alimentaria (leve, moderada y severa) por subregión durante el año 2022, se identificó que las mayores proporciones se encuentran en el Bajo Cauca y Urabá. Cabe destacar sin embargo que para el año 2021 (periodo en el que fue reportada la última información oficial en el departamento, según la encuesta de calidad de vida) y comparando respecto al perfil del año 2019 hubo mayor reducción de la inseguridad alimentaria grave; losigie siendo concordante con los resultados arrojados por SISMANA para el año 2022, lo cual podría explicarse posiblemente por los programas y proyectos que se han implementado de manera intencionada en las regiones anteriormente señaladas y que se han efectuado gracias al resultado en el monitoreo periódicamente realizado en los estudios departamentales realizados, tales como el perfil alimentario y nutricional de Antioquia para el año 2019 y 2023 (UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA, 2019) e incluso la Encuesta de Calidad de Vida realizada en el año 2021.

La situación de seguridad alimentaria y nutricional del Departamento demuestra que para la superación del hambre es imperativo, articular acciones intersectoriales, que favorezcan la intervención de problemáticas estructurales de la INSAN, brindando a su vez acompañamiento y promoviendo el empoderamiento y corresponsabilidad de las personas, lo cual debe ser un ejercicio prioritario en los hogares con inseguridad alimentaria moderada o severa y que logrará disminuir la dependencia estatal que con frecuencia se genera del asistencialismo.

### 2.2.6.1 Acciones para intervenir el indicador:

La Inseguridad Alimentaria y Nutricional (INSAN) es el indicador transversal y trazador de las estrategias que se realizan desde los cinco programas que integran el Componente 4.3 MANÁ Plus en el plan de desarrollo Unidos 2020 – 2023, la medición poblacional oficial de este indicador se genera a través de la Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia (ECV-A) (GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA, 2022), por tanto, este dato se convierte en la línea base de comparabilidad retrospectiva y prospectiva de la SAN y el referente para la toma de decisiones en múltiples indicadores del sistema alimentario y nutricional. Por su parte, los datos que se recolectan en la

plataforma tecnológica de SISMANA, son posteriormente procesados y analizados por el equipo del Sistema de Información de Seguridad Alimentaria y Nutricional – SISAN, permitiendo generar de forma permanente y en tiempo real un posible diagnóstico de la SAN a nivel municipal y departamental, facilitando de esta manera un seguimiento permanente y oportuno de los indicadores SAN.

Finalmente, es importante destacar que desde la Secretaría de Inclusión Social y Familia, a través de la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional - MANÁ y el Observatorio Departamental en Seguridad Alimentaria y Nutricional - ODSAN, se continúa asesorando y asistiendo técnicamente a los funcionarios de las administraciones municipales, así como a los actores sociales de relevancia que pueden impactar la SAN, para contribuir con el cumplimiento de la Ordenanza 038 de 2018, y con el objetivo de instalar capacidades en los municipios frente a la recolección de datos y reporte de información en la plataforma SISMANA y otras herramientas tecnológicas además del desarrollo de competencias analíticas que permitan la elaboración del informe anual de la situación alimentaria y nutricional del municipio, como insumo de interés que favorecerá la toma de decisiones y el uso efectivo de sus resultados a nivel local y regional.

### 2.2.7 Estimación Índice de Necesidades en Salud (INS)

Para avanzar en el análisis se requiere evaluar cuáles son los mejores indicadores para definir el Índice de Necesidades en Salud-INS y que realmente expresen el comportamiento de las necesidades en salud de los territorios. Por esta razón, se evaluarán los conceptos de “necesidad” y “en salud”. A continuación, se refieren algunas definiciones de varios autores:

- Max Neef, en el “Desarrollo a escala humana” entre otros ha definido la necesidad humana en dos categorías, la primera hace referencia al ser, tener, hacer, estar, y la segunda a las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Dentro de la necesidad de la subsistencia y el ser se encuentra la salud física, salud mental, pero igualmente en otras categorías están otras necesidades relacionadas a salud, como la alimentación, el abrigo por mencionar algunas. (Ver categoría de Necesidades de Max Neef<sup>32</sup>).

<sup>32</sup> Max Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (1986). Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Número especial de la Revista Development Dialogue, CEPANUR/Fundación Dag Hammarsjöld, Uppsala, Suecia.

Tabla 66. Categoría de Necesidades Max Neef.

	Ser	Tener	Hacer	Estar
SUBSISTEN	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social
PROTECCIÓN	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social, morada
AFECTO	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	Amistades, paisajes, familia, animales domésticos, plantas, jardines.	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar.	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.
ENTENDIMIENTO	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad.	Literatura, maestros, métodos, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
PARTICIPACIÓN	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo.	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acortar, opinar	Ámbitos de interacción participativa, cooperativas, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familia
OCIO	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes
CREACIÓN	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	Habilidades, destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, agrupaciones, audiencia, espacios de expresión, libertad temporal
IDENTIDAD	Pertenencia, coherencia, diferenciencia, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguaje, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	Comprometerse, integrarse, confundirse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
LIBERTAD	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad espacio-temporal

Fuente. Desarrollo a escala

humana. [http://www.intranet.senasa.gov.ar/intranet/imagenes/archivos/peps/Documentos\\_y\\_articulos/Max\\_Neef\\_completo.doc](http://www.intranet.senasa.gov.ar/intranet/imagenes/archivos/peps/Documentos_y_articulos/Max_Neef_completo.doc)

- Doyal y Gough, referencian que las necesidades humanas son universales, pero se constituyen socialmente. Se refieren a que las necesidades básicas son la salud física y la autonomía de acción o de urgencia, y las necesidades intermedias o satisfactores de carácter universal que se conciben como “calidades de los bienes, servicios y relaciones que favorecen la salud física y la autonomía en todas las culturas” ([https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2862638](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2862638)).<sup>33</sup>
- Entre tanto Bradshaw, hace referencia a que la necesidad en salud se origina en tres diferentes apreciaciones del usuario, la percepción de la carencia económica, la enfermedad y su relación con el entorno social, en esta última la salud personal y social están relacionadas<sup>34</sup>.
- Por otro lado, Maslow establece cinco categorías sucedidas en escala ascendente, organizadas en dos bloques de forma creciente y acumulativa, partiendo de lo más objetivo a lo más subjetivo, lo que implica que el individuo suple las necesidades situadas

<sup>33</sup> Las necesidades humanas y su determinación, aportes de Doyal y Gough, Nussbaum y Max-Neef al estudio de la pobreza (Human Needs and Their Determination: The Contributions of Doyal and Gough, Nussbaum and Max-Neef to the Study of Poverty).

<sup>34</sup> Bedregal G Paula, Quezada V Margarita, Torres H Marisa, Scharager G Judith, García O José. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. Rev. méd. Chile [Internet]. 2002 Nov [citado 2022 Dic 19]; 130(11): 127-1294. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002001100013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002001100013&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002001100013>.

en el nivel más bajo o sea más objetivas con el fin de verse motivado a suplir las necesidades más altas más subjetivas.

- Galtung, da cuenta de que las necesidades “se refieren siempre a valores y son definibles sólo a partir de valores”, analiza diferentes tipos de categorías, la primera de ellas las Necesidades Básicas Materiales en las que incluye (fisiológicas, ambientales, individuales, salud, en el sentido de bienestar somático, educación, libertad de expresión y de impresión). La segunda categoría las Necesidades Básicas No Materiales que incluye, (la creatividad, identidad, autonomía, compañía, participación, autorrealización, sensación de que la vida tiene un sentido). Otra categoría son las Necesidades No Básicas, definidas por (optimización de las necesidades básicas a través de un uso solidario de la tecnología).
- Heller, referencia que las “necesidades” son existenciales, refiriéndose a que solo se puede hablar de necesidades de las que somos conscientes, identifica varios grupos como las necesidades básicas materiales y no materiales, las necesidades alineadas haciendo referencia a las cuantificables, necesidades incluye las fisiológicas, no alineadas como son las cualitativas, donde está el amor, estima, amistadas. Necesidades radicales, refiriéndose la revolución de la vida cotidiana, reestructura global de la vida generando un sistema de necesidades, pero es incapaz de satisfacerlas.
- Al revisar estos autores y los diferentes conceptos se requiere definir primero que se entiende por necesidades en salud y además diferenciar entre la necesidad de atención, igualmente definir el método y los indicadores a evaluar, en ese orden de ideas lo calculado en el presente análisis no se pudo entender realmente como una evaluación profunda de las INS, teniendo en cuenta que se evalúan solo unos indicadores cuantitativos que hacen referencia a mortalidad en ciertos grupos y en ciertos eventos y por otro lado a la natalidad en adolescentes entre otros.

En Antioquia, el índice se calculó con las siguientes variables: población, las necesidades básicas insatisfechas, la tasa bruta de mortalidad, la mortalidad infantil, la fecundidad en adolescentes de 10 a 19 años, la mortalidad por Diabetes Mellitus, la mortalidad por homicidios, la mortalidad por lesiones auto infligidas, las coberturas de SRP en menores de un año, la cobertura de aseguramiento, la cobertura de educación y la cobertura de acueducto, desagregado para los 125 municipios.

A continuación, se presenta los resultados de INS realizados de forma tradicional para el departamento de Antioquia, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Para su interpretación se debe tener en cuenta que el índice es inversamente proporcional a la necesidad en salud, es decir que a mayor INS menor es la necesidad en salud del territorio, del mismo modo a menor INS mayor es la necesidad en salud.



Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se ordenarán los valores de mayor a menor y distribuyéndolos en cuartiles, los cuales serán identificados por los colores rojo, naranja, amarillo y verde; es así que:

- Municipios identificados de color rojo con valores menores a -2.21 se clasifican como de mayor necesidad (Cuartil 4)
- Municipios identificados de color naranja con valores entre -2.12 y 0.19 se clasifican como de moderada necesidad (Cuartil 3)
- Municipios identificados de color amarillo con valores entre 0.52 y 2.74 se clasifican como de media necesidad (Cuartil 2)
- Municipios identificados de color verde se con valores mayores o igual a 2.75 se clasifican como de baja necesidad (Cuartil 1)

La descripción y la fuente de variables consideradas para estimar el Índice de Necesidades en Salud son las siguientes:

Tabla 67. Variables para estimar Índice de Necesidades en Salud.

Variable	Descripción	Fuente de datos
MUNICIPIO	MUNICIPIO	
ORD	ORD	
POB2023	Población 2023	Proyecciones DANE Censo 2018
NBI2018	necesidades básicas insatisfechas 2018	SISPRO
TBM2021	Tasa bruta de mortalidad 2021	
MI2021	mortalidad infantil 2021	
FECADO2021	fecundidad en adolescentes de 10 a 19 años 2021	
MPDM2021	mortalidad por diabetes mellitus 2021	DANE Procesa SSSA
MPH2021	mortalidad por homicidios 2021	
MPLA2021	mortalidad por lesiones autoinflingidas 2021	
SBR2020	coberturas de SRP en menores de un año (TRIPLE 2020)	SISPRO
ASEGURAMIENTO2020	cobertura de aseguramiento2020	
EDUMEDIA2020	cobertura de educación MEDIA 2020	
ACUEDUCTO2020	cobertura de acueducto2020	

Fuente: Elaboración propia, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, año 2023

Las subregiones de Occidente y Suroeste presentan mayores necesidades en salud insatisfechas con respecto al resto del Departamento, con el 25% y 22% los municipios en esta categoría (roja),

respectivamente. Por otra parte, Oriente registra el menor INS en Antioquia con el 29% de los municipios en categoría verde.

De acuerdo con la información reportada, los municipios de Antioquia con un INS mayor a 0 (menores necesidades en salud) son 66, destacando San Pedro de los Milagros, Marinilla y Sabaneta; y los 59 restantes, cuyo INS fue menor a 0, son los que presentaron mayores necesidades insatisfechas en salud con respecto al resto del Departamento. Se destaca la marcada diferencia entre Valdivia con el resto de municipios de la subregión (INS -11.31), ya que el INS duplica el de otros municipios con mayores necesidades en salud.

Tabla 68. Índice de necesidades en salud, por municipio. Antioquia, 2023

Unidades	Puntajes	Unidades	Puntajes	Unidades	Puntajes	Unidades	Puntajes
Valdivia	-11,31	El Bagre	-2,12	Cocorná	0,52	Santo Domingo	2,75
Murindó	-8,09	Necoclí	-2,07	San Jerónimo	0,55	Granada	2,93
Dabeiba	-7,38	Buriticá	-1,9	Guadalupe	0,7	Puerto Nare	2,97
Mutatá	-7,14	Zaragoza	-1,72	San Andrés de Cu	0,77	Concepción	3,02
Campamento	-6,96	Betulia	-1,61	Maceo	0,78	Valparaíso	3,15
San Luis	-6,55	Vigía del Fuerte	-1,56	Támesis	0,86	San Francisco	3,22
Vegachí	-6,55	El Peñol	-1,54	Santa Bárbara	1,03	Carepa	3,32
Cáceres	-6,44	San Rafael	-1,48	La Unión	1,04	Entrerriós	3,43
Segovia	-5,95	Ciudad Bolívar	-1,42	Sonsón	1,06	Santa Rosa de Os	3,58
Peque	-5,92	Abejorral	-1,34	Amagá	1,13	Alejandria	3,69
Andes	-5,77	San Pedro de Ura	-1,3	Belmira	1,14	Envigado	3,71
Tarazá	-5,55	Caucasia	-1,14	Caracolí	1,26	Cañasgordas	3,74
Angostura	-5,16	Venecia	-1,08	Armenia	1,28	Girardota	3,76
Salgar	-4,99	Arboletes	-1,04	Giraldo	1,31	El Carmen de Vib	4,02
Heliconia	-4,89	Remedios	-0,93	Pueblorrico	1,35	Sopetrán	4,16
Betania	-4,66	San Roque	-0,72	Guatapé	1,49	Caramanta	4,23
Yolombó	-4,52	Abriaquí	-0,66	San José de La M	1,59	Bello	4,42
Ituango	-4,41	Nariño	-0,64	San Carlos	1,67	Anzá	4,46
Hispania	-4,08	Yarumal	-0,63	Toledo	1,69	Copacabana	4,53
Nechí	-3,99	Briceño	-0,63	San Vicente	1,71	El Retiro	4,6
Anorí	-3,93	Puerto Berrío	-0,54	Jardín	1,85	Apartadó	4,65
Yalí	-3,93	Tarso	-0,48	Gómez Plata	1,92	Donmatías	4,9
Frontino	-3,3	Uramita	-0,37	El Santuario	1,98	Carolina	5,06
San Juan de Urab	-3,29	Ebéjico	-0,31	Guarne	2,01	Rionegro	5,19
Sabanalarga	-2,65	Turbo	-0,24	Caicedo	2,12	La Ceja	5,33
Titiribí	-2,59	Amalfi	-0,19	Argelia	2,12	Medellín	5,41
Yondó	-2,58	Urao	-0,05	Caldas	2,16	Itagüí	5,66
Concordia	-2,55	Puerto Triunfo	0,1	Angelópolis	2,21	La Estrella	5,79
Liborina	-2,55	Chigorodó	0,13	Montebello	2,34	Sabaneta	5,79
Jericó	-2,33	Cisneros	0,16	La Pintada	2,67	Marinilla	6,1
Santa Fe de Anti	-2,32	Fredonia	0,19	Barbosa	2,74	San Pedro de Los	7,04
Olaya	-2,21						

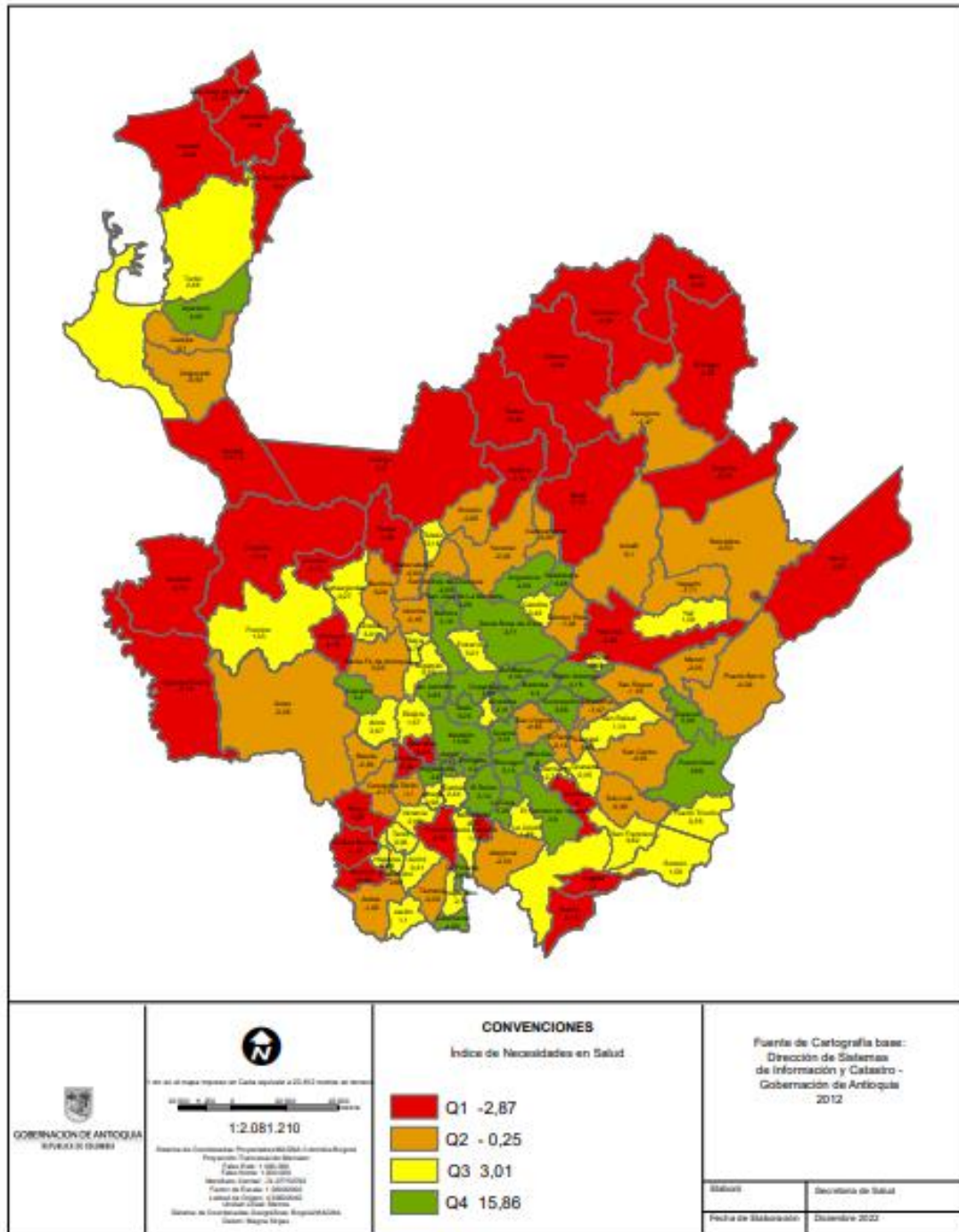
Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Lo anterior evidencia que a pesar de que Antioquia ha mejorado resultados en los indicadores en salud, se siguen presentando comportamientos desiguales al interior del departamento, lo cual invita a que los esfuerzos se focalicen en los municipios más afectados, priorizando la ejecución



de acciones de los planes, programas y proyectos buscando el objetivo de mejorar las condiciones de vida y de esta manera avanzar en la disminución de la brecha de inequidad entre los territorios.

Mapa 28. Índice de Necesidades en Salud ASIS Antioquia. 2022



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

### 2.2.8 Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP).

El laboratorio recoge información importante para el entendimiento de la dinámica de salud de los antioqueños, como función esencial de protección de la salud, a través actividades de regulación, inspección, vigilancia y control y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana, en lo que refiere a la frecuencia y distribución de Eventos de interés en Salud Pública -EISP transmisibles y no trasmisibles.

Estos datos derivados del apoyo al diagnóstico del EISP transmisibles y no trasmisibles, posiblemente, se vean reflejados en el análisis de la situación de estos eventos en la población antioqueña, en particular de aquellos EISP cuyo diagnóstico no está al alcance de algunas poblaciones dada su complejidad. Si bien estos datos se encuentran ya analizados, existe otra información desde la vigilancia en salud pública por laboratorio que aporta elementos para la comprensión de su comportamiento.

Para esta entrega del ASIS 2023, se presentan apartados importantes, que permiten complementar el análisis del departamento. Se exponen resultados y el avance de la vigilancia genómica en Antioquia, la cual después de 2 años de trabajo arduo y organizado se consolida como una estrategia de vigilancia epidemiológica innovadora que busca el aprovechamiento de los recursos científicos y tecnológicos con un fin común de vigilancia de eventos trasmisibles y no trasmisibles.

El propósito final de esta, es comprender la distribución de enfermedades que son de importancia en salud pública y con ello realizar varios análisis; como la gravedad de la introducción de un virus nuevo en la población con altas tasas de mutación como lo fue el SARS – CoV2, y así mismo el seguimiento de su evolución y posible transición a endemidad.

Del mismo modo, los avances con la vigilancia genómica del virus de la viruela símica – Monkeypox, y la inclusión en el año 2023 de nuevos eventos que se han evaluado en conjunto con el Instituto Nacional de Salud, son importantes de vigilar a través de la secuenciación genómica de su material genético, como son por ejemplo el virus de la influenza y del dengue, las micobacterias resistentes a fármacos, entre otros.

Del mismo modo, busca mostrar aspectos relacionados con el fortalecimiento de la vigilancia de otros eventos de interés en Salud Pública como: la tuberculosis en la red diagnóstica del departamento, pues las micobacterias siguen siendo agentes etiológicos importantes para problemas de salud pública históricos como son la tuberculosis y la lepra; también se describen la vigilancia desde laboratorio de las enfermedades transmitidas por vectores entre ellas malaria, leishmania y enfermedad de chagas, eventos que requieren un

una intervención integral, en particular por su afectación de personas altamente vulneradas.

Así mismo, se relata avances en el diagnóstico y vigilancia de algunos eventos virales como Virus respiratorios, Dengue y Monkeypox y vigilancia de resistencia bacteriana.

A continuación, se muestran los apartados, teniendo presente que el LDSP se convierte en fuente de información complementaria para la vigilancia en salud pública y puede llevar también a construir la historia de los eventos transmisibles y no trasmisibles en el territorio antioqueño.

### 2.2.8.1 Vigilancia de Eventos No Trasmisibles:

Las enfermedades crónicas, también conocidas como enfermedades no transmisibles (ENT), tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales, hoy por hoy, son las causantes de la mayoría de muertes y de discapacidades mundiales<sup>35</sup>.

La carga y la amenaza mundial de las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen unos de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, ya que socavan el desarrollo social y económico en todo el mundo y ponen en peligro la consecución de los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los que se encuentra la reducción de las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030.<sup>36</sup>

Entre los eventos de interés en salud pública vigilados desde el Instituto Nacional de Salud de Colombia, mediante el Equipo Funcional de Enfermedades no Transmisibles están: Cáncer en menores de 18 años, Cáncer de mama y cuello uterino, Enfermedades huérfanas y Exposición a flúor y análisis de morbilidad atendida en salud bucal.

La vigilancia de salud pública en estos eventos a través del Sivigila tiene como objetivos, medir la carga de morbilidad, incluida la vigilancia de las tendencias de la morbilidad y mortalidad, a fin de guiar eficazmente los programas de control y la asignación de recursos correspondientes y detectar anticipadamente los eventos de salud pública que requieren investigación y respuesta rápida, a fin de asegurar que los eventos de todos los orígenes se detecten y controlen rápidamente<sup>37</sup>.

Desde el Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia, la vigilancia en salud pública de estas enfermedades se hace a través de los programas de evaluación de desempeño de

<sup>35</sup> (<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/No-Transmisibles.aspx>)

<sup>36</sup> (<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/No-Transmisibles.aspx>)

<sup>37</sup> (<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/No-Transmisibles.aspx>)

tamizaje metabólico básico neonatal, el cual está normado en la Ley 1980 de 2019 y que imparte las directrices para su implementación no solo para TSh neonatal como tradicionalmente se viene haciendo en el país, sino, además para las demás pruebas que desde 2019 hacen parte del tamizaje metabólico básico neonatal que incluye las siguientes pruebas: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística, hiperplasia suprarrenal congénita, déficit de biotinidasa y defectos de la hemoglobina.

El tamizaje neonatal es una iniciativa de salud pública muy exitosa en la prevención de discapacidad y muerte en recién nacidos. Este programa en muchos países es financiado y exigido como pruebas de obligatoriedad dentro de los servicios básicos de salud para la población que entrega el estado. Actualmente, el tamizaje neonatal comprende un grupo de pruebas para la identificación de un panel de afecciones<sup>38</sup>.

Estas pruebas permiten la identificación de enfermedades en los recién nacidos y posterior instauración de intervenciones para tratamiento según el caso, reducen la morbilidad y la mortalidad en la población infantil<sup>39</sup>

En Colombia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 2005 al 2010, reportó 2641 muertes de niños, de las cuales, el 82,7% se dieron en menores de un año<sup>40</sup>. Para el 2017 las muertes por defectos congénitos en el mundo, representaron 23,4% de todos los decesos en menores de 5 años, y su prevalencia fue de 113,6 casos por cada 10,000 nacimientos. Los datos estadísticos mundiales, ubican a las anomalías congénitas como la segunda causa de mortalidad infantil en países en desarrollo<sup>41</sup>.

En Antioquia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), reportó entre 2005 al 2015 que las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas fueron la segunda causa de mortalidad neonatal en la población infantil menor de un año, representando 26,3% de las muertes totales en Antioquia<sup>42</sup>. En el año 2021, Antioquia reportó 5483 nacidos vivos

<sup>38</sup> (Urv TK, Parisi MA. Newborn Screening: Beyond the Spot. Adv Exp Med Biol [Internet]. 2017 [citado el 13 de abril de 2022];1031:323–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29214581/>)

<sup>39</sup> (Parad RB, Kaler SG, Mauceli E, Sokolsky T, Yi L, Bhattacharjee A. Targeted next generation sequencing for newborn screening of Menkes disease. Mol Genet Metab Reports. el 1 de septiembre de 2020;24:100625).

<sup>40</sup> (World Health Assembly. Fifty-Eighth World Health Assembly. Wha58/2005/Rec/1. 2005;(May):1–159.)

<sup>41</sup> (Ospina Rojo CM, Holguín Villa HO, Castañeda Naranjo ÁM, Marín Palacio DM, Jaimes Ballesteros M, Cadavid ME. Cap. 4 MORTALIDAD. 2010;1–78) (Sandra Patricia Misnaza, Claudia Patricia Roncancio, Isabel Cristina Peña, Franklin Edwin Prieto. Áreas de alta mortalidad perinatal debida a anomalías congénitas: análisis de estadísticas vitales, Colombia, 1999-2008 | Biomédica [Internet]. Biomédica Revista del Instituto Nacional de Salud. 2016 [citado el 13 de abril de 2022]. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2867>).

<sup>42</sup> (Alcaldía de Medellín. Lineamientos Educativos para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia del Municipio de Medellín. 2011;(52):1–80.).

en el departamento, de los cuales, según el Sistema de Salud Pública (SIVIGILA) 784 (14,37%) fueron clasificados como casos probables de algún defecto congénito.

El objetivo principal del tamizaje metabólico básico neonatal es el diagnóstico oportuno de enfermedades endocrinas y metabólicas para los cuales el manejo clínico y el tratamiento presintomático disminuirán significativamente la morbilidad y la mortalidad<sup>43</sup>. Una vez identificados los casos en riesgo se procede al tratamiento que consiste en un manejo de dieta que comprenda la eliminación de todos los sustratos tóxicos, también se lleva un tratamiento con suplementación de enzimas carentes o disfuncionales, así también como la adición de cofactores que aumenten la eficiencia de la enzima y por ende activen el metabolismo suprimido.

La Asamblea Mundial de la Salud, desde el 2010, insto a todos los estados miembros a fomentar la prevención primaria y la salud de los niños con malformaciones congénitas mediante el desarrollo y fortalecimiento de los programas de vigilancia, e implementación de los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), planteados como meta para reducir la morbimortalidad en recién nacidos y menores de 5 años<sup>44</sup>.

Con el propósito de aportar a nivel departamental y nacional con la implementación de estrategias que permitan la caracterización de los recién nacidos con posibles desordenes metabólicos, susceptibles a ser identificados a través de las pruebas del tamizaje metabólico neonatal, el Laboratorio de Salud Pública de Antioquia, viene trabajando desde finales del año 2022 y todo el año 2023, en la sensibilización de la importancia de implementar la Ley 1980 de 2019, con clínicas y hospitales públicas y privadas del departamento.

Estas actividades desarrolladas a través de talleres de capacitación, sensibilización y visitas de asesorías y asistencias técnicas, han fomentado la realización de las pruebas incluidas en el tamizaje metabólico básico neonatal, logrando para este 2023 que 4 laboratorios del departamento ya estén ofertando las 7 pruebas y cuenten con toda la tecnología y la autorización para la implementación de los métodos; y además, que varias instituciones que atienden partos autoricen la toma de muestras de sangre seca de talón, y la remisión de las muestras para el procesamiento de las 7 pruebas en los recién nacidos durante su proceso de atención.

<sup>43</sup>. (Parad RB, Kaler SG, Mauceli E, Sokolsky T, Yi L, Bhattacharjee A. Targeted next generation sequencing for newborn screening of Menkes disease. *Mol Genet Metab Reports*. el 1 de septiembre de 2020;24:100625 - Damien B, Yves G. Newborn Screening for Genetic Diseases: An Overview of Current and Future Applications. *OBM Genet* 2019, Vol 3, Page 1 [Internet]. el 1 de julio de 2019 [citado el 13 de abril de 2022];3(3):1–1. Disponible en: <http://www.lidsen.com/journals/genetics/genetics-03-03-093>)

<sup>44</sup>. (OMS. 63a Asamblea Mundial de la Salud, defectos congénitos. *Oms* [Internet]. 2010;187 - Paho OPAH. Implementation of the Sustainable Development Goals in the Region of the Americas: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33652>)

De acuerdo a los datos reportados por el Repositorio de Tamizaje neonatal del Ministerio de Salud y Protección Social, se han tamizado en el departamento de Antioquia entre finales del año 2022 y finales 2023 cerca de 4.300 recién nacidos con tamizaje metabólico básico de 7 pruebas según lo establecido en el Ley 1980 de 2019. De estos tamizajes metabólicos cerca del 3% tan tenido resultado presuntivo positivo, y se ha seguido la ruta de atención para la realización de las pruebas confirmatorias. Los recién nacidos que ya han tenido acceso a las pruebas confirmatorias y obtuvieron un resultado confirmado positivo, recibieron tratamiento oportuno que salvo sus vidas.

En Antioquia, el programa “Buen Comienzo” realizó un estudio de seguimiento entre 2009 y 2016 a la población infantil de la ciudad de Medellín<sup>45</sup>. Reporto que entre el 2009 al 2016 se dio la muerte de 42 niños menores de un año, donde las 4 principales causas de muerte están asociadas con defectos congénitos al nacer, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (23,8%), seguido de enfermedades del sistema respiratorio (19%), enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (14,3%) y enfermedades del sistema circulatorio (14,3<sup>46</sup>).

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) reporto entre el periodo 2005 al 2015 que, entre las 2 principales causas de mortalidad neonatal en la población de Medellín, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (26,3%) fueron la segunda causa en la población de recién nacidos, después de las afecciones del periodo perinatal (64,8%)<sup>47</sup>.

Basados en estos datos podemos evidenciar como el tamizaje metabólico básico neonatal es una sentida necesidad en el departamento de Antioquia, y esperamos poder seguir aportando desde el LDSP de Antioquia, en la implementación por laboratorio, sensibilizando a los aseguradores, clínicas y hospitales públicas y privadas de Antioquia en la importancia de su pronta implantación para todos los recién nacidos del departamento.

### 2.2.8.2 Vigilancia de Eventos Trasmisibles

Las enfermedades transmisibles son enfermedades que se transmiten de persona a persona o de animales a humanos. Además de estos eventos hay múltiples infecciosas causadas por

<sup>45</sup> (Patricia C, Arrubla L, Escobar SL. Perfil socio demográfico y de mortalidad infantil de niños y niñas menores de un año que participaron del programa Buen Comienzo, Medellín 2009-2016. 2019)

<sup>46</sup> %) (Patricia C, Arrubla L, Escobar SL. Perfil socio demográfico y de mortalidad infantil de niños y niñas menores de un año que participaron del programa Buen Comienzo, Medellín 2009-2016. 2019)

<sup>47</sup> (Alcaldía de Medellín. Lineamientos Educativos para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia del Municipio de Medellín. 2011;(52):1–80.)

microorganismo de la cuales se hace vigilancia en salud pública con el fin de monitorear su comportamiento, y cortar cadenas de transmisión, gestionando el riesgo inherente a estos.

Las enfermedades transmisibles afectan desproporcionadamente a las comunidades con recursos limitados y se vinculan con una compleja variedad de determinantes de la salud que se superponen, como la disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, las condiciones de la vivienda, los riesgos del cambio climático, las inequidades por razones de género, los factores socioculturales y la pobreza, entre otros<sup>48</sup>.

Además de los costos económicos, las enfermedades transmisibles imponen costos sociales intangibles a las personas, las familias y las comunidades. En síntesis, la carga que generan estas enfermedades, con sus costos económicos, sociales y de salud, impide que se alcance la salud plena y destaca la necesidad de redoblar los esfuerzos de eliminación de las enfermedades en la Región<sup>49</sup>.

Entre las patologías consideradas como eventos de salud pública y que tienen un componente de vigilancia epidemiológica por laboratorio tenemos: Sarampión, Rubeola, Tos ferina, Hepatitis A, Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, Meningitis, Infección Respiratoria Aguda Grave, COVID-19, Morbilidad Enfermedad Diarreica Aguda, entre otros. Además, están los eventos transmitidos por el consumo de alimentos y las zoonosis, por lo que se hace necesaria vigilancia epidemiológica de estos.

Así mismo, las infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y la Resistencia a los antimicrobianos (RA) se consideran mundialmente como un problema de salud pública que se asocia con el aumento de la morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y costos relacionados a la atención en salud. La vigilancia integrada de las IAAS con diferentes fuentes de información permite conocer la dinámica de su comportamiento y así poder establecer los principales fenotipos de resistencia bacteriana y también explorar las posibles asociaciones entre el consumo de antibióticos y la resistencia bacteriana<sup>50</sup>.

El aumento de casos de tuberculosis a nivel mundial, también es evidente e importante, y además se ha atribuido a múltiples factores, entre ellos la reemergencia de la enfermedad en países donde se consideraba casi eliminada, la aparición de casos de TB farmacorresistente y TB extensivamente drogorresistente (MDR - XDR TB), el creciente número de personas infectadas con el VIH y el debilitamiento de los programas de control; son inconvenientes que también se presentan en Colombia por lo cual debe ser objeto de vigilancia como enfermedad de interés mundial.

<sup>48</sup> (<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmisibles>)

<sup>49</sup> (<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmisibles>)

<sup>50</sup> (<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Transmisibles.aspx>)

Así mismo, las enfermedades zoonóticas generan un impacto muy importante para la salud pública. Entre estas se hace vigilancia por laboratorio de encefalitis equinas, leptospirosis y Rabia<sup>51</sup>.

### 2.2.8.3 Vigilancia Genómica en Antioquia: nuevos Eventos a Vigilar

La unidad de vigilancia genómica del Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia (LDSP), trabajo en la caracterización de las variantes circulantes en el territorio, en los años 2021, 2022 y 2023, convirtiéndonos en el primer LDSP de Colombia en incursionar en esta actividad como modelo de vigilancia en salud pública, para la vigilancia y seguimiento de los casos de Covid-19, e implementado la misma estrategia para la vigilancia del Monkeypox virus. Por lo tanto, se ha convertido en el primer y único Laboratorios Departamental de Salud Pública del país en secuenciar el virus de la viruela símica como estrategia de salud pública y contribución nacional.

La vigilancia genómica se convierte en una herramienta valiosa y muy poderosa en la generación de datos que permiten impulsar desde el laboratorio, estrategias de vigilancia epidemiológica e implementar políticas de salud pública, en pro de entender mejor los patrones de dispersión y evolución de los microorganismos como el virus SARS CoV-2, el emergente Monkeypox virus, el virus del dengue, *Mycobacterium tuberculosis*, bacterias resistentes, entre otros; y sus efectos en la salud de la población.

Es importante mencionar que la utilidad de determinar la circulación de una u otra variante de un determinado agente patógeno en los territorios, nace desde la necesidad de conocer detalladamente su estructura genética, en cuanto a mutaciones, las cuales, en muchas ocasiones, están relacionadas con el grado de transmisibilidad de una persona infectada a otra, así como de factores de virulencia, patogenicidad y resistencia a los tratamientos en los infectados.

La vigilancia genómica en el departamento de Antioquia se seguirá realizado con miras a poder monitorear la circulación de microorganismos entrantes al territorio, así como de su comportamiento, que a través de mutaciones en su material genético pueden mostrar cambios importantes que pueden impactar la biología de los mismos y alterar factores de infección y virulencia que sean importantes de vigilar, con el fin de evitar complicaciones en los pacientes.

#### 2.2.8.3.1 Vigilancia Genómica de SARS CoV 2 en Antioquia 2022

La recombinación es un mecanismo evolutivo muy común entre los virus de ARN y SARS-CoV2 no

<sup>51</sup> (<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Transmisibles.aspx>)



es la excepción. La recombinación tiene como propósito evitar una acumulación de mutaciones nocivas irreversibles que son típicas en la reproducción viral y que pueden evitar la supervivencia del mismo virus<sup>52</sup>.

Para que se den estos eventos de recombinación entre diferentes sublinajes de un mismo virus se requiere que se dé una cocirculación y una subsecuente coinfección en el mismo huésped<sup>53</sup>.

En Antioquia, en los periodos epidemiológicos comprendidos entre enero de 2022 y noviembre de 2023, se presentaron eventos de coinfección en varios pacientes infectados con más de una variante del virus Sars Cov-2. En estos dos periodos se presentó una gran circulación conjunta a nivel local de sublinajes de las variantes Delta y Omicron.

Estos casos de coinfección por Delta y Omicron, fueron caracterizados por el sistema de nomenclatura Pangolin, los cuales nombro a estas variantes recombinantes resultantes con el prefijo “X” seguido de diferentes sufijos en función del tipo de sublinajes identificado<sup>54</sup>. Es así como en Antioquia se identificó el primer sublinaje de SARS-CoV2 recombinante llamado XBB.1 el 9 de noviembre de 2022 (figura 1).

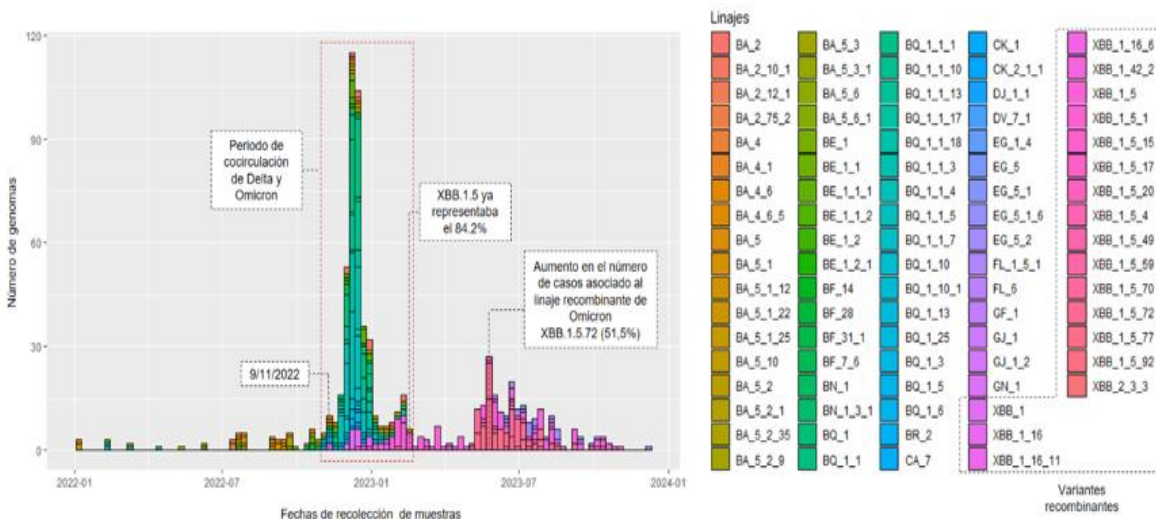
Se evidenció que los casos de recombinantes más frecuentes se dieron entre sublinajes de Omicron siendo más frecuentes entre BQ.1.1 y BQ.1.1.4 con BE.1.1.1, que aunque no representaban más del 10% de los genomas secuenciados entre enero de 2022 y diciembre de 2023, eran los más prevalentes; y por tanto más probables a dar origen a recombinantes como XBB.1 y XBB.1.5, los cuales fueron de los primeros linajes recombinantes de SARS-CoV2 que aparecieron en Antioquia.

<sup>52</sup> (Bonnet J, Fraile A, Sacristán S, Malpica JM, García-Arenal F. Role of recombination in the evolution of natural populations of Cucumber mosaic virus, a tripartite RNA plant virus. *Virology* [Internet]. 5 de febrero de 2005 [citado 1 de diciembre de 2023];332(1):359-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15661167/>) (Varsani A, Lefevre P, Roumagnac P, Martin D. Notes on recombination and reassortment in multipartite/segmented viruses. *Curr Opin Virol* [Internet]. 1 de diciembre de 2018 [citado 1 de diciembre de 2023];33:156-66. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30237098/>)

<sup>53</sup> (Focosi D, Maggi F. Recombination in Coronaviruses, with a Focus on SARS-CoV-2. *Viruses* [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 1 de diciembre de 2023];14(6). Disponible en: [/pmc/articles/PMC9228924/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35148677/))

<sup>54</sup> (O’Toole Á, Pybus OG, Abram ME, Kelly EJ, Rambaut A. Pango lineage designation and assignment using SARS-CoV-2 spike gene nucleotide sequences. *BMC Genomics* [Internet]. 1 de diciembre de 2022 [citado 1 de diciembre de 2023];23(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35148677/>).

Figura 138. Distribución de variantes de SARS-CoV2 recombinantes entre 2022 y 2023



Fuente. LDSP

Como se puede apreciar en la figura, la primera variante de SARS-CoV2 recombinante identificada en Antioquia por el Laboratorio departamental de Salud Pública (LDSP) fue XBB.1 el 9 de noviembre de 2022. La prevalencia de XBB.1 solo representaba el 4,7% entre los linajes de SARS-CoV2 identificados para el mes de noviembre de 2022.

En el mes de enero de 2023 se identificó un sublinaje de recombinantes de XBB clasificado como XBB.1.5. Este sublinaje tuvo una mayor presencia con respecto a su antecesor llegando a el 33,3% entre los genomas secuenciados, y para el mes de marzo de 2023 dicho sublinaje ya estaba representando más de 80% de los genomas secuenciados (84,2%). En el mes de junio de 2023 se presentó un aumento en el número de casos de contagio; el sublinaje recombinante más prevalente fue XBB.1.5.72 (51,5%). Sin embargo, dicho pico se mantuvo muy poco tiempo volviendo a disminuir rápidamente en el mismo mes.

Durante el periodo comprendido entre el 9 de enero del 2022 al 5 de diciembre de 2023 se identificaron 263 genomas de linajes recombinantes de SARS-CoV2 en Antioquia, representados en 18 sublinajes de los cuales el más prevalente fue XBB.1.5 con el 42,6% de los genomas secuenciados, seguido de XBB.1.5.72 y XBB.1.5.77 con el 21,3% y 20,2% respectivamente (tabla 1, figura 2). Con respecto a los otros linajes recombinantes, en su mayoría no representaron más del 1%, a excepción de XBB.1 (9,13%).

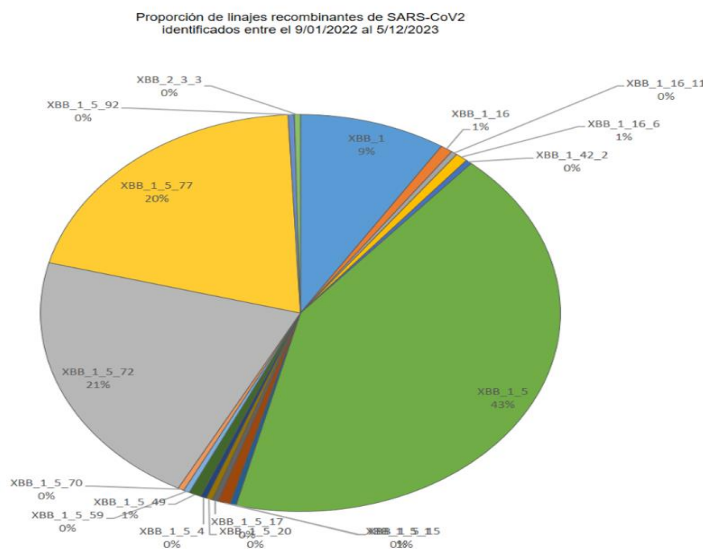
Tabla 1. Proporción de los linajes recombinantes más representativos identificados entre enero de 2022 y diciembre de 2023

Linajes recombinantes de Omicron	Representatividad (%)
XBB.1	9,1
XBB.1.5	42,6
XBB.1.5.72	21,3
XBB.1.5.77	20,2
Otros	6,8
<b>Total de recombinantes identificados</b>	<b>263 genomas</b>

Fuente. Elaboración propia LDSP

La mayoría de los recombinantes Omicron que corresponden a los sublinajes recombinantes XBB tienen como punto de recombinación en su genoma la región que corresponde a ORF1ab y conservan la proteína Spike intacta del linaje BA.2. Esto puede representar una ventaja respecto a su infectividad dado que conserva variantes genéticas de BA.2 asociadas a esta mayor infectividad y propagación<sup>55</sup>.

Figura 139. Proporción de linajes recombinantes de SARS-CoV2 identificados entre el 2022 y 2023.



Fuente. Elaboración propia LDSP

<sup>55</sup> ( Sekizuka T, Itokawa K, Saito M, Shimatani M, Matsuyama S, Hasegawa H, et al. Genome Recombination between the Delta and Alpha Variants of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Jpn J Infect Dis [Internet]. 2022 [citado 1 de diciembre de 2023];75(4):415-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35228502/>)(Investigation of SARS-CoV-2 variants: technical briefings - GOV.UK [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-sars-cov-2-variants-technical-briefings>)

### 2.2.8.3.2 Vigilancia Genómica de MonkeyPox virus

La viruela símica es una enfermedad zoonótica endémica de África central y occidental, causada por el virus *MonkeyPox*<sup>56</sup>. Este virus tiene una molécula de DNA de doble cadena con 190 genes responsables de inmunomodulación y patogenicidad<sup>57</sup>. Este virus se identificó por primera vez en monos, pero infecta otras especies no primates como roedores y porcinos (Human monkeypox: an emerging zoonotic disease); y además a los humanos, en los cuales se propaga a través de la exposición a gotas respiratorias, contacto físico muy cercano o contacto con fluidos corporales infectados<sup>58</sup>.

En el año 2022 se dio un brote internacional, del cual aun en el año 2023 se han presentado casos en el departamento de Antioquia, con una mayor incidencia en el primer trimestre del año y bajado notoriamente al término del primer semestre de 2023, pero reactivándose en el último trimestre del año 2023.

A marzo de 2023 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que se han identificado 58.578 casos en 31 países y territorios, y 76 muertes. Seis países de la Región se encuentran entre los 10 países con más casos confirmados del mundo, y representan 92% de los casos confirmados en la Región: Estados Unidos, Brasil, Colombia, México, Perú y Canadá. El 96% de los casos confirmados se han registrado en hombres; con entre 20 y 45 años de edad y se identifican a sí mismos como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres<sup>59</sup>.

El virus Monkeypox ha sido clasificado en dos principales grupos: clado de África Central (clado 1) y clado de África Occidental (clado 2), cada uno con diferencias geográficas, clínicas, genómicas y epidemiológicas. Ambos grupos son los responsables de la mayoría de los ciclos de transmisión natural en África. Ambos tienen patrones característicos de transmisión, patológicos y clínicos siendo el clado 1 el más grave clínicamente ya que ha evidenciado tasas de mortalidad y transmisibilidad más altas que el clado 2<sup>60</sup>. La principal diferencia entre los clados son los genes

<sup>56</sup> (Infection Biology, Epidemiology, and Evolution; Is monkeypox another reemerging viral zoonosis with many animal hosts yet to be defined)

<sup>57</sup> (Genomic variability of monkeypox virus among humans, democratic republic of the Congo)

<sup>58</sup> (Monkeypox Virus in Nigeria: Infection Biology, Epidemiology, and Evolution).

<sup>59</sup> (<https://www.paho.org/es/documentos/informe-situacion-sobre-respuesta-al-brote-viruela-simica-varios-paises-region-4>).

<sup>60</sup> (Human monkeypox: an emerging zoonotic disease; Genomic history of human monkey pox infections in the Central African Republic between 2001 and 2018; A tale of two clades: monkeypox viruses).

asociados con inmunomodulación y determinantes antigénicos de reconocimiento al hospedero: 3L y B21R<sup>61</sup>.

De las muestras secuenciadas entre 2022 y 2023 del brote de MPVX por el Laboratorio de Salud Pública de Antioquia, se hizo análisis genético, encontrando que el genoma de MonkeyPox Virus tiene varias mutaciones asociadas con infectividad. Para el caso del subclado B.1, el cual pertenece al clado 2 (clado de África Occidental) y que, además, es el más prevalente a nivel mundial, se han identificado mutaciones como H221Y en el gen MPXVgp157 y P722S en el gen MPXVgp182 (clasificados así en NCBI), los cuales están asociados con inmunomodulación, sugiriendo su asociación con la respuesta inmune<sup>62</sup>.

También se identificaron cambios en el gen PGO079, que codifica para componente proteico del virus, asociado con su ingreso a las células hospederas y fusión de las membranas, lo cual puede potencialmente explicar la infectividad de MonkeyPox. Sumado a esta variante también se encontraron mutaciones en el gen MPXVgp182 asociadas con una mayor infectividad<sup>63</sup>. Aunque estos cambios a nivel del genoma de MonkeyPox pueden estar explicando, en parte, la transmisión de persona a persona en el brote, también existen algunos cambios a nivel del genoma del virus que pueden conferir ventajas adaptativas para la infección.

Entre 2022 y 2023 se procesaron en vigilancia genómica del Laboratorio de Salud Pública De Antioquia, 530 pacientes infectados y con resultado positivo para *Monkeypox* virus, de los cuales se obtuvieron 285 secuencias con criterios de calidad altos, para ser publicados en las bases de datos genómicos internacionales como GISAID Y GENBANK, además que fueron enviados al instituto nacional de salud para ser incluidas dentro de los análisis genómicos nacionales.

Del total de las secuencias obtenidas el 74.29% pertenecen a pacientes de la ciudad de Medellín y el 25.1 a pacientes residentes en otros municipios del departamento de Antioquia. El 98 % fueron hombre con edades comprendidas entre los 17 y los 69 años de edad, cuyos síntomas más frecuentes fueron odinofagia, erupción/rash en piel y mialgias. Aunque el grupo ortopoxvirus al que pertenece el *Monkey Pox*, ha sido ampliamente estudiado en varias partes del mundo, debido al reciente brote de viruela símica, los estudios genómicos recientes, han tomado más importancia y fuerza, dando como resultado la identificación de varias mutaciones en su material genético, muchas de ellas asociadas al creciente número de casos, transmisión persona a persona, grado de virulencia, entre otras variables de importancia epidemiológica.

<sup>61</sup> (Genomic history of human monkey pox infections in the Central African Republic between 2001 and 2018; Analysis of the monkeypox virus genome; Initial observations about putative APOBEC3 deaminase editing driving short-term evolution of MPXV since 2017)

<sup>62</sup> (Bunge, E.M., et al., The changing epidemiology of human monkeypox-A potential threat? A systematic review. PLoS Negl Trop Dis, 2022. 16(2): p. e0010141.15–)( Mitjà, O., et al., Monkeypox. Lancet, 2023. 401(10370): p. 60-74.)

<sup>63</sup> (Mitjà, O., et al., Monkeypox. Lancet, 2023. 401(10370): p. 60-74.)( Yinka-Ogunleye, A., et al., Outbreak of human monkeypox in Nigeria in 2017-18: a clinical and epidemiological report. Lancet Infect Dis, 2019. 19(8): p. 872-879)

En Ginebra, Suiza, 11 de mayo de 2023, el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se reunió y comunicó que el brote de viruela símica que afectó a varios países en el mundo dejó de ser una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), dado el descenso sostenido del número de casos notificados en los últimos meses y ningún cambio en la gravedad y la manifestación clínica de la enfermedad. El Comité (RSI) hizo hincapié en la necesidad de establecer asociaciones a largo plazo para movilizar el apoyo financiero y técnico necesario para mantener la vigilancia, las medidas de control y la investigación para la eliminación a largo plazo de la transmisión de persona a persona, así como la mitigación de la transmisión zoonótica, cuando sea posible<sup>64</sup>.

#### 2.2.8.4 Fortalecimiento de la vigilancia de la tuberculosis en la red de laboratorios de micobacterias en Antioquia.

Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de la información reportada al Laboratorio Departamental de Salud Pública, las fuentes de información utilizadas fueron: los libros diarios de laboratorio de micobacterias y Libro de pacientes de tuberculosis.

Dentro de las principales actividades misionales, que tiene el Laboratorio Departamental de Salud Pública en el componente de Micobacterias se encuentran, la vigilancia de resistencia a fármacos de segunda línea, la asesoría y asistencia técnica a la red de laboratorios, la evaluación externa del desempeño a la Red y el análisis de información e indicadores del laboratorio en coordinación con el Programa Departamental de Tuberculosis y Lepra, con el fin de detectar posibles errores en los procesos, medir el impacto de las metodologías utilizadas para la detección de casos en el departamento y así mismo, evaluar adherencia de la Red a los Lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis a través de la implementación de la Resolución 227 de febrero del año 2020 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En la resolución se establecen los algoritmos diagnósticos de tuberculosis pulmonar y se definen las actividades que debe realizar la red de laboratorios de micobacterias para poblaciones vulnerables y de alto riesgo.

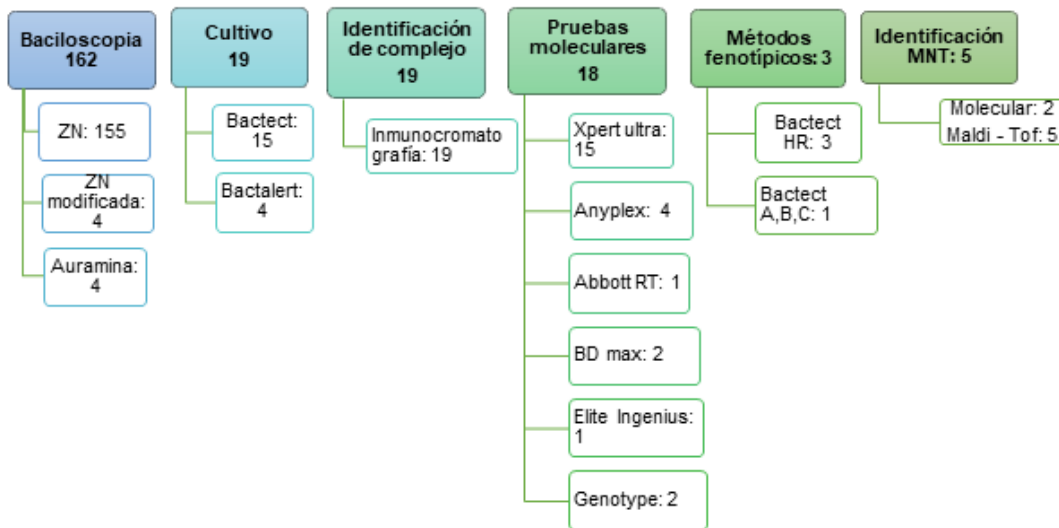
A la población con sospecha de tuberculosis y que cumplan criterios de vulnerabilidad y riesgo, se les debe realizar prueba rápida molecular y cultivo en medio líquido para la detección de *Mycobacterium tuberculosis* y evaluación de la resistencia a fármacos mínimo a la rifampicina (R); por otra parte, a la población general que se le sospeche tuberculosis, se le debe realizar la baciloscopia pero en caso de ser positiva, debe hacerse una prueba molecular para evaluación de resistencia a fármacos Isoniazida y Rifampicina (H y R) acompañada del cultivo en medio líquido.

<sup>64</sup> .(<https://www.paho.org/es/noticias/11-5-2023-oms-declara-fin-emergencia-por-viruela-simica-pide-esfuerzos-sostenidos-para>)

Todo paciente al que se le detecte una resistencia a cualquiera de estos dos fármacos se le debe evaluar resistencia a fluoroquinolonas y aminoglucósidos a través del Laboratorio de Salud Pública y, además, se debe evaluar otras moléculas como la Bedaquilina, Linezolid, Clofazimina y Delamanid (Bdq, Lzd, Cfz, Dlm) a través del Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud.

Por lo anteriormente expuesto, el uso de pruebas moleculares en reemplazo de la baciloscopia se ha venido incrementando en el departamento de Antioquia y ha fortalecido su red de diagnóstico, contando en la actualidad con 162 laboratorios, de los cuales 19 realizan pruebas susceptibilidad a fármacos moleculares, 3 laboratorios realizan pruebas de sensibilidad a fármacos H,R por métodos fenotípicos, 19 laboratorios realizan cultivo en medio líquido e identificación del complejo *M. tuberculosis* por método inmunocromatográfico y 162 laboratorios realizan baciloscopia, así mismo, en la vigilancia de las micobacteriosis se cuenta con 7 laboratorios que realizan identificación de Micobacterias No tuberculosas. La totalidad de los laboratorios del departamento migraron a cultivo líquido, cumpliendo así adherencia a los lineamientos actuales establecidos por el nivel nacional y aportando a uno de los objetivos del Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis” Colombia 2016-2025m, el cual es “Diagnosticar y tratar exitosamente más del 90% de los casos de tuberculosis sensible y resistente”. Cabe resaltar que la red de Micobacterias del departamento de Antioquia, es líder y referencia para diferentes zonas del país.

Figura 140. Caracterización de la red diagnóstica para tuberculosis en Antioquia, 2022



Fuente. Elaboración propia LDSP

Respecto al comportamiento de pruebas diagnósticas para tuberculosis para el periodo 2021 – 2023 trimestre III, se identifica que en el caso de las pruebas moleculares para el 2023 se fortaleció su uso en el departamento (26.385) comparado con los años anteriores y con relación directa con el aumento en el número de casos detectados en el departamento de Antioquia en el mismo

periodo. Aumento el número de pruebas moleculares resistentes a los fármacos Isoniazida y/o Rifampicina para el periodo evaluado 2023. En cuanto al cultivo se identifica que para el año 2023 III se han procesado 41551 cultivos con una positividad del 8 %, y de éstas el 93 % correspondieron al complejo *Mycobacterium tuberculosis*. Respecto a las Micobacterias No tuberculosas más frecuentes en el departamento se encuentran *Mycobacterium abscessus*, *Mycobacterium avium*, y *Mycobacterium fortuitum*. Por último, la baciloscopia como método diagnóstico sigue siendo el más usado a pesar de que no está indicada para toda población por su baja sensibilidad, durante el año 2023 se han procesado 106.475 baciloscopias presentando una positividad del 3.1%

Tabla 69. Pruebas diagnósticas de tuberculosis en Antioquia, 2021 – 2023-III

Ítem	Variable	Categoría	2021		2022		2023-III	
			N	%	N	%	N	%
Pruebas de sensibilidad moleculares	Pruebas moleculares	No detectado	16989	87,2	21292	86,9	22923	86,9
		Complejo MTB	2499	12,8	3219	13,1	3462	13,1
		Total Pruebas moleculares	19488	100	24511	100	26385	100,0
	Pruebas moleculares detectadas	Sensible R	1246	49,9	1913	59,4	1936	55,9
		Sensible HR	422	16,9	581	18	755	21,8
		No interpretable	614	24,6	640	19,9	666	18,9
		Resistente H	90	3,6	27	0,8	44	1,3
		RR	77	3,1	47	1,5	57	1,6
		MDR	50	2	11	0,3	14	0,4
		Negativo	24214	90,7	42404	91,8	38046	91,6
Cultivo	Cultivo Micobacterias	Cortaminado	85	0,3	472	1	162	0,4
		Positivos	2389	9	3334	7,2	3343	8,0
		Total cultivos	26688	100	46210	100	41551	100,0
		Identificación de Micobacterias	Complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	2217	92,8	3255	97,6	3099
	<i>Mycobacterium abscessus</i>		2	0,1	22	0,7	16	0,5
	<i>Mycobacterium avium</i>		6	0,3	10	0,3	6	0,2
	<i>Mycobacterium fortuitum</i>		13	0,5	21	0,6	10	0,3
	<i>Mycobacterium Intracellulare</i>		7	0,3	6	0,2	5	0,1
	<i>Mycobacterium kansasii</i>		2	0,1	2	0,1	4	0,1
	<i>Mycobacterium szulgai</i>		1	0	0	0	0	0,0
	<i>Mycobacterium scrofulaceum</i>		2	0,1	2	0,1	6	0,2
	<i>Mycobacterium chelonae</i>		0	0	2	0,1	7	0,2
	<i>Mycobacterium lentiflavum</i>		0	0	2	0,1	0	0,0
	<i>Mycobacterium mucogenicum</i>		0	0	2	0,1	0	0,0
	<i>Mycobacterium chimera - intracellulare</i>		0	0	7	0,2	0	0,0
	<i>Mycobacterium asiaticum</i>		0	0	1	0	0	0,0
	<i>Mycobacterium gordonae</i>		0	0	2	0,1	7	0,2
	Otra micobacteria		---	---	---	---	11	0,3
	Sin identificar		---	---	---	---	172	5,1
	Baciloscopia	Baciloscopia	Positiva	2684	3,2	4029	2,3	3259
Negativa			81137	96,8	169793	97,7	103216	96,9
Total baciloscopias			83821	100	173822	100	106475	100,0

Fuente: Elaboración propia LDSP

Aunando los esfuerzos de los diferentes entes: Secretarías de Salud, Red de Laboratorios, IPS, EAPB y teniendo en cuenta que la red de laboratorios del departamento de Antioquia es líder en la implementación de metodologías rápidas para el diagnóstico de tuberculosis sensible y resistente, el ACCESO a pruebas de susceptibilidad a todos los casos no es del 100 %, siguen existiendo brechas como mediación de autorizaciones de pruebas diagnósticas por el asegurador,



algunas de las rutas de diagnóstico de tuberculosis no se realizan en el departamento lo que lleva a retrasos en la oportunidad de pruebas, falta de adherencia del personal de salud a la aplicación total de los algoritmos diagnósticos llevando a desconocimientos de perfiles de susceptibilidad en los pacientes, entre otros.

Teniendo en cuenta que los algoritmos diagnósticos para población de alto riesgo hacen referencia al uso de pruebas moleculares y cultivo en medio líquido los cuales se encuentran en la resolución 2808 de 2022 con su Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y que la información por laboratorio del departamento de Antioquia muestra que existe una brecha de acceso a pruebas de susceptibilidad a fármacos es necesario una articulación y seguimiento con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), IPS y Red de laboratorios con el fin de construir rutas operativas y viables para que las diferentes muestras de pacientes con sospecha de Tuberculosis se procesen de manera adecuada y oportuna.

### 2.2.8.5 Fortalecimiento de la vigilancia por Laboratorio de las Enfermedades Transmitidas por Vectores: Leishmania, Malaria y Chagas en Antioquia

La Vigilancia de la calidad en el diagnóstico de los eventos de Malaria, Leishmania y enfermedad de Chagas en el departamento de Antioquia, realizada por el Laboratorio Departamental de Salud Pública a través de la Evaluación del Desempeño a los Laboratorios Clínicos y la Red de Microscopia del Departamento, se lleva a cabo de forma permanente por el nivel de afectación en población vulnerable, por la presencia de focos de alta transmisión y la permanencia de los factores de riesgo, en el territorio Antioqueño.

La vigilancia permite determinar la distribución de la enfermedad en el territorio antioqueño y de esta manera crear estrategias, que permitan reducir la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades en el Departamento.

Ilustración 12. Mutatá, resguardo indígena Jaikerazaby



En este contexto el Laboratorio Departamental de Salud Pública realiza también el apoyo en caso de brotes, evaluando el comportamiento y circulación de los parásitos responsables de estos eventos en la población Antioqueña.

Los mecanismos de intervención para modificar la incidencia de malaria, Chagas y leishmaniasis, son las acciones de control de vectores, que se realizan en los municipios donde se están presentando estas enfermedades, allí se realizan actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de los insectos transmisores.

### 2.2.8.5.1 Enfermedad de Chagas

El departamento de Antioquia presenta un caso confirmado de Chagas agudo en el municipio de San Juan de Urabá, notificado al SIVIGILA en la semana 6, del periodo epidemiológico 2, notificado por la Clínica Panamericana del municipio de Apartadó. El departamento tiene una incidencia de 0.16 casos \* 100.000 habitantes, situándose por debajo de la incidencia nacional

Figura 4: Distribución Geográfica Chagas Agudo Periodo Epidemiológico XI-2023

### 2.2.8.5.2 Malaria

Ante la situación nacional de desabastecimiento de medicamentos antimaláricos en el año 2023, situación iniciada en el último trimestre del año 2022, se ha presentado un incremento de los casos confirmados en el departamento de Antioquia. En el año 2022 se reportan 7627 casos mientras que en lo corrido del 2023 se reportan 15448 casos, lo que implica una variación del 103% con relación al año anterior; motivo por el cual se fortaleció la red de microscopía a través de los talleres de formación, los cuales tuvieron un aumento en el 75% con relación al año 2022.

Ilustración 13. Taller de formación Red de Microscopía, Frontino- Antioquia, abril 2023



### 2.2.8.5.3 Leishmania

En el territorio Antioqueño se diagnosticaron 699 casos de Leishmania Cutánea y 11 de Leishmania Mucosa. Se realizó la Evaluación de desempeño a 61 municipios.

### 2.2.8.6 Fortalecimiento de la vigilancia por Laboratorio de las Enfermedades Virales en Antioquia

#### 2.2.8.6.1 Vigilancia de Virus Respiratorios en Antioquia

Las enfermedades respiratorias pueden ser causadas por una amplia variedad de microorganismos que pueden afectar tanto las vías respiratorias superiores como las inferiores; sin embargo, las infecciones respiratorias bajas tienen un mayor impacto en la mortalidad. Entre los agentes etiológicos, los virus representan más del 80% de las infecciones y entre los más comunes se encuentran: influenza (Flu) tipo A y B, virus sincitial respiratorio (VSR), parainfluenza (PIV) 1, 2, y 3, adenovirus (ADV) metanepumovirus (MPV). Con relación a los agentes bacterianos, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* son la causa más común de las infecciones respiratorias bajas.<sup>65</sup>

En los últimos años las enfermedades respiratorias han sido priorizadas a nivel mundial por el alto impacto a la morbi-mortalidad. Se estima que la infección respiratoria aguda (IRA) causa alrededor de cuatro millones de muertes por año en el mundo, con una tasa de 60 muertes por cada 100.000 habitantes<sup>66</sup>. Además, los virus respiratorios emergentes representan un riesgo sustancial para la humanidad, debido a su elevado potencial de diseminación<sup>67</sup>, como fue el caso para el año 2020 a causa de Sars CoV 2, situación que representó un riesgo a la población por la rápida propagación de persona a persona, el impacto en la restricción de los viajes y el comercio internacional lo que conllevó a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara el estado de pandemia.

La pandemia por COVID-19 alteró casi todos los aspectos relacionados con la salud pública. Antes de la pandemia, a nivel mundial se estimaba que la influenza ocasionaba alrededor de 1.000

<sup>65</sup> ).(Jeffers MC, Begue DC, Guzmán ZG, Perdomo Hernández JO. Infecciones respiratorias agudas pediátricas. Un acercamiento a la bronquiolitis. Revista Información Científica [Internet]. 2015 [citado el 1 de diciembre de 2023]; 90(2):391–400. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/257/1104>).

<sup>66</sup> ) (Wang H, Zheng Y, Deng J, Wang W, Liu P, Yang F, et al. Prevalencia de virus respiratorios entre niños hospitalizados por infecciones respiratorias en Shenzhen, China. Virol J [Internet]. 2016 [citado el 1 de diciembre de 2023]; 13(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12985-016-0493-7>

<sup>67</sup> (Cilloniz C, Luna CM, Hurtado JC, Marcos MÁ, Torres A. Virus respiratorios: su importancia y lecciones aprendidas de la COVID-19. Eur Respir Rev [Internet]. 2022 [citado el 1 de diciembre de 2023]; 31(166):220051. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36261158/>

millones de casos en todo el mundo, entre 3 y 5 millones de casos graves y entre 290 y 650 mil defunciones relacionadas<sup>68</sup>. Durante la pandemia la actividad de influenza fue la más baja de los últimos años; por lo que la OMS recomendó adaptar los sistemas de vigilancia de influenza ya establecidos y complementarlos con la vigilancia de COVID-19, utilizando un sistema para el monitoreo de casos leves y graves por IRA, a fin de identificar oportunamente la co-circulación de influenza y SARS CoV-2 y otros virus respiratorios<sup>69</sup>.

En Antioquia se implementa la estrategia de vigilancia centinela de IRA con el fin de monitorear los virus respiratorios circulantes en la población. Esta estrategia de vigilancia se desarrolla en articulación entre la Dirección de Salud Colectiva y el Laboratorio Departamental de Salud Pública. Actualmente, existen siete Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) denominadas como unidades centinelas entre las que se encuentran:

1. Hospital San Vicente Fundación de Medellín,
2. ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal,
3. ESE Hospital San Rafael de Yolombó,
4. ESE Hospital la Merced de Ciudad Bolívar,
5. Sociedad Médica De Rionegro “SOMER” de Rionegro,
6. ESE Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita de Itagüí y
7. ESE Hospital Francisco Valderrama de Turbo.

El Hospital San Vicente Fundación fue designado por el Instituto Nacional de Salud hace 16 años como unidad centinela, mientras las demás unidades centinelas fueron incorporándose a la estrategia desde el mes de septiembre del 2021.

A continuación, se relaciona el comportamiento de los diferentes agentes respiratorios en el departamento para los años 2022 y 2023. Para el año 2022, mediante la vigilancia por laboratorio, se analizaron 1.247 muestras para virus respiratorios incluido SARS-CoV-2 procedentes de las diferentes unidades centinelas: Hospital San Vicente Fundación de Medellín, Hospital San Juan de Dios de Yarumal, Hospital San Rafael de Yolombó, ESE Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita Hospital, Sociedad Médica De Rionegro “SOMER” y Hospital la Merced de Ciudad Bolívar.

El 39,9 % de las muestras fueron positivas para algún virus respiratorio, de estas, el 35,7 % (185) fue positivo para VSR, seguido por el 24,7 % (128) de positivos para SARS CoV 2; el 11,2 % (58) fue

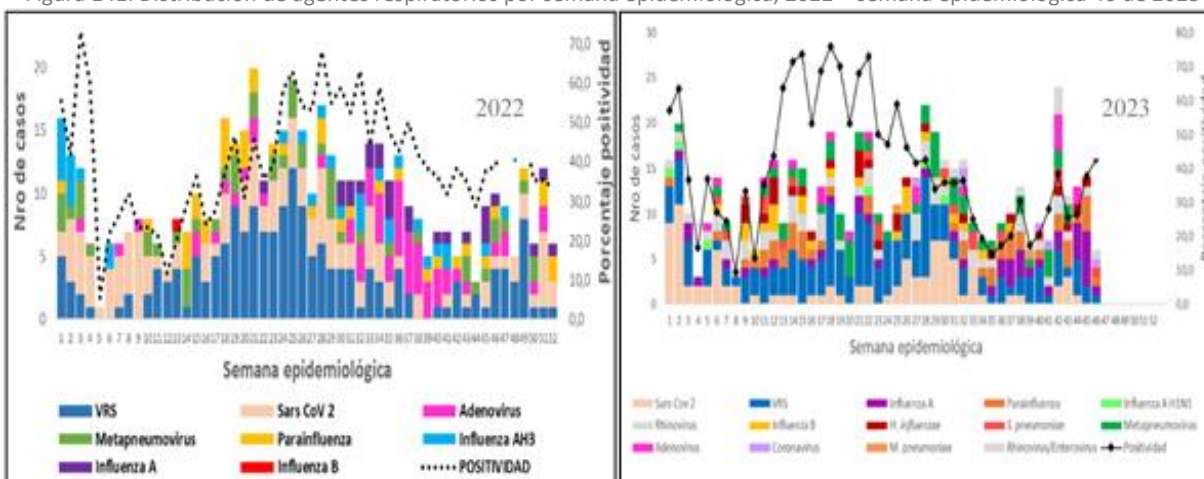
<sup>68</sup> (Iuliano AD, Roguski KM, Chang HH, Muscatello DJ, Palekar R, Tempia S, et al. Estimaciones de la mortalidad respiratoria asociada a la gripe estacional a nivel mundial: un estudio de modelización. Lancet [Internet]. 2018 [citado el 1 de diciembre de 2023]; 391(10127):1285–300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29248255/>).

<sup>69</sup> (Wep GIP. Mantenimiento de la vigilancia de la influenza y monitoreo del SARS-CoV-2: adaptación del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Influenza (GISRS) y los sistemas centinela durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. Who.int. Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/maintaining-surveillance-of-influenza-and-monitoring-sars-cov-2-adapting-global-influenza-surveillance-and-response-system-\(gisrs\)-and-sentinel-systems-during-the-covid-19-pandemic](https://www.who.int/publications/i/item/maintaining-surveillance-of-influenza-and-monitoring-sars-cov-2-adapting-global-influenza-surveillance-and-response-system-(gisrs)-and-sentinel-systems-during-the-covid-19-pandemic)).

positivo para adenovirus igualmente el 11,2% fueron relacionados a influenza con predominio del subtipo A(H3N2). En las unidades centinela se observó principalmente entre la semana 16 a 31 un predominio en la circulación de VSR, y entre la semana 31 a 43 se observó un aumento en la circulación de adenovirus; en cuanto a influenza los casos se observaron principalmente dentro de las primeras semanas del 2022 y durante el segundo semestre del año (Figura 5).

Para el año 2023 a semana epidemiológica 46, se han analizado 1.535 muestras con una positividad del 35,6%, la tendencia ha estado relacionada a VSR y Sars CoV 2. Desde la semana 9 a 12, en el mes de marzo se vio aumentada la actividad por influenza B linaje Victoria mientras que influenza A(H1N1) pdm/09 se ha identificado a lo largo del año, con un incremento de su circulación a partir de la semana 44 (Figura 5).

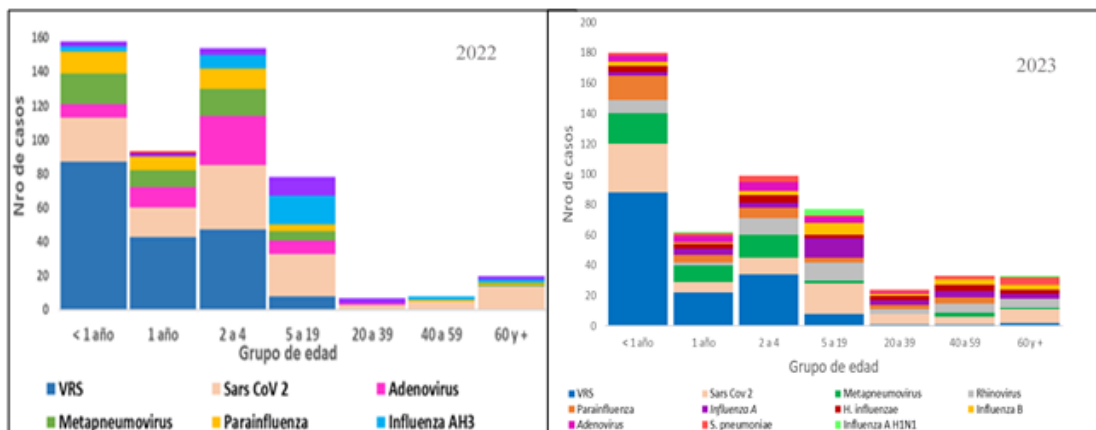
Figura 141. Distribución de agentes respiratorios por semana epidemiológica, 2022 – semana epidemiológica 46 de 2023



Fuente: Elaboración propia LDSP

Según el grupo de edad, los menores de cinco años aportaron el 43,9 % de los casos positivos en 2022, predominando Adenovirus y VRS, en las personas entre 5 a 19 años predominó Influenza AH3. Con relación a SARS CoV2 se identificó tanto en menores de cinco años como en personas mayores. Durante 2023, se observa un comportamiento similar en la identificación de VRS en los menores de cinco años, mientras que en los escolares entre 5 a 19 años se observó el predominio de Influenza B linaje Victoria (Figura 6).

Figura 142. Distribución de agentes respiratorios por edad, 2022 – semana epidemiológica 46 de 2023



Fuente: Elaboración propia LDSP

La vigilancia centinela ha permitido conocer el estado en la circulación de los diferentes virus respiratorios. Es importante resaltar el papel del laboratorio en la identificación de casos de IRAG por inmunofluorescencia directa para identificación de influenza A y B, virus sincitial respiratorio, adenovirus, metapneumovirus y virus parainfluenza 1,2 y 3, así como la vigilancia mediante PCR para la detección de influenza A(H1N1)pdm/09, influenza A H3 estacional, influenza B linaje Victoria, virus respiratorio sincitial, adenovirus y virus Sars-CoV-2.

Durante 2022 se identificó un incremento en la detección de casos con resultado positivo para influenza, predominando el subtipo A(H3N2). En relación con adenovirus durante los meses de agosto a octubre se evidenció un aumento, el cual fue un comportamiento atípico para este agente.

En lo corrido del año 2023 se ha fortalecido la vigilancia centinela en otras subregiones de departamento, logrando identificar de manera temprana circulación de virus influenza A(H1N1) pdm/09, y virus influenza B linaje Victoria.

Como resultado de la vigilancia centinela, se ha detectado la circulación de virus respiratorios que han generado nuevos brotes por lo que se debe seguir trabajando en articulación con los diferentes actores del sistema, en prevención, control y manejo de la IRA en la población del departamento de Antioquia.

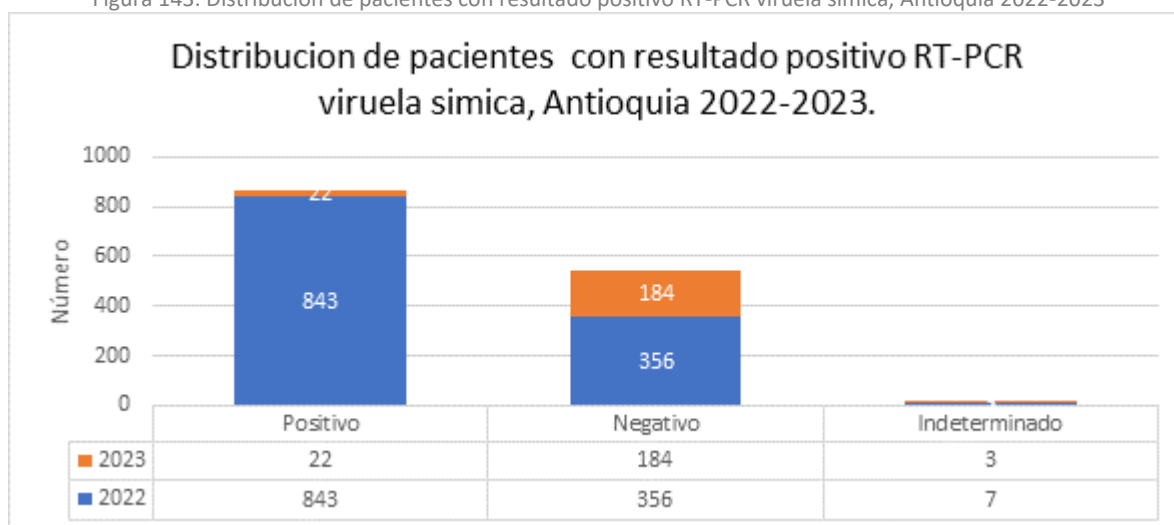
### 2.2.8.6.2 Vigilancia por laboratorio de enfermedades emergentes-Viruela símica

La viruela símica es una enfermedad causada por el virus del mismo nombre, una especie del género *Orthopoxvirus* de la que existen dos clados diferentes: I y II. Los síntomas comunes son erupciones cutáneas o lesiones mucosas que pueden durar de 2 a 4 semanas, acompañadas de fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, dolor de espalda, falta de energía e inflamación de los ganglios linfáticos.

El 23 de julio de 2022, el Director General de la OMS declaró el brote multinacional de viruela símica como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). En el año 2022 se presentaron en Colombia los primeros casos y se inició la preparación de la vigilancia ampliando la red de diagnóstico, con el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública del país. Es así como este año el Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP), implementó las pruebas de PCR para detección de viruela símica en el laboratorio departamental, único laboratorio en el departamento con capacidad de procesamiento de muestras y nivel de contención apropiado. El laboratorio ha venido garantizando y apoyando técnicamente a los municipios y red de vigilancia en salud pública en la recolección, embalaje, envío y seguimiento de las muestras biológicas para realizar las pruebas de laboratorio pertinentes.

En el año 2022 se estudiaron 1199 pacientes sospechosos con una positividad del 70%. Durante el año 2023 (Corte noviembre) se han estudiado 206 pacientes con una positividad del 10,6% con una tendencia al aumento en el último mes.

Figura 143. Distribución de pacientes con resultado positivo RT-PCR viruela símica, Antioquia 2022-2023



Fuente: LDSP- Virología, xenco, noviembre 17

### 2.2.8.6.3 Vigilancia de Arbovirus-Dengue

Durante los primeros meses del 2023, se registraron brotes de dengue de magnitud importante en América del Sur por lo tanto la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomendó a los Estados Miembros revisar y ajustar sus planes de preparación y respuesta para enfrentar posibles brotes de dengue y otras arbovirosis con el fin de evitar muertes y complicaciones por estas enfermedades. Además, instó a los Estados Miembros a que continúen con el fortalecimiento de la vigilancia, triaje, diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado de los casos de dengue, chikunguña y otras arbovirosis. La confirmación por

laboratorio de la infección por dengue está basada en pruebas virológicas (RT-PCR, detección de antígeno NS1, aislamiento viral y pruebas serológicas (detección de IgM y/o IgG). Sin embargo, para la confirmación de los casos se debe priorizar los ensayos virológicos que demuestran la presencia del virus completo, de su material genético o de sus proteínas. En general, los ensayos virológicos para dengue se realizan en muestras de suero tomadas durante los primeros 5 días después de iniciados los síntomas (fase aguda), aunque metodologías moleculares altamente sensibles pueden detectar el RNA viral por hasta 7 días dependiendo de la viremia. (1)

El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila, realiza de forma rutinaria la vigilancia del dengue para orientar las intervenciones de los programas de prevención y control en situaciones regulares y en respuesta a brotes y epidemias. En Antioquia el laboratorio departamental de salud pública realiza la vigilancia a través de pruebas serológicas y virológicas desde hace más de 3 décadas lo que ha permitido predecir tempranamente la aparición de epidemias y determinar la circulación viral a través de los años.

En el año 2023 se procesaron en el LDSP 1636 muestras para dengue Ig M priorizando pacientes hospitalizados o grupos de riesgo; el mayor número de muestras se recibió de las subregiones de Urabá (41,50%) y Bajo Cauca (38,51%), mientras que la subregión valle de aburra solo envió el 10% de las muestras recibidas en el departamento lo que concuerda con la notificación epidemiológica del evento.

Tabla 70 Distribución de las pruebas de dengue Ig M realizadas en el LDSP, Antioquia, 2023

SUBREGION	NEGATIVO	POSITIVO	N	%
Urabá	520	159	679	41,5
Bajo cauca	575	55	630	38,5
Valle de aburra	134	30	164	10,0
Nordeste	11	9	20	1,2
Suroeste	19	1	20	1,2
Occidente	8	7	15	0,9
Oriente	5	3	8	0,5
Magdalena medio	3	2	5	0,3
Norte	1	0	1	0,1
Otros	74	20	94	5,7
<b>TOTAL</b>	<b>1350</b>	<b>286</b>	<b>1636</b>	<b>100</b>

Fuente: LDSP- Virología, Xenco, noviembre 30 de 2023



La circular 0013 de 2023 establece las acciones de vigilancia por laboratorio enfocados en el dengue, dando prioridad a la vigilancia virológica con el fin de establecer la circulación de serotipos en el territorio de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Dirección de Redes en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud. Basados en este lineamiento el enfoque actual del LDSP es la vigilancia virológica en muestras de pacientes con 5 o menos días de inicio de síntomas. Para esta vigilancia se realiza la prueba de dengue antígeno NS1 y RT-PCR en tiempo real para identificación de serotipos. Para el año 2023 se recibieron en el LDSP 495 muestras que cumplían con los tiempos de toma de muestra para la determinación de antígeno NS1 con una positividad del 16,5%. El mayor número de muestras se recibió de la región de Urabá (86,5%).

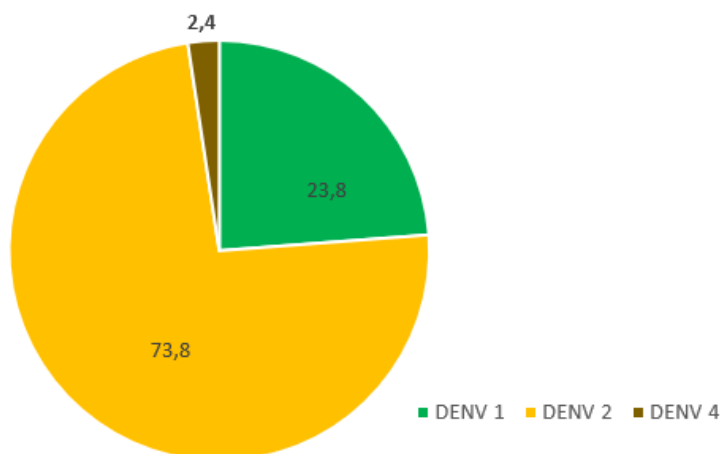
Tabla 71. Distribución de las pruebas de dengue NS1 realizadas en el LDSP, Antioquia, 2023

SUBREGION	NEGATIVO	POSITIVO	N	%
Urabá	364	64	428	86,5
Valle de Aburra	18	3	21	4,2
Occidente	4	4	8	1,6
Bajo Cauca	0	2	2	0,4
Nordeste	1	0	1	0,2
Magdalena Medio	1	0	1	0,2
Suroeste	0	1	1	0,2
Otros	25	8	33	6,7
<b>TOTAL</b>	<b>413</b>	<b>82</b>	<b>495</b>	<b>100</b>

Fuente: LDSP- Virología, Xenco, noviembre 30 de 2023

El LDSP se realiza monitoreo de circulación viral de dengue desde el año 1992 siendo referente en el país en esta vigilancia que ha permitido predecir la carga de la enfermedad y la aparición de brotes o epidemias, Para el año 2023 se han detectado la circulación de dengue 1, dengue 2 y dengue 4 con predominio de dengue-2 (73,8%) en muestras provenientes en su mayoría de la región de Urabá.

Figura 144. Distribución porcentual serotipos Dengue Antioquia 2023



Fuente: LDSP- Virología, Xenco, noviembre 30 de 2023  
Tabla 72. Serotipos de dengue según subregión Antioquia, 2023.

subregión	denv1	denv 2	denv4
Urabá	x	x	
Occidente	x	x	
Valle de Aburra	x	x	x
Bajo cauca		x	

Fuente: LDSP- Virología, Xenco, noviembre 30 de 2023

Se requiere fortalecer a la red de laboratorios con pruebas de mayor complejidad ya que la mayoría de laboratorios realizan pruebas inmunocromatográficas tanto para detección de anticuerpos Ig M como para detección de antígeno NS1 las cuales pueden presentar problemas de sensibilidad y especificidad para la confirmación o descarte de los casos.

#### 2.2.8.6.4 Vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en la red de laboratorios de Microbiología Clínica en Antioquia.

La resistencia antimicrobiana se define como la capacidad de un microorganismo para resistir los efectos de los antibióticos; es una característica inherente de la bacteria o puede ser una capacidad adquirida durante el proceso infeccioso<sup>70</sup>. Así, las infecciones son más difíciles o

<sup>70</sup> (Giono-Cerezo Silvia, Santos-Preciado José I., Rayo Morfín-Otero María del, Torres-López Francisco J., Alcántar-Curiel María Dolores. Resistencia antimicrobiana. Importancia y esfuerzos por contenerla. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Dic 01] ; 156( 2 ): 172-180. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132020000200172&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000200172&lng=es). Epub 26-Mayo-2021. <https://doi.org/10.24875/gmm.20005624>).

imposibles de tratar y, en consecuencia, aumenta el riesgo de propagación de enfermedades y muerte<sup>71</sup>. Se calcula que, cada año, las infecciones resistentes a los medicamentos contribuyen a casi 5 millones de defunciones<sup>72</sup>. Es por esta razón, que se hace necesario un plan de acción para combatir la resistencia a antimicrobianos que apunte a concientizar y educar sobre la resistencia antimicrobiana, optimizar el uso de los antimicrobianos, reducir la incidencia de la infección hospitalaria y la diseminación de los microorganismos resistentes<sup>73</sup>.

La vigilancia por laboratorio de la resistencia antimicrobiana, es una herramienta que permite conocer la situación actual de la región, detectar tempranamente la emergencia de nuevos mecanismos e identificar los patógenos involucrados en los distintos procesos infecciosos y su perfil de sensibilidad<sup>74</sup>. Por esta razón el Laboratorio Departamental de Salud Pública en el marco de la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, presenta los datos obtenidos en bacilos gram negativos resistentes a carbapenémicos y cocos gram positivos tipo *Enterococcus spp.* y *Staphylococcus spp.* resistentes a linezolid desde enero de 2021 hasta octubre de 2023. Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de los aislamientos recibidos en el Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) de Antioquia que fueron enviados al Instituto Nacional de Salud (INS) para genotipificación o aquellos que tenían prueba de inmunocromatografía.

El departamento de Antioquia cuenta en la actualidad con una red de laboratorios de Microbiología clínica de 53 laboratorios, donde se procesan aislamientos bacterianos y levaduras tipo *Candida spp.* La red está distribuida en las nueve subregiones del departamento, sin embargo, el 71.7 % se encuentran en el Valle de Aburrá, es importante resaltar que 5 subregiones del departamento cuentan con uno solo laboratorio de microbiología. Del total de laboratorios, 39 laboratorios se encuentran dentro de instituciones hospitalarias.

En el marco de la vigilancia de eventos de interés en salud pública en el área de microbiología, se reciben aislamientos bacterianos, de acuerdo a los lineamientos actuales de envío establecidos por el INS.

A continuación, se muestran los datos de la vigilancia de la resistencia a carbapenemasas en bacilos gram negativos y resistencia a Linezolid en Cocos Gram Positivos en el departamento de Antioquia 2021 – 2023.

<sup>71</sup> (Organización Mundial de la Salud-OMS. Resistencia a los Antimicrobianos [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>).

<sup>72</sup> (Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. The Lancet 2022; publicado en línea en enero de 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0)).

<sup>73</sup> (Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. The Lancet 2022; publicado en línea en enero de 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0)).

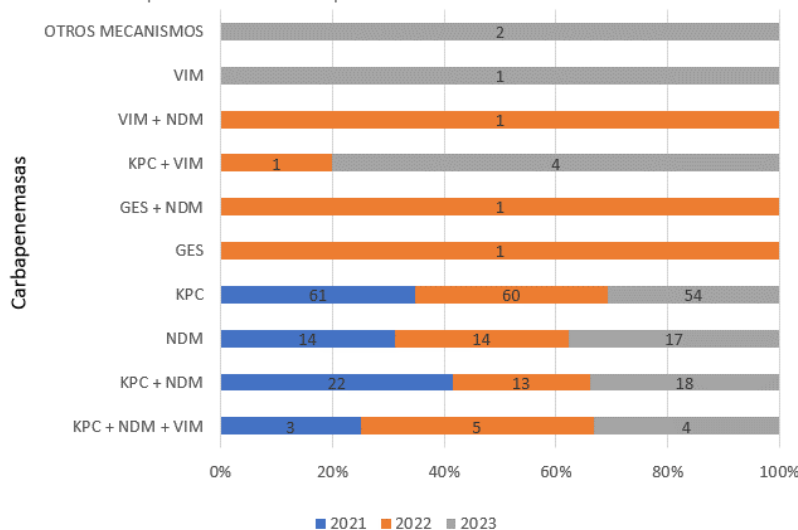
<sup>74</sup> (Resistencia antimicrobiana. Instituto Nacional de Salud; 2022).

Para la vigilancia por laboratorio, se analizaron los aislamientos bacterianos entre el periodo de enero de 2021 a octubre de 2023. Los aislamientos fueron remitidos al LDSP, para confirmación de producción de carbapenemasas en Enterobacterias y Bacilos Gram Negativos no fermentadores, así como resistencia a linezolid en *Enterococcus spp* y *Staphylococcus spp*.

Se recibieron en total 1661 aislamientos, distribuidos así: 483 cocos Gram positivos con resistencia a Linezolid y 1178 Bacilos Gram negativos (BGN) con resistencia a carbapenémicos.

- Vigilancia de resistencia a carbapenémicos en Enterobacterales**

Figura 145. Distribución porcentual de carbapenemasas en Enterobacterales 2021 - 2023-III Antioquia



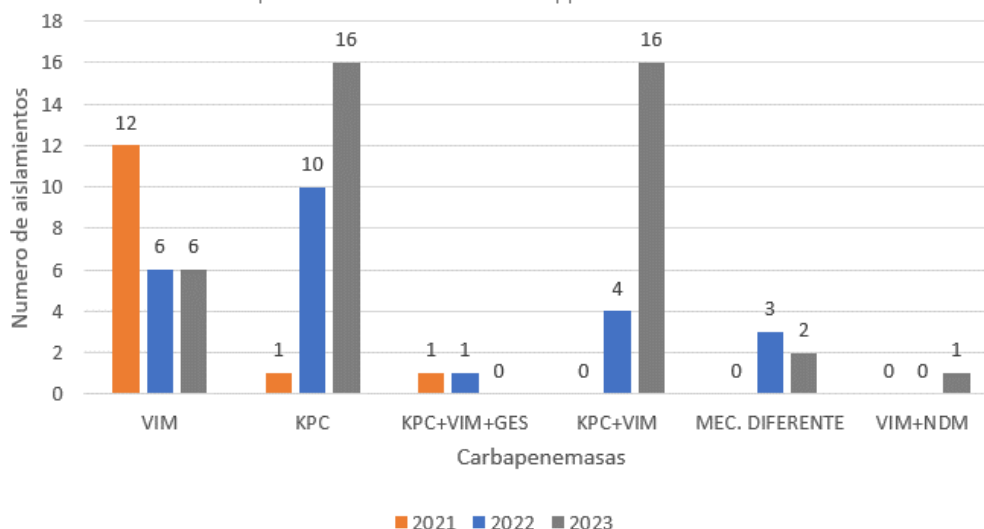
Fuente: Elaboración propia LDSP

La enzima carbapenemasa más frecuentemente aislada en Enterobacterias durante los años 2021 – 2023 fue KPC (61 %, 60 % y 54 % respectivamente) seguida por la coproducción KPC+ NDM (22 %, 13 % y 18 % respectivamente) y en tercer lugar la enzima NDM (14 % y 17 %). Durante los tres años evaluados se pudo observar la presencia de una coproducción con tres enzimas KPC+NDM+VIM menor al 5%. Durante el año 2022, se evidenció la presencia de otras enzimas como GES y nuevas coproducciones, esto debido a que varias instituciones implementaron prueba de detección de carbapenemasas por inmunocromatografía, la cual detecta las 5 enzimas más frecuentes, además de las diferentes coproducciones. Dentro de los aislamientos de Enterobacterales resistentes a carbapenémicos recibidos en el LDSP, se observó que un 2 % corresponde a resistencia por un mecanismo diferente a la producción de carbapenemasas.

Estos resultados concuerdan con lo reportado por el INS, en el informe de análisis de vigilancia de carbapenemasas en Enterobacterias durante los años 2012 a 2022, donde encontraron que la carbapenemasa más frecuente fue KPC con un 59.1 % seguida de NDM con un 26.3 % y la coproducción más frecuente fue combinación KPC+NDM.

- **Vigilancia de resistencia a carbapenémicos en aislamientos de *Ps. Aeruginosa***

Figura 146. Distribución de carbapenemasas en *Pseudomonas spp* en aislamientos recibidos en el LDSP 2021 a 2023



Fuente: Elaboración propia LDSP

En cuanto a las carbapenemasas más frecuentemente detectadas en los aislamientos de *Ps. aeruginosa*, se observa que, en el año 2021, VIM fue la más frecuente mientras que en el año 2022 fue KPC. En lo transcurrido del año 2023, se han detectado el mismo número de aislamientos positivos para KPC y la combinación KPC+VIM.

- **Vigilancia de resistencia a carbapenémicos en aislamientos de *Acinetobacter baumannii*,**

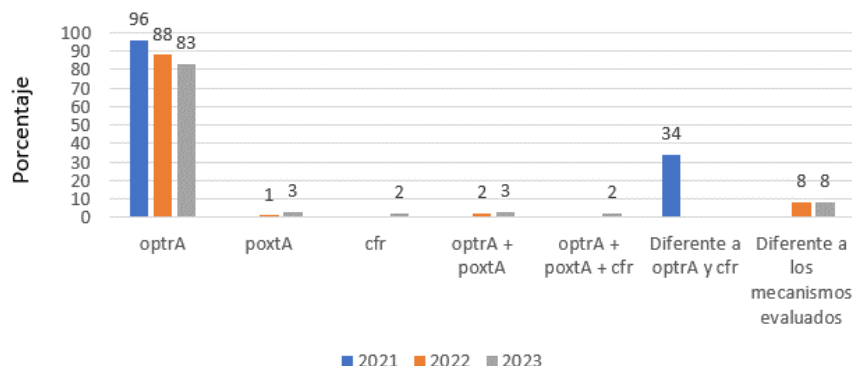
En cuanto a *Acinetobacter baumannii*, desde el año 2021, se han obtenido resultados de coproducciones de carbapenemasas, siendo la más frecuente la combinación OXA23+OXA51; en lo corrido del año 2023 se ha detectado un aislamiento con la coproducción de tres tipos de carbapenemasas KPC+OXA23+OXA51.

- **Vigilancia de resistencia a Linezolid**

Linezolid es un antibiótico que pertenece a la familia de las oxazolidinonas. Tiene actividad frente a bacterias gram-positivas multiresistentes, incluyendo *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina y *Enterococcus spp* resistentes a vancomicina. La resistencia al linezolid se ha asociado con mutaciones cromosómicas del gen ARNr 23S y las proteínas ribosomales L3, L4 y L22 y con la presencia de genes transferibles en plásmidos como cfr, poxtA y optrA que facilitan su diseminación entre bacterias de la misma especie como a otras. La aparición de estos genes en

aislamientos de cocos gram positivos resistentes a Linezolid, es objeto de vigilancia en la resistencia a los antimicrobianos.

Figura 147. Distribución porcentual de genes de resistencia a Linezolid. Antioquia 2021 - 2023



Fuente: Elaboración propia LDSP

Durante el periodo 2021 – 2023 - III, se recibieron 483 aislamientos para detección de genes de resistencia a Linezolid

En Colombia el gen transferible más detectado en *Enterococcus spp.*, es *optrA*, seguido por *poxtA* y en menor proporción *cfr*, mientras que las coproducciones *optrA+poxtA* y *optrA y cfr* se han detectado en bajo número desde el año 2021. En los aislamientos enviados por los laboratorios de microbiología clínica del departamento de Antioquia, se observa que, en los años 2021, 2022 y 2023-III, el gen más frecuente es *optrA* y desde el año 2022 se observa la aparición de la coproducción *optrA+poxtA*.

En cuanto a la detección de genes transferibles que confieren resistencia a Linezolid en *Staphylococcus spp.*, desde el año 2022 se detectó la presencia del gen *cfr* en aislamientos de *Staphylococcus coagulasa* negativa con 9 aislamientos, y en lo corrido del año 2023 se ha detectado en 7 aislamientos.

La vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos permite detectar tempranamente las cepas con perfiles de resistencia importantes en salud pública, necesarios para orientar las decisiones terapéuticas y evaluar el impacto de las intervenciones destinadas a contener la resistencia. En este escenario, es importante fortalecer los laboratorios de Microbiología del Departamento de Antioquia, principalmente aquellos que son referentes en las subregiones y promover la actualización de los conocimientos de los trabajadores de la salud frente a las características clínicas y microbiológicas, la identificación, detección de mecanismos de resistencia y tratamiento oportuno.

### 2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

El análisis de las dinámicas de convivencia en el territorio de Antioquia constituye un ejercicio imprescindible para comprender la compleja realidad que enfrentan los habitantes del departamento. En este contexto, la convivencia se presenta como el resultado de interacciones sociales, económicas y culturales que configuran el tejido social de la región. Sin embargo, este escenario también se ve marcado por la presencia de diversas formas de violencia que impactan significativamente en la calidad de vida de los pobladores.

A continuación, se presenta un análisis del comportamiento de los indicadores de seguridad y justicia para el departamento de Antioquia. Es importante precisar, que el evento de violencia es analizado según variables sociodemográficas de interés (sexo, curso de vida, edad, zona de residencia, entre otras) en el capítulo a profundidad de Salud mental.

#### 2.3.1 Homicidios, ocurridos en Antioquia, 2021-2023\*(\*Fecha de corte 31 de octubre)

##### 2.3.1.1 Distribución del número de homicidios según año de ocurrencia

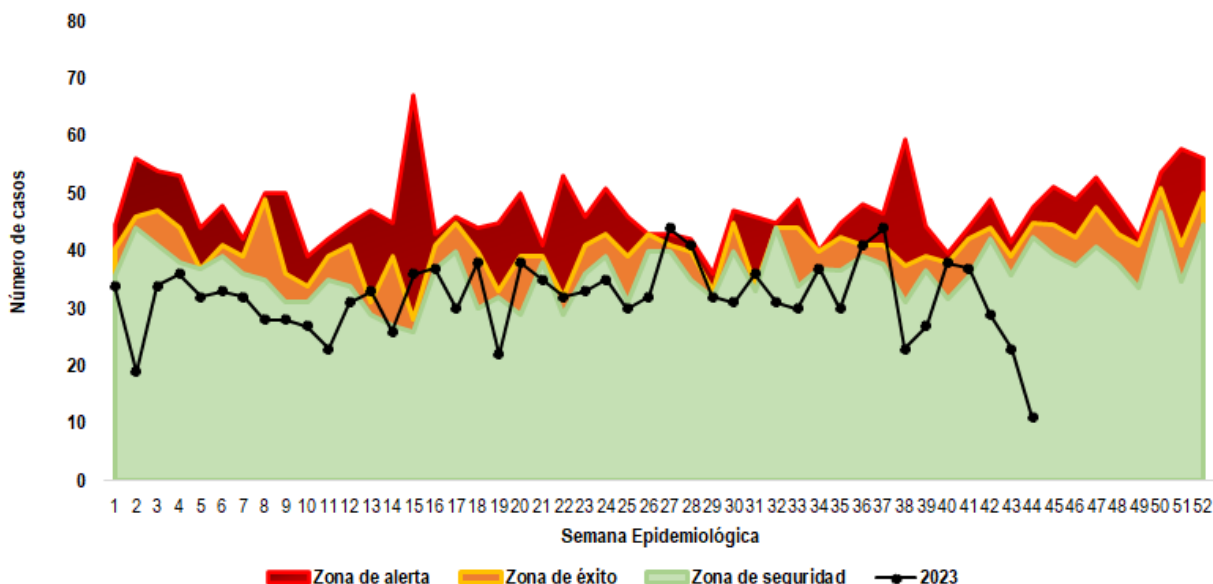
Número de homicidios para el año 2021=2.120; ene 01- oct 31=1.803  
Número de homicidios para el año 2022= 1.900; ene 01-oct 31= 1.596  
Número de homicidios para el año 2023, ene 01-oct 31= 1.399

##### 2.3.1.2 Panorama General del homicidio en Antioquia

En la dinámica poblacional, los factores que conllevan a la mortalidad por homicidio constituyen uno de los hechos más graves de violación a los derechos humanos, en cuanto vulnera el derecho fundamental a la vida, constituyendo un evento con el cual se elimina la posibilidad del goce de todos los demás derechos de la persona. En el departamento de Antioquia, 1.900 habitantes fueron víctima de homicidio en el año 2022, con disminución de 10,4% con respecto al 2021. Al realizar el comparativo hasta el 31 de octubre para el año 2023 con respecto al 2022, se evidencia una disminución porcentual de 12,3% para el año actual con respecto al anterior.

La curva epidémica de homicidios para el año 2023, en la mayoría de semanas se ubica entre la zona de seguridad y la de éxito, lo que significa que el número de homicidios ocurridos se encuentra por debajo de los esperados. La semana 37, fue en la cual se presentó el mayor número de homicidios en el Departamento, este hecho puede estar determinado por diferentes factores, como la ocurrencia de fenómenos colectivos, como masacres o atentados terroristas.

Figura 148. Canal endémico de homicidios. Antioquia 2016-2023\*(\*a semana 44)

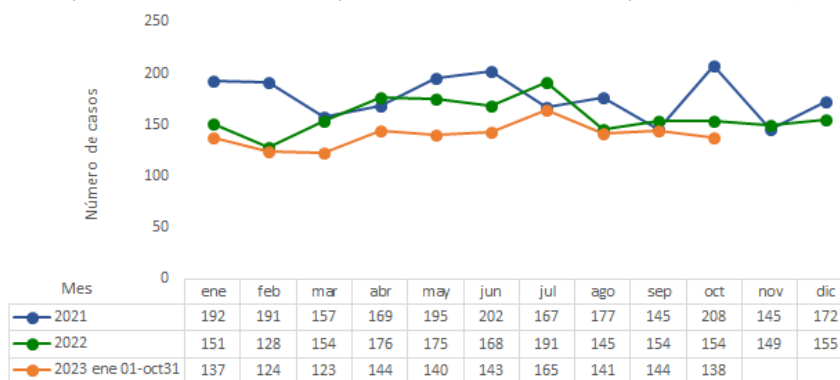


Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

### 2.3.1.3 Tendencias históricas del homicidio

En la distribución del número de homicidios por mes de ocurrencia se observa una tendencia fluctuante para los 3 años analizados, sin que se evidencie un patrón de comportamiento que pueda determinar la ocurrencia de este fenómeno en periodos definidos del año, evidenciándose que en los años 2022 y 2023 el mes en el cual tuvo mayor impacto este evento fue en julio, mientras que en el año 2021 el mes de octubre fue en el cual ocurrió el mayor número de homicidios.

Figura 149. Comportamiento del homicidio por mes de ocurrencia. Antioquia, 2021-2023\*(\*ene01-oct31)





Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia, Gobernación de Antioquia

### 2.3.1.4 Generalidades del homicidio en Antioquia

#### 2.3.1.4.1 Por subregión

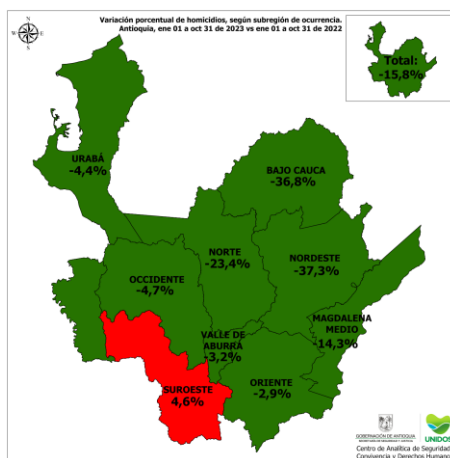
En la distribución de los homicidios por subregión durante el periodo analizado para los años 2021, 2022 y 2023, se evidencia que la subregión del Nordeste fue la de mayor impacto en la reducción de las tasas de homicidio con una variación de 37,3% de enero 01 a octubre 31 de 2023, con respecto al mismo periodo del año anterior, probablemente este fenómeno este determinado por las intervenciones y programas que se han realizado en dicha subregión como, “El Plan de Intervención Integral Unidos por la Vida” Remedios- Segovia, el cual se realizó durante los meses de noviembre y diciembre del 2022 y de enero a marzo del 2023. Es importante resaltar el cambio positivo que se presentó, en ocho de las nueve subregiones y el total departamental.

Tabla 73. Casos y tasa de homicidios, por subregión de ocurrencia y variación porcentual. Antioquia 2021-2023 ene 01 a oct 31

Subregión	Ene 01 a oct 31, 2021		Ene 01 a oct 31, 2022		Ene 01 a oct 31, 2023		Variación% ene01a oct 31 2023 vs ene 01 a oct 31 2022
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
Bajo Cauca	204	77,1	136	50,6	86	31,5	-36,8%
Magdalena Medio	63	58,0	70	63,4	60	53,5	-14,3%
Nordeste	180	87,6	217	104,0	136	64,2	-37,3%
Norte	163	64,6	145	56,6	111	42,7	-23,4%
Occidente	100	46,4	85	38,8	81	36,4	-4,7%
Oriente	157	22,2	170	23,7	165	22,6	-2,9%
Suroeste	272	72,3	175	45,8	183	47,2	4,6%
Urabá	187	35,0	159	29,3	152	27,6	-4,4%
Valle de Aburrá	477	11,6	439	10,5	425	10,0	-3,2%
<b>Total Departamento</b>	<b>1.803</b>	<b>26,6</b>	<b>1.596</b>	<b>23,2</b>	<b>1.399</b>	<b>20,0</b>	<b>-12,3%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análítica de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia.

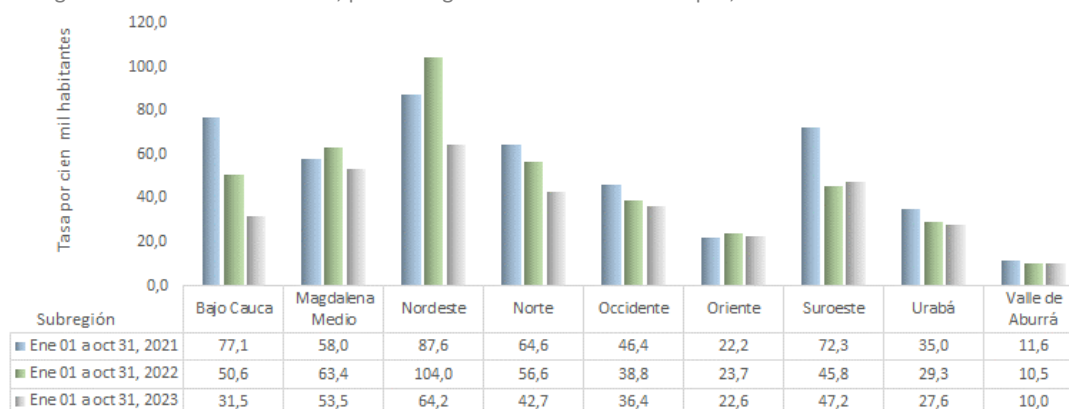
Mapa 29. Variación porcentual de los homicidios, según subregión de ocurrencia. Antioquia ene01 a oct31, 2022 vs ene01 a oct31, 2023



Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia.

En la distribución de las tasas de homicidios, según subregión de ocurrencia, se realiza el análisis del 01 de enero al 31 de octubre para los años 2021, 2022 y 2023, en estos años las menores tasas se registraron en la subregión del Valle de Aburrá, las cuales se mantuvieron por debajo de las cifras departamentales, mientras que los habitantes de la subregión de Nordeste presentaron un mayor riesgo de morir por este evento durante los años del periodo evaluado. En términos generales se observa una disminución en los homicidios para ocho de las nueve subregiones y para el Departamento en el año actual con respecto al mismo periodo del año anterior.

Figura 150. Tasa de homicidios, por subregión de ocurrencia. Antioquia, Ene01-oct31-2020-2023



Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia.

### 2.3.1.4.2 Riesgo para homicidio enero 01 a octubre 31, 2023

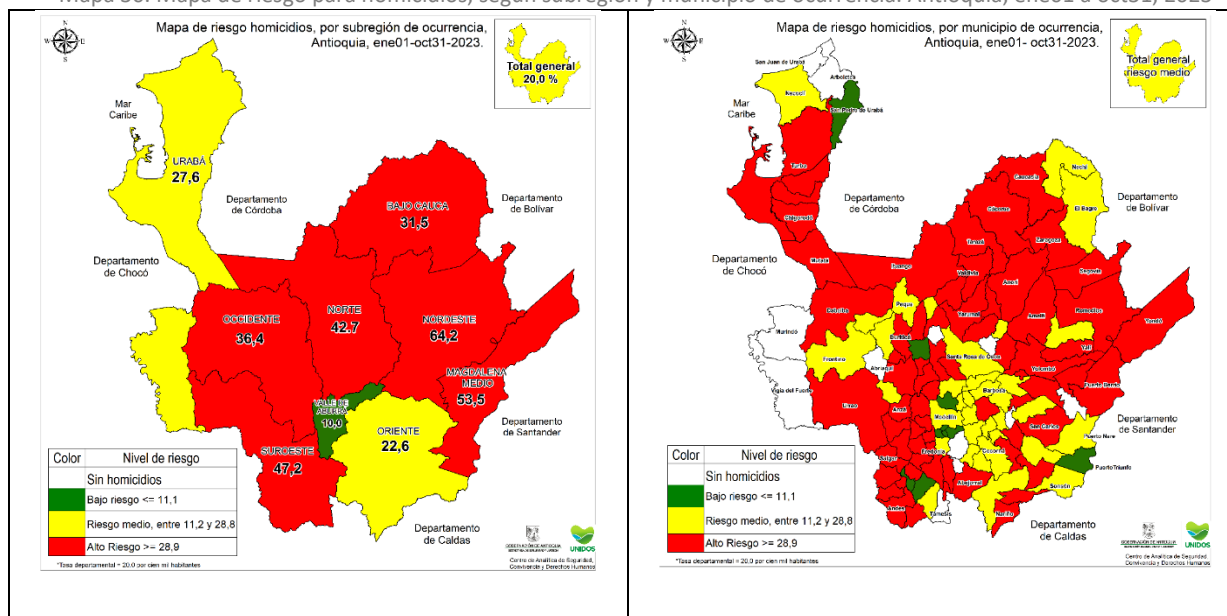
La diversidad en el contexto territorial del departamento de Antioquia, puede aportar factores que favorecen las actividades criminales por parte de los actores al margen de la ley, por ello es



importante la ubicación espacial de un hecho como el homicidio. Para este análisis se calculan las tasas de cada municipio y el total del departamento, por cien mil habitantes, la cual sirve como referencia para calcular el intervalo de confianza y así realizar la categorización de las subregiones y los municipios por rangos. De las nueve subregiones del departamento de Antioquia, seis presentaron alto riesgo para homicidios al registrar tasas por encima del 28,9 por cien mil habitantes y de los 125 municipios los habitantes de 68 (54,4%) presentan alto riesgo de homicidio, en estos las tasas más altas se registraron en Anorí, Mutatá y Yalí, mientras que el mayor número de casos se presentó en los municipios de Medellín, Bello y Turbo.

La subregión del departamento en la cual sus habitantes presentaron un menor riesgo de morir por homicidio fue el valle de Aburrá, en la cual al compararse con el promedio departamental sus habitantes presentaron 50% menos riesgo de muerte por este evento que el resto del departamento. Exceptuando los 13 municipios del departamento en los cuales no se han registrado homicidios de enero 01 a octubre 31 de 2023, el menor riesgo de muerte por homicidio lo presentaron los habitantes del municipio de Sabaneta con una tasa de 2,2 por cien mil habitantes, comparada con la tasa departamental la población de este municipio tuvo 89% menos riesgo de morir por este evento que el resto del departamento.

Mapa 30. Mapa de riesgo para homicidios, según subregión y municipio de ocurrencia. Antioquia, ene01 a oct31, 2023



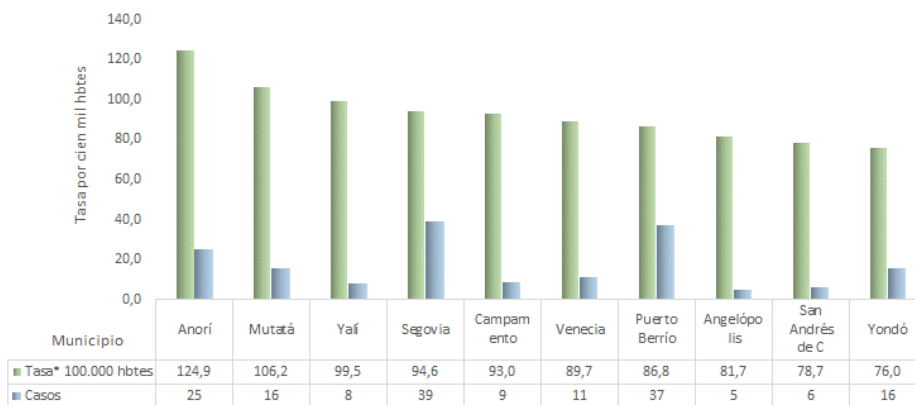
Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Elaboró: Centro de Análisis de Seguridad, Convivencia y Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad y Justicia.

### 2.3.1.4.3 Distribución de los 10 municipios del departamento de Antioquia, con las tasas más altas de homicidio para el periodo enero 01 a octubre 31 de 2023

Los municipios de Antioquia en los cuales se presentan las tasas más altas de homicidio, se ubican en cinco de las nueve subregiones del departamento, en las cuales se presentan diferentes escenarios y condiciones que pueden favorecer el dominio y la expansión de los grupos al margen de la ley, que operan en estos territorios, siendo las subregiones del Nordeste en la cual se presenta el mayor número de municipios con las tasas más altas, de los 10 municipios del departamento con mayor impacto en los homicidios, tres pertenecen a esta subregión.

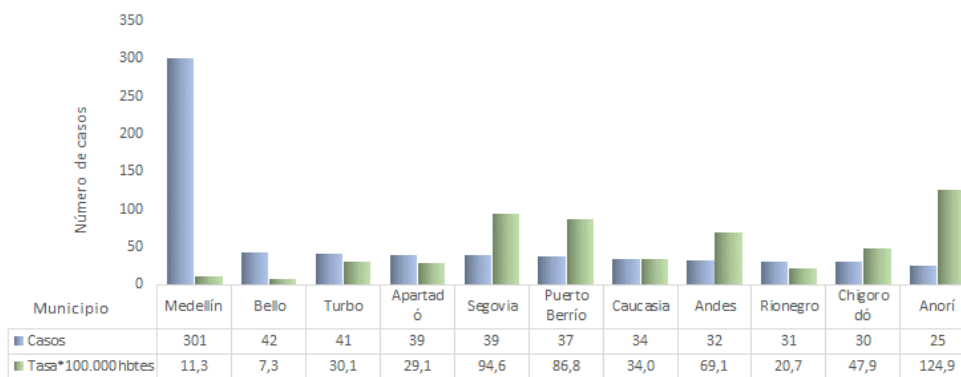
En cuanto al mayor número de casos de homicidios estos se registraron en los municipios de Medellín y Bello.

Figura 151. Distribución de los 10 municipios con la tasa de homicidios más alta. Antioquia, ene 01- Oct 30-2023



Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

Figura 152. Distribución de los 10 municipios con el mayor número de homicidios. Antioquia, ene 01-oct 31- 2022



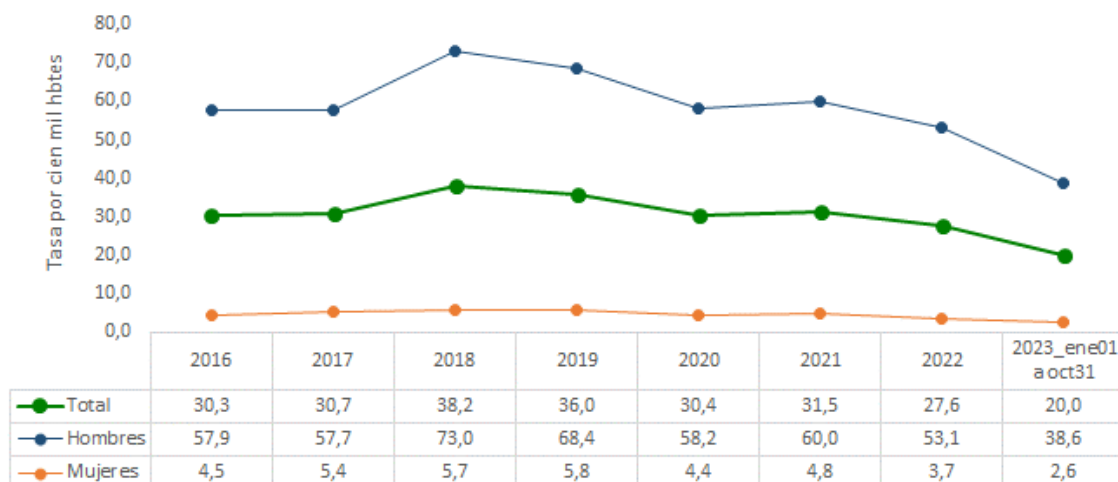
Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

### 2.3.1.4.4 Distribución de homicidios por sexo y edad de la víctima

Los hombres del departamento de Antioquia, presentan un mayor riesgo de muerte por homicidio, factor que puede estar asociado a que estos participan en mayor proporción en conductas delictivas asociadas al tráfico de estupefacientes, grupos organizados al margen de la ley y delincuencia común, el mayor número de muertes por homicidios lo aportó el grupo de 20 a 24 años como se evidencia en la pirámide.

Al realizar el análisis de las tasas de muerte por homicidio, se observa un comportamiento fluctuante en la tendencia para la población general y en los hombres, siendo este grupo el que determina el comportamiento de este evento en el departamento de Antioquia, mientras que para las mujeres, no se presentan fluctuaciones importantes durante el periodo, el mayor riesgo de morir por este evento en las mujeres se presentó en el año 2019, con una tasa de 5,8 por cien mil mujeres, mientras que esta conducta delictiva tuvo mayor impacto para los hombres y la población general en el año 2018.

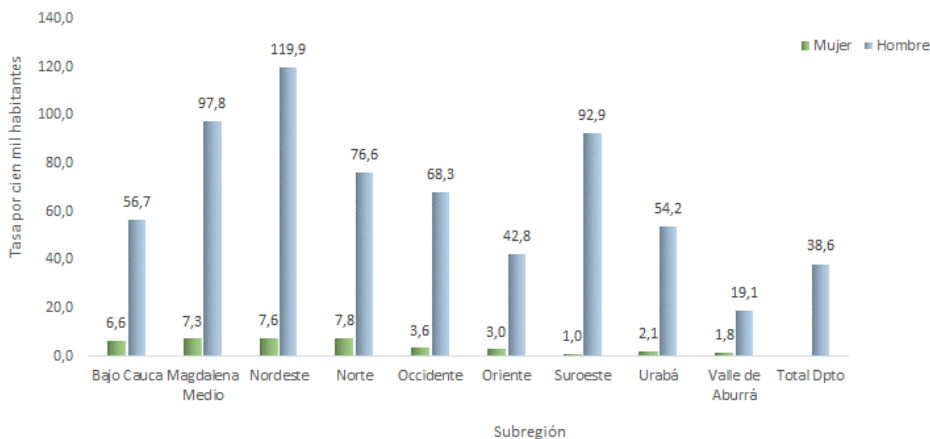
Figura 153. Tendencia de las tasas de homicidios, por sexo. Antioquia, 2020-2022\*(\*hasta el mes de septiembre, semana 39)



Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delictual, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

La conducta homicida del 01 de enero al 31 de octubre de 2023, ha generado más impacto en los hombres, con una mayor afectación de este grupo poblacional en la subregión del Nordeste, al registrarse una tasa de 119,9 homicidios por cien mil hombres, comparativamente con las mujeres la subregión en la cual se presenta la relación más alta entre hombres y mujeres en las muertes por homicidios fue en Suroeste, en la cual los hombres tuvieron 98% más riesgo de muerte por este evento que las mujeres. En contraste fue en la subregión de Bajo Cauca donde se registró el menor número de hombres víctima por cada mujer, en esta subregión la relación fue de 1/9.

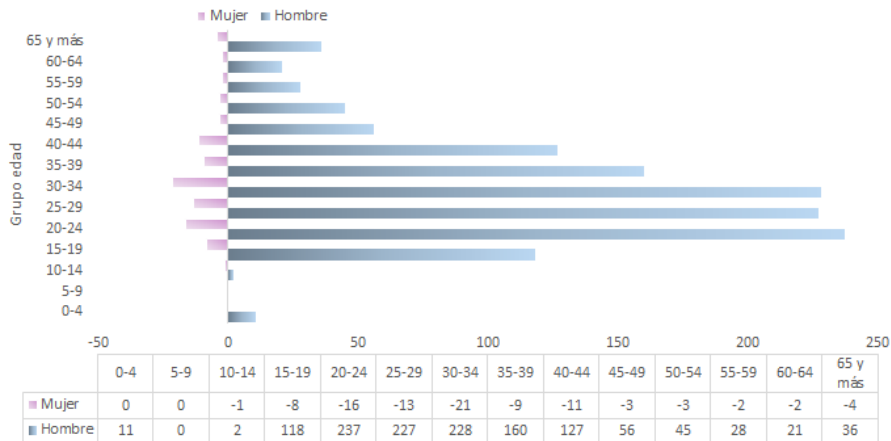
Figura 154. Tasa de homicidios, según subregión de ocurrencia y sexo. Antioquia, ene 01 a oct31, 2023



**Fuente:** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

La pirámide poblacional por homicidios muestra una distribución desequilibrado entre hombres y mujeres, con una mayor incidencia de la mortalidad por este evento en los hombres de 20 a 34 años, situación que puede estar determinada por los factores de riesgo a los cuales se exponen los jóvenes hombres en los escenarios en los cuales se desenvuelven cotidianamente.

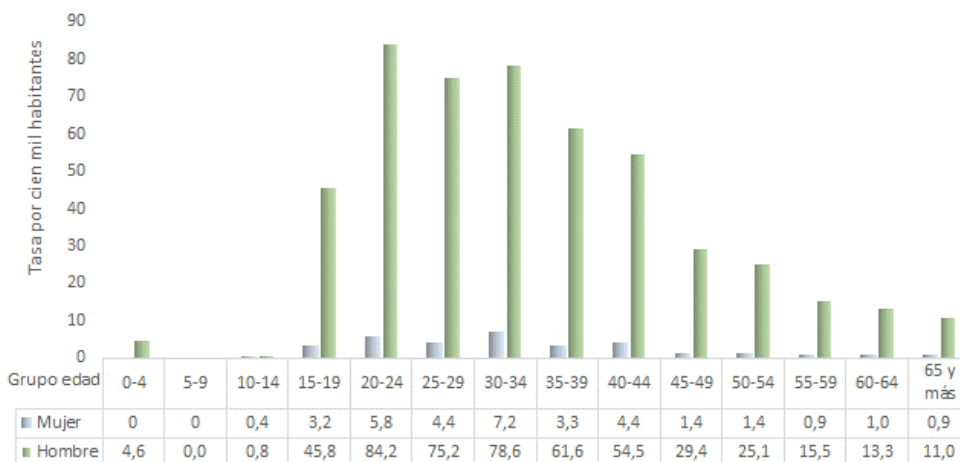
Figura 155. Pirámide poblacional de las muertes por homicidio. Antioquia, Ene01-oct31-2023



**Fuente:** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

Es evidente que los hombres de 20 a 34 años son las principales víctimas de homicidio en el departamento de Antioquia, en este grupo se concentra más del 53% de las muertes por este fenómeno, lo cual incide directamente, en el aumento de los años de vida potencialmente perdidos y en la reducción de la población económicamente activa, asociándose a otros factores sociales y económicos como la disminución o ausencia de recursos económicos y la disminución de la fuerza laboral.

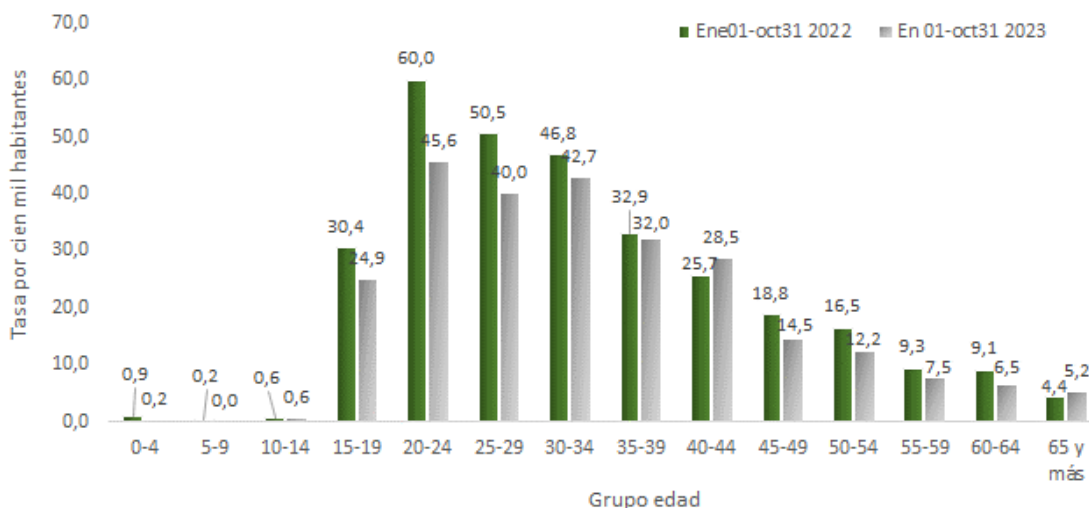
Figura 156. Tasa de homicidios por grupos de edad y sexo. Antioquia, Ene01-oct 31 2023



Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

En el análisis de las tasas de homicidio por grupos de edad, es el grupo de 20 a 24 el que presenta un mayor riesgo de morir por este delito, lo que hace visible las problemáticas que enfrentan muchos de los jóvenes antioqueños, que al no tener oportunidades laborales se ven comprometidos en conductas delictivas, lo que representa un reto para las autoridades y los gobernantes del Departamento en la distribución de los recursos en programas y proyectos que favorezcan la convivencia y la seguridad de esta población.

Figura 157. Tasa de homicidios por grupos de edad. Antioquia, Ene01-sep30-2021-2022

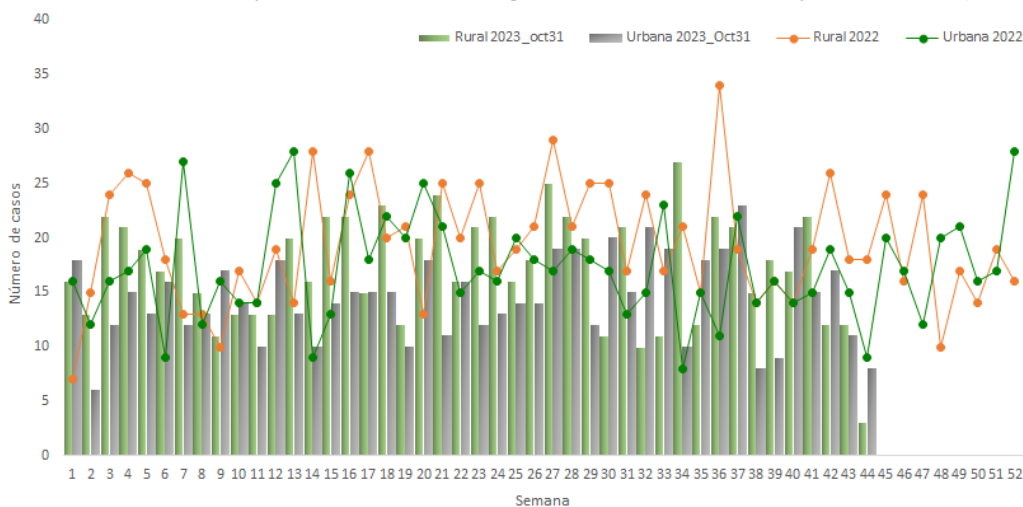


Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional

### 2.3.1.4.5 Homicidio rural y urbano

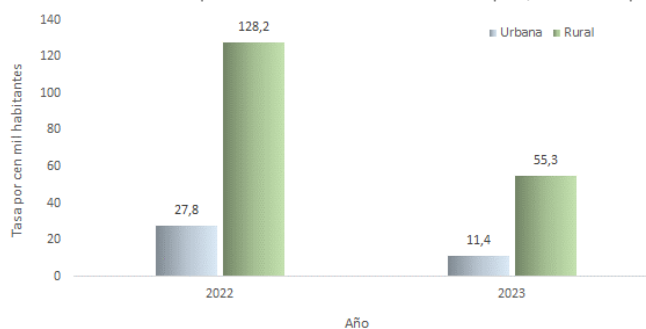
La distribución espacial de las muertes por homicidio está determinada por la dinámica poblacional y el contexto del territorio, por lo cual ocurre concentración de este fenómeno en algunas áreas y territorios determinados, debido al comportamiento de sus habitantes, la existencia de grupos al margen de la ley, las economías ilícitas y otras conductas delictivas que generan impacto en este tipo de delito. Articulando la dinámica de las muertes por homicidio al territorio en el cual ocurren, se evidencia una mayor incidencia de este fenómeno en el área rural, tanto en el año 2022, como en el 2023, presentándose un 22,4% más de casos por cien mil habitantes en el área rural con respecto a la urbana para el año 2022. Los habitantes del área rural presentaron 79,4% más riesgo de muerte por homicidio en 2023, que los del área urbana, registrando tasas de 63,7 y 55,7 por cien mil habitantes a 31 de octubre de 2022 y 2023 respectivamente.

Figura 158. Número de homicidios por área de ocurrencia, según semana del hecho. Antioquia, 2022-2023\*(/ene01-oct31)



Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

Figura 159. Tasa de homicidios por área de ocurrencia. Antioquia, Ene01-sep30-2021-2022



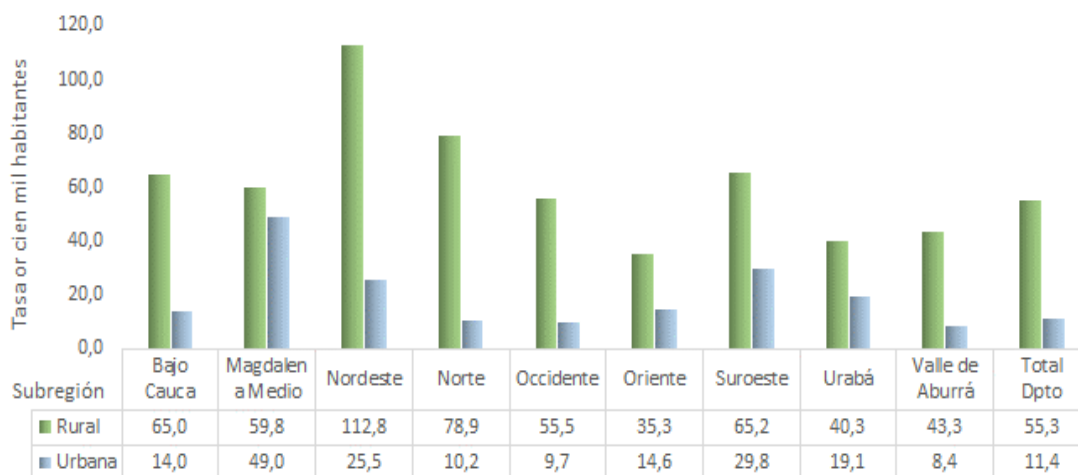
Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.





Realizando el comparativo de las tasas por área y subregión, al 31 de octubre del año 2023, se evidencia el impacto que tienen los homicidios en la población que habita en el área rural del departamento de Antioquia, para este año los habitantes del área rural de la subregión del Nordeste presentaron 41% mayor riesgo de muerte por homicidio que los del área urbana, factor que puede impactar de manera negativa en el contexto económico de las zonas rurales, disminuyendo la fuerza laboral y la productividad del campo, al ser este un fenómeno que es determinante del desplazamiento y la migración del campesino a la ciudad capital del Departamento.

Figura 160. Tasa de homicidios por subregión y área de ocurrencia. Antioquia, ene01-oct31-2022

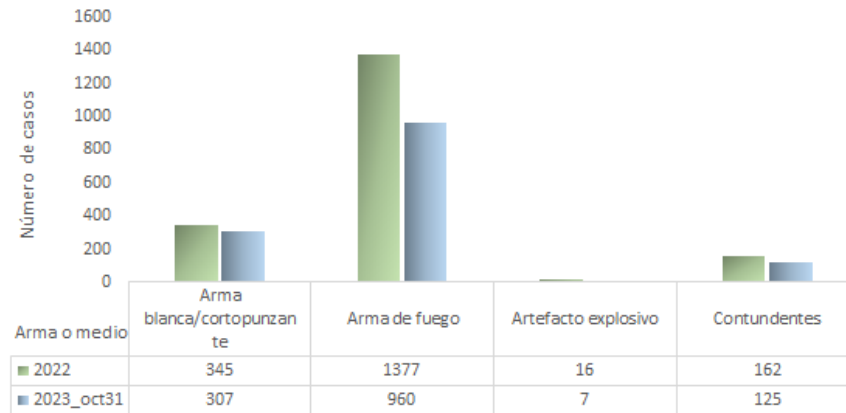


Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

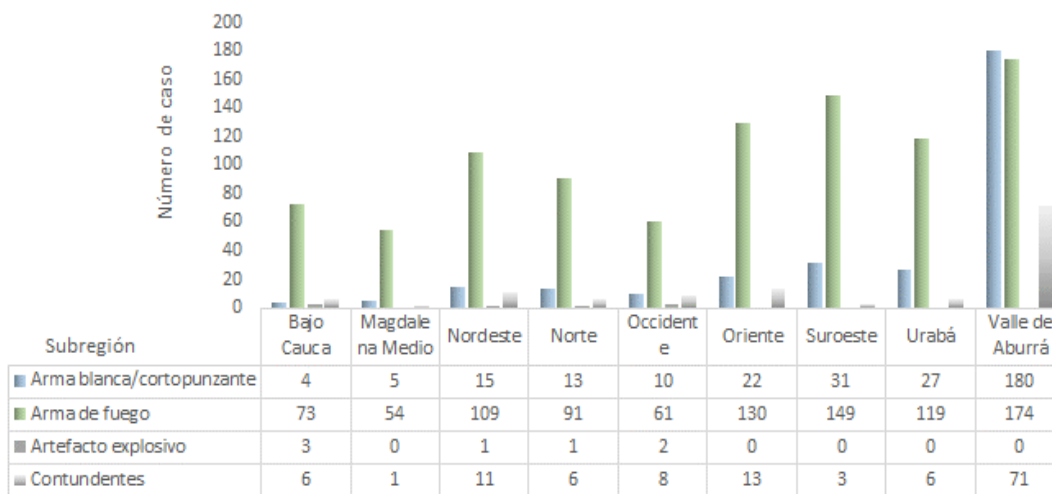
### 2.3.1.4.6 Análisis de algunas variables de interés comparativo enero 01- octubre 31-2022 2023

Durante el periodo de análisis, el arma o medio, que se utilizó con mayor frecuencia para realizar el acto homicida fue el arma de fuego, de enero 01 a octubre 31 de 2023 en el 71,4% de los homicidios se utilizó esta. En cuanto a la distribución del arma utilizada por subregión de ocurrencia en la subregión del Magdalena Medio, en el 90% de los homicidios se utilizó el arma de fuego, mientras que en la subregión del valle de Aburra el arma más utilizada fue el arma blanca, situación que puede estar determinada por la modalidad delictiva en la cual se cometió el homicidio.

Figura 161. Distribución del número de homicidios, según arma o medio utilizado. Antioquia, 2022-2023\*(oct31)



**Fuente:** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.  
Figura 162. Distribución del número de homicidios, según arma o medio utilizado por subregión de ocurrencia. Antioquia, ene01-oct31-2023



**Fuente:** Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

El análisis de los homicidios por modalidad criminal, es el sicariato la modalidad que determina en mayor proporción este hecho en los años del periodo evaluado, con porcentajes de 67,7% para el 2022 y 64,4% de enero 01 a octubre 31 de 2023. Es de resaltar que hasta el 31 de octubre del presente año no se han registrado actos criminales por subversión y bala perdida.

Tabla 74. Distribución de los homicidios, según modalidad. Antioquia, ene01-oct3, 2022-2023

Modalidad	Ene01_oct31 2022	ene01_oct31 2023	Variación% ene01_oct31, 2023 vs ene01_oct31,
Sicariato	1.081	901	-16,7%
Riñas	229	273	19,2%
Por establecer	109	65	-40,4%
Atraco	45	42	-6,7%
Signos de violencia física (tortura)	49	40	-18,4%
Atacados por gao o gao-r	41	5	-87,8%
Violencia intrafamiliar	19	24	26,3%
Linchamiento	12	9	-25,0%
Desmembramiento	2	8	300,0%
Enfrentamiento entre crimen organizado	3	2	-33,3%
Violencia sexual	3	1	-66,7%
Enfrentamiento eln-crimen organizado	1	4	300,0%
Enfrentamiento entre delincuencia comun	1	2	100,0%
Terrorismo	1	6	500,0%
Sin dato	0	12	100,0%
Enfrentamiento farc-crimen organizado	0	3	100,0%
Protesta social	0	1	100,0%
Secuestro	0	1	100,0%
<b>Total general</b>	<b>1.596</b>	<b>1.399</b>	<b>-12,3%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

### 2.3.1.4.7 Contexto de seguridad en Antioquia

La inseguridad es un problema social, que debe ser abordado desde diferentes escenarios, teniendo en cuenta la incidencia de este en las tasas de mortalidad y las afectaciones políticas, económicas, psicológicas y físicas y los efectos negativos que genera esta problemática en la población y en la economía de un territorio, por lo cual, desde la Secretaría de Seguridad y Justicia, se realiza el abordaje de la seguridad, teniendo en cuenta los diferentes elementos y factores determinantes en el contexto departamental, para focalizar las acciones de intervención; logrando así plantear políticas efectivas que promuevan el bienestar y la calidad de vida y que incidan en el mejoramiento de los indicadores de seguridad de los habitantes del departamento de Antioquia.

La secretaria de Seguridad desde los diferentes proyectos, de infraestructura, movilidad, fortalecimiento del sistema penal acusatorio para adolescentes, dotación de tecnologías, propone alternativas para prevenir los delitos, promoviendo espacios de concertación con los diferentes actores y gobernantes locales y la comunidad.

### 2.3.1.4.7.1 Delitos de alto impacto comparativo periodo de gobierno actual periodo de gobierno anterior

Evaluar la incidencia de los delitos de alto impacto en las diferentes subregiones del departamento y la afectación a los habitantes, permite en gran medida cuantificar los daños que sufre la población por las conductas delictivas las cuales son ejercidas por minorías al margen de la ley, siendo el análisis de los indicadores la base para el diseño y la implementación de políticas, programas y proyectos soportadas en datos reales que permitan la correcta distribución de los recursos para la prevención del delito, la contención de las violencias y el aporte efectivo a la sana convivencia.

En la clasificación por delito durante el periodo de gobierno anterior de 20018 a 2019, presentaron disminución porcentual las amenazas en 56,9%, el homicidio 3,6%, el secuestro se redujo en un 50% y las lesiones personales en 13,4%, mientras que en el periodo de gobierno actual en la variación del año 2022 vs 2021 se evidencia reducción porcentual en los delitos sexuales de 30,6%, el homicidio en 11,1% y la violencia intrafamiliar en 14,1. Al evaluar los datos durante los 1.368 días de este gobierno, comparativamente con el mismo periodo de tiempo del gobierno anterior, se evidencia una disminución porcentual en cuatro de los 10 delitos priorizados, siendo el homicidio y las lesiones personales las que presentan los mayores porcentajes de disminución. Para este periodo se han reducido en lo que va de este año con respecto al mismo periodo del año anterior cinco de los 10 delitos, siendo el terrorismo y los delitos sexuales los que presentan porcentajes de disminución más altos. Esta reducción puede estar asociada a los programa y proyectos implementadas por la Secretaría de Seguridad y Justicia como: Antioquia Territorio Seguro, esclarecimiento del homicidio, más juventud más vida, finca más segura, plan cosecha, prevención de las violencias, promoción de la convivencia y acceso digno a la justicia entre otros.

Tabla 75. Distribución de los delitos de alto impacto priorizados y comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019

Delito	Periodo de gobierno anterior				Variación % %2018vs2019	Periodo gobierno actual			Variación % 2022 vs 2021
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	
Amenazas	2.615	2.622	4.805	2.072	-56,9%	2.591	2.830	4.298	51,9%
Delitos sexuales	3.099	3.676	4.756	5.101	7,3%	4.524	5.068	3.516	-30,6%
Extorsión	664	911	1.179	1.384	17,4%	1.372	1.309	1.646	25,7%
Homicidio	1.878	1.936	2.449	2.362	-3,6%	2.034	2.136	1.899	-11,1%
Secuestro	37	17	14	7	-50,0%	26	31	31	0,0%
Hurto a personas	21.269	26.429	31.649	38.520	21,7%	25.720	35.735	41.812	17,0%
Hurto a residencias	2.707	5.106	5.334	5.478	2,7%	3.775	4.196	4.320	3,0%
Lesiones personales	14.700	15.428	15.019	13.011	-13,4%	8.917	10.835	10.966	1,2%
Terrorismo	35	15	17	71	317,6%	51	60	177	195,0%
Violencia intrafamiliar	13.281	11.570	13.485	16.890	25,3%	16.453	17.957	15.423	-14,1%

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

Tabla 76. Distribución de los delitos de alto impacto priorizados y comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dis31 de 2016-2019.

Conducta	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01-sep30 2020	Ene01-sep30 2021	Ene01-sep30 2022	Ene01-sep30 2023	Diferencia Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs 2022
Amenazas	11.238	12.610	1.372	12,2%	1.882	2.182	3.315	2.891	-424	-12,8%
Delitos sexuales	15.763	15.220	-543	-3,4%	3.361	3.833	2.886	2.112	-774	-26,8%
Extorsión	3.870	5.655	1.785	46,1%	718	908	1.073	1.328	255	23,8%
Homicidio	8.162	7.316	-846	-10,4%	1.479	1.603	1.440	1.247	-193	-13,4%
Hurto a personas	113.580	136.265	22.685	20,0%	18.117	24.717	30.100	32.998	2.898	9,6%
Hurto a residencias	17.882	15.636	-2.246	-12,6%	2.662	3.147	3.156	3.345	189	6,0%
Lesiones personales	54.428	38.615	-15.813	-29,1%	6.808	7.744	8.399	7.897	-502	-6,0%
Secuestro	63	135	72	114,3%	22	27	23	47	24	104,3%
Terrorismo	112	357	245	218,8%	41	50	172	69	-103	-59,9%
Violencia intrafamiliar	51.306	61.859	10.553	20,6%	12.274	13.968	11.996	12.026	30	0,3%
<b>Total general</b>	<b>276.404</b>	<b>293.668</b>	<b>17.264</b>	<b>6,2%</b>	<b>47.364</b>	<b>58.179</b>	<b>62.560</b>	<b>63.960</b>	<b>1.400</b>	<b>2,2%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

### 2.3.1.4.7.1.1 Terrorismo

El Código Penal colombiano en su artículo 144 dispone los actos de terrorismo como: “El que con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, realice u ordene llevar a cabo ataques indiscriminados o excesivos o haga objeto a la población civil de ataques, represalias, actos o amenazas de violencia, cuya finalidad principal sea aterrorizarla”.

Se considera delito de terrorismo un delito cometido con el propósito de atemorizar al conjunto de la población o a un colectivo determinado. Para que un acto pueda catalogarse como terrorista debe poseer el potencial de dañar gravemente, por ejemplo, a un Estado y de constituir un golpe duro para la sociedad. Durante el periodo de gobierno anterior se presentaron 138 casos de terrorismo, siendo la subregión del Bajo Cauca la que aportó el mayor número de casos 64(46,4%). Durante el periodo de gobierno actual se ha registrado 357 casos de terrorismo, siendo las subregiones de Occidente y Bajo Cauca las más afectadas, se registra aumento en la variación porcentual de 2021 a 2022 en todas las subregiones del Departamento. Por lo cual la Secretaría de Seguridad y Justicia implementa estrategias como Antioquia Territorio Seguro y Presencia Total, las cuales buscan mejorar las condiciones de vida de la población mediante la disminución de delitos y la protección de los derechos humanos de los habitantes del territorio. Logrando así una disminución importante en el número de casos de terrorismo en todas las subregiones del departamento en el periodo de ene 01 a sept 30 de 2023, con respecto al mismo periodo del 2022, con mayor impacto en la subregión de Urabá, en la cual se registró una disminución porcentual de 100 para 2023, con respecto al mismo periodo de 2022.

Tabla 77. Distribución de actos de terrorismo, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Terrorismo	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			Variación % 2021 vs 2022
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	
Bajo Cauca	9	6	9	40	344,4%	16	16	23	43,8%
Magdalena Medio	0	1	0	0	0,0%	1	1	3	200,0%
Nordeste	2	2	1	11	1000,0%	5	12	34	183,3%
Occidente	3	0	0	0	0,0%	2	5	48	860,0%
Oriente	2	0	0	0	0,0%	1	2	3	50,0%
Suroeste	4	2	1	0	-100,0%	1	2	9	350,0%
Urabá	0	0	0	0	0,0%	10	0	10	100,0%
Valle de Aburrá	1	3	1	2	100,0%	2	0	4	100,0%
<b>Total general</b>	<b>35</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>71</b>	<b>317,6%</b>	<b>51</b>	<b>60</b>	<b>177</b>	<b>195,0%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

Tabla 78. Distribución de los actos de terrorismo, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a set 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.

Terrorismo	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01- 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01-sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01- sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
Bajo Cauca	57	68	11	19,3%	10	16	23	19	-4	-17,4%
Magdalena Medio	1	6	5	500,0%	1	1	2	2	0	0,0%
Nordeste	15	63	48	320,0%	4	7	33	19	-14	-42,4%
Norte	25	95	70	280,0%	12	19	42	22	-20	-47,6%
Occidente	1	57	56	5600,0%	1	5	48	3	-45	-93,8%
Oriente	2	7	5	250,0%	1	1	3	2	-1	-33,3%
Suroeste	4	12	8	200,0%	1	1	9	1	-8	-88,9%
Urabá	0	19	19	100,0%	9	0	10	0	-10	-100,0%
Valle de Aburrá	7	5	-2	-28,6%	2	0	2	1	-1	-50,0%
<b>Total general</b>	<b>112</b>	<b>332</b>	<b>220</b>	<b>196,4%</b>	<b>41</b>	<b>50</b>	<b>172</b>	<b>69</b>	<b>-103</b>	<b>-59,9%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

No se pudo caracterizar este delito por sexo y grupos de edad, debido a que los datos públicos compartidos por la Policía Nacional no están desagregados a este nivel. En cuanto a la participación porcentual de Antioquia en el total de Colombia esta fue de 26,6, lo que pone en evidencia la incidencia de esta problemática en el Departamento.

Tabla 79. Distribución de los actos de terrorismo, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022

Año completo	Terrorismo		
	Colombia	Antioquia	
	Cantidad	Cantidad	%
2016	158	35	22,2
2017	76	15	19,7
2018	121	17	14,0
2019	186	71	38,2
2020	372	51	13,7
2021	203	60	29,6
2022	578	177	30,6
2023	167	69	41,3
<b>Total general</b>	<b>1.861</b>	<b>495</b>	<b>26,6</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

### 2.3.1.4.7.1.2 Amenazas

El código penal, en su artículo 347, define la amenaza como: “El que genera temor a una persona, familia, comunidad o institución, con el propósito de causar alarma, zozobra o terror en la población o en un sector de ella. En el departamento de Antioquia de 2016 a 2019, periodo de gobierno anterior se presentaron 12.114 amenazas a los habitantes del departamento de Antioquia, mientras que, del 01 de enero de 2020 a 30 de septiembre de 2023, se han presentado 12.610 amenazas a la población del departamento, registrando aumento en todas las subregiones en 2022, con respecto a 2021, situación que ha sido evaluada en los diferentes consejos de gobierno con el objetivo de impactar positivamente este fenómeno por medio de la implementación de proyectos.

Realizando el análisis de los 1.368 días del periodo anterior (abril 03 de 2016 a 31 de diciembre 2019), para todos los años en el periodo anterior se presentaron 11.238 amenazas y en el periodo actual (enero 01 de 2020 a sept 30 de 2023), se han registrado 12.610 amenazas con un aumento de 12,2%. La Secretaría de Seguridad y Justicia en aras de generar impacto en el control en los delitos correlacionados con las amenazas a implementado en el marco de la línea “control de las economías ilegales e ilícitas”, estrategias como, “Antioquia Territorio Seguro”. Esta se constituye en una de las estrategias más importantes en materia de seguridad y orden público en la cual se abordan dos pilares fundamentales. “De un lado el fortalecimiento a las capacidades estratégicas, técnicas, operacionales y logísticas de instituciones de la fuerza pública, y organismos de seguridad y justicia en rubros como, movilidad, infraestructura, tecnología y logística.

De otro lado, el segundo pilar se fundamenta en temas de coordinación interinstitucional, es decir de acuerdo con las competencias de cada una de las instituciones que concurren en la gestión territorial de la seguridad, la convivencia y el acceso a la justicia; la gobernación procura por garantizar que las intervenciones que se hagan en los territorios dialoguen no solo con las necesidades y particularidades que en ellos se identifican, de acuerdo con el PISCC, sino que también se hagan de manera coordinada, logrando un mayor impacto en términos de disuasión y control del delito, así como de su judicialización e identificación de los actores que alteran el orden público en algunas zonas del departamento”.

Tabla 80. Distribución de las amenazas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Amenazas	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			Variación % 2022 vs 2021
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	
Bajo Cauca	160	158	338	136	-59,8%	157	144	154	6,9%
Magdalena Medio	221	265	427	160	-62,5%	201	157	208	32,5%
Nordeste	133	148	220	117	-46,8%	142	161	185	14,9%
Norte	141	159	222	87	-60,8%	133	144	222	54,2%
Occidente	119	134	179	70	-60,9%	97	96	117	21,9%
Oriente	162	176	297	139	-53,2%	186	231	355	53,7%
Suroeste	204	208	296	136	-54,1%	158	132	214	62,1%
Urabá	433	378	683	288	-57,8%	240	241	251	4,1%
Valle de Aburrá	1.042	996	2.143	939	-56,2%	1.277	1.524	2.592	70,1%
<b>Total general</b>	<b>2.615</b>	<b>2.622</b>	<b>4.805</b>	<b>2.072</b>	<b>-56,9%</b>	<b>2.591</b>	<b>2.830</b>	<b>4.298</b>	<b>51,9%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

Tabla 81. Distribución de las amenazas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a dic 31, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.

Amenazas	Abr03 2016 - dic31 2019	Ene01 2020 - sep30 2023	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01- sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
	(1.368 días)	(1368 días)								
Bajo Cauca	736	604	-132	-17,9%	113	115	124	149	25	20,2%
Magdalena Medio	1.000	737	-263	-26,3%	149	116	150	171	21	14,0%
Nordeste	565	607	42	7,4%	105	120	137	119	-18	-13,1%
Norte	574	667	93	16,2%	108	117	177	168	-9	-5,1%
Occidente	471	403	-68	-14,4%	69	83	97	93	-4	-4,1%
Oriente	737	1.062	325	44,1%	127	188	256	290	34	13,3%
Suroeste	781	681	-100	-12,8%	123	101	157	177	20	12,7%
Urabá	1.599	925	-674	-42,2%	162	186	202	193	-9	-4,5%
Valle de Aburrá	4.775	6.924	2.149	45,0%	926	1.156	2.015	1.531	-484	-24,0%
<b>Total Departamento</b>	<b>11.238</b>	<b>12.610</b>	<b>1372</b>	<b>12,2%</b>	<b>1.882</b>	<b>2.182</b>	<b>3.315</b>	<b>2.891</b>	<b>-424</b>	<b>-12,8%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

En la clasificación de este delito por sexo, durante el año 2022 se evidencia que han sido los hombres los más afectados por este fenómeno, en cuanto a la distribución por edad son los adultos a los cuales este delito ha impactado en mayor grado, con un 94,8%. El año en el cual Antioquia aporta la mayor proporción de delitos con respecto al total de Colombia es el 2023, con un 6,8% del total nacional.





Tabla 83. Distribución de las extorsiones, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Extorsión	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			Variación % 2021 vs 2022
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	
Bajo Cauca	18	22	59	72	22,0%	55	38	36	-5,3%
Magdalena Medio	11	17	11	28	154,5%	22	17	18	5,9%
Nordeste	13	30	58	66	13,8%	54	52	40	-23,1%
Norte	27	30	55	66	20,0%	54	64	97	51,6%
Occidente	12	16	21	34	61,9%	31	29	21	-27,6%
Oriente	56	64	96	117	21,9%	125	127	163	28,3%
Suroeste	27	31	36	56	55,6%	65	77	49	-36,4%
Urabá	28	26	40	36	-10,0%	25	17	27	58,8%
Valle de Aburrá	472	675	803	909	13,2%	941	888	1195	34,6%
<b>Total general</b>	<b>664</b>	<b>911</b>	<b>1.179</b>	<b>1.384</b>	<b>17,4%</b>	<b>1.372</b>	<b>1.309</b>	<b>1.646</b>	<b>25,7%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos



Tabla 84. Distribución de las extorsiones, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.

Extorsión	Abr03 2016 - dic31 2019	Ene01 2020 - sep30 2023	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01- sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
	(1.368 días)	(1368 días)								
Bajo Cauca	166	162	-4	-2,4%	29	24	30	33	3	10,0%
Magdalena Medio	63	73	10	15,9%	15	14	13	16	3	23,1%
Nordeste	160	175	15	9,4%	39	39	31	29	-2	-6,5%
Norte	164	264	100	61,0%	33	45	79	49	-30	-38,0%
Occidente	79	95	16	20,3%	19	22	12	14	2	16,7%
Oriente	312	493	181	58,0%	85	87	125	78	-47	-37,6%
Suroeste	136	227	91	66,9%	49	66	37	36	-1	-2,7%
Urabá	115	93	-22	-19,1%	17	10	17	24	7	41,2%
Valle de Aburrá	2.675	4.073	1398	52,3%	432	601	729	1.049	320	43,9%
<b>Total Departamento</b>	<b>3.870</b>	<b>5.655</b>	<b>1785</b>	<b>46,1%</b>	<b>718</b>	<b>908</b>	<b>1.073</b>	<b>1.328</b>	<b>255</b>	<b>23,8%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

En el análisis por sexo, son los hombres los que aportan el mayor número de víctimas por este delito, con una relación de 2/1, es decir que por cada dos hombres víctimas, una mujer lo es, en cuanto a la distribución por grupos de edad son los adultos a los que más impacta este delito. En la participación porcentual de Antioquia con respecto al total de Colombia esta oscila entre 13,5 y 18,6%, siendo el 2023 el año en el cual Antioquia aporta el mayor porcentaje.

Tabla 85. Distribución de las extorsiones, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022

Año 2022	Distribución de las extorsiones, según grupo de edad. Antioquia, 2022		Extorsión			
			Año completo	Colombia	Antioquia	
	Grupo edad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	%	
 1.148	Adolescentes	10	2016	4.903	664	13,5
	Adultos	1.606	2017	5.532	911	16,5
	Menores	6	2018	7.048	1.179	16,7
	No reportado	24	2019	8.210	1.384	16,9
	<b>Total general</b>	<b>1.646</b>	2020	8.188	1.372	16,8
 474 No reportado 24			2021	8.342	1.309	15,7
			2022	9.791	1.646	16,8
			2023	5.751	1.068	18,6
			<b>Total general</b>	<b>57.765</b>	<b>9.533</b>	<b>16,5</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

### 2.3.1.4.7.1.4 Homicidio

Según el Código Penal de Colombia, el homicidio es la muerte de una persona causada por otra.

En el Código Penal de Colombia se estipulan tres tipos de homicidios

- **Homicidio doloso:** acción encaminada a producir la muerte de otra persona con conocimiento y voluntad. Así, el homicidio doloso tiene como característica principal obrar con la intención de generar el resultado.
- **Homicidio culposo o involuntario:** ocurre cuando hay una falta al deber objetivo de cuidado a través de una negligencia, impericia o imprudencia.
- **Homicidio preterintencional:** consiste en la consumación del verbo rector “matar” sin la intención de ocasionar dicho resultado, pero sí la de producir lesiones.

En el departamento, durante el periodo de gobierno anterior se presentaron 8.625 homicidios, registrándose la tasa más alta en el año 2018, con 38,2 homicidios por cien mil habitantes, mientras que en el periodo de gobierno actual se han presentado 7.316 homicidios incluido el año 2023 hasta septiembre 30, la tasa más alta se presentó en el año 2021, con 31,5 por cien mil habitantes, en la distribución por subregión durante el periodo anterior la subregión en la cual tuvo mayor impacto el homicidio fue el Bajo Cauca en el año 2018, con una tasa de 160,6 por cien mil habitantes. Durante el periodo de gobierno actual las tasas más altas se han registrado en esta misma subregión, siendo el año 2020 en el cual tuvo mayor impacto este delito con una tasa de 123,9. En el comparativo 2023 vs 2022 con fecha de corte a 30 de septiembre, siete de las nueve subregiones registran disminución, siendo el Nordeste la que aporta el porcentaje más alto. Posiblemente esta disminución sea reflejo de las acciones implementadas por la Secretaría de Seguridad y Justicia, como el monitoreo diario de este fenómeno, la implementación de estrategias de contención en los municipios con las tasas más altas o en los que se evidencian aumentos inesperados y la estrategia de anticipación y respuesta a la acción violenta en el marco de la cual se implementan acciones como Antioquia Territorio Seguro y “esclarecimiento del homicidio (inventario criminal unificado), “En esta estrategia se incluyen algunas acciones como la instalación de instancias de coordinación, como las Salas Situacionales, orientadas no solo a diagnosticar la violencia homicida, sino también a emitir una serie de alertas y recomendaciones dirigidas a las entidades competentes, para la atención y prevención de estos hechos. Asimismo, en estas instancias se insta a las entidades competentes como policía judicial y la Fiscalía General de la Nación a caracterizar el homicidio, de cara a su esclarecimiento, disminuyendo a su vez los índices de impunidad de este delito en particular.

**Tabla 86.** Distribución del homicidio, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Homicidio	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			Variación % 2021 vs 2022
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	
Bajo Cauca	147	128	399	380	-4,8%	323	225	160	-28,9%
Magdalena Medio	38	53	48	83	72,9%	71	74	86	16,2%
Nordeste	118	118	164	207	26,2%	175	232	243	4,7%
Norte	125	144	216	144	-33,3%	129	192	168	-12,5%
Occidente	117	116	89	130	46,1%	84	115	99	-13,9%
Oriente	160	123	116	121	4,3%	147	182	207	13,7%
Suroeste	213	206	262	225	-14,1%	312	306	217	-29,1%
Urabá	203	245	279	204	-26,9%	168	213	191	-10,3%
Valle de Aburrá	757	803	876	868	-0,9%	625	597	528	-11,6%
<b>Total general</b>	<b>1.878</b>	<b>1.936</b>	<b>2.449</b>	<b>2.362</b>	<b>-3,6%</b>	<b>2.034</b>	<b>2.136</b>	<b>1.899</b>	<b>-11,1%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos



**Tabla 87.** Distribución del homicidio, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.

Homicidio	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01- sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
Bajo Cauca	1.009	784	-225	-22,3%	215	190	121	76	-45	-37,2%
Magdalena Medio	210	281	71	33,8%	45	58	64	50	-14	-21,9%
Nordeste	571	770	199	34,9%	127	152	194	120	-74	-38,1%
Norte	597	588	-9	-1,5%	89	144	137	99	-38	-27,7%
Occidente	426	371	-55	-12,9%	68	90	80	73	-7	-8,8%
Oriente	480	685	205	42,7%	99	141	157	149	-8	-5,1%
Suroeste	850	998	148	17,4%	218	242	151	163	12	7,9%
Urabá	885	709	-176	-19,9%	131	155	144	137	-7	-4,9%
Valle de Aburrá	3.134	2130	-1.004	-32,0%	487	431	392	380	-12	-3,1%
<b>Total Departamento</b>	<b>8.162</b>	<b>7.316</b>	<b>-846</b>	<b>-10,4%</b>	<b>1.479</b>	<b>1.603</b>	<b>1.440</b>	<b>1.247</b>	<b>-193</b>	<b>-13,4%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

En la distribución de los homicidios por sexo, son los hombres los más afectados, con una relación de 13/1 para el año 2022, lo que significa que, por cada 13 hombres asesinados, hay una mujer víctima, en cuanto a la distribución por grupo de edad es la población de adultos a la cual impacta en mayor grado este fenómeno. La participación porcentual de Antioquia con respecto a Colombia oscila entre 12,7% y 19,3, siendo el 2018 el año en el cual el departamento aportó el mayor porcentaje.

Tabla 88. Distribución de los homicidios, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022

Año 2022	Distribución de los homicidios, según grupo de edad. Antioquia, 2022	Homicidio		
		Año completo	Antioquia	
			Colombia	Cantidad
 1.767	<b>Grupo edad</b> <b>Cantidad</b>			
	Adolescentes    69			
 132	Adultos    1.824			
	Menores    6			
	<b>Total general</b> <b>1.899</b>			
		<b>Total general</b>	<b>99.062</b>	<b>15.941</b>
				<b>16,1</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

### 2.3.1.4.7.1.5 Hurto a personas

En el Código Penal Colombiano se clasifica dentro de los delitos contra el patrimonio económico. En el capítulo I en su artículo 239 se define como: “El que se apodera de una cosa mueble ajena, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento ocho (108) meses”. En Colombia el hurto es considerado como un delito menor, sin embargo, existen algunos agravantes como el hurto calificado cuando se incurre en este delito en conjunto con otros delitos. Por lo general en este tipo de hurto existe violencia, se ejerce un engaño o se ingresa a un inmueble forzando la seguridad. En el departamento de Antioquia durante el periodo de gobierno anterior se registraron 117.867 persona afectadas por hurto, con un aumento porcentual de 2018 a 2019 en ocho de las nueve subregiones y en el total departamento. En el periodo de gobierno actual, con corte para el 2023 a 30 de septiembre, 136.265 personas han sido afectadas por este delito, a nivel subregional el hurto impactó en mayor grado las subregiones de Valle de Aburrá y Oriente en ambos periodos, en cuanto a la variación porcentual a registrado aumento en todas las subregiones del departamento de Antioquia entre 2021 y 2022, motivo por el cual desde la Secretaría de Seguridad y justicia se han implementado estrategias focalizadas que permiten impactar positivamente en la seguridad de la población antioqueña, en la Línea 4 del PISCC “Control de las economías criminales ilegales e ilícitas”. En esta Línea se inscribe el desarrollo de los cinco Planes Operativos Integrales, a cargo de la Dirección Operativa de la Seguridad de la Secretaría. Estos buscan atacar, en coordinación con las entidades competentes, las principales rentas ilegales e ilícitas en el departamento de Antioquia, reconociendo que la lucha contra la extorsión, el tráfico de estupefacientes, la minería

ilícita el hurto, y el contrabando y adulteración de bebidas alcohólicas y cigarrillos, es una manera de minimizar el control que los grupos ilegales ejercen en los territorios y sus habitantes con estas economías ilegales. Posiblemente estas estrategias han impactado en este fenómeno logrando una disminución en cuatro de las nueve subregiones en el periodo de 01 enero a 30 de septiembre de 2023, con respecto al mismo periodo del año 2022.

**Tabla 89.** Distribución del hurto a personas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Hurto a personas	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			Variación % 2021 vs 2022
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	
Bajo Cauca	209	185	144	213	47,9%	144	276	292	5,8%
Magdalena Medio	184	139	200	175	-12,5%	146	196	224	14,3%
Nordeste	230	151	161	167	3,7%	100	162	193	19,1%
Norte	291	251	202	267	32,2%	171	256	302	18,0%
Occidente	138	150	169	178	5,3%	149	282	339	20,2%
Oriente	1.483	1.686	1.594	1.907	19,6%	1.298	2.150	2.517	17,1%
Suroeste	374	281	288	320	11,1%	234	314	341	8,6%
Urabá	738	737	627	683	8,9%	458	628	792	26,1%
Valle de Aburrá	17.622	22.849	28.264	34.610	22,5%	23.020	31.471	36.812	17,0%
<b>Total general</b>	<b>21.269</b>	<b>26.429</b>	<b>31.649</b>	<b>38.520</b>	<b>21,7%</b>	<b>25.720</b>	<b>35.735</b>	<b>41.812</b>	<b>17,0%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos



**Tabla 90.** Distribución del hurto a personas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.

Hurto a personas	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01- sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
Bajo Cauca	701	859	158	22,5%	91	190	213	147	-66	-31,0%
Magdalena Medio	659	712	53	8,0%	108	129	153	146	-7	-4,6%
Nordeste	644	585	-59	-9,2%	67	120	134	130	-4	-3,0%
Norte	921	958	37	4,0%	110	185	214	229	15	7,0%
Occidente	589	959	370	62,8%	98	206	219	189	-30	-13,7%
Oriente	6.307	7.721	1.414	22,4%	855	1.494	1.729	1.756	27	1,6%
Suroeste	1.173	1.143	-30	-2,6%	165	219	215	254	39	18,1%
Urabá	2.609	2.506	-103	-3,9%	318	450	571	628	57	10,0%
Valle de Aburrá	99.977	120.822	20.845	20,8%	16.305	21.724	26.652	29.519	2.867	10,8%
<b>Total Departamento</b>	<b>113.580</b>	<b>136.265</b>	<b>22.685</b>	<b>20,0%</b>	<b>18.117</b>	<b>24.717</b>	<b>30.100</b>	<b>32.998</b>	<b>2.898</b>	<b>9,6%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

En el análisis por sexo, son los hombres los más afectados por este delito, con una proporción del 61,1% en cuanto a los grupos de edad son los adultos a los más impactados por el hurto. La participación porcentual de Antioquia con respecto a Colombia durante el año 2022 fue de 11,9%

Tabla 91. Distribución del hurto a personas, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022

Año 2022	Distribución del hurto a personas, según grupo de edad. Antioquia, 2022		Hurto a personas			
			Año completo	Colombia	Antioquia	
 25.530	<b>Grupo edad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>	
 16.281	Adolescentes	487	146.866	21.269	14,5	
	Adultos	41.234	209.784	26.429	12,6	
	Menores	90	257.072	31.649	12,3	
	No reportado	1	306.847	38.520	12,6	
	<b>Total general</b>	<b>41.812</b>	208.037	25.720	12,4	
No reportado			280.126	35.735	12,8	
1			2022	351.370	41.812	11,9
			2023	280.253	32.998	11,8
			<b>Total general</b>	<b>2.040.355</b>	<b>254.132</b>	<b>12,5</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

### 2.3.1.4.7.1.6 Hurto a residencias

El hurto a residencias se define en el artículo 241 del código penal colombiano como: “El robo cometido en casa habitada, edificio o local abiertos al público, o en cualquiera de sus dependencias, se castigará con una pena de prisión de dos a cinco años”. Durante el periodo de gobierno anterior en el departamento de Antioquia, se presentaron 18.625 hurtos a residencias, durante este periodo de gobierno se han registrado 15.636, con una disminución porcentual en tres de las nueve subregiones.

Tabla 92. Distribución del hurto a residencias, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Hurto a residencias	Periodo de gobierno anterior					Periodo de gobierno actual			
	2016	2017	2018	2019	Variación % 2019 vs 2018	2020	2021	2022	Variación % 2021 vs 2022
Bajo Cauca	48	85	65	84	29,2%	60	49	49	0,0%
Magdalena Medio	70	112	125	54	-56,8%	67	66	50	-24,2%
Nordeste	63	159	100	93	-7,0%	58	75	77	2,7%
Norte	125	215	178	224	25,8%	93	145	126	-13,1%
Occidente	51	83	144	98	-31,9%	74	82	88	7,3%
Oriente	556	843	716	884	23,5%	466	618	732	18,4%
Suroeste	178	297	262	301	14,9%	170	172	176	2,3%
Urabá	74	283	233	261	12,0%	257	313	432	38,0%
Valle de Aburrá	1.542	3.029	3.511	3.479	-0,9%	2.530	2.676	2.590	-3,2%
<b>Total general</b>	<b>2.707</b>	<b>5.106</b>	<b>5.334</b>	<b>5.478</b>	<b>2,7%</b>	<b>3.775</b>	<b>4.196</b>	<b>4.320</b>	<b>3,0%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

En el comparativo de los 1.368 días (enero 01 de 2020 a septiembre 30 de 2023) que van de este periodo, con respecto al mismo número de días del periodo anterior (abril 03 de 2016 a diciembre 31 de 2019), se evidencia disminución porcentual en el hurto a residencias en ocho de las nueve

subregiones del departamento, siendo El Magdalena Medio en la cual se registra la mayor disminución porcentual. Probablemente la disminución en este tipo de delitos se genera debido al impacto de los diferentes proyectos implementados por la Secretaría de Seguridad y Justicia.



**Tabla 93.** Distribución del hurto a residencias, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019

Hurto a residencias	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01- sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
Bajo Cauca	267	196	-71	-26,6%	51	36	34	38	4	11,8%
Magdalena Medio	347	216	-131	-37,8%	42	49	35	33	-2	-5,7%
Nordeste	402	262	-140	-34,8%	43	59	61	52	-9	-14,8%
Norte	703	462	-241	-34,3%	64	120	81	98	17	21,0%
Occidente	369	316	-53	-14,4%	40	58	58	72	14	24,1%
Oriente	2.853	2.354	-499	-17,5%	348	451	541	538	-3	-0,6%
Suroeste	979	670	-309	-31,6%	117	139	122	152	30	24,6%
Urabá	806	1.298	492	61,0%	161	216	334	296	-38	-11,4%
Valle de Aburrá	11.156	9.862	-1294	-11,6%	1.796	2.019	1.890	2.066	176	9,3%
<b>Total Departamento</b>	<b>17.882</b>	<b>15.636</b>	<b>-2246</b>	<b>-12,6%</b>	<b>2.662</b>	<b>3.147</b>	<b>3.156</b>	<b>3.345</b>	<b>189</b>	<b>6,0%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delinccional, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

En la distribución por sexo, los hombres se han visto afectados en mayor proporción por este delito y son los adultos los que han sido en mayor grado víctima del hurto a sus residencias. La participación porcentual de Antioquia con respecto a Colombia durante todo el periodo de análisis ha oscilado entre 11 y 12,6%.

**Tabla 94.** Distribución del hurto a residencias, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022

Año 2022	Distribución del hurto a residencias según grupo de edad. Antioquia, 2022	Hurto a residencias			
		Año completo	Colombia		Antioquia
			Cantidad	Cantidad	%
 <b>2.483</b>	<b>Grupo edad</b>	<b>Cantidad</b>			
	Adolescentes	17			
 <b>1.837</b>	Adultos	4.298			
	Menores	5			
	<b>Total general</b>	<b>4.320</b>			
		<b>Total general</b>	<b>291.575</b>	<b>34.261</b>	<b>11,8</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delinccional, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

### 2.3.1.4.7.1.7 Lesiones personales

En el capítulo III del código penal se define las lesiones personales como: “El que cause a otro daño en el cuerpo o en la salud, incurrirá en las sanciones establecidas.” En el departamento de Antioquia durante el periodo de gobierno anterior se registraron 58.158 personas afectadas por este delito, con disminución en ocho subregiones del departamento de 2018 a 2019 y en el periodo de gobierno actual se han presentado 38.615 personas que han sufrido lesiones



personales. Con disminución en siete de las nueve subregiones de 2021 a 2022, registrando el mayor aumento en la subregión del Oriente, en la cual se han implementado estrategias como presencia total en algunos de sus municipios para impactar las conductas delictivas que afectan a esta población. Además, para la promoción de la convivencia y la resolución pacífica de conflictos, la Secretaría de Seguridad y Justicia “realiza proyectos de asistencia técnica para la implementación de la Caja de Herramientas de Mecanismos Alternativos de Resolución de Conflictos, en las cuales se fortalecen los conocimientos y capacidades que tienen los líderes comunitarios, mediadores y conciliadores. En este sentido, hasta lo corrido de 2023, se han desarrollado 45 espacios que permiten este fortalecimiento de capacidades de actores, teniendo una considerable incidencia en la seguridad ciudadana y la convivencia, toda vez que permite el uso de métodos alternos para la solución de conflictos y la reducción de las barreras en el acceso a la justicia, principalmente aquellas representadas en el desconocimiento de estos.

Se debe resaltar que, estos espacios se replican en las instituciones educativas con el propósito de fortalecer la mediación escolar, donde los niños, niñas y jóvenes conozcan esta figura y la repliquen en sus entornos académicos”.

Situación que ha generado impacto positivo en todo el departamento de Antioquia, soportado en el hecho que comparando los 1.368 días que van de este periodo, con el mismo número de días del periodo anterior se registra disminución en todas las subregiones del departamento de Antioquia. A si mismo se registra disminución en las nueve subregiones en el comparativo de enero 01 a septiembre 30 de 2023, con respecto al mismo periodo de 2022, siendo el Bajo Cauca en la cual esta disminución tuvo mayor impacto.

**Tabla 95.** Distribución las lesiones personales, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Lesiones personales	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			Variación % 2021 vs 2022
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	
Bajo Cauca	369	466	421	421	0,0%	245	295	285	-3,4%
Magdalena Medio	395	405	425	265	-37,6%	253	264	263	-0,4%
Nordeste	493	514	463	436	-5,8%	279	335	326	-2,7%
Norte	664	667	504	448	-11,1%	363	405	377	-6,9%
Occidente	476	389	335	261	-22,1%	186	216	210	-2,8%
Oriente	1.578	1.511	1.391	947	-31,9%	867	1.096	1.295	18,2%
Suroeste	1.186	1.096	1.088	817	-24,9%	669	751	693	-7,7%
Urabá	1.035	962	823	793	-3,6%	441	490	417	-14,9%
Valle de Aburrá	8.504	9.418	9.569	8.623	-9,9%	5.614	6.983	7.100	1,7%
<b>Total general</b>	<b>14.700</b>	<b>15.428</b>	<b>15.019</b>	<b>13.011</b>	<b>-13,4%</b>	<b>8.917</b>	<b>10.835</b>	<b>10.966</b>	<b>1,2%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos



(28) años y multa de dos mil (2.000) a cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes”.

En el departamento de Antioquia durante el periodo de gobierno anterior se presentaron 75 secuestros, siendo la subregión del Valle de Aburrá la que aportó el mayor número durante ese periodo con 53 secuestros, lo que equivale al 70,7% del total, en cuanto a la variación porcentual se registró disminución en cinco de las nueve subregiones y en el total departamental el cual disminuyó en un 50% de 2018 a 2019, mientras que en este periodo de gobierno de 2020-2023 se han presentado 135 secuestros, registrando aumento porcentual en cinco de las nueve subregiones del departamento, por lo cual la Secretaría de Seguridad y Justicia ha implementado estrategias como Antioquia territorio Seguro y Presencia Total con el objetivo de impactar estas problemáticas.

**Tabla 98.** Distribución de los casos de secuestro, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019

Secuestro	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			Variación % 2021 vs 2022
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	
Bajo Cauca	0	0	1	0	-100,0%	0	1	2	100,0%
Magdalena Medio	1	1	2	0	-100,0%	0	0	0	0,0%
Nordeste	1	0	0	1	100,0%	2	1	2	100,0%
Occidente	0	1	0	0	0,0%	0	2	3	50,0%
Oriente	0	1	4	1	-75,0%	1	13	2	-84,6%
Suroeste	0	1	1	0	-100,0%	1	0	2	100,0%
Urabá	1	0	0	1	100,0%	0	0	0	0,0%
Valle de Aburrá	32	13	5	3	-40,0%	22	13	18	38,5%
<b>Total general</b>	<b>37</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>-50,0%</b>	<b>26</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>0,0%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos



**Tabla 99.** Distribución de los casos de secuestro, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.

Secuestro	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01- sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
Bajo Cauca	1	8	7	700,0%	0	1	0	5	5	100,0%
Magdalena Medio	4	2	-2	-50,0%	0	0	0	2	2	100,0%
Nordeste	1	8	7	700,0%	2	1	2	3	1	50,0%
Norte	3	6	3	100,0%	0	1	2	3	1	50,0%
Occidente	1	6	5	500,0%	0	0	0	1	1	100,0%
Oriente	6	20	14	233,3%	1	13	2	4	2	100,0%
Suroeste	2	3	1	50,0%	0	0	2	0	-2	-100,0%
Urabá	2	0	-2	-100,0%	0	0	0	0	0	0,0%
Valle de Aburrá	43	82	39	90,7%	19	11	15	29	14	93,3%
<b>Total Departamento</b>	<b>63</b>	<b>135</b>	<b>72</b>	<b>114,3%</b>	<b>22</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>47</b>	<b>24</b>	<b>104,3%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

En la distribución por sexo fueron los hombres los más afectados por este delito con una relación de 4/1 lo que significa que por cuatro hombres víctimas de este fenómeno hay una mujer. Por grupos de edad el 90,3% se dio en el grupo de adultos. El año en el cual Antioquia aportó la mayor proporción con respecto al total de Colombia fue el 2021 con el 19,4%.

Tabla 100. Distribución de los casos de secuestro, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022

Año 2022	Distribución del secuestro, según grupo de edad. Antioquia, 2022		Secuestro			
			Año completo	Colombia	Antioquia	
				Cantidad	Cantidad	%
 25	<b>Grupo edad</b>	<b>Cantidad</b>	2016	207	37	17,9
	Adolescentes	2	2017	195	17	8,7
 6	Adultos	28	2018	176	14	8,0
	Menores	1	2019	92	7	7,6
	<b>Total general</b>	<b>31</b>	2020	162	26	16,0
			2021	160	31	19,4
			2022	223	31	13,9
			2023	245	47	19,2
			<b>Total general</b>	<b>1.460</b>	<b>210</b>	<b>14,4</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

### 2.3.1.4.7.1.9 Violencia intrafamiliar

En el artículo 229 del Código Penal colombiano se define la violencia intrafamiliar como: “El que maltrate física o psicológicamente a cualquier miembro de su núcleo familiar incurrirá, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor, en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años”.

“La violencia intrafamiliar consiste en el maltrato físico, verbal o psicológico que se presenta entre los miembros de una misma familia. Implica toda clase de acciones que afecten el bienestar de la familia y valores tales como: respeto a la vida, armonía psíquica y emocional y la integridad física y moral”.

En el departamento de Antioquia durante el periodo de gobierno anterior se registraron 55.226 casos de violencia intrafamiliar, siendo las subregiones de Valle de Aburrá, Magdalena Medio y Norte en las cuales se presentaron las tasas más altas, en el comparativo 2018 vs 2019 se registró aumento porcentual en 5 de las nueve subregiones, siendo la subregión de Urabá la que aportó el mayor aumento con el 76,6%. En el periodo de gobierno actual 61.859 personas han sido víctimas de violencia intrafamiliar, las subregiones más afectados por este fenómeno han sido Valle de Aburrá, Suroeste y Norte. Con el objetivo de lograr reducir las conductas violentas en el departamento de Antioquia, desde la Secretaría de Seguridad y Justicia se ha implementado en la línea “prevención de las violencia, promoción de la convivencia y acceso digno a la justicia, la estrategia “Unidos nos Cuidamos” iniciativas que buscan la prevención de todo tipo de violencia, mediante el fortalecimiento de las Comisarías de Familia, Inspecciones de Policía y Casas de Justicia en los 125 municipios del Departamento para la adecuada atención de las principales problemáticas asociadas a la violencia intrafamiliar, violencias basadas en género, contraversiones y problemas asociados con la convivencia ciudadana.

**Tabla 101.** Distribución de los casos de violencia intrafamiliar, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Violencia intrafamiliar	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			Variación % 2021 vs 2022
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	
Bajo Cauca	281	244	146	222	52,1%	264	311	282	-9,3%
Magdalena Medio	223	151	155	130	-16,1%	141	119	106	-10,9%
Nordeste	166	187	189	233	23,3%	226	310	248	-20,0%
Norte	284	353	239	308	28,9%	321	327	314	-4,0%
Occidente	183	163	116	93	-19,8%	152	164	185	12,8%
Oriente	597	769	586	565	-3,6%	747	871	734	-15,7%
Suroeste	539	525	516	481	-6,8%	537	545	496	-9,0%
Urabá	670	509	346	611	76,6%	618	676	492	-27,2%
Valle de Aburrá	10.338	8.669	11.192	14.247	27,3%	13.447	14.634	12.566	-14,1%
<b>Total general</b>	<b>13.281</b>	<b>11.570</b>	<b>13.485</b>	<b>16.890</b>	<b>25,3%</b>	<b>16.453</b>	<b>17.957</b>	<b>15.423</b>	<b>-14,1%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos



**Tabla 102.** Distribución de los casos de violencia intrafamiliar, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.

Violencia intrafamiliar	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1.368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01- sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
	Bajo Cauca	831	1051	220	26,5%	201	225	200	194	-6
Magdalena Medio	594	530	-64	-10,8%	105	90	80	164	84	105,0%
Nordeste	728	970	242	33,2%	183	233	187	186	-1	-0,5%
Norte	1.113	1.277	164	14,7%	208	245	238	315	77	32,4%
Occidente	496	640	144	29,0%	111	98	127	139	12	9,4%
Oriente	2.370	2.938	568	24,0%	556	688	563	586	23	4,1%
Suroeste	1.912	2.090	178	9,3%	391	445	358	512	154	43,0%
Urabá	1.883	2.086	203	10,8%	464	504	403	300	-103	-25,6%
Valle de Aburrá	41.379	50.277	8.898	21,5%	10.055	11.440	9.840	9.630	-210	-2,1%
<b>Total Departamento</b>	<b>51.306</b>	<b>61.859</b>	<b>10.553</b>	<b>20,6%</b>	<b>12.274</b>	<b>13.968</b>	<b>11.996</b>	<b>12.026</b>	<b>30</b>	<b>0,3%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

Las mujeres son las más afectadas por la violencia intrafamiliar aportando el 73% de los casos durante el 2022, con una relación de 3/1, lo que significa que por cada tres mujeres víctimas, hay un hombre víctima de este fenómeno, en la distribución por grupos de edad son los adultos a los cuales impacta en mayor grado la violencia intrafamiliar con el 91,2%.

**Tabla 103** Distribución de los casos de violencia intrafamiliar, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022

Año 2022	Distribución de la violencia intrafamiliar, según grupo de edad. Antioquia, 2022	Violencia intrafamiliar		
		Año completo	Colombia	Antioquia
 4.144	<b>Grupo edad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>
	Adolescentes	579		
 11.257	Adultos	14.062		
	Menores	760		
No reportado 22	No reportado	22		
	<b>Total general</b>	<b>15.423</b>		
			<b>854.304</b>	<b>117.085</b>
				<b>13,7</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

### 2.3.1.4.7.1.10 Delitos sexuales

“Se refieren a actos de naturaleza sexual que implican tocar o manipular el cuerpo de otra persona sin su consentimiento, con la intención de obtener gratificación sexual propia o causarle placer. También se consideran delitos sexuales la inducción a la prostitución, la pornografía y la utilización de medios de comunicación para ofrecer servicios sexuales de menores. En el departamento de Antioquia durante este periodo de gobierno se han presentado 15.220 delitos sexuales con una disminución de 30,6% para el 2022, con respecto al 2021, evidenciándose disminución porcentual en ocho de las nueve subregiones del departamento, en la cual la subregión del Valle de Aburrá presenta el mayor porcentaje de reducción con 37,9%. Al presentar la información de 01 de enero al 30 de septiembre para todos los años del periodo evaluado se evidencia una disminución porcentual de 26,8% de 2023 con respecto al mismo periodo del año anterior. Probablemente esta problemática ha sido impactada positivamente en la línea “Prevención de las violencias, promoción de la convivencia y acceso digno a la justicia” en esta línea se incluye la estrategia UNIDOS nos cuidamos. En esta se focalizan iniciativas orientadas al fortalecimiento de las Comisarías, Inspecciones de Policía y Casas de Justicia en los 125 municipios del departamento, para la adecuada atención de las principales problemáticas asociadas a la violencia intrafamiliar, violencias basadas en género, contravenciones y problemas asociados con la convivencia ciudadana y el fortalecimiento del Sistema de Responsabilidad Penal para adolescentes a nivel departamental, con la concurrencia del sector privado y del ICBF.

**Tabla 104.** Distribución de los delitos sexuales, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Delitos sexuales	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			Variación % 2021 vs 2022
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	
Bajo Cauca	106	136	129	137	6,2%	105	106	144	35,8%
Magdalena Medio	69	60	115	99	-13,9%	101	87	85	-2,3%
Nordeste	89	108	130	160	23,1%	129	112	103	-8,0%
Norte	125	131	178	141	-20,8%	136	152	118	-22,4%
Occidente	140	146	119	176	47,9%	126	163	138	-15,3%
Oriente	313	339	410	372	-9,3%	377	411	299	-27,3%
Urabá	230	227	283	320	13,1%	263	265	230	-13,2%
Valle de Aburrá	1.850	2.282	3.086	3.415	10,7%	2.999	3.487	2.164	-37,9%
<b>Total general</b>	<b>3.099</b>	<b>3.676</b>	<b>4.756</b>	<b>5.101</b>	<b>7,3%</b>	<b>4.524</b>	<b>5.068</b>	<b>3.516</b>	<b>-30,6%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos



**Tabla 105.** Distribución de los delitos sexuales, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.

Delitos sexuales	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01- sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01- sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
Bajo Cauca	479	432	-47	-9,8%	84	68	106	77	-29	-27,4%
Magdalena Medio	329	334	5	1,5%	84	68	63	61	-2	-3,2%
Nordeste	468	397	-71	-15,2%	96	90	85	53	-32	-37,6%
Norte	548	487	-61	-11,1%	111	115	90	81	-9	-10,0%
Occidente	542	501	-41	-7,6%	91	123	113	74	-39	-34,5%
Oriente	1.356	1.266	-90	-6,6%	281	309	224	179	-45	-20,1%
Suroeste	955	948	-7	-0,7%	219	227	179	140	-39	-21,8%
Urabá	987	901	-86	-8,7%	190	206	193	143	-50	-25,9%
Valle de Aburrá	10.099	9.954	-145	-1,4%	2.205	2.627	1.833	1.304	-529	-28,9%
<b>Total Departamento</b>	<b>15.763</b>	<b>15.220</b>	<b>-543</b>	<b>-3,4%</b>	<b>3.361</b>	<b>3.833</b>	<b>2.886</b>	<b>2.112</b>	<b>-774</b>	<b>-26,8%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

En la clasificación de los delitos sexuales por sexo, son las mujeres las más afectadas por este delito, con una relación de 6/1, es decir que por cada hombre víctima de un delito sexual, seis mujeres son víctimas. En la distribución por grupos de edad fueron los menores los más afectados, en la participación porcentual del departamento en este delito, con respecto al total de Colombia durante el periodo de análisis el porcentaje oscila entre 11,5 y 14,6%.

**Tabla 106.** Distribución de los delitos sexuales, por grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022

Año 2022	Distribución de los delitos sexuales, según grupo de edad. Antioquia, 2022		Delitos sexuales			
	Grupo edad	Cantidad	Año completo	Colombia	Antioquia	
 477	Adolescentes	1.022	2016	23.934	3.099	12,9
	Adultos	1.220	2017	28.350	3.676	13,0
	Menores	1.256	2018	36.791	4.756	12,9
	No reportado	18	2019	38.204	5.101	13,4
	<b>Total general</b>	<b>3.516</b>	2020	30.924	4.524	14,6
 3.021			2021	34.733	5.068	14,6
			2022	27.666	3.516	12,7
			2023	17.464	2.112	12,1
<b>No reportado</b>	<b>18</b>		<b>Total general</b>	<b>238.066</b>	<b>31.852</b>	<b>13,4</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

### 2.3.1.4.7.2 Capturas

Realizando el análisis de las capturas por tipo de delito, tanto en el periodo de gobierno anterior como en este periodo el delito por el cual se realizó el mayor número de capturas fue el tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes con un total de 108.506 capturas de 2016 a 2022, registrándose un aumento en la variación porcentual de 14,9% para 2022 con respecto al 2021. En este periodo de gobierno comparando el año 2022 con respecto al 2021, se ha presentado aumento porcentual en el número de capturas en 12 de los 20 delitos priorizados, siendo las capturas por los delitos contra la integridad moral las que aportaron el mayor aumento con 130,4%.

En cuanto al comparativo de los 1.368 que van de este periodo de gobierno, con el mismo periodo de tiempo del gobierno anterior se evidencia aumento en seis de los delitos priorizados, siendo las capturas por delitos contra la salud pública las que aportaron la mayor variación con un aumento porcentual de 164,6.

**Tabla 107.** Distribución del número de capturas, según tipo de delito. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019

Tipo delito	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019	Periodo de gobierno actual			Variación % 2022
	2016	2017	2018	2019	vs 2018	2020	2021	2022	vs 2021
Capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefaciente	21.797	20.596	20.801	18.863	-9,3%	8.788	8.217	9.444	14,9%
De los delitos contra la salud pública	130	203	195	166	-14,9%	1.499	99	97	-2,0%
Delitos contra el orden económico social	298	245	218	227	4,1%	188	227	142	-37,4%
Delitos contra el patrimonio económico	6.211	6.296	6.343	6.212	-2,1%	4.660	4.902	5.042	2,9%
Delitos contra el régimen constitucional y legal	27	22	31	10	-67,7%	20	6	2	-66,7%
Delitos contra la administración pública	1.292	1.213	934	766	-18,0%	746	535	577	7,9%
Delitos contra la eficaz y recta impartición de justicia	2.362	3.428	4.076	7.141	75,2%	4.219	3.447	3.751	8,8%
Delitos contra la familia	2.247	2.226	2.110	2.019	-4,3%	1.583	1.436	1.528	6,4%
Delitos contra la fe pública	3.471	2.921	2.706	2.592	-4,2%	1.593	1.751	1.896	8,3%
Delitos contra la integridad moral	27	38	46	56	21,7%	33	46	106	130,4%
Delitos contra la libertad individual y otras garantías	345	330	342	284	-17,0%	257	248	461	85,9%
Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales	604	625	694	914	31,7%	645	750	761	1,5%
Delitos contra la seguridad pública	2.520	3.652	3.148	3.533	12,2%	2.682	2.588	2.225	-14,0%
Delitos contra la vida y la integridad personal	2.903	2.633	2.685	2.786	3,8%	2.080	2.193	2.425	10,6%
Delitos contra los derechos de autor	42	11	23	11	-52,2%	0	0	2	100,0%
Delitos contra los recursos naturales y el medio ambiente	801	664	697	604	-13,3%	211	180	172	-4,4%
Delitos contra mecanismos de participación democrática	1	7	4	4	-42,9%	7	2	1	-50,0%
Delitos contra personas y bienes protegidos por el derecho	28	46	31	29	-6,5%	28	26	34	30,8%
Explotación ilícita de yacimiento minero y otros materiales	0	0	0	0	0,0%	559	432	244	-43,5%
Protección de la información y de los datos	12	20	13	10	-23,1%	12	24	22	-8,3%
<b>Total general</b>	<b>45.118</b>	<b>45.169</b>	<b>45.100</b>	<b>46.227</b>	<b>2,5%</b>	<b>29.810</b>	<b>27.109</b>	<b>28.932</b>	<b>6,7%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

**Tabla 108.** Distribución del número de capturas, según tipo de delito. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior abr 03 a dic 31, 2016-2019

Conducta	Abr03 2016 - dic31 2019	Ene01 2020 - sep30 2023	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01-sep30 2020	Ene01-sep30 2021	Ene01-sep30 2022	Ene01-sep30 2023	Diferencia Ene01-sep30 2023 vs Ene01-sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01-sep30 2022
	(1.368 días)	(1368 días)								
Capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes	75.222	35.149	-40.073	-53,3%	6.968	6.520	7.354	8.700	1.346	18,3%
De los delitos contra la salud pública	663	1.754	1.091	164,6%	1.480	90	73	59	-14	-19,2%
Delitos contra el orden económico social	926	634	-292	-31,5%	147	162	113	77	-36	-31,9%
Delitos contra el patrimonio económico	23.422	18.434	-4.988	-21,3%	3.423	3.755	3.954	3.830	-124	-3,1%
Delitos contra el régimen constitucional y legal	86	29	-57	-66,3%	18	3	1	0	0	0,0%
Delitos contra la administración pública	3.843	2.383	-1.460	-38,0%	619	436	408	525	117	28,7%
Delitos contra la eficaz y recta impartición de justicia	16.457	13.269	-3.188	-19,4%	3.258	2.842	3.209	1.852	-1.357	-42,3%
Delitos contra la familia	7.949	6.106	-1.843	-23,2%	1.212	1.155	1.178	1.559	381	32,3%
Delitos contra la fe pública	10.592	7.445	-3.147	-29,7%	1.267	1.482	1.662	2.205	543	32,7%
Delitos contra la integridad moral	161	256	95	59,0%	23	30	71	71	0	0,0%
Delitos contra la libertad individual y otras garantías	1.210	1.351	141	11,7%	174	209	375	385	10	2,7%
Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales	2.664	2.769	105	3,9%	490	554	591	613	22	3,7%
Delitos contra la seguridad pública	12.222	9.427	-2.795	-22,9%	1.969	1.904	1.747	1.932	185	10,6%
Delitos contra la vida y la integridad personal	10.239	8.623	-1.616	-15,8%	1.543	1.652	1.775	1.925	150	8,5%
Delitos contra los derechos de autor	80	6	-74	-92,5%			2	4	2	100,0%
Delitos contra los recursos naturales y el medio ambiente	2.518	735	-1.783	-70,8%	180	157	140	172	32	22,9%
Delitos contra mecanismos de participación democrática	11	10	-1	-9,1%	7	2	1		-1	-100,0%
Delitos contra personas y bienes protegidos por el derecho	131	115	-16	-12,2%	23	23	25	27	2	8,0%
Explotación ilícita de yacimiento minero y otros materiales	0	1.472	1.472	100,0%	427	376	153	237	84	54,9%
Protección de la información y de los datos	49	76	27	55,1%	12	17	17	18	1	5,9%
<b>Total Departamento</b>	<b>168.445</b>	<b>110.043</b>	<b>-58.402</b>	<b>-34,7%</b>	<b>23.240</b>	<b>21.369</b>	<b>22.849</b>	<b>24.192</b>	<b>1.343</b>	<b>5,9%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

En la distribución de las capturas por subregión el mayor número se registró en El Valle de Aburrá y Oriente, en concordancia con la cantidad de población que habita estas subregiones, en el comparativo de 2022 con respecto a 2021 se evidencia aumento en las capturas en las subregiones de Magdalena Medio, Nordeste y Valle de Aburrá.



**Tabla 109.** Distribución del número de capturas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019

Subregión	Período de gobierno anterior					Período de gobierno actual			
	2016	2017	2018	2019	Variación % 2019 vs 2018	2020	2021	2022	variación% 2022 vs 2021
	Captura_Todos los delitos								
Bajo Cauca	765	754	758	957	26,3%	669	595	475	-20,2%
Magdalena Medio	643	711	699	681	-2,6%	535	632	648	2,5%
Nordeste	884	962	1.035	1.151	11,2%	1.086	1.060	1.213	14,4%
Norte	1.061	1.225	1.336	1.297	-2,9%	1.007	1.003	905	-9,8%
Occidente	1.007	874	821	735	-10,5%	752	788	535	-32,1%
Oriente	3.630	3.749	3.529	3.990	13,1%	3.363	2.938	2.656	-9,6%
Suroeste	2.845	2.799	2.576	2.636	2,3%	2.353	2.152	1.740	-19,1%
Urabá	1.828	1.701	1.499	1.355	-9,6%	1.042	917	849	-7,4%
Valle de Aburrá	32.455	32.394	32.847	33.425	1,8%	19.003	17.024	19.911	17,0%
<b>Total Departamento</b>	<b>45.118</b>	<b>45.169</b>	<b>45.100</b>	<b>46.227</b>	<b>2,5%</b>	<b>29.810</b>	<b>27.109</b>	<b>28.932</b>	<b>6,7%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos



**Tabla 110.** Distribución del número de capturas, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior abr 03 a dic 31, 2016-2019

Subregión	Capturas_Todos los delitos									
	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01-sep30 2020	Ene01-sep30 2021	Ene01-sep30 2022	Ene01-sep30 2023	Diferencia Ene01-sep30 2023 vs Ene01-sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01-sep30 2022
	Capturas_Todos los delitos									
Bajo Cauca	2989	2057	-932	-31,2%	522	448	386	318	-68	-17,6%
Magdalena Medio	2526	2413	-113	-4,5%	418	526	522	598	76	14,6%
Nordeste	3792	4233	441	11,6%	824	885	985	874	-111	-11,3%
Norte	4578	3649	-929	-20,3%	834	800	760	734	-26	-3,4%
Occidente	3152	2485	-667	-21,2%	549	659	448	410	-38	-8,5%
Oriente	13900	11414	-2486	-17,9%	2503	2420	2157	2457	300	13,9%
Suroeste	10050	7779	-2271	-22,6%	1872	1682	1359	1534	175	12,9%
Urabá	5873	3723	-2150	-36,6%	833	728	648	915	267	41,2%
Valle de Aburrá	121585	72290	-49295	-40,5%	14885	13221	15584	16352	768	4,9%
<b>Total Departamento</b>	<b>168.445</b>	<b>110.043</b>	<b>-58.402</b>	<b>-34,7%</b>	<b>23.240</b>	<b>21.369</b>	<b>22.849</b>	<b>24.192</b>	<b>1.343</b>	<b>5,9%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

En la distribución por sexo son los hombres los que aportan la mayor proporción de capturas 91,5%, con una relación de 11/1, lo que significa que por cada 11 hombres capturados hay una mujer capturada. En la distribución por grupos de edad son los adultos los que se registra el mayor porcentaje, situación que está determinada por el número de delitos cometidos por este grupo de población.

**Tabla 111.** Distribución del número de capturas, según sexo y grupos de edad. Antioquia, 2022

Año 2022	Distribución de las capturas, según grupo de edad. Antioquia, 2022	Antioquia			
		Año	Colombia	Cantidad	%
 26.468	<b>Grupo edad</b>				
	Adolescentes		1.177		
 2.464	Adultos		27.755		
	<b>Total general</b>		<b>28.932</b>		
		<b>Total general</b>	<b>1.665.850</b>	<b>291.657</b>	<b>17,5</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

### 2.3.1.5 Panorama de drogas ilícitas en Antioquia, 2019-2023

Para realizar el análisis de las drogas ilícitas en el departamento de Antioquia, es importante abordar esta problemática desde distintas dimensiones, contextos y patrones de distribución y consumo, para implementar las intervenciones adecuadas, por lo cual las actuaciones deben estar encaminadas a debilitar las estructuras, por medio de acciones como erradicación de cultivos ilícitos, desmantelación de laboratorios para el procesamiento, incautación de insumos y capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes. Respecto a los elementos descritos anteriormente, en el departamento de Antioquia de enero 01 a 28 de noviembre de este año se han erradicado 1.372 hectáreas de cultivos ilícitos, con una disminución de 76,1%, con respecto al mismo periodo del año anterior, siendo la subregión del Bajo Cauca en la cual se han erradicado más hectáreas de cultivos de coca. En cuanto al número de laboratorios destruidos en el Departamento se han desmantelado 11 laboratorios para el procesamiento de base de coca de enero 01 a septiembre 30 de este año. Al comparar el año 2022 con respecto al 2021, se registró aumento porcentual del 100% en las subregiones de Magdalena Medio y Occidente.

Tabla 112. Número de hectáreas erradicadas en Antioquia, 2021-2023\*(\* a nov 28)

Municipio	2021	2022	2023 corte al 28 de noviembre	Variación% 2022 vs 2021
Amalfi	439,9	520,9	233	18,4%
Andes	2,3	0,6	0	-73,0%
Anorí	2.355,4	1.142,6	95	-51,5%
Briceño	32,8	14,2	0	-56,6%
Cáceres	319,1	12,0	10	-96,2%
Campamento	0,0	92,8	0	100,0%
El Bagre	2.038,7	1.508,2	426	-26,0%
Ituango	460,8	544,4	35	18,2%
Murindó	128,5	0,0	0	-100,0%
Mutatá	2,5	0,0	0	-100,0%
Nariño	3,2	0,0	0	-100,0%
Nechí	1.112,3	113,7	98	-89,8%
Puerto Berrio	0,0	0,5	0	100,0%
Remedios	59,1	40,8	0	-31,0%
San Francisco	6,3	0,0	0	-100,0%
San Luis	7,8	0,0	0	-100,0%
San Pedro de urabá	1,8	0,0	0	-100,0%
Segovia	288,4	304,8	142	5,7%
Sonsón	0,8	0,0	0	-100,0%
Taraza	848,8	273,5	9	-67,8%
Turbo	121,8	23,0	0	-81,1%
Valdivia	127,6	127,9	0	0,2%
Vegachi	83,8	61,0	72	-27,2%
Vigía del Fuerte	15,0	0,0	0	-100,0%
Yarumal	4,9	0,0	0	-100,0%
Zaragoza	1.194,1	953,3	252	-20,2%
<b>Total Departamento</b>	<b>9.655,70</b>	<b>5.734,35</b>	<b>1.372</b>	<b>-40,6%</b>

Fuente: Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2022, preliminar

Tabla 113. Número de laboratorios desmantelados en Antioquia, 2021-2023\*(\* a sept 30)

Subregión/Municipio	2021	2022	2023 a sept 30	Variación % 2022 vs 2021
Cáceres	0	0	1	0,0%
Tarazá	0	0	1	0,0%
<b>Bajo Cauca</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,0%</b>
Puerto Nare	0	1	0	100,0%
<b>Magdalena Medio</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>100,0%</b>
San Roque	2	0	0	-100,0%
<b>Nordeste</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-100,0%</b>
Belmira	0	0	1	0,0%
<b>Norte</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,0%</b>
San Jerónimo	0	1	0	100,0%
Sopetrán	1	1	0	0,0%
<b>Occidente</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>100,0%</b>
Abejorral	0	1	0	100,0%
Concepción	0	1	0	100,0%
El Carmen de Viboral	1	0	0	-100,0%
El Peñol	1	0	2	-100,0%
San Francisco	1	3	1	200,0%
San Luis	1	2	1	100,0%
San Rafael	2	0	0	-100,0%
Sonsón	3	1	0	-66,7%
<b>Oriente</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>-11,1%</b>
Mutatá	0	0	1	0,0%
Necoclí	0	0	1	0,0%
San Pedro de Urabá	1	0	0	-100,0%
Turbo	3	1	1	-66,7%
<b>Urabá</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>-75,0%</b>
Medellín	0	0	1	0,0%
<b>Valle de Aburrá</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,0%</b>
<b>Total Departamento</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>-25,0%</b>

Fuente: Ministerio de Defensa, Observatorio de Derechos Humanos y Defensa Nacional. Información 2023, preliminar

### 2.3.1.6 Capturas por tráfico, fabricación y porte de estupefacientes

La tipificación de un delito como el tráfico, fabricación y porte de estupefacientes, ha sido un reto en materia legislativa para el país, debido a la presión que ejercen las grandes potencias sobre la política antidrogas y a la jurisprudencia de la corte constitucional frente al manejo de este delito especialmente en lo referente al consumo, lo cual puede estar en contraposición con las medidas que se implementan para contrarrestar este fenómeno, sin embargo, tanto el país como el departamento de Antioquia han tenido avances en las políticas implementadas para abordar esta problemática, es así como en lo corrido de este año las autoridades departamentales han capturado 8.700 personas por tráfico, fabricación y porte de estupefacientes, la subregión en la cual se han realizado más capturas es el Valle de Aburrá.

**Tabla 114.** Distribución de las capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Subregión	Periodo de gobierno anterior					Periodo de gobierno actual			
	2016	2017	2018	2019	Variación % 2019 vs 2018	2020	2021	2022	Variación % 2022 vs 2021
	Bajo Cauca	130	84	108	127	17,6%	80	74	67
Magdalena Medio	174	200	153	192	25,5%	115	164	191	16,5%
Nordeste	214	198	195	202	3,6%	184	255	219	-14,1%
Norte	311	416	408	296	-27,5%	260	198	171	-13,6%
Occidente	326	212	216	202	-6,5%	150	132	88	-33,3%
Oriente	1.580	1.479	1.214	1.153	-5,0%	1.174	514	434	-15,6%
Suroeste	1.331	1.162	1.014	850	-16,2%	804	620	404	-34,8%
Urabá	272	247	220	236	7,3%	150	195	107	-45,1%
Valle de Aburrá	17.459	16.598	17.273	15.605	-9,7%	5.871	6.065	7.763	28,0%
<b>Total Departamento</b>	<b>21.797</b>	<b>20.596</b>	<b>20.801</b>	<b>18.863</b>	<b>-9,3%</b>	<b>8.788</b>	<b>8.217</b>	<b>9.444</b>	<b>14,9%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

**Tabla 115.** Distribución del número de capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior abr 03 a dic 31, 2016-2019

Subregión	Capturas por tráfico, fabricación y/o porte de estupefacientes									
	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01-sep30 2020	Ene01-sep30 2021	Ene01-sep30 2022	Ene01-sep30 2023	Diferencia Ene01-sep30 2023 vs Ene01-sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01-sep30 2022
	Bajo Cauca	417	258	-159	-38,1%	59	65	55	37	-18
Magdalena Medio	670	616	-54	-8,1%	107	136	154	146	-8	-5,2%
Nordeste	755	825	70	9,3%	154	215	182	167	-15	-8,2%
Norte	1333	741	-592	-44,4%	207	163	145	112	-33	-22,8%
Occidente	870	422	-448	-51,5%	118	110	80	52	-28	-35,0%
Oriente	5039	2672	-2367	-47,0%	853	422	331	550	219	66,2%
Suroeste	3959	2178	-1781	-45,0%	635	510	328	350	22	6,7%
Urabá	865	564	-301	-34,8%	123	158	59	112	53	89,8%
Valle de Aburrá	61314	26873	-34441	-56,2%	4712	4741	6020	7174	1154	19,2%
<b>Total Departamento</b>	<b>75.222</b>	<b>35.149</b>	<b>-40.073</b>	<b>-53,3%</b>	<b>6.968</b>	<b>6.520</b>	<b>7.354</b>	<b>8.700</b>	<b>1.346</b>	<b>18,3%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

### 2.3.1.6.1 Incautación de estupefacientes

En el departamento de Antioquia durante el periodo de gobierno actual se han incautado más de 150.300 kilogramos de estupefacientes, siendo las subregiones de Valle de Aburrá, Urabá y Norte en las cuales se ha realizado el mayor número de incautaciones. Acorde con la Política Nacional de Drogas 2023-2033, la Secretaría de Seguridad y Justicia en articulación con otras dependencias de la gobernación de Antioquia y con los organismos de seguridad y justicia implementa programas y proyectos que buscan reducir las economías ilícitas en el departamento de Antioquia, de esta manera a través de la Dirección Operativa de la Seguridad, despliega acciones en el marco del Plan Integral Operativo contra el Tráfico de Estupefacientes - POIT, implementando acciones de control, contención, disuasión y prevención de las problemáticas relativas al tráfico local de estupefacientes. El fenómeno se aborda en el espacio público, en establecimientos comerciales y se pone especial atención en las comunidades educativas y los entornos escolares. También, se dedican esfuerzos al análisis de las relaciones entre el tráfico de estupefacientes y la violencia homicida, así como al apoyo logístico a las actividades de investigación e inteligencia dedicadas a la reducción de esta problemática por parte de los organismos de seguridad y justicia.

**Tabla 116.** Distribución de las incautaciones de estupefacientes, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Subregión	Incautación estupefacientes								
	Periodo de gobierno anterior					Periodo de gobierno actual			
	2016	2017	2018	2019	Variación % 2019 vs 2018	2020	2021	2022	Variación % 2022 vs 2021
Bajo Cauca	217,1	2.050,8	976,0	2.554,3	161,7%	2.382,2	635,7	393,8	-38,1%
Magdalena Medio	606,6	192,4	217,6	211,8	-2,7%	1.136,7	100,4	1.086,4	981,9%
Nordeste	516,0	203,4	230,0	1.225,1	432,6%	1.231,2	1.029,6	474,9	-53,9%
Norte	2.278,4	3.037,8	2.721,8	1.059,1	-61,1%	1.770,2	6.351,3	6.317,2	-0,5%
Occidente	3.950,4	2.414,4	1.118,3	2.924,8	161,5%	950,0	871,7	1.339,1	53,6%
Oriente	3.170,6	3.699,7	2.854,5	1.407,4	-50,7%	2.148,9	3.206,9	4.132,7	28,9%
Suroeste	3.569,2	4.514,7	6.298,4	6.181,6	-1,9%	1.755,2	3.338,5	3.392,6	1,6%
Urabá	20.140,1	43.971,0	16.874,7	18.016,7	6,8%	11.466,4	33.418,4	7.364,0	-78,0%
Valle de Aburrá	8.757,9	14.748,6	6.727,1	8.396,9	24,8%	11.832,2	4.819,3	8.473,4	75,8%
<b>Total Departamento</b>	<b>43.206,3</b>	<b>74.832,9</b>	<b>38.018,5</b>	<b>41.977,7</b>	<b>10,4%</b>	<b>34.673,1</b>	<b>53.771,9</b>	<b>32.974,0</b>	<b>-38,7%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

**Tabla 117.** Distribución de las incautaciones de estupefacientes por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.

Subregión	Incautación estupefacientes										
	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)		Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)		Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019		Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019		Diferencia Ene01-sep30 2023 vs Ene01-sep30 2022		Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01-sep30 2022
	Ene01-sep30 2020	Ene01-sep30 2021	Ene01-sep30 2022	Ene01-sep30 2023	Ene01-sep30 2020	Ene01-sep30 2021	Ene01-sep30 2022	Ene01-sep30 2023	Ene01-sep30 2022	Ene01-sep30 2023	
Bajo Cauca	5.696,8	3.512,9	-2.183,9	-38,3%	2.320,7	566,1	392,7	101,2	-291,5	-74,2%	
Magdalena Medio	955,2	2.386,9	1.431,7	149,9%	1.135,7	26,6	85,1	63,4	-21,7	-25,5%	
Nordeste	2.147,4	2.868,3	720,8	33,6%	1.217,7	1.009,9	465,7	132,6	-333,1	-71,5%	
Norte	8.674,7	16.431,0	7.756,3	89,4%	1.708,3	4.871,4	6.251,0	1.992,3	-4.258,7	-68,1%	
Occidente	9.772,0	3.276,8	-6.495,2	-66,5%	934,8	704,9	1.337,5	116,0	-1.221,5	-91,3%	
Oriente	10.885,0	11.544,6	659,6	6,1%	1.623,6	1.567,8	4.023,4	2.056,2	-1.967,2	-48,9%	
Suroeste	20.215,4	12.936,2	-7.279,2	-36,0%	1.418,3	2.633,0	1.922,0	4.449,9	2.527,9	131,5%	
Urabá	91.643,6	76.506,9	-15.136,8	-16,5%	6.311,3	28.789,5	4.395,8	24.258,0	19.862,2	451,8%	
Valle de Aburrá	37.017,2	33.622,5	-3.394,7	-9,2%	8.673,3	4.059,4	7.003,8	8.497,6	1.493,8	21,3%	
<b>Total Departamento</b>	<b>187.007</b>	<b>163.086</b>	<b>-23.921</b>	<b>-12,8%</b>	<b>25.344</b>	<b>44.229</b>	<b>25.877</b>	<b>41.667</b>	<b>15.790</b>	<b>61,0%</b>	

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

En el departamento de Antioquia, durante este periodo de gobierno se han incautado 11.865 kilogramos de base de coca, siendo la subregión del nordeste en la cual se ha realizado el mayor número de incautaciones, probablemente como resultado del Plan de Intervención Integral, “unidos por la vida”, implementado por la Secretaría de Seguridad y Justicia en conjunto con las instituciones de la fuerza pública en los municipios de Remedios y Segovia.

**Tabla 118.** Distribución de las incautaciones de base de coca, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Subregión	Incautación Base de coca								
	Periodo de gobierno anterior					Periodo de gobierno actual			
	2016	2017	2018	2019	Variación % 2019 vs 2018	2020	2021	2022	Variación % 2022 vs 2021
Bajo Cauca	29,0	1780,0	315,4	1937,4	514,3%	2072,0	541,9	178,1	-67,1%
Magdalena Medio	548,4	73,1	126,4	128,4	1,6%	45,1	9,2	156,9	1599,9%
Nordeste	21,2	60,3	13,7	345,2	2412,2%	1076,3	773,9	382,8	-50,5%
Norte	725,1	1809,0	778,9	244,1	-68,7%	846,0	318,0	29,5	-90,7%
Occidente	297,7	32,1	22,1	151,5	587,0%	2,0	84,5	76,1	-10,0%
Oriente	804,4	265,5	208,1	36,1	-82,7%	355,1	346,1	303,0	-12,4%
Suroeste	45,2	665,7	198,5	53,6	-73,0%	58,9	67,1	135,1	101,2%
Urabá	337,3	169,3	9,9	25,5	158,1%	31,5	509,8	423,7	-16,9%
Valle de Aburrá	567,0	410,6	222,0	154,5	-30,4%	340,1	90,0	163,5	81,5%
<b>Total Departamento</b>	<b>3.375,3</b>	<b>5.265,6</b>	<b>1.895,0</b>	<b>3.076,3</b>	<b>62,3%</b>	<b>4.826,9</b>	<b>2.740,8</b>	<b>1.848,6</b>	<b>-32,5%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

**Tabla 119.** Distribución de las incautaciones de base de coca, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.

Subregión	Incautación Base de coca									
	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
Bajo Cauca	4.055,4	2.881,5	-1.173,9	-28,9%	2.071,9	481,7	178,065	89,4962	-88,6	-49,7%
Magdalena Medio	616,1	218,4	-397,7	-64,6%	45,0	9,0	15,241	7,2156	-8,0	-52,7%
Nordeste	439,4	2.320,9	1.881,6	428,3%	1.076,0	773,6	382,055	87,921	-294,1	-77,0%
Norte	3.232,0	2.457,8	-774,2	-24,0%	805,3	228,7	20,486	1264,2743	1243,8	6071,4%
Occidente	463,3	164,8	-298,5	-64,4%	1,9	81,2	75,983	2,105	-73,9	-97,2%
Oriente	1.312,3	1.121,3	-191,0	-14,6%	124,8	186,2	296,2822	117,14034	-179,1	-60,5%
Suroeste	961,7	268,9	-692,8	-72,0%	11,5	65,5	132,577	7,8493	-124,7	-94,1%
Urabá	329,2	1.584,3	1.255,1	381,3%	21,8	509,8	359,6482	619,24994	259,6	72,2%
Valle de Aburrá	1.224,5	847,0	-377,6	-30,8%	297,4	73,8	133,29627	253,3147	120,0	90,0%
<b>Total Departamento</b>	<b>12.634</b>	<b>11.865</b>	<b>-769</b>	<b>-6,1%</b>	<b>4.456</b>	<b>2.410</b>	<b>1.594</b>	<b>2.449</b>	<b>855</b>	<b>53,6%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

Las incautaciones de bazuco se han realizado en mayor proporción en la subregión del Valle de Aburrá, probablemente, porque es en esta en la cual se presentan más plazas de vicio en las cuales se comercializa este tipo de estupefaciente a las personas adictas.

**Tabla 120.** Distribución de las incautaciones de bazuco, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Subregión	Incautación Bazuco					Incautación Bazuco			
	Periodo de gobierno anterior					Periodo de gobierno actual			
	2016	2017	2018	2019	Variación % 2019 vs 2018	2020	2021	2022	Variación% 2022 vs 2021
Bajo Cauca	5,3	4,4	10,3	7,1	-30,8%	0,5	1,3	1,9	48,0%
Magdalena Medio	4,1	7,7	2,2	3,2	47,1%	1,5	2,8	2,3	-18,1%
Nordeste	13,7	8,0	11,0	7,1	-35,6%	1,7	3,2	4,5	40,5%
Norte	12,4	13,8	13,2	12,8	-3,1%	3,4	1,7	1,8	5,7%
Occidente	7,4	12,7	10,1	6,7	-33,8%	1,1	1,3	1,4	5,5%
Oriente	24,3	22,2	31,0	33,0	6,5%	9,0	6,4	9,1	41,5%
Suroeste	35,8	34,5	35,5	21,1	-40,6%	12,9	13,6	17,4	28,0%
Urabá	8,5	8,0	8,7	12,8	47,8%	14,6	17,1	0,6	-96,5%
Valle de Aburrá	200,1	255,3	136,4	89,0	-34,8%	73,5	63,7	98,1	54,0%
<b>Total Departamento</b>	<b>311,8</b>	<b>366,7</b>	<b>258,4</b>	<b>192,8</b>	<b>-25,4%</b>	<b>118,3</b>	<b>111,2</b>	<b>137,1</b>	<b>23,3%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

**Tabla 121.** Distribución de las incautaciones de bazuco por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019.

Subregión	Incautación Bazuco									
	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
Bajo Cauca	25,1	3,8	-21,3	-84,9%	0,4	0,8	1,6	0,1	-1,5	-93,7%
Magdalena Medio	15,0	7,8	-7,3	-48,5%	1,5	2,5	1,9	1,2	-0,7	-37,7%
Nordeste	37,6	12,4	-25,2	-67,0%	1,1	2,8	4,3	3,0	-1,4	-31,7%
Norte	49,8	8,3	-41,5	-83,3%	3,2	0,9	1,1	1,4	0,4	33,7%
Occidente	35,1	5,5	-29,7	-84,5%	1,0	1,2	1,3	1,6	0,3	21,1%
Oriente	103,8	33,5	-70,4	-67,8%	6,0	4,8	7,5	9,0	1,5	19,4%
Suroeste	117,1	56,3	-60,9	-52,0%	10,7	11,1	14,3	12,3	-2,1	-14,4%
Urabá	36,0	36,7	0,7	1,9%	14,2	17,1	0,1	4,4	4,3	3039,6%
Valle de Aburrá	620,6	398,2	-222,4	-35,8%	55,6	48,4	78,0	162,9	84,9	108,9%
<b>Total Departamento</b>	<b>1.040,2</b>	<b>562,3</b>	<b>-477,8</b>	<b>-45,9%</b>	<b>93,6</b>	<b>89,6</b>	<b>110,2</b>	<b>195,8</b>	<b>85,6</b>	<b>77,7%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional-datos públicos

En el departamento de Antioquia durante los 1.368 días de este periodo de gobierno se han incautado 97.615 kilogramos de cocaína, siendo la subregión del Urabá la cual ha aportado el mayor número de incautaciones de este tipo de estupefaciente, en el comparativo del 01 de enero a 30 de septiembre de 2023, con respecto al mismo periodo del año 2022, se registró aumento en las incautaciones en las subregiones de Bajo Cauca, Urabá y Valle de Aburra.

**Tabla 122.** Distribución de las incautaciones de cocaína, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Subregión	Incautación Cocaína								
	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			Variación% 2022 vs 2021
2016	2017	2018	2019	2020		2021	2022		
Bajo Cauca	4,7	87,1	13,8	129,7	840,9%	25,5	2,2	0,5	-76,8%
Magdalena Medio	1,5	8,4	3,2	21,1	554,9%	1.064,8	2,4	863,6	36500,5%
Nordeste	4,3	7,8	42,1	614,2	1360,0%	87,4	190,6	49,7	-73,9%
Norte	935,2	631,5	1.080,1	85,4	-92,1%	41,3	5.960,5	5.358,1	-10,1%
Occidente	2.145,4	997,9	6,0	2.201,7	36527,0%	748,7	485,3	901,2	85,7%
Oriente	227,8	1.457,3	1.797,6	522,7	-70,9%	1.585,1	2.405,4	2.530,1	5,2%
Suroeste	18,9	609,7	162,0	731,4	351,6%	15,7	45,9	20,4	-55,5%
Urabá	19.733,2	43.697,0	16.733,7	17.751,6	6,1%	11.306,8	31.367,1	6.780,7	-78,4%
Valle de Aburrá	274,0	688,0	593,0	693,9	17,0%	694,2	664,3	254,4	-61,7%
<b>Total Departamento</b>	<b>23.345</b>	<b>48.185</b>	<b>20.431</b>	<b>22.752</b>	<b>11,4%</b>	<b>15.570</b>	<b>41.124</b>	<b>16.759</b>	<b>-59,2%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

**Tabla 123.** Distribución de las incautaciones de cocaína por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019

Subregión	Incautación Cocaína									
	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01-sep30 2020	Ene01-sep30 2021	Ene01-sep30 2022	Ene01-sep30 2023	Diferencia Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
Bajo Cauca	234,6	28,9	-205,7	-87,7%	23,9	2,0	0,4	0,7	0,3	83,9%
Magdalena Medio	33,7	1.936,2	1.902,5	5646,2%	1.064,5	1,2	13,8	5,5	-8,3	-60,3%
Nordeste	667,9	334,5	-333,3	-49,9%	86,1	190,3	49,0	6,9	-42,1	-85,9%
Norte	2.727,6	12.046,0	9.318,4	341,6%	26,1	4.574,0	5.354,4	686,1	-4.668,3	-87,2%
Occidente	5.336,1	2.137,4	-3.198,7	-59,9%	748,6	483,9	901,0	2,2	-898,8	-99,8%
Oriente	3.986,4	7.153,7	3.167,3	79,5%	1.326,8	1.067,4	2.516,8	633,1	-1.883,7	-74,8%
Suroeste	1.513,1	96,6	-1.416,4	-93,6%	13,3	41,1	17,6	14,5	-3,1	-17,8%
Urabá	90.802,3	71.658,1	-19.144,2	-21,1%	6.166,5	26.762,8	4.026,4	22.203,6	18.177,2	451,5%
Valle de Aburrá	2.060,3	2.223,5	163,1	7,9%	194,8	653,5	216,7	610,6	393,9	181,7%
<b>Total Departamento</b>	<b>107.362</b>	<b>97.615</b>	<b>-9.747</b>	<b>-9,1%</b>	<b>9.651</b>	<b>33.776</b>	<b>13.096</b>	<b>24.163</b>	<b>11.067</b>	<b>84,5%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

En el departamento de Antioquia durante este periodo de gobierno se han incautado 9,7 kilogramos de heroína, registrando una disminución de 9,1 con respecto al periodo de gobierno anterior.

**Tabla 124.** Distribución de las incautaciones de heroína, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Subregión	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	Variación % 2022 vs 2021
Bajo Cauca	0,01	0,03	0,133	0,3	125,6%	0	0,005	0	-100,0%
Magdalena Medio	0,103	0	0,06	0,001	-98,3%	0	0,15	0,078	-48,0%
Nordeste	0,09	0,14	0,359	0,402	12,0%	0,013	0,02	0,095	375,0%
Norte	0,003	0,603	0,684	0,635	-7,2%	0	0,05	0,299	498,0%
Occidente	0,035	0,087	0,131	0,225	71,8%	0,055	0	0,07	100,0%
Oriente	60,408	3,4	1,915	7,855	310,2%	0,131	4,8271	0,128	-97,3%
Suroeste	0,001	12,438	0,619	0,712	15,0%	0,07	0,201	0,362	80,1%
Urabá	0	0,059	0,003	0,87	28900,0%	0,005	0,046	0,055	19,6%
Valle de Aburrá	4,746	1,367	1,091	2,4661	126,0%	0,8507	0,235	1,9775	741,5%
<b>Total general</b>	<b>65,4</b>	<b>18,1</b>	<b>5,0</b>	<b>13,5</b>	<b>1,7</b>	<b>1,1</b>	<b>5,5</b>	<b>3,1</b>	<b>-0,4</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

**Tabla 125.** Distribución de las incautaciones de heroína por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019

Subregión	Incautación Heroína									
	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01-sep30 2020	Ene01-sep30 2021	Ene01-sep30 2022	Ene01-sep30 2023	Diferencia Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
Bajo Cauca	0,5	0,1	-0,4	-80,6%	0	0,01	0,00	0,09	0,09	100,0%
Magdalena Medio	0,2	0,3	0,1	75,6%	0	0,15	0,08	0,06	-0,02	-23,1%
Nordeste	1,0	0,2	-0,8	-77,8%	0,01	0,02	0,10	0,09	0,00	-3,2%
Norte	1,9	0,6	-1,4	-70,3%	0	0,05	0,30	0,22	-0,08	-25,7%
Occidente	0,5	0,1	-0,4	-73,8%	0,06	0,00	0,07	0,00	-0,07	-100,0%
Oriente	16,2	5,1	-11,1	-68,3%	0,12	2,86	0,13	0,05	-0,07	-57,6%
Suroeste	13,8	0,7	-13,0	-94,7%	0,07	0,20	0,36	0,10	-0,27	-73,8%
Urabá	0,9	0,2	-0,8	-82,6%	0,01	0,05	0,03	0,06	0,03	124,0%
Valle de Aburrá	9,1	3,9	-5,3	-57,8%	0,76	0,22	1,92	0,80	-1,13	-58,6%
<b>Total Departamento</b>	<b>44,1</b>	<b>11,2</b>	<b>-32,9</b>	<b>-74,6%</b>	<b>1,0</b>	<b>3,5</b>	<b>3,0</b>	<b>1,5</b>	<b>-1,5</b>	<b>-51,0%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

Durante el periodo de gobierno actual se han incautado en el departamento de Antioquia 53.033 kilogramos de marihuana, siendo la subregión del Valle de Aburra, lo cual aportó la mayor cantidad de incautaciones por este tipo de estupefacientes.



**Tabla 126.** Distribución de las incautaciones de Marihuana, por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual 2020-2022 vs periodo de gobierno anterior 2016-2019.

Subregión	Incautación Marihuana					Periodo de gobierno actual			
	Periodo de gobierno anterior				Variación % 2019 vs 2018	Periodo de gobierno actual			Variación % 2022 vs 2021
	2016	2017	2018	2019		2020	2021	2022	
Bajo Cauca	178,2	179,3	636,3	479,8	-24,6%	284,2	90,3	213,3	136,3%
Magdalena Medio	52,4	103,3	85,7	59,1	-31,1%	25,4	85,9	63,5	-26,0%
Nordeste	476,6	127,1	162,9	258,3	58,6%	65,9	61,8	37,8	-38,8%
Norte	605,6	582,9	849,0	716,2	-15,6%	879,5	71,1	927,5	1205,0%
Occidente	1.499,8	1.371,6	1.080,0	564,6	-47,7%	198,1	300,6	360,3	19,9%
Oriente	2.053,7	1.951,3	815,9	807,8	-1,0%	199,5	444,1	1.290,3	190,5%
Suroeste	3.469,3	3.192,4	5.901,8	5.374,8	-8,9%	1.667,6	3.211,6	3.219,3	0,2%
Urabá	61,1	96,7	122,4	225,9	84,5%	113,6	1.524,4	158,9	-89,6%
Valle de Aburrá	7.712,0	13.393,4	5.774,5	7.457,0	29,1%	10.723,4	4.001,1	7.955,5	98,8%
<b>Total general</b>	<b>16.108,7</b>	<b>20.997,9</b>	<b>15.428,6</b>	<b>15.943,6</b>	<b>0,0</b>	<b>14.157,2</b>	<b>9.790,8</b>	<b>14.226,6</b>	<b>0,5</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.

**Tabla 127.** Distribución de las incautaciones de marihuana por subregión de ocurrencia. Antioquia, comparativo periodo de gobierno actual ene 01 a sept 30, 2020-2023 vs periodo de gobierno anterior de abr 03 a dic 31 de 2016-2019

Subregión	Incautación Marihuana									
	Abr03 2016 - dic31 2019 (1.368 días)	Ene01 2020 - sep30 2023 (1368 días)	Diferencia Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Var% Ene01 2020 - sep30 2023 vs abr03 2016 - dic31 2019	Ene01- sep30 2020	Ene01- sep30 2021	Ene01- sep30 2022	Ene01- sep30 2023	Diferencia Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022	Var% Ene01-sep30 2023 vs Ene01 sep30 2022
	Bajo Cauca	1381,2	598,6	-782,6	-56,7%	224,5	81,6	212,6	10,9	-201,8
Magdalena Medio	290,2	224,3	-66,0	-22,7%	24,7	13,7	54,1	49,5	-4,6	-8,5%
Nordeste	1001,6	200,2	-801,4	-80,0%	54,4	43,2	30,1	34,7	4,5	15,0%
Norte	2663,4	1.918,3	-745,1	-28,0%	873,7	67,8	874,7	40,2	-834,5	-95,4%
Occidente	3937,0	969,1	-2967,9	-75,4%	183,2	138,5	359,1	110,1	-249,0	-69,3%
Oriente	5466,3	3.231,0	-2235,3	-40,9%	165,9	306,4	1.202,7	1.297,0	94,3	7,8%
Suroeste	17609,7	12.513,7	-5096,1	-28,9%	1.382,7	2.515,1	1.757,1	4.415,2	2.658,1	151,3%
Urabá	475,2	3.227,6	2752,4	579,2%	108,9	1.499,8	9,6	1.430,7	1.421,1	14750,9%
Valle de Aburrá	33102,6	30.150,0	-2952,6	-8,9%	8.124,7	3.283,6	6.573,9	7.470,0	896,1	13,6%
<b>Total Departamento</b>	<b>65.927</b>	<b>53.033</b>	<b>-12.894</b>	<b>-19,6%</b>	<b>11.143</b>	<b>7.950</b>	<b>11.074</b>	<b>14.858</b>	<b>3.784</b>	<b>34,2%</b>

Fuente: Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo – SIEDCO, Policía Nacional.



# Desenlaces mórbidos y **mortales**

## CAPÍTULO III



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

### CAPÍTULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES

#### 3.1 Análisis de la morbilidad

Morbilidad se define por la real academia de la lengua como la “Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población”. Mientras que la OMS la define como: “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar”.

Para conocer de forma adecuada el estado de salud de la población y generar indicadores acordes a la realidad del país, es necesario avanzar en un sistema de información que permita la trazabilidad del paciente y que se pueda identificar las atenciones de primera vez, para poder realizar el cálculo adecuado de las tasas de incidencia y prevalencia de las patologías que afectan a la población, dado que en este momento no se puede acceder a la información con el nivel de precisión deseado, en el análisis de morbilidad, solo se puede hablar de utilización de servicios de salud por parte de la población y no de las enfermedades que originan la atención y por las cuales se ve afectada en mayor proporción dicha población.

Solo se habla de número de consultas por una enfermedad, debido a la forma como se registran las atenciones en los servicios de salud, pues en el registro individual de prestación de servicios de salud, se consigna el número de veces que un usuario consulta por la misma causa y no la atención única por cada patología. Evidenciándose además problemas de calidad del dato, lo que se soporta, en que un 12,0% de las consultas corresponden a signos y síntomas mal definidos, cifra que equivale a 8.698.197 consultas durante el período 2009 a 2022; lo cual amerita procesos de capacitación continua en codificación de causas, al personal médico, que permitan a corto plazo elaborar perfiles de salud más ajustados a la realidad y que den cuenta de las verdaderas causas de enfermar y morir de la población antioqueña.

En esta descripción se analizará la morbilidad agrupada por sexo y curso de vida, cuya fuente de datos son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud– RIPS.

##### 3.1.1 Principales causas y sub causas de morbilidad

Durante el período de análisis 2009-2022 los Antioqueños han realizado un total de 183'660.956 atenciones en salud, de las cuales el 61,0% se presentaron en las mujeres, con una relación de hombre mujer de 1 a 1,5 lo que significa que por cada hombre que asistió a los servicios de salud, lo hicieron 1.5 mujeres. Siendo un hecho conocido que las mujeres asisten en mayor proporción a los servicios de salud. Según el estudio "Género, equidad y acceso a servicios de salud", patrocinado en el año 2001 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se describe que la mayor utilización de servicios en salud por las mujeres no constituye necesariamente una expresión de un privilegio social. Las diferencias en los patrones de utilización de servicios entre

hombres y mujeres son el reflejo de: distintos tipos de necesidades de atención y patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas y la percepción de la enfermedad.

Las mujeres tienen una necesidad objetiva de servicios de salud mayor que los hombres. Además de los problemas que comparten con ellos, las funciones reproductivas femeninas generan un conjunto de necesidades particulares de atención referidas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio. Así mismo, en comparación con los hombres, las mujeres presentan tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida y, por su mayor longevidad, tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas asociadas con la edad.

El 68,2% de consultas se presentaron por enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales están determinadas por múltiples factores de riesgo, entre los que se destacan hábitos alimentarios no saludables, con alto contenido en grasas saturadas, azúcares y sal y la baja ingesta de frutas y verduras, la inactividad física, consumo de tabaco y exceso de alcohol. Lo que sugiere que el departamento de Antioquia debe priorizar en sus programas y proyectos acciones de educación a la comunidad, las cuales deben estar focalizadas en hábitos alimenticios saludables y campañas que conduzcan a la disminución del consumo de licor y cigarrillo y aumento de la práctica de actividad física. En segundo lugar, se ubicaron los signos y síntomas mal definidos con 13,0% seguidas de condiciones transmisibles y nutricionales 11,1%, lesiones 5,7% y condiciones materno-perinatales 1.8% respectivamente.

### 3.1.1.1 Principales causas de consulta por ciclo vital

Analizando el uso de servicios de salud desde el enfoque de ciclos de vida, las atenciones en los servicios de salud en el departamento de Antioquia durante el período de análisis se concentraron en los adultos de 27-59, aportando un 41,9% del total, situación que puede ser explicada por la amplitud del rango en este ciclo vital, además porque en este grupo de edad empiezan a tener un mayor impacto las enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que los adultos mayores utilizaron los servicios de salud en un 24,1% durante el período de análisis, porcentaje que estuvo determinado por la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles en este rango de edad, la cual osciló entre un 84.2% y 78.3% del total de patologías presentadas en los adultos mayores; el año 2022 se observa una disminución en la proporción de atenciones por enfermedades crónicas en este grupo poblacional.

Teniendo en cuenta esta línea de comportamiento en las consultas, la primera causa en todos los grupos de edad son las enfermedades no transmisibles con 124.909.126 y porcentajes que van aumentando a medida que aumenta la edad, impactando en mayor grado a los adultos mayores. Para los demás grupos de patologías no existe un comportamiento generalizado en los diferentes ciclos de vida, mientras que en primera infancia e infancia en segundo lugar se ubicaron las

condiciones transmisibles y nutricionales con porcentajes de 36,2% y 17,5% respectivamente, los signos y síntomas mal definidos se ubican en segundo lugar para el resto de ciclos vitales presentando porcentajes de 9,8% hasta 17,5%, situación que amerita una revisión por parte del departamento porque esta situación denota graves problemas de calidad del dato, lo que afecta negativamente la visualización de la situación de morbilidad, dificultando la comprensión del fenómeno y por consiguiente la toma de decisiones en el sector.

Las lesiones impactaron en mayor medida a los adolescentes y jóvenes con porcentajes entre 10.5% y 11.6% respectivamente por lo que es importante activar estrategias desde los diferentes entornos: familiar, comunitario, laboral y educativo que permita crear espacios relacionados a una buena convivencia en comunidad.

En condiciones maternas los ciclos de vida juventud y adultez demandaron en mayor proporción los servicios de salud por este grupo de evento, presentando una tendencia hacia incremento durante los últimos tres años.

Tabla 128. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo de vida. Antioquia 2009-2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2021-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44,20	44,17	43,06	39,90	39,09	37,83	35,83	36,80	36,13	33,88	31,44	22,03	22,25	33,94	11,69	
	Condiciones perinatales	2,68	3,35	3,60	3,96	3,53	3,70	3,72	2,93	2,96	3,26	3,36	8,90	8,18	8,28	0,10	
	Enfermedades no transmisibles	33,43	33,72	34,94	36,39	38,47	40,31	41,62	41,00	40,78	41,45	42,01	42,85	44,70	37,13	-7,57	
	Lesiones	4,39	4,46	4,58	5,06	4,97	5,02	5,09	4,88	4,74	4,67	5,72	8,58	6,74	5,57	-1,18	
	Condiciones mal clasificadas	15,31	14,29	13,82	14,69	13,94	13,14	13,74	14,39	15,39	16,74	17,47	17,63	18,13	15,09	-3,04	
		100,00															
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,05	24,54	19,88	18,84	18,65	18,12	16,85	17,57	17,38	15,27	14,58	10,72	7,95	16,30	8,35	
	Condiciones maternas	0,08	0,16	0,04	0,04	0,05	0,08	0,24	0,07	0,06	0,09	0,11	0,11	0,05	0,03	-0,03	
	Enfermedades no transmisibles	51,00	51,10	57,36	56,73	57,73	59,51	60,47	59,22	57,19	58,52	58,74	59,78	64,11	53,48	-10,63	
	Lesiones	6,81	7,02	6,26	6,62	6,65	7,19	7,17	7,43	7,69	7,47	7,78	10,52	10,04	10,47	0,43	
	Condiciones mal clasificadas	16,07	17,19	16,46	17,72	16,87	15,11	15,27	15,71	17,67	18,67	18,80	18,87	17,84	19,72	1,86	
		100,00															
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,63	15,41	12,58	11,78	11,60	11,14	9,97	11,15	11,08	9,55	8,79	7,25	5,13	8,40	3,27	
	Condiciones maternas	3,70	3,24	3,03	3,44	3,51	3,27	3,01	2,14	2,34	2,28	2,39	4,28	3,69	2,86	-0,82	
	Enfermedades no transmisibles	55,32	56,33	60,05	60,07	59,89	61,18	62,49	61,74	59,87	61,38	61,70	61,38	64,85	47,30	-17,54	
	Lesiones	7,07	7,60	7,33	7,66	7,65	8,57	8,83	9,14	9,47	8,74	8,69	9,31	9,93	11,59	1,65	
	Condiciones mal clasificadas	16,68	16,81	16,40	17,05	17,35	15,84	15,70	15,84	17,25	18,04	18,43	17,79	16,40	29,84	13,44	
		100,00															
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,18	16,72	17,12	15,60	15,58	15,18	15,43	17,97	16,23	15,27	14,12	11,21	7,80	14,10	6,30	
	Condiciones maternas	6,86	6,18	6,01	5,90	6,15	5,71	5,39	4,22	4,52	4,42	4,81	9,04	7,41	9,51	2,10	
	Enfermedades no transmisibles	55,03	56,30	55,31	56,46	55,82	56,83	56,82	55,20	55,50	57,07	57,03	52,98	56,73	61,63	-10,16	
	Lesiones	5,94	6,20	6,33	6,72	6,90	8,65	8,39	8,95	8,89	8,08	8,37	9,16	9,44	12,60	3,46	
	Condiciones mal clasificadas	16,00	14,59	14,63	15,31	15,55	13,63	14,16	13,66	14,86	15,16	15,67	17,61	18,62	7,52	-11,10	
		100,00															
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,14	10,64	9,74	9,34	9,63	9,56	9,57	10,68	9,85	9,25	8,50	7,37	5,69	8,41	2,32	
	Condiciones maternas	1,47	1,38	1,28	1,08	1,12	1,02	1,06	0,86	0,91	0,91	0,92	1,50	1,38	1,63	0,24	
	Enfermedades no transmisibles	69,82	71,11	72,75	72,21	72,22	73,05	72,43	71,13	71,18	71,42	71,50	70,90	71,78	61,63	-10,16	
	Lesiones	4,56	4,63	4,51	4,93	4,97	5,78	5,66	6,10	5,74	5,53	5,75	6,47	6,53	8,56	2,03	
	Condiciones mal clasificadas	14,01	12,24	11,72	12,44	12,06	10,58	11,28	11,24	12,32	12,90	13,33	13,75	14,61	19,78	5,03	
		100,00															
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,09	5,49	5,13	5,47	4,80	4,83	4,85	4,64	4,67	4,48	4,13	4,41	2,63	5,54	2,91	
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	80,54	81,63	82,65	80,52	82,72	83,58	82,89	82,38	80,39	79,78	80,84	82,78	84,21	78,29	-5,92	
	Lesiones	3,35	3,81	3,52	4,05	3,68	4,01	3,68	4,78	3,62	3,65	3,83	3,84	4,00	5,22	1,42	
	Condiciones mal clasificadas	11,00	9,05	8,71	9,95	8,79	7,58	8,57	8,20	11,32	12,08	11,18	8,95	9,15	10,94	1,99	

Fuente: SISPRO - RIPS

### 3.1.1.1.1 Principales causas de morbilidad en hombres

En los hombres se evidencia un comportamiento similar al observado en la población general, con

una mayor proporción de consultas por enfermedades no transmisibles en todos los cursos de vidas y la misma tendencia al aumento en la proporción de consultas por este grupo de causas con la edad; en el año 2022 se observó una disminución en el porcentaje de consultas en este grupo causas, en todos los ciclos de vida, el cual fue más notorio en la adolescencia, grupo en el cual se observó una disminución de 16.59 puntos con respecto al año anterior.

En contraste se observó el año 2022 un incremento en las consultas por enfermedades transmisibles y nutricionales en todos los ciclos vitales, con especial énfasis en la primera infancia, grupo en el cual se observó un incremento de 11.53 puntos con respecto al año anterior.

En los hombres se observa una mayor proporción de consultas por lesiones comparado con las mujeres, identificándose los mayores porcentajes en los grupos de juventud y adolescencia, con un 20.3% y 14.5% respectivamente, sería muy valioso poder establecer el origen de estas lesiones, para poder emprender acciones de prevención en este grupo poblacional.

Tabla 129. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en hombres. Antioquia, 2009 –2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres																		
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia			
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44.11	44.38	43.02	39.81	38.84	37.79	35.89	36.73	36.30	33.96	31.50	22.17	22.42	34.35	11.83				
	Condiciones perinatales	2.70	3.09	3.33	3.62	3.40	3.65	3.68	3.02	2.98	3.26	3.30	8.95	8.23	8.28	0.05				
	Enfermedades no transmisibles	33.34	33.75	35.25	36.92	38.79	40.26	41.60	41.26	40.87	41.62	42.07	42.75	44.83	37.02	-7.82				
	Lesiones	4.81	4.82	4.97	5.38	5.32	5.43	5.43	5.18	4.92	4.76	6.08	9.05	6.89	5.62	-1.27				
	Condiciones mal clasificadas	15.04	13.96	13.43	14.27	13.66	12.88	13.40	13.81	14.93	16.39	17.04	17.09	17.62	14.72	-2.89				
		100.00																		
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	25.49	23.87	19.23	18.22	18.04	17.57	16.44	16.92	17.00	14.84	14.26	10.50	7.88	16.30	8.82				
	Condiciones maternas	0.04	0.20	0.03	0.04	0.05	0.07	0.23	0.12	0.08	0.11	0.10	0.03	0.03	0.02	-0.01				
	Enfermedades no transmisibles	50.83	50.89	57.20	56.85	57.81	59.34	60.36	59.36	57.31	58.87	58.89	59.78	63.94	58.83	-11.11				
	Lesiones	8.41	8.52	7.59	7.97	7.99	8.55	8.43	8.58	8.67	8.29	8.67	11.64	10.97	11.77	0.80				
	Condiciones mal clasificadas	15.74	16.92	15.95	17.22	16.31	14.46	14.53	15.03	16.93	17.89	18.08	18.10	17.18	19.08	1.80				
		100.00																		
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18.31	16.65	13.13	12.67	12.50	11.99	10.44	11.84	11.95	10.25	9.51	7.77	5.58	9.17	3.89				
	Condiciones maternas	0.12	0.18	0.05	0.05	0.03	0.05	0.09	0.13	0.08	0.09	0.08	0.25	0.29	0.16	-0.13				
	Enfermedades no transmisibles	54.24	55.87	60.06	59.67	60.11	61.19	62.54	60.97	59.11	61.40	62.08	63.05	65.97	48.38	-16.59				
	Lesiones	11.73	11.52	11.43	11.75	11.96	13.12	13.45	13.43	13.66	12.12	11.76	13.00	13.14	14.51	1.77				
	Condiciones mal clasificadas	15.59	15.98	15.32	15.85	15.40	13.65	13.49	13.63	15.20	16.14	16.57	15.93	15.03	26.78	11.75				
		100.00																		
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20.11	20.22	20.55	18.80	19.12	18.15	17.95	21.07	19.55	18.55	17.21	14.81	10.64	17.52	6.89				
	Condiciones maternas	0.07	0.07	0.04	0.04	0.05	0.03	0.09	0.09	0.06	0.03	0.06	0.47	0.53	0.40	-0.13				
	Enfermedades no transmisibles	53.74	54.77	54.91	55.35	55.14	55.11	55.03	52.41	52.83	54.79	55.37	52.91	55.21	54.07	-1.14				
	Lesiones	12.11	11.83	11.71	12.37	12.97	16.06	15.80	15.70	15.93	14.33	14.39	16.27	16.86	20.35	3.89				
	Condiciones mal clasificadas	13.96	13.11	12.79	13.44	12.73	10.64	11.13	10.74	11.82	12.30	12.96	15.54	16.77	7.66	-9.11				
		100.00																		
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11.87	12.56	11.31	11.03	11.62	11.47	11.13	12.75	12.00	11.14	10.30	9.54	7.99	10.34	2.85				
	Condiciones maternas	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.04	0.02	-0.02				
	Enfermedades no transmisibles	67.29	68.28	70.68	69.89	69.57	70.13	69.80	67.82	67.82	68.68	69.03	67.74	67.82	59.12	-8.70				
	Lesiones	7.96	7.75	7.32	7.84	8.06	9.34	9.33	9.65	9.49	8.88	9.05	10.19	10.57	13.10	2.85				
	Condiciones mal clasificadas	12.87	11.40	10.69	11.23	10.74	9.06	9.73	9.78	10.69	11.29	11.62	12.49	13.57	17.42	3.84				
		100.00																		
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5.00	5.50	5.11	5.52	4.84	4.99	4.88	4.67	4.91	4.65	4.36	4.94	2.98	5.76	2.78				
	Condiciones maternas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.01	0.00				
	Enfermedades no transmisibles	80.36	81.26	82.58	80.28	82.23	83.01	82.50	82.21	80.05	79.73	80.84	81.33	83.46	77.87	-5.59				
	Lesiones	3.52	3.91	3.49	4.27	3.97	4.40	4.10	5.05	4.05	4.04	4.15	4.41	4.46	5.75	1.38				
	Condiciones mal clasificadas	11.12	9.33	8.82	9.93	8.96	7.59	8.52	8.07	10.99	11.59	10.65	9.30	9.09	10.62	1.33				
		100.00																		

Fuente: SISPRO – RIPS

### 3.1.1.1.2 Principales causas de morbilidad en mujeres

En el año 2022, similar a lo observado en los hombres, en las mujeres se presentó un aumento en el porcentaje de consultas por enfermedades transmisibles y nutricionales, en todos los ciclos de



vida, con énfasis en la primera infancia, grupo en el cual se observa un incremento de 11.4 puntos con respecto a al año anterior, en segundo lugar, este el grupo de infancia en el cual se observa un incremento de 8.3 puntos, el año 2022.

Igualmente, se observó un decremento en las consultas por enfermedades crónicas en casi todos los ciclos vitales (excepto juventud) más notorio en el grupo de adolescentes en el cual se observa una disminución de 18.3 puntos con respecto al año anterior en este grupo de causas. En el grupo de adultos de 60 y más años, se observó la proporción de consultas por enfermedades crónicas, más baja de todo el periodo evaluado.

Finalmente, en los ciclos vitales de adolescencia y juventud se observa el mayor porcentaje de consultas por lesiones, entre las mujeres con 9.4% y 7.6% respectivamente.

Tabla 130. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en mujeres. Antioquia, 2009 –2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2021-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44.29	43.93	43.10	40.01	39.38	37.88	36.76	36.88	35.94	36.79	31.36	21.87	22.04	33.46	11.4	
	Condiciones perinatales	2.66	3.65	3.91	4.34	3.68	3.75	3.78	2.83	2.93	3.25	3.43	8.85	8.11	8.27	0.16	
	Enfermedades no transmisibles	33.52	33.68	34.58	35.79	38.10	40.37	41.63	40.68	40.69	41.25	41.93	42.98	44.53	37.25	-7.28	
	Lesiones	3.91	4.06	4.14	4.70	4.58	4.56	4.71	4.54	4.54	4.56	5.31	8.05	6.57	5.50	-1.07	
	Condiciones mal clasificadas	15.62	14.68	14.26	15.15	14.26	13.44	14.12	15.07	15.90	17.15	17.97	18.25	18.74	15.52	-3.22	
															100.00		
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26.62	25.25	20.57	19.50	19.29	18.71	17.30	18.31	17.80	15.72	14.93	10.95	8.02	16.30	8.3	
	Condiciones maternas	0.11	0.12	0.04	0.04	0.06	0.08	0.25	0.02	0.04	0.06	0.11	0.19	0.08	0.03	-0.05	
	Enfermedades no transmisibles	51.70	51.74	57.52	57.03	57.96	59.68	60.59	59.07	57.05	58.13	58.57	59.83	64.30	54.18	-10.12	
	Lesiones	5.16	5.41	4.87	5.16	5.22	5.72	5.78	6.13	6.64	6.58	6.81	9.30	9.03	9.07	0.05	
	Condiciones mal clasificadas	16.40	17.47	17.00	18.26	17.46	15.81	16.08	16.47	18.47	19.51	19.57	19.72	18.56	20.41	1.84	
															100.00		
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15.50	14.44	12.18	11.12	10.98	10.54	9.63	10.61	10.43	9.03	8.26	6.88	4.81	7.83	3.0	
	Condiciones maternas	6.11	5.66	5.21	5.95	5.92	5.55	5.17	3.69	4.02	3.90	4.10	7.18	6.14	4.88	-1.25	
	Enfermedades no transmisibles	57.05	57.94	61.08	60.37	59.74	61.17	62.45	62.35	60.43	61.37	61.43	60.17	64.04	45.75	-18.29	
	Lesiones	3.93	4.50	4.33	4.62	4.66	5.34	5.41	5.80	6.35	6.24	6.40	6.64	7.63	9.40	1.73	
	Condiciones mal clasificadas	17.41	17.47	17.20	17.93	18.70	17.40	17.34	17.55	18.77	19.46	19.81	19.13	17.39	32.13	14.75	
															100.00		
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14.35	14.91	15.22	13.79	13.73	13.52	14.07	16.05	14.27	13.37	12.28	9.02	6.08	11.90	5.82	
	Condiciones maternas	9.99	9.34	9.32	9.23	9.35	8.89	8.26	6.78	7.14	6.97	7.63	14.25	11.57	15.35	3.78	
	Enfermedades no transmisibles	55.62	57.10	56.46	57.10	56.17	57.73	57.48	56.93	57.18	58.39	58.02	53.03	57.65	57.68	0.03	
	Lesiones	3.08	3.29	3.36	3.51	3.72	4.50	4.39	4.76	4.76	4.45	4.80	4.84	4.96	7.64	2.68	
	Condiciones mal clasificadas	16.95	15.36	15.64	16.37	17.03	15.30	15.80	15.48	16.65	16.83	17.27	18.86	19.74	7.44	-12.30	
															100.00		
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.28	9.65	8.88	8.38	8.56	8.49	8.72	9.50	8.68	8.20	7.47	6.01	4.31	7.18	2.87	
	Condiciones maternas	2.19	2.09	1.98	1.69	1.72	1.59	1.63	1.34	1.40	1.41	1.45	2.43	2.18	2.64	0.46	
	Enfermedades no transmisibles	71.07	72.58	73.88	73.52	73.63	74.68	73.85	73.00	73.01	72.94	72.93	72.89	74.16	63.23	-10.93	
	Lesiones	2.88	3.01	2.98	3.29	3.32	3.81	3.68	4.09	3.69	3.67	3.85	4.13	4.12	5.68	1.55	
	Condiciones mal clasificadas	14.57	12.68	12.28	13.13	12.77	11.43	12.12	12.06	13.21	13.78	14.31	14.55	15.23	21.27	6.72	
															100.00		
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5.15	5.48	5.14	5.45	4.78	4.74	4.83	4.63	4.53	4.38	3.98	4.04	2.41	5.39	2.99	
	Condiciones maternas	0.02	0.01	0.01	0.00	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	
	Enfermedades no transmisibles	80.64	81.85	82.69	80.67	83.02	83.93	83.13	82.48	80.60	79.82	80.85	83.79	84.69	78.56	-6.13	
	Lesiones	3.25	3.76	3.53	3.91	3.50	3.76	3.43	4.61	3.36	3.41	3.62	3.44	3.70	4.89	1.18	
	Condiciones mal clasificadas	10.94	8.89	8.63	9.97	8.69	7.56	8.59	8.27	11.52	12.39	11.54	8.71	9.19	11.15	1.85	
															100.00		

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

### 3.1.1.2 Morbilidad específica por subgrupo

Para el análisis de la morbilidad específica por subgrupo se utiliza la lista de estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), que permite analizar las siguientes categorías de grandes causas de

morbilidad, la cual está compuesta por: condiciones transmisibles y nutricionales que a su vez se clasificaron en: deficiencias nutricionales, enfermedades infecciosas y parasitarias e infecciones respiratorias.

En las condiciones maternas y perinatales se encuentran: las derivadas durante el período perinatal y las condiciones maternas; y las enfermedades no transmisibles se clasifican en: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades musculoesqueléticas, enfermedades de los órganos de los sentidos, enfermedades de la piel, enfermedades genitourinarias, enfermedades digestivas, enfermedades endocrinas, diabetes mellitus, condiciones neuropsiquiátricas, condiciones orales, neoplasias malignas, otras neoplasias y anomalías congénitas.

Para el grupo de lesiones se incluyeron, lesiones de intencionalidad indeterminada, lesiones intencionales, lesiones no intencionales, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

Por último, signos y síntomas no definidos que se clasifican como condiciones mal clasificadas.

### 3.1.1.2.1 Condiciones transmisibles y nutricionales

Durante el año 2022 se totalizaron 951.377 atenciones relacionadas a las condiciones transmisibles y nutricionales, en cuanto a las subcausas clasificadas en este grupo, las infecciones respiratorias aportaron el 51,26%, con un aumento de 109,1 con respecto al año 2021, mientras que las enfermedades infecciosas y parasitarias se ubicaron en el segundo lugar aportando el 41,82%, mientras las deficiencias nutricionales se encontraron en el tercer lugar con el 6,92% de atenciones.

Al evaluar el comportamiento general de las enfermedades transmisibles y nutricionales para el periodo de tiempo de 2009-2022, se evidencia que las infecciones respiratorias presentaron una disminución importante durante los años 2020 y 2021, consolidando una tendencia a la disminución; sin embargo, es importante recordar que dichos años fueron afectados por la emergencia sanitaria por COVID-19, el cual se ubica dentro de los patógenos causantes de infección respiratoria. Para el análisis realizado se excluyeron los códigos CIE-10 asociados a COVID-19 y en un capítulo posterior se desarrolla el impacto asociado a la morbilidad por este evento.

Adicionalmente, en el departamento se observa una tendencia hacia el aumento de las consultas por las enfermedades infecciosas y parasitarias, y las deficiencias nutricionales, tendencia que se presenta de forma similar tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo; los hombres aportan



un mayor número de consultas por enfermedades infecciosas y parasitarias comparado con las mujeres, entre 2009 – 2022 los hombres aportaron el 49,80% de atenciones por esta causa. Para el grupo de las mujeres se observa un mayor aporte en las atenciones por las infecciones respiratorias y deficiencias nutricionales con el 56,60% y 69,08% respectivamente.

En el grupo de enfermedades transmisibles la tuberculosis ocupa un lugar importante, más que por el alto número de personas afectadas, por su clara relación con condiciones socio-económicas desfavorables y por su alta correlación con la población VIH-SIDA, con respecto a esta patología, Antioquia es el departamento con mayor carga de la enfermedad en el territorio nacional, con la tasa de notificación más alta en los últimos años. Desde la resolución 227 de febrero de 2020 se vienen fortaleciendo los aspectos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis como estrategia para un abordaje integral de la enfermedad en los métodos de elección de pruebas a nivel microbiológico para el diagnóstico de tuberculosis por su sensibilidad, especificidad y rapidez. Su aplicación no está dada de manera rutinaria en todas las subregiones, lo cual debe mejorarse para garantizar oportunidad, en particular en personas que, como aquellos que viven con VIH, tienen mayor riesgo de presentar enfermedad por infección o reactivación de Mycobacterium tuberculosis. Se debe continuar con el fortalecimiento de las acciones en los primeros niveles de atención enfocadas a la captación precoz de sintomáticos respiratorios, logrando diagnósticos oportunos y tratamientos en los tiempos adecuados

Para el año 2022 se presentaron 3591 casos con una incidencia de 50 casos por cien mil habitantes siendo el VIH (16%), la diabetes (7%) y la desnutrición las principales comorbilidades asociadas que más se presentan para esta enfermedad.

**Tabla 131.** Distribución porcentual de condiciones transmisibles y nutricionales. Antioquia 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2021-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
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)	41,44	46,16	43,24	44,84	44,09	44,76	46,44	47,94	44,51	45,52	46,46	52,96	56,83	41,82	-15,01	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	55,91	51,54	54,45	52,85	52,99	52,20	50,44	49,33	52,51	51,12	50,01	42,63	36,66	51,26	14,50	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,64	2,30	2,31	2,51	2,92	3,04	3,12	2,73	2,58	3,36	3,53	4,41	6,51	6,92	0,41	
<b>Mujeres</b>																	
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)	39,76	44,26	40,89	41,82	41,33	41,41	43,58	44,40	40,77	41,88	42,54	48,63	51,18	38,08	-13,10	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	56,96	52,86	56,20	54,87	54,97	54,66	52,60	52,07	55,51	53,90	52,92	45,20	39,63	53,01	13,38	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,28	2,89	2,91	3,30	3,70	3,93	3,92	3,52	3,71	4,22	4,54	6,17	9,18	8,91	-0,27	
<b>Hombres</b>																	
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)	43,57	48,49	46,13	48,00	47,46	48,76	50,05	52,14	48,93	49,85	50,97	57,40	62,26	45,78	-16,48	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	54,59	49,93	52,29	50,44	50,57	49,26	47,85	46,07	48,95	47,80	46,66	39,99	33,90	49,41	15,42	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,84	1,59	1,57	1,56	1,98	1,98	2,10	1,79	2,11	2,34	2,36	2,61	3,94	4,81	0,87	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

### 3.1.1.2.1 Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y Resistencia a los antimicrobianos

Las prácticas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) desempeñan un papel fundamental para mantener un entorno seguro, ya que disminuyen el riesgo de transmisión de infecciones tanto a los pacientes como al personal de salud.

A partir del año 2018 se emitieron en Colombia los Lineamientos técnicos para la implementación de los programas prevención y control de infecciones - PCI y Resistencia a los antimicrobianos - RAM , en consonancia con las Directrices de la OMS sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de salud, lo cual significa una apuesta diferente en el control de las IAAS, debido a que esta metodología se superpone a la forma en cómo se venía realizando este proceso en la mayoría de las instituciones en el país, lo cual se constituye en un estándar mejorado.

La pandemia COVID-19 demostró que el potencial de propagación de microorganismos patógenos es una realidad, y con consecuencias sin precedentes para la salud pública; es así como la implementación de Programas eficientes de prevención y control de infecciones –PCI, es una estrategia fundamental para reducir la incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud – IAAS, las cuales pueden afectar tanto a pacientes como a trabajadores de salud, y que, contener la propagación de microorganismos emergentes y reemergentes en entornos comunitarios y en instituciones de salud es importante, porque contribuye a la reducción de la morbimortalidad por IAAS y a la mejora en la seguridad de los pacientes y a la reducción de costos derivados de atenciones inseguras.

En el mismo sentido, la pandemia impulsó la elaboración de políticas que apoyen la puesta en marcha de iniciativas de PCI. En Colombia, El Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS emitió la Resolución 2471 el 9 de diciembre de 2022 mediante la cual se adoptan de manera obligatoria los Lineamientos técnicos para implementar los Programas de PCI y se dictan las disposiciones para su implementación en todo el territorio nacional, cuyo ámbito de aplicación abarca secretarías departamentales, distritales, municipales, instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades promotoras de salud, administradores de planes voluntarios, administradores de regímenes especiales y de excepción, fondo nacional de salud de las personas privadas de la libertad a cargo del INPEC, instituto nacional de salud, superintendencia de salud, e Invima.

Aunado a la emisión de los Lineamientos técnicos el MSPS y de la resolución, se inició un mapeo del estado de aplicación de los ocho componentes de prevención y control de infecciones con priorización a las instituciones de mediana y alta complejidad debido al enfoque de riesgo presente, y como respuesta a los objetivos y metas planteadas por el Plan decenal de Salud Pública 2022-2031 donde se definió que el 100% de las IPS de mediana y alta complejidad,



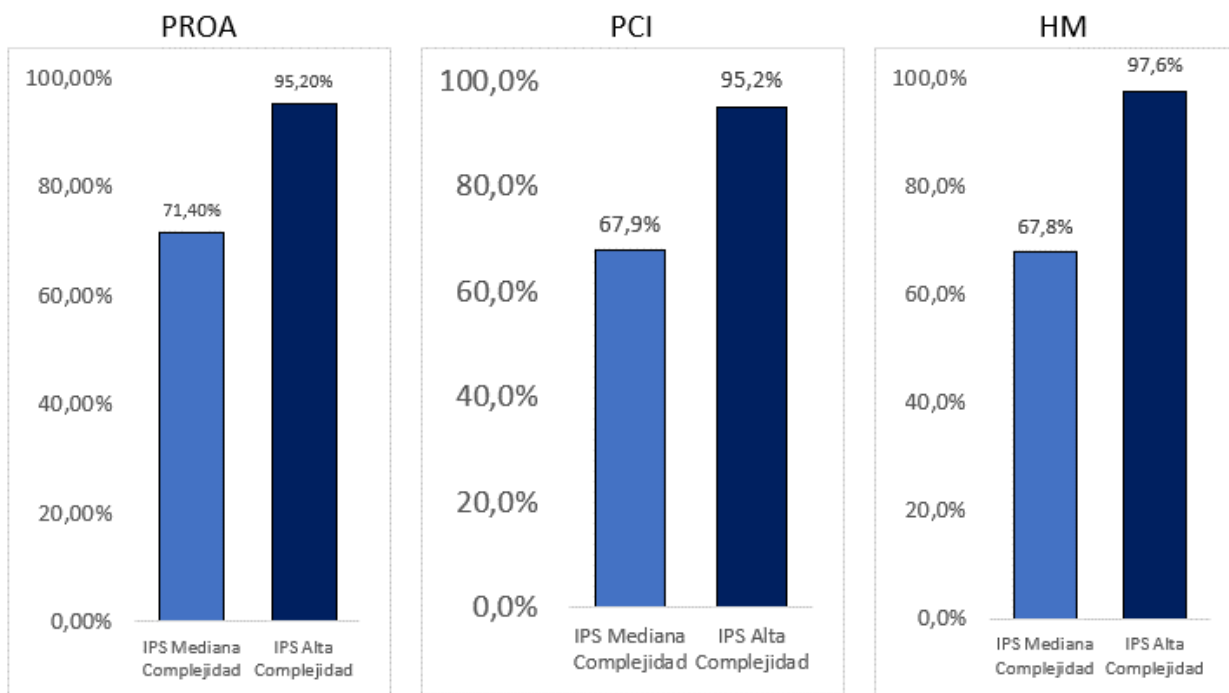
incrementarían la cobertura en la implementación del Programa de IAAS y RAM en todos sus componentes. En el mismo sentido, desde el Plan de desarrollo departamental de Antioquia 2020-2023, se trazó como uno de sus objetivos lograr la implementación del Programa de Prevención, vigilancia y control de IAAS y RAM en un 70% de las IPS de mediana y alta complejidad del departamento.

La búsqueda de esta información se llevó a cabo a partir de la aplicación del instrumento de autoevaluación de Programas de PCI y Programa de optimización de antimicrobianos PROA de la OMS, adaptado a Colombia por el MSPS. Dicha evaluación es un mecanismo de autodiagnóstico que pone en evidencia las fortalezas, y las oportunidades de mejora.

En el año 2022 el universo de instituciones priorizadas fueron 60 (50% pertenecen a la ciudad de Medellín), y se encontraban generando datos para la vigilancia de los eventos CAB, RAM, Brotes de IAAS, IAD e IAPMQ para el instituto nacional de salud, los porcentajes de entrega de las herramientas de autoevaluación se encuentran reportados en la siguiente grafica.

Cabe destacar que las instituciones habilitadas en el departamento de Antioquia para el año 2023 y que tienen servicios clasificados como de baja, mediana y alta complejidad son alrededor de 1803 sedes de atención en salud, de las cuales 360 corresponden a servicios hospitalarios o quirúrgicos o de atención inmediata, estos últimos 3 grupos son donde se concentran la mayoría de los riesgos en salud tanto para IAAS como para RAM, sin embargo, se requiere tener un abordaje progresivo de las intervenciones debido al alto volumen y heterogeneidad de las IPS departamentales, en el año 2023 se aumenta de a 60 a 70 instituciones objetivo del programa IAAS y RAM, logrando una cobertura del 19.4% comparada a la previa del 16.6% en el 2022, llegar al 100% (360 instituciones) con acciones sostenidas de inspección, vigilancia, control y asistencia técnica es una meta inicial plausible, que permitirá generar impacto en las morbi-mortalidad por IAAS/RAM y en el fortalecimiento de las capacidades de la red para enfrentar brotes de enfermedades emergentes o nuevas, alineándose con los objetivos del plan decenal nacional 2022-2031.

Figura 163 Porcentaje de cumplimiento de realización y entrega de herramienta de autoevaluación R2471(Año:2022).

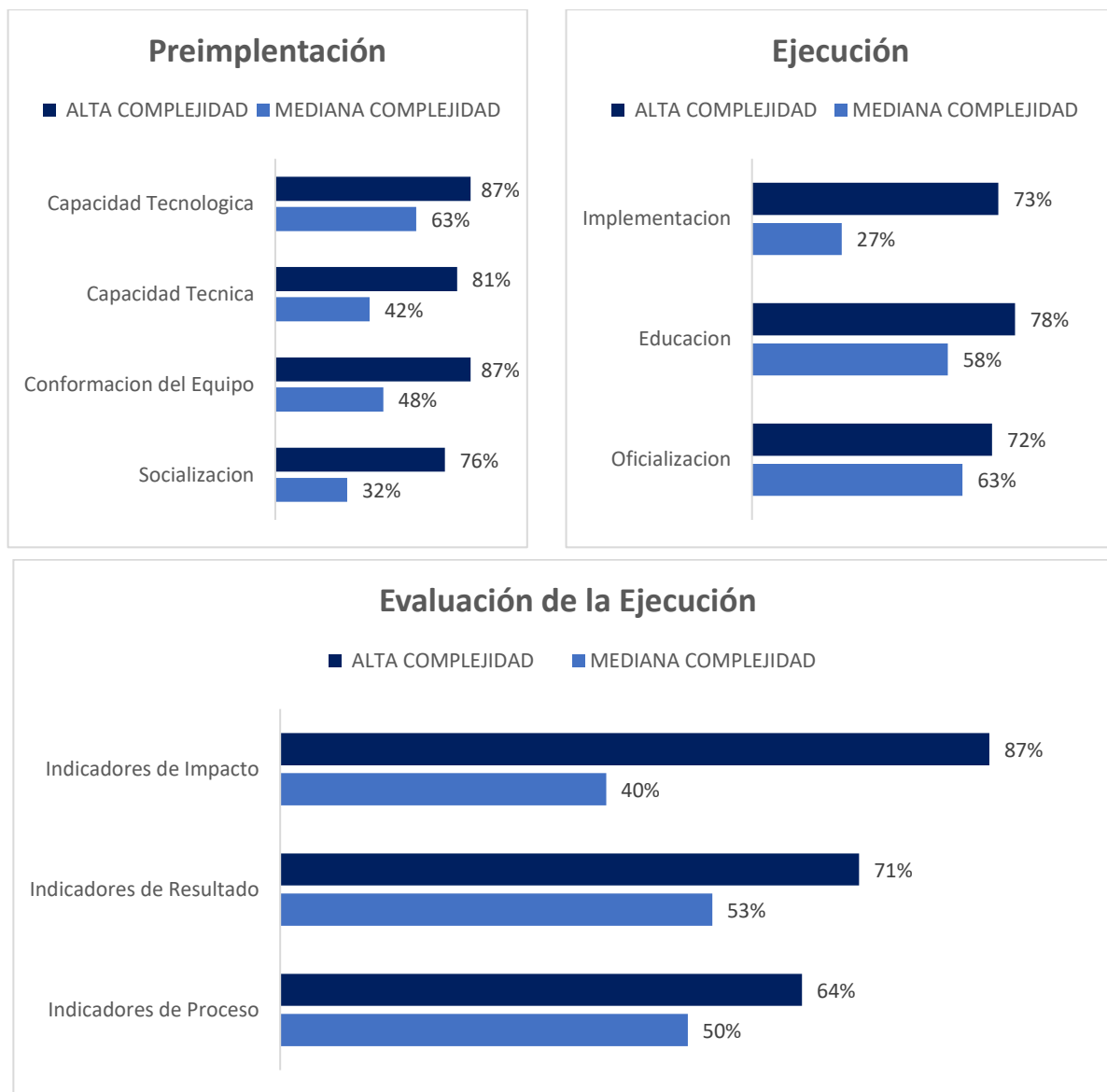


Fuente: Elaboración Propia

Durante el año 2022 se logró recolectar herramientas de autoevaluación en instituciones prestadores de salud de alta complejidad y mediana complejidad, esta última con importante margen de mejora, cabe destacar que en ese entonces no existía resolución (R2471 del 2022) que obligará a las instituciones a realizarlas. Posterior al análisis de los resultados, es evidente que la única herramienta que reporto grados inadecuados fue la herramienta de PROA, con un 18% de instituciones con un alto riesgo de implementación (11 instituciones) las cuales en su mayoría son del sector público o de zonas urbanas dispersas.

Dentro de los lineamientos de implementación para los programas de optimización de antimicrobianos (PROA) existen diferentes componentes medibles que permiten detallar las actividades a desarrollar en un proceso de implementación, en el departamento de Antioquia, en la alta complejidad encontramos debilidades en la evaluación de ejecución y en la mediana complejidad existen debilidades de los 3 componentes (Pre implementación, Ejecución y Evaluación de la Ejecución) en la gráfica 2 se detallan los porcentajes de cumplimiento.

Figura 164 Resultados de herramienta de autoevaluación PROA en el departamento de Antioquia por fases y subcomponentes. (Año:2022)



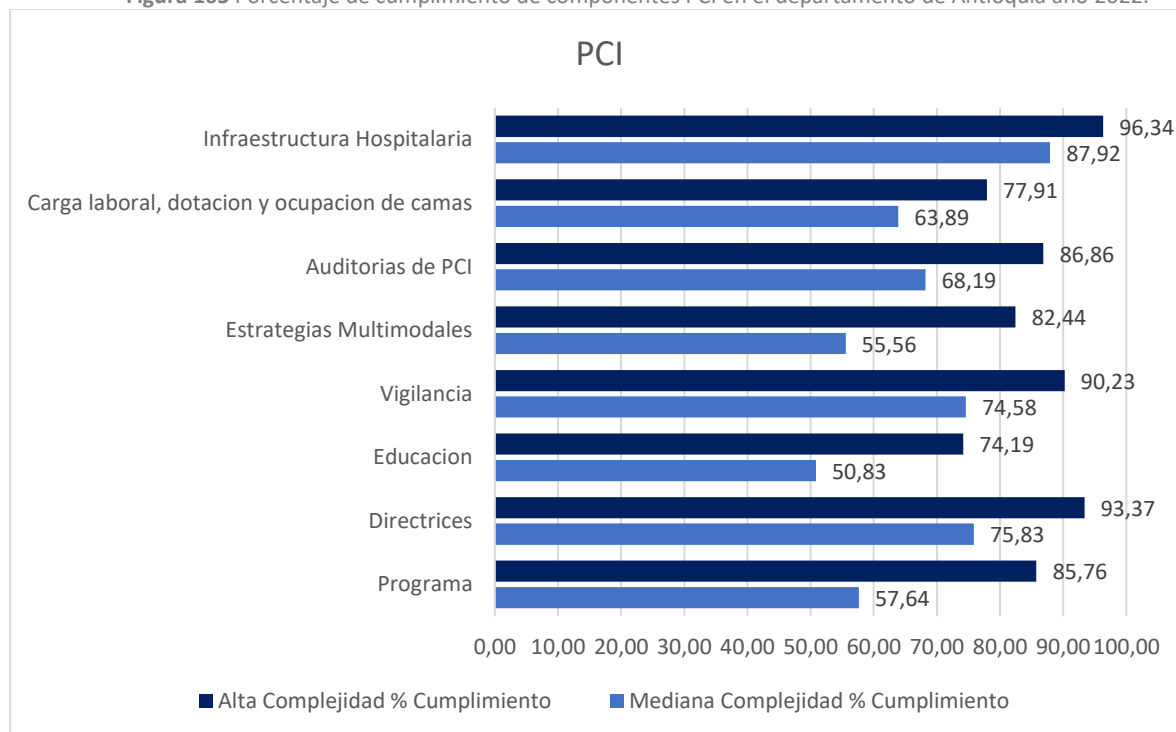
Fuente: Elaboración Propia

Cuando se realiza el análisis detallado de los datos arrojados por las herramientas de autoevaluación durante el 2022, se encuentra que, según la percepción de las instituciones, existen debilidades fuertes en la sub fase de implementación, esto es debido a la no realización de una adecuada fase de pre implementación, específicamente en la contratación de recurso humano que permita la suficiencia del programa. Se destaca la debilidad en la implementación

en la mediana complejidad comparado con la alta complejidad en la totalidad de los componentes.

Para determinar el grado de implementación de los componentes de PCI en el departamento de Antioquia, se envió el formulario a cada una de las IPS de mediana y alta complejidad, y el referente de control de infecciones del departamento, solicitó el diligenciamiento de las autoevaluaciones correspondiente al año 2022 de manera voluntaria. Se trata de un cuestionario que se subdivide en ocho bloques de preguntas cerradas con respuestas puntuadas, correspondiente a los componentes básicos de un programa de PCI y que proporciona una estimación basal de las actividades de PCI dentro de un establecimiento de salud. El objetivo es identificar las brechas que la institución presenta frente a la implementación de dichos programas, y los cambios requeridos y su priorización a nivel institucional y los resultados se detallan en la siguiente gráfica.

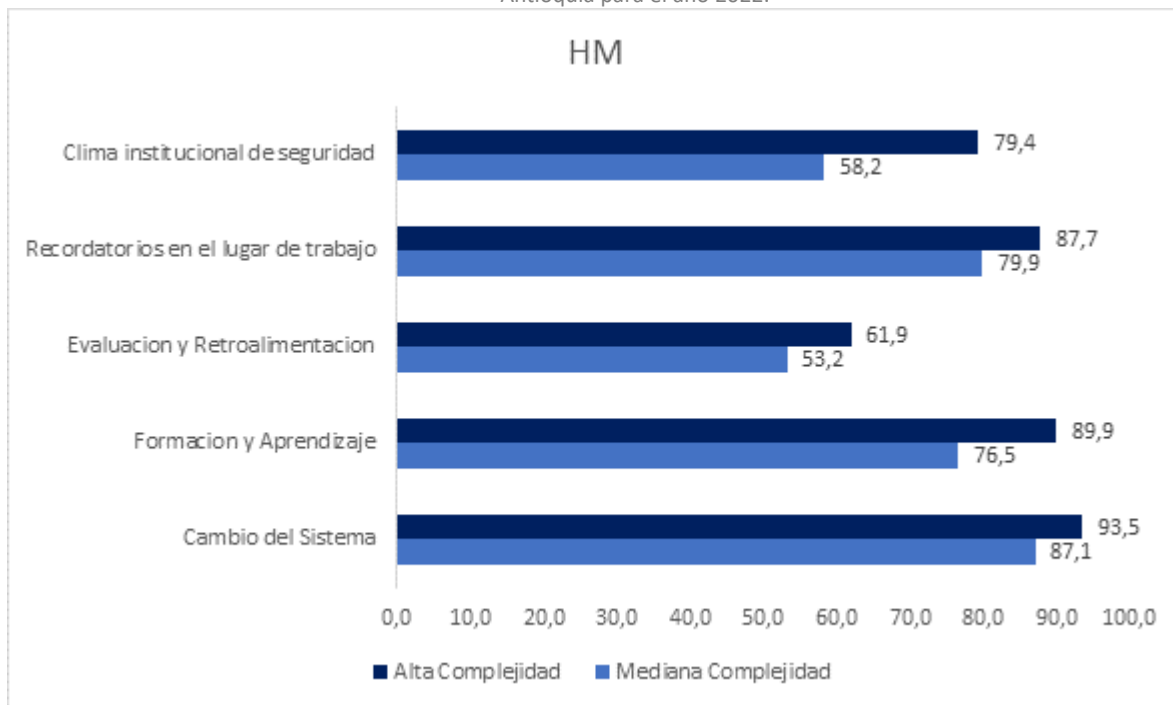
**Figura 165** Porcentaje de cumplimiento de componentes PCI en el departamento de Antioquia año 2022.



Fuente: Elaboración Propia

Un ejercicio similar se realizó para la herramienta de higiene de manos (HM), y los resultados se observan en la próxima gráfica.

Figura 166 Porcentaje de cumplimiento de herramienta de higiene de manos según componentes en el departamento de Antioquia para el año 2022.



Fuente: Elaboración Propia

La higiene de manos es la principal medida para prevenir la diseminación y transmisión cruzada de microorganismos que producen IAAS, la estrategia multimodal de higiene de manos es una iniciativa de la OMS que busca aumentar la adherencia a la higiene de manos de una manera sostenida por parte de los profesionales de la salud, y abordar las principales barreras conductuales que les impiden realizarla, de tal forma que a través de la implementación de cada uno de sus componentes se logre una transformación en la cultura de seguridad del paciente que permanezca en el tiempo y que logre impacto en la disminución de las infecciones asociadas a la atención en salud- IAAS y la Resistencia a los antimicrobianos- RAM.

El componente de cambio del sistema que se refiere a las condiciones del entorno e infraestructura óptimas para permitir la higienización de las manos se encuentra en un 79,4% en las instituciones de alta complejidad, mientras que en la mediana complejidad el resultado fue de 58,2% en la implementación. En términos generales la implementación de cada uno de los componentes de la estrategia: recordatorios, evaluación y retroalimentación, formación y clima institucional de seguridad, el porcentaje de implementación fue siempre mayor en la alta complejidad, en relación a la mediana.

Las herramientas de autoevaluación consagradas en la resolución 2471 del 2022 sirven de ayuda para el seguimiento de las instituciones desde el punto de vista del auto control, también es un tamiz pertinente al evaluar un gran número de instituciones heterogéneas y dispersas en periodos cortos de tiempo, sin embargo, se requiere de evaluación y seguimiento continuo (presencial) para poder conocer la realidad de las instituciones. Cuando se hace este ejercicio el resultado es en algunas ocasiones diferente al encontrado en el tamiz de la herramienta, traducidos tanto en sesgos de sobreestimación o subestimación del puntaje. La estandarización de indicadores de impacto para estos eventos permitirá contrastar la información previa y tomar medidas más eficientes, tanto para IAAS y RAM, uno de estos puede ser la medición directa de mortalidad por IAAS o RAM (atribuible o asociada) y el uso de la ciencia de datos para el procesamiento y análisis en caliente de la base de datos WHONET, evento CAB y Consumo no humano de antibióticos.

### 3.1.1.2.2 Condiciones materno perinatales

Durante el período evaluado (2009-2022), se presentaron 3.568.943 atenciones por condiciones maternas perinatales, lo que equivale al 2,75% del total de consultas. Al observar los subgrupos de causas de morbilidad se encuentra que el denominado “condiciones maternas” aportan el mayor impacto, con proporciones que fluctuaron entre 81,2% y 87,2% evidenciándose una disminución de 1.05 puntos en el 2022, con respecto al año anterior.

Entre hombres y mujeres se presenta un comportamiento diferente en las subcausas, las mujeres aportan el 89.87% de consultas en las condiciones maternas en el 2022, mientras que, para los hombres, la principal causa de consulta fueron las condiciones derivadas del período perinatal, aportando el 88.96%, en el mismo periodo de tiempo evaluado.

Tabla 132. Morbilidad específica en condiciones maternas – perinatales. Antioquia 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad		Subgrupos de causa de morbilidad		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)			86,54	84,77	86,37	86,32	85,06	81,23	82,27	85,85	86,02	84,89	87,25	84,41	82,04	80,98	-1,05	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)			13,46	15,23	13,63	13,68	14,94	18,77	17,73	14,35	13,98	15,11	12,75	15,59	17,96	19,02	1,06	
<b>Mujeres</b>																			
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)			91,85	90,62	92,34	92,19	90,90	87,61	89,26	93,22	93,06	92,23	93,52	92,13	90,67	89,87	-0,79	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)			8,15	9,38	7,66	7,81	9,10	12,39	10,74	6,78	6,94	7,77	6,48	7,87	9,33	10,13	0,30	
<b>Hombres</b>																			
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)			6,18	6,37	3,29	3,31	2,10	1,15	3,25	2,58	2,56	2,41	14,71	14,54	14,26	11,04	3,22	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)			94,82	93,63	96,71	96,69	97,90	98,85	96,75	97,42	97,44	97,59	85,29	85,46	85,74	88,96	3,32	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

#### 3.1.1.2.2.1.1 Comportamiento de la morbilidad materna extrema, Antioquia 2023

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo.





La morbilidad materna extrema (MME) es un evento de interés en salud pública que refleja la calidad de los servicios de salud, toda vez que una atención oportuna y de calidad en una mujer con una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal.

Para la semana epidemiológica 44 en Antioquia, ingresan 64 casos del evento al sistema de vigilancia epidemiológica, con respecto al número de casos reportados para la semana 44 del año 2022 se evidencia una disminución que expresa una diferencia de 16.9%.

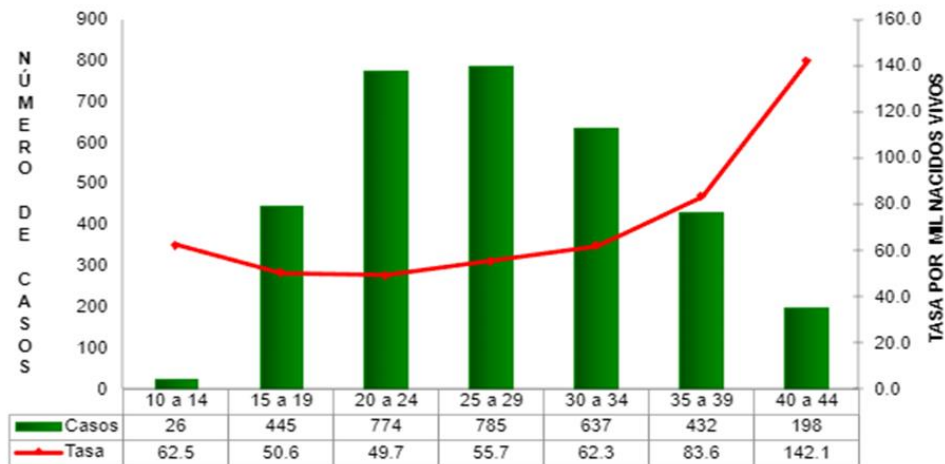
Se evidencia en Antioquia una tendencia al aumento en la razón de morbilidad materna extrema a partir del año 2021, que puede reflejar un aumento en la notificación de los casos lo cual es un aspecto positivo para la vigilancia epidemiológica del evento, sin embargo, debe realizarse un adecuado abordaje en el análisis de los casos en pro de impactar positivamente dicho indicador y mitigar las consecuencias, dado que al correlacionarlo con la mortalidad materna se convierte en un riesgo latente.

### 3.1.1.2.2.1.2 Características sociodemográficas relacionadas con la morbilidad materna.

En cuanto a la distribución de casos de MME por grupos de edad, se atribuye la razón más elevada a las mujeres de 40 a 44 años (142.1 casos por 1.000 nacidos vivos), seguido del grupo de 35 a 39 años (83.6 casos por 1.000 nacidos vivos), este grupo llama la atención por ser embarazos en edades extremas, que solo por pertenecer a este rango de edad es considerado como embarazo de alto riesgo, lo que incrementa la probabilidad de complicaciones materno-perinatales.

Se notificaron 26 casos en mujeres en el rango de edad de 10 a 14, lo cual se constituye igualmente en un factor de riesgo para complicaciones y que puede manifestarse en desenlaces fatales, además de evidenciar una problemática en cuanto a la salud sexual y reproductiva en el departamento y puede enmascarar situaciones de violencia y vulneración de la mujer.

Figura 167. Número de casos y tasa de incidencia, Morbilidad Materna Extrema según Grupo de Edad, Antioquia 2022



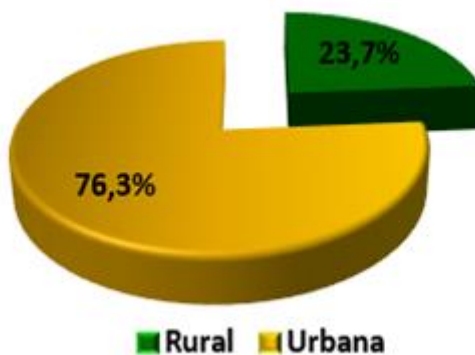
Fuente. Sivigila Antioquia 2023.

El régimen de seguridad social con mayor proporción de casos fue el subsidiado (46.7%) seguido del contributivo (46.5%). Las empresas administradoras de planes de beneficios que concentran la mayor población de mujeres con morbilidad materna extrema son SURA EPS y SAVIASALUD (32.6 y 25.5 %) respectivamente, esto coincide con que estos dos aseguradores son los que mayor número de afiliados tienen en el departamento de Antioquia.

Se evidencia que la pertenencia étnica principal corresponde a otro (97.8%), en cuanto a los grupos étnicos los casos se distribuyeron de la siguiente manera: 1.1% de los casos se dio en mujeres afrocolombianas, 0.8% son indígenas, 0.2% ROM, 0.1% raizal y solo se registró un caso de etnicidad palanquera.

La mayor proporción de casos se distribuye en el área urbana (76.3%) y el 23.7 % en el área rural, es importante puntualizar que la ubicación en área rural y rural dispersa se convierte en una barrera para lograr adherencia a los tratamientos, controles y demás. Por lo anterior es importante que parte de la aseguradora se realice el seguimiento a los casos y se garanticen los recursos para que ellas puedan asistir y desplazarse hasta el sitio de tratamiento.

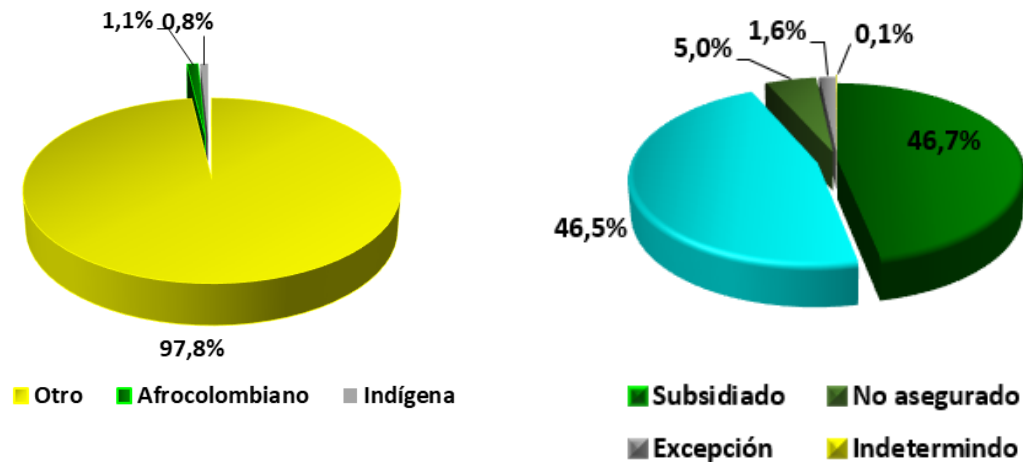
Figura 168. Distribución Porcentual de los casos de MME según zona de residencia. Departamento de Antioquia 2023.



Fuente. SIVIGILA, 2023

En Antioquia la atención con enfoque diferencial en salud, se encuentra en etapa de implementación, por lo cual aún se evidencian algunas limitantes en la atención y la asistencia a los servicios de salud, por parte de las comunidades indígenas, pero se resalta que desde el componente de maternidad segura se realizan diálogos de saberes, encuentros interculturales y fortalecimiento de las competencias a los entes municipales, EAPB e IPS del departamento en el marco de la resolución 3280 del año 2018 para atención a la gestante.

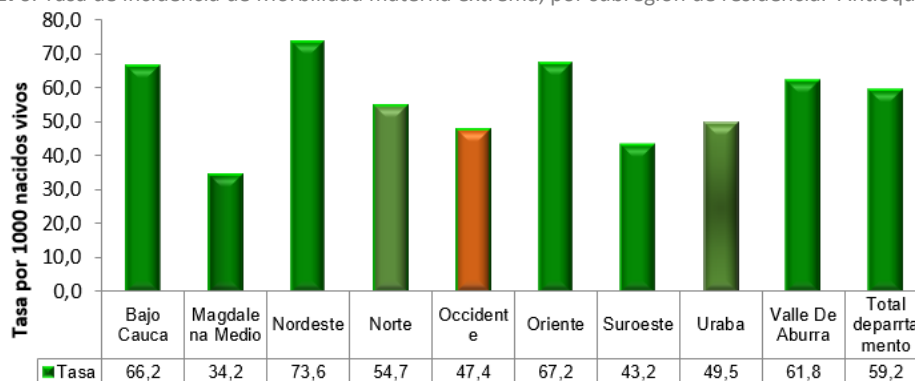
Figura 169. Distribución porcentual de los casos de MME, según Régimen de Seguridad Social y Etnia. Antioquia, 2023



Fuente. SIVIGILA, 2023

En cuanto a la distribución de causas de MME por subregión de residencia, nordeste aporta una razón de 73.6 casos por 1.000 NV, la más elevada, en segundo lugar, se encuentra la subregión oriente con 67.2 casos por 1.000 NV; ambas subregiones por encima de la tasa departamental la cual se encuentra en 59.2.

Figura 170. Tasa de incidencia de Morbilidad materna extrema, por subregión de residencia. Antioquia 2023



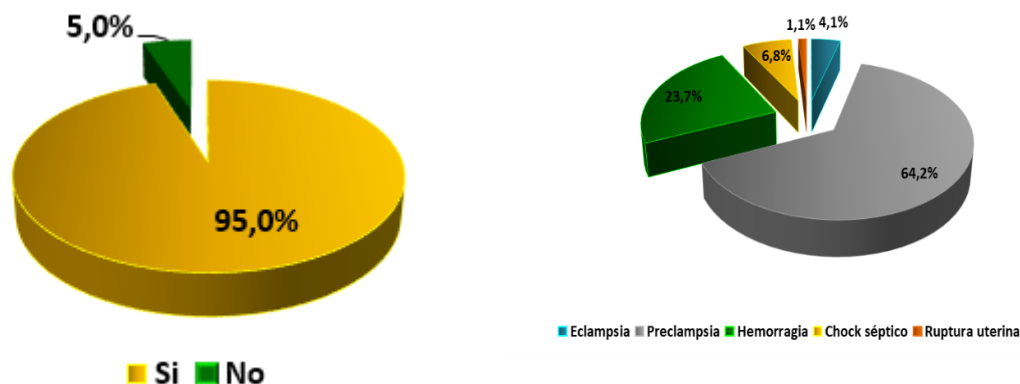
Fuente. SIVIGILA, 2023

### 3.1.1.2.2.1.3 Caracterización según condiciones de salud.

Del total los casos con diagnóstico de MME 95 % se encontraban hospitalizadas al momento del diagnóstico. Las patologías asociadas a la MME, con mayor incidencia son: la preeclampsia con un 66.9%, seguida de la Hemorragia con un 23,2%, la cual es potencialmente grave durante la

gestación y pueden ser ocasionadas por distintas causas entre ellas, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, entre otros, y con menor proporción se encontró la sepsis con 6.7%.

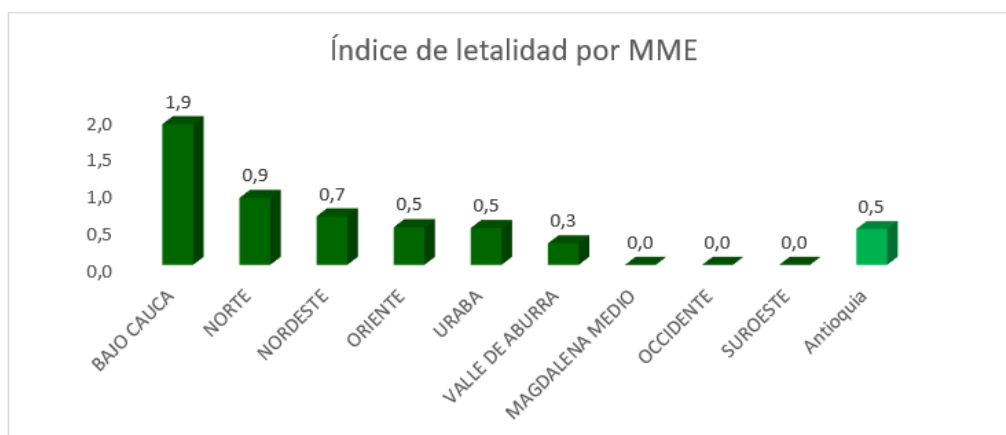
Figura 171. Distribución porcentual de casos Morbilidad Materna Extrema según conducta y relacionado con enfermedad específica. Antioquia 2023



Fuente. SIVIGILA, 2023

En lo que respecta al índice de letalidad en Antioquia distribuido por subregiones durante el año 2023 encontramos que en Bajo Cauca fallecen 1.9 mujeres por cada 100 casos de MME, seguido de la subregión norte con 0.9 muertes por cada 100 casos de MME.

Figura 172. Índice de letalidad en Antioquia, distribución por subregiones. Antioquia 2023

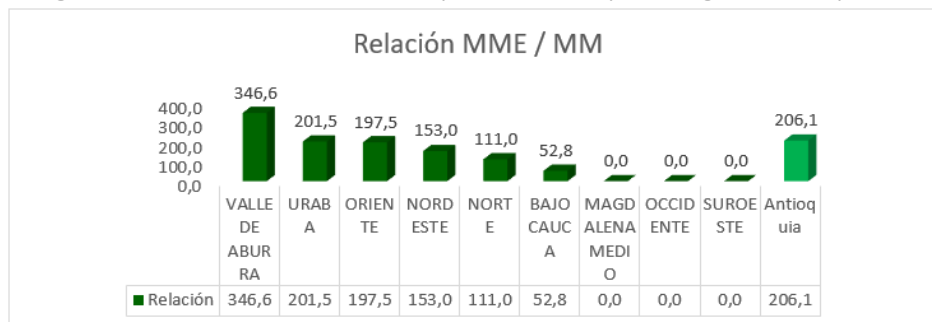


Fuente. SIVIGILA, 2023

Antioquia para el 2023 presenta 206.1 casos de morbilidad materna extrema por cada caso de muerte materna, se evidencia que en la distribución de casos por subregión el mayor número es

para el Valle de Aburrá (346.6 casos de MME por cada MM), seguido de Urabá con 201.5 casos de MME por cada MM, como se muestra en la siguiente gráfica:

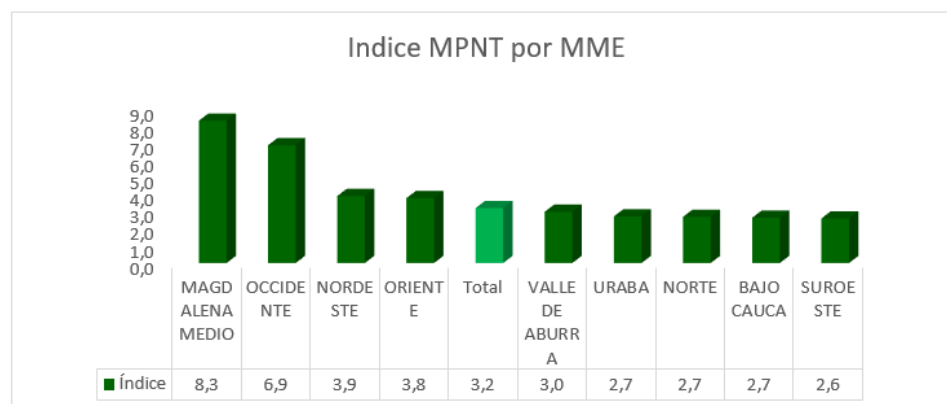
Figura 173. Relación MME/MM en Antioquia, distribución por subregiones. Antioquia 2023



Fuente. SIVIGILA, 2023

El mayor índice de la Mortalidad Perinatal y neonatal tardía (IMP) por MME por subregiones en el Departamento de Antioquia de 2021, corresponde a la subregión Magdalena Medio con 8.3 casos de MP por cada 100 casos de MME, seguido de la Subregión occidente con 6,9 casos de MP por cada 100 casos, el de menor índice es suroeste con 2.6 casos de MP por cada 100 casos de MME. El bienestar del producto de la gestación depende en gran medida del estado de salud de la madre y de ésta en su relación con los determinantes sociales de la salud de los territorios lo que limita la intervención continua e integrada de la exposición diferencial a los riesgos.

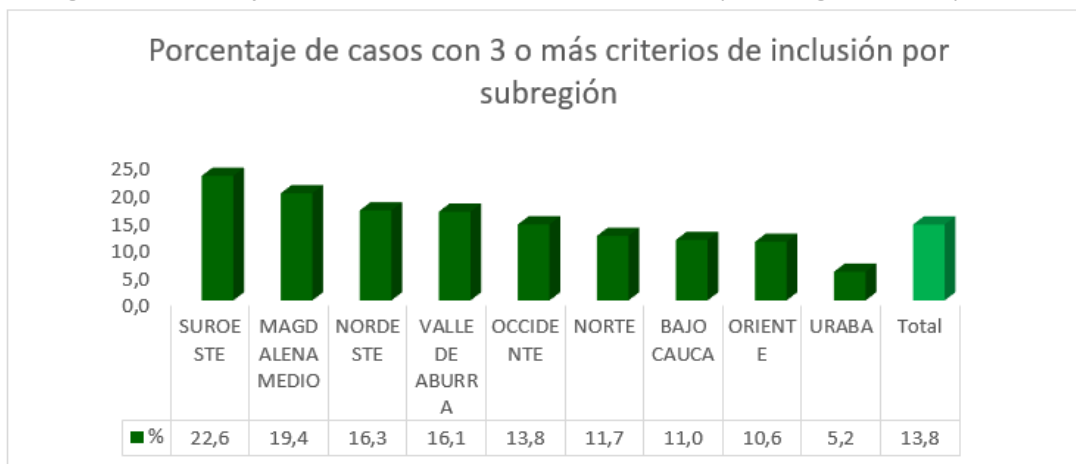
Figura 174. Índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía por MME distribuido por subregiones en Antioquia 2023.



Fuente. SIVIGILA, 2023

En cuanto a la notificación de casos de MME con 3 o más criterios por subregiones en el departamento de Antioquia encontramos que suroeste obtuvo la mayor proporción (22.6), seguido de Magdalena Medio con un 19.4%, las subregiones Urabá y oriente participan con el porcentaje más bajo (5.2 y 10.6) respectivamente.

Figura 175. Porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión por Subregión en Antioquia 2023.



Fuente. SIVIGILA, 2023

Es importante recalcar que la oportunidad en la notificación para MME en el departamento es del 68.1%, lo cual se interpreta como un cumplimiento regular según la semaforización propuesta por el INS, pero inferior al porcentaje nacional que se encuentra en 82% con la misma semaforización.

En el departamento, se continúa con la articulación de acciones entre el ente departamental y municipal de acuerdo con sus competencias, deberes y funciones, en cada uno de los niveles de gestión para impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud y los indicadores de resultados. Continuar en el fortalecimiento en la implementación y aplicación de las Rutas Integrales de atención Materno perinatal desde las acciones individuales, colectivas y poblacionales en los territorios es uno de los pilares fundamentales en la reducción de las complicaciones materno-perinatales en el departamento.

### 3.1.1.2.3 Enfermedades no transmisibles

Durante el período de análisis, la mayor proporción de uso de servicios de salud para el departamento de Antioquia, la aportan las enfermedades no transmisibles, con 71.8% del total de consultas (n= 8.622.297), con una tendencia fluctuante en el tiempo.

En este subgrupo de enfermedades durante el año 2022 las cardiovasculares registraron la mayor proporción de consultas aportando el 19.4%, de las consultas generales, pasando de 18.8% en 2021 a 19.4% en 2022, seguido de las enfermedades músculo- esqueléticas 13.64%, y condiciones neuropsiquiátricas con el 11%.

Tabla 133. Morbilidad específica en enfermedades no transmisibles. Antioquia 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Tendencia		
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		2022	Δ pp 2021-2022
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64 9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G00-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K32, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1.14	1.40	1.50	2.02	1.70	1.86	2.21	2.09	2.08	2.03	2.22	3.23	3.18	3.83	0.65	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.96	1.07	1.22	1.39	1.28	1.28	1.32	1.28	1.22	1.25	1.32	1.40	1.70	1.64	-0.06	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.87	3.44	4.01	3.16	3.11	3.20	3.24	3.78	4.08	4.05	4.25	5.38	4.65	3.84	-0.82	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64 9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4.98	5.09	5.77	6.27	5.79	5.60	5.41	5.84	5.76	6.18	6.29	6.41	7.45	5.36	-2.08	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G00-G98)	6.55	6.61	6.73	7.40	7.46	7.65	8.45	9.11	8.88	9.59	9.95	11.19	11.97	11.00	-0.96	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8.23	7.71	7.29	7.24	7.80	7.12	8.01	8.12	8.09	7.42	7.21	7.10	7.54	8.56	1.02	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	18.27	18.82	19.06	16.00	16.91	17.15	15.35	15.12	16.82	16.69	16.78	21.09	18.75	19.41	0.66	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5.82	5.36	5.48	5.24	4.98	4.60	4.50	4.82	4.94	4.79	4.40	4.66	4.54	5.36	0.82	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6.72	6.54	6.48	6.88	6.66	6.43	6.24	6.33	6.09	6.25	6.32	6.27	5.78	6.55	0.77	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	14.04	13.04	8.25	8.55	8.86	8.85	8.27	7.90	8.03	8.01	7.72	7.08	6.94	6.32	-0.62	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	8.37	8.81	9.02	9.97	9.87	8.53	8.30	8.51	9.45	9.50	9.30	9.00	9.40	4.70	-4.70	
	Enfermedades músculo-esqueléticas (M00-M99)	12.82	12.26	13.33	14.25	14.22	14.68	16.19	16.17	16.52	16.53	15.94	14.06	14.32	13.64	-0.69	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.45	0.47	0.49	0.58	0.61	0.57	0.63	0.64	0.58	0.57	0.57	0.56	0.66	0.70	0.04	
	Condiciones orales (K00-K14)	10.98	12.29	14.37	15.06	14.99	15.69	15.88	13.69	11.64	11.12	11.71	5.95	7.11	9.09	1.84	
	<b>Mujeres</b>																
	Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64 9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G00-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K32, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1.11	1.39	1.40	1.87	1.56	1.69	2.06	1.92	1.92	1.87	2.01	2.89	2.80	3.48	0.68
Otras neoplasias (D00-D48)		1.12	1.26	1.39	1.57	1.41	1.41	1.46	1.43	1.37	1.40	1.50	1.55	1.90	1.78	-0.12	
Diabetes mellitus (E10-E14)		2.59	3.36	3.71	2.89	2.99	3.05	3.10	3.60	3.90	3.79	3.95	4.95	4.25	3.73	-0.52	
Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64 9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)		5.87	6.00	6.61	7.16	6.56	6.35	6.14	6.41	6.51	7.02	7.14	7.41	8.49	6.14	-2.35	
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G00-G98)		7.04	6.90	6.81	7.34	7.25	7.37	8.06	8.82	8.42	9.16	9.56	10.60	11.48	10.56	-0.91	
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)		7.69	7.34	6.70	6.64	7.22	6.60	7.56	7.58	7.51	6.89	6.88	6.64	7.02	8.24	1.20	
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)		18.78	19.41	18.44	15.28	16.60	16.88	15.03	14.64	16.27	16.03	15.96	20.51	17.66	18.70	1.04	
Enfermedades respiratorias (J30-J98)		4.99	4.65	4.64	4.42	4.14	3.89	3.79	3.89	4.14	4.06	3.77	4.11	4.04	4.59	0.55	
Enfermedades digestivas (K20-K92)		7.05	6.79	6.35	6.70	6.49	6.23	6.02	6.03	5.76	5.99	5.93	5.74	5.22	5.88	0.66	
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)		15.14	13.58	12.84	13.39	13.33	13.43	12.76	12.28	12.37	12.43	12.13	11.24	10.84	10.00	-0.84	
Enfermedades de la piel (L00-L98)		5.65	5.21	5.20	5.18	5.11	4.84	4.69	4.89	4.85	4.94	4.76	4.52	5.05	4.30	-0.75	
Enfermedades músculo-esqueléticas (M00-M99)		12.68	12.50	12.85	13.77	13.69	14.04	14.73	15.73	16.16	16.22	15.78	14.01	14.33	13.82	-0.51	
Anomalías congénitas (Q00-Q99)		0.38	0.41	0.42	0.49	0.51	0.48	0.52	0.53	0.49	0.48	0.48	0.48	0.58	0.59	0.08	
Condiciones orales (K00-K14)		9.90	11.20	12.64	13.30	13.14	13.74	14.07	12.22	10.33	9.81	10.34	5.33	6.34	6.18	1.84	
<b>Hombres</b>																	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64 9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G00-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K32, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)		Neoplasias malignas (C00-C97)	1.19	1.42	1.68	2.29	1.97	2.15	2.49	2.40	2.38	2.32	2.68	3.80	3.86	4.42	0.64
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.68	0.76	0.93	1.07	0.98	0.99	1.05	1.02	0.94	0.99	1.02	1.15	1.36	1.40	0.05	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.81	3.67	4.85	3.63	3.32	3.48	3.80	4.05	4.43	4.62	4.78	6.11	5.37	4.02	-1.36	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64 9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3.44	3.58	4.27	4.70	4.36	4.25	4.06	4.25	4.38	4.66	4.82	4.71	5.99	4.02	-1.96	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G00-G98)	6.79	6.12	6.58	7.62	7.84	8.17	9.17	9.64	9.15	10.37	10.64	12.19	12.84	11.76	-1.08	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9.18	8.33	8.36	8.31	8.87	8.08	8.84	9.09	9.18	8.38	8.14	7.89	8.47	9.06	0.59	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	17.37	17.83	20.17	17.26	17.48	17.62	15.95	15.99	17.84	17.88	18.21	23.69	20.69	20.64	-3.05	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7.26	6.65	7.01	6.67	6.53	5.88	5.82	5.94	6.41	6.11	5.91	5.88	5.45	6.70	1.25	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6.15	6.13	6.70	7.21	6.68	6.80	6.64	6.87	6.69	6.90	7.01	7.17	6.77	7.68	0.91	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	12.14	12.14	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	0.00	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7.60	6.80	7.48	7.36	7.26	6.78	6.41	6.62	6.57	6.53	6.25	5.81	6.04	5.39	-0.64	
	Enfermedades músculo-esqueléticas (M00-M99)	10.06	10.11	11.29	11.10	11.21	11.85	16.04	16.97	17.19	17.08	16.22	14.23	14.31	13.31	-1.00	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.56	0.56	0.62	0.72	0.79	0.73	0.82	0.82	0.75	0.73	0.74	0.88	0.94	0.90	0.06	
	Condiciones orales (K00-K14)	12.86	14.10	17.46	18.17	18.43	19.22	19.22	16.35	14.07	13.51	14.10	6.99	8.46	10.65	2.66	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

### 3.1.1.2.4 Morbilidad oral

La morbilidad oral, es la enfermedad crónica del diente más frecuente, que afecta a la humanidad, sin distinción, de sexo, raza, estratos socioeconómico y grupos de edad y empieza tan pronto hacen erupción los dientes.

Según la Organización Panamericana de la Salud, las enfermedades de la cavidad oral constituyen una importante carga para el sector de la salud de muchos países y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte. Además, son enfermedades que comparten factores de riesgo con otras importantes enfermedades no transmisibles.

El estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017 (Global Burden of Disease Study 2017), indica que la caries dental sin tratar en dientes permanentes, es el trastorno de salud más frecuente y la mayoría de los países de ingresos medianos y bajos afectados, por un constante incremento de la urbanización y cambios en las condiciones de vida, aumenta la prevalencia de las enfermedades bucodentales.



SC4887-1

Las enfermedades bucodentales afectan de forma desproporcionada a los segmentos más pobres y socialmente desfavorecidos de la sociedad. Existe una relación muy fuerte y persistente entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucodentales. Esta asociación existe desde la infancia hasta la vejez, y en todas las poblaciones de los países de ingresos bajos, medianos y altos.

Las patologías bucodentales se encuentran entre las principales causas de consulta, son consideradas un problema de salud pública por su alta prevalencia e impacto en los individuos y en la sociedad, en nuestro Departamento para el año 2020 ocupa el 8 lugar en la morbilidad específica de las enfermedades no transmisibles.

### 3.1.1.2.5 Morbilidad bucodental

El componente de salud bucal sigue siendo un aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población, su importancia radica en que tiene gran parte de la carga global de la morbilidad, por los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

Las patologías bucales más prevalentes en el mundo, así como en nuestro departamento, son la caries dental, las enfermedades gingivales y periodontales.

Los resultados de los estudios de carga mundial de morbilidad, en cuanto a las patologías orales no han cambiado significativamente, es una constante en los países de ingresos medios y bajos, que las patologías orales tengan un aumento en su prevalencia. Las causas continúan siendo las mismas, una exposición insuficiente al flúor (en el suministro de agua y en los productos de higiene bucodental, como el dentífrico) y al acceso inadecuado a servicios de atención de salud bucodental en la comunidad, distribución desigual de los profesionales de la salud bucodental; la comercialización de bebidas y alimentos ricos en azúcar, así como el tabaco y el alcohol, se constituyen en factores riesgo no solo para los trastornos de salud bucodental, sino para otras enfermedades no transmisibles.

La Organización Mundial de la Salud en su centro de prensa publicado el 25 de marzo de 2020, muestra una serie de cifras preocupantes como las siguientes:

- La periodontitis grave, puede provocar la pérdida de dientes, esta afecta casi el 10% de la población mundial.
- El cáncer bucal (cáncer de labio o de boca) es uno de los tres cánceres de mayor incidencia en algunos países de Asia y el Pacífico.
- El tratamiento de los trastornos de salud bucodental es caro y por lo general no forma parte de la cobertura sanitaria universal (CSU). En la mayoría de los países de ingresos altos, el tratamiento odontológico representa el 5% del gasto total en salud y el 20% de



los gastos directos de los pacientes.

La OMS igualmente ha definido estrategias esenciales para mejorar la salud bucodental, centrándose en las poblaciones marginadas y de ingresos bajos, con más limitaciones para acceder a la atención bucodental. Entre dichas estrategias se incluyen:

- El fomento de una dieta equilibrada baja en azúcares libres y que incluya muchas frutas y hortalizas, y en la que la bebida principal sea el agua.
- La interrupción del consumo de tabaco en todas sus formas
- La reducción del consumo de alcohol.
- El fomento del uso de equipo de protección para la práctica de deportes y los desplazamientos en bicicletas y motocicletas (para reducir el riesgo de traumatismos faciales).

La exposición suficiente al flúor es un factor esencial en la prevención de la caries, se puede obtener un nivel óptimo de flúor a través de diversas fuentes, entre ellas el agua potable, la sal, la leche y el dentífrico fluorados. Debe alentarse el cepillado con dentífrico fluorado (de 1000 a 1500 ppm) al menos dos veces al día.

En nuestro país la última Encuesta de Salud Bucal es la publicada en el año 2012 el ENSAB IV, en el cual vemos que el panorama de nuestro país no es muy diferente al del resto del mundo, a pesar que contamos con todas las actividades preventivas en nuestros planes de beneficios y tenemos una cobertura en salud del 95.07% de acuerdo a información dada desde el Ministerio de Salud y Protección Social para noviembre del 2020, este último estudio nos indica que el 92% de las personas entre 12 y 79 años ha tenido caries dental en algún momento de su vida. Pasa igual con el 33% de los niños de 1, 3 y 5 años, quienes también han presentado antecedentes de la enfermedad. Además, los distintos grupos poblacionales presentan una baja accesibilidad a los servicios de salud.

Dicho estudio ha identificado, además, que a partir de los 20 años las personas empiezan a tener pérdida dental y que el número de dientes que se pierde se incrementa a medida que se aumenta la edad. Es así como el 70,4% de las personas adultas en el país ha perdido algún diente a lo largo de su vida, siendo muy importante señalar que la pérdida es mayor en las mujeres (73,0%) frente a los hombres (67,6%) y que el 5,2% de las personas son edéntulos totales (han perdido todos sus dientes), presentándose con mayor frecuencia en las personas entre 65 y 79 años (32,87% del total de los edéntulos); siendo múltiples las razones que llevan a esta condición y dentro de ellas se han identificado varias que conducen a esta situación: las campañas de salud bucodental se han dirigido principalmente a la población infantil y escolar, con poca o ninguna continuidad y sostenibilidad para educar en cuidados bucales en las personas jóvenes y adultas; también se ha identificado que las personas perciben que la responsabilidad del cuidado bucal es individual, a

pesar de que no siempre se cuenta ni se les brinda información que les permita mejorar su condición, para realizar los cuidados adecuados. Otra de las razones es que aún persisten barreras de acceso, especialmente para las zonas rurales, para llegar a los servicios de salud y a que en ellos priman los procesos curativos y asistenciales, que conllevan pérdidas progresivas de tejido dental hasta llevar a la pérdida dental, por encima de los procesos de educación y de mantenimiento de la salud bucal.

En la Resolución 2292 del 23 de diciembre del 2021 se establecen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC, en la cual están incluidos procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, incluidas la atención preventiva en salud bucal actividad de obligatorio cumplimiento bajo el aseguramiento con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, esta actividades preventivas permiten limitar el daño y mejorar las condiciones de salud; estas actividades están encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población las cuales son: 1) control y remoción de placa bacteriana en mayores de 2 años, 2) aplicación de flúor en niños y jóvenes entre 5-19 años, 3) aplicación de sellantes en población de 3-15 años, 4) detartraje supragingival (control mecánico de placa) en mayores de 12 años, respectivamente, todos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud.

Los trastornos de salud bucodental más comunes en los registros de prestación de servicios en Antioquia en el 2020, muestran que la caries y la pulpitis son las 2 primeras causas de consulta.

La caries dental se produce cuando la placa bacteriana que se forma en la superficie de los dientes convierte los azúcares libres (todos los azúcares añadidos a los alimentos por los fabricantes) en ácidos, causando daños de forma permanente en la superficie de los dientes que se convierten en pequeñas aberturas u orificios.

La pulpitis es la inflamación de la pulpa dentaria producida por caries sin tratar, traumatismos o múltiples arreglos. Su síntoma principal es el dolor.

Realizando un análisis de la distribución de las consultas odontológicas en el Departamento se encuentra que la subregión del Valle de Aburra tiene el 32.5% de las consultas seguido de la subregión de Oriente y Suroeste con un 18.6% y 12% respectivamente.

Los servicios odontológicos se vieron afectados con las medidas restrictivas tomadas en el país con la llegada del COVID-19; durante gran parte del año 2020 los servicios odontológicos tuvieron que limitar las atenciones solo a las consultas de urgencias, es así como se ve que las consultas odontológicas de valoración disminuyeron en un 43.6% con respecto a las del 2019, pero de igual forma las consultas odontológicas de urgencias disminuyeron en un 10.9%. Las subregiones que

tuvieron una mayor disminución en las consultas durante el año 2020 con respecto al 2019, fueron occidente con un 54.3%, Magdalena Medio con un 52.5% y Suroeste con un 50%; la subregión del Valle de Aburrá que es la que tiene un mayor porcentaje de atenciones en el Departamento, tuvo una disminución del 36.5%.

Tabla 134. Morbilidad general salud bucal. Antioquia 2015 – 2020, Antioquia

Causa de morbilidad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tendencia
K021 - Caries de la dentina	9,65	9,72	8,77	8,34	7,77	9,59	
K040 - Pulpitis	5,85	5,54	5,85	5,91	5,83	7,14	
K083 - Raiz dental retenida	6,6	6,1	6,3	6,0	5,8	6,7	
K051 - Gingivitis crónica	5,9	6,3	5,7	5,4	5,2	5,1	
K053 - Periodontitis crónica	3,9	3,2	4,2	4,3	4,5	4,7	
K041 - Necrosis de la pulpa	4,2	3,4	4,1	4,3	4,4	4,6	
K031 - Abrasión de los dientes	3,4	3,6	3,4	3,6	3,7	3,5	
K006 - Alteraciones en la erupcion dentaria	2,7	2,3	2,8	3,0	2,7	2,9	
K050 - Gingivitis aguda	2,5	2,6	2,7	2,9	2,8	2,8	
K047 - Absceso periapical sin fistula	2,0	1,6	2,2	2,4	2,5	2,8	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

### 3.1.1.2.6 Lesiones

Durante el período de análisis 2009 al 2022 las lesiones aportaron el 6.0% del total de consultas, con una mayor prevalencia en el curso de vida juventud en los cuales se registraron un total de 2.229.756 atenciones en salud por este tipo de eventos, lo que representa un porcentaje de 12.6% de las consultas en este ciclo vital.

Las causas que más impactaron las atenciones en este subgrupo son: traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con un 94.2% para el año 2022, evidenciando un incremento de 2.3 puntos con respecto al año anterior, seguido de las lesiones no intencionales con 4.54%. Al realizar el comparativo de proporción de atenciones por sexo se observa un comportamiento similar para ambos, aunque es importante resaltar que las lesiones no intencionales impactaron en mayor proporción a las mujeres.

Tabla 135. Morbilidad específica en lesiones. Antioquia 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total														Tendencia			
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		Δ pp 2021-2022		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,76	3,88	4,62	5,07	3,78	4,56	4,13	11,15	5,37	7,20	9,73	8,69	7,71	4,54	-3,16			
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,34	0,43	0,45	0,38	0,44	0,43	0,48	0,41	0,58	0,60	0,69	0,75	0,68	1,14	0,56			
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,03	0,04	0,08	0,05	0,06	0,04	0,07	0,03			
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,86	95,64	94,90	94,51	95,74	94,97	95,35	88,41	94,01	92,13	89,63	90,50	91,57	94,25	2,68			
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres														Tendencia			
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		Δ pp 2021-2022		
		Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,71	4,82	5,95	6,42	4,56	5,78	5,06	15,48	6,60	9,51	12,91	11,36	9,98	5,29	-4,70	
			Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,50	0,60	0,70	0,52	0,60	0,66	0,76	0,63	0,87	0,93	0,98	1,04	0,97	1,70	0,73	
Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05		0,03	0,03	0,06	0,04	0,05	0,04	0,04	0,05	0,07	0,06	0,05	0,04	0,09	0,05			
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,73		94,54	93,32	93,01	94,80	93,53	94,14	83,84	92,48	89,49	86,05	87,55	89,01	92,93	3,88			

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres													Tendencia		
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		2022	Δ PP 2021-2022
Lesiones (V01-Y88, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y88, Y89)	3.09	3.20	3.64	4.09	3.21	3.71	3.48	7.92	4.47	5.43	7.27	6.81	6.03	3.97	-2.06	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.22	0.31	0.26	0.28	0.31	0.27	0.29	0.34	0.36	0.34	0.45	0.55	0.46	0.71	0.26	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.04	0.05	0.04	0.03	0.04	0.03	0.03	0.04	0.08	0.04	0.06	0.05	0.05	0.06	0.11	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96.65	96.44	96.07	95.90	96.43	95.99	96.20	91.81	95.13	94.15	92.23	92.58	93.48	95.28	1.70	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

### 3.1.2 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

Las Enfermedades de alto costo representan un alto riesgo para el equilibrio financiero de las empresas en salud y pueden ser un factor determinante para su supervivencia en el mercado, es por esta razón que resulta esencial conocer su comportamiento para así poder generar estrategias que permitan prever el impacto que puede generar en el sistema de seguridad social en salud y así mismo orientar la gestión del riesgo en salud en los territorios, garantizando la disponibilidad de recursos y el sostenimiento del sistema de salud <sup>75</sup>. Para conocer cuáles son las patologías que se clasifican como de Alto costo, hay que tener en cuenta que las poblaciones no representan un riesgo estándar, por lo tanto hay subgrupos dentro de ellas que de acuerdo al estado de salud, tendrán probabilidad de demandar más los servicios sanitarios; se estima que entre un 20% a 30% de la población consume el 70% de los recursos gastados, mientras que el resto, solo requiere servicios que representan el 30% del gasto.<sup>76</sup> En Colombia, la ley 100 de 1993 y la ley 1122 de 2007, el gobierno definió una lista de eventos de alto costo, en la cual incluyeron patologías, tratamientos específicos y ámbitos de prestación; se establecen entonces a través de la resolución 2565 de 2007 y la resolución 3978 de 2009 las patologías consideradas de alto costo: Enfermedad Renal Crónica, Cáncer (Cérvix, mama, estómago, colon, recto, próstata, leucemia linfocítica aguda y mielocítica aguda, linfoma hodking y no hodking, epilepsia, artritis reumatoide, VIH/SIDA)

La Cuenta de Alto Costo -CAC, es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante el Decreto 2699 de 2007 que obliga a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB de ambos regímenes y demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC a asociarse para abordar el alto costo y opera como un Fondo auto gestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo.

Constituye un «Frente Común» para el abordaje del alto costo como fenómeno de gran impacto en el país, mediante articulación de Sociedades Científicas, Instituciones Prestadoras,

<sup>75</sup> David D. Inés Milena, Medina P. Ana María, Martínez L Elkin. Enfermedades de alto costo en afiliados a un sistema institucional de aseguramiento y prestación de servicios de salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2006 July [cited 2022 Dec 28]; 24(2): 98-104. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2006000200010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000200010&lng=en).

<sup>76</sup> Criterios para identificar patologías de alto costo en Colombia, Ministerio de salud protección social. Colombia



Asociaciones de pacientes y EAPB, que promueve la gestión de riesgos en EPS e IPS mediante pedagogía, difusión de experiencias exitosas, instrumentación y creación de referentes técnicos, para disminuir la tendencia de nuevos casos de alto costo y procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes con el fin de disminuir los eventos evitables derivados.

La CAC tiene un modelo de gestión de la información para el manejo estandarizado de las patologías: Enfermedad Renal Crónica, VIH/SIDA, Cáncer, Hemofilia y Artritis Reumatoide a través de las metodologías basadas en evidencia, fomentando el enfoque de gestión del riesgo en su manejo y contribuyendo a la disminución del impacto de la carga de la enfermedad.

A continuación, por cada una de las patologías se describe y analiza comportamiento epidemiológico en el departamento, utilizando los datos disponibles en HIGIA-Cuenta de Alto Costo con la información estadística más reciente (01-02-2021 al 31-01-2022). No hay información disponible para leucemia aguda pediátrica mieloide y linfoide en menores de 15 años, por ello se mantiene la última data.

**Tabla 136.** Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Antioquia, 2006 – 2022

Evento	Colombia 2022	Antioquia 2022	Comportamiento																		
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021				
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	69,87	63,37	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↗	↘					
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	8,05	6,57	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘					
Tasa de incidencia de VIH notificada	27,72	35,04	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗						
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,00	SD	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-					
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	0,00	SD	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	-	↘						

Fuente: Cuenta de alto costo - SISPRO MSPS

### 3.1.2.1 VIH/SIDA

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH es un lentivirus de la familia Retroviridae que infecta a las células del sistema inmunológico, alterando o anulando su función. Esta infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunológico, con la consiguiente inmunodeficiencia. Se considera que el sistema inmunológico es deficiente cuando deja de cumplir su función de defensa contra las infecciones y enfermedades.

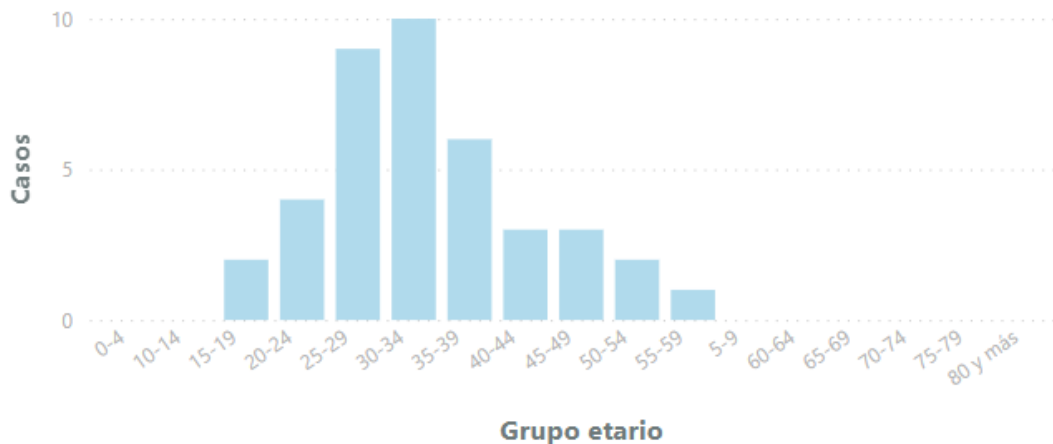
El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (Organización Mundial de la Salud).

Mediante la Resolución 273 de 2019, que derogaron las Resoluciones 4725 de 2011 y 0783 de 2012, la CAC realiza el seguimiento de la cohorte de personas que viven con el VIH-PVV y otros grupos poblacionales como: las gestantes, los menores expuestos al VIH y los casos de infección por tuberculosis.

Para Colombia, entre el 01/02/2020 al 31/01/2021 se diagnosticaron 9.210 casos con VIH, lo cual represento una disminución del 26.48% en los casos con respecto al periodo anterior, sin embargo, el 35.92% de los casos fueron diagnosticados tardíamente (fase sida). La razón hombre mujer fue 3.43:1, el 50% de los casos diagnosticados en hombres tenían 29 años o menos (RIC: 24-37 años) y en las mujeres fue de 34 años o menos (RIC: 25-45 años); la mayor concentración de casos nuevos se identificó en la región central (27.39%) seguido por Bogotá (24.69%); el 95.28% de las personas que viven con VIH en el marco del aseguramiento reciben terapia antirretroviral.

Entre 01-02-2021 y 31-01-2022 en Antioquia se reportaron 26.658 personas con diagnóstico de VIH reportadas en el periodo (01 febrero 2021 al 31 de enero de 2022), es decir 0.39 casos de VIH por 100 habitantes, lo anterior significa un incremento del 10% con respecto al periodo anterior. Por grupo de edad, la mayor frecuencia se encuentra entre 30 y 39 años; en cuanto a municipios, son Medellín y Armenia los que presentan mayor prevalencia de VIH en el departamento, 0.66 y 0.56 por 100 habitantes respectivamente, mientras que San José de la montaña no registra casos para este periodo.

Figura 176. Prevalencia de VIH-SIDA, por grupo etario, 01-02 2021/31-01-2022, Antioquia



Fuente: Cuenta de Alto Costo 2022.

La incidencia cruda del VIH aumentó un 49% en consideración al reporte previo, pasando de 24.14 a 33.50 casos de VIH por 100.000 habitantes. Medellín presenta la mayor incidencia en Antioquia

<sup>77</sup> Situación del VIH y sida en Colombia, 2021. Cuenta de Alto costo, febrero 2022.

(54.10 casos por 100 mil habitantes), seguido de Carepa y La Unión (48.13 y 37.97 casos por 100 mil habitantes).

El incremento en prevalencia e incidencia para el departamento, puede ser explicado por la implementación de estrategias para la oportunidad en el diagnóstico, así mismo el despliegue de actividades de búsqueda activa que desde el departamento se están ejecutando intensivamente (aplicación pruebas rápidas en territorios con alta concentración de población de riesgo, capacitación de talento humano para realización de pruebas rápidas, priorización de territorios sin reporte de casos para tamizaje de población de riesgo, entre otras), las cuales han permitido favorecer la captación e identificación de los casos oportunamente.

La mortalidad fue definida según el reporte de la novedad administrativa informada por las entidades en el periodo (01 febrero 2021 al 31 de enero de 2022) y el cruce con el Registro Único de Afiliados (RUAF) del Ministerio de Salud y Protección social; así las cosas, para Antioquia en el periodo de reporte se presentaron 326 fallecimientos por esta causa, es decir un incremento del 6% con respecto al año anterior; los municipios con mayor mortalidad estandarizada fueron Murindó, Hispania y Venecia con tasas de 26.55, 21.27 y 18.87 muertes por VIH por 100.000 habitantes, respectivamente.

La terapia antirretroviral es el tratamiento de las personas infectadas con VIH la cual busca reducir la mortalidad y morbilidad entre la población afectada por este virus y además previene la transmisión del VIH, mejorando la calidad de vida de los pacientes y comunidades. Dentro de las estrategias de respuesta mundial a la epidemia del VIH, se estableció el concepto 95-95-95, el cual contempla los siguientes objetivos al 2030:

- El 95% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico
- El 95% de las personas diagnosticadas con VIH reciban terapia antirretroviral continuada
- El 95% de las personas que reciben terapia antirretroviral, tengan supresión viral

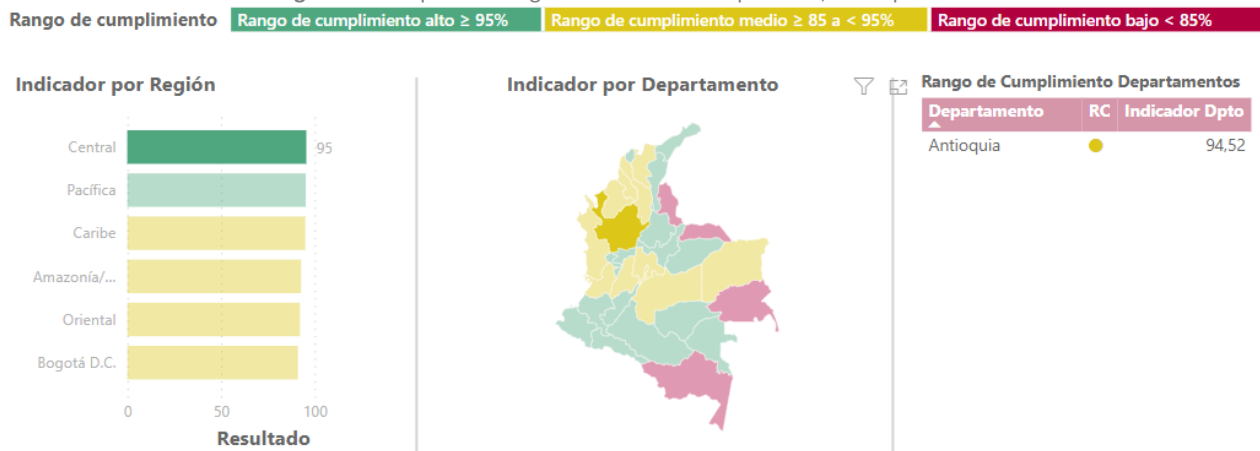
Para 2022 en Antioquia, la cobertura de terapia antirretroviral sería de 88.58%; este resultado indicaría que la población del departamento que vive con VIH y conoce su diagnóstico, está recibiendo el tratamiento antirretroviral, es decir que no se estaría dando cumplimiento a la meta establecida por ONUSIDA para el segundo objetivo 95-95-95, a pesar de que en 2021 la cobertura fue 94.27%.

Por otra parte, dentro de los logros que se destacan en salud pública, está la implementación de políticas y estrategias que buscan reducir el riesgo de la transmisión materno infantil del VIH como problema en salud pública, buscando aprovechar todas las oportunidades de diagnóstico de esta infección en la gestante e implementar una adecuada prevención de estos eventos. El tamizaje para VIH en las mujeres embarazadas ha venido incrementando su cobertura a lo largo de los años tanto en la región de las Américas, Colombia y en Antioquia, sin embargo, para el 2020 y 2021 se ha presentado una disminución promedio del 2% para este indicador pasando de 96.48%



en 2021 a 94.52% en 2022, atribuido al manejo de la pandemia por el COVID 19 el cual generó barreras en la atención en salud para toda la población en general, incluyendo la población gestante.

Figura 177 Proporción de gestantes Tamizadas para VIH, Antioquia 2022.



Fuente: Indicadores de gestión del riesgo, Cuenta de alto costo. 01-02-2021-31-01-2022

En cuanto a los indicadores de gestión para la población menor de 6 meses, se evidencia una disminución en las coberturas de 2021 a 2022 tanto del estudio y profilaxis de los menores de 6 meses expuestos al VIH:

- **Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos:** Los menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH para Antioquia pasaron de un 100% en 2021 a 78.79% en 2022, siendo Apartadó (50%), Cauca (66.67%) y Medellín (77.42%) los municipios con menor proporción para el departamento. Si bien, la información disponible en aseguramiento para este indicador, no está desagregada por departamento, es posible evidenciar que a nivel nacional son las aseguradoras indígenas y adaptadas las de menor proporción (75%), seguida de las públicas y mixtas (85%), en donde se destaca Savia salud con un 71.74% de cobertura en el seguimiento y Nueva EPS Contributivo 91.67%, ambas con presencia en Antioquia.
- **Proporción de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH:** Se identifica una disminución del 10% en la proporción de los menores de 6 años con profilaxis posnatal para VIH con respecto al periodo anterior, pasando de 94.87% en 2021 a 78.79% en 2022; se identifica 1 caso en Zaragoza el cual no tuvo suministro de esta. En Colombia es el régimen contributivo el de menor porcentaje en el suministro de profilaxis posnatal para VIH en menores de 6 meses (72%), siendo las EPS Sura (16%), Salud total (58.82%) y Sanitas (83.83%) las de menor cobertura.



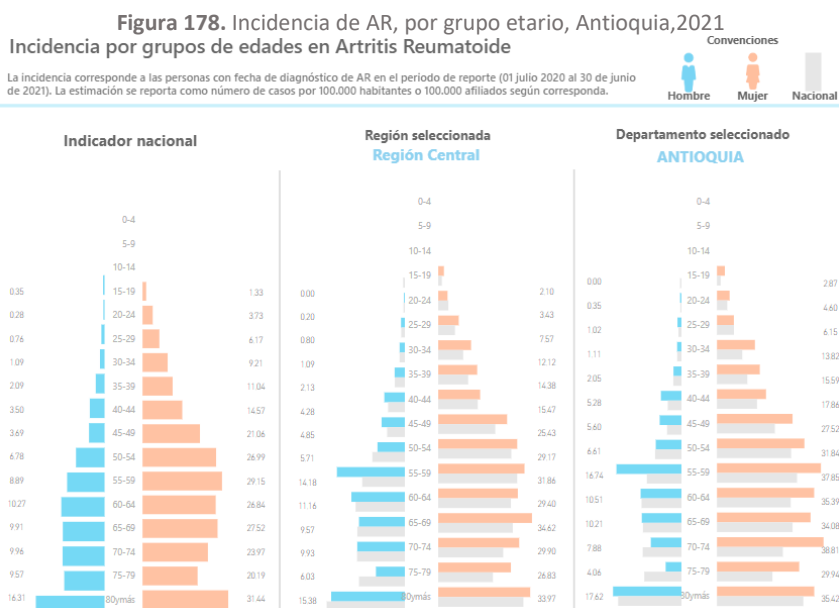
## 3.1.2.2 Artritis Reumatoide.

La Artritis Reumatoide -AR, es una enfermedad inflamatoria sistémica autoinmune y persistente principalmente de las articulaciones de manos y pies, produciendo su destrucción progresiva y generando distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. Este trastorno es de etiología desconocida, pero el factor autoinmune predomina en la progresión de la enfermedad.

A partir de la Resolución 1393 de 2015 se establece la obligatoriedad del reporte para el registro de pacientes con AR a la Cuenta de Alto Costo-CAC por parte de las EAPB.

A 30-07-2020, Colombia reporta 99.858 casos de AR, es decir 0.27 casos por 100 habitantes, de los cuales fueron diagnosticados entre el 01-07-2020 y el 30-07-2022 un total de 3.614 casos (incidencia ajustada 9.66 casos AR por 100.000 habitantes; para este mismo periodo se presentaron 8.52 fallecimientos por 100.000 habitantes (mortalidad ajustada).

En Antioquia, de acuerdo con la información disponible en la CAC y en el período comprendido entre 01-07-2020 al 30-07-2020 hubo 17.463 personas con diagnóstico de AR lo cual se traduce en una prevalencia ajustada de 0.34 casos por 100 habitantes. En cuanto a la incidencia, es un evento que afecta en mayor proporción a las mujeres y se concentra en las edades entre 55 a 74 años, la tasa de incidencia ajustada por edad es de 12.99 casos por 100.000 habitantes. La tasa ajustada de mortalidad cruzada con RUAF para este periodo, correspondió a 507 fallecidos para una tasa de 10.2 muertes por 100.000 habitantes.; los municipios con mayor número de casos son Armenia, Caldas y Medellín.



Fuente: Tablero indicadores, Cuenta de Alto Costo



### 3.1.2.3 Hemofilia

La hemofilia es un trastorno hereditario de la coagulación caracterizado por una deficiencia de los factores VIII (hemofilia A) o IX (hemofilia B), debido a una mutación en los genes que los regulan. En el mundo, se ha estimado una prevalencia de 17,1 y 3,8 casos por 100.000 hombres para la hemofilia A y B, respectivamente. La hemofilia A es la más frecuente, agrupando cerca del 85% del total de casos. La presentación clínica es heterogénea y depende de la severidad de la enfermedad, que puede ir desde formas leves a severas dependiendo del tipo de mutación.

La CAC en cumplimiento de la Resolución 0123 del 2015, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, maneja el registro nacional de hemofilia y otras coagulopatías, al que los aseguradores reportan anualmente con corte al 31 de enero.

Según la CAC en Colombia el número de personas con hemofilia A y B es de 2624 casos a 2021 equivalente a 5.21 casos por 100 habitantes. El período reportado hace referencia a 01-02-2020 a 31-01-2021, se estimó para la hemofilia A y B, una incidencia de 0.97 casos por cien mil habitantes con un total de 49 casos nuevos. La mortalidad se cruza con la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA, reporta 17 personas fallecidas para una tasa de mortalidad de 0.34 por 100.000 habitantes.

Para Antioquia de acuerdo a lo reportado por la CAC en 2021, la incidencia fue de 1.42 casos por 100.000 habitantes correspondientes a 9 casos, siendo Medellín el municipio con la mayor tasa en el departamento (3.69 por 100.000 habitantes). La prevalencia fue de 5.48 por 100.000 habitantes correspondiente a 362 casos de hemofilia A y B. Medellín reporta el mayor número de casos 181 del total de Antioquia, seguido de Bello, Itagüí, Envigado y Copacabana, el municipio con la prevalencia más alta es Tarso con 82.23 por 100 habitantes equivalentes a 5 casos, seguido de Concepción con 3 casos y una tasa de 65.98 por 100 habitantes. Para el período informado se reporta 1 fallecimientos, para una tasa de mortalidad ajustada de 0.43 por 100.000 habitantes.

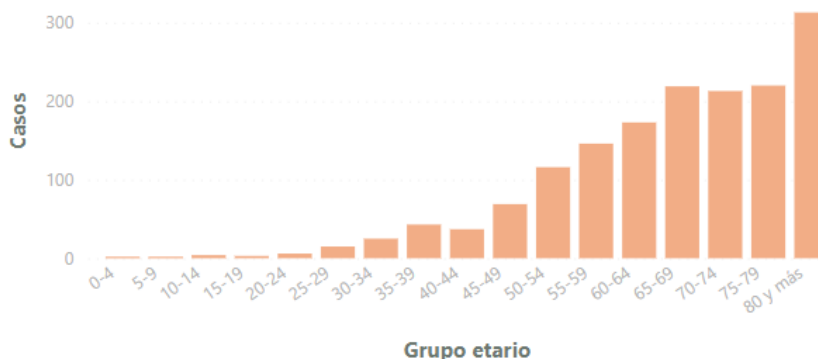
### 3.1.2.4 Cáncer

La CAC, da cuenta que en Colombia mediante la Resolución 0247 de 2014 se inició el registro de la información de las personas con cáncer atendidas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En esa primera medición se reportaron 139.789 casos en el país, cifra que ha ascendido a 34.575 personas en el 2021 con algún tipo de cáncer. En este mismo período, el número de Casos Nuevos Reportados-CNR fue de 37.706 y se informaron 33.600 fallecimientos.

En cuanto a prevalencia, Antioquia estimó 1.096.94 casos de cáncer en 100.000 habitantes en la población general, representando un incremento del 15.8% respecto al 2020 donde la prevalencia

pasó de 386.71 en 2020 a 946.97 casos por 100.000 habitantes en 2021. Los grupos de edad que concentraron la mayoría de los casos fueron los mayores de 65 años.

Figura 179. Casos de cáncer por grupo etario, Antioquia, 2021



Fuente: Tablero indicadores, Cuenta de Alto Costo

El cáncer de mama, fue el de mayor frecuencia entre los 11 tipos priorizados y además sigue siendo el más común en las mujeres, su prevalencia en Antioquia para el 2021 fue de 412 casos por 100.000 habitantes en la población adulta, seguido el cáncer de próstata (253.90 por 100.000 habitantes en la población adulta) y el cáncer de cérvix (89.66 por 100.000 habitantes en la población adulta).

Tabla 137. Prevalencia y mortalidad de Cáncer adulto, por tipo, por 100.000 habitantes. Antioquia, 2021

Tipo cáncer	Numerador	Denominador	Valor crudo	Valor ajustado	IC_95_inf	IC_95_sup
Cérvix	3.285	3.449.916	95,22	89,66	86,62	92,78
Pulmón	1.570	6.677.930	23,51	22,27	21,18	23,4
Melanoma	1.185	6.677.930	17,75	16,93	15,98	17,92
Mama	15.327	3.449.916	444,27	412,06	405,55	418,64
Próstata	8.348	3.228.014	258,61	253,9	248,48	259,42
Colon y recto	5.343	6.677.930	80,01	75,87	73,84	77,93

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Somos una de las entidades territoriales que a nivel país presenta altas cifras de prevalencia y diagnóstico de cáncer general y específica (tumores en mama, próstata y cérvix), comportamiento que puede ser explicado por la alta red de prestadores para el diagnóstico y la atención del cáncer disponibles en el territorio, lo cual favorece a una mayor concentración poblacional en busca de atención sanitaria oportuna y de calidad; es por esto que se deben fortalecer las estrategias de gestión del riesgo para cada uno de estos eventos, sobre todo aquellos que cuentan con pruebas de tamizaje que permiten un diagnóstico temprano como lo son el cáncer de mama, cérvix, próstata y colon; del mismo modo fortalecer la articulación entre los diferentes actores del SGSSS

para disminuir los tiempos de espera para el inicio del tratamiento, principalmente aquellos casos que son diagnosticados tempranamente.

### 3.1.2.4.1 Cáncer pediátrico.

De acuerdo a la CAC, evidencia en el período 02/01/2020 a 01/02-2021 2.474 casos diagnosticados de cáncer en menores de 18 años en Colombia para una tasa de 170.09 por 1.000.000 menores de 18 años, una mortalidad de 72.03 equivalente a 1047 fallecimientos en este grupo de edad.

Para Antioquia, la prevalencia del total de cáncer en los menores de 18 años, corresponde una tasa de 647.20 por 1.000.000 menores de 18 años con 1.120 casos, la tasa de mortalidad fue de 29.61 por 1.000.000 menores de 18 años equivalente a 51 casos en el período reportado. Al desagregar por los tipos de cánceres más frecuente en los menores de 18 años se observó que la leucemia linfocítica aguda presentó la tasa más alta, luego el segundo tipo son los tumores del sistema nervioso central y en tercer lugar el Linfoma No Hodgkin.

Tabla 138. Prevalencia y mortalidad de Cáncer pediátrico, por tipo, por 1.000.000 < 18 años, Antioquia, 2021

Tipo cáncer	Numerador	Denominador	Valor crudo	Valor ajustado	IC_95_inf	IC_95_sup
Linfoma No Hodgkin	113	1.717.259	65,8	46,31	37,59	56,62
Linfoma Hodgkin	69	1.717.259	40,18	33,24	25,21	43
Sistema Urinario	74	1.717.259	43,09	43,13	33,87	54,15
Leucemia linfocítica aguda	299	1.717.259	174,11	173,31	154,22	194,11
Leucemia mielocítica aguda	45	1.717.259	26,2	26,15	19,08	35
Sistema Nervioso central	141	1.717.259	82,11	81,24	68,38	95,82

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

### 3.1.2.5 Enfermedad renal crónica.

La Enfermedad Renal Crónica -ERC se define como la presencia de alteraciones progresivas e irreversibles de la estructura o la función renal por 3 meses o más, con implicaciones a la salud.

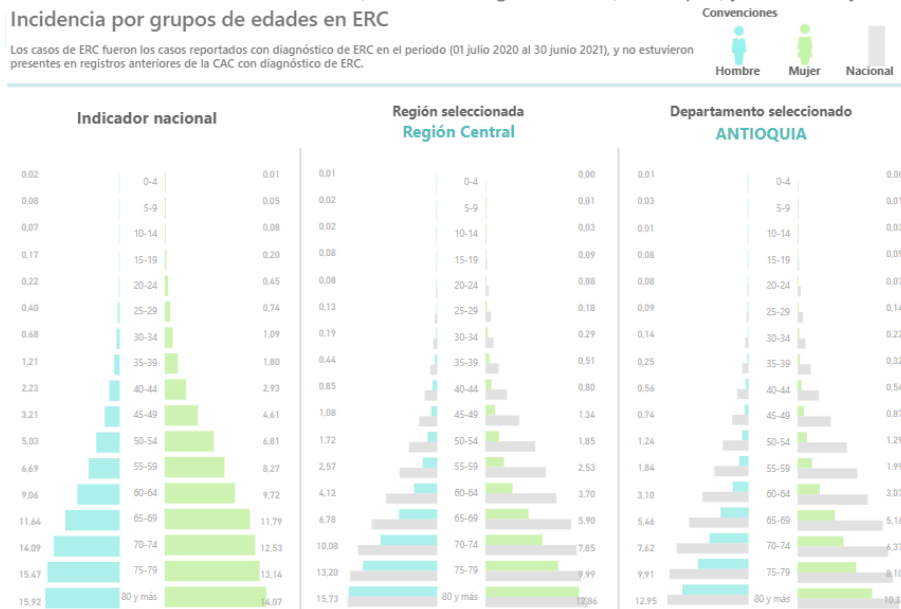
En Colombia en el período reportado por la CAC entre el 1 de julio del 2020 y 30 de junio del 2021, se reportaron 154.688 casos de ERC, para una tasa de 3.05 por 100.000 habitantes, la prevalencia fue de 1.75 por 100.000 habitantes correspondiente a 889.123 personas con este diagnóstico, una mortalidad cruzada con RUAF de 74.44 por 100.000 habitantes y 37.751 personas fallecidas. En este período fueron diagnosticadas con ERC estadio 5, 4.518 personas, con una tasa de 8.91 por 100.000 habitantes. Para una prevalencia de 81.34 por 100.000 habitantes con 41.246 casos, mortalidad de 14.55 por 100.000 habitantes y 7.380 fallecidos. En el departamento de Antioquia, la ERC presenta en el período notificado un total de 89.751 casos, una incidencia de 1.17 por

100.000 habitantes, la prevalencia es de 1.29 por 100.000 habitantes y un total de 107.312 casos, la mortalidad fue de 5.738 fallecidos con 3.83 por 100.000 habitantes.

Para la ERC estadio 5 la incidencia es de 9.39 por 100.000 habitantes y 632 casos, la prevalencia es de 110 por 100.000 habitantes, 7.403 personas diagnosticadas, el total de fallecidos fue de 1.113 personas, tasa de 16.54 por 100.000 habitantes, es importante resaltar que las tasas de incidencia más altas se encuentran en los municipios de Cisneros con 27.65 casos por 100.000 habitantes, Abriaquí 27.06 casos por 100.000 habitantes, Venecia que reporta 26.88 casos por 100.000 habitantes. Los municipios con mayor tasa de mortalidad fueron Santa Rosa, San Luis y Puerto Berrio con 39.41, 37.81 y 34.12 por 100.000 habitantes respectivamente.

Al comparar la incidencia con respecto a la del país, se evidencia que tanto en hombres como en las mujeres a partir de los quinquenios del grupo de edad de 65 años y más, es mayor que en el resto de edades.

**Figura 180.** Pirámide de la incidencia de ERC, Colombia Región Central, Antioquia, julio 2020 a junio del 2021

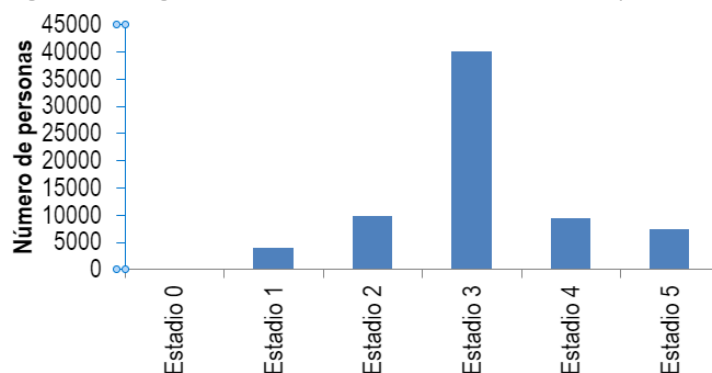


Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Para Antioquia, la incidencia de terapia de remplazo renal -TRR, definida como las personas que para el período iniciaron bien sea, hemodiálisis, diálisis peritoneal, tratamiento médico como dialítico, o trasplante es de 8.47 por 100.000 habitantes con 570 casos, Mutata, Caramanta, San Francisco y Venecia son los municipios que presentan las tasas más altas en el Departamento con 41.87, 21.64, 21.20 y 20.75 por 100.000 habitantes respectivamente. La prevalencia es de 99.8 por 100.000 habitantes para 6.717 casos evidenciando una tasa mayor que la del país, algunos de los municipios Valdivia, Rionegro e Itagüí presentan cifras de prevalencias altas con 145.91,

125.29 y 124.32 por 100.000 habitantes respectivamente. La mortalidad por TRR es de 12,64 por 100.000 habitantes correspondiente a 905 personas fallecidas y se encuentra por debajo de la tasa nacional que es de 13.10 por 100.000 habitantes.

Figura 181. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Antioquia, 2020



Fuente: Cuenta de alto costo – SISPRO-MSPS

### 3.1.2.6 Morbilidad de eventos precursores

El grado de afectación en la Enfermedad Renal Crónica-ERC se determina mediante la medición de la tasa de filtración glomerular -TFG menor a 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> o la presencia de daño renal demostrado directa o indirectamente, mediante marcadores como la albuminuria. Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y regular los electrolitos en la sangre, siendo la Hipertensión Arterial -HTA y la Diabetes Mellitus -DM las principales precursoras.

La HTA, en Antioquia de acuerdo a la CAC, presenta una prevalencia de 12,35 casos por 100.000 habitantes que corresponden a 831.216 personas con este diagnóstico al 30/06/2020. Caldas con 13.921 casos representa el municipio con mayor prevalencia por esta causa en el departamento, seguido de Medellín con tasa de 13.85 por 100.000 habitantes con 400.172 casos. La incidencia de 5.8 casos nuevos de HTA por 100.000 habitantes con 41.895 casos, la mortalidad reporta 25.353 fallecidos para una tasa de 367.35 por 100.000 habitantes.

Para la Diabetes Mellitus- DM, la incidencia es de 2,9 por 100.000 habitantes, con 20.696 personas con el diagnóstico de DM en el período reportado, el municipio con mayor tasa es San Luis con 9.32 por 100.000 habitantes y 117 casos. Con relación a la mortalidad la tasa del Departamento es de 144,36 por 100.000 habitantes y 4.498 casos, Carepa es el municipio que presenta la mortalidad más alta con una tasa de 287.55 por 100.000 habitantes para 77 casos, seguido del Apartado con 287.955 por 100.000 habitantes con 172 casos, en tercer lugar, se encuentra Chigorodó con 216.73 por 100.000 habitantes y 3 casos.

La semaforización del 2020 de las tasas de los eventos precursores como la HTA y la DM evidencia que no hay diferencia entre las tasas del departamento de Antioquia con relación al país.

Tabla 139. Eventos precursores. Antioquia, 2022

Evento	Colombia 2021	Antioquia 2021	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevalencia de diabetes mellitus	2,94	3,63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	8,75	11,54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	-	↗	↗	↗

Fuente: Cuenta de alto costo - SISPRO MSPS

### 3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) es un proceso esencial para la seguridad sanitaria nacional que tiene entre otras funciones, el identificar y recolectar información para el análisis y comprensión de las situaciones en salud de los territorios, se basa en una serie de eventos definidos como prioritarios para el país y las acciones al interior del sistema están soportadas en la normatividad vigente, que define las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema general de Seguridad Social en el territorio nacional.

La priorización de los eventos se basa en criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público, entre otros.

El flujo de la información desde el nivel local hasta el Instituto Nacional de Salud-INS, se realiza a través del software SIVIGILA y el ingreso de información y acciones relacionadas con los diferentes eventos, se soportan en los lineamientos del INS, plasmados en los protocolos y fichas de notificación.

El Departamento cuenta con una red de operadores conformada por diferentes actores categorizados como UPGD (Unidades Primarias Generadoras de Datos) y UI (Unidades Informadoras), que de acuerdo al flujo de información son los que captan y notifican los eventos de interés en salud pública. Desde el nivel central cuenta con un grupo de profesionales encargados de brindar asistencia técnica a los municipios, hacer seguimiento al comportamiento de estos eventos, y orientar acciones de intervención de acuerdo a los hallazgos.

Los siguientes son los eventos que por componentes integran el SIVIGILA

Figura 182. Eventos de notificación obligatoria en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA



Fuente: Instituto Nacional de Salud - INS



La distribución de estos eventos en el territorio está supeditada a factores como la pirámide poblacional, la cual determina mayor o menor cantidad de personas susceptibles a ciertos eventos, coberturas de vacunación, clima y costumbres que favorecen la supervivencia de vectores, entre muchos otros.

Frente a los eventos se realizan una serie de acciones tanto desde el sector salud como otros sectores, que tienen como finalidad su prevención y control. No obstante, por una sumatoria de factores medio ambientales, de la persona y de la prestación de los servicios de salud, se presentan defunciones relacionados con los eventos de importancia en salud pública; en el año 2020 la patología que presentó una mayor letalidad fue por causa de Leptospirosis, con un incremento de los casos desde 2019; al comparar este comportamiento con el nivel nacional no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 140. Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública. Antioquia, Colombia 2006 – 2020

Causa de muerte	Colombia 2020	Antioquia 2020	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Letalidad de accidente ofídico	1,39	1,95	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de dengue	0,13	0,14	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Dengue grave	0,46	0,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de eventos adversos seguidos a vacunación	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de fiebre tifoidea y paratifoidea	1,92	0,00	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de hepatitis A	0,30	0,00	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de hepatitis B, C y confección B-D	0,16	0,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de hipotiroidismo congénito	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,42	0,61	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	38,81	28,72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de intoxicaciones	1,21	0,97	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de leishmaniasis	0,05	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de leishmaniasis cutánea	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de leishmaniasis mucosa	3,39	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Lepra	0,46	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de leptospirosis	100,00	83,33	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Malaria	0,04	0,02	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de malaria asociada	2,24	1,52	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de malaria falciparum	0,01	0,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de malaria vivax	0,00	0,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Meningitis Neisseriameningitidis (Nm)	11,54	7,69	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Meningitis por Haemophilus influenzae - Hi	11,76	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Meningitis Streptococpneumoniae (Spn)	4,23	14,29	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de meningitis tuberculosa	8,78	8,45	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de parotiditis	0,04	0,15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de sífilis congénita	1,47	0,56	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de tétanos accidental	52,00	66,67	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de tétanos Neonatal	50,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de tosferina	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	8,21	6,81	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Tuberculosis farmacorresistente	9,78	7,50	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de tuberculosis pulmonar	8,76	7,01	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Letalidad de Varicela	0,08	0,10	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
<b>Tasas de incidencia PDSP</b>																				
Tasa de incidencia de chagas	0,22	0,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de incidencia de dengue	261,17	95,41	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Tasa de incidencia de dengue grave	3,03	1,56	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Tasa de incidencia de leptospirosis	0,06	0,20	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,80	2,00	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Fuente: SIVIGILA – SISPRO MSPS

En cuanto al comportamiento de los eventos de importancia en salud pública en el año 2022, encontramos que nuevamente la violencia de genero intrafamiliar y sexual fue el evento que más frecuentemente se notificó en el departamento de Antioquia; en segundo lugar están las agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, seguido de la Malaria, luego las



intoxicaciones y finalmente el intento de suicidio. A continuación, hacemos una ampliación del comportamiento de estos eventos.

Tabla 141 Incidencia eventos de interés en salud pública más frecuentes. Antioquia, Colombia 2022

<b>EVENTO</b>	<b>casos</b>	<b>Tasa * cien mil hbtes.</b>
<b>VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR</b>	<b>25379</b>	<b>373,9</b>
<b>AGRESIÓN POR ANIMALES POTENCIALES</b>	<b>16624</b>	<b>244,9</b>
<b>TRANSMISORES DE RABIA</b>	<b>16624</b>	<b>244,9</b>
<b>MALARIA</b>	<b>7647</b>	<b>112,7</b>
<b>INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUIMICAS</b>	<b>6687</b>	<b>98,5</b>
<b>INTENTO DE SUICIDIO</b>	<b>5723</b>	<b>84,3</b>
<b>ENFERMEDADES HUÉRFANAS</b>	<b>4414</b>	<b>65,0</b>
<b>MORBILIDAD MATERNA EXTREMA</b>	<b>3699</b>	<b>55,4</b>
<b>TUBERCULOSIS</b>	<b>3483</b>	<b>51,3</b>
<b>VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA</b>	<b>2932</b>	<b>43,2</b>
<b>VARICELA INDIVIDUAL</b>	<b>2294</b>	<b>33,8</b>

Fuente: SIVIGILA – SISPRO MSPS

A continuación, ampliamos la información de los eventos que presentaron un comportamiento inusual durante la vigencia 2022

### 3.1.3.1 Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) han sido catalogadas como un evento de interés en salud pública a nivel mundial debido a su alto impacto relacionado con el incremento de la estancia hospitalaria, uso y requerimiento de antimicrobianos, re-intervenciones, incapacidad de los pacientes y el incremento desmedido de los costos en salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que entre el 7-15% de los pacientes que

ingresan a una unidad de cuidados intensivos contraerá, al menos, una IAAS durante su hospitalización, de ellos, al rededor del 10% fallecerán. De igual modo, señala que la carga de IAAS en los países de ingresos bajos y medianos es del doble en comparación con los países de ingresos altos (1).

Las IAAS, en consecuencia, son aquellas infecciones que no estaban presentes ni incubándose en el huésped al momento de la admisión al servicio de salud, desarrolladas en el ambiente hospitalario por consecuencia de las prácticas propias de los servicios de salud (2).

### 3.1.3.1.1 Comportamiento de las Infecciones Asociadas a Dispositivos en Unidades de Cuidado Intensivo

Durante el año 2022 se notificaron un total de 1047 casos de Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) del departamento de Antioquia.

El tipo de infección más frecuente fue la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) con 411 casos (39,3%), seguida de la infección de torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) con 378 casos (36,1%) e infección sintomática de tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) con 258 casos (24,6%), sin embargo, esta distribución cambia según el tipo de UCI, siendo la ISTU-AC el tipo de infección más frecuente en las UCI pediátricas (37,8%) y la ITS-AC en las UCI neonatales (77,6%).

Los principales microorganismos asociados a las IAD fueron *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. Sin embargo, es de resaltar que el 89,5% de la NAV fueron reportadas con criterio clínico, por lo que no se cuenta con el dato del agente causal. El microorganismo más frecuente en las ISTU-AC fue *E. coli* causando el 40,7% de las infecciones, seguido de *K. pneumoniae* con el 18,0% y *P. aeruginosa* con el 11,5%, mientras que en las ITS-AC hay una mayor variedad de microorganismos causantes, siendo *E. coli*, *K. pneumoniae* y *S. epidermidis* las especies más frecuentes.

La tasa general de IAD en el departamento de Antioquia para los servicios UCI fue de 2,6 infecciones por cada 1.000 días dispositivo, siendo mayor la tasa de NAV con 3,7 casos por 1.000 días ventilación mecánica, seguida de las ITS-AC con 2,4 casos por 1.000 días catéter central y las ISTU-AC con 1,8 casos por 1.000 días catéter urinario.

En la comparación de las tasas de incidencia de las IAD por municipio en las UCI adulto se encuentran 4 municipios con tasas de NAV por encima del nivel departamental: Caucasia (12,7 casos por 1000 días ventilación mecánica), Bello (10,5 casos por 1000 días ventilación mecánica), Apartadó (7,6 casos por 1000 días dispositivos) y La Ceja (5,6 casos por 1000 días dispositivo). En

las ISTU-AC las tasas más altas se reportaron en Rionegro (3,8 casos por 1000 días catéter urinario), Apartadó (2,9 casos por 1000 días catéter urinario) y Bello (1,8 casos por 1000 días catéter urinario). En cuanto a las ITS-AC, La Ceja fue el municipio que reportó la tasa más alta con 3,1 casos por 1000 días catéter central, seguido de Envigado con 2,7 casos por 1000 días catéter central, Bello con 2,5 casos por 1000 días catéter central y Apartadó con 2,3 casos por 1000 días catéter central (ver tabla 1).

Los municipios de Bello y Apartadó mostraron tasas de IAD por encima de las tasas departamentales en los 3 tipos de infecciones, mientras que Sabaneta, Itagüí y Medellín estuvieron por debajo en las tasas departamentales en las IAD vigiladas.

Solo dos municipios cuentan con UCI pediátrica: Medellín y Rionegro, este último municipio reportó las tasas más altas de NAV e ISTU-AC en este servicio, más del doble de las reportadas por Medellín, sin embargo, la tasa de incidencia de ITS-AC fue aproximadamente la mitad de la reportado por Medellín (ver tabla 3).

En las UCI neonatales, la tasa de NAV en Rionegro fue muy superior a la departamental, reportando 16,2 casos por 1000 días ventilación mecánica, mientras que la tasa departamental fue de 3,5 casos por 1000 días ventilación mecánica. Otro municipio que tuvo una tasa por encima de la departamental fue Envigado, con casi el doble de los reportado en Antioquia. En cuanto a las ITS-AC, la tasa más alta se presentó en Medellín con 6,1 casos por 1000 días catéter central, seguido de Envigado con 4,9 casos por 1000 días catéter central, los demás municipios se ubicaron por debajo de tasa departamental (ver tabla 1).

Tabla 142. Tasas de incidencia por 1000 días dispositivo por tipo de unidad de cuidado intensivo, Antioquia, 2022

Municipio	UCI Adultos								
	NAV			ISTU-AC			ITS-AC		
	Casos	Días Dispositivo	Tasa	Casos	Días Dispositivo	Tasa	Casos	Días Dispositivo	Tasa
APARTADO	30	3956	7,6	20	6867	2,9	17	7529	2,3
BELLO	44	4175	10,5	12	6583	1,8	15	6069	2,5
CAUCASIA	5	393	12,7	0	798	0,0	0	448	0,0
ENVIGADO	15	5143	2,9	4	8281	0,5	19	7113	2,7
ITAGUI	4	3100	1,3	6	4170	1,4	3	2952	1,0
LA CEJA	12	2145	5,6	3	2759	1,1	5	1636	3,1
MEDELLIN	231	66706	3,5	145	93220	1,6	156	82773	1,9
RIONEGRO	16	7375	2,2	40	10528	3,8	19	10717	1,8
SABANETA	0	155	0,0	0	258	0,0	0	222	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>357</b>	<b>93148</b>	<b>3,8</b>	<b>230</b>	<b>133464</b>	<b>1,7</b>	<b>234</b>	<b>119459</b>	<b>2,0</b>

Municipio	UCI Pediátrica								
	NAV			ISTU-AC			ITS-AC		
	Casos	Días Dispositivo	Tasa	Casos	Días Dispositivo	Tasa	Casos	Días Dispositivo	Tasa
MEDELLÍN	16	7409	2,2	22	7297	3,0	24	11219	2,1
RIONEGRO	4	824	4,9	6	772	7,8	2	1521	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>8233</b>	<b>2,4</b>	<b>28</b>	<b>8069</b>	<b>3,5</b>	<b>26</b>	<b>12740</b>	<b>2,0</b>

### UCI Neonatal

Municipio	NAV			ITS-AC		
	Casos	Días Dispositivo	Tasa	Casos	Días Dispositivo	Tasa
APARTADO	0	301	0,0	1	1246	0,8
CAUCASIA	0	716	0,0	0	2234	0,0
CHIGORODO	0	628	0,0	0	643	0,0
ENVIGADO	3	454	6,6	6	1226	4,9
MEDELLIN	14	6544	2,1	103	16763	6,1
RIONEGRO	17	1052	16,2	8	2985	2,7
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>9695</b>	<b>3,5</b>	<b>118</b>	<b>25097</b>	<b>4,7</b>

Fuente: Sivigila 2022

ITS-AC: infección del torrente sanguíneo asociada a catéter. ISTU-AC: infección sintomática del tracto urinario asociada a catéter.

NAV: Neumonía asociada a ventilador

### 3.1.3.1.2 Comportamiento de las Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico-Quirúrgicos (IAMPQ)

Durante el año 2022 se notificaron un total de 664 casos de infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos relacionados con cesáreas, herniorrafias, partos vaginales, revascularizaciones miocárdicas y colecistectomías en el departamento de Antioquia.

El tipo de infección más frecuentemente reportada fue la asociada a cesárea con 296 casos (44,6%), seguida de la infección asociada a herniorrafia con 124 casos (18,7%), endometritis post parto vaginal con 110 casos (16,6%), infección asociada a colecistectomía con 68 casos (10,2%) e infección asociada a revascularización miocárdica con 66 casos (9,9%).

El tipo de infección más frecuentemente notificado fue la infección superficial con 300 casos (45,2%), seguido de la infección órgano-espacio con 217 casos (32,7%) y la infección profunda con 147 casos (22,1%), sin embargo, estas proporciones cambian según el tipo de procedimiento (ver tabla 2).

Tabla 143. Frecuencias IAMPQ por procedimiento y tipo de infección en Antioquia, 2022

Procedimiento	Superficial		Profunda		Órgano-espacio		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cesárea	188	63,51	58	19,59	50	16,89	296	100,00
Herniorrafia	65	52,42	52	41,94	7	5,65	124	100,00
Parto vaginal	0	0,00	0	0,00	110	100,00	110	100,00
RVM	20	30,30	18	27,27	28	42,42	66	100,00
Colecistectomía	27	39,71	19	27,94	22	32,35	68	100,00
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>45,18</b>	<b>147</b>	<b>22,14</b>	<b>217</b>	<b>32,68</b>	<b>664</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Sivigila 2022

Las principales especies de microorganismos asociadas a las IAMPQ fueron *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus epidermidis* y *Klebsiella pneumoniae*. Al realizar el análisis por tipo de procedimiento, *S. aureus* ocupa, igualmente, el primer lugar, excepto en las colecistectomías, en las que los microorganismos más frecuentes



fueron *E. coli*, *K. pneumoniae* y *E. faecalis*.

La incidencia general de IAPMQ durante el 2022 en el departamento de Antioquia para los procedimientos incluidos en la vigilancia en salud pública fue del 0,64%, siendo mayor la incidencia en revascularización miocárdica con 4,77%, seguida de cesáreas con 1,11%, herniorrafias con 0,50% y colecistectomías con 0,40%. En cuanto a endometritis, la incidencia general fue del 0,24%, siendo más alta posterior a partos vaginales con 0,27%, mientras que posterior a cesárea fue de 0,17%.

En la comparación de las incidencias de las IAMPQ por municipio, se observan 5 municipios con proporciones de infección post cesárea por encima del nivel departamental: Puerto Berrio (2,90%), Turbo (1,84%), Medellín (1,34%), Caldas (1,25%) y Apartadó (1,17%). En la incidencia post herniorrafia, las proporciones más altas se presentaron en Sabaneta (1,75%), Caucasia (1,73) y Bello (0,97%). En cuanto a las revascularizaciones miocárdicas, solo se realizan en 4 municipios: Rionegro, con una incidencia de 8,41%, Envigado con 7,22%, Medellín con 4,31% y Bello con 3,85%. Finalmente, en las colecistectomías, el municipio con la incidencia más alta fue Yarumal (0,69%), seguido de Bello (,99%) y Caucasia (0,90%) (ver tabla 3).

Tabla 144. Proporción de IAPMQ por procedimiento y municipio en Antioquia, 2022

Municipio	Cesárea			Herniorrafia			RVM			Colecistectomia		
	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%
ANORI	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ANTIOQUIA	1	452	0,22	0	485	0,00	NA	NA	NA	0	291	0,00
APARTADO	18	1535	1,17	3	1673	0,18	NA	NA	NA	1	330	0,30
BELLO	NA	NA	NA	13	1343	0,97	7	182	3,85	13	1312	0,99
BOLIVAR	0	174	0,00	0	411	0,00	NA	NA	NA	0	160	0,00
CALDAS	3	240	1,25	0	367	0,00	NA	NA	NA	0	182	0,00
CAUCASIA	13	2318	0,56	13	751	1,73	NA	NA	NA	4	443	0,90
CHIGORODO	2	600	0,33	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ENVIGADO	3	1091	0,27	3	735	0,41	7	97	7,22	1	773	0,13
ITAGUI	NA	NA	NA	0	846	0,00	NA	NA	NA	0	955	0,00
LA CEJA	2	297	0,67	1	344	0,29	NA	NA	NA	0	194	0,00
MEDELLIN	170	12700	1,34	75	14658	0,51	43	997	4,31	45	10788	0,42
PUERTO BERRIO	4	138	2,90	0	106	0,00	NA	NA	NA	NA	NA	NA
RIONEGRO	18	1881	0,96	8	1673	0,48	9	107	8,41	3	1134	0,26
SABANETA	NA	NA	NA	4	228	1,75	NA	NA	NA	0	114	0,00
TARAZA	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
TURBO	16	868	1,84	1	209	0,48	NA	NA	NA	0	78	0,00
YARUMAL	2	385	0,52	3	422	0,71	NA	NA	NA	1	145	0,69
YOLOMBO	2	485	0,41	0	312	0,00	NA	NA	NA	0	82	0,00
<b>Total general</b>	<b>256</b>	<b>23164</b>	<b>1,11</b>	<b>124</b>	<b>24563</b>	<b>0,50</b>	<b>66</b>	<b>1383</b>	<b>4,77</b>	<b>68</b>	<b>16981</b>	<b>0,40</b>

Fuente: Sivigila 2022

NA: No Aplica

Durante el 2022 se reportaron 40 endometritis post cesárea en 3 municipios de Antioquia: Envigado, que reporta una incidencia 0,27%; Medellín, igualmente con una incidencia 0,27% y Rionegro, con una incidencia de 0,16%.

En cuanto a la incidencia de endometritis post parto vaginal, el reporte más alto se encontró en Betania con un 6,67%, seguida de Anorí con un 1,20% y Campamento con un 0,58%. Otros municipios con una incidencia superior a la del departamento fueron Envigado, Rionegro, Turbo,

Yarumal y Medellín (ver tabla 4).

Tabla 145. Proporción de endometritis post parto vaginal por municipio en Antioquia, 2022

Parto vaginal							
Municipio	Numerador	Denominador	%	Municipio	Numerador	Denominador	%
ABEJORRAL	0	49	0,00	ITUANGO	0	91	0,00
ABRIAQUI	0	3	0,00	JARDIN	0	56	0,00
ALEJANDRIA	0	3	0,00	JERICO	0	26	0,00
AMAGA	0	7	0,00	LA CEJA	0	581	0,00
AMALFI	0	90	0,00	LA UNION	0	10	0,00
ANDES	0	111	0,00	MARINILLA	0	25	0,00
ANGOSTURA	0	18	0,00	MEDELLIN	73	22936	0,32
ANORI	1	83	1,20	MONTEBELLO	0	9	0,00
ANTIOQUIA	0	738	0,00	NARINO	0	15	0,00
ANZA	0	1	0,00	NECHI	0	57	0,00
APARTADO	4	2346	0,17	PENOL	0	14	0,00
ARBOLETES	0	113	0,00	PUEBLORRICO	0	21	0,00
ARGELIA	0	12	0,00	PUERTO BERRIO	0	123	0,00
BARBOSA	0	49	0,00	PUERTO TRIUNFO	0	0	RDO
BELLO	0	19	0,00	REMEDIOS	0	105	0,00
BELMIRA	0	0	RDO	RETIRO	0	1	0,00
BETANIA	1	15	6,67	RIONEGRO	11	3031	0,36
BETULIA	0	47	0,00	SABANETA	0	0	RDO
BOLIVAR	0	440	0,00	SALGAR	0	42	0,00
BRICENO	0	27	0,00	SAN ANDRES	0	0	RDO
BURITICA	0	13	0,00	SAN CARLOS	0	7	0,00
CACERES	0	25	0,00	SAN FRANCISCO	0	0	RDO
CAICEDO	0	15	0,00	SAN JERONIMO	0	10	0,00
CALDAS	3	521	0,58	SAN JOSE DE LA IV	0	0	RDO
CAMPAMENTO	0	0	RDO	SAN LUIS	0	41	0,00
CANASGORDAS	0	0	RDO	SAN PEDRO	0	58	0,00
CARAMANTA	0	12	0,00	SAN PEDRO DE UF	0	54	0,00
CARMEN DE VIBORA	0	14	0,00	SAN ROQUE	0	58	0,00
CAROLINA	0	1	0,00	SAN VICENTE	0	0	RDO
CAUCASIA	0	1551	0,00	SANTA ROSA DE C	0	68	0,00
CHIGORODO	0	1282	0,00	SANTO DOMINGO	0	4	0,00
CISNEROS	0	32	0,00	SANTUARIO	0	6	0,00
COCORNA	0	4	0,00	SONSON	0	68	0,00
CONCORDIA	0	50	0,00	SOPETRAN	0	21	0,00
DABEIBA	0	113	0,00	TAMESIS	0	29	0,00
DON MATIAS	0	44	0,00	TARAZA	0	39	0,00
EBEJICO	0	9	0,00	TARSO	0	12	0,00
EL BAGRE	0	193	0,00	TOLEDO	0	0	RDO
ENVIGADO	9	2014	0,45	TURBO	5	1480	0,34
FREDONIA	0	28	0,00	URAMITA	1	SRD	SRD
FRONTINO	0	65	0,00	URRAO	0	157	0,00
GIRARDOTA	0	19	0,00	VALPARAISO	0	15	0,00
GOMEZ PLATA	0	26	0,00	VEGACHI	0	34	0,00
GRANADA	0	0	RDO	VENECIA	0	0	RDO
GUADALUPE	0	8	0,00	YARUMAL	2	611	0,33
GUARNE	0	23	0,00	YOLOMBO	0	521	0,00
GUATAPE	0	7	0,00	YONDO (CASABE)	0	20	0,00
HISPANIA	0	4	0,00	ZARAGOZA	0	85	0,00
ITAGUI	0	43	0,00	<b>Total general</b>	<b>110</b>	<b>40828</b>	<b>0,27</b>

Fuente: Sivigila 2022

RDO: Reporte de denominadores en cero

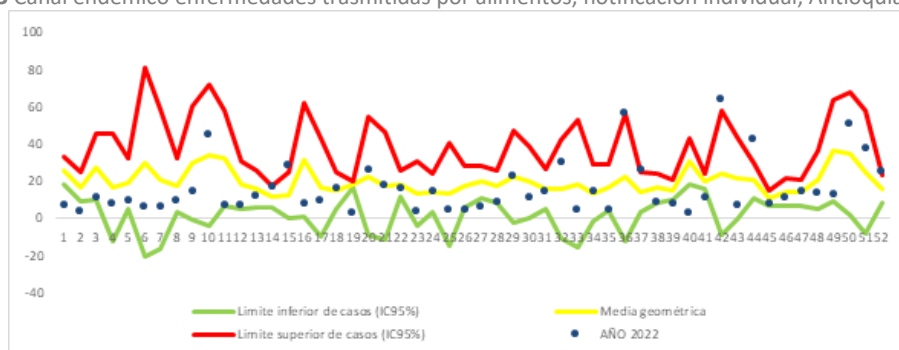
SRD: Sin reporte de deonominadores

### 3.1.3.2 Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)

#### Comportamiento epidemiológico de la notificación individual de ETA

En el departamento de Antioquia se realiza canal endémico con la notificación reportada de los casos individuales desde el año 2016 hasta el 31 de diciembre de 2022, encontrando un aumento de los casos notificados en las semanas 36, 42 y 44 esto debido a la identificación de brotes atribuidos a los alimentos, en las demás semanas se evidencia un comportamiento dentro de lo esperado.

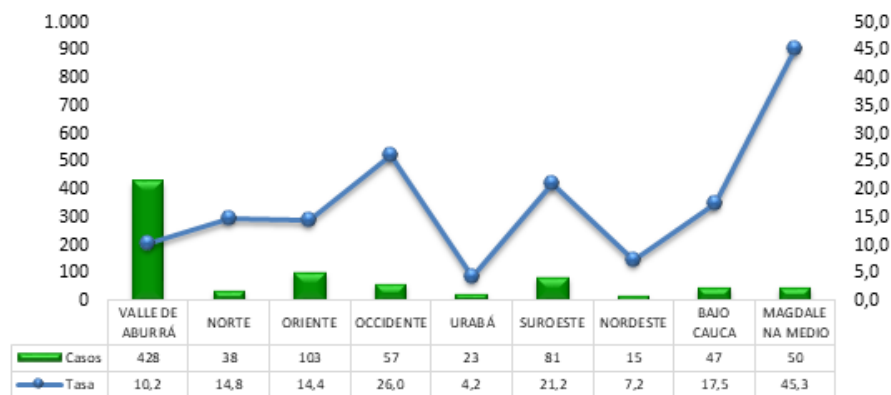
Figura 183 Canal endémico enfermedades transmitidas por alimentos, notificación individual, Antioquia 2016-2022



Fuente: SIVIGILA evento 355, semana 52

Frente a la distribución de casos notificados se evidencia que la subregión del Valle de aburra aportó el 50.8%, seguido de la subregión del Oriente con un aporte del 12.2%, esto se espera ya que son las dos subregiones con mayor población y UPGD notificadoras. Respecto a la incidencia la subregión con mayor aporte es magdalena medio con una incidencia de 45 personas por 100.000 habitantes seguido de Suroeste con un aporte de 21.2\*100.000 habitantes.

Figura 184 Casos e incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos o agua, según subregión y municipio de procedencia. Antioquia 2022.

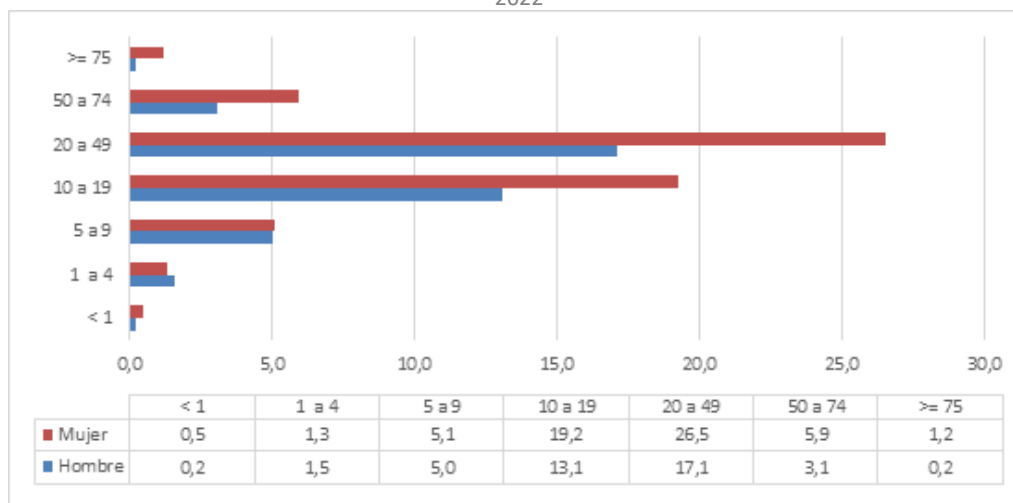


Fuente: SIVIGILA evento 355, semana 52



Respecto a la distribución por sexo y edad se evidencia que el grupo de edad con mayor afectación son los adultos de 20 a 49 años predominando en las mujeres con un aporte del 26.5% de los casos y los hombres con un aporte del 17.1%; el segundo grupo de edad con mayor afectación es de 10 a 19 años con un aporte total del 32.3% de las notificaciones. (ver ilustración 3)

Figura 185 Distribución de casos de enfermedades transmitidas por alimentos o agua por grupos de edad y por sexo, Antioquia 2022



Fuente: SIVIGILA evento 355, semana 52

En la distribución de los casos por área se identificaron que el 80.2% eran provenientes del área urbana y 98.7% de estos no se identificaron con algún grupo étnico.

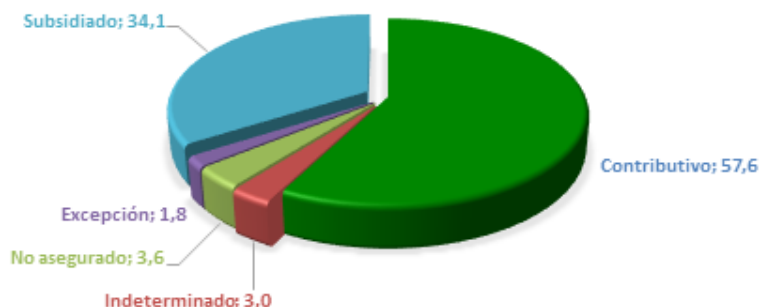
Tabla 146 Distribución de casos por área, Antioquia 2022

Área	Casos	%	Tasa	Población
Urbana	675	80,2	12,2	5511011
Rural	167	19,8	12,1	1376295
<b>Total</b>	<b>842</b>	<b>100</b>		<b>6887306</b>

Fuente: SIVIGILA evento 355, semana 52

El comportamiento de los casos notificados por régimen de aseguramiento se identifica que el 57.6% pertenecen a régimen contributivo y el 34.1% en régimen subsidiado, lo que significa que más del 80% de los casos fueron atendidos sin barreras administrativas.

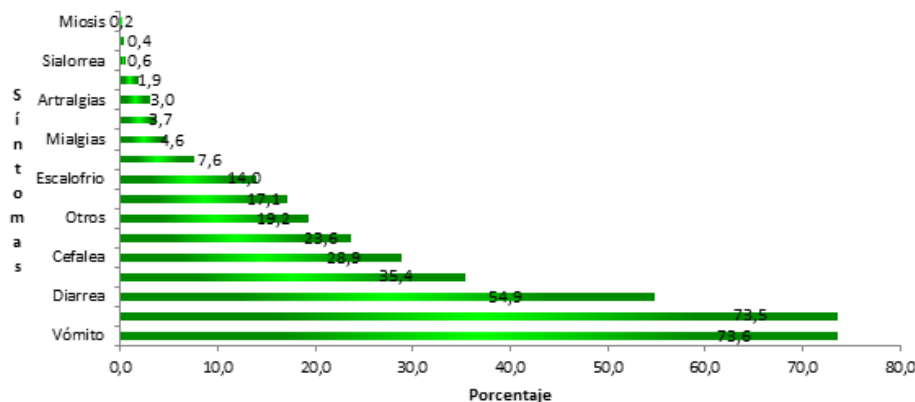
Figura 186. Distribución porcentual de casos de enfermedades transmitidas por alimentos o agua, según régimen de Seguridad Social en Salud. Antioquia 2022.



Fuente: SIVIGILA evento 355, semana 52

Dentro de la sintomatología identificada en los eventos individuales se encuentra que el vómito, las náuseas y la diarrea son los más frecuentes en las enfermedades transmitidas por alimentos con una frecuencia de más del 50% de los casos.

Figura 187 Distribución porcentual de casos de enfermedades transmitidas por alimentos o agua, según principales síntomas. Antioquia 2022.



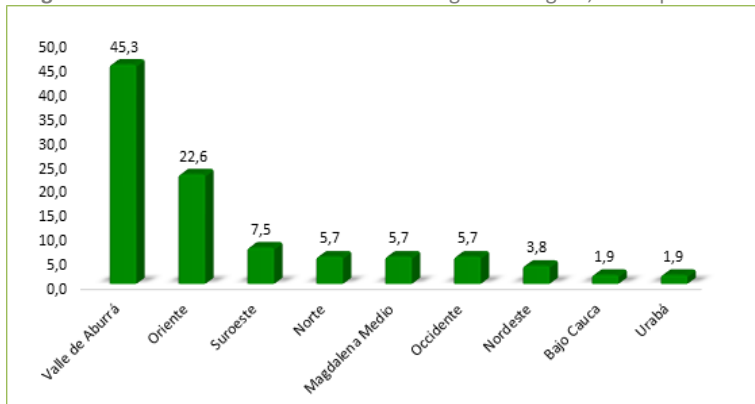
Fuente: SIVIGILA evento 355, semana 52

Se identifica que el 84% de los casos reportados el afectado fue el comensal.

## Comportamiento epidemiológico de la notificación en brotes de ETA

Para el año 2022 se notificaron un total de 53 brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos y 2 brotes por Hepatitis A, donde se identificó que la subregión del Valle de Aburra aportó el 45.3% de los brotes.

Figura 188 Distribución de brotes de ETA según subregión, Antioquia 2022

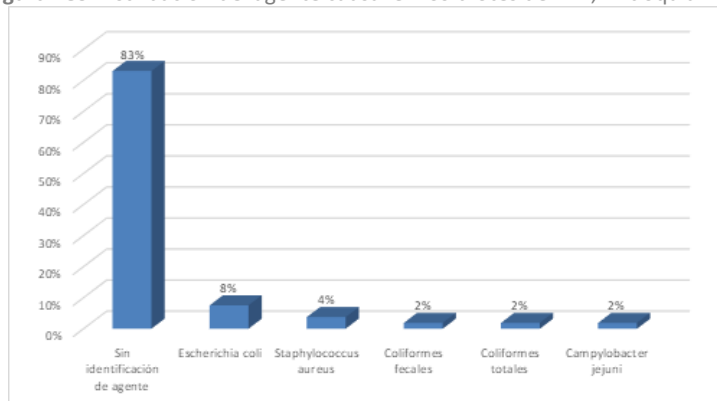


Fuente: SIVIGILA evento 355, semana 52

Cuando se verifica la población expuesta y enferma de los brotes notificados se identifica que la tasa de ataque para los municipios categoría 1,2, 3 y especiales fue del 12% con un total de población afectada de 737 y para los municipios categoría 4, 5 y 6 fue del 8% con una población total afectada de 499. Para el departamento de Antioquia se evidencia un total de 12.581 personas expuestas a algún alimento que estuvo involucrado en un brote de ETA y un total de 1.236 personas enfermas (casos) lo que se resumen en una tasa de ataque del 10%.

En el abordaje de los brotes por enfermedades transmitidas por alimentos la importancia de la toma de muestra biológica, de alimentos y/o agua es para la identificación del agente causal y así poder encaminar la educación que se le brindará a los manipuladores de los alimentos donde se presentó el evento; para el año 2022 de los 53 brotes sólo el 17% de los brotes (n=9) se identificó el agente causal siendo la Escherichia Coli la de mayor frecuencia, seguido Staphylococcus aureus con un aporte del 4% de los casos.

Figura 189 Distribución del agente causal en los brotes de ETA, Antioquia 2022



Fuente: SIVIGILA evento 355, semana 52

Al realizar la verificación del estado de los brotes en el sistema SIVIGILA se evidencia que el 98.1% de los casos notificados tuvieron cierre ya sea con o sin identificación del agente, situación que mejoro respecto al año 2021 ya que se evidencia que en ese año 73.3% realizaron cierre de los brotes notificados.

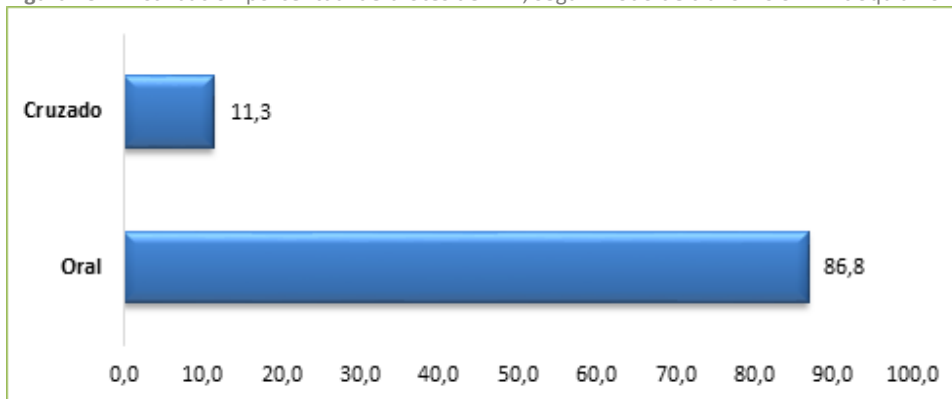
Figura 190 Distribución porcentual de casos de enfermedades transmitidas por alimentos o agua, según clasificación del caso. Antioquia 2022



Fuente: SIVIGILA evento 355, semana 52

Frente a la distribución por fuente de transmisión se evidencia que el 96.2% de los casos fueron vehiculizados por alimentos y el modo de trasmisión en el 86.8% fue de manera oral.

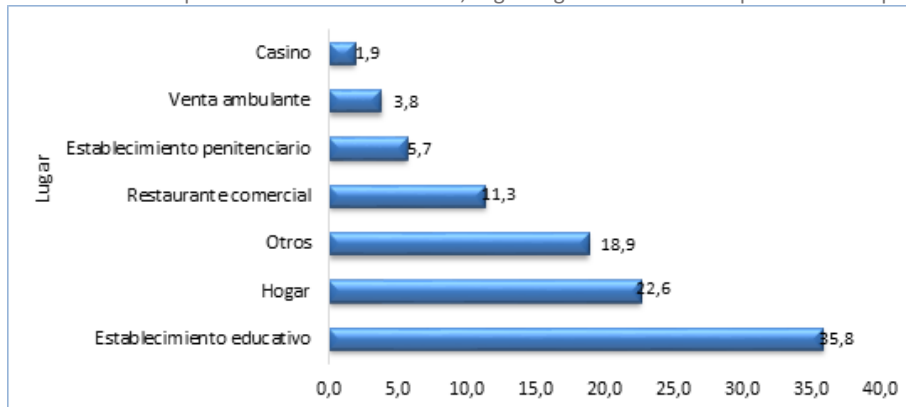
Figura 191. Distribución porcentual de brotes de ETA, según modo de transmisión. Antioquia 2022



Fuente: SIVIGILA evento 355, semana 52

En la distribución por lugar de consumo durante el año en revisión se evidencia que el mayor número de brotes identificados fueron en el hogar con un aporte del 35.8%, seguido del hogar con un aporte del 22.6%.

Figura 192 Distribución porcentual de brotes de ETA, según lugar de consumo implicado. Antioquia 2022.



Fuente: SIVIGILA evento 355, semana 52

La importancia de determinar el lugar de consumo es poder realizar la visita de Inspección Vigilancia y Control a cargo del Técnico del Área de la Salud de cada uno de los municipios, donde se determina la calidad en el proceso desde la adquisición hasta el consumo del alimento, garantizando la inocuidad del producto.

### RECOMENDACIONES

Incrementar el diagnóstico por laboratorio que permita identificar el agente etiológico causante de la enfermedad transmitida por alimentos.

En la UPGD y en las UI mejorar la captación, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los casos para evitar complicaciones y mejorar el sistema de información para la acción.

Implementar las acciones de Atención Primaria en Salud que fortalezcan los programas educativos y las acciones que deben implementar las comunidades para

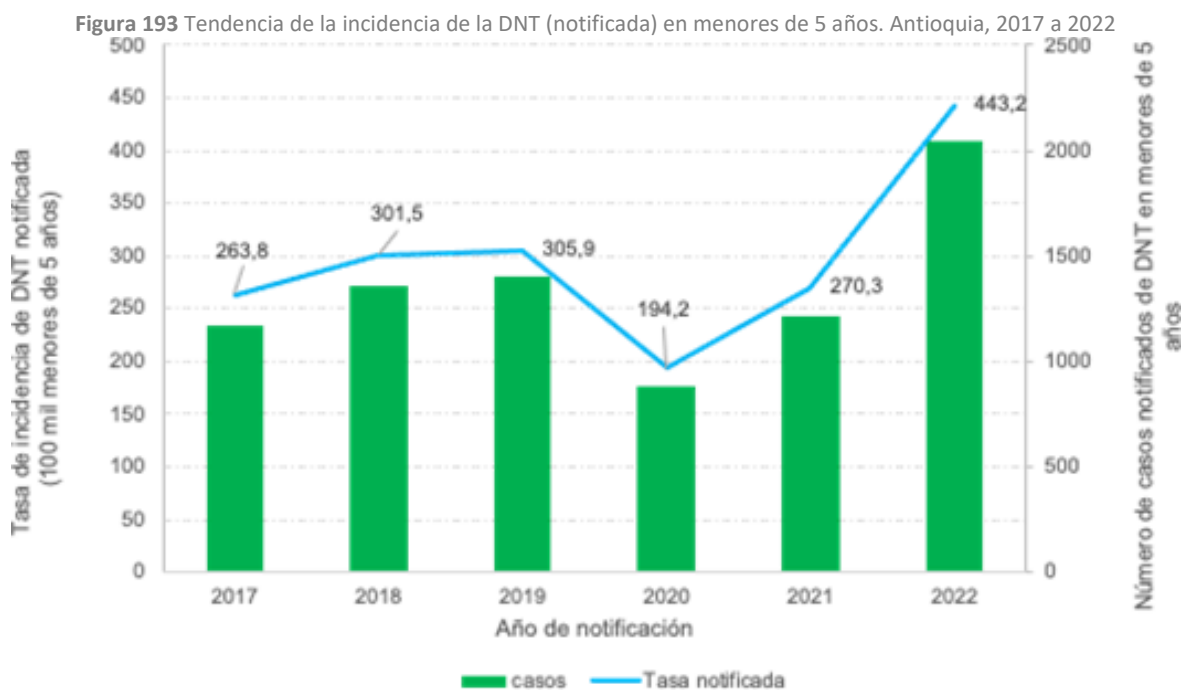
### 3.1.3.3 Desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas menores de cinco años

La desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad se define como “todo caso en el que el puntaje Z del indicador peso/talla o Peos/longitud está por debajo de -2DE y/o presente los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático)” (INS, 2023). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas (INS, 2023).

### Comportamiento epidemiológico

### Incidencia

En Antioquia, la tasa de incidencia de notificación por desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años ha tendido al aumento a través del tiempo. Entre 2017 y 2022 se incrementó en 179,5 casos por cada 100 mil menores de 5 años, con una tasa de notificación que pasó de 263,8 a 443,2, lo cual representa un incremento de 68,0%. En el periodo 2020 y 2021 se observó una reducción, posiblemente por la disminución de la notificación dada la concentración de acciones en la pandemia por Covid -19, sin embargo, en 2022 la tasa de notificación alcanzó los 443,2 casos por cada 100 mil niños/ñas antes de cumplir los 5 años de edad.

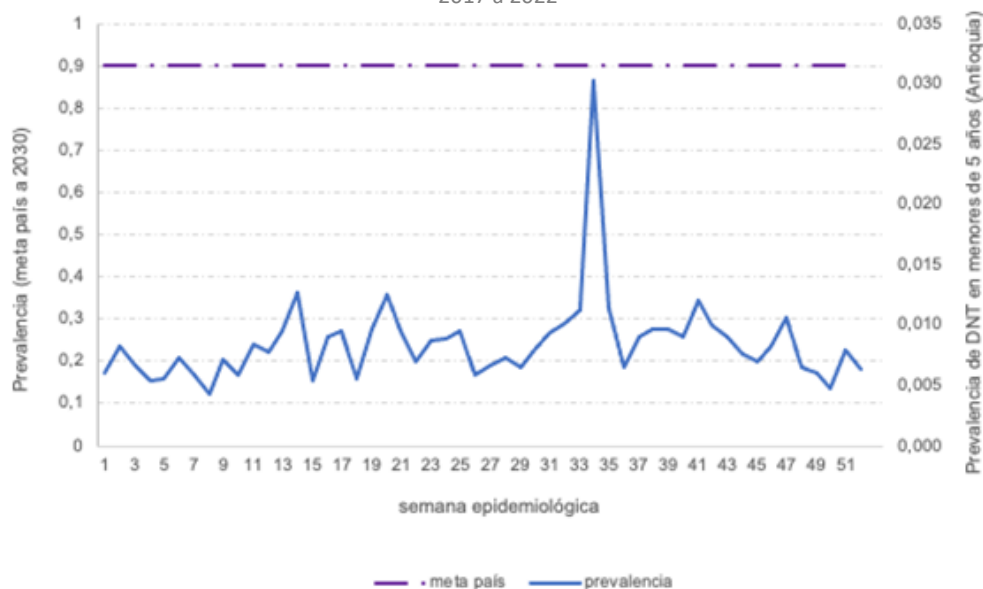


Fuente: elaboración propia a partir de los casos notificados al SIVIGILA, Antioquia 2022.

### Prevalencia

En el año 2022 se notificaron 2050 casos, con un promedio de casos notificados por semana de 39,4, con una desviación estándar de 17,0 casos, los cuales oscilaron entre 20 y 140 casos. Para este año se obtuvo una prevalencia de 0,44 por cada 100 niños/as menores de 5 años. Es importante mencionar que este indicador está por debajo de la meta anual propuesta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS para 2030 de 0,5 y de la meta nacional de 0,9 casos por cada 100 niños/as.

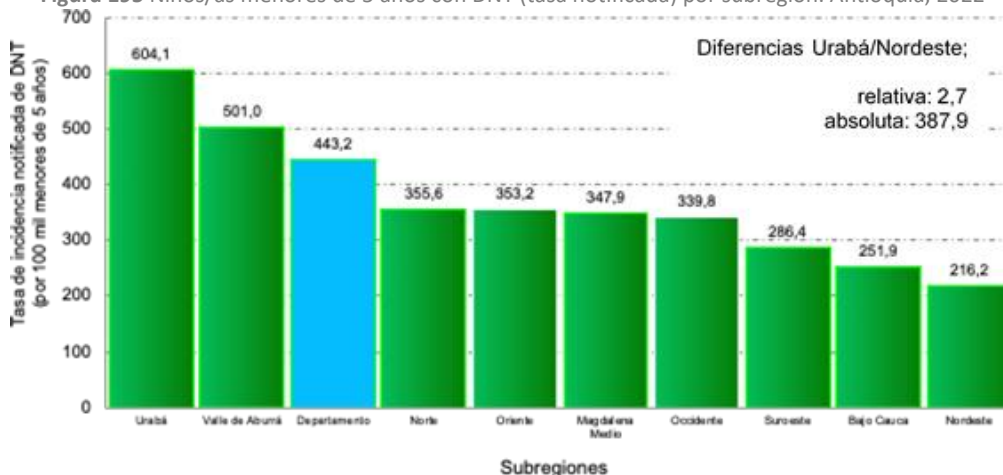
Figura 194 Tendencia de la prevalencia de la DNT (notificada) en menores de 5 años por semana epidemiológica. Antioquia, 2017 a 2022



Fuente: elaboración propia a partir de los casos notificados al SIVIGILA, Antioquia 2022.

En la siguiente gráfica se puede observar que las subregiones de Urabá y Valle de Aburrá ocuparon los primeros lugares en obtener las tasas de notificación por desnutrición más altas de toda Antioquia para el 2022. En contraste, Bajo Cauca y Nordeste, se ubicaron con tasas inferiores a 252 casos notificados por 100 menores de 5 años (Gráfica 3 y tabla 1). Finalmente, el 38,4% de los municipios tuvieron tasas de desnutrición notificada en menores de 5 años mayores o iguales a 340,4 por 100 mil niños/as.

Figura 195 Niños/as menores de 5 años con DNT (tasa notificada) por subregión. Antioquia, 2022



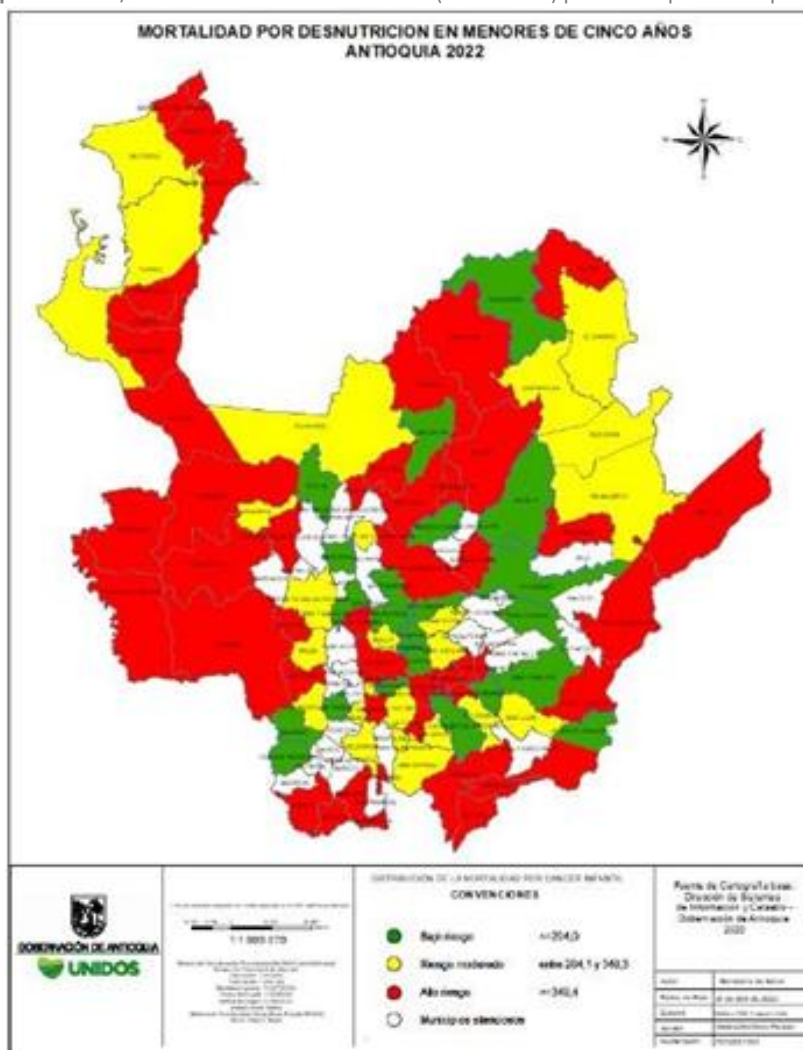
Fuente: elaboración GESI a partir de los casos notificados al SIVIGILA, Antioquia 2022.

Tabla 147 Desigualdades territoriales de la DNT (tasa notificada) en niños y niñas, Subregiones de Antioquia, 2017 a 2022

Subregiones	Año de notificación de la desnutrición en menores de 5 años (por 100.000 menores de 5 años)					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Magdalena Medio	87,3	182,9	223,3	74,8	259,4	347,9
Bajo Cauca	354,1	254,4	159,4	87,3	123,1	251,9
Urabá	236,4	362,8	301,1	207,6	306,4	604,1
Nordeste	70,2	323,5	320,5	241,8	186,6	216,2
Occidente	264,4	305,7	274,2	163,3	305,5	339,8
Norte	132,4	207,2	210,9	242,0	337,5	355,6
Oriente	202,0	256,6	304,4	183,3	267,2	353,2
Suroeste	211,7	133,2	208,5	98,6	144,7	286,4
Valle De Aburrá	307,4	317,4	345,7	216,5	292,6	501,0
<b>Antioquia</b>	<b>263,8</b>	<b>301,5</b>	<b>305,9</b>	<b>194,2</b>	<b>270,33</b>	<b>443,2</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los casos notificados al SIVIGILA, Antioquia 2022.

Mapa 31. Niños/as menores de 5 años con DNT (notificados) por municipio. Antioquia, 2022



Fuente: elaboración propia a partir de los casos notificados al SIVIGILA, Antioquia 2022.



### Determinantes sociales

Es bien conocido que los determinantes sociales, entre ellos los factores sociales, culturales y económicos, como los recursos materiales y simbólicos (2), inciden en los resultados desiguales de la situación nutricional. De esta forma, en Antioquia se evidenció que más de la mitad de los casos notificados (58,2%) se concentraron en niños/as de 1 año de edad o menos, residentes en la cabecera municipal (72%) y en su gran mayoría en los estratos bajos (81,2%), es decir 1 y 2. Cabe resaltar que no se evidenciaron diferentes marcadas entre sexo (tabla 2).

Dentro de los grupos de especial interés se resalta los niños y niñas migrantes y la población a cargo del ICBF, que, si bien no representan más del 5%, son grupos poblacionales con múltiples factores determinantes que complejizan la presentación de este evento. En este mismo sentido, se observó que 4,4% de los casos fueron notificados en población indígena, buena parte autorreconocidos como Embera y Embera Katio (74,7%) (tabla 3).

**Tabla 148** Determinantes sociales de la DNT (notificada) en niños y niñas menores de 5 años. Antioquia, 2022

Característica	Número de casos	Porcentaje (%) casos notificados	Diferencia relativa
<b>Grupos poblacionales de especial interés:</b>			
Migrante	71	3,5	
Población a cargo del ICBF	27	1,3	
Desplazado	19	0,9	
Víctimas de violencia armada	13	0,6	
En condición de discapacidad	7	0,3	
<b>Pertenencia étnica</b>			(otro / Indígena)
Otro	1902	92,8	20,9
Indígena	91	4,4	
Negro, mulato, afrocolombiano	55	2,7	
Rom, gitano	1	0,0	
Raizal	1	0,0	
<b>Grupo indígena</b>			
Embera	40	44,0	
Embera Katio	28	30,8	
Embera Dobida	11	12,1	
Embera Chami	3	3,3	
Achagua	2	2,2	
Wayuu	2	2,2	
Sin Identificar	5	5,5	

Fuente: elaboración propia a partir de los casos notificados al SIVIGILA, Antioquia 2022.

En otros resultados, en Antioquia la desnutrición se focalizó en los niños/as de madres con bajo nivel educativo (74,4%), es decir, que cursaron tan solo primaria y secundaria. Esta diferencia se confirma tal observar 4,4 veces más casos en aquellos niños de madres con nivel primaria que universitaria (tabla 4). De acuerdo al número de hijos menores de 5 años, se vio que una tercera parte de ella (33,2%) se ubica en aquellas madres que no tenían otros hijos de este mismo grupo de edad. En general, a medida que aumentan el número de hijos menores de 5 años, el porcentaje de casos notificados se reduce.

**Tabla 149** Determinantes sociales de la DNT (notificada) en niños y niñas menores de 5 años, según características de la madre. Antioquia, 2022

Característica	Número de casos	Porcentaje (%) casos notificados	Diferencia relativa
<b>Nivel educativo de la madre o cuidador</b>			(primaria/universitaria)
Primaria	498	24,3	4,4
Secundaria	1028	50,1	
Técnica	254	12,4	
Universitaria	112	5,5	
Ninguno	151	7,4	
Sin dato	7	0,3	
<b>Número de hijos menores de 5 años</b>			(Cero/4 hijos)
0	681	33,2	2,5
1	513	25,0	
2	324	15,8	
3	257	12,5	
4 o más	275	13,4	

Fuente: elaboración propia a partir de los casos notificados al SIVIGILA, Antioquia 2022.

### Determinantes de la salud

Dentro de los determinantes de la salud se constatan amplias brechas de desigualdad, en particular en el peso al nacer y la lactancia materna. Dentro de otros signos clínicos importantes se destacan la delgadez visible, la piel seca o áspera, la anemia detectada por palidez palmar o de mucosas o los cambios en el cabello. Finalmente, la canalización a los servicios de salud evidenciado a través de consultas de crecimiento y desarrollo (hoy RIA de mantenimiento de la salud en el curso de primera infancia e infancia) y la activación de la ruta se prestaron en más del 80% de los casos de desnutrición en los niños/as antes de cumplir los 5 años de edad (tabla 5).

Tabla 150 Determinantes de la salud de la DNT (notificada) en niños y niñas menores de 5 años. Antioquia, 2022

Característica	Número de casos	Porcentaje (%) casos notificados	Diferencia relativa
<b>Peso al nacer (gramos)</b>			( 2500 a 2999 / 2000 a 2499)
Menor de 1000	32	1,6	
1000 a 1999	133	6,5	
2000 a 2499	293	14,3	2,5
2500 a 2999	725	35,4	
Mayor o igual de 3000	589	28,7	
<b>Semanas de gestación</b>			(> o igual 37 / < o igual 36)
Menor o igual a 36	313	15,3	4,8
Mayor o igual 37	1502	73,3	
<b>Tiempo de lactancia materna (meses)</b>			( 6 meses / sin lactancia)
Sin lactancia	469	22,9	
6 meses	890	43,4	1,9
Más de 6 meses	687	33,5	
<b>Otras características</b>			
Inscrito en crecimiento y desarrollo	1696	82,7	
Esquema de vacunación completo para la edad	1608	78,4	
<b>Signos clínicos</b>			
Edema	84	4,1	
Desnutrición, emancipación o delgadez visible	1172	57,2	
Piel seca o áspera	452	22,0	
Hipo o hiperpigmentación de la piel	171	8,3	
Cambios en el cabello	301	14,7	
Anemia detectada por palidez palmar o de mucosas	430	21,0	
<b>Ruta de atención</b>			
Activación ruta de atención	1878	91,6	

### Recomendaciones

- Se propone la implementación de un modelo integral de atención a los niños y niñas con desnutrición aguda moderada o severa, con enfoque de derechos, intercultural, diferencial y territorial; con participación de actores de diferentes sectores, entornos, disciplinas e instituciones que puedan garantizar la vinculación a programas sociales y de complementación alimentaria, e impactar los determinantes sociales de salud que atraviesan el presente evento.
- Garantizar el cumplimiento de la ruta de atención integral a la desnutrición aguda moderada o severa, desde cada uno de los actores del SGSSS. Es fundamental realizar un seguimiento nominal estrecho de los niños y niñas notificados al SIVIGILA que cumplan la definición de caso de la mano principalmente de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, su red de prestación de servicios de salud y las Secretarías Locales de Salud.
- Hacer seguimiento a la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Pues desde estas rutas se pueden promover las prácticas alimentarias saludables para los niños y las niñas, brindar educación de medidas preventivas de las enfermedades prevalentes de la infancia, y hacer una valoración integral con énfasis en la evaluación del estado nutricional que permita captar de manera oportuna los casos con desnutrición aguda moderada o severa para ser notificados al SIVIGILA y atendidos integralmente con base en los lineamientos de la resolución 2350 de 2020, y de otros protocolos y Guías de Práctica clínica requeridos.
- Fortalecer la vigilancia en salud pública basada en la comunidad para empoderar a actores comunitarios clave en la identificación de signos de alarma que ameriten consulta y la captación de niños y niñas que estén presentando desnutrición aguda que no hayan consultado a los servicios de salud. Igualmente, mejorar la implementación de las Búsquedas Activas Institucionales BAI en los municipios del departamento con énfasis en los que se han identificado con silencio epidemiológico.
- Establecer estrategias de educación para la salud y la nutrición con un enfoque pedagógico cercano y respetuoso con la vida y las decisiones de las familias y las comunidades, en las que también se recojan los temas que están influyendo en la desnutrición aguda moderada y severa de los niños y las niñas como: las prácticas alimentarias saludables, los signos de alarma y las medidas preventivas de las enfermedades prevalentes en la infancia, las prácticas clave de AIEPI, los riesgos de algunas prácticas culturales y tradicionales que pueden resultar peligrosas para la salud, los cuidados a tener en cuenta

en los niños pretérmino o de bajo peso al nacer, entre otros.

- Realizar acciones participativas de promoción y mantenimiento de la salud en las que las comunidades tienen incidencia directa en dicho proceso y generar acciones en las mesas intersectoriales de atención a la desnutrición comunitarias.

### 3.1.3.4 Eventos de zoonosis

#### 3.1.3.4.1 Accidente Ofídico

El accidente ofídico es la lesión resultante de la mordedura de una serpiente. En el caso de que la serpiente sea venenosa, esta puede inocular veneno lo que configura además una intoxicación conocida como ofidiotoxicosis. La ofidiotoxicosis es una enfermedad tropical desatendida que genera un cuadro clínico característico que puede abarcar desde manifestaciones de intoxicación local, hasta intoxicación sistémica grave que causa enorme sufrimiento, discapacidad y muerte prematura en todos los continentes (1,2).

La ofidiotoxicosis es un evento prioritario para la vigilancia epidemiológica en Colombia, de notificación obligatoria, que requiere atención y tratamiento inmediato. Las poblaciones que habitan en zonas rurales son las más afectadas por los accidentes ofídicos, actividades agrícolas, barreras geográficas de acceso a servicios de salud y contextos culturales que en algunas ocasiones implican realizar prácticas no médicas, que generan demoras para el acceso a los servicios de salud (1).

El accidente ofídico cuenta con tratamientos efectivos que al ser administrados de manera oportuna ofrecen una alta probabilidad de éxito, lo que conduce a la reducción de la letalidad o incapacidades permanentes por esta causa. La administración de antídotos autorizados es el único tratamiento eficaz para reducir o evitar la mayoría de los efectos tóxicos de las mordeduras de serpiente. Estos antídotos figuran en la lista de medicamentos esenciales de la OMS y deben formar parte del conjunto terapéutico de toda unidad de urgencias médicas (2).

Respecto al comportamiento epidemiológico del evento en el departamento de Antioquia, el año 2022 cerró con un total de 719 casos y una incidencia de 10,4 casos por cada 100 000 habitantes. La subregión de Urabá reportó el mayor número de casos (212) con un 29,49% de la notificación del departamento, seguida de la subregión del Bajo Cauca con 111 casos (15,44%) y la subregión Nordeste con 103 casos (14,33%). Al analizar las tasas de incidencia por se encuentra que la subregión Nordeste ostenta las cifras más altas con 49,4 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de las subregiones Bajo Cauca y Urabá con 41,3 y 39,1 casos por cada 100 000 habitantes respectivamente.

Figura 196 Casos e incidencia de Accidente Ofídico por subregión. Año 2022



Fuente: SIVIGILA

Según la conducta de manejo médico el 35,9 % de los accidentes ofídicos fueron tratados intrahospitalariamente, debido a la gravedad de los signos y síntomas presentados, el resto de los casos (65,2%) fue manejado de manera ambulatoria. Así mismo, el 85,6% de los casos notificados que fueron clasificados con severidad leve moderada o grave recibieron suero antiofídico. En cuanto a la actividad que realizaba el paciente al momento del accidente, durante el año 2022 el 53,10% de los casos se encontraba desarrollando actividades agrícolas, 17,50% realizaban oficios domésticos y 15,00% caminaban por senderos.

Respecto a los casos notificados hasta semana 45 del año 2023, 650 casos han sido ingresados al SIVIGILA, de los cuales 369 (56,77%) casos fueron clasificados con severidad del accidente Leve, 216 (28,15%) se clasificaron con severidad moderada y 74 (7,08%) casos fueron clasificados con severidad grave. El 8,00% restante (52 casos) fueron clasificados como no envenenamiento.

La dinámica en contextos sociodemográficos del evento permanece constante al comparar con lo notificado en el año inmediatamente anterior, hasta la semana 45 del año 2023 el 79,80% de los accidentes ofídicos notificados fueron en personas con estrato socioeconómico 1 y 15,70% pertenecen al estrato socioeconómico 2. El 4,5% de las notificaciones restantes pertenecen a estratos 3, 4, 5 o 6. En cuanto al contexto geográfico, 501 (69,68%) casos ocurrieron en área rural dispersa, 120 (16,69%) casos notificados ocurrieron en centro poblado y 98 (13,63%) casos notificados proceden de cabecera municipal.

Las acciones realizadas desde la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social Antioquia, se dirigen a brindar un acompañamiento continuo a los municipios desde las acciones individuales y colectivas, las cuales buscan garantizar el cumplimiento del protocolo de vigilancia en salud pública y de los lineamientos nacionales, por lo anterior desde la salud pública se incluyen diferentes actividades de información, educación y comunicación tanto a las comunidades como a los profesionales de la salud, así mismo desde la vigilancia epidemiológica se da el seguimiento

a las notificaciones del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, se coordina la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo y de las unidades de análisis cuando son requeridas.

Con base en las variables captadas desde el sistema de vigilancia epidemiológica, es necesario dirigir acciones de prevención a pobladores de áreas rurales, específicamente en los municipios ubicados en las subregiones de Nordeste, Bajo Cauca y Urabá. Es fundamental además la necesidad de garantizar la hospitalización de los pacientes clasificados con severidad del accidente leve moderado y grave, así como también garantizar la administración de suero antiofídico a todos los pacientes que hayan sido clasificados en estas categorías.

### 3.1.3.4.2 Leptospirosis.

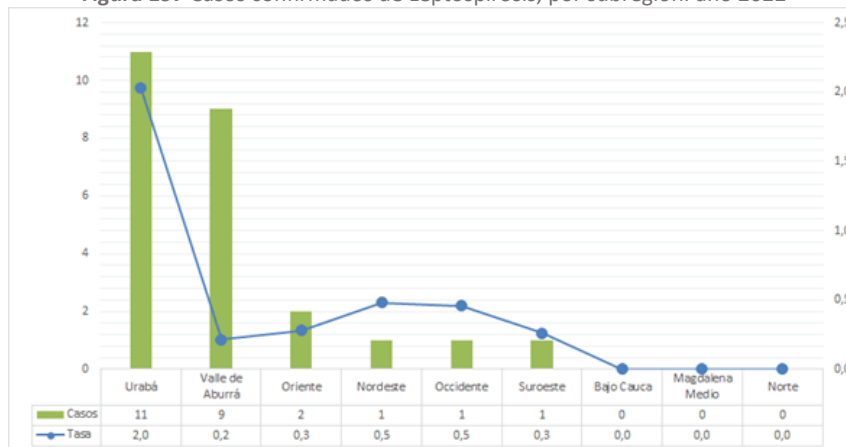
La Leptospirosis es una enfermedad bacteriana que puede afectar humanos y animales. Si bien es una zoonosis de distribución mundial, afecta con mayor frecuencia países tropicales de medianos y bajos ingresos. La leptospirosis es un evento de interés en salud pública y su vigilancia se realiza con el fin de determinar la magnitud y distribución del evento según variables de persona, lugar y tiempo, además de establecer determinantes sociales asociados a la presentación del evento y algunos factores de riesgo que pueden favorecer su presentación (3).

Respecto a los determinantes sociales, condiciones deficientes de saneamiento básico, inadecuada disposición de residuos sólidos, ubicación de viviendas en zonas ribereñas y de inundaciones favorecen la presencia de la leptospira. La infestación de roedores en el domicilio y peridomicilio, contacto con animales de compañía y/o producción y el contacto con aguas estancadas o de río se consolidan como los principales factores de riesgo asociados al evento (3).

La leptospirosis está configurada dentro de los síndromes febriles inespecíficos, que se acompaña de cefalea, mialgias, inyección conjuntival, ictericia, malestar general, vómito diarrea, dolores abdominales, entre otros. La notificación al SIVIGILA ingresa desde la sospecha clínica, que implica la captación de pacientes que consultan cuando cursan un cuadro clínico de fiebre (3).

Con relación con el comportamiento epidemiológico, el departamento de Antioquia cerró el año 2022 con 599 casos sospechosos (Figura 2). De estos, 25 casos fueron confirmados a través de la prueba de Microaglutinación en Placa – MAT realizadas por el Instituto Nacional de Salud- INS. La incidencia para el año 2022 se calculó para el departamento de Antioquia en 0,36 casos por cada 100 000 habitantes.

Figura 197 Casos confirmados de Leptospirosis, por subregión. año 2022



Fuente: SIVIGILA

Respecto al año 2023, hasta la semana 45 se han notificado 669 casos sospechosos de leptospirosis, 11 de los cuales han sido confirmados con MAT, lo que permite calcular una incidencia de 0,18 casos por cada 100 000 habitantes.

Con el objetivo contribuir en la salud pública del departamento de Antioquia, se ejecuta acciones con los municipios tanto individuales como colectivas, con la realización de asistencias técnicas en el protocolo de vigilancia en salud pública y el protocolo de vigilancia por laboratorio para el evento de Leptospirosis con el fin de garantizar la aplicación de los criterios de confirmación o descarte de casos que permitan la toma oportuna de decisiones.

Además, se acompaña desde la vigilancia epidemiológica el seguimiento a la notificación, realización de las correspondientes investigaciones epidemiológicas de campo y unidades de análisis ante todo caso de muerte sospechosa o confirmada por leptospirosis, haciendo énfasis en la identificación de personas con síntomas compatibles con la definición de caso, antecedentes epidemiológicos de riesgo, contacto con roedores o animales enfermos, aguas estancadas.

Es necesario recordar, la asociación de esta enfermedad con determinantes sociales como pueden ser el acceso a agua potable y disposición adecuada de residuos sólidos. Desde el cuidado individual, se debe recordar a las personas los factores de riesgo asociados a la presentación del evento como pueden el contacto con animales de producción o compañía, presencia de roedores en el domicilio o peridomicilio y acceso aguas estancadas ríos o lagunas.

### 3.1.3.4.3 Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia - APTR

La rabia humana es una de las enfermedades zoonóticas de mayor importancia en la salud pública en Colombia y se encuentra en proceso de erradicación, siguiendo los lineamientos de la





# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Organización Mundial de la Salud- OMS, la Organización Mundial de Sanidad Animal- OMSA; La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura- FAO y La Alianza Global para Lucha Contra la Rabia- GARC (4). Si bien en el departamento de Antioquia no se han presentado casos de muertes humanas por Rabia en los últimos 30 años, las estrategias de control de la enfermedad y vigilancia de la transmisión del virus de la rabia deben seguir activas por el riesgo de adquirir la infección (5).

Una de las estrategias de la vigilancia epidemiológica para controlar la enfermedad de la rabia es vigilar las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia. Este evento de interés en salud pública continúa ocupando los primeros lugares en términos de frecuencia de la notificación en el departamento de Antioquia de acuerdo al número de casos notificados y la incidencia registrada para el año 2022.

En el departamento de Antioquia el 100% de los municipios registró agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia durante el año 2022, con un total de 16 624, donde el mayor número de reportes se presentó en Medellín (Valle de Aburrá) con 5 779 casos y el municipio con menor número de agresiones reportadas fue Vigía del Fuerte (Urabá) con un caso.

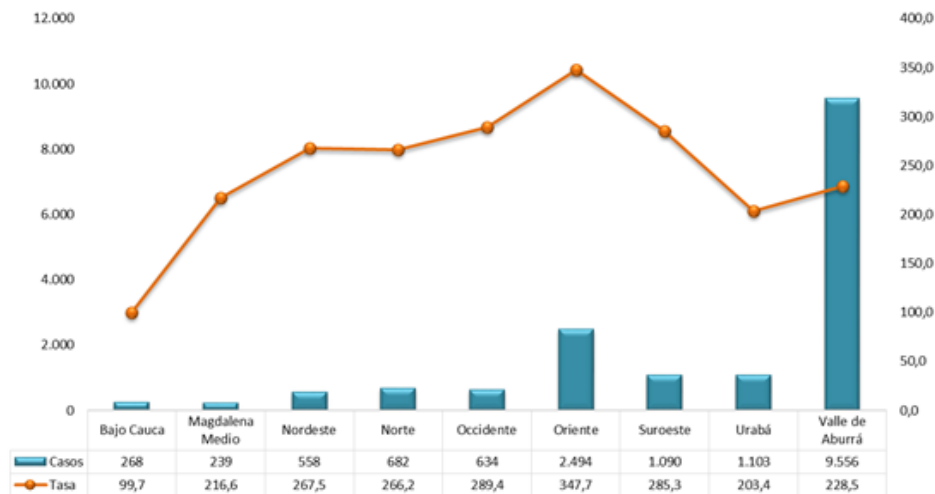
Tabla 151 Casos de Exposición rábica por subregión y municipio. Antioquia 2022

MUNICIPIO/SUBREGION	Casos	Tasa por 100.000 hbles	MUNICIPIO/SUBREGION	Casos	Tasa por 100.000 hbles	MUNICIPIO/SUBREGION	Casos	Tasa por 100.000 hbles
<b>TOTAL DEPARTAMENTO</b>	<b>16624</b>	<b>241,4</b>	<b>OCCIDENTE</b>	<b>634</b>	<b>289,4</b>	<b>ORIENTE</b>	<b>2494</b>	<b>347,7</b>
<b>MAGDALEÑA MEDIO</b>	<b>239</b>	<b>216,5</b>	Abrego	10	354,6	Abejorral	57	272,5
Caracolí	18	385,2	Santa Fe de Antioquia	168	603,4	Aejandría	3	61,9
Micó	34	399,8	Arzú	16	216,4	Argelia	21	269,9
Puerto Berrio	92	219,1	Armenia	21	401,4	Cocorná	55	359,6
Puerto Nare	10	67,2	Buitaca	36	362,4	Concepción	19	367,3
Puerto Triunfo	48	245,3	Caicedo	19	215,9	El Carmen de Viboral	158	244,8
Yondó	37	178,4	Cañasgordas	15	93,5	El Santuario	140	370,9
<b>BAJO CAUCA</b>	<b>268</b>	<b>99,7</b>	Dabeiba	55	226,9	Granada	15	149,0
Cáceres	27	86,2	Ebréjico	32	255,8	Guatapé	327	545,1
Caucasia	119	120,9	Frontero	26	121,8	Guatapé	57	634,7
El Bagre	34	61,2	Girón	24	404,8	La Ceja	217	307,9
Nechí	18	63,8	Heliconia	20	359,5	La Unión	103	446,0
Tarazá	26	90,1	Liborina	24	230,7	Marinilla	253	361,3
Zaraguan	44	166,0	Olaya	14	427,6	Nariño	24	234,0
<b>URABÁ</b>	<b>1103</b>	<b>203,4</b>	Perico	13	152,2	El Peñol	54	240,6
Aparadó	333	252,7	Sabanasurgas	22	230,0	El Retiro	105	411,2
Arboletes	53	168,5	San Jerónimo	60	363,2	Rionegro	526	356,6
Campes	135	255,9	Sopetrán	49	306,3	San Carlos	31	190,1
Chigorodó	159	257,6	Uramita	10	140,8	San Francisco	13	214,0
Mutitá	5	92,6	<b>NORTE</b>	<b>682</b>	<b>266,2</b>	San Luis	57	421,2
Muzú	23	155,0	Argosura	17	142,9	San Rafael	73	452,0
Necoclí	112	246,1	Belmira	19	301,3	San Vicente	76	336,6
San Juan de Urabá	63	291,6	Brión	10	119,4	Sorson	108	286,0
San Pedro de Urabá	31	93,5	Campamento	13	136,4	<b>SUROESTE</b>	<b>1030</b>	<b>263,3</b>
Turbo	188	140,0	Carolina	13	317,4	Amagá	102	326,2
Vigía del Fuerte	1	10,3	Donmatías	89	437,8	Andes	111	245,5
<b>NORDESTE</b>	<b>558</b>	<b>247,5</b>	Entremuros	40	330,7	Angelesópolis	21	348,7
Amalfi	29	103,9	Gómez Plaza	20	195,5	Betania	34	320,6
Anorí	42	213,2	Guadalupe	5	72,7	Betulia	35	223,5
Cisneros	37	361,1	Iluango	34	118,6	Caramanta	7	146,0
Remedios	101	330,5	San Andrés de Cuerquia	14	186,5	Ciudad Bolívar	76	280,1
San Roque	52	230,5	San José de La Montaña	9	231,8	Concordia	67	299,9
Santa Domingo	36	283,3	San Pedro	117	485,7	Fredonia	57	229,3
Sogamoso	164	403,9	Santa Rosa de Osos	153	391,7	Hispania	21	364,3
Vigachi	30	241,7	Toledo	7	134,6	Jardín	52	340,0
Yalí	16	202,0	Naldía	21	144,4	Jericó	61	431,6
Yolombó	51	210,4	Yasumal	101	229,5	La Pintada	41	469,9
			<b>VALLE DE ABURRÁ</b>	<b>9556</b>	<b>728,5</b>	Montebello	14	204,4
			Barbosa	198	353,2	Pueblorrico	14	155,4
			Bello	1189	208,6	Salgar	35	185,9
			Caldas	279	324,3	Santa Bárbara	67	239,0
			Capacitoba	213	252,4	Támesis	50	292,3
			Envigado	525	210,2	Tarso	32	496,1
			Girón	228	406,1	Tirinto	29	262,4
			Itaguí	570	190,8	Urrao	68	213,6
			La Estrella	292	374,9	Valparaiso	33	494,5
			Medellín	5779	221,2	Venecia	63	521,5
			Sabanaeta	283	311,9			

Fuente: SIVIGILA

Se evidenció en el departamento de Antioquia, para el año 2022 que la subregión con el mayor número de casos es el Valle de Aburrá con 9 556 casos en total, mientras que la mayor incidencia del evento la registra la subregión de Oriente con 347,7 casos por cada 100 000 habitantes.

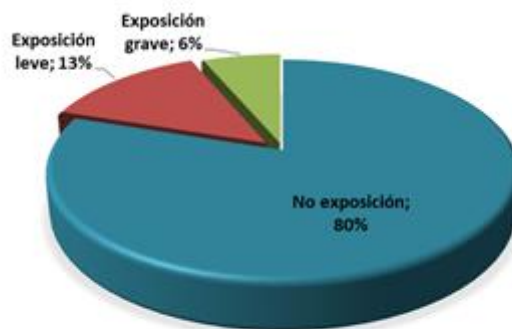
Figura 198 Casos e incidencia de Exposición rábica por subregión. Antioquia 2022



Fuente: Sivigila

En cuanto al tipo de exposición rábica durante el año 2022, el 80,0% de las agresiones se clasificó como no exposición, 13,5% como exposición leve y 6,5% como exposición grave.

Figura 199 Distribución porcentual de casos de Exposición rábica, de acuerdo al tipo de exposición. Antioquia 2022



Fuente: Sivigila

Hasta la semana 45 del año 2023 se han notificado al SIVIGILA 16 198 agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, lo que permite estimar una incidencia preliminar de 236,52 casos por cada 100 000 habitantes. Del total de casos notificados, el 80% fue clasificados como no exposición, el 13% fue clasificado como exposición leve y el 7% restante clasificado como exposición grave

Para mantener los indicadores de morbilidad y mortalidad de rabia humana en cero, se realizan intervenciones en diferentes frentes como vacunación antirrábica, la cual se constituye en la estrategia más económica y segura de prevenir la rabia en humanos y que hace parte de las actividades misionales de los Técnicos Área de la Salud de la Secretaría Seccional de Salud y protección Social de Antioquia; además se adelantan acciones adicionales, tales como procesos contractuales orientados a fortalecer la vacunación antirrábica en zonas rurales de los municipios categoría 4, 5 y 6 del departamento de Antioquia, con especial atención en los municipios donde se han identificado focos de rabia silvestre (Arboletes, Dabeiba, Urrao, Frontino, Valdivia, Briceño, Ituango, Puerto Berrio) y municipios con amplia extensión geográfica rural. Además, se hace acompañamiento en las subregiones de Urabá y Bajo Cauca que por sus características geográficas y sociodemográficas requieren apoyo.

La estrategia de vacunación se articula con intervenciones tales como investigaciones epidemiológicas de campo, seguimiento a perros y gatos agresores que son observables y acciones de control de foco, en cada zona donde es reportado un caso positivo de rabia animal, tanto silvestre como urbana. Desde la vigilancia epidemiológica se realiza con los municipios revisión continua del protocolo de vigilancia integrada de rabia humana, para garantizar la adecuada clasificación de la agresión y a su vez orientar el correcto ajuste en el SIVIGILA de los casos reportados, con el fin de garantizar la calidad del dato, adicionalmente se promueve en la población desde los entes municipales, la tenencia responsable de animales para velar por la salud pública en los territorios.

### Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Accidente Ofídico. Bogotá, Colombia. 2022. [Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Accidente%20Of%C3%ADdico.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Accidente%20Of%C3%ADdico.pdf). Consultado el 30 de noviembre de 2023].
2. Organización Mundial de la Salud. Envenenamiento por mordedura de serpiente: una estrategia para la prevención y el control. Ginebra, Suiza. 2023. [Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515641>. Consultado el 30 de noviembre de 2023].

3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Accidente Ofídico. Bogotá, Colombia. 2022. [Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Leptospirosis.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Leptospirosis.pdf) Consultado el 30 de noviembre de 2023].
4. Organización Mundial de Sanidad Animal. Zero by 30: The global Strategic Plan. Ginebra Suiza. 2018. [Disponible en: [https://www.woah.org/fileadmin/Home/eng/Media\\_Center/docs/Zero\\_by\\_30\\_FINAL\\_online\\_version.pdf](https://www.woah.org/fileadmin/Home/eng/Media_Center/docs/Zero_by_30_FINAL_online_version.pdf). Consultado el 30 de noviembre de 2023].
5. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia integrada de la Rabia. Bogotá, Colombia. 2022. [Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Vigilancia%20Integrada%20Rabia.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Vigilancia%20Integrada%20Rabia.pdf). Consultado el 30 de noviembre de 2023].

### 3.1.3.5 Enfermedades Transmitidas por vectores

La OMS/OPS define a las enfermedades transmitidas por vectores que tienen importancia en salud pública, como aquellas cuya propagación se ve facilitada por algunos organismos, denominados vectores, que transportan virus, parásitos y bacterias, hasta los seres humanos; dichos vectores pueden ser por ejemplo insectos o caracoles, determinantes a la hora de facilitar el contacto de los microorganismos con el ser humano. Estas enfermedades representan una alta carga de morbilidad y mortalidad, además de altos costos en salud para la sociedad<sup>78</sup>.

Entre las enfermedades transmitidas por vectores, toman importancia para Colombia, arbovirosis como el dengue, el chikungunya, el zika y la fiebre amarilla, siendo la más frecuente el dengue; también enfermedades de origen parasitario como la malaria, la leishmaniasis y la enfermedad de Chagas, considerando a la malaria como la de mayor carga y letalidad en la población.

En este sentido, se prioriza para el análisis de situación de salud del departamento el dengue y la malaria, considerándose ambas de importancia para el departamento, dadas sus condiciones biogeográficas que facilitan el establecimiento de los vectores y con ello la transmisión de sus agentes etiológicos.

#### 3.1.3.5.1 Malaria

La malaria, es una enfermedad infecciosa causada por hemoparásitos, protozoarios del género *Plasmodium*, los cuales son transmitidos por insectos, específicamente diferentes especies de mosquitos anofelinos hembra. Para la región de las Américas, las especies parasitarias que

<sup>78</sup> PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. Vectores: Manejo integrado y entomología en salud pública; [consultado el 5 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vectores-manejo-integrado-entomologia-salud-publica>

circulan en la población humana son *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* y *P. ovale*; específicamente en Colombia, circulan de manera activa *P. falciparum* y *P. vivax*, en algunas ocasiones se presenta la infección de manera mixta, es decir, existencia de ambas especies parasitarias<sup>79</sup>, aunque esto no descarta el posible hallazgo de otras especies, dada la posibilidad de introducción de otros microorganismos, en particular por las facilidades de la migración en la población.

Para nuestro país, la vigilancia de este evento toma importancia por la alta carga de morbilidad que se ha evidenciado por su causa históricamente; esto se presenta por la diversidad geográfica y biológica del país, donde se considera que el 85% del territorio tiene características rurales, con lo cual el vector encuentra nichos ecológicos aptos para su establecimiento y proliferación, así mismo, se facilita la posibilidad de circulación del microorganismo. En tal sentido, una proporción importante de la población colombiana, se encuentra en riesgo de enfermar por malaria; el Ministerio de Salud y Protección Social del país, ha caracterizado que los principales focos de transmisión de malaria se encuentran situados en la Región Pacífica (Departamentos del Chocó, Cauca, Nariño y el distrito de Buenaventura) 50 al 60%, seguida por la región Urabá – Bajo Cauca – Alto Sinú (Antioquia y Córdoba, respectivamente) 20 al 30%, Amazonia 5 al 10%, Orinoquia – Centro Oriente y Atlántica 5%<sup>80</sup>.

En el año 2022, según el INS, Colombia registró 71 573 casos, de los cuales el 98,1% (70 188) se definieron como casos de malaria no complicada y el restante 1,9% (1 385) como malaria complicada; para este año se registraron 14 muertes confirmadas por malaria en el país. Este comportamiento ha derivado un Índice Parasitario Anual de Malaria – IPA, el cual expresa la relación de los casos de malaria y la población que vive en zonas de riesgo, dando cuenta de que la probabilidad general de contraer la enfermedad entre la población en riesgo en el 2022 fue 7,2 casos por 1 000 habitantes de estas zonas en el país y discriminando por especie parasitaria fue de 4,4 casos por 1 000 habitantes para *P. vivax* y de 2,8 casos por 1 000 habitantes para *P. falciparum*, conservándose con ello la relación casi de dos a uno entre la frecuencia de las especies parasitarias, a nivel general, en Colombia<sup>81</sup>.

<sup>79</sup> Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la malaria [Internet]. Bogotá, DC.; 2022 [consultado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/Guia-atencion-clinica-malaria.pdf>

<sup>80</sup> Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Malaria [Internet]. Bogotá, DC; 2021 [consultado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/malaria.aspx>

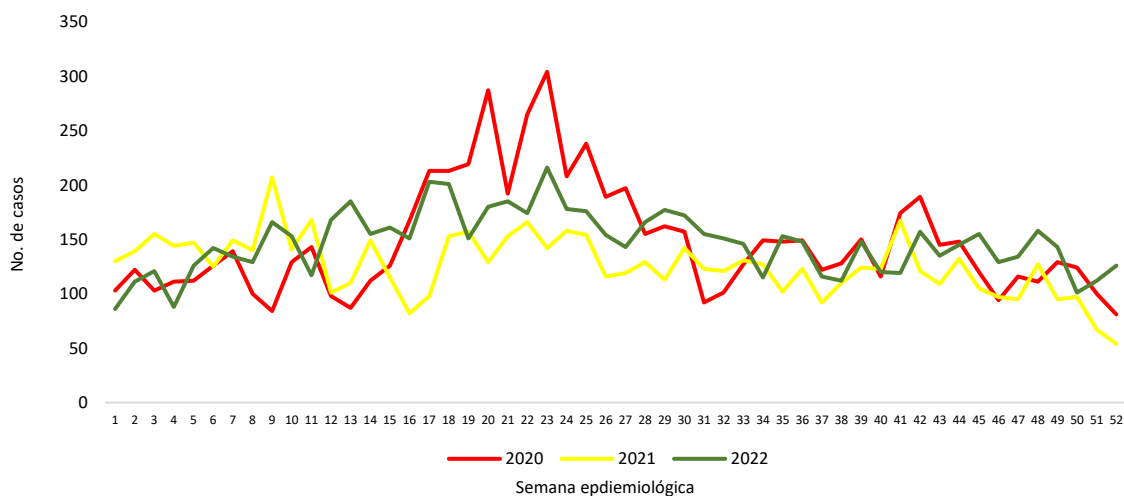
<sup>81</sup> Instituto Nacional de Salud de Colombia. Informe de Evento Malaria año 2022 [Internet]. Enero de 2023. [consultado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MALARIA%20PE%20XIII%202022.pdf>

El comportamiento de la malaria, considerado endémico epidémico en Colombia, ha permitido diseñar diferentes estrategias de intervención integral, teniendo como principios en su atención el diagnóstico temprano, tratamiento rápido, apropiado, racional y eficaz, esto con el fin de mitigar los efectos de complicaciones y muertes que se puedan generar <sup>82</sup>.

En Antioquia, se considera que el 17% de la población, esto es un total de 1 162 164 habitantes, tienen riesgo de enfermarse por malaria, dado que habitan zonas rurales con condiciones geográficas, climáticas, ambientales y de vulnerabilidad social, que permiten la transmisión de la enfermedad.

Para el año 2022, se registraron en el SIVIGILA 7 647 casos de malaria en el departamento, considerando un incremento en comparación con el año inmediatamente anterior y asemejándose a lo presentado en 2020 en el territorio departamental

Figura 200. Casos de malaria registrados en el SIVIGILA, por semana epidemiológica, Antioquia, 2020 - 2022

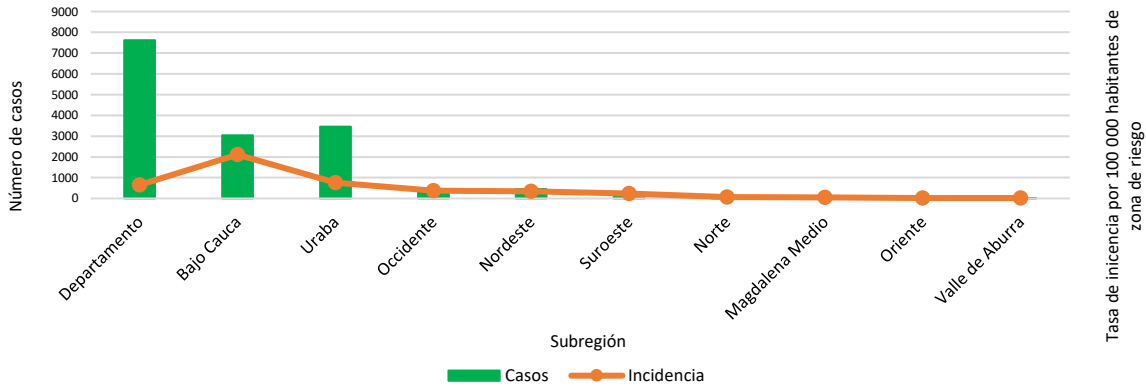


Fuente: Sivigila, 2020 - 2022

El 99% de los casos de malaria reportados en 2022, se concentraron en las subregiones de Bajo Cauca, Urabá, Occidente, Nordeste y Suroeste, teniendo una tasa de incidencia para el evento entre 2 109 casos por 100 000 habitantes de zonas de riesgo y 238 casos por 100 000 habitantes de zonas de riesgo, la figura 2 muestra la frecuencia de la enfermedad por subregión.

<sup>82</sup> Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la malaria [Internet]. Bogotá, DC.; 2022 [consultado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/Guia-atencion-clinica-malaria.pdf>

Figura 201. Frecuencia de malaria según subregión de Antioquia, 2022



Fuente: Sivigila, 2022

El 3% (227) de los casos de malaria reportados en 2022 en el departamento de Antioquia, se definieron con complicaciones, generando dos muertes confirmadas por malaria en el periodo de análisis. La tabla 1 muestra la relación de la especie parasitaria con la presentación de los casos complicados y no complicados del evento, es de resaltar que, para Antioquia, sigue siendo de mayor frecuencia malaria por *P. vivax* en relación con *P. falciparum*.

Tabla 152. Casos de malaria clasificados con complicaciones y sin complicaciones según especie parasitaria. Antioquia, 2022.

Especie parasitaria	Malaria con complicaciones		Malaria sin complicaciones		Total general	
	n	%	n	%	n	%
<i>P. vivax</i>	199	3,1	6298	96,9	6497	85,0
<i>P. falciparum</i>	23	2,1	1078	97,9	1101	14,4
Malaria mixta	5	0,0	44	0,0	49	0,6
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>3,0</b>	<b>7420</b>	<b>97,0</b>	<b>7647</b>	<b>100</b>

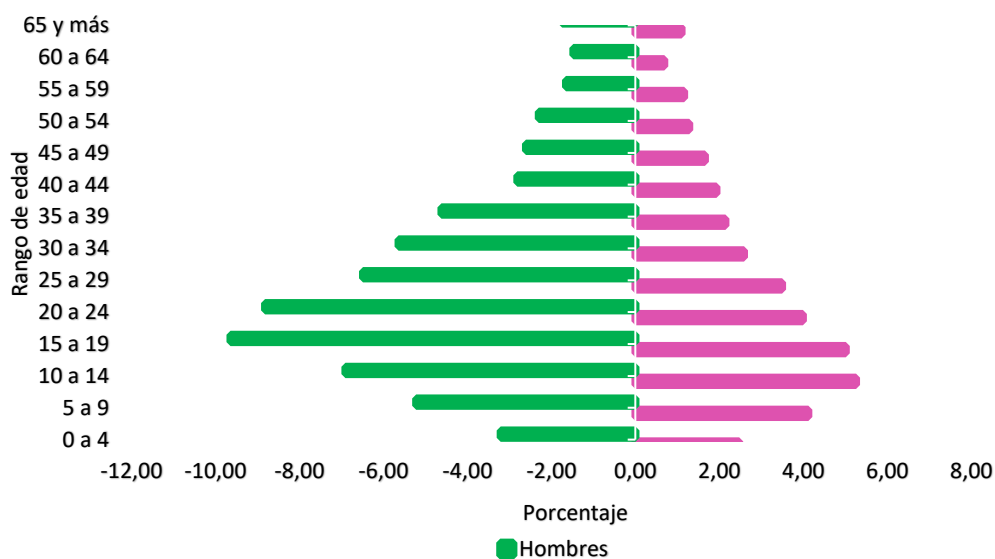
Fuente: Sivigila, 2022

El IPA departamental para el año 2022, indicó que, a nivel general se presentan 2,2 casos de malaria por cada 1 000 habitantes en zonas de riesgo; siendo este indicador mayor para la zona de Bajo Cauca, donde se reportaron 21, 1 casos por 1 000 habitantes de zona de riesgo, es importante resaltar que en esta subregión se encuentran los mayores aportantes de casos de malaria a nivel nacional, siendo El Bagre y Zaragoza quienes reportan el mayor número de casos de la subregión. Seguido de ésta, se encuentra la subregión de Urabá, que a nivel global reporto 7,6 casos por cada 1 000 habitantes en zonas de riesgo, siendo Vigía del Fuerte y Murindó, los

municipios con mayor riesgo de la enfermedad, dado que registraron 67,4 y 57 casos por 1 000 habitantes en zona de riesgo, respectivamente.

Con relación a otras variables sociodemográficas de interés para el evento, se tiene que, por cada dos hombres afectados por malaria en el departamento, se registra una mujer afecta; las edades donde se ubica la mayor proporción de casos están entre los 15 y 49 años, edades económicamente activas, lo cual puede indicar una fuerte relación del evento con ocupaciones que derivan mayor exposición al contacto con el vector. La figura 3, muestra la distribución por edad y sexo de los casos de malaria en Antioquia durante el año 2022.

Figura 202. Distribución por edad y sexo de los casos de malaria. Antioquia, 2022



Fuente: Sivigila, 2022

El 17% ( ) de los casos de malaria en 2022, se presentó en población indígena, mientras que el 9,6% (735 casos) en población afrocolombiana. Tabla 3.

Tabla 153. Casos de malaria según pertenencia étnica. Antioquia, 2022

Etnia	Casos	Porcentaje
Otro	5528	72,3
Indígena	1362	17,8
Afrocolombiano	735	9,6
Rom/Gitano	12	0,2
Raizal	10	0,1
<b>Total</b>	<b>7647</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila, 2022



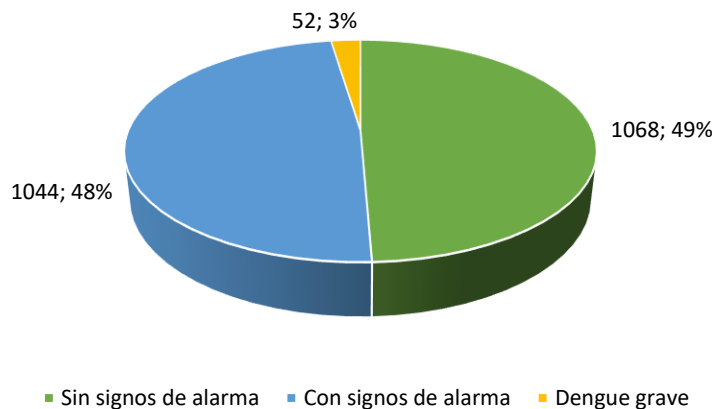
## 3.1.3.5.2 Dengue

El dengue es una enfermedad de etiología viral que ha mostrado un incremento significativo en los últimos años a nivel mundial; su transmisión se da por la picadura de mosquitos del género *Aedes*, los cuales se encuentran con frecuencia en los climas tropicales y subtropicales. El dengue puede presentarse asintomático o con manifestación de signos y síntomas como fiebre alta, dolor de cabeza y en otras partes del cuerpo, náuseas y erupciones en la piel; esta infección generalmente es autolimitada, con una curación entre las dos primeras semanas después de la infección y su tratamiento se enfoca en el control de los síntomas; en ocasiones pueden presentarse complicaciones, que, si no se manejan de manera apropiada, pueden llevar a la muerte<sup>83</sup>.

En el año 2022, según el INS, Colombia registró 69 497 casos de dengue en el territorio nacional, de los cuales el 46,8% (32 516) fueron sin signos de alarma, 51,2% (35 610) con signos de alarma y el restante 2,9% (1 371) dengue grave; 48 de las 72 muertes notificadas en el país, fueron confirmadas por esta arbovirosis<sup>84</sup>.

En Antioquia, se registraron en el SIVIGILA 2 164 casos de dengue para el año 2022, con una clasificación específica como se relaciona en la siguiente figura.

Figura 203. Distribución de los casos de dengue de acuerdo a su clasificación. Antioquia, 2022.



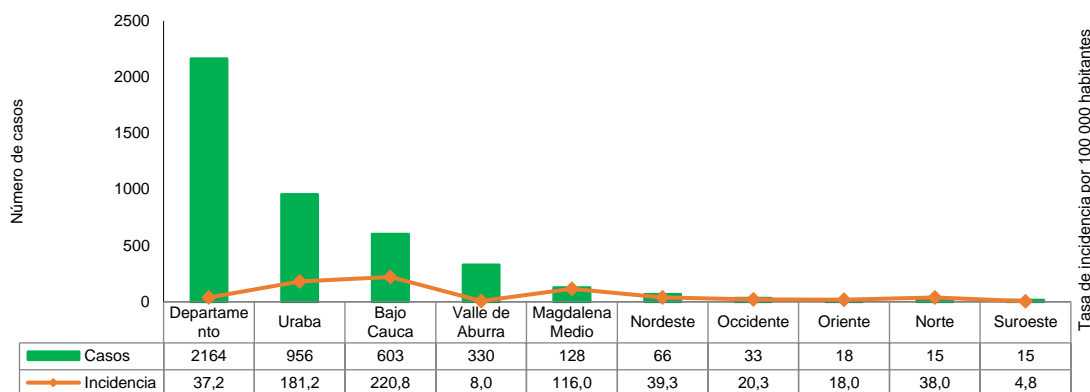
Fuente: Sivigila, 2022

<sup>83</sup> Organización Mundial de la Salud. Dengue y dengue grave [Internet]. Washington, DC.; 2023 [consultado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

<sup>84</sup> Instituto Nacional de Salud de Colombia. Informe de Evento Dengue año 2022 [Internet]. Enero de 2023. [consultado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DENGUE%20PE%20XIII%202022.pdf>

El 72% de los casos de dengue reportados en 2022, se concentraron en las subregiones de Urabá y Bajo Cauca; la tasa de incidencia global para el departamento fue de 31,4 casos por 100 000 habitantes, siendo las subregiones de Bajo Cauca, Urabá y Magdalena medio, quienes reportaron mayor afectación por este evento.

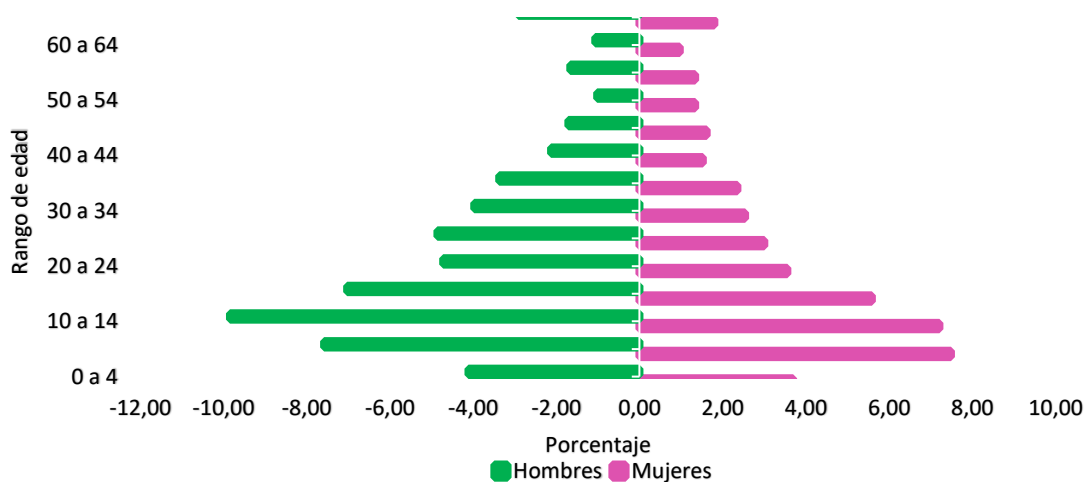
Figura 204. Frecuencia de dengue según subregión de Antioquia, 2022



Fuente: Sivigila, 2022

Las complicaciones derivadas del dengue, son más frecuentes en aquellos afectados que se encuentren en extremos de la vida, si bien para Antioquia en el 2022, la frecuencia en estos grupos poblacionales no superó el 10%, su presentación sigue siendo constante en estos grupos vulnerables; la relación hombre mujer en el dengue es casi uno a uno en Antioquia para el periodo de análisis. La figura 6, muestra la distribución por edad y sexo de los casos de dengue en Antioquia durante el año 2022.

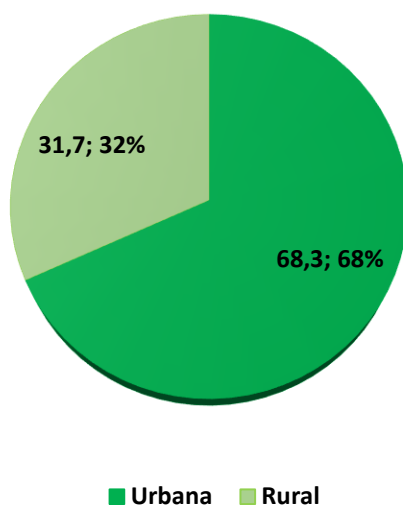
Figura 205. Distribución por edad y sexo de los casos de dengue. Antioquia, 2022



Fuente: Sivigila, 2022

Generalmente, en el dengue se relaciona su presentación a zonas altamente urbanizadas, para el caso de la distribución de los casos por zona de residencia, llama la atención que el 31% de los casos se reportó como residente en zona rural (Figura 7), lo que puede estar indicando mayores construcciones habitacionales en áreas consideradas rurales, pero con una presión demográfica que puede estar cambiando sus dinámicas poblacionales y con ello el riesgo de presentación de ciertas enfermedades.

Figura 206. Distribución porcentual del dengue, según zona de residencia. Antioquia, 2022



Fuente: Sivigila, 2022.

### 3.1.3.6 Situación del COVID-19 debido al virus SARS\_COV2

El 30 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud declara la Emergencia Sanitaria Internacional por COVID-19, y para el 7 de marzo del 2020, la OMS categoriza la COVID-19 como una pandemia. El 5 de mayo del 2023 la OMS acogió la recomendación del comité de emergencias y declara el fin de COVID-19 como ESPII, que gracias a la respuesta internacional y la cooperación de todos los estados COVID-19 ha presentado una disminución importante de casos, lo que implica una vigilancia rutinaria considerada un problema de salud pública establecida y persistente.

Gracias al análisis genómico realizado durante estos años, se ha logrado identificar diferentes linajes genéticos de COVID-19 de las cuales se destacan Alfa, Beta, Gamma, Delta, Mu, y Ómicron como variante de preocupación que desde el año 2022 es la variante que circula en el territorio nacional.

Con corte al 31 de octubre del 2023 el número acumulado de casos confirmados en el mundo

asciende a 676.572.532 y unos 6.881.908 fallecimientos asociados al evento.

En Colombia para el año 2020, se notificaron un total de 1.814.208 casos confirmados de COVID-19 y un total de 51.170 fallecimientos, mientras que para el año 2021 se reportaron 3.566.126 casos positivos y 80.347 muertes por COVID-19. Para el año 2022 el país reportó 972.208 casos y 11.006 fallecidos y Entre el 1 de enero del 2023 y el 31 de octubre del 2023 se han presentado 31.791 casos totales y 552 fallecidos, lo que representa un acumulado para el país de 6.384.233 casos y una letalidad de 2,2%.

La actual pandemia de COVID19 en estos casi cuatro años logro extenderse a más de 200 países en todos los continentes. Los mecanismos de transmisión del coronavirus, SARS COV2/COVID-19, o nuevo virus, identificados son por gotas respiratorias al toser y estornudar, contacto indirecto por superficies inanimadas y aerosoles por microgotas.

Los pacientes pueden ser asintomáticos, es decir aquellos que no presentan síntomas evidentes o sintomáticos que pueden presentar fiebre, escalofrío, pérdida del gusto y el olfato, tos, diarrea, dolor de garganta, rinorrea, estornudos, malestar general, dolor muscular, fatiga cansancio y hasta dificultad respiratoria y puede generar como consecuencia la presencia de neumonía, complicaciones sistémicas en órganos vitales y hasta la muerte.

La principal prevención contra la COVID-19 es la vacunación, con aproximadamente el 66% de la población mundial vacunada con al menos una dosis, permite continuar con los procesos sociales, económicos y en salud que fueron afectados por la pandemia.

### 3.1.3.6.1 Caracterización de casos y pruebas diagnósticas

Durante estos casi cuatro años de pandemia (marzo de 2020 a octubre de 2023), en Antioquia se realizaron un total de 5.005.669 pruebas entre RT-PCR y antígeno y se presentó una positividad acumulada del 19%. En el 2023 se diagnosticaron un total de 5.065 personas y la positividad acumulada fue de 7,8%, es decir que en el en 2023 se presentó una disminución del 50,6% en la positividad con respecto al 2022, manteniendo las mismas condiciones de priorización de pruebas entre el año 2022 y 2023.

En el año 2023, un total de 5.065 personas fueron positivos para COVID-19, representando una tasa de incidencia sin ajustar de 74,2 casos por cada 100.000 habitantes para el año en mención y una incidencia acumulada de 13.866 por 100mil habitantes. En comparación con los casos presentados en el año 2023 se observó una disminución de 74,3% con respecto al 2022.

El 31,1% de los casos son reinfecciones y durante el 2023 se reporta una oportunidad a la notificación de 1,5 días, una oportunidad de la consulta de aproximadamente 3 días y una oportunidad al diagnóstico de 1,3 días.

Tabla 154. Indicadores epidemiológicos para COVID 19 en Antioquia, 2020 a 2023

Indicadores	Total	2020	2021	2022	oct-23
Número de pruebas	5.005.669	1.236.413	2.902.299	801.990	64.967
Porcentaje de positividad	19,0	22,8	18,5	15,8	7,8
Número de casos positivos	949.597	282.182	535.609	126.741	5.065
Incidencia por 100.000 habitantes	14.531,3	4.318,1	8.196,2	1.939,5	77,5
Numero de casos pais	6.384.233	1.814.208	3.566.126	972.108	31.791
Numero de casos mundo	676.572.532	83.798.965	205.239.266	373.647.454	13.886.847
Número de personas recuperadas	927.356	275.788	522.628	123.886	5.054
Proporción de personas recuperadas	97,7	97,7	97,6	97,7	99,8
Número de hospitalizados	53.391	15.936	29.556	6.797	1.102
Número de casos hospitalizados en UCI	15.865	5.195	9.428	1.081	161
Número de casos hospitalizados en Hospitalización general	37.526	10.741	20.128	5.716	941
Proporción de casos hospitalizados en UCI	29,7	32,6	31,9	15,9	14,6
Proporción de casos hospitalizados en sala general	70,3	67,4	68,1	84,1	85,4
ANTIOQUIA: Número de casos fallecidos	18.629	5479	11663	1.400	87
ANTIOQUIA: Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes	285,1	83,8	178,5	21,4	1,3
ANTIOQUIA: Porcentaje de letalidad	2,0	1,9	2,2	1,1	1,7
PAIS: Número de casos fallecidos	143.075	51.170	80.347	11.006	552
PAIS: Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes	277,2	100,0	158,4	21,7	1,1
PAIS: Porcentaje de letalidad	2,2	2,8	2,3	1,1	1,7
MUNDO: Número de casos fallecidos	6.881.908	1.904.457	3.564.146	1.235.352	177.953
MUNDO: Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes	86,0	24,4	45,5	15,4	2,2
MUNDO: Porcentaje de letalidad	1,0	2,3	1,7	0,3	1,3

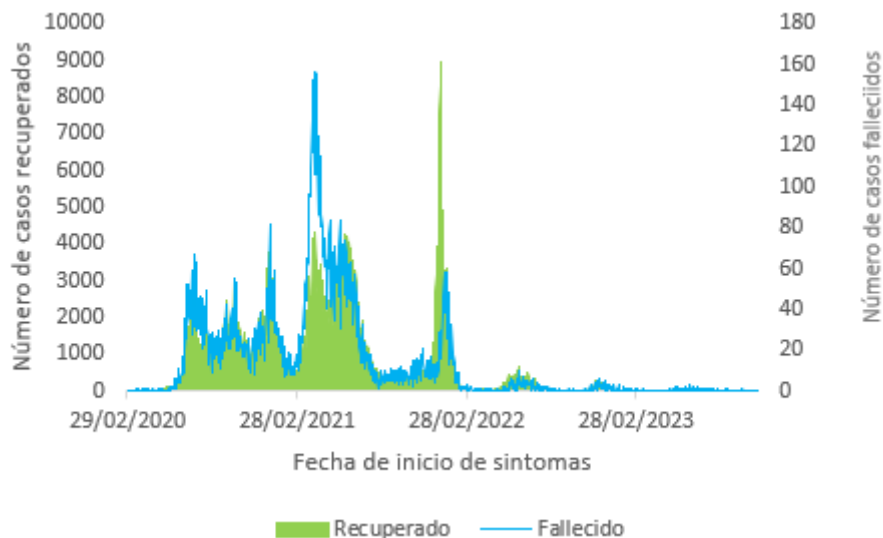
Fuente: Base Reporte INS

La distribución de los casos positivos, señaló que la curva de COVID-19 es de tipo propagada, y que durante 2020 a 2023 en el departamento se presentaron nueve picos, indicando un mayor número de casos en ese periodo de tiempo; estos picos estuvieron comprendidos en los siguientes meses: el primero se presentó en Julio del 2020 y el segundo entre finales de septiembre e inicios de octubre del 2020. El tercer pico inició desde mediados de diciembre de 2020 y se extendió hasta finales de enero de 2021; posteriormente se observó un descenso en el número de casos, sin embargo desde mediados del mes de marzo de 2021 hasta finales del mes de abril se presentó el cuarto aumento y en menos de un mes se reportó el quinto pico, estableciéndose desde mayo hasta inicios del mes de agosto 2021; durante septiembre hasta mediados de diciembre la transmisión fue baja, momento en el que se notificaron 345 casos en promedio al día; finalmente, en los últimos quince días de diciembre se observó el sexto pico en la notificación de positivos, que se extendió hasta enero 2022 relacionándose con la identificación de la circulación de la variante Ómicron en el departamento. En junio del 2022 y diciembre del 2022 se presenta el séptimo y octavo pico.

Para el 2023 se presentó el noveno pico entre el mes de junio y julio, aunque no se presentó con la misma magnitud que los picos anteriores posiblemente por el número de pruebas realizadas a

nivel departamental y las altas coberturas de vacunación en la población; por último.

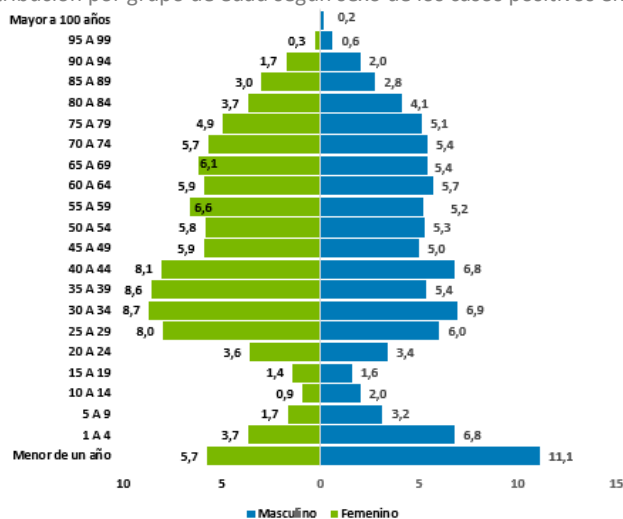
Figura 207. Evolución de casos por COVID 19 según fecha de inicio de síntomas en Antioquia, 2020-2023



Fuente: Base Reporte INS

Al analizar características como el sexo y la edad de las personas positivas por COVID 19 durante el 2023, se encontró que el promedio de edad fue 44 años con una desviación estándar de  $\pm 25$  años, el mayor grupo de personas presentó una edad entre menores de 1 año y entre 30 y 34 años. En relación al sexo se observó que el 58,8% correspondieron a mujeres, consolidándose en los diferentes grupos de edad un mayor número de casos con respecto a los hombres, excepto en menores de 19 años donde se presentó un mayor número de infectados en los hombres.

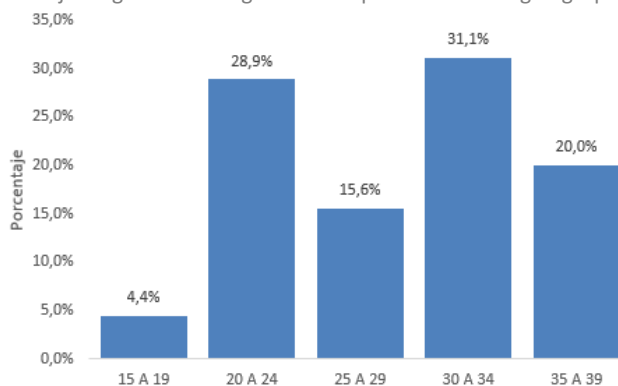
Figura 208. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos positivos en Antioquia, 2023



Fuente: Base Reporte INS

Uno de los grupos especiales evaluados son las gestantes, donde se identificaron para el 2023 un total de 45 mujeres infectadas, la edad promedio fue de 28,8 años con una desviación estándar de  $\pm 19,6$  años y el rango de edad estuvo comprendido entre los 15 a 39 años, con un 88% de gestantes vacunadas con al menos una dosis contra COVID-19, no se presentaron fallecimientos y el 29% requirió hospitalización

Figura 209. Porcentaje de gestantes diagnosticadas por COVID 19 según grupo de edad, 2023.

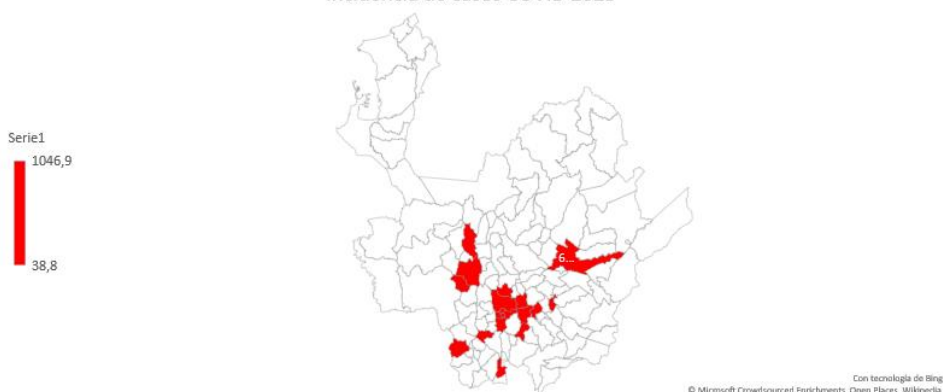


Fuente: Base Reporte INS

En el departamento según la incidencia de casos, subregiones más afectadas durante el 2023 es Valle de Aburra, Oriente y Occidente, el municipio que presenta mayor incidencia para este año es Buritica 1046,9 y Rionegro 182,3 por 10<sup>º</sup> mil habitantes sin ajustar

Mapa 32. Distribución de incidencia por Covid19 según subregión de Antioquia. 2023

Incidencia de casos COVID 2023



Fuente: Base Reporte INS

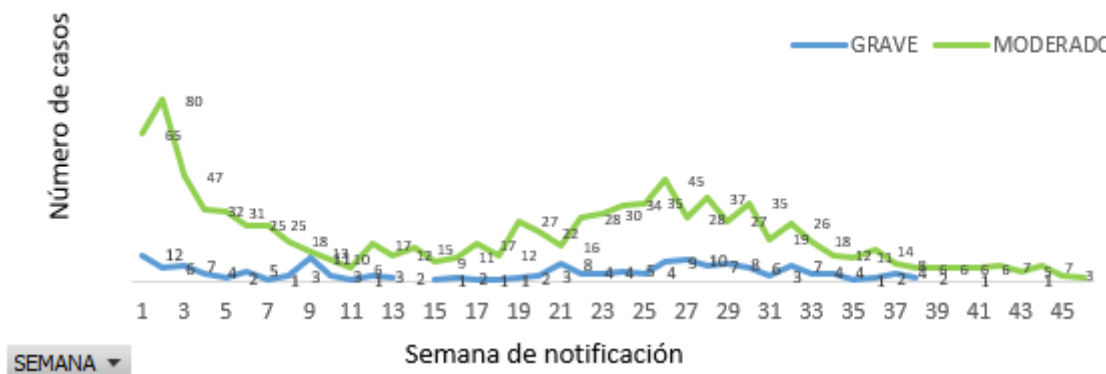
### 3.1.3.6.2 Caracterización casos hospitalizados por COVID -19.

De los 948.597 casos confirmados durante 2020 a 2023, 53.391 pacientes (5,6%) requirieron ser hospitalizadas, y en el 2023 el total de personas que requirió del servicio fue de 1.102,

presentándose una disminución del 83,8% con respecto al 2022, en relación al tipo de servicio requerido durante toda la pandemia el 70,3% fue atendido en hospitalización general y 29,7% en UCI.

Según la evolución de los casos que ingresaron a hospitalización en 2023 pudo observarse que, durante mediados de enero y julio a agosto, fue el periodo donde se registraron el mayor número de atenciones tanto en hospitalización general como en UCI.

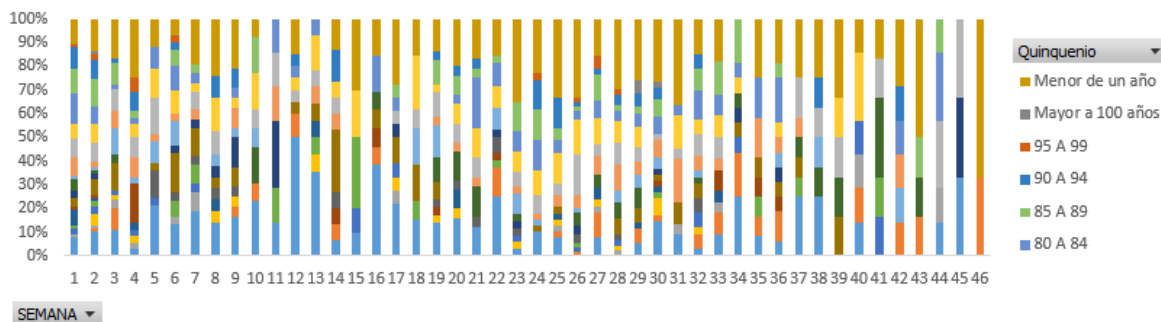
Figura 210. Distribución de casos hospitalizados por COVID-19 por semana de notificación en Antioquia durante el 2023.



Fuente: Base hospitalizados Antioquia

Según las variables de sexo y edad de los pacientes hospitalizados por COVID-19, se observó un número similar de casos entre hombres y mujeres. Con referencia a la edad, se obtuvo un promedio de 40 años con una desviación estándar  $\pm 34$ , el grupo de 60 años o más es el que más aporta a las hospitalizaciones durante el año, pero en las últimas semanas de notificación se observa que el grupo de menor de 1 año y los mayores de 80 años son los que más requieren el servicio de hospitalización.

Figura 211. Distribución por grupo de edad según sexo de los casos hospitalizados en Antioquia, 2023



Fuente: Base hospitalizados Antioquia



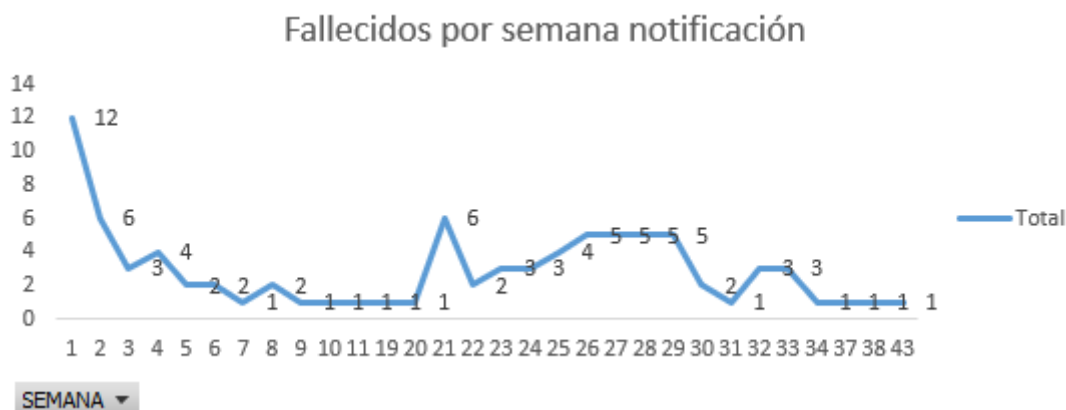
### 3.1.3.6.3 Mortalidad por COVID-19

Para el análisis de mortalidad la fuente utilizada corresponde a los datos reportados por el Instituto Nacional de Salud (INS), en este sentido se hace la aclaración que no se tuvo en cuenta el reporte del DANE dado que el reporte oficial del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para este evento tiene como fuente al INS.

Antioquia ha acumulado un total de 18.629 personas fallecidas por COVID 19, de las cuales 87 (0,4%) ocurrieron durante el 2023, la tasa de mortalidad acumulada al 2023 fue de 285,1 por cada 100.000 habitantes y una letalidad de 2%. En 2023, la tasa de mortalidad fue 1,3 por cada 100.000 habitantes mientras que en el 2022 fue de 1400 por cada 100.000 habitantes, una disminución del 93,8%.

El 2023 inició tanto con aumento de casos, personas hospitalizadas y fallecimientos por COVID-19, en el mes de enero se presentaron un total de 25 personas fallecidas para el departamento con un promedio de 6 casos por día. Posteriormente se observó un descenso gradual de la mortalidad, estabilizándose en un promedio de 3 fallecidos por día. Sin embargo, a mediados del mes de mayo se evidenció un ascenso en el número de fallecidos, en esta ocasión se alcanzó un pico máximo de 6 fallecidos a la semana 20 de notificación.

Figura 212. Distribución de casos fallecidos por COVID-19 en Antioquia durante el 2023.



Fuente: Base Reporte INS

Igualmente, para efectos de este análisis se presentan los resultados de mortalidad según fuente de información DANE el cual reportó 5.484 fallecimientos en el 2020, y 12.294 en el año 2021, 1.701 en el 2022 y 113 en el año 2023.

En conclusión, se recomienda fortalecer las estrategias con relación al autocuidado, bioseguridad y vacunación de la población antioqueña que puedan generar acciones multisectoriales basadas en los determinantes sociales de la salud.

Se recomienda la intensificación de vigilancia epidemiológica para COVID 19 bajo la dinámica de promoción, prevención y control.

Es importante establecer mecanismos que permitan el flujo de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención en salud que permitan la oportunidad, calidad en la atención para reducir las consecuencias de COVID-19 en la población Antioqueña, pensando en una postpandemia.

### 3.1.3.7 Viruela Símica (MPOX)

La viruela símica es una enfermedad zoonótica de origen viral, con presencia de casos en humanos desde 1970 en zonas endémicas como las regiones de África central y África occidental, y es considerado el orthopoxvirus más importante para la salud pública a nivel mundial después de la erradicación de la viruela. En el 2002 se presenta un brote en Estados Unidos que genera preocupación internacional por ser zona no endémica. En 2018 la OMS clasificó la viruela símica como una enfermedad emergente que requiere investigación, diagnóstico amplio, desarrollo y acción de salud pública.

En el mundo se han identificado dos clados relacionados a la infección por viruela símica, el clado I de África Central proveniente de la cuenca del Congo el cual representa mayor morbimortalidad y tasa de transmisión incluyendo una letalidad de hasta 10% y el clado II de África Occidental reportado con menor tasa de letalidad siendo del 3%.

La viruela símica se transmite a humanos no solo de manera incidental por contacto con los animales infectados, sino que también se ha señalado transmisión por contacto sexual o piel a piel, gotitas respiratorias o contacto con ropa de cama de persona infectada, algunos estudios han indicado posible transmisión congénita. Se ha evidenciado que el contagio es principalmente por contacto directo o indirecto con sangre, fluidos corporales y lesiones de la piel.

Los pacientes presentan comúnmente síntomas prodrómicos como fiebre, malestar general, dolor de cabeza, mialgia, y linfadenopatías entre 5 y 13 días después de la exposición, seguido de la aparición de una erupción cutánea. Los casos graves se producen con mayor frecuencia en los niños, y su evolución depende del grado de exposición al virus, el estado de salud del paciente y la naturaleza de las complicaciones. Las deficiencias inmunitarias subyacentes pueden causar peores resultados.

Algunas complicaciones que se presentan en estos casos son sobreinfección bacteriana de la piel, cicatrización, hiperpigmentación o hipopigmentación, cicatrización corneal que conlleva a pérdida de visión, neumonía, deshidratación, septicemia, encefalitis e incluso la muerte. Estas complicaciones se presentan en algunos casos por lo que es necesario evaluar los factores de riesgo de los pacientes para establecer seguimiento y plan de tratamiento.

Durante el 2022 se reporta un brote en 32 países en zona no endémica lo que obliga a la OMS a declarar el 23 de julio la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por viruela símica, ya a la fecha se han confirmado 80 mil casos, 112 muertes en 110 países. Durante el 2023 se ha reportado una disminución de los casos dando como resultado el fin de la emergencia internacional el 11 de mayo del 2023 y la continuidad de la vigilancia rutinaria del evento como enfermedad reemergente.

El brote del 2022 se ha asociado principalmente en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, contacto estrecho incluido la desnudez, la mayoría de los pacientes que requieren hospitalización presentan una inmunosupresión, algunas investigaciones sugieren una relación entre la ubicación de las lesiones y el lugar de la inoculación.

En Colombia durante el 2022 se han reportado 4 059 casos principalmente en Bogotá, Antioquia, y Cali; entre el 1 de enero al 3 de noviembre del 2023 se han reportado 50 casos confirmados de viruela símica de los cuales 21 corresponden al departamento de Antioquia, 11 a Bogotá, 7 a Barranquilla y 11 casos adicionales distribuidos en 8 departamentos o distritos del país, para un total de 4 109 casos acumulados en el país, el 9% de los casos requirieron hospitalización y a la fecha no se han presentado fallecidos por el evento.

Comportamiento de viruela símica en el departamento de Antioquia.

La incidencia de viruela símica en el departamento está en 16,8 por 100 mil habitantes con un total de 1 150 casos acumulados entre el 2022 y el 2023 con afectación en 36 municipios y 33 casos adicionales de otros departamentos o distritos que fueron asignados desde el Instituto Nacional de Salud al departamento. Los municipios con mayor número de casos son Medellín, Bello, Itagüí, Envigado y Sabaneta (Tabla x).

Tabla 155. Incidencia de casos de viruela símica. Antioquia. 2022 -2023

Municipio	Incidencia	Casos
Medellín	30,7	802
Montebello	29,2	2
Itagüí	29,1	87
Sabaneta	28,7	26
Bello	18,4	105
Hispania	17,3	1
Envigado	14,0	35
La Estrella	12,8	10
Copacabana	11,8	10
La Pintada	11,5	1
Antioquia	10,8	3
Caldas	10,5	9
Titiribí	9,0	1
Concordia	8,9	2
La Ceja	8,5	6

Municipio	Incidencia	Casos
Guarne	8,3	5
Carmen de Viboral	7,7	5
Rionegro	7,5	11
Cañasgordas	6,2	1
San Carlos	6,1	1
Marinilla	5,7	4
Girardota	5,3	3
Santa Rosa de Osos	5,1	2
San Vicente	4,3	1
Retiro	3,9	1
Apartado	3,8	5
Zaragoza	3,8	1
Bolívar	3,7	1
Barbosa	3,6	2
Amaga	3,1	1
Santuario	2,6	1
Yarumal	2,3	1
Necocli	2,2	1
Andes	2,2	1
Carepa	1,9	1
Turbo	0,7	1

Para el 2023 se han presentado 21 casos con residencia en el departamento, correspondiente a los municipios de Medellín, Sabaneta Bello, Envigado, Marinilla, Caldas y Carepa (Figura x).

Mapa 33- Incidencia de casos de viruela símica. Antioquia. 2023

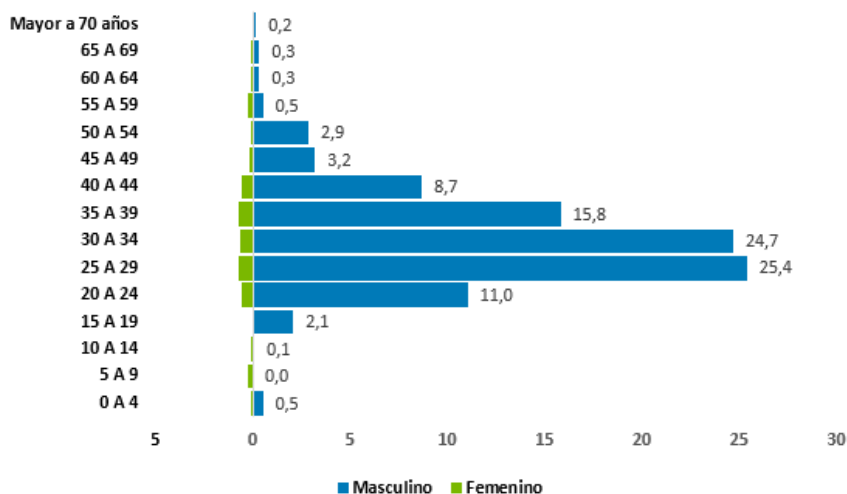
### Incidencia de casos viruela Símica 2023



Fuente. Base reporte MPOX Antioquia

El 96% de los casos que se han presentado en el departamento es de sexo masculino, en edades comprendidas especialmente entre los 20 y 40 años, con un promedio de 32 años (Figura x).

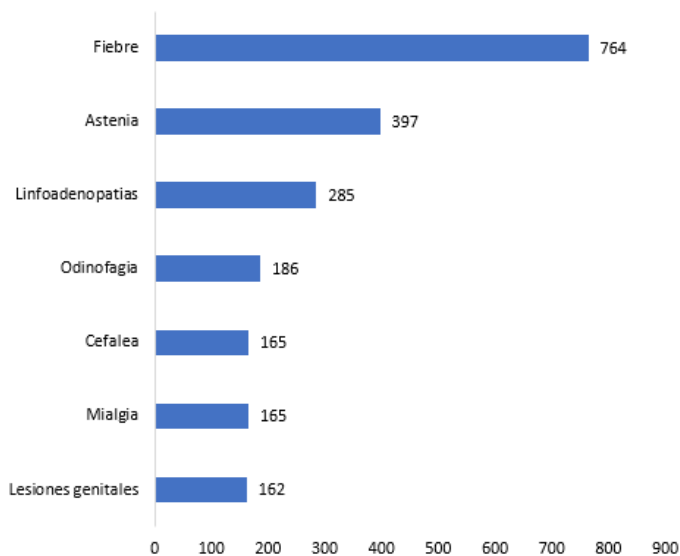
Figura 213. Pirámide poblacional de casos de viruela símica. Antioquia. 2022 -2023



Fuente. Base reporte MPOX Antioquia

En cuanto a comorbilidades el 35,6% reporta ser VIH positivo y menos del 6% reportan co-infección de sífilis o herpes. El 9,8% de los casos en el departamento requirieron hospitalización. El principal síntoma reportado además del exantema que se presenta en el 100% de los casos por ser condición para la definición de caso probable, la fiebre, la astenia y la linfadenopatias se han reportado con mayor frecuencia en los pacientes notificados (Figura x).

Figura 214. Síntomas de viruela símica. Antioquia. 2022 -2023



Fuente. Base reporte MPOX Antioquia

Tener conductas sexuales riesgosas y ser hombre que tiene sexo con otro hombre son los principales modos de transmisión de los casos reportados, 97 casos además han reportado ser contacto estrecho de un caso positivo (Figura x).

Figura 215. Nexo epidemiológico para viruela símica. Antioquia. 2022 -2023



Fuente. Base reporte MPOX Antioquia

En cuanto a población especial se encontró que del total de casos reportados 5 son población privada de la libertad, 1 gestante, 8 menores de 14 años y 3 militares sin ninguna complicación relacionada al evento.

Es importante resaltar que viruela símica sigue siendo un evento de interés para el departamento, con reporte de casos activos a la fecha, lo que implica continuar con las acciones de vigilancia epidemiológica que permitan cortar las cadenas de transmisión.

Las acciones de promoción y prevención deben de enfocarse en los factores de riesgo para evitar posibles complicaciones y aunque la transmisión de casos no es exclusiva en hombres o en conductas sexuales riesgosas incluida la penetración, si es importante articular programas en población focalizada que permita reducir la estigmatización del evento y mejorar las rutas de atención en pacientes probables o confirmados.

### 3.1.4 Análisis de la población con discapacidad

De acuerdo al Censo Dane 2018 Antioquia tiene una prevalencia de 7,4% de discapacidad, este porcentaje se encuentra por encima de la prevalencia nacional, que es del 7,1%; porcentaje que corresponde con un total de 474.126 personas con discapacidad - PcD en el departamento.

Los determinantes sociales de la salud (DSS), según la Organización Mundial de la Salud, se definen como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Diferentes estudios han considerado la discapacidad en el modelo de DSS pero sin detenerse en cuestionar su función en el proceso de determinación social, a pesar de identificar asociaciones entre la discapacidad y las desigualdades. Tomado (Artículo especial Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación Mauro Tamayo\*, Álvaro Besoain y Jaime Rebolledo Departamento de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile) Pagina 97.

Con base en lo anterior, a continuación, se da cuenta cómo los determinantes sociales de la salud son generadores de discapacidad.

En su mayoría, las personas con discapacidad en el departamento de Antioquia no cuentan con las garantías ajustadas a sus necesidades que favorezcan su desarrollo integral y su inclusión social, y por ello, a menudo enfrentan desafíos socioeconómicos, como falta de acceso a empleo remunerado, educación de calidad y oportunidades de desarrollo. La falta de recursos económicos puede limitar su capacidad para acceder a servicios de salud adecuados, rehabilitación y apoyos necesarios para su bienestar.

De acuerdo a lo anterior, se evidencian necesidades no satisfechas en las personas con discapacidad del departamento, como lo son los servicios de habilitación - rehabilitación, participación y asistencia social, sumado a ello, la dificultad para acceder a una educación inclusiva y de calidad (desde la infancia hasta la educación superior, la educación no formal y la formación para el trabajo) esencial para las personas con discapacidad; como sujetos de derechos y deberes, participes de sus procesos de inclusión familiar, social y ocupacional, con el reconocimiento de las habilidades, capacidades y competencias para el fomento de la igualdad de condiciones, la equidad y la equiparación de oportunidades; se observa que aún existe barreras actitudinales, físicas, comunicativas para la población con discapacidad; enfrentándose así a experiencias que limitan las posibilidades de desarrollar vidas autónomas e independientes, es así como se busca promover cambios que incorporen a la población con discapacidad en las dinámicas sociales, culturales, políticas y económicas en los territorios.

Así mismo, la sociedad sigue presentando actitudes de discriminación y estigma frente a las personas con discapacidad en varios aspectos de sus vidas, lo que genera un impacto negativo en su salud mental y emocional. La discriminación puede dificultar su acceso a oportunidades de empleo, educación y participación social, lo que a su vez puede afectar su bienestar general.

Las personas con discapacidad del departamento enfrentan barreras para acceder a la atención en salud, incluyendo consultas, medicamentos y tratamientos por causas económicas y por la presencia de servicios especializados limitados en los municipios, debido a que la disponibilidad de estos, se concentra en la subregión de Valle de Aburra, lo que genera altos costos para el desplazamiento de las PcD y sus personas de apoyo cuando requieren de servicios especializados, como terapias de rehabilitación, o servicios de atención a largo plazo.

La información descrita a continuación se tomó del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD, del Ministerio de Salud y Protección Social, que es la fuente oficial para conocer la situación de las PcD en Antioquia y se toma del periodo de tiempo comprendido entre el 1 de julio 2020 a corte de 30 de octubre de 2023, teniendo que es información que contiene criterios acordes con la normativa actual.

Así, a partir del 1 de julio de 2020 entró en vigencia la Resolución 113 de 2020, actualmente derogada por la Resolución 1239 de 2022, que busca implementar la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD como mecanismo para localizar, caracterizar y certificar a las PcD.

Es importante mencionar, que la certificación de discapacidad es el proceso de valoración clínica multidisciplinaria simultánea, fundamentado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF, que permite establecer la existencia de discapacidad, a partir de la identificación de las deficiencias en funciones y estructuras corporales, incluyendo las psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona, cuyos resultados se expresan en el correspondiente certificado de discapacidad, que es un documento personal e intransferible, (expedido únicamente por las instituciones prestadoras de servicios de salud- IPS autorizadas por la Secretarías Departamentales de Salud), y son parte integral del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD, es el mecanismo para registrar la información resultante de la realización del procedimiento de valoración para la certificación de discapacidad, con el fin de localizar, caracterizar y certificar a las personas con discapacidad, y por tanto, es la fuente oficial de información sobre personas con discapacidad en Colombia.

La implementación de éste proceso, se ha dado mediante la articulación de los actores involucrados, como son: Ministerio de Salud, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Secretarías de Salud Municipal y Distrital, Entidades Certificadoras de Discapacidad, personas solicitantes del servicio de certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Instituciones Prestadoras de servicios de Salud Públicas y Privadas y Empresas Administradoras de Beneficios - EPS; actores que contaron con el acompañamiento, mediante asistencia técnica frente a sus competencias de la Resolución 1239 de 2022.



Desde el inicio de la implementación, hasta el 30 de octubre de 2023, 28.876 personas han accedido a la certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD en el departamental de Antioquia.

**Tabla 156** Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según subregión, municipio y área.  
Con corte a 30 de octubre de 2023.

SUBREGIÓN / MUNICIPIO	ÁREA				Total	
	Cabecera N°	Centro Poblado N°	No Definido	Rural N°	N°	%
<b>TOTAL ANTIOQUIA</b>	<b>22.978</b>	<b>735</b>	<b>1.065</b>	<b>4.098</b>	<b>28.876</b>	<b>100</b>
<b>VALLE DE ABURRÁ</b>	<b>13.848</b>	<b>340</b>	<b>624</b>	<b>521</b>	<b>15.333</b>	<b>53,1</b>
MEDELLÍN	9.619	233	412	314	10.578	36,6
BARBOSA	86	2	3	30	121	0,4
BELLO	1.130	12	56	62	1.260	4,4
CALDAS	127	9	0	12	148	0,5
COPACABANA	150	7	4	10	171	0,6
ENVIGADO	1.136	14	46	24	1.220	4,2
GIRARDOTA	148	5	7	21	181	0,6
ITAGUI	1.091	42	66	39	1.238	4,3
LA ESTRELLA	131	5	13	5	154	0,5
SABANETA	230	11	17	4	262	0,9
<b>BAJO CAUCA</b>	<b>1.070</b>	<b>70</b>	<b>25</b>	<b>250</b>	<b>1.415</b>	<b>4,9</b>
CÁCERES	122	26	4	67	219	0,8
CAUCASIA	420	14	10	55	499	1,7
EL BAGRE	149	4	3	33	189	0,7
NECHÍ	131	8	2	25	166	0,6
TARAZÁ	150	16	3	31	200	0,7
ZARAGOZA	98	2	3	39	142	0,5
<b>MAGDALENA MEDIO</b>	<b>290</b>	<b>37</b>	<b>20</b>	<b>64</b>	<b>411</b>	<b>1,5</b>
CARACOLÍ	0	0	0	0	0	0,0
MACEO	26	3	2	16	47	0,2
PUERTO BERRÍO	111	3	7	9	130	0,5
PUERTO NARE	42	11	4	7	64	0,2
PUERTO TRIUNFO	52	18	5	16	91	0,3
YONDÓ	59	2	2	16	79	0,3
<b>NORDESTE</b>	<b>521</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>298</b>	<b>850</b>	<b>2,9</b>
AMALFI	36	0	2	18	56	0,2
ANORÍ	215	6	2	188	411	1,4
CISNEROS	33	0	4	3	40	0,1
REMEDIOS	41	0	1	23	65	0,2
SAN ROQUE	19	0	1	13	33	0,1
SANTO DOMINGO	83	7	2	28	120	0,4
SEGOVIA	46	0	3	5	54	0,2
VEGACHÍ	19	1	1	6	27	0,1
YALÍ	14	1	0	8	23	0,1
YOLOMBÓ	15	0	0	6	21	0,1
<b>NORTE</b>	<b>868</b>	<b>19</b>	<b>50</b>	<b>521</b>	<b>1.458</b>	<b>5</b>
ANGOSTURA	9	0	0	15	24	0,1
BELMIRA	55	0	4	41	100	0,3
BRICEÑO	51	1	0	65	117	0,4

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

CAMPAMENTO	22	1	1	17	41	0,1
CAROLINA	6	0	1	8	15	0,1
DON MATÍAS	36	1	3	6	46	0,2
ENTRERRIOS	46	0	5	13	64	0,2
GÓMEZ PLATA	31	1	1	14	47	0,2
GUADALUPE	39	0	3	36	78	0,3
ITUANGO	48	2	4	61	115	0,4
SAN ANDRÉS DE CUERQUÍA	63	0	4	45	112	0,4
SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA	14	1	2	7	24	0,1
SAN PEDRO	100	1	8	57	166	0,6
SANTA ROSA DE OSOS	84	2	4	24	114	0,4
TOLEDO	32	1	2	31	66	0,2
VALDIVIA	86	3	4	37	130	0,5
YARUMAL	146	5	4	44	199	0,7
<b>OCCIDENTE</b>	<b>740</b>	<b>59</b>	<b>56</b>	<b>719</b>	<b>1.574</b>	<b>5,5</b>
ABRIAQUÍ	12	0	3	14	29	0,1
SANTAFÉ DE ANTIOQUIA	50	1	4	9	64	0,2
ANZA	0	0	0	0	0	0,0
ARMENIA	2	0	0	2	4	0,0
BURITICÁ	10	6	0	14	30	0,1
CAICEDO	31	0	0	70	101	0,3
CAÑASGORDAS	177	18	15	209	419	1,5
DABEIBA	99	1	7	90	197	0,7
EBÉJICO	40	7	3	40	90	0,3
FRONTINO	23	3	2	20	48	0,2
GIRALDO	37	2	8	38	85	0,3
HELICONIA	1	0	0	0	1	0,0
LIBORINA	29	7	0	35	71	0,2
OLAYA	6	3	0	5	14	0,0
PEQUE	40	2	1	68	111	0,4
SABANALARGA	44	4	3	43	94	0,3
SAN JERÓNIMO	37	0	3	10	50	0,2
SOPETRÁN	65	5	4	27	101	0,3
URAMITA	37	0	3	25	65	0,2
<b>ORIENTE</b>	<b>2.550</b>	<b>64</b>	<b>136</b>	<b>835</b>	<b>3.585</b>	<b>12,4</b>
ABEJORRAL	36	0	1	24	61	0,2
ALEJANDRÍA	35	0	2	15	52	0,2
ARGELIA	137	2	3	88	230	0,8
EL CARMEN DE VIBORAL	294	7	13	95	409	1,4
COCORNÁ	49	0	2	19	70	0,2
CONCEPCIÓN	28	0	4	13	45	0,2
GRANADA	57	0	3	16	76	0,3
GUARNE	103	9	7	25	144	0,5
GUATAPE	31	2	1	4	38	0,1
LA CEJA	181	2	20	16	219	0,8
LA UNIÓN	65	2	4	43	114	0,4
MARINILLA	99	3	2	13	117	0,4
NARIÑO	58	0	5	64	127	0,4
PEÑOL	105	0	3	53	161	0,6
RETIRO	62	0	7	7	76	0,3
RIONEGRO	748	30	33	135	946	3,3
SAN CARLOS	59	2	2	19	82	0,3
SAN FRANCISCO	83	0	5	29	117	0,4

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

SAN LUIS	53	2	2	22	79	0,3
SAN RAFAEL	71	1	2	42	116	0,4
SAN VICENTE	29	0	2	21	52	0,2
EL SANTUARIO	91	1	10	32	134	0,5
SONSON	76	1	3	40	120	0,4
<b>SUROESTE</b>	<b>979</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>411</b>	<b>1.461</b>	<b>5,1</b>
AMAGÁ	73	9	10	21	113	0,4
ANDES	57	2	3	18	80	0,3
ANGELÓPOLIS	26	0	1	12	39	0,1
BETANIA	57	1	1	25	84	0,3
BETULIA	48	1	2	21	72	0,2
CIUDAD BOLÍVAR	108	1	7	24	140	0,5
CARAMANTA	0	0	0	0	0	0,0
CONCORDIA	29	0	1	16	46	0,2
FREDONIA	42	0	1	9	52	0,2
HISPANIA	6	0	0	3	9	0,0
JARDÍN	65	0	5	38	108	0,4
JERICÓ	33	0	1	18	52	0,2
LA PINTADA	42	0	0	2	44	0,2
MONTEBELLO	22	0	1	22	45	0,2
PUEBLORRICO	43	0	0	31	74	0,3
SALGAR	6	0	1	1	8	0,0
SANTA BÁRBARA	48	0	3	17	68	0,2
TÁMESIS	24	1	1	3	29	0,1
TARSO	29	0	1	9	39	0,1
TITIRIBÍ	57	4	1	37	99	0,3
URRAO	90	1	6	44	141	0,5
VALPARAÍSO	35	0	0	26	61	0,2
VENECIA	39	4	1	14	58	0,2
<b>URABÁ</b>	<b>2.112</b>	<b>107</b>	<b>91</b>	<b>479</b>	<b>2.789</b>	<b>9,7</b>
APARTADÓ	899	23	25	76	1023	3,5
ARBOLETES	75	5	4	34	118	0,4
CAREPA	102	7	7	14	130	0,5
CHIGORODÓ	268	2	10	29	309	1,1
MURINDÓ	13	0	2	13	28	0,1
MUTATÁ	69	6	2	35	112	0,4
NECOCLÍ	191	31	12	157	391	1,4
SAN JUAN DE URABÁ	84	6	5	52	147	0,5
SAN PEDRO DE URABA	29	0	5	12	46	0,2
TURBO	351	23	14	52	440	1,5
VIGÍA DEL FUERTE	31	4	5	5	45	0,2

Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta noviembre de 2023.

En cuanto a la ubicación geográfica de la población con discapacidad, el 79,6% viven en la cabecera, el 14,2% en el área rural y el 2,5% en centro poblado. La mayor concentración de PcD registradas están en la subregión del Valle de Aburrá con 53,1%, seguido de Urabá 9,7% y Occidente 5,5%.

Tabla 157 Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según Género y grupo de edad. Con corte a 30 de octubre de 2023.

Total Antioquia	GENERO					NO REPORTADO	TOTAL GENERAL	PORCENTAJE
	FEMENINO	MASCULINO	TRANSEXUAL	INTERSEXUAL				
De 0 a 4 años	0	1	0	0		625	626	2,2
De 05 a 09 años	1	2	0	0		1.797	1.800	6,2
De 10 a 14 años	179	254	0	0		1.779	2.212	7,7
De 15 a 19 años	778	1.204	3	0		387	2.372	8,2
De 20 a 24 años	731	1.154	5	1		288	2.179	7,5
De 25 a 29 años	711	1.170	3	2		262	2.148	7,4
De 30 a 34 años	692	985	3	0		199	1.879	6,5
De 35 a 39 años	633	958	2	1		143	1.737	6,0
De 40 a 44 años	652	985	2	1		153	1.793	6,2
De 45 a 49 años	709	924	1	2		96	1.732	6,0
De 50 a 54 años	855	1.012	1	0		74	1.942	6,7
De 55 a 59 años	1.101	1.227	0	1		94	2.423	8,4
De 60 a 64 años	994	1.231	2	1		63	2.291	7,9
De 65 a 69 años	821	934	0	1		72	1.828	6,3
De 70 a 74 años	356	448	0	1		54	859	3,0
De 75 a 79 años	177	264	0	0		29	470	1,6
De 80 años o más	217	218	0	0		58	493	1,7
No Definido	0	1	0	0		21	22	0,1
No Reportado	10	19	0	0		41	70	0,2
<b>Total</b>	<b>9.617</b>	<b>12.991</b>	<b>22</b>	<b>11</b>		<b>6.235</b>	<b>28.784</b>	<b>100</b>

Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta noviembre de 2023.

Por género, se observan frecuencias similares entre hombres y mujeres; siendo superior la frecuencia en los hombres del (45,1%) y de mujeres de (33,4). El análisis por grupos de edad señala que la concentración de PcD es mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.

Tabla 158 Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según categoría de discapacidad y municipio. Con corte a 30 de octubre de 2023.

ANTIOQUIA	CATEGORÍA DISCAPACIDAD						
	Física	Visual	Auditiva	Intelectual	Psicosocial (Mental)	Sordoceguera	Múltiple
	15.524	3.392	2.409	11.813	1.031	42	11.719
MUNICIPIO	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°
ABEJORRAL	33	13	2	18	16	0	16
ABRIQUÍ	14	2	7	11	10	0	14
ALEJANDRÍA	28	9	4	25	19	0	26
AMAGÁ	63	13	11	53	24	0	43
AMALFI	30	14	1	16	17	0	17
ANDES	52	11	7	23	21	1	28
ANGELÓPOLIS	23	4	4	14	5	0	9
ANGOSTURA	18	5	4	3	2	0	4
ANORÍ	254	50	39	126	97	5	121
ANZA	0	0	0	0	0	0	0

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

APARTADÓ	524	142	75	433	327	2	396
ARBOLETES	65	19	10	47	34	0	47
ARGELIA	126	38	23	84	89	1	107
ARMENIA	4	0	0	1	2	0	2
BARBOSA	72	19	10	45	52	0	58
BELLO	576	137	114	558	627	1	617
BELMIRA	69	6	4	30	20	0	26
BETANIA	51	3	3	33	18	0	24
BETULIA	32	15	14	26	20	0	27
BRICEÑO	78	15	13	25	17	0	29
BURITICÁ	16	2	3	17	8	0	14
CÁCERES	159	22	12	55	46	0	59
CAICEDO	44	14	4	46	38	0	40
CALDAS	82	19	10	62	51	0	61
CAMPAMENTO	24	4	4	19	15	0	19
CAÑASGORDAS	259	70	43	133	98	0	149
CARACOLÍ	0	0	0	0	0	0	0
CARAMANTA	0	0	0	0	0	0	0
CAREPA	61	14	12	66	42	0	53
CAROLINA	10	1	1	7	6	0	7
CAUCASIA	330	80	33	183	185	1	209
CHIGORODÓ	190	34	29	125	105	1	126
CISNEROS	12	7	4	30	24	0	30
CIUDAD BOLÍVAR	83	21	14	70	96	0	103
COCORNÁ	36	10	5	33	24	0	32
CONCEPCIÓN	17	4	3	23	10	0	13
CONCORDIA	20	5	4	28	20	0	26
COPACABANA	74	26	13	92	102	0	102
DABEIBA	127	31	9	80	58	2	79
DON MATÍAS	29	7	4	18	20	0	22
EBÉJICO	53	6	3	32	25	1	28
EL BAGRE	129	23	14	69	67	0	77
EL CARMEN DE VIBORAL	190	37	26	244	213	1	256
EL SANTUARIO	64	13	6	64	50	0	51
ENTRERRIOS	24	3	1	39	34	0	31
ENVIGADO	511	119	93	623	545	0	553
FREDONIA	30	4	4	16	11	0	11
FRONTINO	34	4	4	9	9	0	10
GIRALDO	26	11	19	32	18	0	20
GIRARDOTA	68	16	14	120	114	1	121
GÓMEZ PLATA	26	4	8	19	21	0	22
GRANADA	41	11	3	31	29	1	31
GUADALUPE	42	7	10	32	31	0	34
GUARNE	62	19	25	62	51	0	56
GUATAPE	19	7	1	15	9	0	11
HELICONIA	1	0	0	0	0	0	0
HISPANIA	6	0	0	5	1	0	3
ITAGUI	570	129	133	567	485	1	542
ITUANGO	84	11	9	40	55	0	63
JARDÍN	67	7	7	43	28	0	33
JERICÓ	31	3	1	27	15	0	17
LA CEJA	83	23	17	137	150	1	147
LA ESTRELLA	55	9	19	69	60	0	48
LA PINTADA	25	9	2	16	18	0	18

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

LA UNIÓN	77	11	5	37	24	0	35
LIBORINA	50	6	5	22	17	0	25
MACEO	26	8	2	18	12	0	14
MARINILLA	61	18	7	43	53	0	55
MEDELLÍN	5.533	1.143	965	4.131	3.660	14	4.023
MONTEBELLO	30	6	3	22	14	0	26
MURINDÓ	14	10	4	3	1	0	4
MUTATÁ	65	23	8	34	51	2	51
NARIÑO	122	28	15	47	61	0	89
NECHÍ	109	18	13	55	38	0	52
NECOCLÍ	233	52	19	156	126	0	160
OLAYA	12	3	2	7	4	0	8
PEÑOL	68	22	6	81	56	0	63
PEQUE	66	14	5	48	18	1	35
PUEBLORRICO	26	3	8	27	25	0	12
PUERTO BERRÍO	71	15	8	61	38	0	53
PUERTO NARE	41	4	3	18	18	0	18
PUERTO TRIUNFO	58	13	11	34	22	0	38
REMEDIOS	46	4	2	17	21	0	21
RETIRO	30	10	9	43	25	0	34
RIONEGRO	587	116	81	386	394	0	475
SABANALARGA	65	11	7	34	20	1	34
SABANETA	109	24	33	118	108	0	108
SALGAR	6	1	0	1	3	0	2
SAN ANDRÉS DE CUERQUÍA	68	12	1	43	39	1	40
SAN CARLOS	54	12	8	29	19	0	35
SAN FRANCISCO	70	12	9	38	23	0	31
SAN JERÓNIMO	29	4	2	22	9	0	15
SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA	17	5	1	4	4	0	7
SAN JUAN DE URABÁ	82	29	7	52	28	1	41
SAN LUIS	45	13	6	48	57	0	61
SAN PEDRO	89	25	11	67	63	0	66
SAN PEDRO DE URABA	30	4	4	20	19	0	19
SAN RAFAEL	54	20	5	59	34	0	51
SAN ROQUE	19	7	1	16	9	0	12
SAN VICENTE	31	4	4	25	17	0	24
SANTA BÁRBARA	34	16	3	34	20	0	29
SANTA ROSA DE OSOS	62	17	3	68	62	0	71
SANTAFÉ DE ANTIOQUIA	35	6	3	30	17	0	21
SANTO DOMINGO	70	13	12	44	49	1	56
SEGOVIA	20	6	6	39	33	0	36
SONSON	79	17	10	44	30	0	40
SOPETRÁN	51	11	9	31	29	0	25
TÁMESIS	16	1	1	18	10	0	13
TARAZÁ	137	29	12	61	56	0	67
TARSO	16	4	1	22	7	0	9
TITIRIBÍ	69	13	6	31	22	0	36
TOLEDO	43	3	7	33	20	0	32
TURBO	234	56	27	151	134	0	134
URAMITA	42	16	2	23	10	0	25
URRAO	76	26	10	55	37	0	55
VALDIVIA	99	11	3	29	27	0	32
VALPARAÍSO	26	5	6	33	12	0	18
VEGACHÍ	18	8	2	11	10	0	14

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

VENECIA	31	4	5	20	16	0	16
VIGÍA DEL FUERTE	22	6	6	20	17	0	14
YALÍ	20	2	0	5	6	1	7
YARUMAL	148	25	13	70	67	0	87
YOLOMBÓ	10	0	2	19	19	0	19
YONDÓ	60	9	1	28	13	0	28
ZARAGOZA	87	17	8	59	53	0	60

Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta noviembre de 2023.

Del total de las 28.876 PcD registradas en el departamento de Antioquia, se identificó que al menos 15.524 de ellas, clasifican con categoría de discapacidad física, siendo la más relevante; seguida de la categoría de discapacidad intelectual con 11.813 y luego la categoría de discapacidad múltiple con 11.729. Se precisa que una sola persona, puede registrar varias categorías de discapacidad.

Tabla 159 Población con discapacidad víctima del conflicto armado (Registro Único de Víctimas – RUV) registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según subregión y municipio. Con corte a 30 de octubre de 2023.

SUBREGIÓN / MUNICIPIO	Total PcD	Total PcD RUV	% Total PcD RUV
<b>TOTAL ANTIOQUIA</b>	<b>28.876</b>	<b>12.467</b>	<b>43,2</b>
<b>VALLE DE ABURRÁ</b>	<b>15.333</b>	<b>5.264</b>	<b>34,3</b>
MEDELLÍN	10.578	4.076	38,5
BARBOSA	121	64	52,9
BELLO	1.260	431	34,2
CALDAS	148	34	23,0
COPACABANA	171	50	29,2
ENVIGADO	1.220	160	13,1
GIRARDOTA	181	34	18,8
ITAGUI	1.238	333	26,9
LA ESTRELLA	154	38	24,7
SABANETA	262	44	16,8
<b>BAJO CAUCA</b>	<b>1.415</b>	<b>845</b>	<b>59,7</b>
CÁCERES	219	154	70,3
CAUCASIA	499	244	48,9
EL BAGRE	189	128	67,7
NECHÍ	166	110	66,3
TARAZÁ	200	146	73,0
ZARAGOZA	142	63	44,4
<b>MAGDALENA MEDIO</b>	<b>411</b>	<b>191</b>	<b>46,5</b>
CARACOLÍ	0	0	0,0
MACEO	47	34	72,3
PUERTO BERRÍO	130	52	40,0
PUERTO NARE	64	14	21,9
PUERTO TRIUNFO	91	46	50,5
YONDÓ	79	45	57,0
<b>NORDESTE</b>	<b>850</b>	<b>367</b>	<b>43,2</b>
AMALFI	56	28	50,0
ANORÍ	411	192	46,7
CISNEROS	40	10	25,0
REMEDIOS	65	23	35,4
SAN ROQUE	33	27	81,8

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

SANTO DOMINGO	120	41	34,2
SEGOVIA	54	15	27,8
VEGACHÍ	27	22	81,5
YALÍ	23	5	21,7
YOLOMBÓ	21	4	19,0
<b>NORTE</b>	<b>1.458</b>	<b>617</b>	<b>42,3</b>
ANGOSTURA	24	13	54,2
BELMIRA	100	10	10,0
BRICEÑO	117	82	70,1
CAMPAMENTO	41	16	39,0
CAROLINA	15	5	33,3
DON MATÍAS	46	14	30,4
ENTRERRIOS	64	4	6,3
GÓMEZ PLATA	47	7	14,9
GUADALUPE	78	16	20,5
ITUANGO	115	96	83,5
SAN ANDRÉS DE CUERQUÍA	112	54	48,2
SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA	24	5	20,8
SAN PEDRO	166	21	12,7
SANTA ROSA DE OSOS	114	19	16,7
TOLEDO	66	39	59,1
VALDIVIA	130	112	86,2
YARUMAL	199	104	52,3
<b>OCCIDENTE</b>	<b>1.574</b>	<b>800</b>	<b>50,8</b>
ABRIAQUÍ	29	16	55,2
SANTAFÉ DE ANTIOQUIA	64	21	32,8
ANZA	0	0	0,0
ARMENIA	4	1	25,0
BURITICÁ	30	19	63,3
CAICEDO	101	28	27,7
CAÑASGORDAS	419	213	50,8
DABEIBA	197	150	76,1
EBÉJICO	90	12	13,3
FRONTINO	48	38	79,2
GIRALDO	85	14	16,5
HELICONIA	1	1	100,0
LIBORINA	71	54	76,1
OLAYA	14	3	21,4
PEQUE	111	104	93,7
SABANALARGA	94	52	55,3
SAN JERÓNIMO	50	7	14,0
SOPETRÁN	101	25	24,8
URAMITA	65	42	64,6
<b>ORIENTE</b>	<b>3.585</b>	<b>1.858</b>	<b>51,8</b>
ABEJORRAL	61	38	62,3
ALEJANDRÍA	52	40	76,9
ARGELIA	230	212	92,2
EL CARMEN DE VIBORAL	409	154	37,7
COCORNÁ	70	62	88,6
CONCEPCIÓN	45	20	44,4
GRANADA	76	72	94,7
GUARNE	144	34	23,6
GUATAPE	38	27	71,1



# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

LA CEJA	219	60	27,4
LA UNIÓN	114	69	60,5
MARINILLA	117	40	34,2
NARIÑO	127	110	86,6
PEÑOL	161	71	44,1
RETIRO	76	11	14,5
RIONEGRO	946	327	34,6
SAN CARLOS	82	75	91,5
SAN FRANCISCO	117	98	83,8
SAN LUIS	79	72	91,1
SAN RAFAEL	116	94	81,0
SAN VICENTE	52	30	57,7
EL SANTUARIO	134	68	50,7
SONSON	120	74	61,7
<b>SUROESTE</b>	<b>1.461</b>	<b>464</b>	<b>31,8</b>
AMAGÁ	113	23	20,4
ANDES	80	21	26,3
ANGELÓPOLIS	39	7	17,9
BETANIA	84	32	38,1
BETULIA	72	49	68,1
CIUDAD BOLÍVAR	140	29	20,7
CARAMANTA	0	0	0,0
CONCORDIA	46	20	43,5
FREDONIA	52	17	32,7
HISPANIA	9	4	44,4
JARDÍN	108	27	25,0
JERICÓ	52	2	3,8
LA PINTADA	44	22	50,0
MONTEBELLO	45	21	46,7
PUEBLORRICO	74	6	8,1
SALGAR	8	5	62,5
SANTA BÁRBARA	68	21	30,9
TÁMESIS	29	3	10,3
TARSO	39	4	10,3
TITIRIBÍ	99	15	15,2
URRAO	141	104	73,8
VALPARAÍSO	61	18	29,5
VENECIA	58	14	24,1
<b>URABÁ</b>	<b>2.789</b>	<b>2.061</b>	<b>73,9</b>
APARTADÓ	1023	733	71,7
ARBOLETES	118	96	81,4
CAREPA	130	89	68,5
CHIGORODÓ	309	242	78,3
MURINDÓ	28	17	60,7
MUTATÁ	112	88	78,6
NECOCLÍ	391	280	71,6
SAN JUAN DE URABÁ	147	106	72,1
SAN PEDRO DE URABA	46	39	84,8
TURBO	440	345	78,4
VIGÍA DEL FUERTE	45	26	57,8

Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta noviembre de 2023.

Las personas víctimas del conflicto armado que hacen parte del Registro Único de Víctimas – RUV, representan una alta proporción en todas las subregiones del departamento, con respecto al número de PcD registradas; siendo Urabá la que presenta mayor porcentaje con un 73,9%, seguida de la subregión de bajo Cauca que registra un 59,7%. Esto obedece a que la implementación de la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD, desde sus inicios dió prioridad a las personas víctimas del conflicto armado solicitantes del certificado de discapacidad, por ser un requisito para acceder a la indemnización administrativa, dada su condición de discapacidad.

**Tabla 160** Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según pertenencia étnica. Con corte a 30 de octubre de 2023).

PERTENENCIA ÉTNICA	N°	%
Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano o Afrodescendiente	1.722	5,96
Indígena	403	1,4
No definido	26.681	92,4
Raizal del Archipiélago	57	0,2
Palenquero de San Basilio	5	0,02
ROM (Gitano)	8	0,03
<b>Total</b>	<b>28.876</b>	<b>100</b>

Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta noviembre de 2023.

El 5,96% de las PcD se reconoce con pertenencia étnica como Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano o Afrodescendiente, seguido del 1,4% que refiere pertenencia étnica indígena. En general el 92,4% de las PcD registradas no reporta ningún tipo de pertenencia étnica.

**Tabla 161** Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según régimen de aseguramiento en salud. Con corte a 30 de octubre de 2023).

RÉGIMEN ASEGURAMIENTO	N°	%
C - Contributivo	11.051	38,3
S - Subsidiado	16.748	58
No afiliado	1.077	3,7
<b>Total</b>	<b>28.876</b>	<b>100</b>

Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta noviembre de 2023.

La población en los dos regímenes de afiliación tiene diferencias marcadas, predominando el régimen subsidiado con 58%, con mayor cantidad de PcD afiliadas. Se presenta un porcentaje de no afiliación del 3,7%.

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Tabla 162 Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia RLCPD, según persona que le ayuda para realizar sus actividades. Con corte a 30 de octubre de 2023).

MUNICIPIO	Abu ela	Abu elo	Esposa o compañera	Esposo o compañero	Herma na(s)	Herma no(s)	Hija (s)	Hijo (s)	Ma dre	Nece sita ayud a, pero no tiene quie n le ayud e	Otras famili ares mujer es	Otros famili ares homb res	Pad re	Person a remune rada para ayudar lo(a), cualific ada	Person a remune rada para ayudar lo(a), no cualific ada
ABEJORRAL	1	0	3	1	1	0	1	1	8	0	1	0	0	0	0
ABRIAQUÍ	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
ALEJANDRÍA	0	0	4	0	4	2	1	0	20	1	2	0	0	0	1
AMAGÁ	2	0	3	0	3	1	1	0	28	0	3	0	0	0	0
AMALFI	0	0	2	1	4	1	3	1	12	0	0	1	1	1	0
ANDES	0	0	9	1	2	1	2	0	14	0	0	0	0	0	1
ANGELÓPOLIS	0	0	1	1	1	2	2	0	3	1	2	0	0	0	0
ANGOSTURA	0	0	4	0	1	1	2	0	2	0	1	0	0	0	0
ANORÍ	3	0	24	2	9	3	13	6	44	2	9	3	2	0	1
ANZA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APARTADÓ	15	0	34	15	21	7	46	9	212	6	16	2	10	9	9
ARBOLETES	0	0	7	2	2	1	5	1	21	0	0	0	1	0	0
ARGELIA	1	0	9	5	4	0	5	4	22	1	2	1	1	3	1
ARMENIA	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
BARBOSA	0	0	3	4	3	0	3	0	18	0	5	1	1	0	1
BELLO	18	0	41	13	33	8	42	6	258	4	20	2	10	44	8
BELMIRA	3	0	5	1	3	0	3	0	11	1	0	0	0	0	0
BETANIA	0	0	2	0	0	0	3	0	10	0	0	0	1	0	1
BETULIA	1	0	3	2	1	0	3	3	19	0	2	0	1	0	0
BRICEÑO	0	0	7	5	3	2	6	3	24	6	3	0	2	0	0
BURITICÁ	1	0	1	0	3	0	1	0	9	0	0	1	0	0	0
CÁCERES	1	0	18	8	2	0	15	5	47	1	4	1	2	0	0
CAICEDO	1	0	0	0	0	0	1	1	6	0	0	0	0	5	0
CALDAS	6	0	9	3	3	1	5	2	29	0	0	0	1	0	3
CAMPAMENTO	0	0	0	0	2	0	5	0	15	2	1	0	1	0	1
CAÑASGORDAS	1	0	9	4	7	1	9	3	27	0	3	0	0	14	3
CARACOLÍ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CARAMANTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAREPA	1	0	5	3	3	1	5	2	42	1	2	0	1	0	0
CAROLINA	0	0	4	0	0	0	1	0	3	1	0	0	0	0	0
CAUCASIA	5	0	18	11	19	6	39	5	149	4	10	2	7	5	0
CHIGORODÓ	4	0	14	7	2	2	17	7	78	5	7	1	3	2	2
CISNEROS	0	0	1	0	0	0	0	0	20	1	0	0	1	0	0
CIUDAD BOLÍVAR	1	0	6	1	3	0	2	3	42	1	2	0	2	15	2
COCORNÁ	2	0	1	2	3	0	2	0	21	0	1	0	0	0	0
CONCEPCIÓN	0	0	1	0	1	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0
CONCORDIA	0	0	3	1	1	2	3	0	17	0	0	0	0	0	0
COPACABANA	5	0	2	0	7	1	2	3	38	0	4	0	4	2	0
DABEIBA	1	0	10	0	2	4	6	3	29	0	3	1	3	1	0
DON MATÍAS	0	0	2	0	1	1	1	0	15	0	1	0	1	0	0
EBÉJICO	0	0	2	3	2	0	3	0	16	0	3	1	0	0	0
EL BAGRE	2	0	13	2	5	4	13	7	63	0	4	0	3	0	0
EL CARMEN DE VIBORAL	7	0	16	2	8	3	11	1	101	0	10	1	2	28	0
EL SANTUARIO	4	1	4	4	1	0	7	3	46	0	0	0	0	0	0
ENTRERRIOS	0	0	0	0	7	1	2	0	18	1	0	0	0	0	0
ENVIADO	14	0	28	14	51	7	25	12	217	1	17	1	12	14	5

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

FREDONIA	1	0	4	1	2	2	2	0	9	0	2	0	1	0	1
FRONTINO	0	0	4	1	1	0	3	0	6	0	0	0	1	0	0
GIRALDO	1	0	0	0	1	1	3	0	7	0	1	0	0	0	0
GIRARDOTA	1	0	4	1	5	0	5	0	38	0	0	0	2	4	7
GÓMEZ PLATA	0	0	3	0	5	0	3	2	8	0	2	0	1	2	1
GRANADA	0	0	3	0	3	2	2	0	12	1	1	0	0	0	0
GUADALUPE	1	0	4	2	6	1	3	0	18	0	3	0	0	0	0
GUARNE	2	0	2	2	4	0	1	1	31	0	5	0	3	0	0
GUATAPE	0	0	0	1	0	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0
HELICONIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HISPANIA	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
ITAGUI	15	0	36	11	32	6	23	13	214	4	13	2	10	16	12
ITUANGO	1	0	6	2	5	0	3	1	28	2	1	0	2	0	0
JARDÍN	1	0	4	3	4	2	2	1	23	0	1	0	0	0	0
JERICÓ	0	0	3	1	3	0	1	0	16	0	0	0	1	0	0
LA CEJA	7	1	7	3	5	0	3	4	50	1	0	0	3	10	0
LA ESTRELLA	4	0	3	2	3	0	1	1	25	0	3	0	1	1	0
LA PINTADA	1	1	2	0	3	0	3	1	5	0	1	0	1	0	0
LA UNIÓN	1	0	4	1	1	0	1	2	14	0	2	0	1	0	1
LIBORINA	0	0	1	0	2	0	1	0	2	0	1	1	0	0	0
MACEO	0	0	6	0	1	0	4	0	7	0	1	1	0	0	0
MARINILLA	2	0	4	3	2	1	5	2	34	0	1	1	0	0	0
									1.68						
MEDELLÍN	116	5	187	105	179	38	248	82	4	24	113	14	76	74	53
MONTEBELLO	2	0	0	1	3	0	0	1	12	1	0	0	0	0	0
MURINDÓ	0	0	5	0	1	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0
MUTATÁ	1	0	2	1	0	1	1	2	13	0	0	0	0	0	0
NARIÑO	4	0	3	2	4	5	4	5	28	1	2	1	2	1	0
NECHÍ	1	0	11	6	3	2	5	2	41	0	1	2	4	0	1
NECOCLÍ	7	0	10	11	8	2	20	5	75	1	5	0	2	1	0
OLAYA	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
PEÑOL	1	0	6	2	4	1	2	0	22	0	1	0	1	0	0
PEQUE	2	0	0	0	3	0	2	2	13	0	1	1	1	0	0
PUEBLORRICO	1	0	3	0	4	0	2	0	10	0	1	0	1	3	0
PUERTO BERRÍO	1	0	2	2	2	4	4	1	27	3	1	0	1	1	0
PUERTO NARE	1	1	4	1	2	0	1	2	13	1	2	0	2	0	0
PUERTO TRIUNFO	0	0	4	0	2	0	1	2	19	0	0	0	0	0	0
REMEDIOS	0	0	1	0	1	0	2	0	12	0	0	0	0	0	1
RETIRO	0	0	0	0	1	0	2	0	13	0	0	0	0	0	0
RIONEGRO	12	0	48	26	44	5	36	17	223	6	19	4	15	6	3
SABANALARGA	0	0	5	1	1	3	5	0	30	3	0	0	0	0	1
SABANETA	7	0	3	5	9	1	7	1	51	0	1	0	7	3	2
SALGAR	0	0	2	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0
SAN ANDRÉS DE															
CUERQUÍA	2	0	9	1	4	1	9	3	21	0	2	0	1	0	0
SAN CARLOS	0	0	0	0	4	1	1	2	17	0	0	0	2	0	0
SAN FRANCISCO	3	0	8	5	0	0	5	1	14	0	5	0	1	0	0
SAN JERÓNIMO	0	0	3	0	2	0	1	1	9	0	0	0	0	0	0
SAN JOSÉ DE LA															
MONTAÑA	0	0	2	0	0	0	2	0	5	0	0	0	0	0	0
SAN JUAN DE															
URABÁ	2	0	6	0	1	0	7	0	23	0	1	0	0	0	2
SAN LUIS	0	0	5	4	4	2	1	1	17	0	1	0	0	0	0
SAN PEDRO	2	0	4	2	10	2	8	1	41	0	2	0	2	1	1
SAN PEDRO DE															
URABA	1	0	3	0	0	0	4	0	10	0	0	0	0	0	0
SAN RAFAEL	3	1	5	1	5	2	0	2	24	0	2	0	0	0	0
SAN ROQUE	0	0	1	1	0	1	0	1	7	0	0	0	0	0	0
SAN VICENTE	0	0	0	0	2	1	1	0	13	0	0	0	1	0	0
SANTA BÁRBARA	3	0	3	3	4	0	1	0	11	0	3	0	1	0	0

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

SANTA ROSA DE OSOS	1	0	5	0	5	0	1	0	50	0	1	0	2	0	0
SANTAFÉ DE ANTIOQUIA	1		5	0	0	0	1	1	18	0	2	1	1	0	2
SANTO DOMINGO	1	0	6	3	5	2	10	1	16	1	2	0	0	0	0
SEGOVIA	3	1	1	2	2	0	2	0	26	0	0	0	0	0	0
SONSON	3	0	6	2	5	1	7	2	21	0	0	1	0	0	1
SOPETRÁN	0	0	2	2	2	0	2	0	9	0	0	0	1	0	1
TÁMESIS	0	0	2	1	0	0	1	0	7	0	0	0	1	0	0
TARAZÁ	4	0	11	4	1	1	7	2	54	6	4	2	3	1	0
TARSO	0	0	1	1	1	1	0	0	4	0	0	0	2	1	0
TITIRIBÍ	0	1	1	3	3	2	4	1	16	0	6	0	0	0	0
TOLEDO	1	0	4	0	1	1	5	2	22	2	2	0	3	0	0
TURBO	6	0	15	5	6	1	33	11	103	3	2	1	3	0	2
URAMITA	0	0	1	0	2	0	0	0	9	0	3	0	0	0	0
URRAO	1	0	4	1	3	0	2	0	28	0	4	2	3	2	3
VALDIVIA	0	0	9	3	2	1	7	0	21	0	4	1	0	0	0
VALPARAÍSO	0	0	1	1	3	0	2	1	7	0	0	0	1	1	1
VEGACHÍ	0	0	1	2	0	0	3	0	6	0	1	0	0	0	0
VENECIA	0	0	5	1	0	3	4	1	12	0	0	3	0	0	0
VIGÍA DEL FUERTE	1	0	1	0	0	0	0	1	7	0	1	0	0	0	0
YALÍ	0	0	2	0	1	0	1	0	6	0	1	0	0	0	0
YARUMAL	2	0	8	4	5	3	10	1	57	0	3	1	1	4	2
YOLOMBÓ	0	0	1	0	0	0	0	0	13	0	1	0	1	0	0
YONDÓ	0	0	3	1	0	0	9	3	21	1	2	0	0	0	1
ZARAGOZA	4	0	7	2	11	0	15	2	45	0	2	2	1	0	0

Fuente: Cubos Ministerio de Salud y Protección Social, RLCPD. Consulta noviembre de 2023.

Del total de las 28.876 PcD registradas en el departamento de Antioquia, se identifica que el 35% de ellas, correspondiente a 10.247 PcD, manifestaron requerir ayuda de otra persona para la realización de sus actividades; se resalta que en primer lugar esta labor recae sobre la madre en 52,8% y en segundo lugar sobre las hijas de la PcD en un 8,76%. Es decir, el cuidado esta soportado en gran medida por la mujer.

Los cuidadores de las PcD, en particular las mujeres, se ven sometidos a altos niveles de estrés y ansiedad, ya que la mayor parte de su tiempo lo dedican exclusivamente a la salud de la persona que tienen bajo su cuidado y responsabilidad, siendo una labor en la mayoría de los casos agotadora. Por ello, a menudo presentan acumulación de cansancio y otras situaciones, que en muchos casos lleva a causar enfermedad mental y física, razón por lo cual es fundamental la puesta en marcha de la reciente Política Pública del Cuidado, convirtiéndose en una necesidad inaplazable para el gobierno nacional y el gobierno departamental, que deben empezar a construir estrategias para promover la reducción, el reconocimiento y la redistribución de las actividades de cuidado que han sido asumidas principalmente por las mujeres, promoviendo más participación de otros actores como el Estado, la comunidad y el mercado, y garantizando los servicios de cuidado que la creciente población con discapacidad y la población adulta mayor demandan.

### 3.1.5 Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Para la priorización de la morbilidad atendida, de eventos de morbilidad general por grandes causas, específica por subgrupos, alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria en el departamento de Antioquia, se tiene en cuenta su prevalencia y letalidad, las tendencias en los últimos cinco años y la comparación con el nivel nacional, siendo la Tuberculosis la tercera causa de mortalidad dentro de las enfermedades transmisibles y con una de las mayores tasas de letalidad reportada. Las enfermedades crónicas no transmisibles, como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus con prevalencias iguales al comportamiento nacional, se priorizaron por ser trazadoras y precursoras de la mortalidad causada en el sistema cardiocirculatorio.

**Tabla 163.** Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Antioquia 2021

Morbilidad	Prioridad	Antioquia	Colombia	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Condiciones transmisibles y nutricionales (primera infancia)	22%		Fluctuante	003
	2. Enfermedades no trasmisibles (adultez)	71.8%		Fluctuante	000
	3. Lesiones (Infancia)	10%		Fluctuante	012
	4. Condiciones maternas (adolescencia)	3.7%		Fluctuante	008
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades cardio-vasculares (Total)	18.1%		Fluctuante	001
	2. Condiciones neuro-Psiquiátricas (Total)	11.6%		Fluctuante	004
	3. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (Juventud)	9%		Fluctuante	004
	4. Enfermedades musculoesqueléticas (mujeres)	14.3%		Fluctuante	000
Alto Costo	1. Prevalencia en diagnósticos de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	110	81,3	Fluctuante	001
	2. Tasa de incidencia de VIH notificada	24,14	20,0	Fluctuante	009
	3. Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,8	0,51	Fluctuante	007
	4. Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfocítica (menores de 15 años)	2,91	2,94	Fluctuante	007
Precursores	1. Prevalencia de diabetes mellitus	3,63	2,94	Fluctuante	001
	2. Prevalencia de hipertensión arterial	11,54	8,75	Fluctuante	001
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Letalidad por tuberculosis pulmonar	7,0	8.8	Fluctuante	009
	2. Letalidad de Meningitis Streptococopneumoniae (Spn)	14.3	4.23	Fluctuante	009
	3. Letalidad por tetanos accidental	66.7	52.0	Fluctuante	009
Discapacidad	1. Sistema nervioso	53,7		Fluctuante	000
	2. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	50,3		Fluctuante	000
	3. Los ojos	25.4		Fluctuante	000

Fuente: Cuenta de Alto Costo - SIVIGILA - RIPS - SISPRO MSPS

### 3.1.5.1 Conclusiones Morbilidad

En el departamento de Antioquia en todos los ciclos vitales, la principal causa de uso de servicios de salud corresponde a las enfermedades crónicas no transmisibles, con mayor impacto en el grupo de adulto mayor; llama la atención la disminución en la proporción de consultas por esta causa en todos los cursos de vida, el año 2022. Este comportamiento fue similar para ambos sexos.

En la población menor de 1 año las condiciones perinatales persisten como la primera causa de morbilidad en este curso de vida; las consultas por enfermedades infecciosas y parasitarias predominan en la infancia y las lesiones en los cursos de vida adolescencia, juventud y adultez prevalecen en estas edades.

Al observar la morbilidad por subgrupo, se resalta que, dentro de las condiciones transmisibles y nutricionales, las infecciones respiratorias generaron la mayor proporción de consultas el año 2022, con un incremento de 16.4 puntos con respecto al año anterior. Este comportamiento fue similar para hombres y mujeres.

En el grupo de las enfermedades no transmisibles, se destacan las enfermedades cardiovasculares, en coherencia la presencia de las enfermedades del corazón en las primeras causas de muerte que afectan a la población antioqueña; por lo cual la Secretaría de Salud ha venido promoviendo acciones que impactan esta problemática, no obstante, estas son difíciles de impactar dada la estructura demográfica del departamento.

Incremento de la morbilidad materna extrema en un 10% con respecto al 2020, destacándose las siguientes características sociodemográficas como las más prevalentes para este evento: edades entre 20 y 29 años, estrato socioeconómico 3, residencia en zona urbana, afiliación al SGSSS del 87% de los casos, 1.4% pertenecían a la población indígena. Bajo Cauca, Oriente y Urabá fueron las subregiones con mayores tasas de MME; Nordeste y Occidente tuvieron el índice de letalidad para MME más alto en el departamento.

Los trastornos de salud bucodental más comunes en Antioquia para el 2020, muestran que la caries y la pulpitis son las 2 primeras causas de consulta.

La prevalencia e incidencia de Enfermedad Renal Crónica - ERC estadio V en fase de reemplazo renal y las tasas de incidencia de VIH/SIDA notificada y de leucemias linfocítica y mielocítica agudas, es similar en Antioquia y Colombia.

Incremento de la incidencia y mortalidad por VIH entre 2021 y 2022 y disminución e incumplimiento de las metas establecidas para las coberturas de los siguientes indicadores:



terapia antirretroviral, tamizaje para VIH en las mujeres embarazadas, estudio de transmisión de VIH en menores de 6 meses expuestos y proporción de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH.

Incremento en prevalencia e incidencia de cáncer, siendo el tumor de mama el de mayor frecuencia en las mujeres y el tumor de próstata en los hombres.

Cisneros, Abriaquí y Venecia reportan la mayor incidencia en el departamento por ERC y Santa Rosa, San Luis y Puerto Berrio los de mayor mortalidad por esta causa. La mayoría de las personas con Enfermedad Renal Crónica - ERC se encuentran en estadios 3, 4 y 5, lo que implica el importante papel en prevención secundaria y el seguimiento a los casos por parte de las aseguradoras en salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, mediante los programas de promoción y prevención.

La prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial ha venido en aumento y además supera las estimaciones para el país, lo anterior acorde a la primera causa de consulta en Antioquia, que son las enfermedades no transmisibles

Disminución de la morbilidad por COVID 19 del 76.3% con respecto al 2021; La edad promedio de los pacientes fue 42 años, el sexo femenino el de mayor proporción en todos los grupos de edad a excepción de los menores de 19 años; en hospitalización, el grupo de 60 años o más aportó el 41,6% de los casos y el de menores de 14 años representaron el 26,5% de las hospitalizaciones para ese año.

La población migrante utiliza los servicios ambulatorios en su mayoría, seguido de los procedimientos, manteniendo una conducta similar a la de Colombia. El 18% del total de atenciones generadas en 2021 se realizaron en esta población.

La violencia de género intrafamiliar y sexual fue el evento que más se notificó al sistema de vigilancia en salud pública en Antioquia, en segundo lugar están las agresiones por animales potencialmente trasmisores de la rabia, posteriormente Malaria, intoxicaciones y finalmente el intento de suicidio; en todos estos eventos se observó una menor notificación con respecto al año inmediatamente anterior.

El tipo de alteración permanente más prevalente en Antioquia es la relacionada con el sistema nervioso, seguido de la alteración del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas; en total a 2021, se reportaron 205.548 personas con algún tipo de discapacidad, siendo los mayores de 60 años los que concentran la mayoría de los casos.



### 3.2 Mortalidad general

La salud es uno de los aspectos más importantes de la vida humana, ya que influye en el desarrollo personal, social y económico de las personas y las sociedades. Sin embargo, la salud se ve amenazada por diversas causas, que varían según el contexto geográfico, histórico y sociocultural. De ahí la importancia de dar a conocer las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo y en nuestros territorios, como un insumo para los tomadores de decisiones.

Las 10 causas principales de defunción en el mundo representaron el 55% de los 55,4 millones de muertes que se produjeron en 2019. Estas causas se pueden clasificar en tres grandes grupos: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y afecciones neonatales.

En el grupo de las enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, son la primera y la segunda causa de defunción en el mundo, respectivamente, y juntas representan el 27% del total de muertes. La cardiopatía isquémica es la enfermedad que más vidas se ha cobrado en el mundo, con 8,9 millones de defunciones en 2019, lo que supone un aumento del 345% desde el año 2000. Estas enfermedades están asociadas a factores de riesgo como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el colesterol alto, la diabetes, la obesidad, el estrés y la falta de actividad física.

Las enfermedades respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las infecciones de las vías respiratorias inferiores; son la tercera y la cuarta causa de defunción en el mundo, respectivamente, y juntas representan el 10% del total de muertes. El desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica está relacionada principalmente al consumo de tabaco, pero también puede estar causada a la exposición a la contaminación del aire, el polvo o el humo de leña. Las infecciones de las vías respiratorias inferiores, son la enfermedad transmisible más mortal del mundo, pero su número de defunciones ha disminuido en un 15% desde el año 2000, gracias a la mejora de la higiene, la vacunación y el tratamiento con antibióticos.

Las afecciones neonatales, aquellas que afectan a los recién nacidos y los niños menores de un mes de vida, como la asfixia y el traumatismo en el nacimiento, la septicemia e infecciones neonatales y las complicaciones del parto prematuro. Estas afecciones son la quinta causa de defunción en el mundo, y representan el 4% del total de muertes. Sin embargo, las defunciones por afecciones neonatales son una de las categorías en que más ha disminuido el número de muertes en cifras absolutas en los dos últimos decenios, con una reducción del 38% desde el año 2000. Estas afecciones se deben principalmente a la falta de atención prenatal, obstétrica y neonatal adecuada, que puede prevenir o tratar las complicaciones que surgen durante el embarazo, el parto y el posparto. Estas tienen en mayor peso en los países de ingreso bajo y medio-bajo.

Además de las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y neonatales, hay otras causas de defunción que impactan significativamente en la salud mundial. El cáncer, particularmente el de tráquea, bronquios y pulmón, es una de las principales causas de muerte, y está frecuentemente asociado al consumo de tabaco y a la exposición a la contaminación del aire. Se ha visto un incremento del 70% en la mortalidad por diabetes desde el año 2000, la cual se asocia a factores de riesgo como la obesidad y el sedentarismo. Las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y otras demencias, que provocan pérdida de memoria y otras funciones cognitivas, afectan principalmente a las mujeres y en países de ingreso alto, aparecen en las primeras causas de mortalidad.

Se destaca que algunas enfermedades que eran causas principales de defunción en el año 2000 ya no están en la lista. Un ejemplo notable es el VIH/sida, cuyas muertes han disminuido en un 51% en los últimos 20 años, pasando de ser la octava causa de defunción en el mundo en 2000 a la decimonovena en 2019. Por otro lado, las enfermedades renales han aumentado su prevalencia, pasando de ser la decimotercera causa de defunción en el mundo a la décima, con un aumento en la mortalidad de 813.000 personas en 2000 a 1,3 millones en 2019. Estos cambios reflejan los avances en la prevención y el tratamiento de algunas enfermedades, así como el surgimiento de nuevos desafíos en la salud global.

Es importante destacar que la prevención y el tratamiento adecuado pueden reducir significativamente tanto el impacto económico de estas patologías como el efecto en la salud de la población; por lo tanto, es esencial en los diferentes países promover acciones de articulación del sector salud con otros sectores como educación, agricultura, planeación, entre otros, que promuevan estilos de vida saludables, generen estrategias de tamizaje, confirmación y tratamiento oportuno de los casos nuevos, con el fin disminuir el impacto de las patologías más prevalentes.

En Colombia, la principal causa de muerte corresponde a enfermedades cardiovasculares, seguida por enfermedades tumorales, pulmonares y por traumas, en los hombres; se observa que las enfermedades cardiovasculares a partir de los 50 años explican más del 20% de la tasa bruta de mortalidad; los traumas, causan más del 80% de los fallecimientos de personas entre los 15 y 25 años; y las enfermedades tumorales explican más del 20% de la mortalidad a partir de los 50 años. En las mujeres la mortalidad relacionada según la edad es: las cardiovasculares a partir de los 50 años, aporta un 23%; a partir de los 30, son los tumores con un 25%, y las enfermedades endocrinas, nutricionales y los traumas en mujeres jóvenes, pero en menor proporción que en los hombres.

### ¿Cómo ha cambiado la mortalidad en Antioquia?

El análisis de la mortalidad por grandes causas se realizó para el período 2005 - 2021 con estimación y ajuste por sexo, éste se hizo con base en el listado 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud.

En Antioquia en el período evaluado el número de muertes por año presenta una tendencia al aumento, pasando de 40.034 en 2020 a 50929, un incremento del 27%, con respecto al año anterior.

Al evaluar la mortalidad por grupo de edad, encontramos que la tasa se incrementa con la edad, lo cual está en relación a que las primeras causas de mortalidad en el Departamento, son las enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT, las cuales en términos generales aumentan con la edad y al ser crónicas, acumulan en quienes las padecen afecciones que van deteriorando su salud, hasta llevarlos a la muerte; es así como la tasa más alta se encuentra en el grupo de 65 y más años con 47.9 defunciones por 100.000 personas de este grupo etario, en el departamento; en las subregiones se observa la misma tendencia al aumento en la tasa de mortalidad con la edad, observándose las tasas más altas en el grupo de 65 y más años; las subregiones de Urabá y Valle de aburra con 54.6 y 50.6 defunciones por 100.000 habitantes de 65 y más años, exhiben las tasas más altas.

Al realizar el análisis por subregiones del Departamento, en el año 2021, se observa que la mayor proporción de fallecimientos se presenta en el Valle de Aburrá, subregión en la cual se presentaron el 65% de las defunciones del territorio, cabe anotar que este comportamiento está relacionado con la alta concentración de la población en esta subregión.

En ese mismo año, al realizar el análisis del riesgo de morir, por subregiones, se evidencia que Valle de abura y Magdalena medio, con 8.1 y 7.7 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente, exhibieron las tasas más altas de mortalidad en el departamento. Es de anotar que con excepción de Bajo Cauca en todas las subregiones se observó el año 2022 un incremento en la tasa de mortalidad en relación con el año anterior; este cambió fue más notorio en la subregión de Valle de aburra, subregión en la cual se observó un incremento de 1.8 puntos en este indicador.

### 3.2.1 Mortalidad general por grandes causas

El perfil de mortalidad por grandes causas, evidencia el riesgo de morir asociado a una variedad de factores, que van desde las características biológicas de los individuos, como edad, sexo, respuesta inmune, entre otras; la calidad y acceso a los servicios de salud; el comportamiento de

los individuos, sus hábitos y estilos de vida y los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, baja escolaridad, la convivencia social, los diferentes tipos de violencia, entre otros, que se relacionan en un complejo entramado de circunstancias que llevan a una mayor o menor afectación, en los diferentes municipios y grupos sociales del departamento.

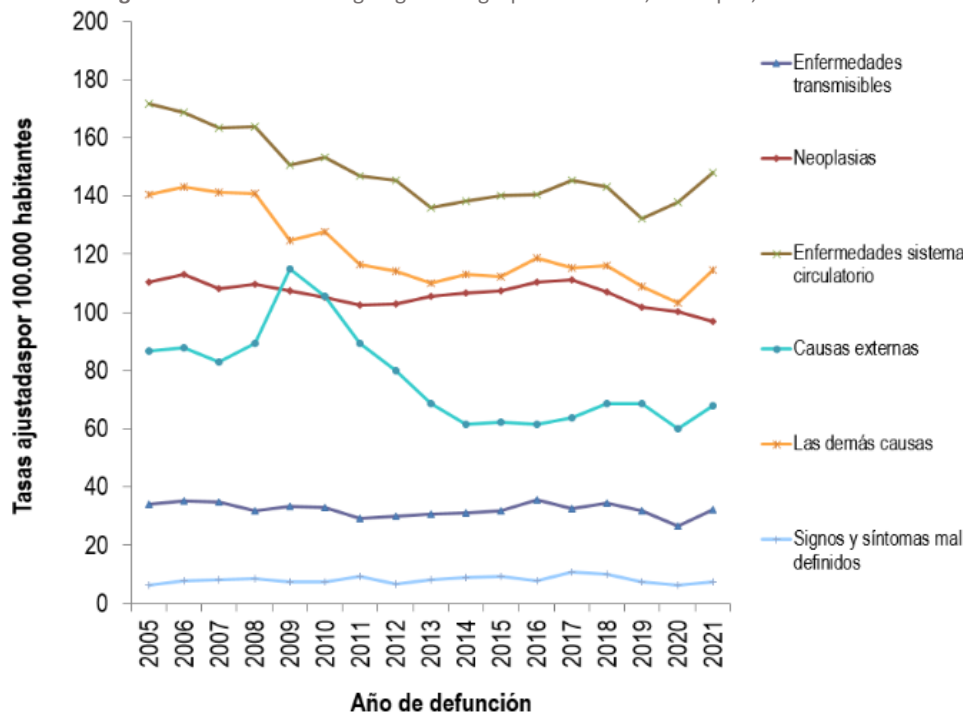
La primera causa de mortalidad en el Departamento desde el año 2005 hasta el año 2021 corresponde al grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, con tasas que oscilaron durante el período evaluado, entre 171 defunciones por 100.000 habitantes en 2005 y 148 casos por 100.000 en 2021, observándose durante este último año un incremento respecto al año inmediatamente anterior, marcando una tendencia hacia el incremento. Este comportamiento, coinciden con lo reportado a nivel país y en el mundo, donde las patologías cardiovasculares son la primera causa de muerte.

El grupo de las demás causas, entre las que se incluye la enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores y la diabetes, ocupa el segundo lugar como causa de muerte, grupo que venía presentando una tendencia general hacia el decremento, este año se observa un aumento en su comportamiento, con una tasa de 115 defunciones por 100.000 habitantes. En el año 2006 se observó la tasa más alta de este grupo de eventos con 143 defunciones por 100.000 habitantes y la tasa más baja fue la observada el año 2020 con 103 defunciones por 100.000 habitantes. Muy cerca a este grupo se encuentran las defunciones por neoplasias y tumores, que ocuparon un tercer lugar dentro de las principales causas de muerte con 97 defunciones por 100.000 habitantes; la tendencia de este grupo de enfermedades se ha mantenido estable, con leves fluctuaciones a lo largo del periodo estudiado.

Las causas externas se ubican en cuarto lugar. Después del pico observado en el año 2009, en el que se presentaron 115 defunciones por cada 100.000 habitantes, comenzó un descenso que duró hasta el año 2014, a partir del cual, se observa cierta estabilidad con leves fluctuaciones, de un año a otro, con un promedio de casos de 65 defunciones por 100.000 habitantes; en el año 2021 se observa un leve aumento en esta tasa llegando a 68 defunciones por 100.000 habitantes.

Las enfermedades transmisibles son el grupo con la menor tasa de mortalidad con 32 defunciones por 100.000 habitantes en el año 2021, un dato que se ha mantenido muy estable desde el 2005.

Figura 216. Mortalidad según grandes grupos de causas, Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: SISPRO - MSPS

### 3.2.1.1 Tasas de mortalidad por sexo

Al analizar la mortalidad por sexo, se observan tasas más altas en hombres que en mujeres en todos los grupos de causas de defunción, sin embargo, la principal causa de muerte en ambos sexos es el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, con 182 defunciones por 100.000 hombres y 122 defunciones por 100.000 mujeres en el 2021; si bien la tendencia general en ambos grupos es hacia la disminución, en los 2 últimos años se observa un incremento en las tasas, por este grupo de causas en ambos sexos, siendo más notorio en los hombres.

La segunda causa de defunción en las mujeres corresponde al grupo de las demás causas, siendo en el año 2021 de 106 muertes por 100.000 mujeres, con tendencia al aumento en relación a los dos años anteriores. Las neoplasias se ubican en el tercer lugar de frecuencia de causas de defunción en las mujeres del departamento, en el año 2021 se observó una tasa de 89 defunciones por 100.000 mujeres

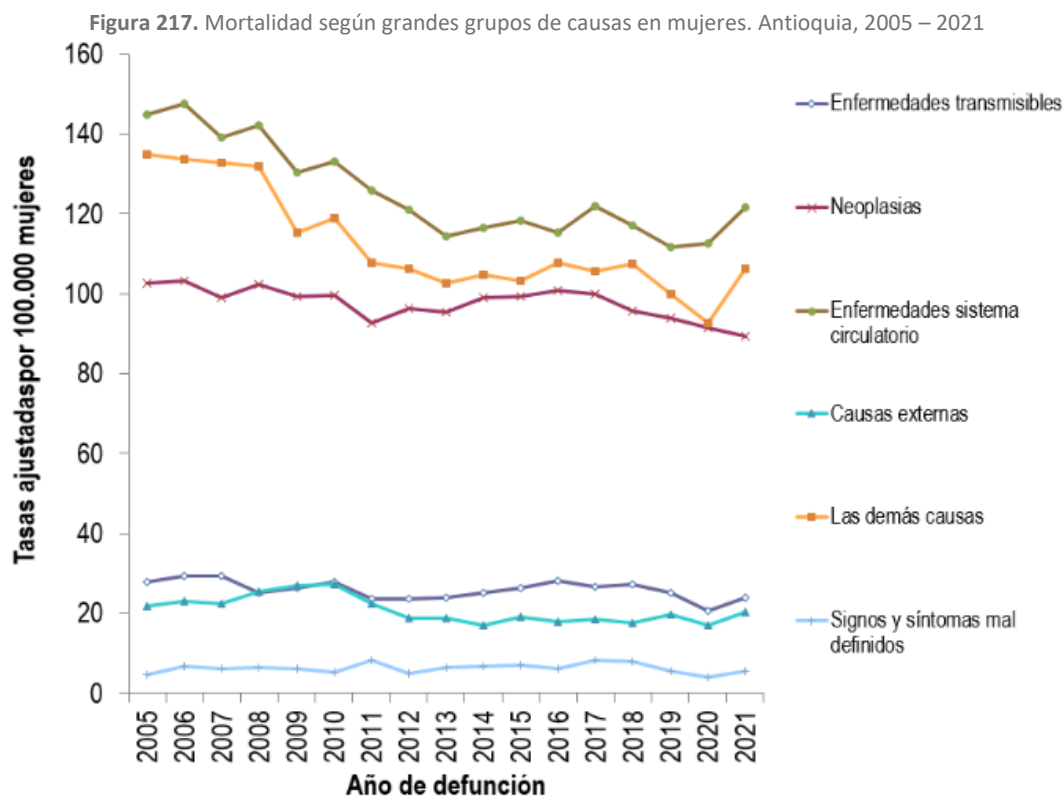
La cuarta causa de mortalidad en las mujeres son las enfermedades trasmisibles, con excepción de los años 2009 y 2010 en los cuales este grupo de causas fueron superadas por las causas externas en este grupo poblacional; en estos dos años se evidenciaron las tasas de mortalidad más altas del período por este grupo de causas, 27 defunciones por causas externas por 100.000 mujeres.

La segunda causa de muerte en los hombres son las causas externas, las cuales exhibieron las tasas más altas en el periodo entre el 2008 al 2013; a partir del año 2014 el grupo de demás causas de mortalidad, ha sido la segunda causa de muerte en los hombres de Antioquia, siendo en el año 2021 de 125 defunciones por 100.000 hombres.

Las neoplasias se alternan con las causas externas y las demás causas, siendo algunos años la tercera causa de muerte (cuando la tasa de mortalidad por causas externas decrece) y en otros periodos es la cuarta causa de mortalidad en este grupo poblacional. El año 2021 se encontró una tasa de 107 defunciones por 100.000 hombres causada por neoplasias.

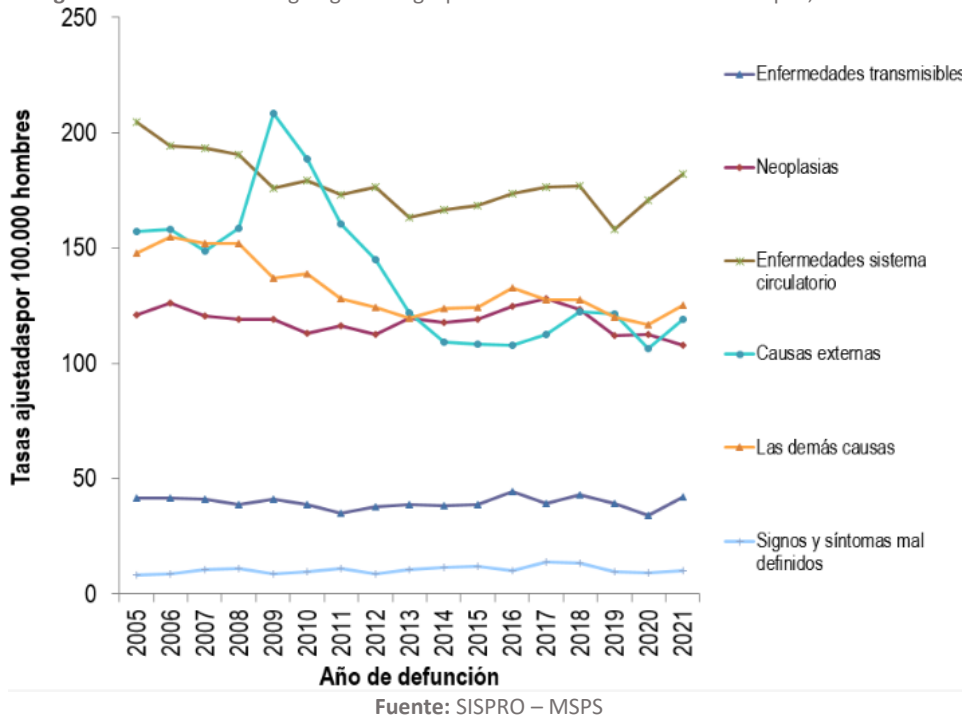
La mortalidad por enfermedades trasmisibles, presentan las tasas más bajas como causa de muerte, siendo en el año 2021 de 42 defunciones por 100.000 hombres.

Sin lugar a duda, la principal diferencia en la mortalidad entre ambos sexos se encuentra en las causas externas, en las que, en el año 2021, por cada mujer que falleció por estas causas, se presentan 6 defunciones en hombres, en el 2021 se observó un incremento en esta tasa comparada con el año 2020.



Fuente: SISPRO – MSPS

Figura 218. Mortalidad según grandes grupos de causas en hombres. Antioquia, 2005 – 2021



### 3.2.1.2 Años de vida potencialmente perdidos

El indicador de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) permite evidenciar la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de las muertes prematuras, es decir, personas jóvenes.

Para el caso de Antioquia, la carga más alta de AVPP durante el periodo evaluado lo generaron las muertes por causas externas, este grupo de causas generó el 33% del total de AVPP del departamento; en segundo lugar, aparecen las demás causas de mortalidad responsables del 19% de AVPP del periodo y en tercer lugar las neoplasias que generaron el 18% de AVPP.

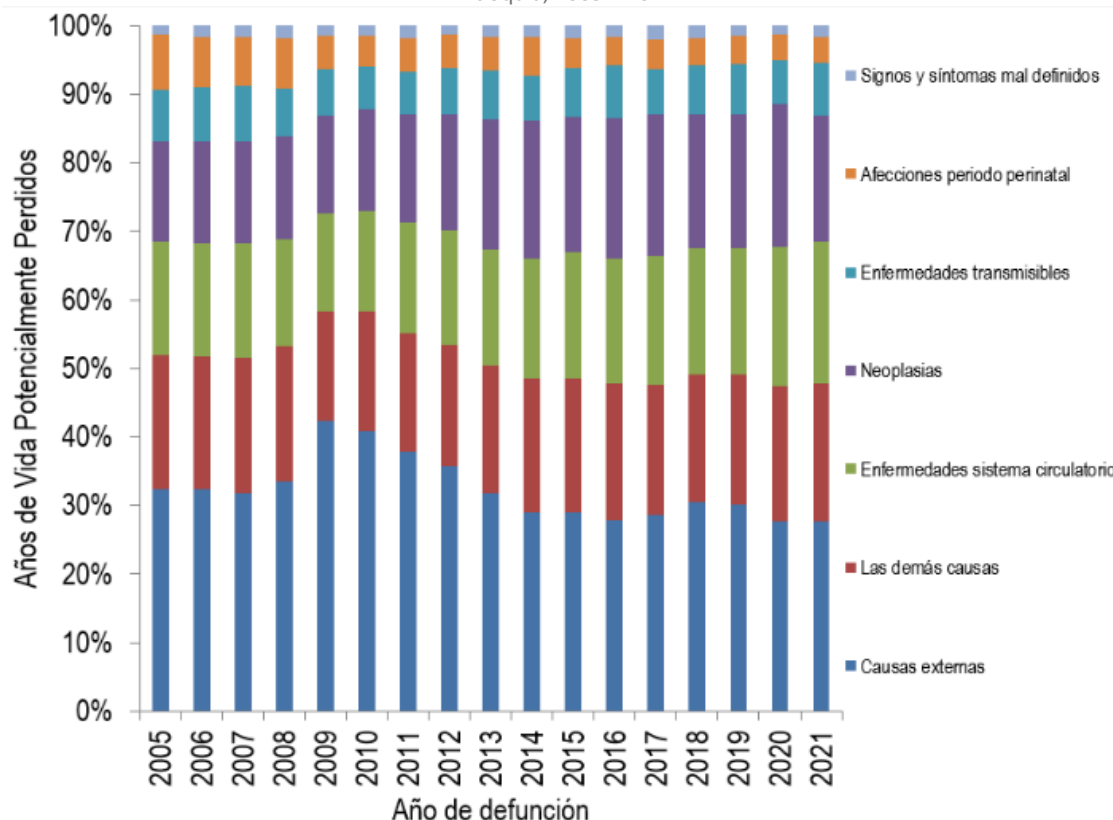
En el año 2021, se mantienen las causas externas en primer lugar, generando el 28% de AVPP en el departamento, la misma proporción observada en el año 2020; En segundo lugar, se ubican las enfermedades del sistema circulatorio, las cuales generaron el 21% y en tercer lugar las demás causas con un 20% de los AVPP del departamento.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, el aporte a los AVPP en el 2020 fue del 8% y el de las afecciones del periodo perinatal fue del 4%.

Es preocupante que continúen las causas externas contribuyendo a este indicador, debido a que son causas en parte prevenibles y que además afectan personas en la edad económicamente

productiva, afligiendo no solo a la familia, sino a la sociedad en general, alterando el desarrollo económico y social del territorio.

Figura 219. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP según grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2021.



Fuente: SISPRO – MSPS

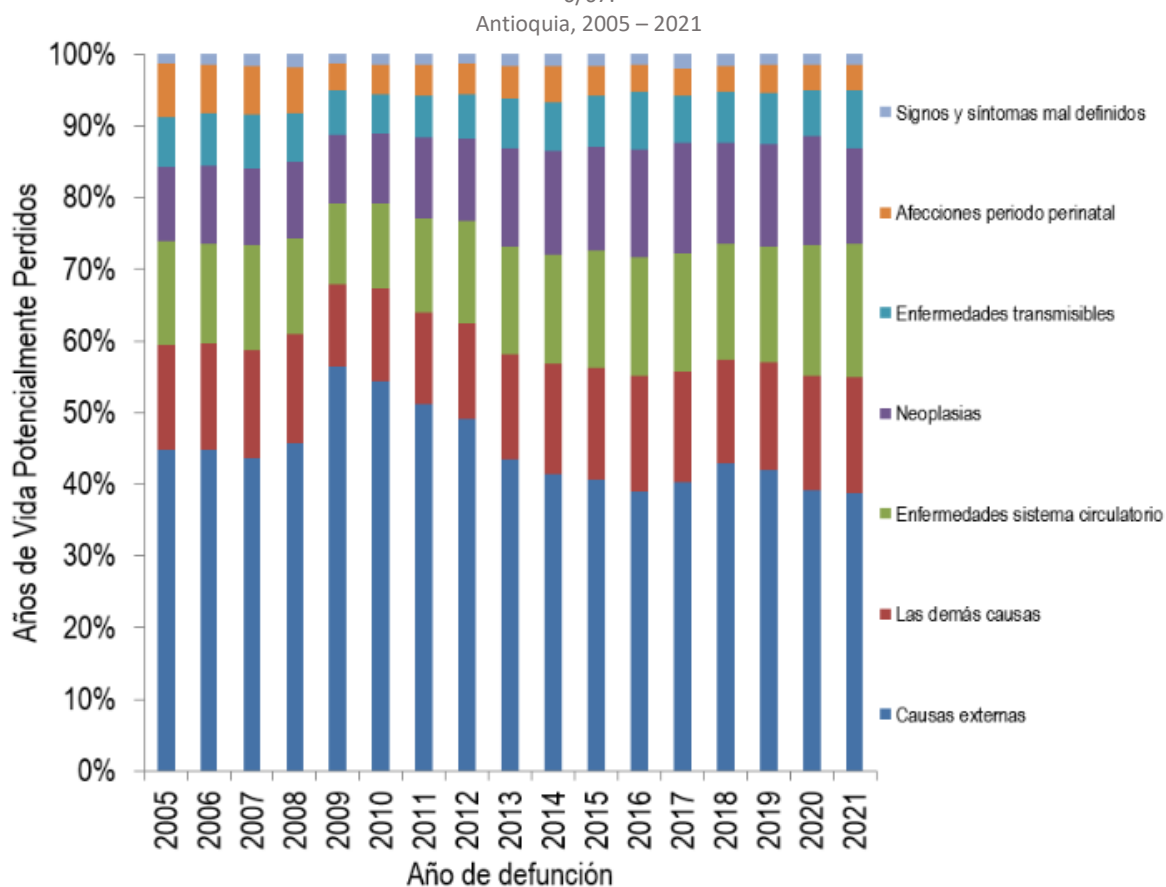
### 3.2.1.3 Años de vida potencialmente perdidos por sexo

Los hombres aportaron el 61% de todos los AVPP, equivalentes a 732635 años perdidos durante el año 2021, lo que significa que ellos tienen más riesgo de morir prematuramente que las mujeres, quienes aportan 284839 de AVPP. El mayor número de AVPP en los hombres está dado por las causas externas, registrando en el año 2021 un total de 173.867 AVPP, 39% del total de años perdidos en este grupo poblacional; estos datos evidencian una vez más la gran afectación de los hombres con las causas externas de muerte, para lo cual se requiere la intervención de varios sectores de la sociedad. Muy por debajo de las causas externas, se encuentran los AVPP debido a los grupos de las enfermedades del sistema circulatorio y demás causas de mortalidad, aportando el 19% y 16% del total del AVPP en los hombres respectivamente.



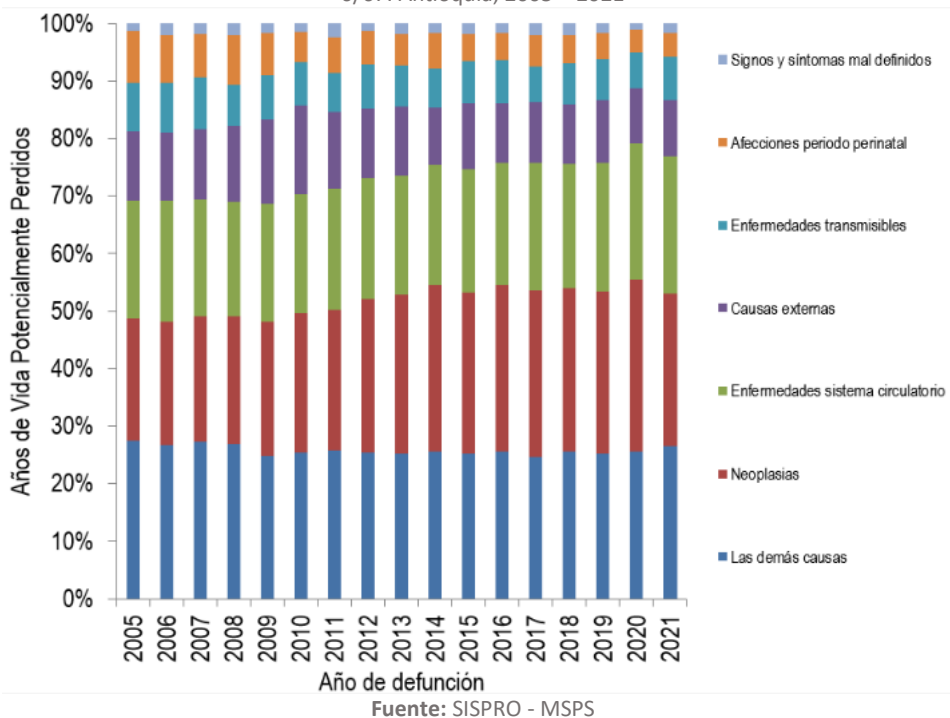
En las mujeres, son las enfermedades crónicas las que aportan el mayor número de AVPP. En primer lugar, se encuentran las demás causas de mortalidad y las neoplasias generando cada una el 27% de AVPP en el año 2021, seguidas de las enfermedades del sistema circulatorio con 67.604 AVPP y una proporción del 24% de AVPP en este grupo poblacional. Muy por debajo de estos tres grupos se encuentran las causas externas, aportando el 10% del total de AVPP en las mujeres. En ambos sexos, las enfermedades transmisibles y las afecciones del periodo perinatal ocuparon el quinto y sexto lugar, respectivamente, con proporciones inferiores al 10% de los AVPP en cada grupo poblacional.

Figura 220. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en hombres según grandes causas lista 6/67.



Fuente: SISPRO – MSPS

Figura 221. Distribución porcentual de Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en mujeres según grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2021

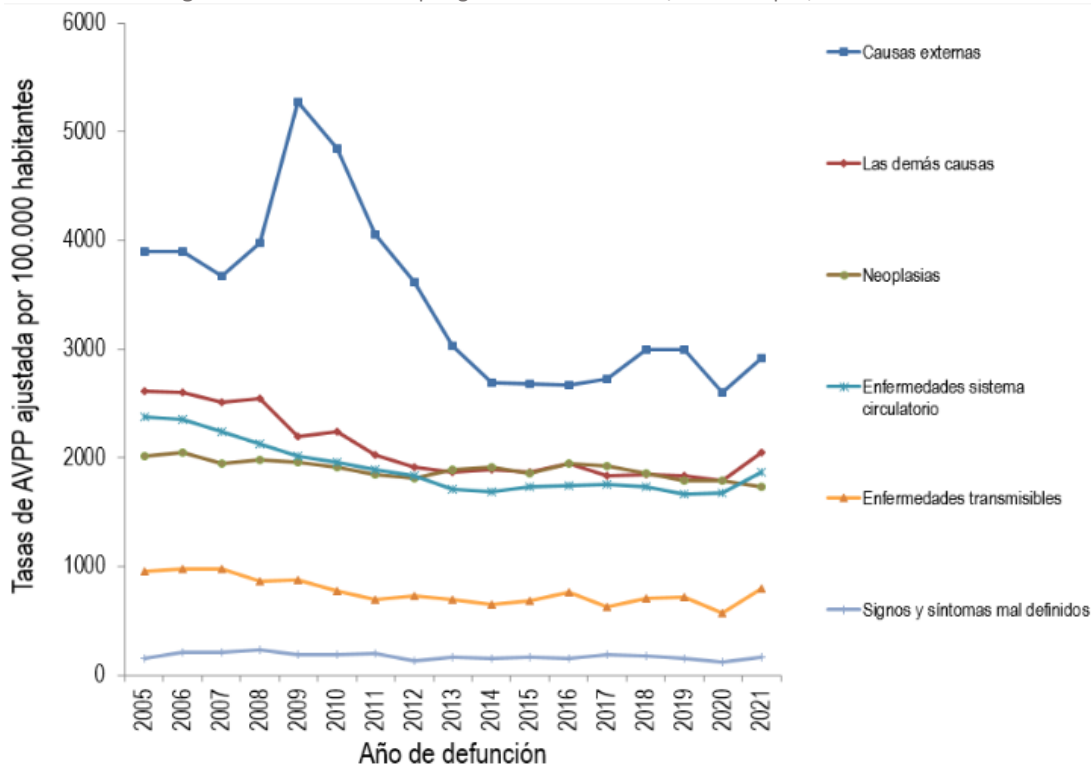


Durante el período evaluado la principal causa de AVPP en el departamento es el grupo de causas externas, las cuales en el período 2009 y 2010 presentaron las tasas más altas con 9498,5 y 8566,8 AVPP ajustadas por 100.000 habitantes, como puede apreciarse en la gráfica; a partir de este año se observó una tendencia franca hacia el descenso que se mantuvo hasta 2018, donde se observa nuevamente un incremento que continúa hasta el 2019, sin embargo, vuelve a descender en el 2020 hasta 2600,0 AVPP ajustadas por 100.000 habitantes, el año 2021 se generó una tasa de 2915 AVPP, observándose nuevamente un incremento en ésta,

La tasa ajustada de AVPP del grupo de las demás causas de mortalidad, fue la segunda más alta en el año 2021 con 2046.7 AVPP por 100.000. Las enfermedades del sistema circulatorio generaron una tasa de 1870 AVPP por 100.000 habitantes. La tasa de AVPP por neoplasias disminuyó con respecto al año anterior, siendo de 1738 AVPP por 100.000 habitantes.

En último lugar y muy debajo de los demás grupos de causas de mortalidad, se encuentran las enfermedades transmisibles, con una tasa de 792.5 AVPP ajustadas por 100.000 habitantes, con tendencia al aumento en relación al año anterior.

Figura 222. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2005 – 2021



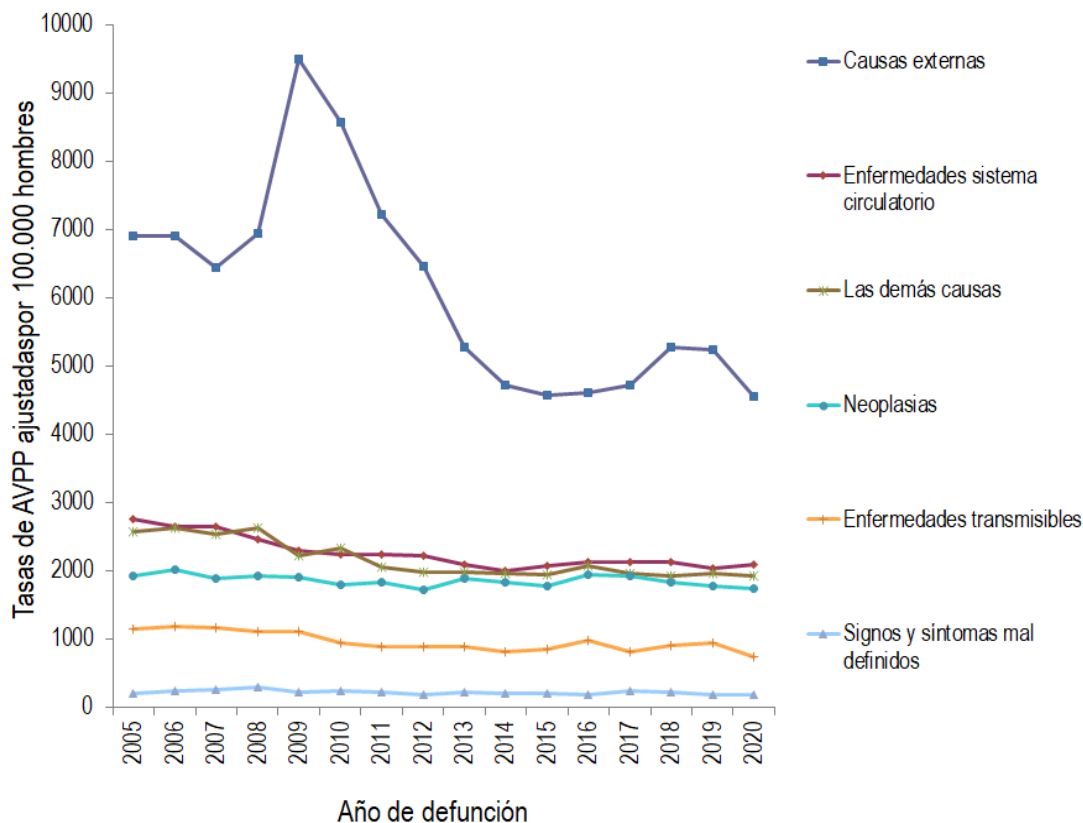
Fuente: SISPRO – MSPS

Al observar el comportamiento de las tasas de AVPP en hombres y mujeres, se encuentran marcadas diferencias entre ambos grupos poblacionales.

En los hombres, las tasa de AVPP más alta corresponde a las causas externas con 5076.3 AVPP ajustadas por 100.000 hombres, esto es, el doble de la tasa de las enfermedades del sistema circulatorio, que se ubica en el segundo lugar con 2330.8 AVPP ajustadas por 100.000 hombres. Con valores muy similares, se encuentra el grupo de las demás causas de mortalidad con 2171.8, mientras que la tasa de las enfermedades transmisibles ocupa en último lugar con 1054.5 AVPP por cada 100.000 hombres.

Con excepción de las neoplasias, todas las tasas de AVPP ajustadas en los hombres aumentaron en el 2021, respecto a lo observado en el 2020

Figura 223. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en hombres. Antioquia, 2005-2021



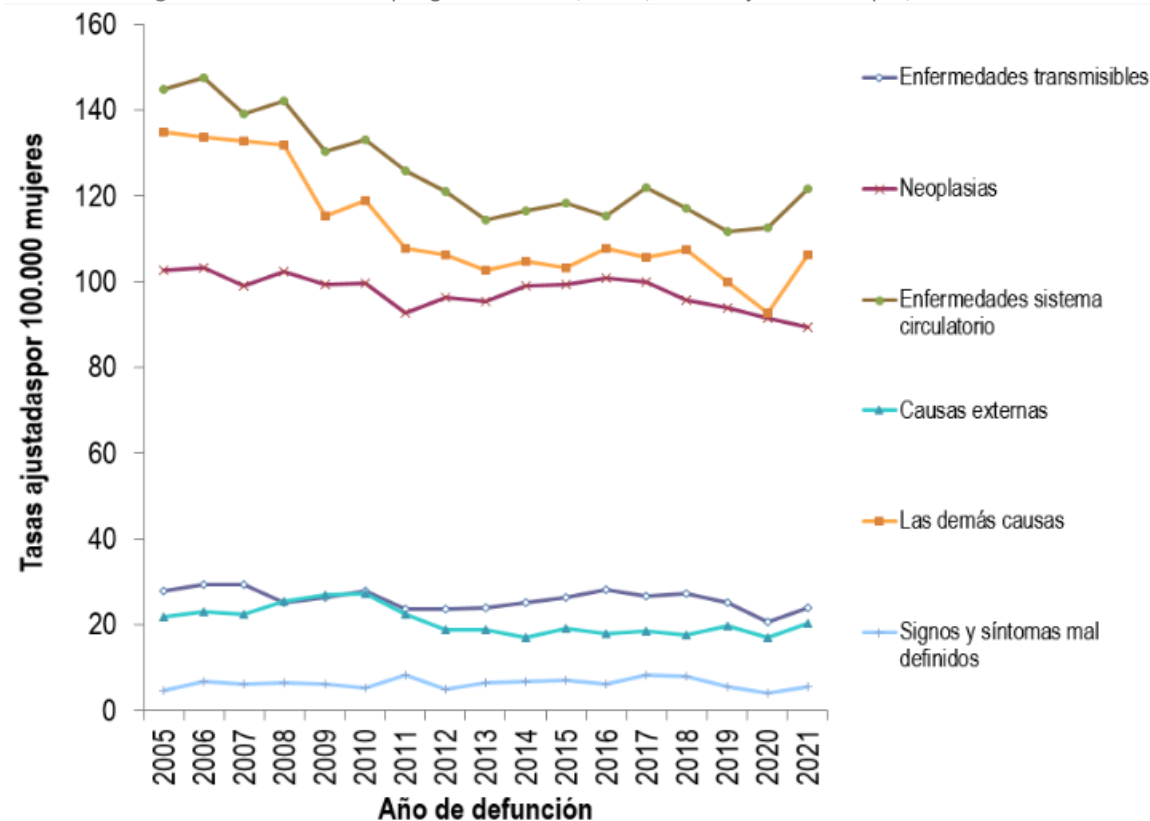
Fuente: SISPRO – MSPS

En las mujeres, desde el año 2012 hasta el año 2020, la tasa más alta de AVPP ajustada fue del grupo neoplasias, siendo en ese último año de 1832 AVPP por 100.000 mujeres; en la vigencia 2021 el grupo de demás causas generó la tasa más alta con 1938.7 AVPP por 100.000 mujeres; en segundo lugar se observaron las neoplasias con una tasa de 1784.9 AVPP por 100.000 mujeres.

A diferencia de lo que ocurre con los hombres, la tasa de AVPP ajustada de las causas externas es de las más bajas en las mujeres con 817 AVPP por cada 100.000 mujeres, superior a lo observado el año 2020.

Con excepción de las neoplasias, todas las tasas de AVPP ajustada aumentaron respecto al año inmediatamente anterior.

Figura 224. Tasa de AVPP por grandes causas, lista 6/67 en mujeres. Antioquia, 2005-2021



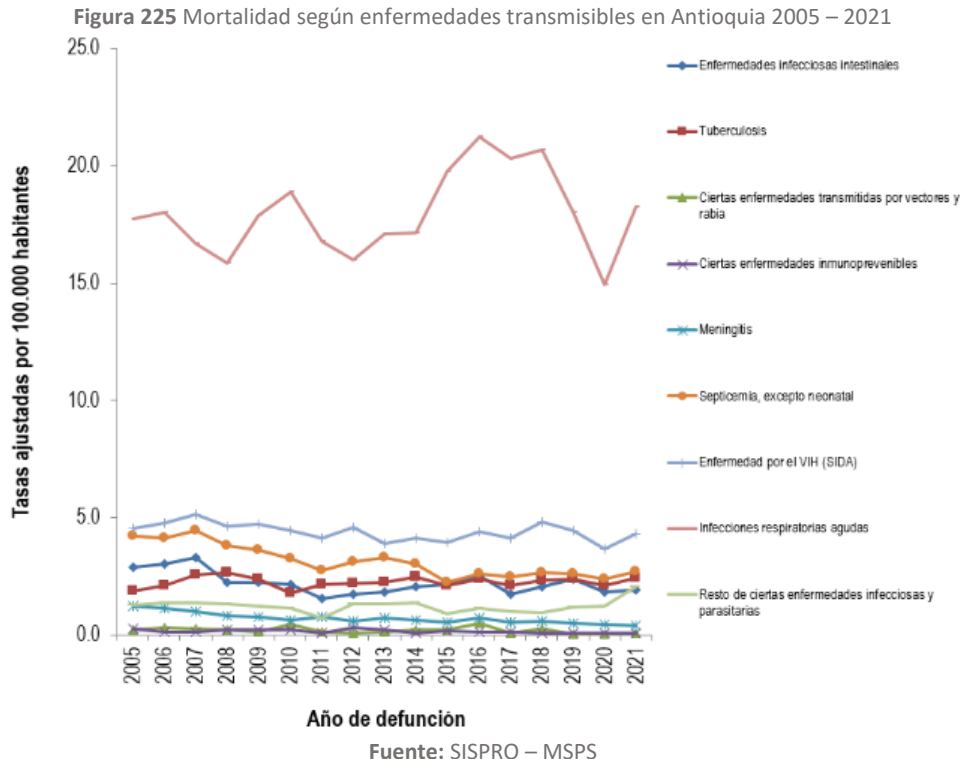
Fuente: SISPRO - MSPS

Hasta este punto se ha analizado la mortalidad por grandes causas, a continuación, se va a revisar cómo se desagregan esos grandes grupos y poder hacer una mayor focalización de las causas, de tal manera que este análisis aporte más elementos para los tomadores de decisiones.

### 3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo

#### 3.2.2.1 Enfermedades transmisibles

La mortalidad por enfermedades transmisibles aporta la menor carga dentro de todos los grupos de causas de defunción analizados durante 2005 a 2021, encontrándose una tasa mortalidad promedio el periodo de estudio analizado de 32,2 por 100.000 habitantes y no observan mayores fluctuaciones, ocupando el quinto lugar entra las causas evaluadas.



Al interior de este grupo de causas se encuentran las infecciones respiratorias agudas, liderando, con mucha ventaja las causas de mortalidad, con una tasa promedio durante el 2005 al 2021 de 18,0 defunciones por 100.000 habitantes y entre los años 2015 a 2018 se observaron las mayores tasas de mortalidad y si bien en 2020 la tasa descendió a 14,9 por 100.000 habitantes, es importante resaltar que en dicho año se declaró la emergencia sanitaria por COVID-19 lo que pudo impactar la tasa por IRA dado que se presentó una disminución en la circulación de otros agentes respiratorios y la mayor carga de mortalidad se asoció al nuevo coronavirus (Figura 10).

En segundo lugar, se encuentra la enfermedad por el VIH (SIDA) con una tasa cuatro veces más baja de 4.3 defunciones por 100.000 habitantes.

La tuberculosis con 2,4 defunciones por 100.000 habitantes, en el departamento de Antioquia sigue siendo una enfermedad de alta prevalencia, con tasas de mortalidad que se han ido incrementando en los últimos años, en el año 2021 aparece como la tercera causa de muerte en el grupo de transmisibles. El 28% de los pacientes fallecidos para el año 2022 tenían coinfección con VIH, datos que coinciden con las estadísticas mundiales que la ubican como una de las principales casusas asociadas. En los análisis de las causas de muerte se identifican retrasos de los pacientes en aspectos relacionados con el reconocimiento de los factores de riesgo y los signos de alarma para consultar a servicios asistenciales así como la calidad en la atención en salud. El

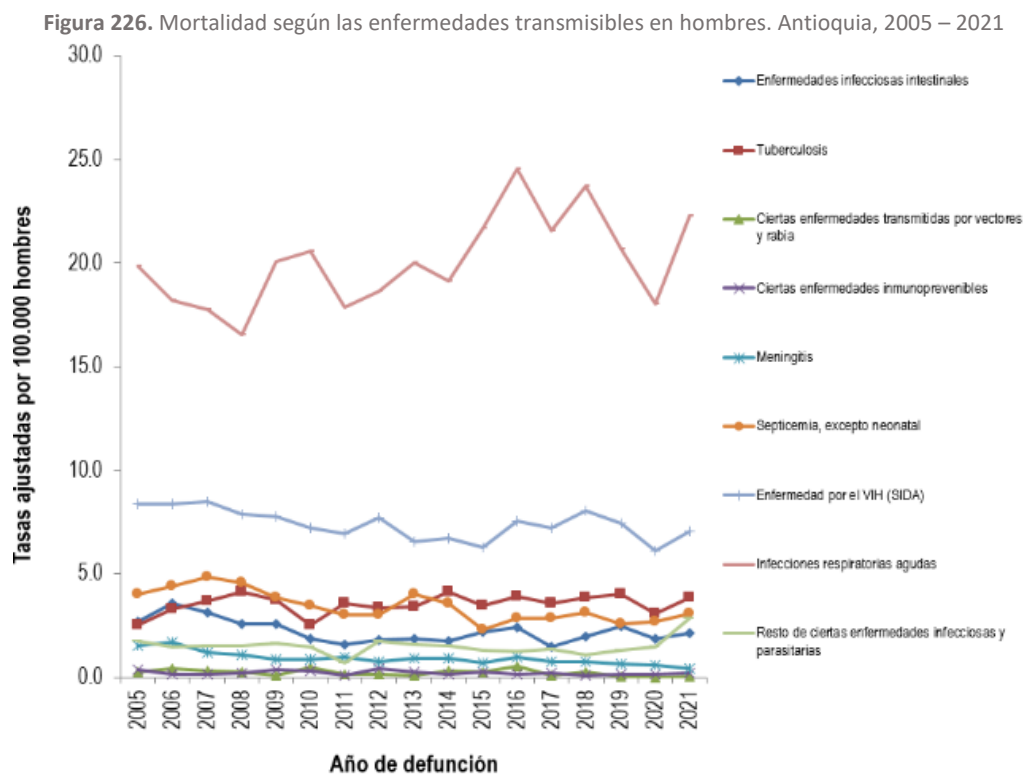
85 % de los casos se ubicaron en el Valle de Aburrá. Al analizar mortalidad por tipo de sexo las tasas más altas corresponde a los hombres con una media para la edad de 53 años.

En el análisis por sexo, se observa que en ambos la principal causa de defunción por enfermedades transmisibles es el grupo de las infecciones respiratorias agudas con 22,3 defunciones por cada 100.000 hombres y 15 defunciones por cada 100.000 mujeres.

Para las demás causas, el comportamiento es muy diferente entre hombres y mujeres.

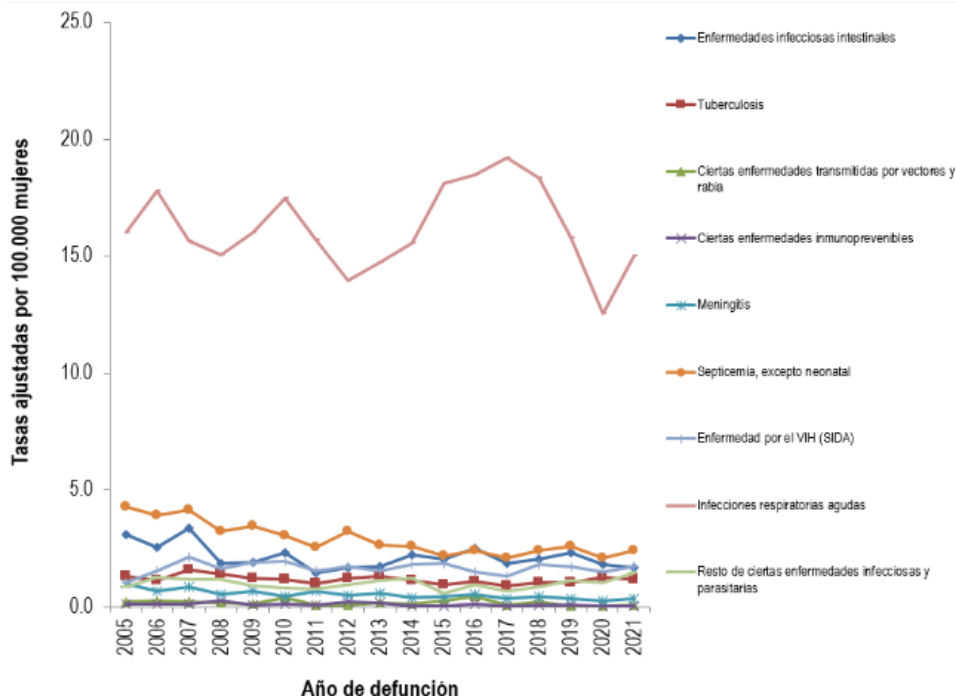
En los hombres, la segunda causa de mortalidad de este grupo es la infección por VIH-SIDA con una tasa de 7.1 defunciones por 100.000 hombres, seguida de la tuberculosis (4.0 defunciones por 100.000 hombres); este comportamiento expresa la estrecha relación que existe entre mortalidad por tuberculosis en pacientes inmunocomprometidos, por diferentes causas entre ella el VIH-SIDA.

Mientras que, en las mujeres la segunda causa de mortalidad por enfermedades transmisibles fue la septicemia excepto neonatal, con una tasa de 2,4 defunciones por 100.000 mujeres, seguida de enfermedades infecciosas intestinales y VIH-SIDA con una tasa idéntica de 1,7 defunciones por 100.000 mujeres.



Fuente: SISPRO – MSPS

Figura 227. Mortalidad según las enfermedades transmisibles en mujeres. Antioquia 2005 – 2021



Fuente: SISPRO – MSPS

### 3.2.2.2 Neoplasias.

En los hombres, durante el periodo evaluado, 2005 – 2021 el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon ha presentado las tasas más altas y sostenidas de mortalidad en el grupo de las neoplasias, se reporta para el año 2021 una tasa de 17 muertes por 100.000 habitantes, valor menor al observado el año anterior. El tumor maligno de tráquea, los bronquios y pulmones, presenta una tasa de mortalidad menor a la observada el año anterior, en este período se observa una tasa de 12.9 muertes por 100.000 habitantes. El año 2021 se reportó una mortalidad por tumor maligno de próstata, ligeramente superior a lo observado el año anterior (tasa de 13.7 defunciones por 100.000 hombres).

Dada la importancia del cáncer como causa de morbi-mortalidad, en el país se expidió la resolución 3280 de 2018 la cual incluye entre otros, la ruta integrada de atención para los cuatro tipos de cáncer priorizados en el país: cáncer de mama, cuello uterino, colon-rectal y próstata, con el propósito de aumentar la detección temprana y el acceso a tratamiento oportuno; a la fecha se observan diferentes niveles de implementación de estas Rutas Integradas de atención, en las EAPB con asiento en el departamento.

Desde la SSSA, ante la importancia para la salud pública del departamento representan estos tumores priorizados, a través del proyecto “Fortalecimiento Autocuidarnos un camino para la

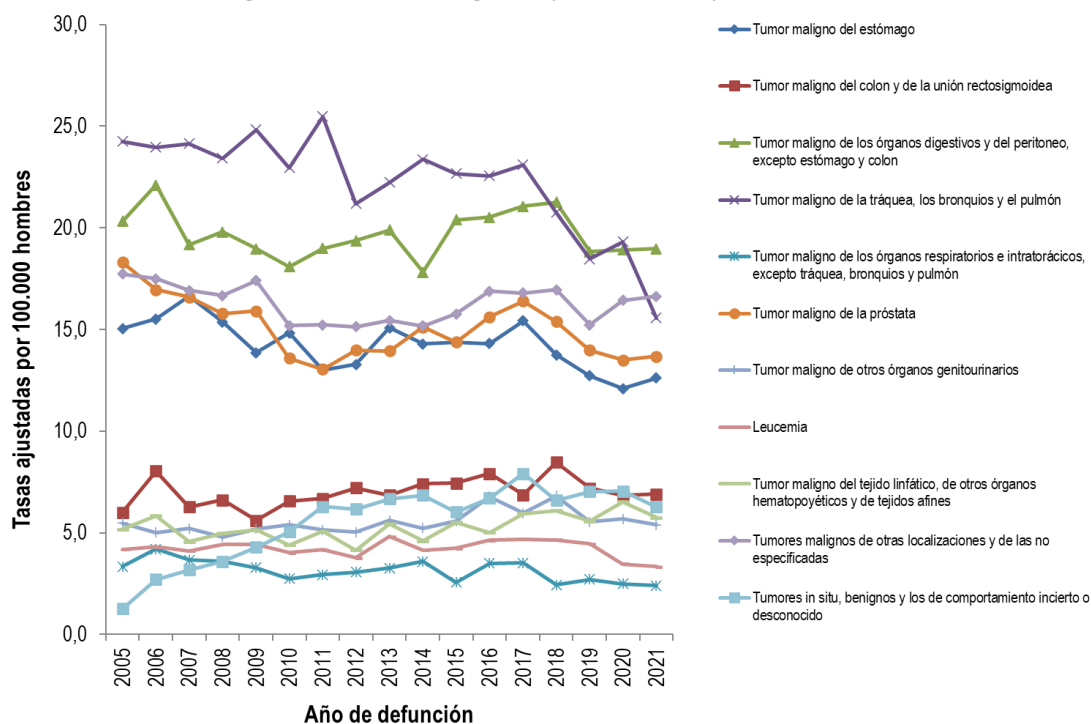




vida, enfermedades no transmisibles” se han venido adelantando las siguientes acciones que suman para mitigar el riesgo por cáncer en el territorio:

Se han realizado 31 jornadas integrales de salud en todo el cuatrienio, de las cuales en 26 se realizó tamizaje para detección temprana de cáncer de mama, donde se incluyó el examen clínico de la mama, consulta por mastología, biopsia y ecografía si fuese necesario en articulación con la IPS Clínica Vida e Imágenes de Vida, en todas las jornadas integrales de salud se realizó educación para la salud en estilos de vida saludable que incluyó salud para el alma y nutrición. Los municipios donde se realizaron los tamizajes para detección temprana de cáncer de mama fueron: Granada, Yolombó, Cisneros, Titiribí, Medellín (CAD), Yarumal, Maceo, Cocorná, Támesis, Guatapé, La Pintada, San Jerónimo, Sabanalarga, Barbosa, El Santuario, Buriticá, Guatapé, Bello, San Rafael, Ebéjico, Girardota, Tarso, Vegachí y Anorí.

Figura 228 Mortalidad según neoplasias en Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: SISPRO – MSPS

En el grupo de los hombres, durante el periodo comprendido entre el 2005 al 2017, las tasas más altas se observaron por Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, a partir del año 2018 se observa una tendencia a la disminución, siendo el año 2021 de 15 defunciones por 100.000 habitantes, la más baja del periodo.

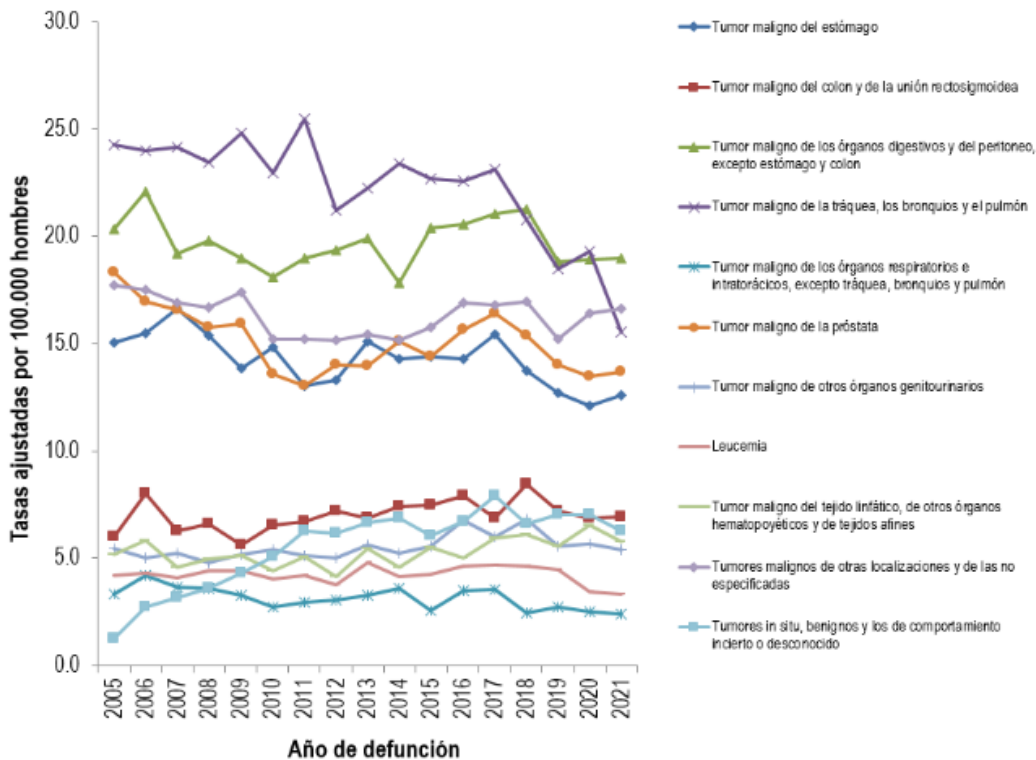
La segunda tasa de mortalidad más alta es la relacionada con el Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, la cual, en el año 2021, fue de 19 defunciones por 100.000 hombres; el tumor de próstata es la cuarta causa de muerte para hombres, durante el periodo evaluado se observaron tasas de mortalidad por este tumor entre 13 y 18.3 fallecimientos por 100.000 hombre.

En las mujeres, durante el periodo evaluado, el tumor que generó la tasa más alta de mortalidad fue el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, con tasas entre 20.6 y 16.1 defunciones por 100.000 mujeres, en el año 2021, con una clara tendencia a la disminución.

En segundo lugar, está el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, asociada al cual se observaron tasas de mortalidad entre 15.6 y 10.9 muertes por 100.000 mujeres, esta última en el año 2021 y la más baja del periodo.

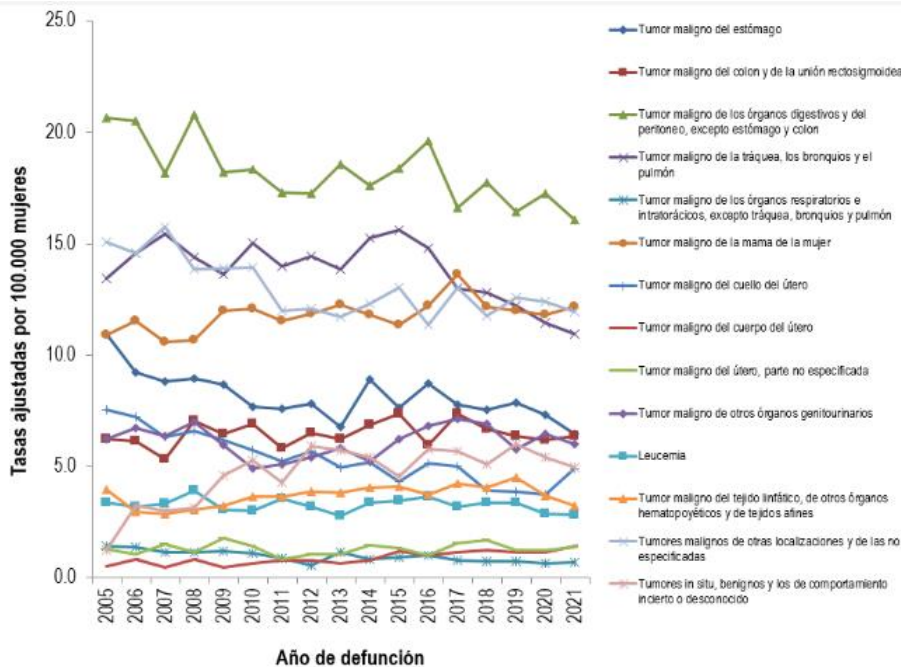
El cáncer de mama es la tercera causa de mortalidad en las mujeres, con tasas entre 10.9 a 13.6 defunciones por 100.000 mujeres; en su tendencia se observa un comportamiento hacia el aumento.

Figura 229. Mortalidad según las neoplasias en hombres. Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: SISPRO – MSPS

Figura 230. Mortalidad según las neoplasias en mujeres. Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: SISPRO – MSPS

### 3.2.2.3 Enfermedades del sistema circulatorio

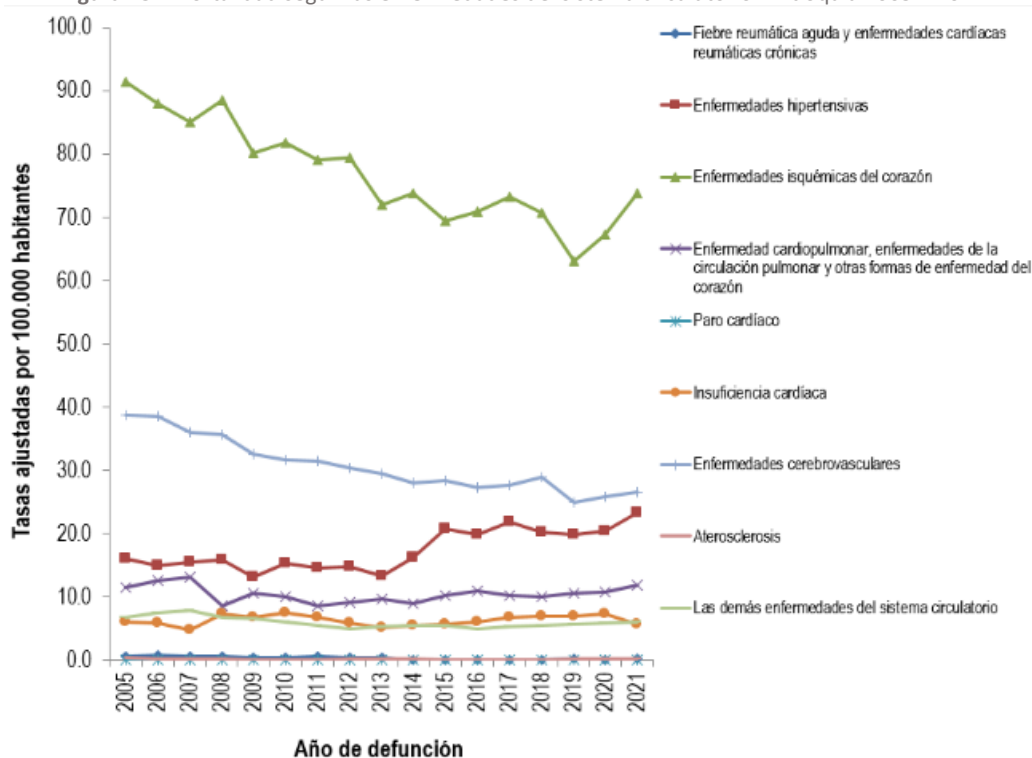
La enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad a nivel mundial, nacional y departamental, a esta tendencia que se presenta desde el siglo 20 contribuyen múltiples factores como el envejecimiento poblacional, la urbanización acelerada, el consumo del tabaco y sus derivados, el retroceso de enfermedades infecciosas y la epidemia de obesidad y sedentarismo. Las enfermedades cardiovasculares son un amplio grupo de patologías que incluyen el infarto agudo de miocardio, la enfermedad cerebrovascular y la hipertensión arterial, de estas patologías el infarto agudo de miocardio es la primera causa de muerte a nivel nacional y departamental. Según el sexo los hombres son lo más afectados por la mortalidad por el infarto agudo de miocardio, y por regiones de Antioquia, el Suroeste tiene la tasa más alta de mortalidad por esta causa, probablemente explicada por factores como el envejecimiento poblacional y el consumo de tabaco en esta región.

A nivel de Antioquia durante el años 2021 se observó un aumento de la tasa de mortalidad por infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular e hipertensión arterial, y según datos preliminares del 2022 se mantuvo esta tendencia, entre otros factores las posibles causas de aumento de la mortalidad cardiopulmonar en Antioquia fueron: impacto del Covid en patologías cardiopulmonares, con daño endotelial y cascada inflamatoria que afecta el endotelio vascular en los paciente afectados por esta patología, , dificultades en las actividades de prevención del riesgo cardiovascular, por la atención del Covid, barreras de acceso a servicios de salud por la medidas

de confinamiento, disminución de la actividad física, aumento del estrés y afectación de la salud mental, durante pandemia por Covid.

Además, un nuevo factor a tener en cuenta es el creciente uso del cigarrillo electrónico en nuestro departamento según el Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población Escolares 2022 el 22.7% de los jóvenes en Colombia ha consumido cigarrillo electrónico en algún momento y el 11.2% lo ha consumido el último mes<sup>85</sup>. El cigarrillo electrónico se ha relacionado en múltiples estudios con alergias respiratorias, asma, neumonías, alteración del desarrollo cerebral en adolescentes<sup>86</sup>, además se ha detectado sustancias cancerígenas en el humo del vapeador<sup>87</sup>; pero aún no conocemos los impactos a largo plazo de su consumo y su impacto en las patologías crónicas pulmonares, oncológicas y cardiovasculares.

Figura 231 Mortalidad según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia 2005 – 2021



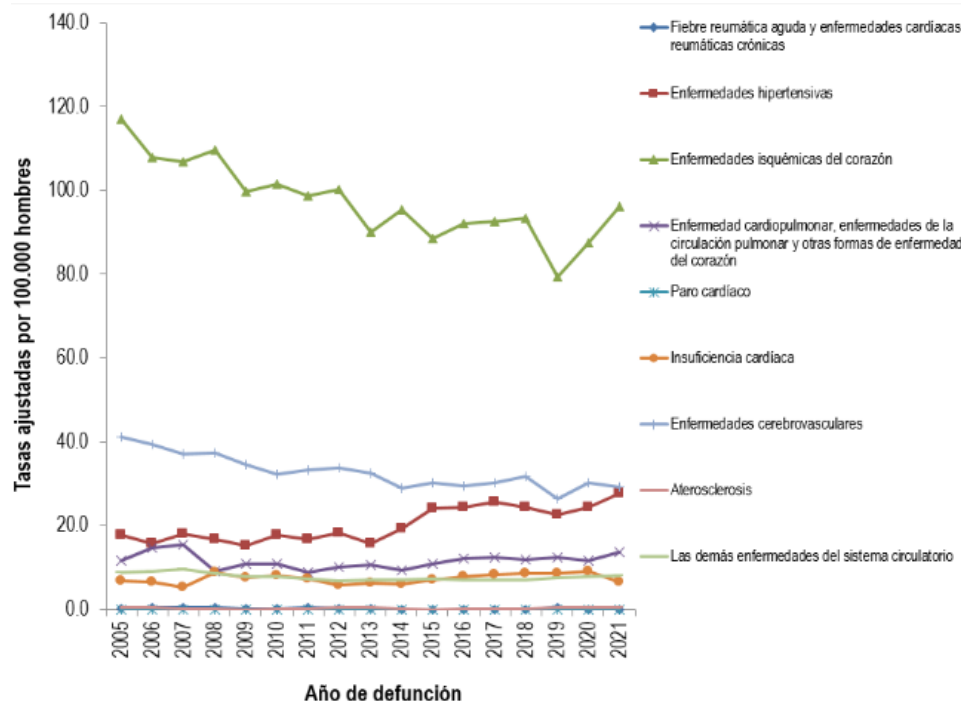
Fuente: SISPRO – MSPS

<sup>85</sup> Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población Escolares 2022, [Internet]. [citado 30/11/23]. Recuperado a partir de: <https://www.minjusticia.gov.co/programasco/ODC/Documents/Publicaciones/Estudio%20nacional%20escolares.pdf>

<sup>86</sup> U.S. Surgeon General's Report on e-cigarette [Internet] [citado 22 enero 2019]; Recuperado a partir de: [https://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/documents/2016\\_sgr\\_full\\_report\\_non-508.pdf](https://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/documents/2016_sgr_full_report_non-508.pdf)

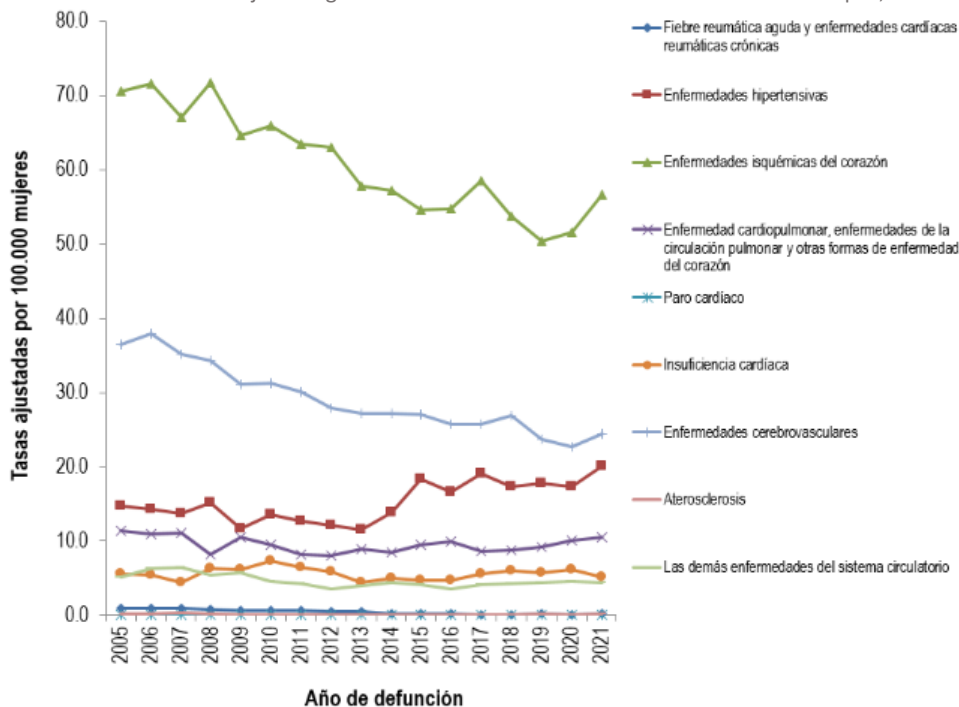
<sup>87</sup> Jensen RP Fuerte en Rmpeyton, Química de disolventes en el recipiente de reacción del cigarrillo electrónico., Sci Rep. 2017; 7 : 42549

Figura 232. Mortalidad en hombres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia 2005 – 2021



Fuente: SISPRO – MSPS

Figura 233. Mortalidad en mujeres según las enfermedades del sistema circulatorio. Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: SISPRO – MSPS

### 3.2.2.4 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal

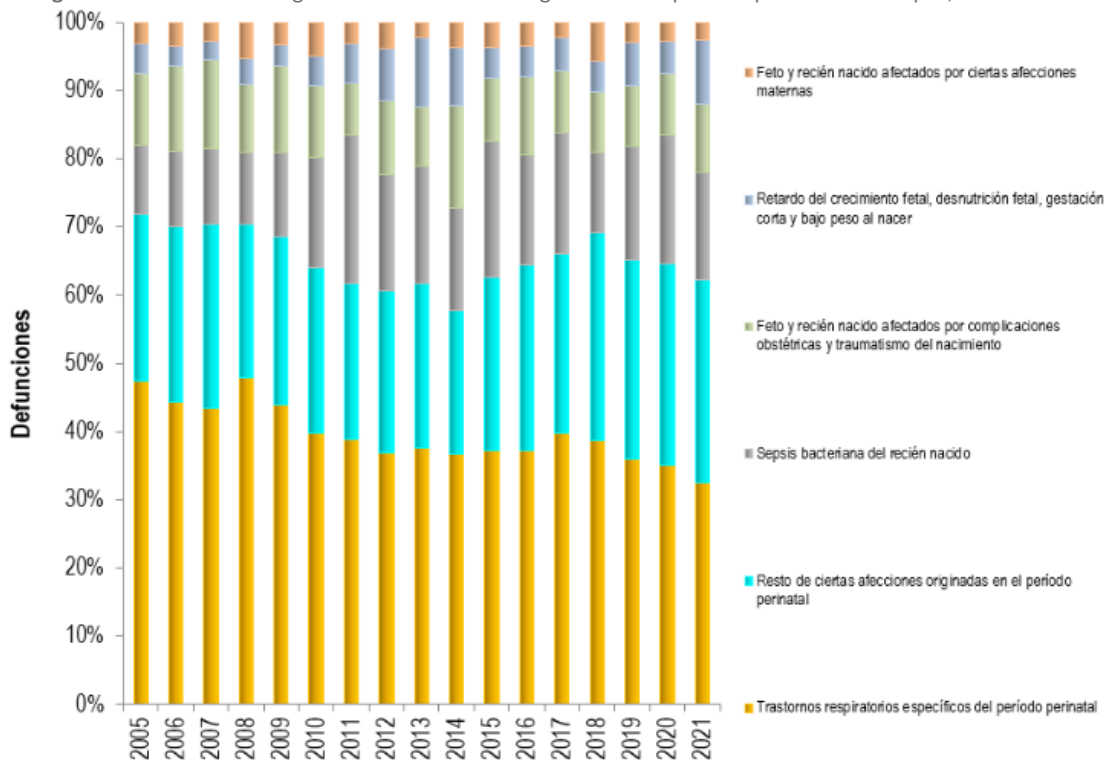
Las afecciones que tienen su origen en el período perinatal aun cuando la enfermedad o la muerte ocurran más tarde, tuvieron el siguiente comportamiento:

Se evidencia que las sub-causas de trastornos respiratorios específicos del período perinatal, aportaron el 35% del total de muertes presentadas en este grupo, comparado con el 2020, donde se registraron 104 muertes se encuentra un aumento de 6.7% para el 2021 con 111 casos.

En segundo lugar, están las clasificadas como resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 101 muertes en el 2021, también refleja un aumento con respecto al 2020, sin embargo, se mantiene una tendencia a la disminución desde el año 2009.

El tercer grupo de muertes está dado por la sepsis bacteriana, con cifras anuales, que van desde 70 casos (año 2005) a 54 (año 2021) evidenciando una tendencia a la disminución. Según frecuencia, las muertes relacionadas con el feto y recién nacido afectado por las complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento se ubican en un cuarto lugar con 34 muertes perinatales ocurridas en el 2021, las cifras más bajas corresponden a otras causas como: el retardo del crecimiento fetal, la desnutrición fetal, la gestación corta y el bajo peso al nacer.

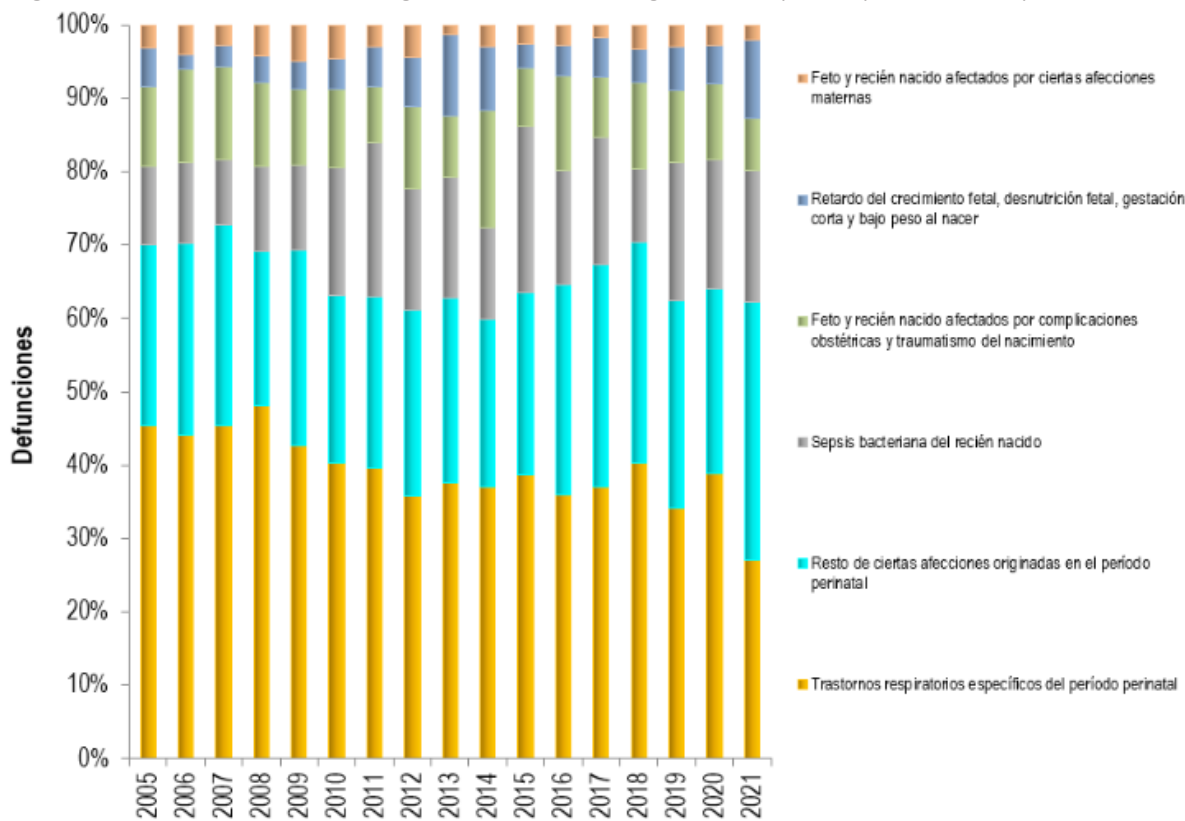
Figura 234 Defunciones según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: SISPRO – MSPS

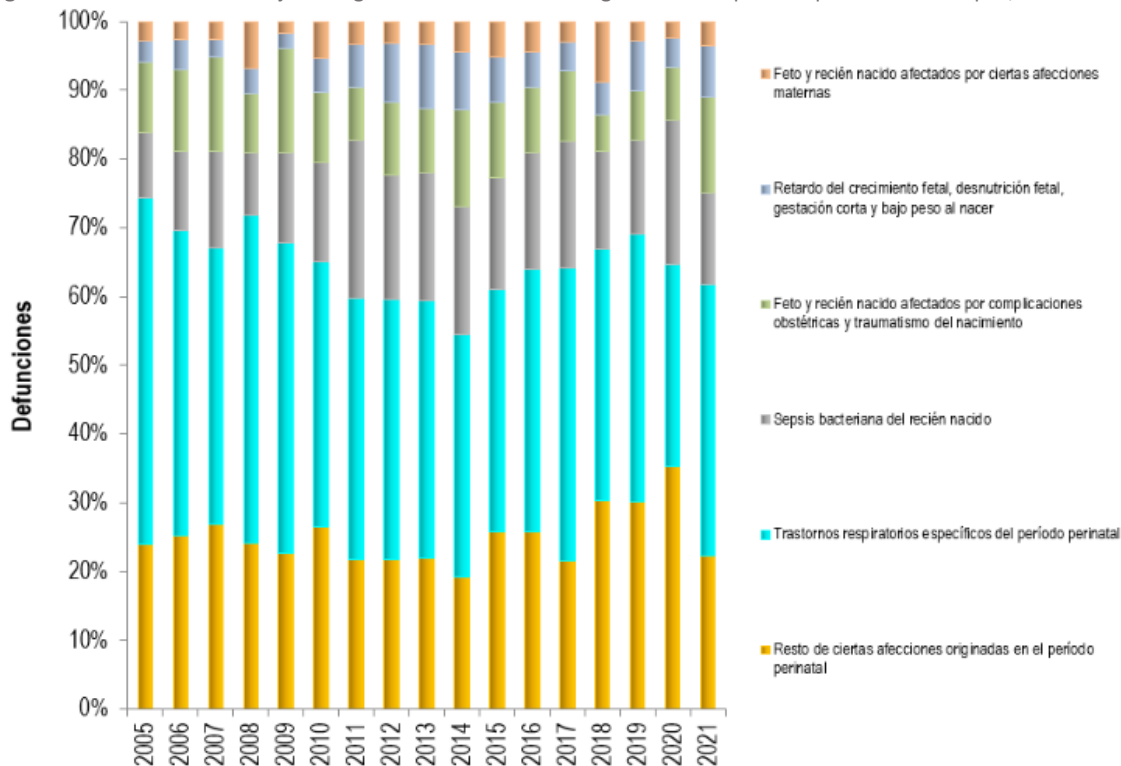
En general, podría decirse que la tendencia a la reducción de las muertes originadas en el período perinatal debe mantenerse y puede impactarse con estrategias como la mejora en la calidad de los servicios prestados durante el embarazo, el parto y el puerperio, el fortalecimiento de tamizajes y una adecuada adherencia a las guías de práctica clínica en la atención de la población materno perinatal. Por sexo del recién nacido, se observa una que las causas de muertes en el período perinatal en las mujeres los trastornos respiratorios los que aportan el mayor número de muertes (N 57) y en segundo lugar resto de las afecciones del período perinatal, con 32 casos; mientras que en los hombres la primera causa de mortalidad corresponde a causas clasificadas como resto de las afecciones del período perinatal (N 69) y en segundo lugar trastornos respiratorios con 53 muertes por dicha causa, como se muestra en las siguientes gráficas:

Figura 235. Defunciones en hombres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: SISPRO – MSPS

Figura 236. Mortalidad en mujeres según ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Antioquia, 2005 – 2021



- Fuente: SISPRO – MSPS

### 3.2.2.5 Causas externas.

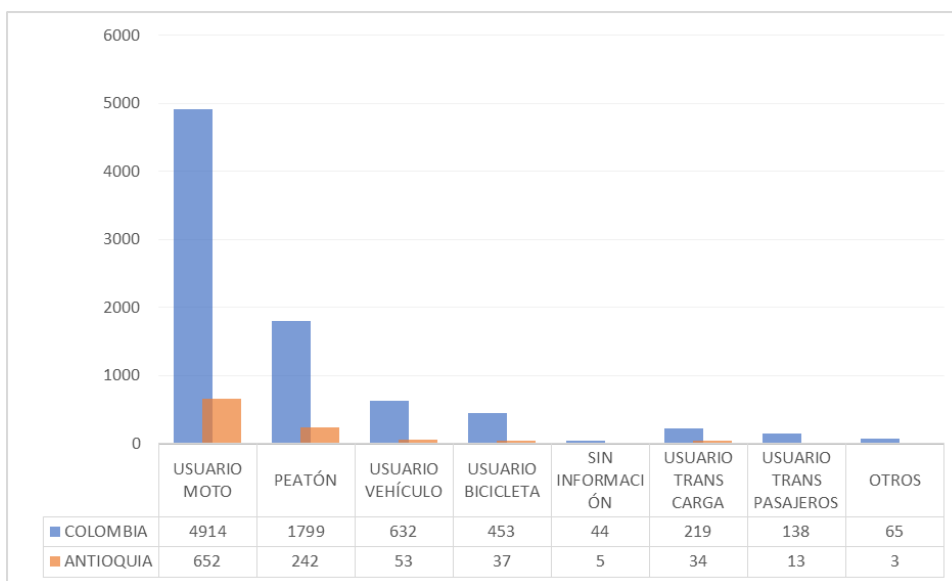
El grupo de las causas externas aporta a la mortalidad un riesgo tanto para hombres como para mujeres, no obstante, el riesgo de los hombres es mucho mayor. Al desagregar en cada subgrupo, es evidente que las agresiones (homicidios), se posicionan como la causa que origina el mayor riesgo de muerte dentro de este grupo de causas, en la población general durante los años evaluados, ha generado tasas que van de 26,2 a 75,9 muertes por 100.000 habitantes, en el período comprendido entre 2014 y 2021 se observan las tasas de mortalidad por este grupo de causas más bajas, con algunas fluctuaciones; la tasa de mortalidad por causas externas en el año 2021 fue de 30 defunciones por 100.000 habitantes.

La segunda causa de muerte corresponde a los accidentes de transporte terrestre, con tasas que oscilan entre 18,8 y 14,5 muertes por 100.000 habitantes; siendo esta última la cifra reportada en el año 2021, evidenciando un incremento en la mortalidad por accidentes de tránsito. Las lesiones autoinfligidas (suicidios), presentan una tendencia estable, con tasas de 5 a 6,3 muertes por 100.000 habitantes, es de anotar que todas son causas potencialmente evitables, que obedecen entre otros factores, al comportamiento, la tolerancia y convivencia social de la población.





En 2021, la cifra de fallecimientos en siniestros viales a nivel nacional ascendió a 7,270 personas. Antioquia contribuyó significativamente a esta estadística, representando el 12.9% del total de fallecidos, con un registro de 914 personas (Observatorio Agencia Nacional de Seguridad Vial. Tomado el abril 26 del 2022.). Para el año 2022 la tendencia de muertes por siniestros viales continuó en aumento, con un incremento del 13.6% representando en 994 muertes adicionales en comparación con el año anterior, alcanzando un total de 8,264 fallecimientos en todo el país. En el caso específico de Antioquia, se reportaron 1,039 muertes en vías del departamento durante ese mismo año (Observatorio Agencia Nacional de Seguridad Vial. Tomado en enero 31 del 2023).



Fuente: Observatorio Agencia Nacional de Seguridad Vial. Tomado en enero 31 del 2023.

En el análisis de la distribución de muertes en el año 2022 por siniestros viales en Antioquia, se destaca significativamente los usuarios de moto representan el 68.4% de las fatalidades. Asimismo, los peatones son el segundo grupo de usuarios que contribuyen significativamente, representando el 25.4% de las muertes registradas. Por otro lado, los usuarios de vehículos y bicicletas constituyen porcentajes más bajos, con un 5.5% y un 3.8%, respectivamente. Estos datos resaltan la necesidad de medidas dirigidas principalmente a la seguridad de los usuarios de motocicletas y peatones para abordar las principales causas de muertes en siniestros viales en la región.

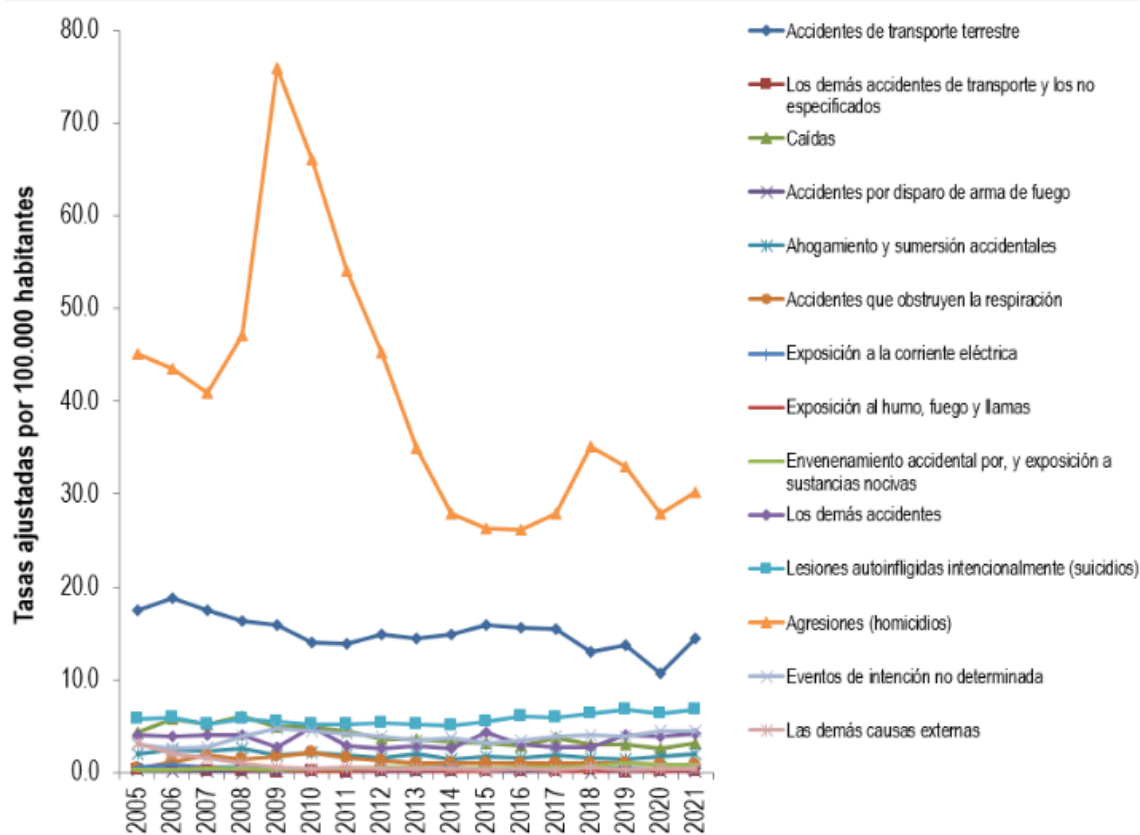
Agencia Nacional de Seguridad Vial. (26 de 04 de 2022). [ansv.gov.co](https://ansv.gov.co/observatorio/estad%C3%ADsticas). Obtenido de <https://ansv.gov.co/observatorio/estad%C3%ADsticas>

Agencia Nacional de Seguridad Vial. (31 de 01 de 2023). [ansv.gov.co](https://ansv.gov.co/observatorio/estad%C3%ADsticas). Obtenido de <https://ansv.gov.co/observatorio/estad%C3%ADsticas>

Al analizar el grupo de causas externas por sexo, se evidencia que la muerte por homicidios es la primera causa, no obstante, el riesgo para los hombres es mucho mayor, toda vez que por cada mujer que falleció, en el año 2021 por homicidios, fallecieron 12.2 hombres por la misma causa.

Las lesiones autoinfligidas (suicidios) ocupan el tercer lugar de riesgo, tanto para los hombres como para las mujeres; la tasa más alta de muerte por lesiones autoinfligidas se observó en el año 2020 (6.8 suicidios por 100.000 habitantes); no obstante, el riesgo es mayor para los hombres, toda vez que, por cada suicidio observado en 2021, en una mujer se observaron 4 casos por 100.000 hombres en el mismo período.

Figura 237 Mortalidad según causas externas Antioquia, 2005 – 2021.



Fuente: SISPRO - MSPS

En cada una de estas tres causas dentro del grupo analizado, pudo observarse un mayor riesgo para los hombres con respecto a las tasas presentadas en las mujeres.

Figura 238. Mortalidad en hombres según causas externas. Antioquia, 2005 – 2021.

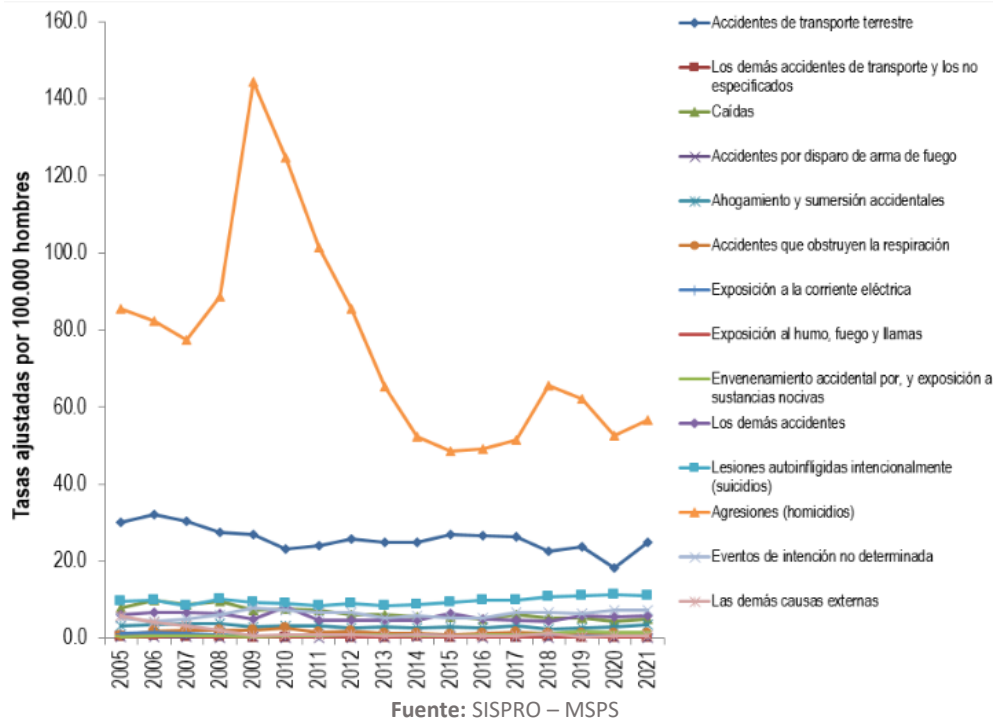
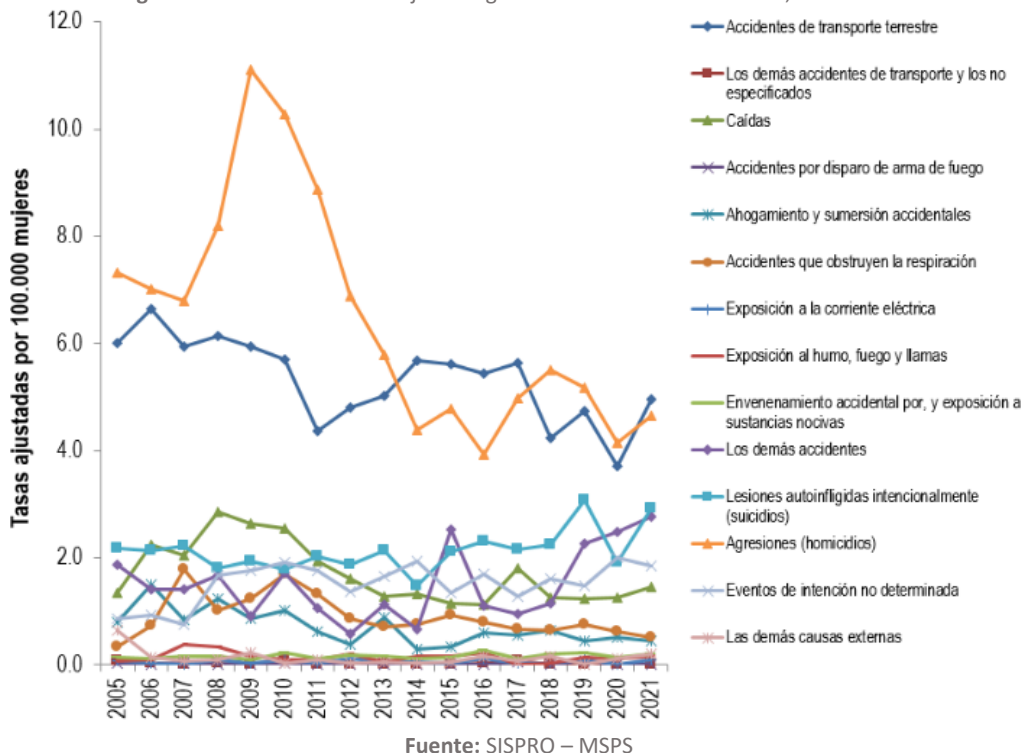


Figura 239. Mortalidad en mujeres según causas externas. Colombia, 2005 – 2021

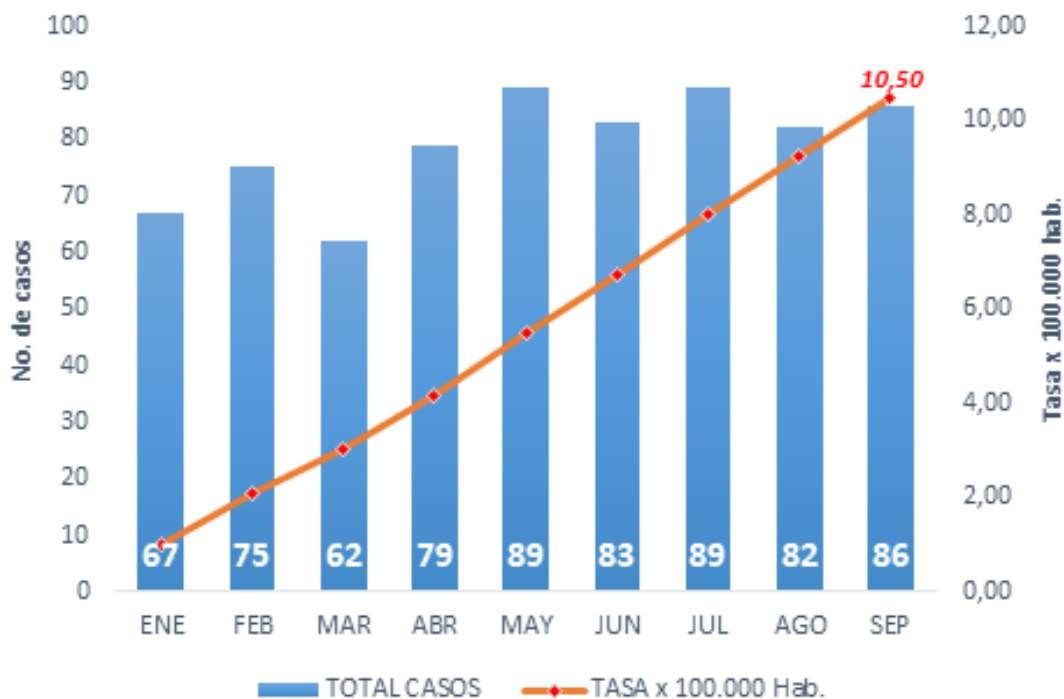


### 3.2.2.5.1 Siniestros e incidentes viales en el Departamento de Antioquia.

El departamento de Antioquia cuenta con una red vial amplia, en la cual se presentan incidentes viales constantemente. La Gerencia de Seguridad Vial de Antioquia es la dependencia encargada del manejo del indicador de mortalidad en accidentes de transporte y lesiones personales no fatales en incidentes de tránsito, encontrándose adscrito a la Línea 3: Nuestro Planeta Componente 4. Infraestructura Para La Movilidad Sostenible del Plan de Desarrollo 2020-2023 “Unidos por la Vida” y Línea 4: Nuestra Vida Componente 4: Es El Momento De La Movilidad Saludable, Segura Y Sostenible En Antioquia.

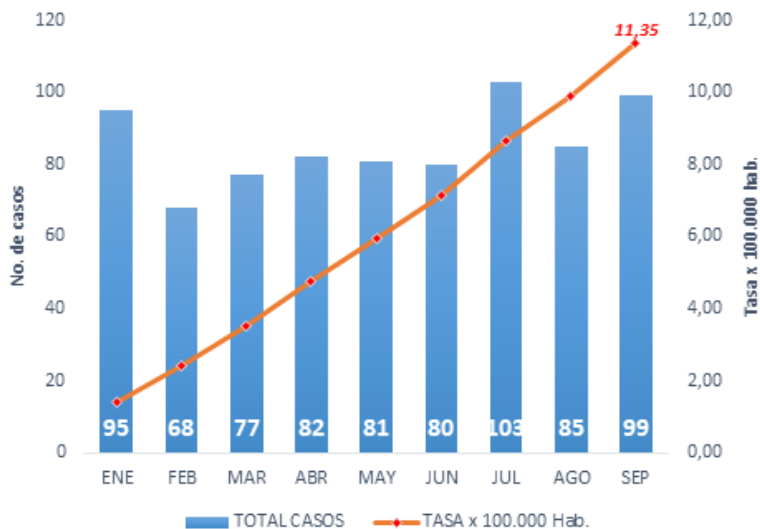
A continuación, se evidenciarán las cifras que lleva registrado el Departamento de Antioquia a través del Observatorio Nacional de Seguridad Vial, en cuanto a fatalidades por incidentes viales en 2021 y 2022; y las actividades que se tienen programadas para realizar con la finalidad de promover en la población a través de los Alcaldes, Secretarios de Gobierno e Inspectores de Policía y/o Tránsito, medidas que contrarresten y ayuden a disminuir estos datos tan alarmantes, debido a que todas las vidas cuentan.

Figura 240. Tasa Departamental por incidentes viales de enero a septiembre 2021.



Fuente: Observatorio Nacional de Seguridad Vial

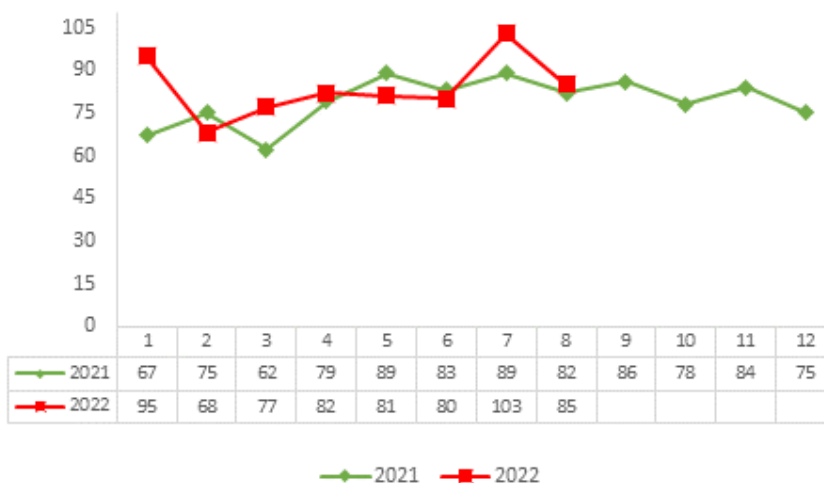
Figura 241. Mortalidad Vs. Tasa Departamental por incidentes viales de enero a septiembre 2022



Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

Se evidencia un incremento en los casos que se han presentado de incidentes viales del 2021 al 2022 con corte a septiembre. La tasa de incidentes viales a septiembre del 2022 se encuentra en 11,35 por 100.000 habitantes comparada con un 10,50 por 100.000 habitantes obtenida en septiembre del 2021, siendo la mayor causa las relacionadas con el factor humano. A continuación, se describen las principales causas de incidentes viales en Antioquia: Exceso de velocidad, falta de señalización, fallas mecánicas, animales sueltos, distracciones causadas por el uso de dispositivos mientras se conduce: teléfono celular, radios, pantallas, etc., ingesta excesiva de alcohol y sustancia psicoactivas entre otros.

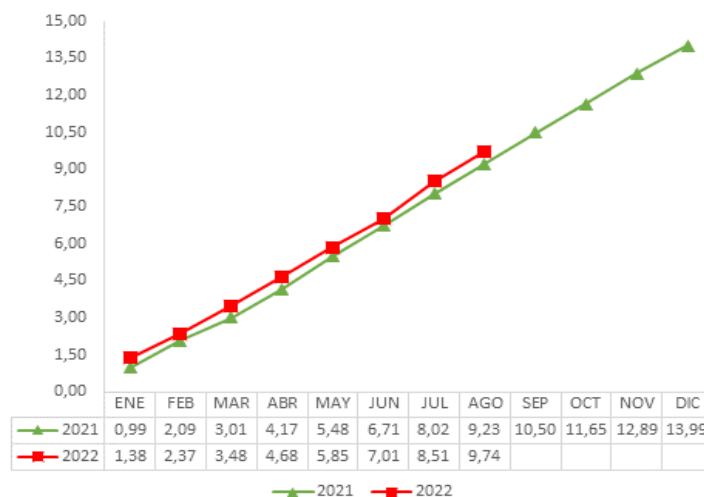
Figura 242. Comparativo muertes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022



Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

En cuanto al comparativo de muertes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022, se presenta un incremento en los fallecimientos, con un pico en el mes de julio del 2022 posiblemente relacionado con el período de vacaciones.

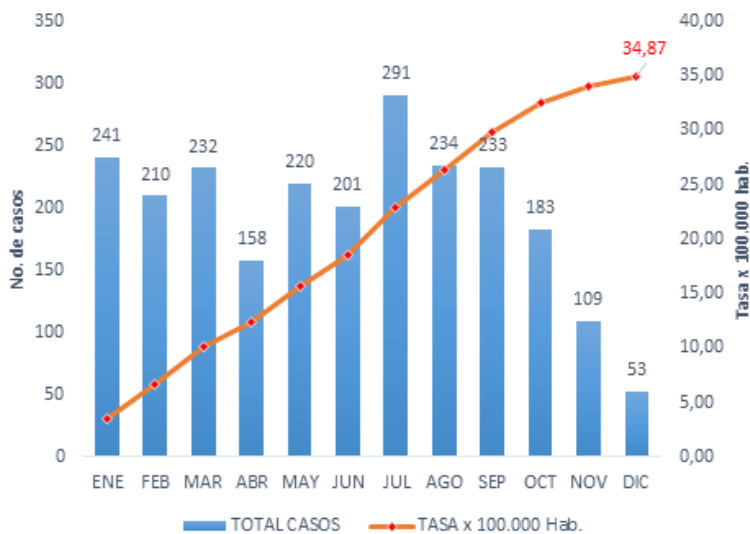
Figura 243. Comparativo muertes tasa x 100.000 habitantes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022.



Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

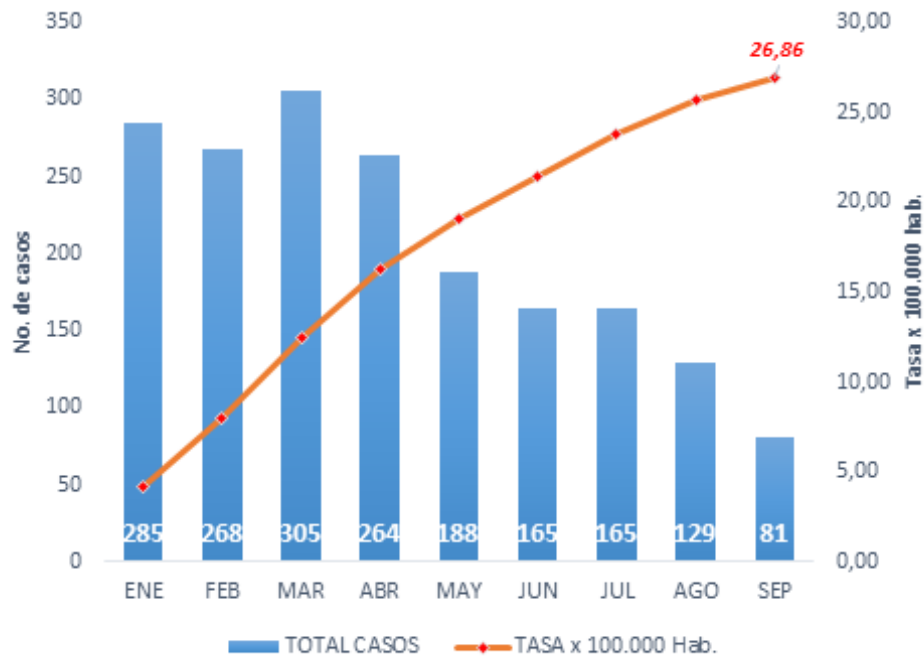
A continuación, se evidenciarán las cifras que lleva registrado el Departamento de Antioquia a través del Observatorio Nacional de Seguridad Vial, en cuanto a lesionados por incidentes viales en 2021 y 2022. El año 2021 finaliza con una tasa de 34,87 por 100.000 habitantes con un total de 2.365 casos de lesionados reportados y a septiembre del 2022 se tiene una tasa de 26,86 por 100.000 habitantes.

Figura 244. Lesionados vs. Tasa departamental por incidentes viales 2021



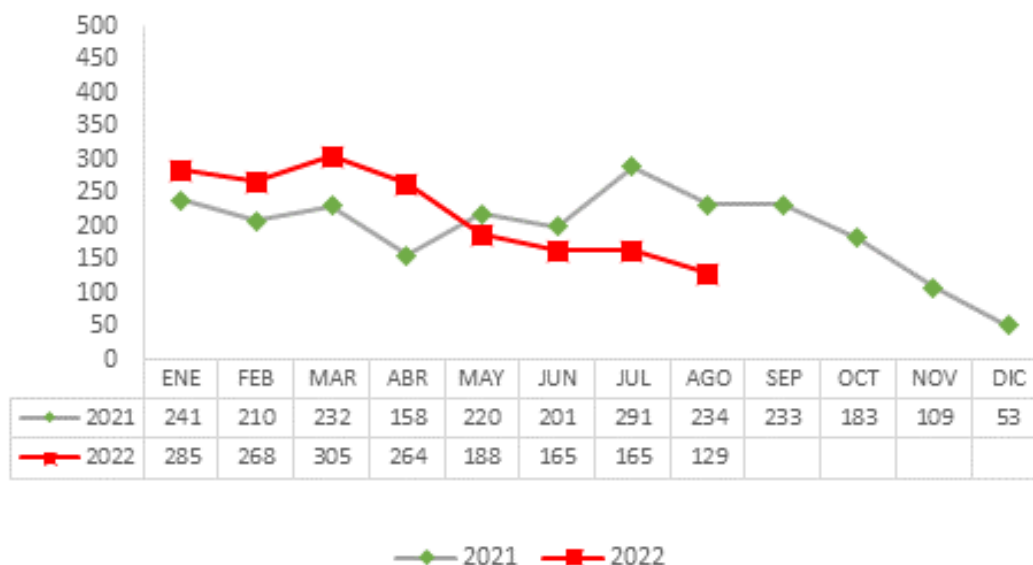
Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

Figura 245. Lesionados vs. Tasa departamental por incidentes viales enero-septiembre 2022.



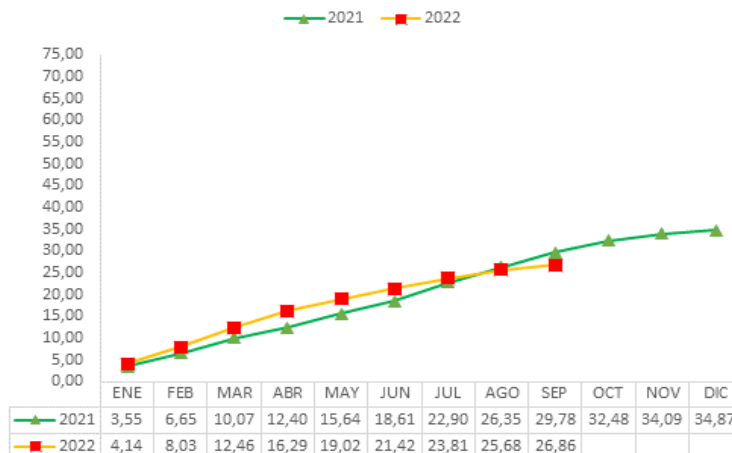
Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

Figura 246. Comparativo lesionados por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022.



Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

Figura 247. Comparativo lesionados tasa x 100.000 habitantes por incidentes viales de enero a septiembre 2021-2022



Fuente. Observatorio Nacional de Seguridad Vial

Las cifras de muertes por incidentes viales siguen aumentando exponencialmente, ya que para septiembre de 2021 y 2022 se presentaron 712 y 770 respectivamente, aumentando en un 10.5% los fallecimientos, indicando aún con todas las medidas que se han implementado, no se ha evidenciado cambio alguno reflejado en las cifras totales del Departamento. Sin embargo, los lesionados hasta el último reporte presenta una disminución de 170 individuos al corte del mes de septiembre, reduciéndose en el presente año en un 8.42% dichas cifras en comparación con el 2021.

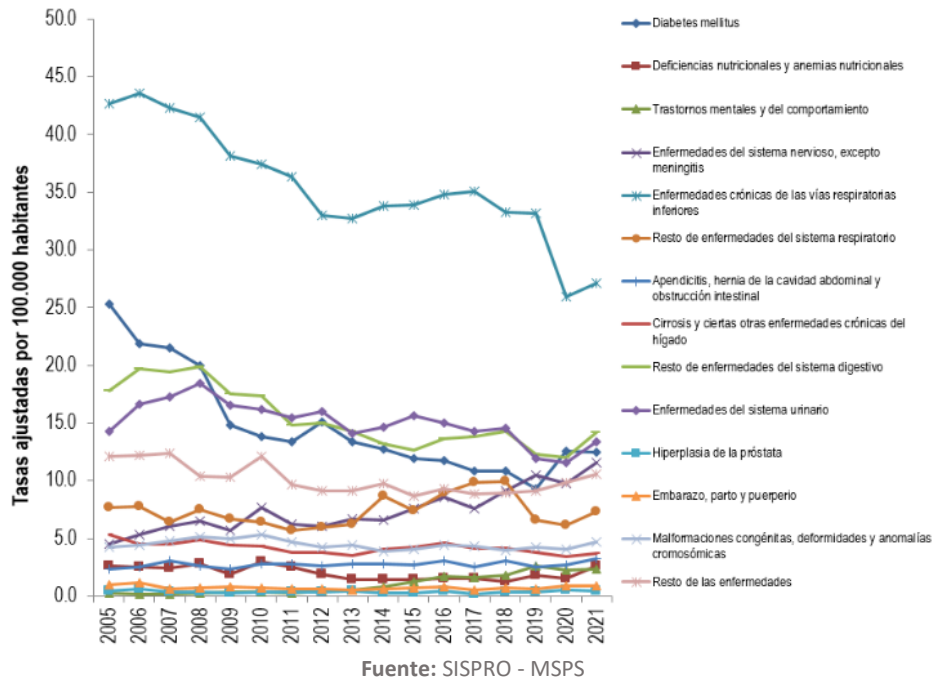
Por parte de la Gerencia de Seguridad Vial de Antioquia, se han realizado diferentes foros (Movilidad y transporte Oriente), capacitaciones (Moto-destrezas, capacitación a los agentes de tránsito) y campañas publicitarias con piezas gráficas orientadas a la prevención de incidentes viales, cambio de cascos de motos, señalización vial a los municipios del Departamento entre otras acciones, con el fin de mitigar y prevenir los siniestros viales, algunas de la mano de la Agencia Nacional de Seguridad Vial.

### 3.2.2.6 Demás causas de mortalidad

En el grupo de las demás causas, encontramos en las 3 primeras causas de mortalidad las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (EPOC o enfermedad pulmonar obstructiva crónica) con una tasa al 2021 del 27.1, resto de enfermedades del sistema digestivo tasa 14.2 y la diabetes tasa 12.5. En este subgrupo de causas de mortalidad, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (EPOC o enfermedad pulmonar obstructiva crónica) también predomina en ambos sexos, con una mayor afectación del sexo masculino, posiblemente explicada por un mayor consumo de tabaco en la población masculina en nuestro país, según datos de la Estudio Nacional de Consumo Sustancias Psicoactivas Colombia 2013, el 53.6% de los hombres a consumido cigarrillo en algún momento de su vida, versus el 31.2% de las mujeres.

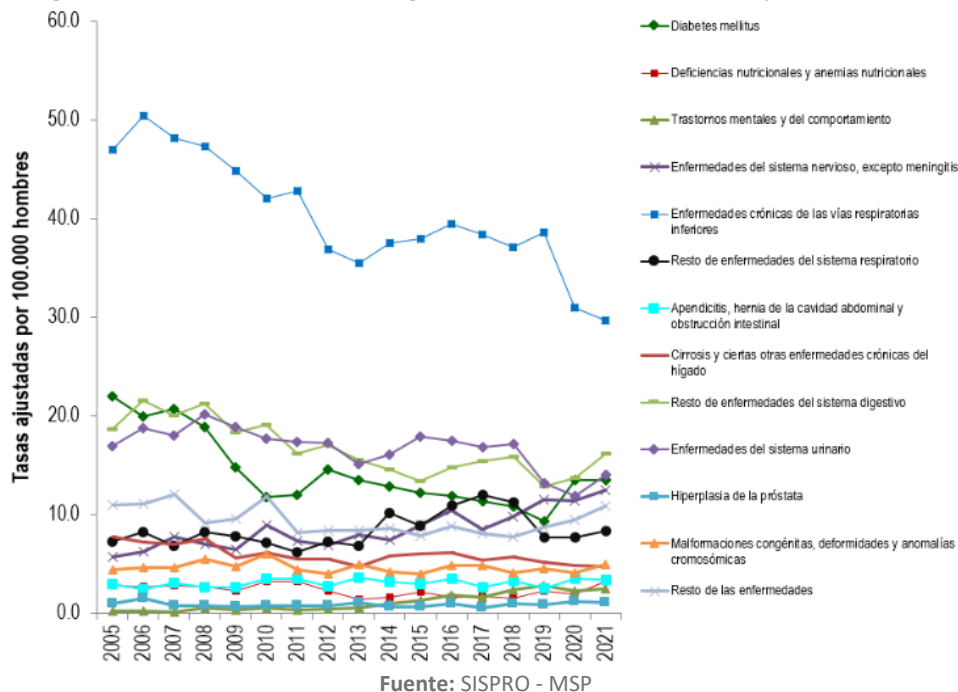


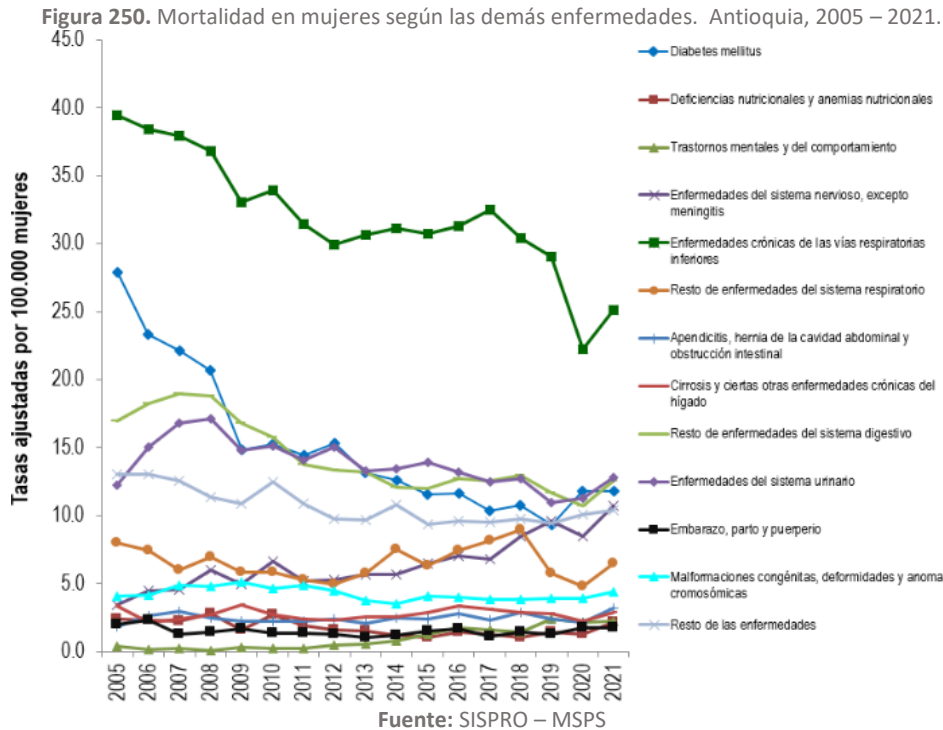
Figura 248 Mortalidad según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2021



La diabetes mellitus presenta una mayor mortalidad en la población masculina (hombres 13.5, mujeres 11.8), y con respecto al 2020 no se observan cambios en la mortalidad por esta causa.

Figura 249. Mortalidad en hombres según las demás enfermedades. Antioquia, 2005 – 2021.





La semaforización de la mortalidad por causas específicas de Colombia y Antioquia facilita la comparación, permitiendo evidenciar un aumento de la mortalidad en el 2021 al compararlo con el 2020 en accidentes de transporte terrestre, cánceres de mama, cérvix y próstata, suicidio y homicidios.

El aumento de mortalidad por diferentes tipos de cáncer es un fenómeno reportado a nivel mundial según datos de la OMS y se constituye en la segunda causa de muerte en el mundo después de las enfermedades cardiovasculares <sup>88</sup>, en este punto tenemos un gran reto, el de mejorar la prevención, detección precoz y manejo de los cánceres más frecuentes en nuestra población.

<sup>88</sup> Cáncer OMS [citado 29 de noviembre del 2023]. Recuperado a partir de: [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1)

Tabla 164. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte	Colombia	Antioquia	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	11,3	14,5	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,3	12,2	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,2	4,9	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	12,7	13,7	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	9,1	9,1	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	17,0	12,5	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinflingidas intencionalmente	5,8	6,8	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,1	2,3	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	27,7	30,2	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	32,3	32,2	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘		

Fuente: SISPRO – MSPS

### 3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

#### 3.2.3.1 Mortalidad infantil

Al evaluar la mortalidad por los 16 grandes grupos de causas por sexo en los menores de un año (mortalidad infantil), se observa que la mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal durante los 15 años analizados presenta una tendencia al descenso, pasando de una tasa de 7,28 en el año 2005 a 4,80 muertes por mil nacidos vivos durante 2021. Las malformaciones congénitas presentan una leve tendencia al aumento durante el período evaluado, con tasas de 2,3 en el año 2005 a 2,70 muertes por mil nacidos vivos en el año 2021. Las muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias presentan tendencia a la disminución pasando de 0,91 a 0,20 muertes por mil nacidos vivos en el año 2021.

En la mortalidad infantil para niñas y niños, se evidencian diferencias en cuanto al peso que aportan las principales causas de muerte; en los niños se presenta un mayor riesgo de morir debido a las afecciones originadas en el período perinatal con una tasa de 5,38 muertes por mil niños nacidos vivos, en comparación a 4,18 muertes por mil niñas nacidas vivas para el año 2021. En ambos grupos la tendencia es a la reducción de muertes por esta causa.

La mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, evidencian diferencias por sexo, presentando una tendencia al aumento en el período evaluado. En los niños, la tasa para el año 2005 fue de 2,20 y para el año 2021 fue de 2,62 muertes por mil nacidos vivos. Mientras que en las niñas la tasa para el año 2005 fue de 2,20 y para el año 2021 de 2,62 muertes por mil nacidos vivos.

Las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio no presentan diferencias entre los sexos y además muestran tendencia a la disminución durante el periodo evaluado.

La mortalidad neonatal aporta alrededor del 60% de la mortalidad infantil, razón por la cual el departamento de Antioquia viene desarrollando desde el año 2012 acciones de vigilancia epidemiológica intensificada de ésta, lo que ha permitido evidenciar una reducción de las muertes en este grupo, de edad.

Tabla 165. Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas. Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,91	0,72	0,69	0,67	0,50	0,31	0,38	0,48	0,45	0,30	0,28	0,16	0,08	0,19	0,33	0,11	0,20
Tumores (neoplasias)	0,03	0,04	0,08	0,02	0,07	0,06	0,04	0,06	0,05	0,07	0,07	0,08	0,04	0,05	0,04	0,01	0,09
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,10	0,07	0,09	0,04	0,07	0,03	0,01	0,06	0,05	0,03	0,00	0,04	0,03	0,03	0,05	0,04	0,06
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,39	0,36	0,26	0,37	0,21	0,18	0,20	0,12	0,17	0,24	0,13	0,20	0,13	0,16	0,19	0,13	0,14
Enfermedades del sistema nervioso	0,32	0,32	0,47	0,23	0,27	0,22	0,20	0,18	0,20	0,10	0,25	0,23	0,26	0,16	0,21	0,15	0,13
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
Enfermedades del sistema circulatorio	0,21	0,16	0,31	0,15	0,31	0,14	0,18	0,19	0,17	0,12	0,16	0,15	0,23	0,12	0,12	0,06	0,09
Enfermedades del sistema respiratorio	1,63	1,27	1,19	1,08	0,97	0,75	0,72	0,76	0,62	0,62	0,57	0,55	0,42	0,43	0,47	0,29	0,56
Enfermedades del sistema digestivo	0,11	0,19	0,21	0,10	0,17	0,20	0,09	0,06	0,15	0,17	0,13	0,07	0,12	0,07	0,07	0,11	0,07
Enfermedades del sistema genitourinario	0,06	0,09	0,06	0,16	0,03	0,06	0,03	0,06	0,00	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,01	0,03	0,03
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7,26	6,77	6,37	6,94	5,48	5,20	5,44	4,98	4,90	5,31	4,27	4,25	4,55	4,34	4,64	4,05	4,80
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,30	2,50	2,71	2,72	2,65	2,99	2,72	2,41	2,73	2,28	2,45	2,72	2,77	2,51	2,18	2,36	2,70
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,14	0,23	0,23	0,30	0,22	0,28	0,20	0,17	0,21	0,10	0,14	0,08	0,14	0,08	0,12	0,06	0,11
Todas las demás enfermedades	0,00	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,03	0,00	0,03	0,04	0,00	0,03	0,00	0,03	0,00	0,01	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,20	0,41	0,59	0,45	0,45	0,54	0,47	0,30	0,21	0,18	0,22	0,20	0,18	0,15	0,04	0,11	0,07

Fuente: SISPRO - MSPS

Tabla 166. Tasas específicas de mortalidad infantil en hombres, según causas. Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,82	0,77	0,68	0,68	0,57	0,27	0,38	0,43	0,60	0,31	0,31	0,13	0,08	0,10	0,32	0,16	0,19
Tumores (neoplasias)	0,02	0,04	0,06	0,00	0,07	0,05	0,00	0,05	0,05	0,10	0,08	0,03	0,03	0,08	0,05	0,00	0,03
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,14	0,08	0,08	0,04	0,09	0,05	0,00	0,10	0,08	0,05	0,00	0,05	0,03	0,03	0,08	0,03	0,08
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,39	0,37	0,17	0,42	0,16	0,15	0,18	0,20	0,21	0,18	0,15	0,18	0,15	0,10	0,19	0,19	0,17
Enfermedades del sistema nervioso	0,37	0,27	0,46	0,19	0,32	0,30	0,18	0,18	0,18	0,18	0,15	0,23	0,41	0,16	0,24	0,19	0,14
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
Enfermedades del sistema circulatorio	0,23	0,19	0,44	0,21	0,27	0,15	0,20	0,20	0,23	0,13	0,18	0,23	0,18	0,08	0,16	0,05	0,08
Enfermedades del sistema respiratorio	1,58	1,29	1,35	1,17	1,00	0,77	0,84	0,83	0,83	0,66	0,56	0,73	0,31	0,34	0,74	0,27	0,55
Enfermedades del sistema digestivo	0,12	0,19	0,19	0,13	0,20	0,35	0,10	0,08	0,18	0,20	0,15	0,03	0,10	0,05	0,13	0,14	0,08
Enfermedades del sistema genitourinario	0,06	0,15	0,08	0,19	0,05	0,07	0,05	0,08	0,05	0,08	0,05	0,08	0,05	0,08	0,08	0,03	0,06
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,28	7,6	7,50	7,51	5,46	5,98	6,06	5,64	5,65	5,94	4,81	4,75	4,66	4,63	5,33	4,72	5,38
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,40	2,61	2,64	2,93	2,54	3,30	2,62	2,32	3,10	2,40	2,43	2,91	3,16	2,48	2,28	2,58	2,79
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,18	0,21	0,21	0,25	0,23	0,40	0,13	0,20	0,26	0,10	0,18	0,05	0,25	0,13	0,16	0,11	0,11
Todas las demás enfermedades	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,02	0,05	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,21	0,54	0,51	0,51	0,43	0,60	0,56	0,25	0,18	0,26	0,23	0,18	0,23	0,21	0,03	0,16	0,11

Fuente: SISPRO - MSPS

Tabla 167. Tasas específicas de mortalidad infantil en mujeres, según causas. Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,00	0,67	0,71	0,66	0,43	0,34	0,38	0,53	0,30	0,30	0,24	0,19	0,08	0,28	0,34	0,06	0,21
Tumores (neoplasias)	0,04	0,04	0,09	0,05	0,07	0,08	0,08	0,08	0,06	0,03	0,05	0,14	0,05	0,03	0,03	0,03	0,15
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,04	0,07	0,09	0,05	0,05	0,00	0,03	0,03	0,03	0,00	0,00	0,03	0,03	0,03	0,03	0,06	0,03
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,39	0,35	0,35	0,32	0,26	0,21	0,22	0,03	0,14	0,30	0,11	0,22	0,11	0,22	0,20	0,06	0,12
Enfermedades del sistema nervioso	0,26	0,37	0,47	0,27	0,22	0,13	0,22	0,19	0,22	0,03	0,35	0,22	0,11	0,17	0,17	0,11	0,12
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea	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	0,20	0,13	0,18	0,09	0,36	0,13	0,16	0,19	0,11	0,11	0,14	0,05	0,29	0,17	0,08	0,06	0,09
Enfermedades del sistema respiratorio	1,68	1,26	1,02	0,98	0,93	0,74	0,59	0,70	0,38	0,56	0,57	0,36	0,53	0,52	0,17	0,32	0,56
Enfermedades del sistema digestivo	0,09	0,20	0,22	0,07	0,14	0,05	0,08	0,05	0,11	0,13	0,11	0,11	0,13	0,08	0,00	0,09	0,06
Enfermedades del sistema genitourinario	0,07	0,02	0,04	0,14	0,02	0,05	0,00	0,05	0,00	0,05	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,21	5,88	5,18	6,32	5,50	4,38	4,79	4,28	4,10	4,76	3,66	3,72	4,42	3,99	3,91	3,36	4,18
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,20	2,37	2,79	2,49	2,78	2,66	2,83	2,51	2,34	2,15	2,47	2,52	2,37	2,50	2,07	2,12	2,62
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,09	0,26	0,24	0,34	0,22	0,16	0,27	0,13	0,16	0,11	0,11	0,11	0,03	0,03	0,08	0,00	0,12
Todas las demás enfermedades	0,00	0,02	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,05	0,00	0,05	0,00	0,00	0,03	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,20	0,28	0,69	0,39	0,48	0,47	0,38	0,35	0,25	0,11	0,19	0,19	0,13	0,11	0,06	0,06	0,03

Fuente: SISPRO – MSPS

### 3.2.3.2 Mortalidad en menores de 1 a 4 años.

Las principales causas de mortalidad en los menores de 1 a 4 años están dadas por causas externas de morbilidad y mortalidad, con tendencia a la disminución en el periodo evaluado, con tasas que van desde 22,7 en el 2005 a 3,75 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años, en el año 2021, seguido de las enfermedades del sistema respiratorio, con tasas que oscilan entre 12,93 y 2,43 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años en el año 2021, situación que puede estar influenciada por el impacto de las estrategias del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que ha incluido nuevos esquemas y vacunas de protección del niño de 1 a 4 años, alcanzando coberturas que favorecen la reducción de la mortalidad en este grupo.

En el último año estudiado en este grupo de edad, se observa una tendencia estable en el riesgo de morir por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, pasando de una tasa de 4,55 en 2005 a 4,31 muertes por cien mil niños de 1 a 4 años para el 2021. por sexo, los niños presentan mayor riesgo de morir por las causas externas de morbilidad y mortalidad que las niñas en el período evaluado.

Tabla 168. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,22	7,94	8,46	6,78	5,57	4,11	3,62	3,60	3,11	2,85	2,36	2,81	2,56	2,55	2,46	1,08	1,35
Tumores (neoplasias)	3,83	5,54	3,63	5,57	3,88	4,60	4,59	3,60	4,78	4,51	3,54	2,11	4,19	2,78	4,09	4,05	2,16
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,24	0,72	0,97	1,70	0,24	0,24	1,21	0,48	0,72	1,43	0,24	1,17	0,93	0,93	1,09	0,81	0,81
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,79	2,89	3,14	3,88	2,67	4,11	2,41	1,92	1,91	3,33	2,36	1,64	1,16	1,62	2,18	1,35	3,51
Enfermedades del sistema nervioso	4,31	4,09	5,56	6,30	4,85	7,26	4,59	2,64	5,26	3,80	4,96	6,96	2,79	2,32	2,73	2,43	4,04
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24	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	3,35	2,89	2,66	1,94	2,67	2,18	0,97	1,68	2,63	0,95	1,42	1,17	1,63	1,62	0,82	0,27	1,62
Enfermedades del sistema respiratorio	12,93	14,68	11,12	10,18	8,97	8,47	4,83	5,53	2,39	3,80	4,48	3,75	4,66	2,78	6,00	2,43	2,43
Enfermedades del sistema digestivo	2,39	3,13	2,90	1,70	1,21	1,45	1,45	0,96	0,96	2,38	1,42	0,94	0,47	0,23	1,36	1,08	1,35
Enfermedades del sistema genitourinario	1,68	0,72	1,21	0,48	0,48	0,24	0,97	0,48	0,48	1,66	0,47	1,17	0,23	0,00	0,00	0,00	0,27
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24	0,24	0,48	0,95	0,47	0,70	0,47	0,70	0,55	0,81	0,81
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,55	2,89	3,38	5,33	5,82	7,26	4,34	5,77	4,54	3,56	4,48	6,96	2,10	4,41	4,09	3,24	4,31
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,63	2,65	1,45	3,39	3,15	2,90	0,72	1,20	0,95	0,95	1,18	1,54	0,93	1,16	1,64	0,27	1,08
Todas las demás enfermedades	0,24	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00	0,24	0,24	0,24	0,48	0,24	0,47	0,00	0,23	0,00	0,27	0,54
Causas externas de morbilidad y mortalidad	22,74	22,15	21,75	21,56	16,00	19,12	14,48	12,02	11,71	13,06	9,91	9,37	11,18	7,42	9,28	7,86	3,75

Fuente: SISPRO – MSPS

**Tabla 169.** Tasas específicas de mortalidad en hombres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5,62	9,42	7,56	9,47	6,15	3,78	3,30	2,82	3,27	3,25	2,31	3,20	3,64	2,72	3,20	1,05	2,11
Tumores (neoplasias)	3,28	6,12	3,31	6,63	4,73	3,31	5,19	4,23	5,14	5,11	2,77	2,75	5,46	4,08	5,87	3,69	3,69
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,47	0,95	2,84	0,00	0,00	0,94	0,47	1,40	1,86	0,46	0,92	0,91	1,81	2,14	1,58	0,53
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,22	2,83	3,78	3,31	3,31	4,25	2,36	2,35	2,80	2,78	1,84	0,46	0,46	1,81	2,67	1,05	5,27
Enfermedades del sistema nervioso	4,22	4,71	6,14	6,63	4,73	6,15	1,89	3,29	4,20	4,64	6,92	7,32	3,19	1,36	2,14	3,16	4,22
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	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	3,75	1,88	2,84	1,42	1,89	2,84	1,41	1,88	3,74	0,93	0,00	1,37	1,37	2,72	0,53	0,00	0,53
Enfermedades del sistema respiratorio	9,37	3,19	8,51	11,36	8,52	6,62	5,19	5,16	3,27	3,71	3,23	3,66	5,46	3,63	5,87	1,58	2,11
Enfermedades del sistema digestivo	2,81	2,83	2,84	1,42	0,47	0,47	1,89	1,88	0,47	2,32	1,84	0,92	0,00	0,45	2,14	2,11	1,05
Enfermedades del sistema genitourinario	2,34	0,94	0,95	0,95	0,00	0,00	1,41	0,94	0,93	1,39	0,46	1,37	0,46	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	1,39	0,46	1,37	0,46	0,00	0,53	0,53	0,53
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,69	3,77	2,84	5,21	5,21	4,71	4,70	5,60	6,03	3,69	8,24	2,28	5,44	5,87	1,58	4,22	4,22
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,34	1,88	2,36	2,84	4,26	3,78	1,41	1,88	0,93	1,39	1,38	0,92	0,00	0,45	2,14	0,53	0,53
Todas las demás enfermedades	0,47	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00	0,46	0,00	0,45	0,00	0,53	0,53
Causas externas de morbilidad y mortalidad	29,06	24,02	27,41	19,88	17,99	18,91	16,50	15,03	11,67	16,24	8,30	10,07	12,29	7,70	9,61	6,33	16,44

Fuente: SISPRO – MSPS

**Tabla 170.** Tasas específicas de mortalidad en mujeres de 1 a 4 años, según causas. Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,85	6,40	9,40	3,97	4,97	4,46	3,96	4,43	2,94	2,43	2,42	2,40	1,43	2,37	1,67	1,10	0,55
Tumores (neoplasias)	4,40	4,92	3,96	4,47	2,98	5,95	3,96	2,95	4,41	3,89	4,35	1,44	2,86	1,42	2,23	4,42	0,55
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,49	0,98	0,99	0,50	0,50	1,48	0,49	0,00	0,97	0,00	1,44	0,95	0,00	0,00	0,00	1,10	1,10
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,38	2,95	2,47	4,47	1,99	3,97	2,47	1,48	0,98	3,89	2,90	2,88	1,91	1,42	1,67	1,66	1,66
Enfermedades del sistema nervioso	4,40	3,45	4,95	5,95	4,97	8,43	7,42	1,97	6,36	2,92	2,90	5,76	2,38	3,32	3,35	1,66	3,87
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
Enfermedades del sistema circulatorio	2,94	3,94	2,47	2,48	3,48	1,49	0,49	1,48	1,47	0,97	2,90	0,96	1,91	0,47	1,12	0,55	2,76
Enfermedades del sistema respiratorio	16,64	16,25	3,85	8,93	9,44	10,42	4,45	5,91	1,47	3,89	5,80	3,84	3,82	1,90	6,14	3,31	2,76
Enfermedades del sistema digestivo	1,96	3,45	2,97	1,98	1,99	2,48	0,99	0,00	1,47	2,43	0,97	0,96	0,95	0,00	0,56	0,00	1,66
Enfermedades del sistema genitourinario	0,98	0,49	1,48	0,00	0,99	0,50	0,49	0,00	0,00	1,95	0,48	0,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49	0,49	0,49	0,49	0,48	0,00	0,48	1,42	0,56	1,10	1,10
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,40	1,97	3,96	5,46	6,46	5,95	3,96	6,89	3,43	0,97	5,32	4,80	1,91	3,32	2,23	4,97	4,42
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,94	3,45	0,49	3,97	1,99	1,98	0,00	0,49	0,98	0,49	0,97	2,40	1,91	1,90	1,12	0,00	1,66
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49	0,49	0,00	0,97	0,48	0,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55
Causas externas de morbilidad y mortalidad	16,15	20,19	15,83	23,32	13,91	19,35	12,36	8,86	11,75	9,73	11,61	8,64	10,02	7,12	8,93	8,84	8,84

Fuente: SISPRO - MSP

### 3.2.3.3 Mortalidad en la niñez

La mortalidad en la niñez (menores de 5 años), evidencia como primera causa de muerte ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con tendencia a la reducción, registrando tasas entre 132,36 en el 2005 a 73,56 muertes por 100.000 en el año 2021. El segundo grupo de causas corresponde a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con tasas que oscilan entre 45,53 en las 2005 y 44,57 muertes por 100.000 menores de cinco años en el 2021 con tendencia estable.

La tercera causa son las enfermedades respiratorias, con tendencia importante a la disminución pasando de 39,96 en el año 2005 a 10,39 muertes por 100.000 menores de cinco años en el año 2021. Las causas externas, si bien, presentan una reducción en la mortalidad, persisten como una causa de muerte en este grupo poblacional, situación que amerita una intervención desde diferentes sectores, para prevenir muertes relacionadas con diferentes tipos de accidentes, las tasas oscilan entre 21,90 a 12,12 muertes por 100.000 menores de cinco años en el año 2021.

Tabla 171. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas. Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	21,52	19,49	19,17	17,27	12,80	7,93	8,48	9,97	8,96	6,63	5,83	4,49	3,16	4,63	7,21	2,60	4,11
Tumores (neoplasias)	3,65	5,21	4,26	4,85	4,27	4,64	4,24	3,84	4,57	4,55	3,76	2,80	3,90	2,96	3,93	3,46	3,03
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,92	1,93	2,32	2,13	3,66	0,58	1,16	1,34	1,33	1,52	0,19	1,50	1,12	1,11	1,75	1,30	1,51
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	10,95	8,88	7,16	9,70	5,62	6,00	4,82	3,26	4,00	6,06	3,76	4,11	2,79	3,52	4,80	3,03	4,98
Enfermedades del sistema nervioso	9,22	9,07	12,78	9,12	8,34	9,09	6,55	4,79	7,05	4,55	7,53	8,41	5,95	4,07	5,46	4,33	5,19
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
Enfermedades del sistema circulatorio	6,53	5,21	7,74	4,27	7,37	3,87	3,47	4,22	4,57	2,46	3,39	2,99	4,65	2,96	2,62	1,08	2,60
Enfermedades del sistema respiratorio	39,96	34,94	30,20	27,16	23,27	18,19	14,46	15,72	10,67	11,93	11,67	10,65	9,66	8,15	12,23	6,49	10,39
Enfermedades del sistema digestivo	3,84	5,98	6,00	3,10	3,88	4,26	2,51	1,73	2,86	4,36	3,01	1,68	2,04	1,11	2,18	2,60	2,16
Enfermedades del sistema genitourinario	2,50	2,12	2,13	3,30	0,97	1,16	1,16	1,34	0,38	2,08	1,13	1,50	0,74	0,56	0,22	0,43	0,65
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	132,36	122,95	114,04	122,41	91,35	88,75	80,37	73,83	70,15	77,66	61,35	60,18	65,42	60,85	74,46	63,58	73,56
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	45,53	47,67	51,31	52,18	48,88	51,08	43,56	40,27	42,51	35,80	38,58	43,36	41,26	38,14	38,00	39,15	44,57
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4,61	6,37	5,23	7,95	6,21	6,58	3,47	3,45	3,81	2,27	3,01	2,43	2,79	2,04	3,28	1,08	2,60
Todas las demás enfermedades	0,19	0,39	0,19	0,39	0,00	0,19	0,58	0,19	0,19	0,76	0,75	0,37	0,37	0,19	0,00	0,43	0,43
Causas externas de morbilidad y mortalidad	21,90	25,28	28,07	25,22	20,36	23,41	18,50	14,00	12,39	13,07	11,10	10,28	11,52	8,15	8,08	7,79	12,12

Fuente: SISPRO – MSPS

Tabla 172. Tasas específicas de mortalidad en niños, según causas. Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	19,54	21,51	18,16	19,71	14,40	7,18	8,29	8,62	11,18	7,03	6,25	4,38	3,99	3,62	7,69	3,38	4,65
Tumores (neoplasias)	3,01	5,66	3,78	5,31	4,93	3,40	4,15	4,12	4,84	5,55	3,31	2,56	4,72	4,34	5,55	2,96	3,38
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,63	1,89	2,27	3,03	1,52	0,76	0,75	1,87	2,24	2,22	0,37	1,46	1,09	1,81	2,99	1,69	1,69
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	10,52	9,06	6,05	10,23	5,30	5,67	4,52	4,87	5,22	4,81	3,68	2,92	2,54	2,89	5,12	3,80	6,76
Enfermedades del sistema nervioso	10,15	8,68	13,24	8,72	9,09	9,45	4,15	5,25	5,96	6,29	7,72	9,13	8,35	3,26	5,55	5,50	5,50
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38	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	7,14	4,91	10,21	4,93	6,06	4,54	4,15	4,50	6,34	2,59	2,57	4,38	3,63	3,26	2,99	0,85	1,69
Enfermedades del sistema respiratorio	36,46	33,96	31,02	29,94	23,49	17,02	16,58	16,50	14,53	12,59	10,66	13,14	14,71	7,60	16,66	5,50	10,15
Enfermedades del sistema digestivo	4,51	5,66	5,67	3,41	3,79	5,67	3,01	2,62	2,98	4,81	3,68	1,10	1,45	1,09	3,84	3,80	2,11
Enfermedades del sistema genitourinario	3,01	3,40	2,27	4,17	0,76	1,13	1,88	1,87	0,75	1,85	1,47	1,83	1,45	1,09	0,43	0,42	0,85
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	151,85	138,48	134,30	134,15	91,32	91,13	89,69	88,99	81,24	85,88	69,48	67,91	66,81	64,75	66,27	73,98	82,86
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	47,73	50,55	49,56	56,46	46,61	57,10	42,58	38,25	48,82	39,61	37,87	47,47	46,84	38,71	41,42	41,43	46,08
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,26	5,28	5,67	6,82	7,20	9,08	3,01	4,50	4,47	2,59	3,68	1,46	3,63	2,17	4,27	2,11	2,11
Todas las demás enfermedades	0,38	0,38	0,00	0,38	0,00	0,38	0,75	0,00	0,37	0,00	0,37	0,00	0,37	0,00	0,36	0,00	0,42
Causas externas de morbilidad y mortalidad	27,06	29,06	31,02	25,01	21,60	24,20	21,48	15,75	11,93	16,66	9,93	10,59	13,07	9,04	8,11	7,61	16,49

Fuente: SISPRO – MSPS

Tabla 173. Tasas específicas de mortalidad en niñas, según causas. Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	23,57	17,38	20,23	14,71	11,13	8,72	8,68	11,38	6,63	6,21	5,40	4,59	2,28	5,69	6,70	1,77	3,55
Tumores (neoplasias)	4,32	4,74	4,76	4,37	3,58	5,94	4,34	3,53	4,29	3,49	4,24	3,06	3,05	1,52	2,23	3,99	2,66
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,18	1,98	2,38	1,19	1,19	0,40	1,58	0,79	0,39	0,78	0,00	1,53	1,14	0,38	0,45	0,89	1,33
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,39	8,69	8,33	9,14	5,96	6,34	5,13	1,57	2,73	7,37	3,86	5,36	3,05	4,17	4,47	2,21	3,10
Enfermedades del sistema nervioso	8,25	9,48	12,29	9,54	7,55	8,72	9,07	4,32	8,19	2,72	7,33	7,66	3,43	4,93	5,36	3,10	4,87
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
Enfermedades del sistema circulatorio	5,89	5,53	5,16	3,58	8,74	3,17	2,76	3,92	2,73	2,33	4,24	1,53	5,71	2,66	2,23	1,33	3,55
Enfermedades del sistema respiratorio	43,61	35,95	29,35	24,25	23,04	19,42	12,23	14,91	6,63	11,25	12,72	8,04	10,66	8,72	7,60	7,53	10,64
Enfermedades del sistema digestivo	3,14	6,32	6,35	2,78	3,97	2,77	1,97	0,79	2,73	3,88	2,31	2,30	2,66	1,14	0,45	1,33	2,22
Enfermedades del sistema genitourinario	1,96	0,79	1,98	2,38	1,19	1,19	0,39	0,79	0,00	2,33	0,77	1,15	0,00	0,00	0,00	0,44	0,44
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	111,58	108,68	92,80	110,10	91,38	65,78	70,63	63,19	58,53	69,04	52,44	52,06	63,58	56,14	62,11	62,70	63,81
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	43,22	44,65	53,14	47,70	51,26	44,78	44,59	42,39	35,90	31,81	39,33	39,05	35,40	37,17	34,41	36,76	42,98
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,93	7,51	4,76	9,14	5,17	3,96	3,95	2,36	3,12	1,94	2,31	3,45	1,90	1,90	2,23	0,00	3,10
Todas las demás enfermedades	0,00	0,40	0,40	0,40	0,00	0,00	0,39	0,39	0,00	1,55	1,16	0,38	0,76	0,00	0,00	0,44	0,44
Causas externas de morbilidad y mortalidad	16,50	21,34	24,99	25,44	19,07	22,59	15,39	12,17	12,88	9,31	11,95	9,57	9,90	7,21	8,04	7,97	7,53

Fuente: SISPRO – MSPS

Con relación a la semaforización de la mortalidad materno infantil y niñez, a pesar de observarse en el último periodo tendencia en la razón de la mortalidad materna en Antioquia hacia el aumento, en el 2021 tuvo un comportamiento inferior al indicador nacional, diferencia estadísticamente significativa.

La mortalidad por desnutrición presenta para el Departamento cifras inferiores al país; para el año 2021, la tasa departamental fue de 2,9 muertes por cien mil menores de 5 años, mientras que para el país fue de 7.8. Antioquia presenta tendencia hacia el aumento con relación al 2020, que presentó una tasa de 0.9 defunciones por 100.000 niños menores de 5 años para el evento. El comportamiento en el período comprendido entre los años 2005 a 2021 ha tenido una tendencia marcada a la disminución, que puede obedecer a las estrategias implementadas, en diferentes ámbitos, entre estos se encuentra la seguridad alimentaria y nutricional, con acciones de complementación alimentaria, agricultura - autoconsumo y atención de la desnutrición aguda, las cuales han tenido impacto y se ve reflejado en este tipo de resultados.

La mortalidad en la niñez por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) presenta para el año 2021 una tendencia al aumento con respecto al año anterior, con valores de 3,8 muertes por cien mil menores de 5 años y 1,1 en el año 2020. El departamento de Antioquia presenta una tasa ligeramente inferior a la nación que reportó un valor para Colombia de 4,4 muertes por cien mil menores de 5 años para este evento.

Con relación a la mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, el departamento de Antioquia presenta una tasa de 9,1 en el año 2021, superior a la nación que fue de 8,4 muertes por cien menores en dicho rango de edad. Al comparar la tasa con el año 2020, que fue de 4,8, la actual, es superior al año inmediatamente anterior. Estos resultados se vieron afectados negativamente por la pandemia del COVID 19.

**Tabla 174.** Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte	Colombia	Antioquia	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Razón de mortalidad materna	83,2	61,2	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad neonatal	7,1	6,1	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Tasa de mortalidad infantil	10,9	9,5	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Tasa de mortalidad en la niñez	13,2	11,5	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,4	9,1	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,4	3,8	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	7,8	2,9	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗		

Fuente: SISPRO - MSPS

La mortalidad materna es un problema de salud pública, que resulta de una serie de factores determinantes que finalmente reflejan las inequidades en salud y sociodemográficas expresadas en muertes evitables. La maternidad saludable mundialmente se reconoce como una medida del nivel de desarrollo.



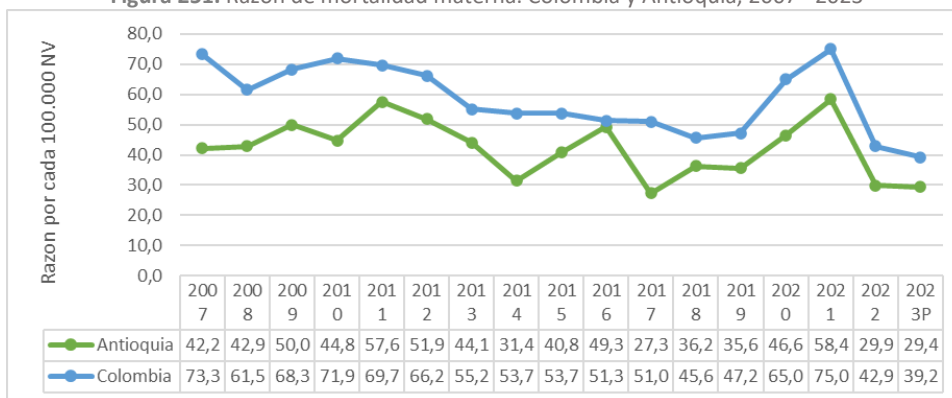
Siguiendo los estándares de la Organización Mundial de la Salud -OMS, la razón de muerte materna -RMM se calcula usando como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Antioquia y para el denominador se toman los nacidos vivos en el departamento con corte al periodo de tiempo por analizar publicados por DANE.

Con corte a la semana epidemiológica 46 (del 12 al 18 de noviembre 2023) Antioquia acumula 18 muertes maternas para una razón de 29.4 casos por 100.000 nacidos vivos. Con respecto a la razón reportada para el mismo periodo en el año 2022 se evidencia una disminución de 1.7%. La primera causa básica de muerte materna reportada en el departamento son los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, la embolia, la hemorragia obstétrica, seguido por otras alteraciones en la coagulación. Las muertes maternas se clasifican en causas directas (relación con la gestación): hemorragias obstétricas, sepsis de origen obstétrico, trastornos hipertensivos asociados al embarazo (THAE), procesos tromboticos; y en causas indirectas: cáncer, sepsis no obstétrica, hemorragias subaracnoideas, accidentes cerebrovasculares, procesos hepáticos, endocrinos, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, choque anafiláctico, entre otros.

En cuanto al comportamiento subregional de la RMM, se evidencia que el mayor aporte lo hacen Bajo Cauca (114 casos por 100.000 nacidos vivos), Norte (44.8 casos por 100.000 nacidos vivos) y Nordeste (43.7 casos por 100.000 nacidos vivos) con razones de mortalidad materna que superan la razón departamental (29.4 casos por 100.000 nacidos vivos). Valle de Aburrá presenta una RMM de 19.5 casos por 100.000 nacidos vivos, ubicándose por debajo de la departamental. Hasta la semana 46 no se han notificado casos de MM en las subregiones del Magdalena medio, occidente y suroeste.

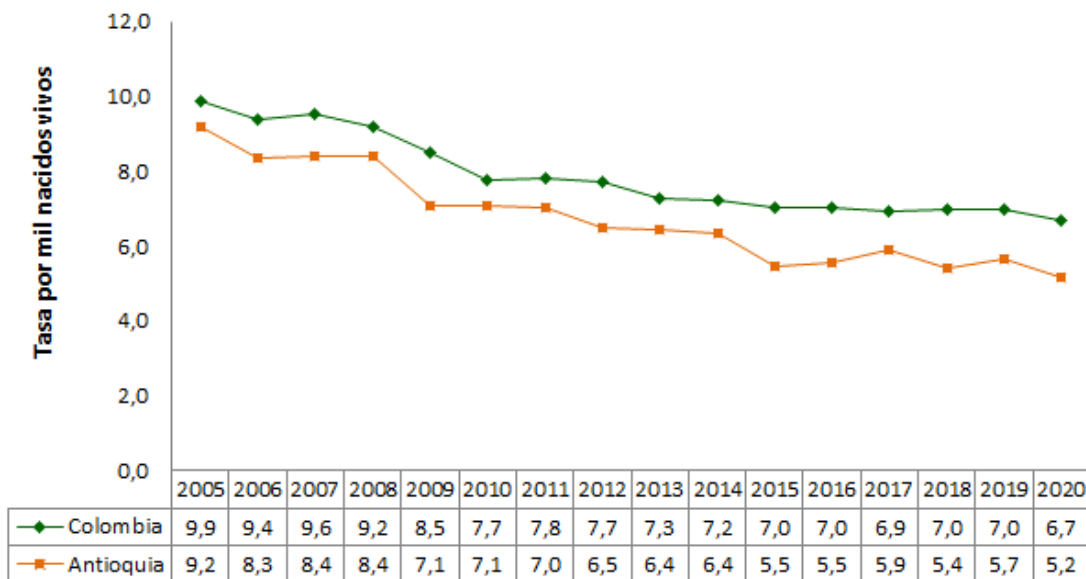
Es importante resaltar que en el año la razón de MM no se posicionó por encima de la razón de mortalidad materna nacional (38.2 casos por 100.000 nacidos vivos).

Figura 251. Razón de mortalidad materna. Colombia y Antioquia, 2007– 2023



En la gráfica se evidencia una disminución en los últimos dos años (2022 y 2023)

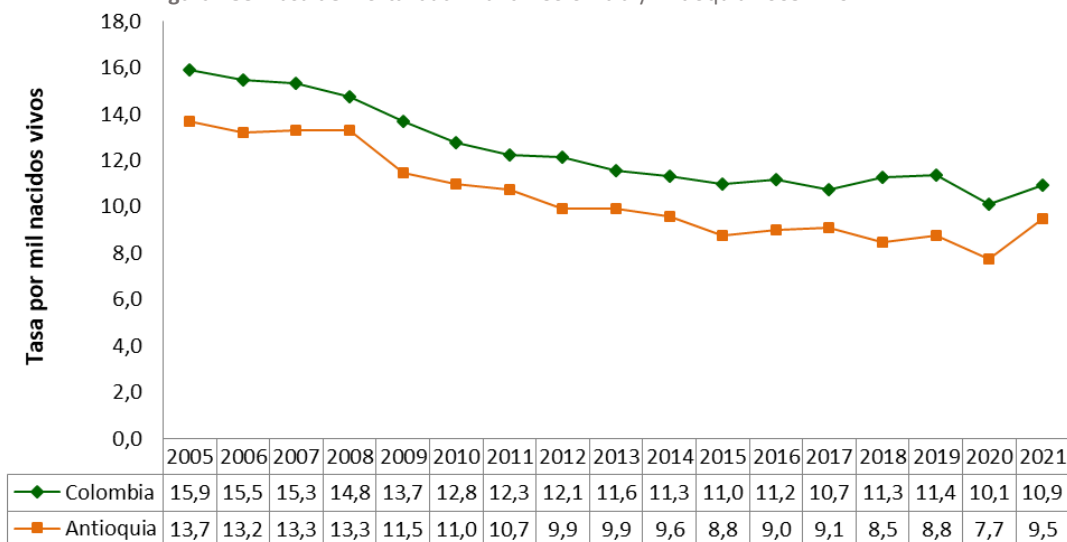
Figura 252. Tasa de mortalidad neonatal. Colombia y Antioquia 2005 – 2021



Fuente: SISPRO – MSPS

La mortalidad infantil presenta tendencia al aumento con relación al año anterior, con valores de 9,5 muertes por cien mil menores de 5 años en el año 2021 y de 7,7 en el año 2020. En la comparación con el resultado del país, Colombia presenta una tasa de 10,9 muertes por cien mil menores de 5 años, en el año 2021, superior a la tasa departamental.

Figura 253. Tasa de mortalidad infantil. Colombia y Antioquia 2005 – 2021



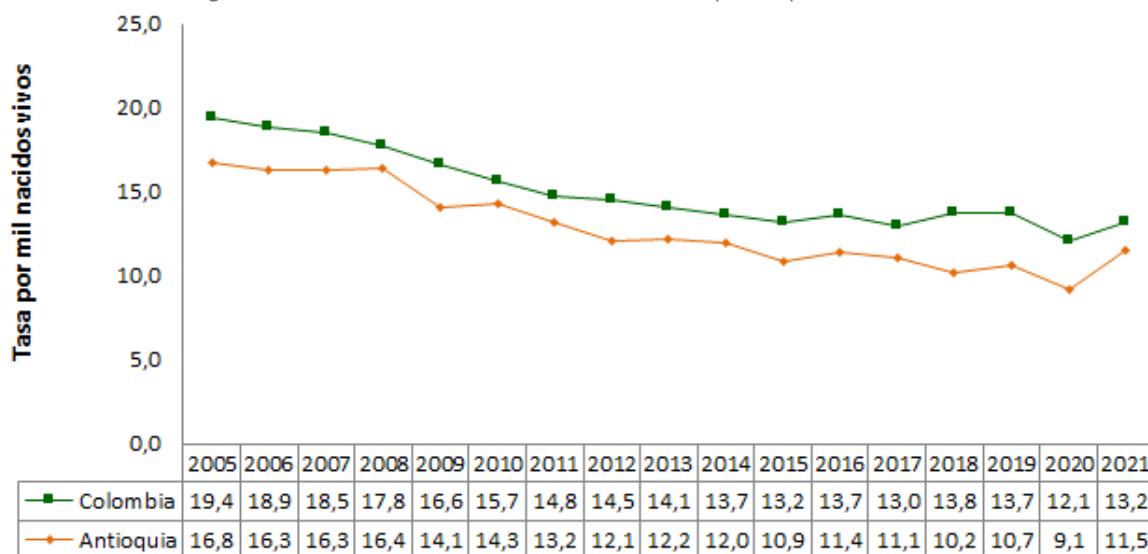
Fuente: SISPRO – MSPS

La tendencia de la mortalidad infantil entre los años 2005 y 2021 es hacia el descenso, tanto para el país como para el departamento de Antioquia. Se aprecia un cambio de tendencia entre el año 2020 y el año 2021, probablemente afectado por la pandemia del COVID 19.

La mortalidad en la niñez presenta a través de los años analizados, una tendencia a la reducción, comportamiento que está en concordancia con la información emitida por la Organización de Naciones Unidas, que desde el año 2000 “las muertes infantiles se han reducido prácticamente a la mitad y las muertes maternas han disminuido en más de un tercio, principalmente gracias a un mejor acceso a servicios de salud asequibles y de calidad”. En el año 2020 la tasa de mortalidad en la niñez en Antioquia fue de 9,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos, para el año 2021 este resultado presenta tendencia al aumento con un valor de 11,5.

Las tasas de mortalidad en la niñez para Antioquia, comparadas con el país siempre han sido inferiores desde el año 2005 al 2021. En la gráfica se aprecia el cambio de tendencia en las dos curvas en el año 2020.

Figura 254. Tasa de mortalidad en la niñez. Colombia y Antioquia 2005 – 2021



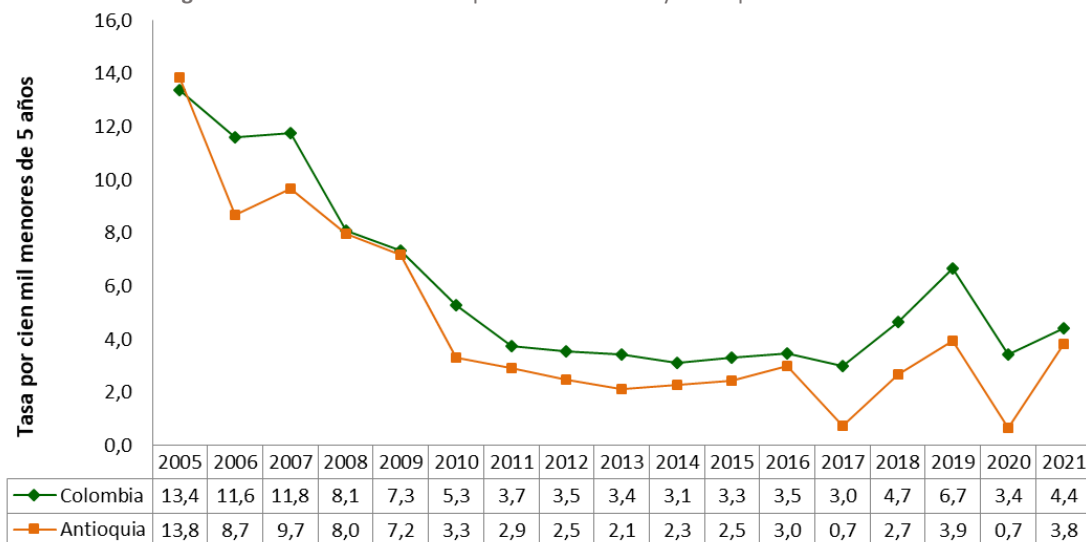
Fuente: SISPRO – MSPS

Se aprecia en la gráfica la tendencia a la disminución en la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda-EDA, desde el 2005 hasta el 2020. Las tasas para Antioquia han sido inferiores en comparación con los datos nacionales en el periodo descrito.

En el año 2021 se presenta incremento en la tasa de mortalidad en los menores de 5 años por EDA con un valor de 3,8 muertes por cien mil menores de 5 años en comparación con el año 2020 que fue de 0,7.

Dentro de los factores que se han identificado como posibles contribuyentes a la mortalidad por EDA en el departamento, se aprecian: la falta de reconocimiento en los signos de alarma, barreras geográficas y económicas y los retrasos tipo 4, asociados a la calidad del servicio de salud.

Figura 255. Tasa de mortalidad por EDA. Colombia y Antioquia 2005 – 2021



Fuente: SISPRO - MSPS

La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el 2021 para Antioquia, presenta aumento con relación al año inmediatamente anterior, pasando de 5 defunciones por cien mil menores de 5 años, a 9,1, muertes en el año 2021.

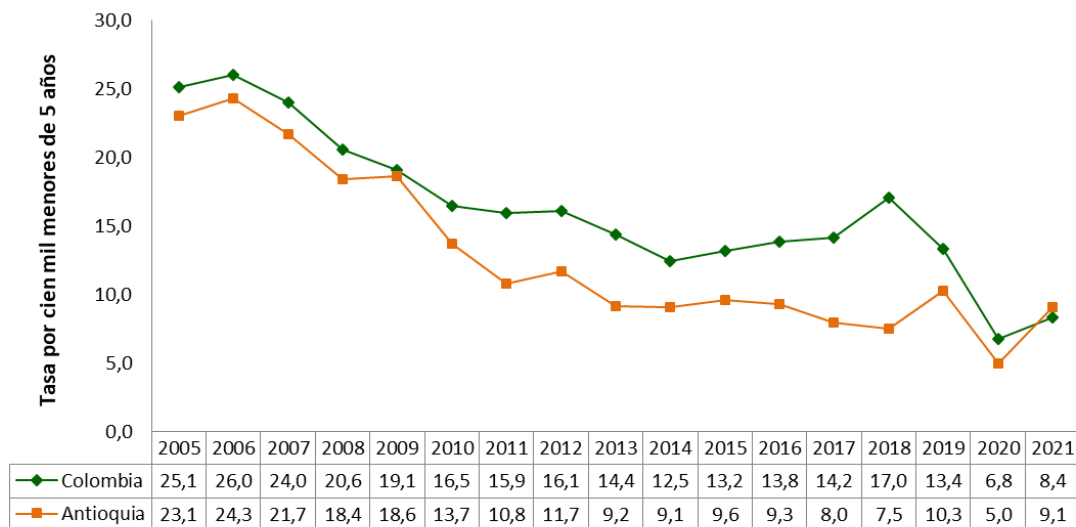
Al comparar los resultados en el periodo 2005 al 2021 con Colombia, las tasas para el departamento de Antioquia han sido inferiores, con la excepción del 2021, donde los valores para el departamento son ligeramente superiores sin significación estadística.

Es importante tener en cuenta que la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA), en los menores de cinco años, está asociada al bajo peso al nacer, la malnutrición, la falta de lactancia materna durante el primer año de vida, el hacinamiento, la poca accesibilidad a la prestación de servicios, las coberturas no óptimas de vacunación y la calidad del servicio de salud.

Los determinantes sociales, tales como la pertenencia a grupos étnicos, (indígenas y afrocolombianos), ser víctima del conflicto, la alta ruralidad, evidencian el riesgo de los menores de cinco años a morir por las condiciones descritas.

Estos determinantes son susceptibles de intervención con estrategias costo - efectivas que pueden reducir en gran medida las muertes en los menores de 5 años.

Figura 256. Tasa de mortalidad por IRA. Colombia y Antioquia 2005 – 2021



Fuente: SISPRO - MSPS

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el 45% de las muertes en menores de cinco años, están asociada a factores relacionados con la nutrición.

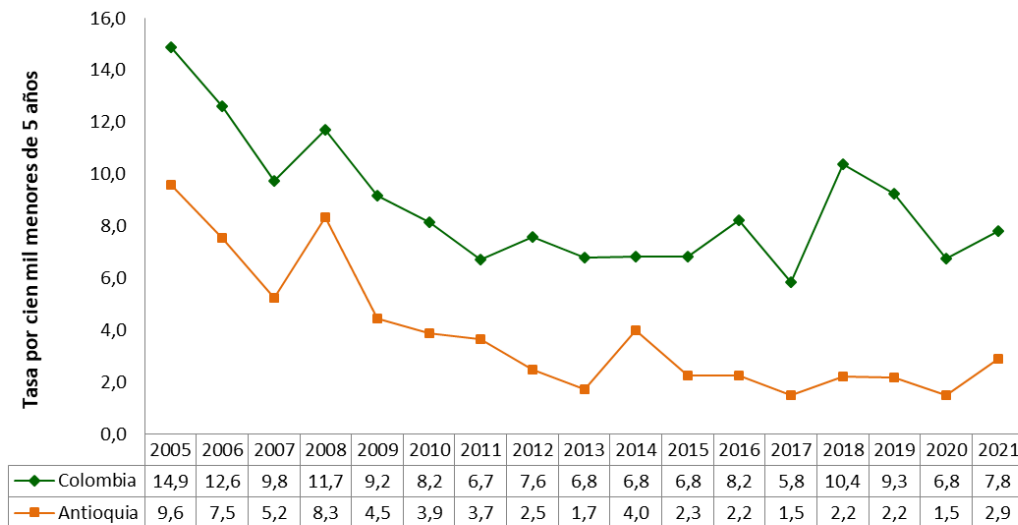
La tendencia de la tasa de mortalidad por desnutrición aguda entre los años 2005 y 2021 es hacia la disminución. Los Valores para Antioquia son inferiores a los de la nación en todo el periodo evaluado.

En el año 2021, se presenta un incremento con relación al año anterior, con valores de 2,9 y 1,5 muertes por cien mil menores de 5 años, respectivamente. Esta tendencia está influenciada en forma negativa por la pandemia del COVID 19.

Es necesario fortalecer las estrategias para que, en los niños y las niñas menores de 5 años, en el departamento de Antioquia no se presente mortalidad por este evento. El ingreso a la ruta de atención integral en la primera infancia, con las evaluaciones descritas al nacimiento, a los 7 días, los controles periódicos para evaluar su estado nutricional, el seguimiento a los esquemas de vacunación y la promoción de la lactancia materna, son fundamentales para este logro.

La mortalidad por desnutrición es un intolerable en cualquier sociedad, que evidencia claramente las inequidades que se presentan en el territorio antioqueño.

Figura 257. Tasa de mortalidad por desnutrición. Colombia y Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: SISPRO – MSPS

Las defunciones que se presentan por enfermedad respiratoria (IRA), enfermedad diarreica (EDA) y desnutrición (DNT), que son patologías prevalentes de la primera infancia, dan cuenta de la situación de salud y sobrevivencia de los niños y niñas del departamento.

Las muertes por estos eventos son consideradas indicadores de desarrollo de una región, y reflejan la situación de salud pública de la niñez; como respuesta a estos eventos, se han implementado en el país y por consiguiente en el departamento diversas políticas, las cuales buscan garantizar el acceso a la atención integral en salud, con miras a lograr el bienestar y desarrollo de la población menor de 5 años.

Con base en los hallazgos de las unidades de análisis realizadas en el marco de la vigilancia integrada de la mortalidad en menores de 5 años por IRA, EDA y desnutrición, se han identificado los siguientes factores asociados:

- Las tasas más altas de mortalidad se encuentran en los menores de un año, residentes en áreas rurales y afiliados al Régimen Subsidiado.
- Las subregiones más afectadas siguen siendo Urabá, Bajo Cauca y el occidente antioqueño.
- La pertenencia a la comunidad indígena es un factor de riesgo para la mortalidad en los tres eventos.
- Son comunes las barreras geográficas, la deficiencia en el saneamiento básico, inseguridad alimentaria, la ausencia de programas de detección temprana y protección específica, entre otros.



Es necesario realizar seguimiento estrecho al cumplimiento de las guías técnicas nacionales por parte de las IPS en los eventos de interés en los menores de 5 años, en el marco de la Resolución 3100 del 2019, donde se promueve que las Instituciones Prestadoras de Salud se adhieran a las guías con la mayor evidencia disponible en la ocurrencia del evento.

El retraso tipo uno, la falta de reconocimiento oportuno por parte de los cuidadores de los signos de alarma, sigue teniendo mucho peso en la mortalidad integrada. La educación a la comunidad, la promoción de la lactancia materna, la prevención de las enfermedades prevalentes en la infancia, son parte de las obligaciones pendientes de realizar por todos los actores responsables de la salud y bienestar de esta población. La falta de aseguramiento, la pertenencia al Régimen Subsidiado, la no asistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo, esquemas de vacunación incompletos, son factores identificados asociados a la mortalidad en los menores de 5 años.

En las zonas donde se presentan las muertes para el evento de mortalidad integrada, es importante implementar las acciones de saneamiento básico y agua potable a través de alianzas intersectoriales que contribuyan a la mejor calidad del agua y aumenten su cobertura. Es necesario promover la calidad y capacidad técnica de los equipos y promotores rurales, en las áreas más afectadas por el evento en el departamento de Antioquia.

Las principales dificultades encontradas en los casos analizados relacionadas con el sistema de salud son las siguientes:

- Cuando el paciente acude al servicio de salud, la falta de triage adecuado, retarda la atención de los pacientes.
- En el diligenciamiento de la historia clínica, se presentan las siguientes falencias: el desarrollo de la enfermedad se realiza en forma incompleta, no se documenta la revisión por sistemas, no se toman en forma regular todos los signos vitales, no se cuantifica la relación del peso para la talla.
- No se realiza la estabilización del paciente en urgencias.
- No se documenta una evaluación periódica regular, del paciente crítico.
- Se remite el paciente sin estabilización previa de sus signos vitales.
- Las EAPB no garantizan una red de atención adecuada en las subregiones para los niños gravemente enfermos.

La atención de estas dificultades puede modificar de forma positiva la mortalidad en la primera infancia en el departamento de Antioquia.

### 3.2.3.4 Conclusiones

En el año 2020, la subregión de Valle de Aburrá concentró la mayoría de los fallecimientos en el territorio, 65% del total.

Durante el último año del análisis, Bajo cauca y Valle de aburra con 6.5 y 6.3 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente, exhibieron las tasas más altas de mortalidad en el departamento.

La primera causa de mortalidad en el Departamento desde el año 2005 hasta el año 2021, corresponde al grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, con tasas que oscilaron durante el período evaluado, entre 171 defunciones por 100.000 habitantes en 2005 y 147.9 casos por 100.000 en 2021; la enfermedad isquémica del corazón es el padecimiento que genera el mayor número de estas muertes.

En segundo lugar, como causa de mortalidad general aparece el grupo de las demás causas, en éste la enfermedad pulmonar obstructiva es el padecimiento con la tasa de mortalidad más alta, en 2021 de 27.1 defunciones por 100.000 habitantes.

Al comparar las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres podemos observar dos diferencias importantes:

- Primero, si bien es cierto que el grupo de enfermedades del sistema circulatorio es el que genera más fallecimientos en ambos grupos, las tasas en los hombres son más altas que en las mujeres, observándose 60 fallecimientos más en hombres, por esta causa en el año 2021.
- En segundo lugar, en ambos grupos aumentaron los fallecimientos por causas externas pero el impacto es muy diferente, pues por cada mujer que falleció por causas externas en el año 2021, fallecieron 6 hombres por esta misma causa.

Identificando las AVPP como indicador de mortalidad prematura, se observa que el 28% de estos en el año 2021, es atribuido a causas externas. En segundo lugar, se ubican las enfermedades del sistema circulatorio con un 21%, seguido muy de cerca por las demás causas con el 20%, y las neoplasias con un 29%

En el grupo de enfermedades transmisibles la tasa más alta de mortalidad fue por infecciones respiratoria para ambos sexos, como segunda causa en hombres fue la infección con VIH-SIDA y en mujeres correspondió septicemia (excepto neonatal).

La mortalidad infantil según las necesidades básicas insatisfechas presentó en 2020 una conducta a favor de las poblaciones más pobres, identificando que más de la mitad de los fallecimientos en menores de un año por cada mil nacidos vivos estaban concentrados en el 50% de la población más pobre del departamento.



La mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal, durante el período evaluado, ha sido la primera causa de mortalidad en el grupo de menores de un año, no obstante, se observa leve tendencia a la disminución.

Las principales causas de mortalidad en los menores de 1 a 4 años están dadas por, causas externas de morbilidad y mortalidad, con tendencia a la disminución y tasas que van desde 22,7 a 3.8 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años.

El tumor maligno de pulmón y de órganos digestivos y del peritoneo son las causas de mayor mortalidad por neoplasias en ambos sexos, siendo el cáncer de próstata y el cáncer de mama los que presentan las tasas de mortalidad más altas en hombres y mujeres respectivamente.

En general durante el período evaluado se observó un aumento en la muerte por IRA, EDA y desnutrición en menores de cinco años, en comparación con el año 2020.

En el departamento; El riesgo de morir en Antioquia por enfermedad cardiovascular esta dado en primer lugar por las enfermedades isquémicas del corazón seguido de las enfermedades cerebrovasculares.

Los homicidios son el grupo de causas externas que genera mayor mortalidad en hombres y mujeres; aunque se debe aclarar que la tasa de mortalidad por accidentes de vehículo motor en las mujeres es muy similar a la tasas de mortalidad por homicidios.

**El número de fallecimientos por trastornos mentales ha venido en aumento en ambos sexos; las muertes en los hombres por consumo de sustancias se han incrementado en un 333% entre 2018 y 2020.**

Las tasas de mortalidad materna en Antioquia, para el año 2021, fueron menores que las tasas nacionales y esa diferencia fue estadísticamente significativa; **alrededor del 74% de estos fallecimientos se concentran en el 50% de la población más pobre de Antioquia.**

Los grupos étnicos indígena y afrodescendiente están en mayor desventaja con respecto a la salud materna e infantil que la población que no pertenece a estas minorías, evidenciado en el alto riesgo de morir durante el embarazo, parto o puerperio o durante los primeros años de vida.



# Atlas de desigualdades **2023**

## CAPÍTULO IV



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

## CAPÍTULO IV ATLAS DE DESIGUALDADES 2023

### 4.1. Introducción.

El monitoreo en salud permite a través de la observación de una situación de forma constante, advertir los cambios que suceden con el transcurso del tiempo, convirtiéndose en una herramienta que muestra avances o no en la situación de salud de las poblaciones. Los resultados del monitoreo indican si las políticas, programas y prácticas están alcanzando los objetivos por los que fueron formulados, para ello es necesario tener en cuenta las etapas que incluye esta actividad las cuales son determinar y obtener datos de los indicadores de salud relevantes, analizar los datos, comunicar los resultados, y hacer cambios si amerita.

Las inequidades en salud son diferencias injustas en la salud de las personas de diferentes grupos sociales y pueden asociarse con distintas desventajas (pobreza, discriminación y falta de acceso a servicios o bienes), las cuales pueden medirse de forma indirecta a través de las diferencias observables, y estas al compararse con los indicadores en salud, permitirán reflejar razonablemente las diferencias injustas entre grupos, lo cual podría corregirse mediante cambios en la políticas, programas y/o prácticas.

La focalización de las problemáticas en salud pública bajo el abordaje de los determinantes sociales y las inequidades de la salud, ha sido un factor clave para obtener los resultados de Antioquia en los últimos 5 años, con una mejoría notable en sus condiciones de salud, disminución en las tasas de fecundidad y crecimiento entre otros. Con el objetivo de permitir las comparaciones entre municipios y subregiones, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia fortalece el monitoreo de las condiciones de salud en los municipios realizando un abordaje por curso de vida en el análisis de desigualdades geográficas en salud; resultados que son presentados en el siguiente informe.

### 4.2. Métodos:

El siguiente estudio tiene un diseño ecológico de carácter descriptivo cuantitativo, considerando las siguientes variables:

- Indicadores en salud: ODS-3: Tasa de mortalidad prematura por cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto, pulmón, próstata, estómago, linfoma no Hodgkin y Leucemia en adultos, Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, Tasa de mortalidad por tumores malignos

en menores de 18 años, Tasa de mortalidad por VIH/SIDA, Tasa de mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, Porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente, Tasa de mortalidad en menores de 5 años, Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente, Vacunación triple viral, Tasa de mortalidad prematura por diabetes, Tasa de mortalidad materna y Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.

- Indicadores socioeconómicos (estratificadores de equidad): Índice de pobreza multidimensional

Se obtuvieron datos para todos los indicadores en salud y socioeconómicos de los 125 municipios del departamento, provenientes de los registros generados por el DANE para los años 2019 y 2022 (preliminar estadísticas DANE).

Se realiza un análisis exploratorio de los datos para describir los estratificadores de equidad y los indicadores de salud en Antioquia; luego se lleva un estudio de desigualdades de los indicadores de salud según estratificador de equidad, en donde se obtienen las siguientes mediciones de la desigualdad:

- Brecha absoluta (BA): corresponde a la diferencia aritmética entre el valor del indicador de salud del grupo poblacional en condición de mayor vulnerabilidad social (i.e., el cuantil con menor desarrollo sostenible) y el del grupo de referencia (i.e., el cuantil con mayor desarrollo sostenible). Se expresa en las mismas unidades de medida del indicador de salud.
- Brecha relativa (BR): corresponde al cociente aritmético entre el valor del indicador de salud del grupo poblacional en condición de mayor vulnerabilidad social (i.e., el cuantil con menor desarrollo sostenible) y el del grupo de referencia (i.e., el cuantil con mayor desarrollo sostenible). Se expresa sin unidades (número de veces).
- Índice de desigualdad de la pendiente: representa la diferencia absoluta en los valores predichos de un indicador de salud entre aquellos con el nivel más alto de educación o riqueza y aquellos con el nivel más bajo de educación o riqueza, tomando en cuenta la distribución íntegra de la educación o la riqueza usando un modelo de regresión apropiado. Los valores positivos del índice indican que el indicador de salud de interés es más prevalente en el grupo más aventajado, mientras que los valores negativos del índice significan que el indicador de salud es más prevalente en el grupo más desaventajado (1).

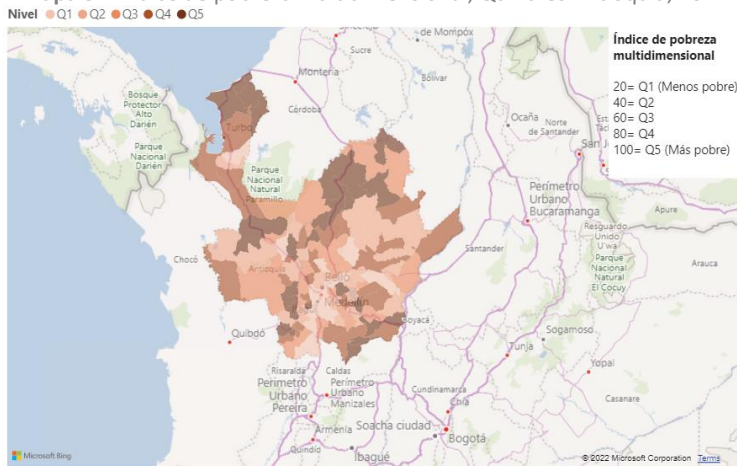
### 4.3. Análisis estadístico

Para describir la prevalencia, incidencia y mortalidad, se realizó análisis de variables de tiempo, persona y lugar, cálculo de tendencias mediante tasas, razones, prevalencias. Los datos fueron almacenados y analizados mediante los programas Microsoft Excel 2016, Microsoft Power BI y la herramienta de la Organización Panamericana de la Salud para el análisis exploratorio de datos sobre desigualdades eco sociales en salud Health Equity Assessment Toolkit Plus, para cuantificar la magnitud y los cambios en el tiempo de las brechas y gradientes sociales de desigualdad en salud a partir de datos geo espacialmente desagregados, en la cual se elaboraron los gráficos de gradiente de salud por grupos sociales, pendientes de regresión de la desigualdad en salud y curvas de concentración de la desigualdad en salud. Para los mapas se utiliza una escala de colores que representan las diferentes categorías, asignando el color más oscuro a los municipios con los valores más altos que el promedio; para su elaboración, se utiliza el software Arcgis, Arcmaps.

### 4.4. Resultados:

Antioquia está localizado en el noroeste de Colombia, su organización territorial comprende 125 municipios que se agrupan en 9 subregiones: Valle de Aburrá, Magdalena Medio, Nordeste, Norte, Occidente, Oriente, Suroeste, Urabá y Bajo Cauca, siendo estas dos últimas las que concentran la mayor vulnerabilidad social en el departamento. Entre 2019 y 2021, Antioquia redujo el IPM en 1.4 puntos porcentuales, situación similar a lo registrado a nivel nacional, en donde la disminución fue de 1.5 puntos porcentuales para ese mismo periodo (2).

**Mapa 34.** Índice de pobreza multidimensional, Quintiles Antioquia, 2021



Fuente: Elaboración Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2022

La estructura demográfica del departamento ha cambiado pasando de tener una población joven en 1985 a una madura en 2018. Esta transición, determinada por el índice de Friz, que representa el porcentaje de población de menos de 20 años, con respecto al grupo de población entre los 30 y los 49 años, indicó que los jóvenes entre 0 y 19 años han disminuido en los últimos 6 años, pasando de 116,6 en 2015 a 101,7 en 2021. Así mismo, la esperanza de vida al nacer muestra una tendencia al incremento, proyectándose un valor promedio de 76,3 años para el quinquenio 2015-2020 (3).

### Estado actual:

De acuerdo con el Índice de pobreza Multidimensional (IPM) de 2021 emitido por Planeación departamental (Encuesta de calidad de vida), se mostraron niveles altos de desigualdad absoluta según riqueza, en 14 de los 23 indicadores en salud; todos ellos tuvieron un índice de desigualdad de la pendiente (SII) menor -, destacando Incidencia de Malaria con -519,5, Mortalidad por malaria -347,5 y Fecundidad específica en adolescentes de 15-19 años con -79, siendo los indicadores con mayores niveles de desigualdad (Tabla 1). En cambio, Mortalidad cáncer adultos (por cien mil personas entre 30 y 70 años), Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, Mortalidad por VIH/SIDA (por cien mil habitantes), Letalidad por dengue, Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (por cien mil habitantes) y Mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años (por cien mil menores de 18 años) mantienen un comportamiento desigual a favor de los quintiles menos pobres del departamento. La Mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (por cien mil personas entre 30 y 70 años) no registra un comportamiento desigual entre los quintiles de pobreza en el departamento.

Tabla 175 Desigualdades en los indicadores priorizados ODS-3 Antioquia 2022 (Preliminar DANE), según nivel de riqueza, IPM 2021.

Nombre indicador	Q1 (Más pobre)	Q2	Q3	Q4	Q5 (Menos pobre)	Diferencia (D)	Razón (R)	Índice de desigualdad de la pendiente (SII)
Fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (por mil mujeres)	98,7	74,2	66,3	41,8	28	70,8	3,5	-79
Incidencia malaria (por cien mil habitantes)	439,5	307,3	291,1	71,5	25,5	414	17,2	-519,5
Índice de Riesgo Calidad de Agua para Consumo Humano (IRCA) - Rural	57,3	0	0	0	32,6	24,7	1,8	-1,5
Índice de Riesgo Calidad de Agua para Consumo Humano (IRCA) - Urbano	7,3	0,8	1,6	1,1	1,7	5,6	4,4	-0,8
Letalidad por dengue	0	11,8	25	0	0	0		2,9
Mortalidad cáncer adultos (por cien mil personas entre 30 y 70 años)	37,3	38,6	34,4	42,8	52,3	-15	0,7	25,7
Mortalidad diabetes (por cien mil personas entre 30 y 70 años)	16,2	14,9	12,4	9,9	8,1	8	2	-9,2

Nombre indicador	Q1 (Más pobre)	Q2	Q3	Q4	Q5 (Menos pobre)	Diferencia (D)	Razón (R)	Índice de desigualdad de la pendiente (SII)
Mortalidad en menores de 5 años (por mil NV)	16,2	10,6	13,8	13,7	8,9	7,3	1,8	-7,8
Mortalidad materna (por cien mil NV)	43,7	54,3	41,1	27,7	24,5	19,2	1,8	-35,4
Mortalidad neonatal (por mil NV)	8,2	4,3	8,2	6,8	4,3	3,9	1,9	-4
Mortalidad por accidentes tránsito (por cien mil habitantes)	22,8	18	16,7	21,4	14,1	8,7	1,6	-10
Mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (por cien mil habitantes)	6,2	5,7	9,2	7,8	8,1	-1,9	0,8	1,9
Mortalidad por malaria (por cien mil habitantes)	0,2	0	0	0	0	0,2		-347,5
Mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años (por cien mil menores de 18 años)	3,7	2,4	4,5	4,3	4,3	-0,6	0,9	1,5
Mortalidad por VIH/SIDA (por cien mil habitantes)	2,1	3,1	2,7	3,8	5,5	-3,4	0,4	5,3
Mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (por cien mil personas entre 30 y 70 años)	15,6	17	17,6	12,8	15,7	-0,1	1	0
Mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares (por cien mil personas entre 30 y 70 años)	119,1	115,2	113,6	103	104,3	14,8	1,1	-15,3
Porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente	98,1	90,4	91	94,8	81,9	16,1	1,2	-23,6
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente	23,5	21,7	23,7	19,1	18,9	4,5	1,2	-6,2
Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales	84,8	84,9	86,7	91	92,9	-8,1	0,9	11,9
Porcentaje de personas atendidas en servicios en salud mental	44	24,5	27,9	20,8	18,3	25,8	2,4	-16,7
Porcentaje de población afiliada al sistema de seguridad social	92,8	95,2	89,9	91,5	105,3	12,5	1,1	
Porcentaje niños y niñas de 1 año con vacunación de triple viral	103,1	97,5	94,1	95	84,8	18,3	1,2	

Fuente: Elaboración propia SSSA

### Tendencias en el tiempo:

La siguiente tabla resume el promedio general de los indicadores medidos según aquellos que han mejorado o empeorado al comparar sus resultados en 2022 con 2017, del mismo modo se clasifican según aumento o disminución del indicador de desigualdad de la pendiente (SII) para ese mismo periodo. Teniendo en cuenta lo anterior las mediciones de Fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (por mil mujeres), Mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años (por cien mil menores de 18 años), Mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (por cien mil personas entre 30 y 70

años), Porcentaje de población afiliada al sistema de seguridad social y Mortalidad cáncer adultos (por cien mil personas entre 30 y 70 años) registraron una mejoría en su resultado con reducción de la desigualdad; los indicadores de Mortalidad neonatal (por mil NV), Mortalidad por malaria (por cien mil habitantes), Porcentaje de personas atendidas en servicios en salud mental, Índice de Riesgo Calidad de Agua para Consumo Humano (IRCA) – Rural, Índice de Riesgo Calidad de Agua para Consumo Humano (IRCA) – Urbano y Letalidad por dengue, muestran mejoría en el promedio departamental sin cambio o con aumento en la desigualdad; del mismo modo, se visualiza que el Porcentaje niños y niñas de 1 año con vacunación de triple viral, Incidencia malaria (por cien mil habitantes), Mortalidad en menores de 5 años (por mil NV), Mortalidad por accidentes tránsito (por cien mil habitantes), Mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares (por cien mil personas entre 30 y 70 años) y Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente, como aquellos indicadores con deterioro del promedio con reducción de la desigualdad; y, los que se ubican en el peor escenario (deterioro en su resultado sin cambio o con aumento de la desigualdad) son Mortalidad diabetes (por cien mil personas entre 30 y 70 años), Mortalidad materna (por cien mil NV), Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (por cien mil habitantes), Mortalidad por VIH/SIDA (por cien mil habitantes), Porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente y Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales.

**Tabla 176** Vista a cuatro cuadrantes de la tendencia temporal en varios indicadores de salud en Antioquia. Desigualdad en salud según IPM vs cambio porcentual en el periodo; 2017 y 2022.

		Desigualdad de la pendiente (SII) según IPM 2021	
		En disminución	En aumento
Cambio porcentual entre 2017-2022	<b>Mejorando</b>	Fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (por mil mujeres) Mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años (por cien mil menores de 18 años) Mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (por cien mil personas entre 30 y 70 años) Porcentaje de población afiliada al sistema de seguridad social **** Mortalidad cancer adultos (por cien mil personas entre 30 y 70 años)*	Mortalidad neonatal (por mil NV) Mortalidad por malaria (por cien mil habitantes) Porcentaje de personas atendidas en servicios en salud mental Índice de Riesgo Calidad de Agua para Consumo Humano (IRCA) - Rural** Índice de Riesgo Calidad de Agua para Consumo Humano (IRCA) - Urbano** Letalidad por dengue**
	<b>Empeorando</b>	Porcentaje niños y niñas de 1 año con vacunación de triple viral *** Incidencia malaria (por cien mil habitantes) Mortalidad en menores de 5 años (por mil NV) Mortalidad por accidentes tránsito (por cien mil habitantes) Mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares (por cien mil personas entre 30 y 70 años) Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente	<b>Peor situación</b> Mortalidad diabetes (por cien mil personas entre 30 y 70 años) Mortalidad materna (por cien mil NV) Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (por cien mil habitantes) Mortalidad por VIH/SIDA (por cien mil habitantes) Porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente* Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales*

\* SII igual o menor de 1  
 \*\* No se cuenta con información del indicador SII de otros años  
 \*\*\* Comparación de indicadores entre 2017-2021  
 \*\*\*\* Comparación de indicadores entre 2017-2019

Fuente: Elaboración propia. Adaptado del Manual para el monitoreo de las desigualdades de la OMS.

El comportamiento de los indicadores en peor situación puede ser atribuido a las consecuencias





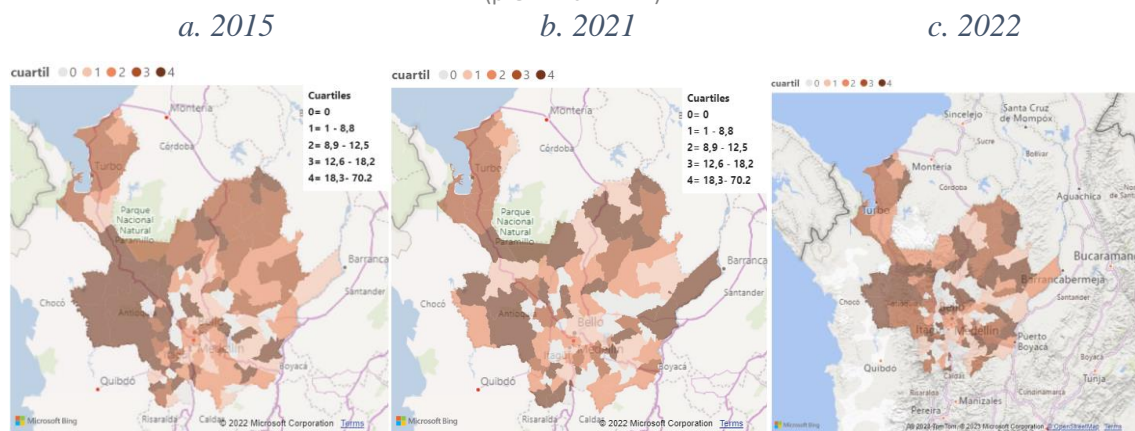
generadas por el manejo al COVID-19, puesto que el confinamiento y las restricciones sanitarias causaron gran impacto en los programas de prevención y control de enfermedades, tal es el caso de aquellos dirigidos a la población con enfermedades crónicas como las cardiovasculares, VIH, gestantes y los programas de vacunación.

La información que se describe a continuación corresponde al análisis de las desigualdades en salud en los indicadores ODS-3 priorizados por curso de vida, destacando los hallazgos más relevantes:

### Primera infancia:

En Antioquia entre 2015 y 2022 murieron en promedio cada año 89 niños menores de 5 años, con una tasa de mortalidad promedio de 12 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos, comportamiento que es menor al comparase con lo reportado a nivel nacional (4,5). Para este mismo periodo, la subregión Occidente presentó un mayor riesgo de mortalidad en menores de 5 años y Nordeste el menor riesgo. En cuanto al comportamiento del evento por municipios, Armenia presentó la tasa de mortalidad más alta del departamento (71.43 muertes por 1.000 nacidos vivos) y Santa Rosa de osos la de menor (2.56 muertes por 1.000 nacidos vivos). Para 2022, según cifras preliminares del DANE, 16.7 muertes por 1.000 nacidos vivos es el resultado para el indicador de mortalidad en menores de 5 años, es decir, un incremento del 6% al compararlo con lo presentado en 2021.

Mapa 35. Distribución geográfica por Tasa de mortalidad menores 5 años por 100 mil nacidos vivos, Antioquia 2015-2021-2022 (preliminar DANE).



Fuente: Elaboración Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2022

Los resultados preliminares de 2022 revelan una persistente falta de cumplimiento con respecto al indicador de cobertura de vacunación, específicamente en lo que concierne a la

vacunación con triple viral en niños y niñas de 1 año, así como a la tercera dosis de la vacuna pentavalente en menores de 1 año.

Es importante destacar que, en el caso de la tercera dosis pentavalente, se observa un panorama particularmente desalentador. Además de la disminución en las tasas de cobertura, se ha registrado un aumento en la disparidad entre los municipios más pobres del departamento, al comparar con los datos de 2017. Este fenómeno señala un retroceso preocupante en la equidad de acceso a la inmunización en dichas comunidades.

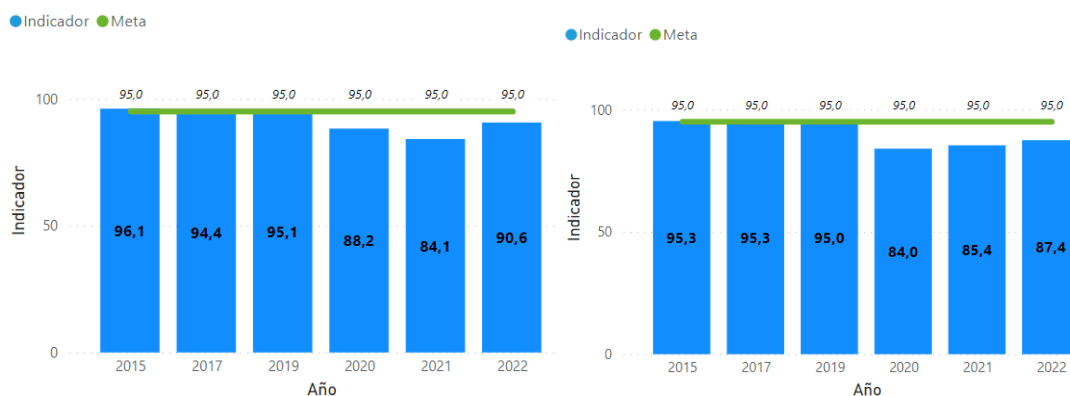
La disminución de las coberturas de vacunación plantea interrogantes sobre los factores subyacentes que podrían estar contribuyendo a esta tendencia negativa. Sería fundamental llevar a cabo un análisis exhaustivo para identificar las barreras específicas que están obstaculizando el cumplimiento de los programas de vacunación en estos grupos demográficos.

Asimismo, el aumento de la desigualdad entre los municipios más pobres sugiere la necesidad de implementar estrategias dirigidas y adaptadas a las realidades locales, con el fin de abordar las disparidades socioeconómicas que pueden estar afectando el acceso a la vacunación. Este hallazgo destaca la importancia de adoptar enfoques inclusivos y equitativos en las políticas de salud pública, con el objetivo de garantizar que todas las comunidades tengan acceso igualitario a servicios de inmunización.

**Figura 258.** Cobertura de vacunación según indicadores prioritizados, 2015-2022 (preliminar DANE)

a) Porcentaje de niños y niñas de 1 año con vacunación de triple viral

a) Porcentaje menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente



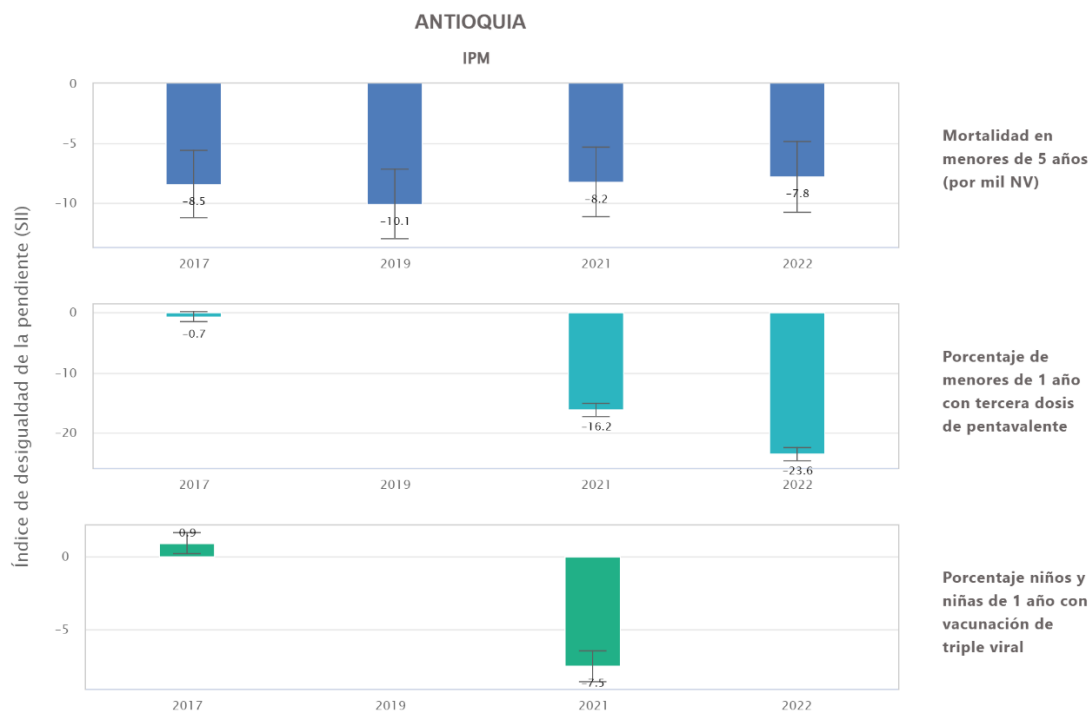
Fuente: Elaboración Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2022

La siguiente ilustración describe con mayor especificidad los indicadores con desigualdad absoluta según IPM; en los 3 indicadores evaluados, Antioquia registra una alta desigualdad absoluta según IPM (Índice de desigualdad de la pendiente), siendo el porcentaje de menores de año con tercera dosis de pentavalente tuvo el mayor incremento, pasando de un SII de -0.7



en 2017 a -23.6 para 2022. En todos los indicadores, la desigualdad favorece a los quintiles de menor riqueza.

**Figura 259.** Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores prioritizados para Infancia, 2017- 2022 (preliminar DANE).  
Antioquia



Herramienta adicional de valoración de la equidad en salud (HEAT Plus): Software para la exploración y comparación de desigualdades en salud en países. Edición para carga de base de datos. Versión 4.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021.

La OMS proporciona esta herramienta sin datos; cualesquiera datos agregados a, o que resulten de, la herramienta son de responsabilidad exclusiva del usuario, no de la OMS.

**Fuente:** Elaboración en Herramienta HEAT Plus. Organización Mundial de la Salud

### Adolescencia:

En Antioquia, se ha observado una notable disminución en la tasa de fecundidad adolescente entre los años 2015 y 2022, pasando de 79.22 a 44.6 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años. Esta reducción representa un descenso significativo del 48% en los nacimientos en este grupo poblacional durante ese período. Este logro indica un progreso positivo en la gestión de programas y políticas destinadas a abordar la fecundidad adolescente en el departamento.

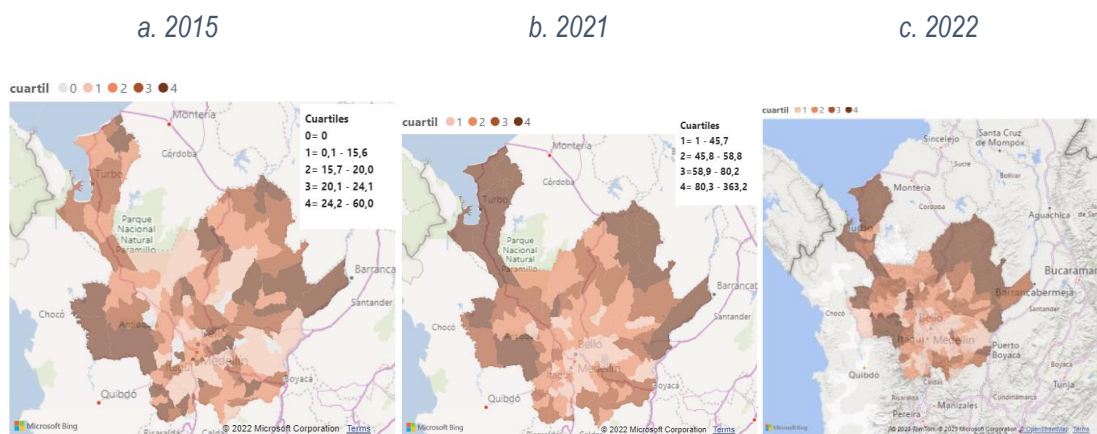
No obstante, es importante señalar que, a pesar de la disminución general, en 2022, la subregión de Bajo Cauca registró la mayor tasa de fecundidad adolescente, mientras que el Valle de Aburrá presentó la tasa más baja. Este contraste subraya la necesidad de estrategias

específicas y adaptadas a las realidades locales para abordar las variaciones en la fecundidad adolescente dentro del departamento.

En cuanto al indicador de embarazo subsecuente en adolescentes de 15 a 19 años, se evidencia una tendencia ascendente entre 2015 y 2022, pasando del 19% al 21%. Este incremento podría indicar la necesidad de una mayor atención y recursos dirigidos a la prevención del embarazo subsecuente en esta población. Un análisis más detenido de las causas subyacentes y los factores asociados a este aumento podría proporcionar información valiosa para el diseño de intervenciones efectivas.

En resumen, aunque Antioquia ha logrado reducir significativamente la fecundidad adolescente en el período analizado, la variabilidad entre las subregiones y el aumento en el indicador de embarazo subsecuente señalan la importancia de mantener y ajustar estrategias y programas para abordar de manera efectiva los desafíos específicos que enfrenta cada comunidad dentro del departamento.

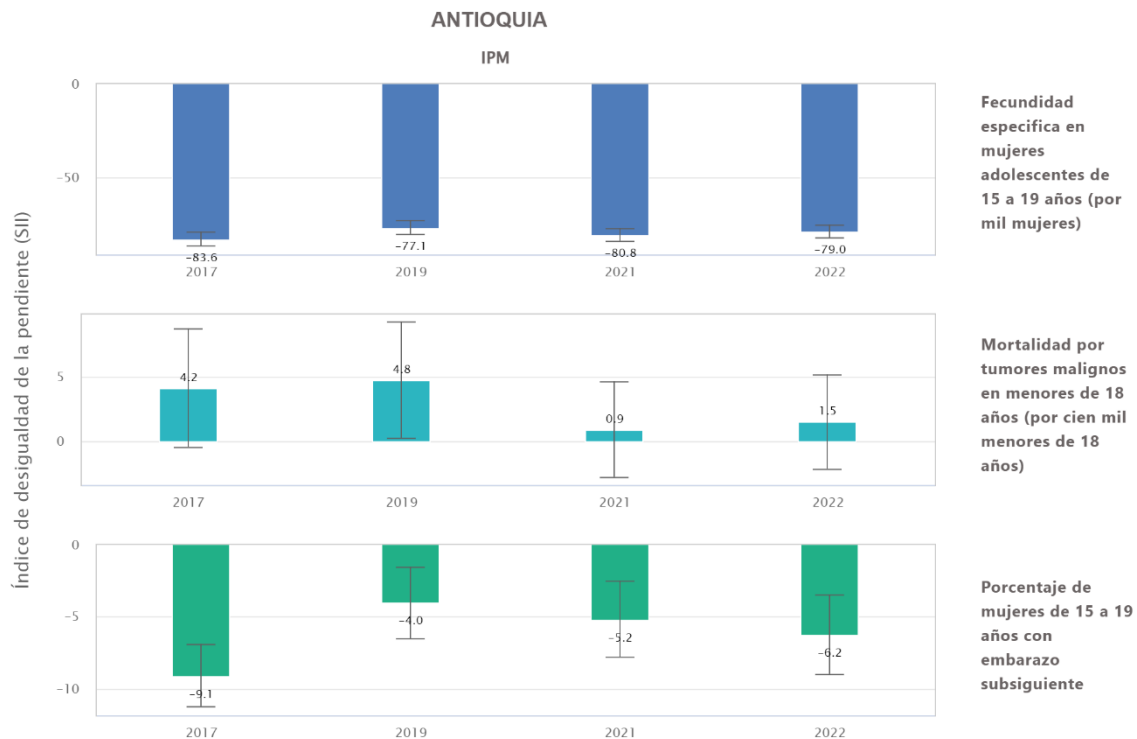
**Mapa 36.** Distribución geográfica indicadores de Porcentaje de embarazo subsecuente en adolescentes y Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes, 2015-2021-2022 (preliminar DANE).



Fuente: Elaboración Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2022

Antioquia registra un alta desigualdad absoluta según IPM (Índice de desigualdad de la pendiente) en los indicadores de fecundidad adolescente y porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente a favor de los quintiles de mayor pobreza, sin embargo esta diferencia ha ido disminuyendo cada año; a diferencia de la mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años, donde la desigualdad absoluta y relativa según IPM fue tal que los pobres registraron menor mortalidad que los ricos para 2022.

Figura 260. Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores prioritizados para para Adolescencia 2017-2022 (preliminar DANE).  
Antioquia



Herramienta adicional de valoración de la equidad en salud (HEAT Plus): Software para la exploración y comparación de desigualdades en salud en países. Edición para carga de base de datos. Versión 4.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021.

La OMS proporciona esta herramienta sin datos; cualesquiera datos agregados a, o que resulten de, la herramienta son de responsabilidad exclusiva del usuario, no de la OMS.

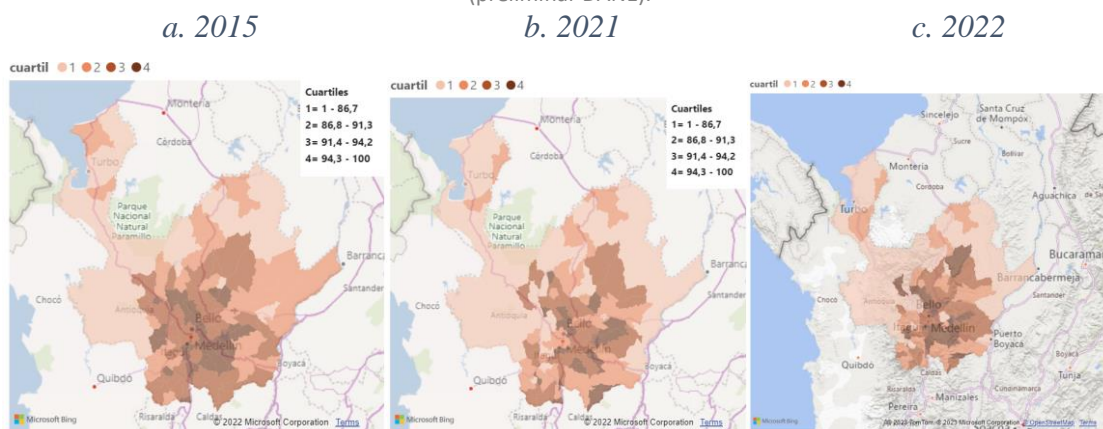
Fuente: Elaboración en Herramienta HEAT Plus. Organización Mundial de la Salud

### Gestacional:

En Antioquia entre 2015 y 2022 la proporción de nacidos vivos cuyas madres asistieron a cuatro o más controles durante su gestación pasó de 88.47% a 90%.

En 2022 las diferencias entre las subregiones son significativas, aunque menores a las de Colombia para ese mismo periodo (54,8%). La subregión de Magdalena Medio presentó una cobertura menor en el grupo de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales (81.24%) y Oriente el de mayor proporción (93.48%), comportamiento que ha permanecido estable para estas dos regiones desde 2019.

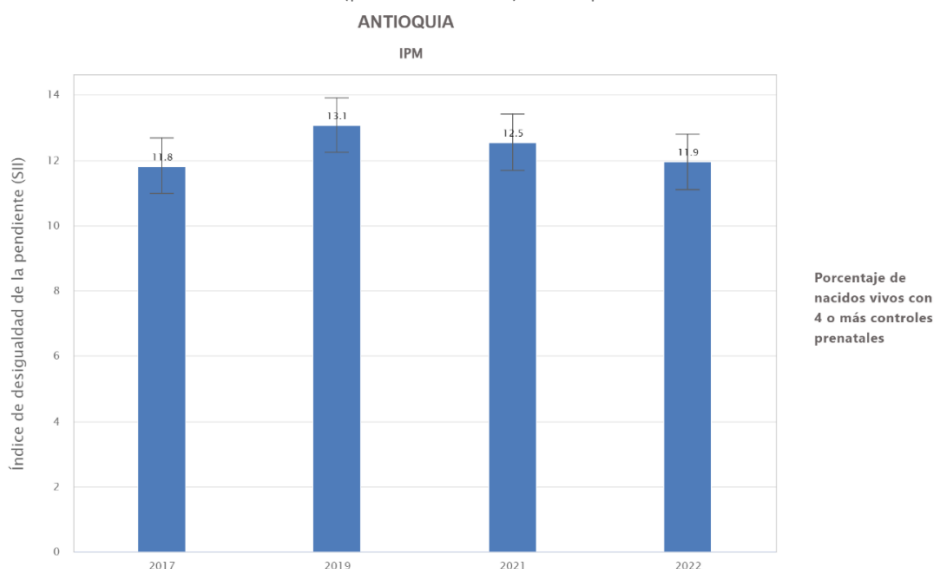
**Mapa 37.** Distribución geográfica Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, Antioquia 2015-2022 (preliminar DANE).



Fuente: Elaboración Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2021

La diferencia absoluta entre el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales según los quintiles menos pobres y los más pobres es de 11.9% en 2022; este comportamiento se ha mantenido estable en los años monitoreados, demostrando la magnitud de la desigualdad absoluta por IPM, en los nacidos vivos con 4 o más controles prenatales de los municipios menos pobres.

**Figura 261.** Índice de desigualdad de la pendiente, Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, 2017- 2022 (preliminar DANE). Antioquia



Herramienta adicional de valoración de la equidad en salud (HEAT Plus): Software para la exploración y comparación de desigualdades en salud en países. Edición para carga de base de datos. Versión 4.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021.

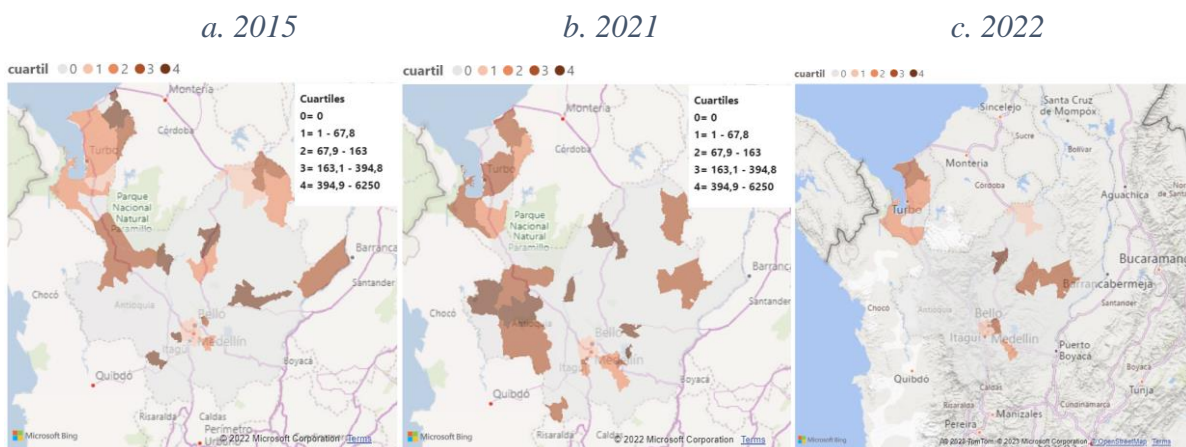
La OMS proporciona esta herramienta sin datos; cualesquiera datos agregados a, o que resulten de, la herramienta son de responsabilidad exclusiva del usuario, no de la OMS.

Fuente: Elaboración en Herramienta HEAT Plus. Organización Mundial de la Salud

En el período comprendido entre 2015 y 2022, la tasa de mortalidad materna en Antioquia experimentó un aumento, pasando de 27.3 a 32.9 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Es importante destacar que en 2021 se registró el resultado más alto del periodo, alcanzando 61.2 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Sin embargo, cabe resaltar que, a pesar de este incremento puntual, el comportamiento de Antioquia en cuanto a la mortalidad materna es inferior al promedio nacional.

En el año 2021, a nivel nacional, la razón de mortalidad materna fue de 76.1 casos por cada 100,000 nacidos vivos, lo que pone de manifiesto que, a pesar del aumento registrado en Antioquia ese año, la tasa de mortalidad materna en el departamento sigue siendo significativamente menor en comparación con la media nacional. Este contraste sugiere que, a pesar de los desafíos específicos que puedan estar afectando la mortalidad materna en Antioquia, la situación relativa del departamento es más favorable en comparación con el promedio del país.

**Mapa 38.** Distribución geográfica por Tasa de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos, Antioquia 2015-2022 (preliminar DANE).



Fuente: Elaboración Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2022

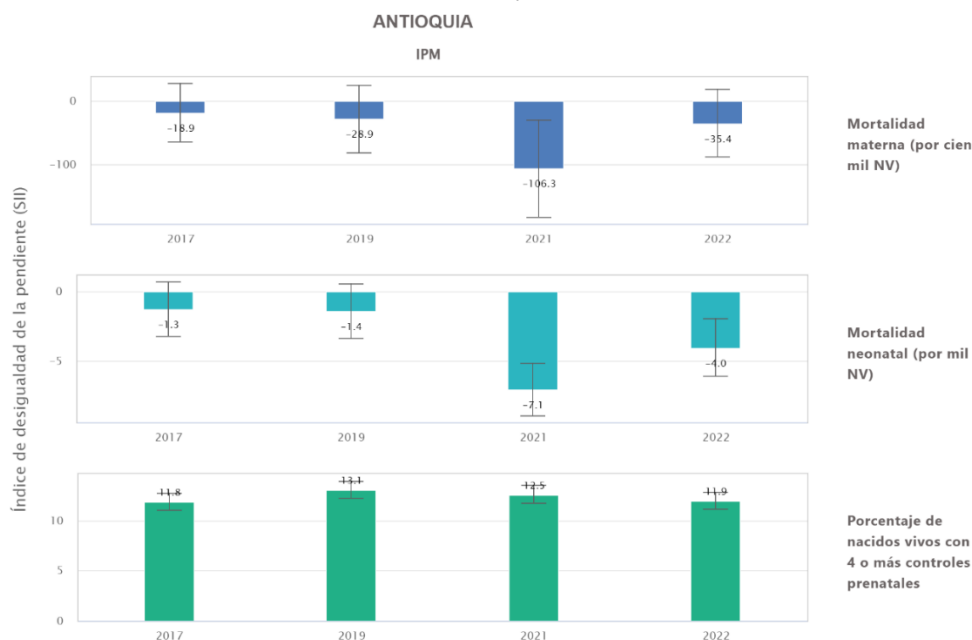
En 2022, se observaron diferencias entre las subregiones de Antioquia, siendo Nordeste la subregión con mayor mortalidad materna; Occidente, Oriente y Magdalena Medio no registraron casos. Valdivia fue el municipio con la mayor tasa de mortalidad por esta causa en Antioquia.

Según lo descrito por el Atlas nacional de Equidad en salud Sostenible de Colombia (8), para 2022 en la región Central, los municipios con menor desarrollo sostenible concentran desproporcionadamente menor cobertura de salud materno-infantil y mayor mortalidad materna: se constata a nivel regional un déficit de 6,4 puntos porcentuales de cobertura y un

exceso de 149,5 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos producto de la desigualdad social; sin embargo no es posible generar un análisis referencial con este informe debido a que el estratificador de equidad utilizado correspondió al Índice de desarrollo sostenible (IDS) el cual integra tres indicadores: Valor agregado económico municipal per cápita 2015, tasa de supervivencia escolar de 2016 y cobertura de acuerdo al periodo 2014-2016 (dimensión ambiental).

No obstante, es posible evidenciar que los efectos a los determinantes de la salud generados por la pandemia COVID-19 afecto a este grupo poblacional, incrementando las brechas de desigualdad, pues en 2022 la magnitud de la desigualdad absoluta (SII) según el IPM en los municipios de Antioquia representa en los más pobres -35.4 muertes maternas más por cada 1.000 nacidos vivos que en los más ricos.

Figura 262. Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores priorizados para gestantes, 2017- 2022 (preliminar DANE).  
Antioquia



Herramienta adicional de valoración de la equidad en salud (HEAT Plus): Software para la exploración y comparación de desigualdades en salud en países. Edición para carga de base de datos. Versión 4.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021.

La OMS proporciona esta herramienta sin datos; cualesquiera datos agregados a, o que resulten de, la herramienta son de responsabilidad exclusiva del usuario, no de la OMS.

Fuente: Elaboración en Herramienta HEAT Plus. Organización Mundial de la Salud

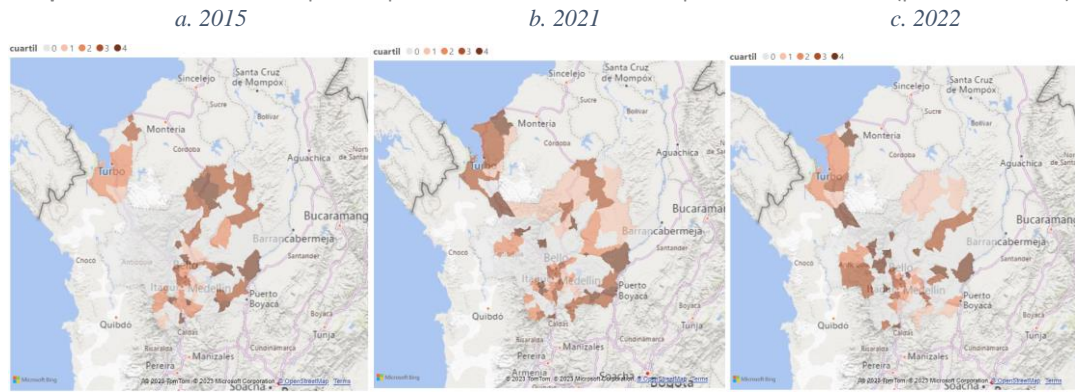
### Toda la población:

La tasa de mortalidad por VIH/SIDA ha registrado un comportamiento estable entre 2015 a 2022, alcanzando una tasa de 4.1 fallecimientos por esta causa en 100.000 habitantes para este último periodo, sin embargo, al realizar el análisis por subregión es Magdalena Medio la que



mayor tasa de mortalidad por VIH por 100.000 habitantes registra entre 2015 y 2022 y la subregión Norte la de menor entre 2020 y 2022.

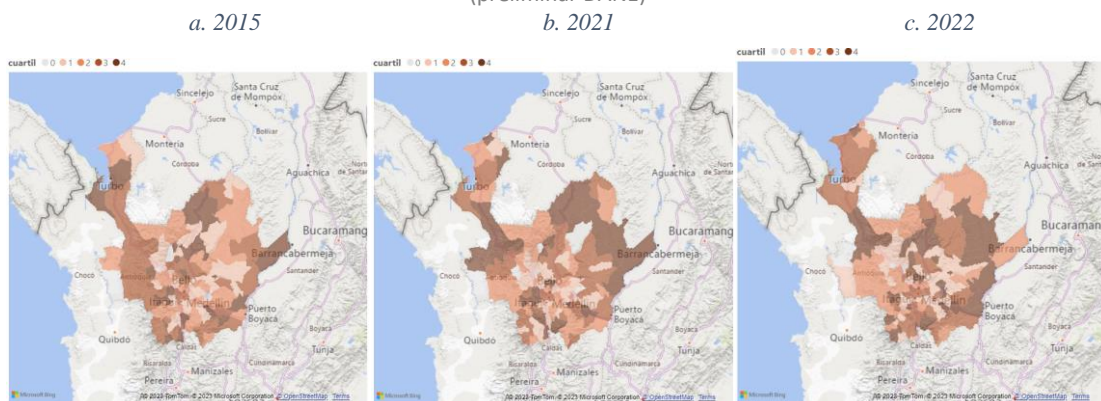
**Mapa 39.** Tasa de mortalidad por VIH por cien mil habitantes. Antioquia 2015-2019-2022 (preliminar DANE)



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de estadística DANE

Por otra parte, el comportamiento entre 2015 y 2022 de la tasa de mortalidad prematura por enfermedades de las vías respiratorias inferiores pasó de 16.31 a 15.5 casos por 100.000 habitantes. En 2022 las diferencias entre las subregiones son significativas, aunque menores a las de Colombia para el 2020 (28.2 muertes por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias por 100.000 habitantes); mientras que para este mismo periodo la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares tuvo un incremento de los casos en un 7%, pasando de 99.7 en 2015 a 106.7 fallecimientos por cada 100.000 habitantes en 2022.

**Mapa 40.** Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares por cien mil habitantes, Antioquia 2015-2019-2022 (preliminar DANE)

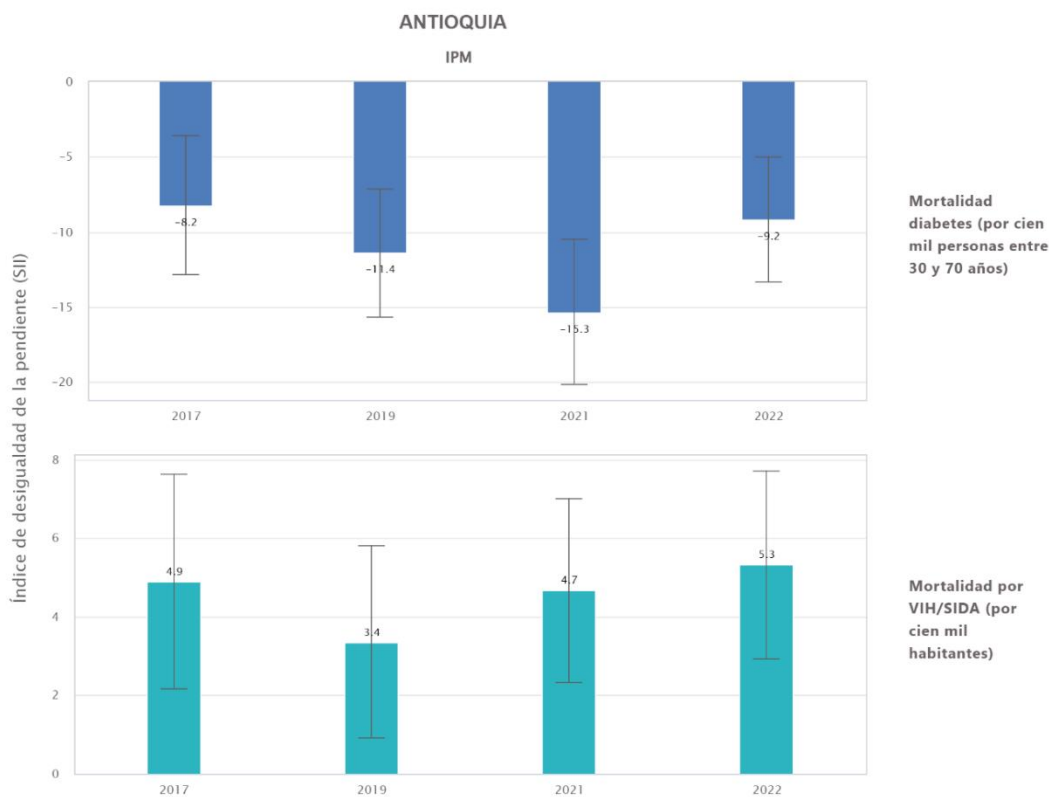


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de estadística DANE

De los indicadores priorizados para este grupo, además de empeorar sus resultados, se identifica un alto incremento en la desigualdad según riqueza entre 2017 y 2022 para Mortalidad por diabetes y Mortalidad por VIH/SIDA, cuyo comportamiento favorece a los

quintiles más pobres de Antioquia. Tal es el caso de la Mortalidad por diabetes que para 2022, representa una diferencia absoluta entre los quintiles menos pobres y los más pobres de -9.2 muertes por esta causa por cien mil personas entre 30 y 70 años.

**Figura 263.** Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores prioritizados para Toda la población, 2017- 2022 (preliminar DANE). Antioquia



Herramienta adicional de valoración de la equidad en salud (HEAT Plus): Software para la exploración y comparación de desigualdades en salud en países. Edición para carga de base de datos. Versión 4.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021.

La OMS proporciona esta herramienta sin datos; cualesquiera datos agregados a, o que resulten de, la herramienta son de responsabilidad exclusiva del usuario, no de la OMS.

**Fuente:** Elaboración en Herramienta HEAT Plus. Organización Mundial de la Salud

### Enfermedades transmitidas por vectores

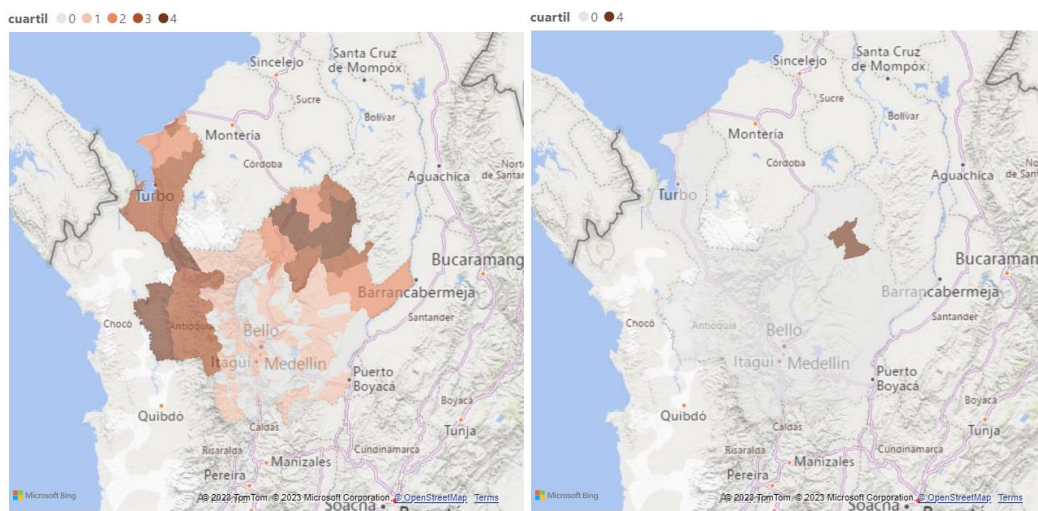
Las enfermedades transmitidas por vectores han tenido un alto impacto en salud para Colombia, y Antioquia no es la excepción, pues al momento no existen vacunas o medicamentos que puedan prevenir su ocurrencia y el control para evitar su aparición se basa en los esfuerzos de tipo ambiental que se ejecuten en los territorios. Es importante mencionar, que la pandemia del Covid 19 retrasó las actividades ejecutadas para el control de estos eventos, evidenciado en

la disminución de los reportes al SIVIGILA de los casos de Dengue y Malaria.

Entre 2015 y 2021 se registraron 33254 casos de malaria en Antioquia, con una incidencia anual promedio de 6650 casos diagnosticados, con una tasa de incidencia promedio de 102 por cada 100.000 habitantes, comportamiento que es menor al compararse con lo reportado a nivel nacional (9). Para este mismo periodo, las subregiones de Bajo Cauca y Nordeste presentaron un mayor riesgo. En cuanto al comportamiento del evento por municipios en 2021, Vigía del Fuerte presentó la tasa de incidencia más alta del departamento (10.972 casos de malaria por 100.000 habitantes).

En cuanto a mortalidad, Zaragoza en 2022 presenta 1 fallecimiento por esta causa; Antioquia ha permanecido con tasas de mortalidad por malaria inferiores a 1 desde el 2015.

**Mapa 41.** Distribución geográfica de Incidencia y mortalidad por Malaria por 100 habitantes, Antioquia 2022 (preliminar DANE)  
*a. Incidencia (por cien mil habitantes)* *b. Mortalidad (por cien mil habitantes)*



Fuente: Elaboración Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2022

Se puede explicar que la incidencia y muertes por enfermedades transmitidas por vectores mantienen un incremento en la desigualdad según riqueza entre el IPM, debido a que el riesgo de transmisión de estas enfermedades es alto en las áreas rurales, territorios identificados con altas carencias de acceso a servicios (sanitarios, empleo, seguridad); así mismo, la vulnerabilidad de la población rural y la dependencia a otros factores como el clima o comportamiento de los mercados afectan siguiendo estos significativamente la seguridad alimentaria de esta población (10).

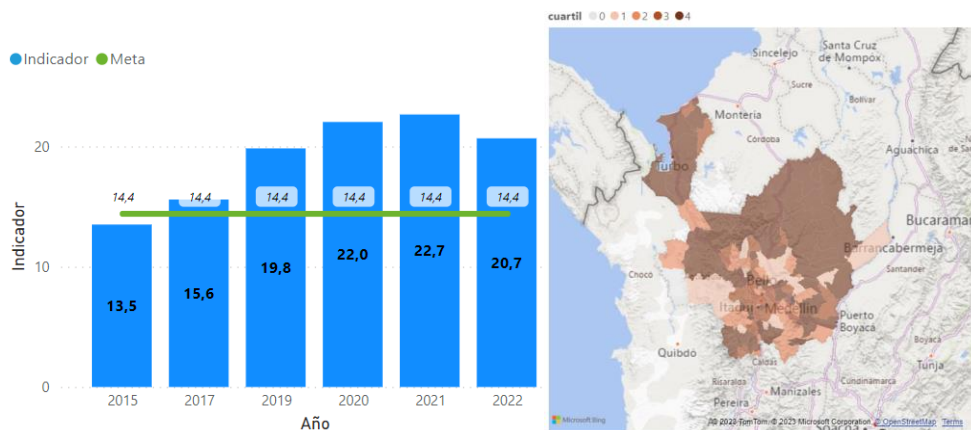
### Salud mental

Se identifica un incremento del 53.3% de las personas atendidas en servicios en salud mental



desde 2015 a 2022, pasando de 13,5% a 20,7%, lo cual representa un incremento en la oferta de estos servicios en el departamento, siendo las subregiones de Occidente, Bajo Cauca, Nordeste y Suroeste aquellas que concentran la mayor frecuencia de estas atenciones en el territorio.

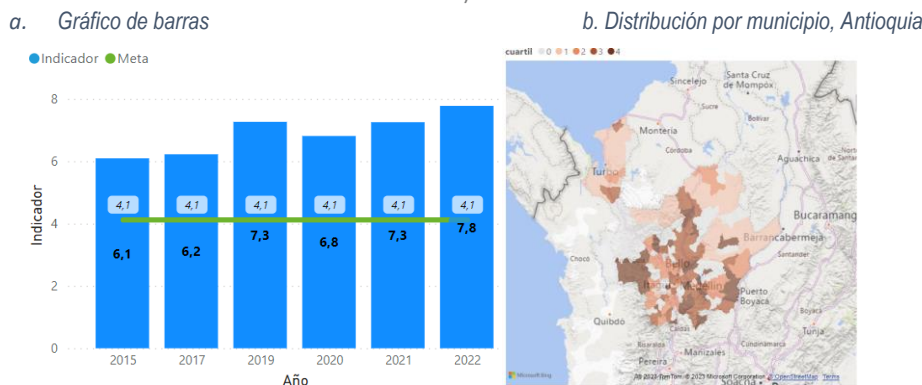
**Figura 264.** Porcentaje de personas atendidas en servicios de salud mental, Antioquia 2022. (preliminar DANE)  
a. Gráfico de barras  
b. Distribución por municipio, Antioquia



Fuente: Elaboración Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2022

En cuanto a la mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (por cien mil habitantes), en Antioquia entre 2015 y 2022 se han presentado en promedio 451 casos con valores que oscilan entre 374 en 2015 y 528 en 2022; la tasa oscila entre 6.1 a 7.8 por cien mil habitantes, representando un incremento del 28% entre 2015 y 2022. Con relación a las subregiones las tasas de suicidio más altas se presentan en Magdalena Medio, Oriente y Norte con una tasa de más de 9 suicidios por 100.000 habitantes. La subregión de Nordeste tiene el indicador más bajo, 2.42 suicidios por 100.000 habitantes(11).

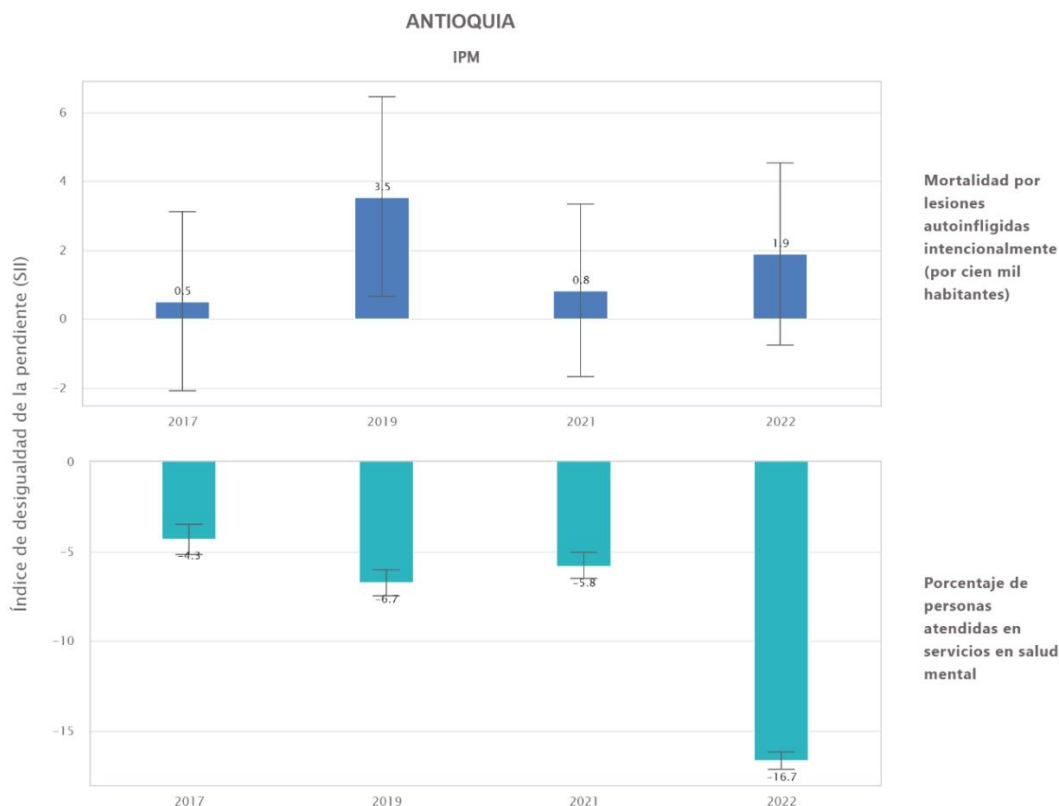
**Figura 265.** Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (por cien mil habitantes, Antioquia 2022 (preliminar DANE).  
a. Gráfico de barras  
b. Distribución por municipio, Antioquia



Fuente: Elaboración Atlas de desigualdades en Salud Antioquia, 2022

La brecha absoluta de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (SII) en el quintil más pobre respecto al quintil más rico representa un exceso de 2 muertes por 100.000 habitantes de Antioquia para 2022; caso contrario sucede al evaluar el porcentaje de personas atendidas en servicios en salud mental, en donde se distingue una marcada brecha de desigualdad entre las poblaciones más pobres del departamento, quienes registran una menor proporción de atenciones frente a la de los territorios más ricos.

**Figura 266.** Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores prioritizados en población general para Salud mental, por quintiles según el IPM, 2022 (preliminar DANE). Antioquia



Herramienta adicional de valoración de la equidad en salud (HEAT Plus): Software para la exploración y comparación de desigualdades en salud en países. Edición para carga de base de datos. Versión 4.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021.

La OMS proporciona esta herramienta sin datos; cualesquiera datos agregados a, o que resulten de, la herramienta son de responsabilidad exclusiva del usuario, no de la OMS.

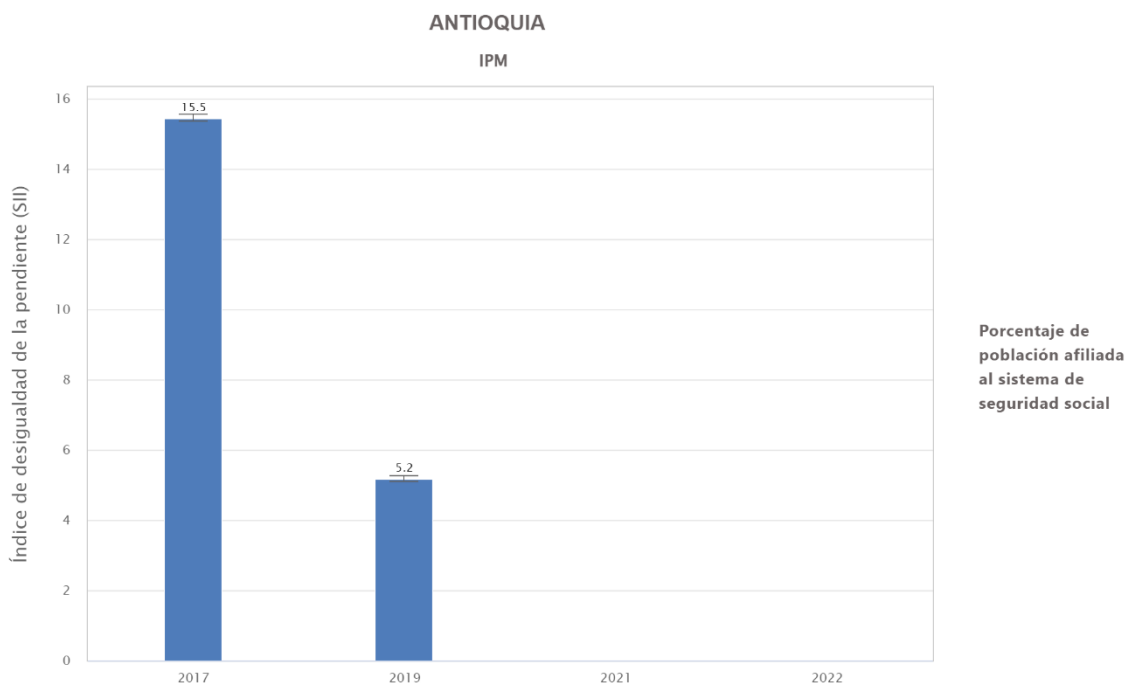
**Fuente:** Elaboración en Herramienta HEAT Plus. Organización Mundial de la Salud

### Cobertura afiliación SGSSS

En términos de afiliación, Antioquia ha alcanzado una meta realmente importante del 99.9%, el reto es sostenerla y mejorar la calidad del servicio, además de la centralización de los

servicios básicos, muy mencionado en la participación poblacional y sectorial. Por su parte, mejorar el problema relacionado con las redes de prestación de servicio es un gran reto, y especialmente en comunidades rurales, donde la información recolectada en la participación, mencionan como gran preocupación, por eso, al 2040 se tendrá el 90% de las redes integradas de prestación de servicio en operación y programas de Atención Primaria en Salud - APS rurales en cada uno de los 117 municipios a cargo del Departamento (11).

**Figura 267.** Índice de desigualdad de la pendiente, indicadores priorizados en población general para afiliación al sistema de seguridad social, por quintiles según el IPM, 2022 (preliminar DANE). Antioquia



Herramienta adicional de valoración de la equidad en salud (HEAT Plus): Software para la exploración y comparación de desigualdades en salud en países. Edición para carga de base de datos. Versión 4.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021.

La OMS proporciona esta herramienta sin datos; cualesquiera datos agregados a, o que resulten de, la herramienta son de responsabilidad exclusiva del usuario, no de la OMS.

**Fuente:** Elaboración en Herramienta HEAT Plus. Organización Mundial de la Salud

#### 4.5. Conclusiones:

El análisis de la situación de salud en Antioquia revela una serie de tendencias y desafíos significativos. La reducción del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) entre 2019 y 2021 refleja avances importantes en la mejora de las condiciones de vida en el departamento, alineándose con la tendencia nacional. No obstante, la persistencia de altos niveles de desigualdad, especialmente en indicadores clave de salud, señala la necesidad de abordar las disparidades socioeconómicas que persisten en ciertas áreas.

El cambio demográfico hacia una población más madura, evidenciado por la disminución de la población joven y el aumento de la esperanza de vida, presenta oportunidades y desafíos en términos de planificación de servicios de salud y enfoques preventivos. La variabilidad en estos indicadores entre subregiones destaca la importancia de políticas y programas específicos adaptados a las realidades locales.

La equidad en salud se erige como un pilar esencial de la justicia social, denotando la inexistencia de disparidades evitables, injustas o corregibles entre diversos grupos de individuos, originadas por sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. Con el propósito de evaluar esta equidad, se han concebido diversas herramientas destinadas a identificar los grupos marginados en las iniciativas de salud y a reducir o eliminar las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud. Estas barreras pueden ser de índole social, económica, ambiental, estructural o conductual. (12). En Colombia, la equidad está en el centro de la discusión política y hace parte de las prioridades nacionales, alineando las estrategias y políticas actuales (Plan decenal de salud pública y Agenda 2023) con el compromiso de “No dejar a nadie atrás” de acuerdo a lo planteado en los Objetivos de desarrollo sostenible (8).

La pandemia de COVID-19 ha dejado huellas significativas en la salud, exacerbando las desigualdades. La magnitud de la desigualdad absoluta en mortalidad materna, mortalidad por diabetes, mortalidad por VIH/SIDA y Mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente, especialmente en los municipios más pobres, revela la carga desproporcionada que la pandemia ha impuesto a los estratos socioeconómicos más bajos. Este hallazgo destaca la importancia de implementar medidas que mitiguen el impacto desproporcionado de la pandemia en comunidades vulnerables.

En el análisis de los indicadores ODS-3 priorizados por curso de vida, se observa una disminución general en la tasa de fecundidad adolescente, indicando el éxito de las intervenciones implementadas. Sin embargo, persisten desafíos, como el aumento en el embarazo subsiguiente en adolescentes, lo que sugiere la necesidad de estrategias continuas y adaptadas a las tendencias emergentes.

El aumento en la atención en salud mental es un indicador positivo, pero las altas tasas de suicidio, especialmente en ciertas subregiones, demandan intervenciones específicas. La brecha en la atención en salud mental entre los quintiles de riqueza destaca la necesidad de garantizar un acceso equitativo a estos servicios.

La alta tasa de afiliación al sistema de seguridad social es un logro importante, pero se necesita un enfoque continuo en la calidad del servicio y la descentralización de los servicios básicos para garantizar una atención equitativa, especialmente en las comunidades rurales.

La alta desigualdad en indicadores de salud, según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM),



resalta áreas críticas que requieren intervenciones focalizadas. La cobertura desigual en indicadores como la vacunación, la incidencia de malaria y la fecundidad adolescente subraya la necesidad de estrategias específicas para abordar las brechas existentes y garantizar que todos los grupos poblacionales tengan acceso equitativo a servicios de salud.

#### 4.6. Bibliografía

1. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. World Health Organization; 2013.
2. Departamento Nacional de Planeación. Índice de pobreza multidimensional en Colombia 2019 – 2021. Disponible en: <https://www.ccb.org.co/observatorio/Analisis-Social/Analisis-Social/Poblacion-pobreza-y-desigualdad/Indice-de-pobreza-multidimensional-en-Colombia-2019-2021>
3. Gobernación de Antioquia. Análisis de la situación de Salud de Antioquia 2021. 2021.
4. Departamento Nacional de Planeación. La Agenda 2023: Objetivos de desarrollo sostenible [Internet]. Disponible en: [https://ods.dnp.gov.co/es/data-explorer?state=%7B%22goal%22%3A%223%22%2C%22indicator%22%3A%223.2.2.G%22%2C%22dimension%22%3A%22DES\\_GEO\\_DEPTOS%22%2C%22view%22%3A%22bar%22%7D](https://ods.dnp.gov.co/es/data-explorer?state=%7B%22goal%22%3A%223%22%2C%22indicator%22%3A%223.2.2.G%22%2C%22dimension%22%3A%22DES_GEO_DEPTOS%22%2C%22view%22%3A%22bar%22%7D)
5. Banco Mundial. Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1.000) [Internet]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT>
6. SISPRO. Indicadores Gestión del riesgo, Cobertura de vacunación [Internet]. Disponible en: <http://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/>
7. Organización mundial de la salud. Cobertura vacunal [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
8. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de salud y protección social. Atlas nacional de Equidad en salud Sostenible: Colombia. 2022.
9. Departamento Nacional de Planeación. Explore los datos [Internet]. Disponible en: [https://ods.dnp.gov.co/es/data-explorer?state=%7B%22goal%22%3A%223%22%2C%22indicator%22%3A%223.3.2.G%22%2C%22dimension%22%3A%22DES\\_GEO\\_DEPTOS%22%2C%22view%22%3A%22bar%22%7D](https://ods.dnp.gov.co/es/data-explorer?state=%7B%22goal%22%3A%223%22%2C%22indicator%22%3A%223.3.2.G%22%2C%22dimension%22%3A%22DES_GEO_DEPTOS%22%2C%22view%22%3A%22bar%22%7D)
10. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, CEPAL. Ruralidad, hambre y pobreza en América Latina y el Caribe [Internet]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44371/1/S1801207\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44371/1/S1801207_es.pdf)
11. Dirección seccional de salud de Antioquia. Análisis de situación de Salud Antioquia 2022. 2022.
12. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud#:~:text=La%20equidad%20en%20salud%20es,%2C%20econ%C3%B3micas%20demogr%C3%A1ficas%20o%20geogr%C3%A1ficas.>



13. Tullo E, Lerea M, Gonzalez R, Galeano J. Desigualdades sanitarias y sociales en la salud materna y del niño en Paraguay. Rev Panam Salud Publica. 2020;
14. Enriquez Nava. Comportamiento y desigualdades sociales en Bolivia. Rev Panam Salud Publica. 2020;



# Situación **materno infantil**

## CAPÍTULO V



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

## CAPÍTULO V SITUACIÓN MATERNO INFANTIL

### 5.1. Mortalidad integrada en menores de 5 años en el departamento de Antioquia

#### 5.1.1. Contextualización:

En la vigilancia en salud pública de la mortalidad en la niñez se priorizan las muertes por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y Desnutrición (DNT), las cuales hacen parte de las enfermedades prevalentes de la infancia que dan cuenta de la situación de salud y sobrevivencia de los niños menores de cinco años. Las muertes por estos tres eventos son consideradas indicadores de desarrollo clave de los países y reflejan la situación de salud pública de la niñez, que evidencia la implementación de las políticas vigentes que se tienen en el país, tales como la Ley 1804 de 2016, la Resolución 429 de 2016, la Resolución 3280 de 2018, entre otras; estas políticas buscan garantizar los derechos a la atención, bienestar y desarrollo integral de la población en primera infancia.<sup>89 90</sup>.

En el mundo, las principales causas de muerte en menores de 5 años se presentan por enfermedades infecciosas dentro de las que se encuentran la neumonía, la diarrea y el paludismo, asociadas a otras causas tales como: parto prematuro, asfixia, traumatismos perinatales y malformaciones congénitas.

Así mismo, la malnutrición constituye un riesgo de muerte en esta población, ya que las enfermedades concomitantes y frecuentes de la infancia como son la diarrea, la neumonía y paludismo, se agudizan en presencia de desnutrición<sup>91</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud-OMS, los factores relacionados con la nutrición, influyen en aproximadamente el 45% de las defunciones de niños menores de 5 años<sup>92</sup>.

Estudios realizados a nivel mundial en los cuales se indagó acerca de los factores que influyen

89

Resolución No. 3280 de 2018 3280.pdf [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

<sup>90</sup> Derecho del Bienestar Familiar [LEY\_1804\_2016] [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1804\\_2016.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1804_2016.htm)

<sup>91</sup> Sánchez JAM. INFORME DE EVENTO VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA), ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) O DESNUTRICIÓN (DNT) EN COLOMBIA-2018. 2019;(04):10

<sup>92</sup> Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

en la identificación, atención y tratamiento de los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, se encontró que factores como la estructura organizativa poco clara, la estructura indefinida de atención nutricional, la mala continuidad de la atención nutricional, el desconocimiento y las habilidades de los profesionales de la salud a la que también se vinculan factores como falta de tiempo y escasez de recursos humanos.<sup>93</sup>

De acuerdo con los análisis realizados por el Instituto Nacional de Salud (INS) en los casos de mortalidad en menores de 5 años que se presentaron en Colombia durante el año 2020, el 35% de los casos tenían madres sin escolaridad o bajos niveles de escolaridad, el 72% correspondía a población afiliada al régimen subsidiado, 61% de los casos se presentó en cabecera municipal, el 32% de los menores de 5 años que falleció a causa de IRA corresponde a población indígena mientras que para EDA fue el 68%.

Desde el año 2014 el INS por medio de la Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública, se vigilan los eventos relacionados a IRA, EDA y DNT en menores de 5 años, y a partir del año 2018 su vigilancia se ejecuta de manera integrada, con la finalidad de articular diferentes sectores para la contribución e intervención oportuna en las causas del evento con miras a la disminución de las cifras de mortalidad.<sup>56</sup> Este proceso de vigilancia en salud pública implica la identificación, la recolección, el análisis individual de los casos, la realimentación a los actores y la evaluación conjunta de los resultados obtenidos, así como la definición de intervenciones y el seguimiento al cumplimiento de las mismas. La vigilancia se hace en el marco de los protocolos y lineamientos establecidos por el INS, y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia-SSSA<sup>94</sup>.

En Antioquia la segunda causa de consulta por ciclo vital en la primera infancia e infancia, son las condiciones transmisibles, dentro de las que se encuentran la IRA, la EDA y los temas relacionados con la nutrición, los cuales, presentaron una disminución entre los años 2019 y 2020. Además, se documentó aumento de consultas por lesiones. De acuerdo con los indicadores emitidos para el año 2020, las atenciones priorizadas en el marco de atención integral en la

<sup>93</sup> Factors for Effective Identification of Patients at Nutritional Risk in Clinical Practice: Thematic Analysis of Qualitative Research. [Internet]. Epistemonikos. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.epistemonikos.org/en/documents/fc9b0103e75aab64cbb4448f195ea6c93fa6ce25>

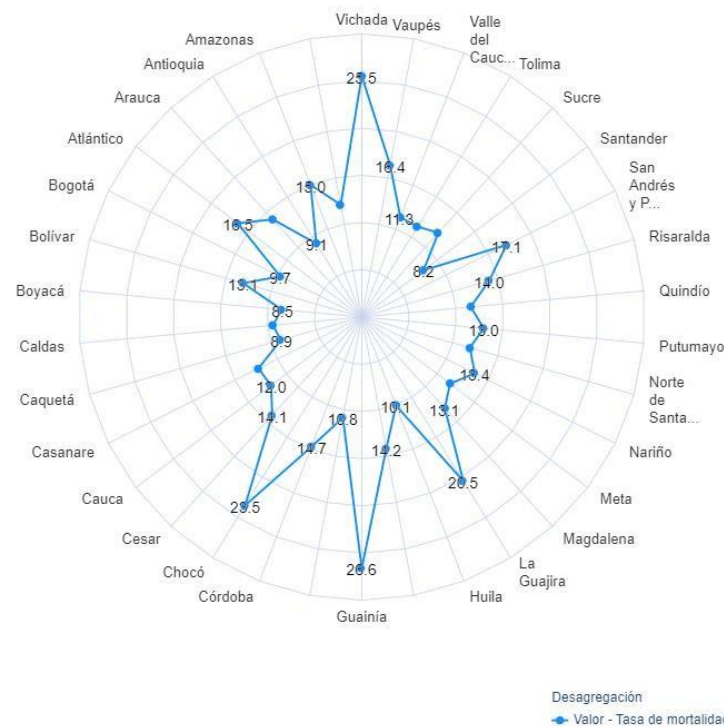
<sup>94</sup> Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por IRA, EDA y DNT, disponible en [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO\\_Mortalidad\\_menores%205a%C3%B1os.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Mortalidad_menores%205a%C3%B1os.pdf)

primera infancia, disminuyeron de un 94% en el año 2019, a un 38% en el año 2020 a razón del confinamiento por lapandemia de COVID-19.<sup>95</sup>

### 5.1.2. Comportamiento del evento en Colombia

En la Figura 213 se presenta la tasa de mortalidad en menores de 5 años, que corresponde al número de defunciones de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos, para el año 2020 en Colombia y sus respectivos departamentos, según lo reportado en el informe “Así Vamos en Salud” (8).

Figura 268. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años en Colombia Año 2020



Fuente. Tomado de informe así vamos en salud, EJE Estado de Salud y a la Dimensión Población Vulnerables (8)

Según Así Vamos en Salud, sólo para el año 2017, 5,2 millones de niños menores de 5 años murieron en todo el mundo. Particularmente, en Colombia, en los últimos 10 años ha venido descendiendo la mortalidad en menores de 5 años de manera sostenida. Así, según datos preliminares, para el año 2020 se registró una tasa de mortalidad de 12.21 por cada 1.000 nacidos vivos, un poco más baja en comparación con la del año 2019 que fue de 13.71 muertes

<sup>95</sup> Documento Análisis de la Situación de Salud ASIS 2021. Departamento de Antioquia.

por cada 1.000 nacidos vivos. Los departamentos más críticos con respecto a este indicador son Chocó, Guainía y Vichada con 30.65, 35.26 y 33.64 de muertes por cada 1.000 nacidos, respectivamente.

Estos departamentos también fueron los que registraron mayor número de muertes de menores de 5 años en el año 2019. Por su parte, los departamentos que menos registraron muertes en menores de 5 años fueron Caldas, Santander y Boyacá con una tasa de 0.15, 8.26 y 8.55 de muertes por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente.<sup>96</sup>

De acuerdo con el Informe de evento vigilancia integrada de muertes en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT emitido por el Instituto Nacional de Salud-INS, durante el 2021 en Colombia se notificaron 906 muertes probables en menores de 5 años por estas causas el 66,07% (604). Del mismo modo, se registró un aumento de notificación de muertes confirmadas en menores de 5 años del 12% con respecto al año 2020. La tasa nacional de mortalidad en menores de 5 años por IRA, EDA o DNT fue de 15,4 muertes por cada 100,000 menores de 5 años, lo cual se considera por debajo de los valores registrados entre los años 2014 a 2019, pero superior a lo registrado en el año 2020 lo cual pone en consideración las modificaciones de las condiciones de desarrollo impuestas por la pandemia por coronavirus 2019<sup>97</sup>.

Las muertes en menores de 5 años por IRA fueron 292 donde el 56% corresponde a sexo masculino y predomina con un 67% de los casos en menores de un año. Así mismo, el 32% corresponde a población indígena, 72% de los casos pertenecía al régimen subsidiado, y el 61% con residencia encabecera municipal y en el 35% de los casos la madre del menor no tenía escolaridad. Con relación a la muerte por EDA en menores de 5 años, se confirmaron 115 casos, el 60% en menores de 1 año, el 52% de sexo masculino, 68% con pertenencia étnica indígena, el 75% perteneciente al régimen subsidiado, el 43% de los casos con residencia en zona rural dispersa y en el 49% de los casos la madre del menor no tenía escolaridad. En la mortalidad por o asociada a DNT, se registraron 197 casos de los cuales el 52 % fue sexo femenino, el 69 % eran

<sup>96</sup> Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años – Georeferenciado [Internet]. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. 2020 [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/poblaciones-vulnerables/tasa-de-mortalidad-en-menores-de-5-anos-georeferenciado>

<sup>97</sup>

Resolución No. 3280 de 20183280.pdf [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)



menores de un año, el 47 % pertenecían a comunidad indígena, el 85 % tenían aseguramiento al régimen subsidiado, el 44 % se presentó en la cabecera municipal y el 47 % de las madres no tenían escolaridad<sup>98</sup>

### 5.1.3. Estado del arte

La mortalidad evitable en menores de cinco años es un indicador de desarrollo de los países y es reflejo de la puesta en marcha de políticas y acciones focalizadas en este grupo poblacional.

La mortalidad por estos tres eventos debe analizarse integralmente, la DNT aguda severa aumentó la incidencia, duración y severidad de las enfermedades infecciosas, de igual manera las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas contribuyen a la DNT, debido a la pérdida de apetito, la mala absorción y la pérdida de nutrientes.

La desnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población, que afecta principalmente a los niños y a las niñas. Se caracteriza por un deterioro de la composición corporal y alteración sistemática de las funciones orgánicas y psicosociales que en algunos casos son irreversibles.

Entre las principales causas de la desnutrición se encuentran: el consumo insuficiente en cantidad y calidad de alimentos, la ausencia o inadecuada lactancia materna y las malas prácticas en alimentación complementaria. También las enfermedades infecciosas y otros factores de riesgo como el bajo peso materno y el bajo peso y talla al nacer. Así mismo, están relacionados con la DNT los determinantes sociales como; el bajo nivel educativo de los padres, los limitados ingresos económicos de la familia, las condiciones insalubres de la vivienda, las necesidades básicas insatisfechas, el hacinamiento, el bajo acceso a agua apta para consumo humano, el maltrato, el abandono entre otros.

Las inequidades en la supervivencia y las perspectivas de la salud de los niños en los diferentes escenarios no es algo aleatorio, es consecuencia de situaciones de desventaja social.

El objetivo de este análisis es describir el comportamiento de las muertes notificadas y confirmadas en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT durante el 2022 en el departamento

<sup>98</sup> Martínez MLO. Informe de evento Vigilancia Integrada de muertes en menor de 5 años por IRA, EDA o DNT

de Antioquia.

#### 5.1.4. Materiales y métodos

Se realizó un análisis de tipo descriptivo retrospectivo de los casos notificados en 2022 al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) por los 125 municipios que corresponden al orden departamental de Antioquia.

La primera fuente de información fueron los certificados de defunción registrados en la base de datos del Registro Único de Afiliados (RUIAF) módulo de nacidos vivos y defunciones proporcionada por la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, del período epidemiológico 1 al 52 de 2022.

El SIVIGILA establece el reporte obligatorio e inmediato de los casos de muertes por y asociadas a IRA, EDA y DNT, el cual se usó como segunda fuente. En el SIVIGILA, se revisaron cuatro (4) códigos para mortalidad por IRA, EDA y DNT: 591 Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y/o Desnutrición, 345 ESI - IRAG (Vigilancia centinela) y 348 Infección Respiratoria Aguda Grave IRAG inusitada y 605 Enfermedad Diarreica Aguda por Rotavirus.

Con relación a la recolección de información y el análisis de los casos, una vez se identificaron los eventos se solicitó a cada una de las instituciones que participaron en el proceso de atención la historia clínica correspondiente, la cual se constituyó en una de las fuentes de información para el análisis individual junto con el certificado de defunción y la investigación epidemiológica de campo (realizadas por la Dirección Local de Salud del municipio de residencia).

El análisis de las muertes asociadas a enfermedad respiratoria, enfermedad diarreica y desnutrición aguda moderada o severa, lo realizó un comité multidisciplinario el cual revisó en detalle la documentación obtenida del proceso de atención de la enfermedad de los niños y las entrevistas familiares, con el fin de evaluar la atención recibida por los menores en las instituciones de salud y clasificarlo de acuerdo con las definiciones del INS. La clasificación final se realizó a partir de las siguientes categorías: caso probable, caso confirmado y descartado.

#### 5.1.5. Definiciones de caso.

Caso probable de muerte por IRA, EDA o DNT en menor de 5 años:



- Todo niño fallecido menor de cinco años que tenga registrado en la cascada fisiopatología del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) DNT o deficiencias nutricionales, enfermedad diarreica aguda o infección respiratoria aguda.

Caso confirmado de muerte por IRA, EDA o DNT en menor de 5 años:

- Todo niño fallecido menor de cinco años que tenga registrado en la cascada fisiopatología del certificado de defunción (causa directa, relacionadas y otros estados patológicos) DNT o deficiencias nutricionales, enfermedad diarreica aguda o infección respiratoria aguda y se confirme por unidad de análisis.

### Caso descartado de muerte por IRA, EDA o DNT:

- Todo niño fallecido menor de cinco años en el que se descarta mediante unidad de análisis la presencia de infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o DNT.

En los casos que se presenten patologías de base, no cumplirían para la definición operativa de caso, ni para EDA, ni para IRA ni para desnutrición. En los casos en donde se evidencie durante el análisis de la muerte que se encuentran IRA - Desnutrición, EDA - Desnutrición dentro de la cascada fisiopatológica del certificado de defunción, se establecerá que la causa básica de la muerte es la desnutrición de acuerdo a lo establecido en el CIE 10 en su volumen No. 2. Se recomienda no dejar asociaciones dentro de la clasificación final del caso.

### 5.1.6. Hallazgos

En el departamento de Antioquia, para el año 2022, se presentaron 47 muertes en menores de 5 años por IRA, EDA y Desnutrición, de los cuales la mayor incidencia la aportó la mortalidad por IRA con 29 casos, para una tasa de 6,27 muertes por cien mil menores de 5 años, le sigue la mortalidad por desnutrición con 11 casos, con una tasa de 2,37 muertes por cien mil menores de 5 años. Por último, la mortalidad por enfermedad diarreica aguda que presentó 7 casos, para una tasa 1,27 muertes por cien mil menores de 5 años. El 55% de las muertes, por IRA, se presentaron en los menores de un año. En la evaluación del lugar de residencia de los casos de mortalidad por infección respiratoria aguda, para el año 2022, predominó el área urbana con 65,52% de los casos. Con relación al tipo de seguridad social se encontró que el 58,62%

pertenece al régimen subsidiado, el 27,59% al régimen contributivo y el 10,34% no estaba afiliado a la seguridad social.

Las EAPB que presentaron las mayores tasas de mortalidad en Antioquia por IRA en el año 2022 fueron: AIC, con 65,80 muertes por cien mil menores de 5 años, Salud total con 12,46 y Coosalud con 7,55 muertes por cien mil menores de 5 años. Las subregiones con las mayores tasas de mortalidad por IRA en el año 2022 fueron: Urabá, Occidente y Valle de Aburrá. Los municipios más afectados por la mortalidad en menores de 5 años para la infección respiratoria aguda fueron: Cañasgordas, San Carlos y Vigía del fuerte.

Los casos de mortalidad por desnutrición en el año 2022 se presentaron en su mayoría en los menores de un año, con el 55% de ellos.

Según el lugar de residencia, la distribución fue por igual en el área rural dispersa como en la cabecera municipal con el 36,36%. El centro poblado representó el 27% de los casos.

En la evaluación de las subregiones para el evento de la mortalidad por desnutrición en el año 2022, Occidente, Bajo Cauca y Urabá presentaron las tasas más altas con valores de 15,94; 10,18 y 7,11 muertes por cien mil menores de 5 años, respectivamente.

Los municipios de Murindó Frontino y Vigía del fuerte, presentaron las tasas más altas en el departamento de Antioquia para la mortalidad por desnutrición en el año 2022.

Al tener en cuenta la población a cargo de las EAPB, las tasas de mortalidad por desnutrición más altas las presentan AIC, Ecoopsos y Salud Total, para el año 2022, en nuestro departamento.

Los casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, en el Departamento, para el año 2022 fueron más frecuentes en los menores de un año, con un porcentaje del 71, 43%, de ellos.

La distribución porcentual con relación al área de residencia, para los casos de mortalidad por EDA es la siguiente: el área rural aportó el 57,14% de los casos y el área urbana contribuyó con el porcentaje restante.

Con relación a la mortalidad por EDA, las subregiones de Occidente, Urabá y Valle de Aburrá presentaron las mayores tasas con valores de 10,62; 7,11 y 0,42 muertes por cien mil menores de 5 años. AIC, presenta la mayor tasa de mortalidad por EDA, en Antioquia para el año 2022, con un valor de 32,90

muerres por cien mil menores de 5 años, seguida de Sura y Savia salud.

Los menores de un año aportaron el 55% de los casos para el evento de mortalidad por desnutrición, en la mortalidad por IRA aportaron igual porcentaje, y para la enfermedad diarreica aguda, representaron el 71,43%. Datos que demuestran la gran necesidad de atención que requieren los menores de un año para impactar de una manera contundente esta problemática social que se presenta. Al correlacionar con el nivel municipal coexisten con bajas coberturas de vacunación, bajo porcentaje de gestantes con cuatro o más controles prenatales y altas tasas de embarazo adolescentes.

Con relación a la comunidad indígena, esta representa el 45% de los casos de mortalidad por desnutrición, el 28% de los casos de enfermedad diarreica aguda y el 13% de los casos infección respiratoria aguda. Los municipios que presentaron mortalidad por desnutrición en población indígena fueron Chigorodó, Frontino, Murindó y Dabeiba. Los municipios de Turbo, Vigía del fuerte, frontino y Medellín presentaron muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años en población indígena. Los municipios de Dabeiba y Murindó presentaron un caso cada uno, de mortalidad por EDA en población indígena.

### 5.1.7. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional MANA

La primera infancia es un periodo de alta importancia para de vida del ser humano, ya que en ellase producen grandes y permanentes cambios que incidirán en etapas posteriores de la vida. Dependiendo de la nutrición obtenida durante los primeros cinco años, se derivarán implicaciones importantes para la su salud, la habilidad de aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y demandas que emergen con lastransiciones mundiales. Una buena nutrición es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños y niñas de por vida.

Los efectos de la desnutrición en la primera infancia son devastadores y duraderos, pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así incluso la futura productividad en el trabajo y el desarrollo del país. Teniendo en cuenta que las principales causas de la desnutrición aguda y del retraso en talla, están relacionadas con episodios de enfermedades infecciosas a repetición y con la inseguridad alimentaria del hogar, que conlleva a una dieta inadecuada o insuficiente, es imprescindible y

urgente incorporar programas y proyectos que además de brindar complementación alimentaria incorporen procesos educativos dirigidos a fortalecer intervenciones que favorezcan la lactancia materna, integren el manejo adecuado de agua, saneamiento básico e higiene y principalmente que promuevan un trabajo articulado e intersectorial que intervenga las causas estructurales y los determinantes, lo que repercutirá en la calidad de vida de las personas e incluso en la productividad del país.

Las estadísticas con relación al estado nutricional que se observarán en este apartado son gracias a la constitución del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (ODSAN) y el sistema de información SISAN, que permite hacer seguimiento y control a los proyectos y estrategias de la Gerencia y su implementación territorial en los 125 municipios y/o Distrito de Antioquia. A través de esta información se promueve la creación de iniciativas que movilicen el sistema alimentario y nutricional del departamento, mediante procesos de gestión del conocimiento, con el objetivo de producir y analizar data de interés en seguridad alimentaria y nutricional, motivando la toma de decisiones asertivas y el uso efectivo de estos resultados, adaptados a las necesidades propias del territorio.

Es de aclarar que dicha información no es de representatividad estadística y por tanto no son datos extrapolables a la población Antioqueña ya que en su mayoría corresponden a personas población/ vulnerable adscrita incluso a proyectos sociales, lo cual puede incidir en cifras de mayor criticidad al compararlos con estudios de representatividad departamental, sin embargo, esta información puede indicar tendencias situacionales, que deben ser de interés para la vigilancia y control del estado nutricional, dado que favorecerán el direccionamiento de acciones estratégicas que se pueden implementar en materia de salud y seguridad alimentaria.

### **5.1.7.1. Evaluación del estado nutricional en niños y niñas menores de 4 años en Antioquia con enfoque diferencial.**

#### **5.1.7.1.1. Indicador de peso para la talla**

El peso para la talla es un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud/estatura y da cuenta del estado nutricional actual del individuo independiente de la edad<sup>66</sup>. Cuando este indicador está por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar los niños y niñas se clasifican con desnutrición aguda y por debajo de -1 desviación estándar la clasificación es de riesgo. La alteración de este indicador está asociada a alta morbimortalidad que se presenta



por la pérdida de peso reciente y acelerada o de otro tipo de incapacidad para ganar peso, que se da en la mayoría de los casos por un bajo acceso y consumo de alimentos o la presencia de enfermedades infecciosas que ponen en riesgo la vida del menor<sup>99</sup>.

El peso para la talla es un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud/estatura y da cuenta del estado nutricional actual del individuo independiente de la edad. Cuando este indicador está por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar los niños y niñas se clasifican con desnutrición aguda y por debajo de -1 desviación estándar la clasificación es de riesgo. La alteración de este indicador está asociada a alta morbilidad que se presenta por la pérdida de peso reciente y acelerada o de otro tipo de incapacidad para ganar peso, que se da en la mayoría de los casos por un bajo acceso y consumo de alimentos o la presencia de enfermedades infecciosas que ponen en riesgo la vida del menor<sup>100</sup>.

La distribución porcentual de los menores de 4 años con pertinencia étnica, registrados en la plataforma SISMANA y evaluados por el indicador peso para la talla durante el año 2021 fue de 3.1%; el 1.1% corresponde a menores identificados como afrodescendientes y el 2.0% correspondió a menores Indígenas. Es de resaltar que un importante número de población indígena registrada en el último año en la plataforma SISMANA, corresponde a las valoraciones nutricionales efectuadas por la estrategia de Unidad de alertas tempranas de la Gerencia MANA, quienes realizan gran parte de sus acciones en zonas rurales dispersas, muchas de ellas de difícil acceso.

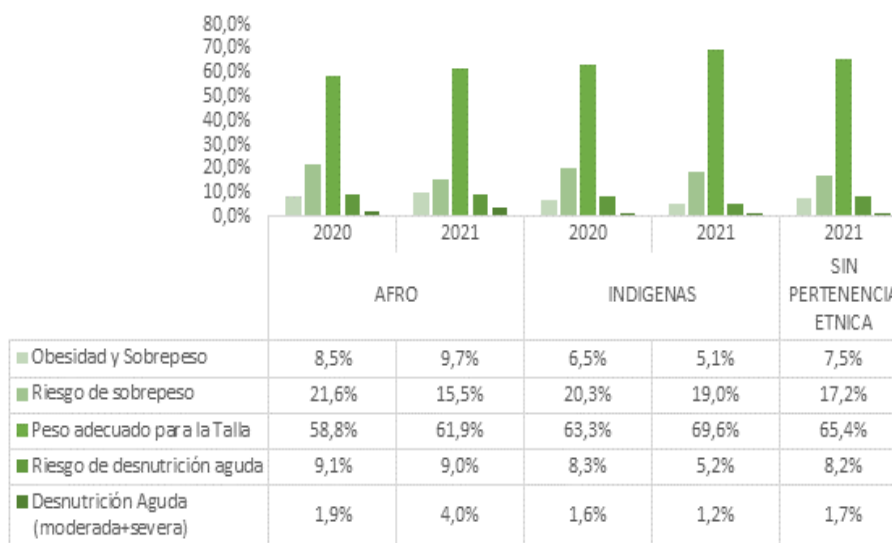
En el último período de evaluación se evidenció que el riesgo o alteraciones nutricionales tanto por déficit como por exceso, se presentaron en el 38% de los niños y niñas afrodescendientes, en el 35% de los menores sin registro pertenencia étnica y en el 30% de los niños y niñas indígenas. En todos los grupos, el sobrepeso y la obesidad fueron superiores a la desnutrición aguda para los períodos 2019 y 2021. Al analizar específicamente la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) se identificó un incremento de 1.2 puntos porcentuales en los menores afrodescendientes, por el contrario, en los niños y niñas indígenas se presentó un descenso de 1.5 puntos porcentuales para dicha clasificación.

<sup>99</sup> Resolución 2465 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016 [Internet]. República de Colombia; 14 de junio 2016 [Consultado 12 de diciembre noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion\\_no\\_2465\\_del\\_14\\_de\\_junio\\_de\\_2016.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no_2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf)

<sup>100</sup> Resolución 2350 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2350 de 2020 [Internet]. República de Colombia; 17 de diciembre de 2020 [Consultado 10 de diciembre 2022] [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf)

En cuanto a la malnutrición por déficit, para el año 2021, se identificó una tendencia al descenso en la clasificación de desnutrición aguda para niños y niñas indígenas; representado en una disminución de 0.5 puntos porcentuales, mientras que para la población afrodescendiente se evidenció un aumento de 2 puntos porcentuales respecto al año 2020. Estos resultados pueden estar relacionados con varias razones: si bien la pandemia limitó la pertenencia a programas de acceso a los alimentos, programas de promoción y prevención de la enfermedad para todos los grupos etarios; las condiciones específicas de la población indígena, tales como, la duración de la lactancia materna exclusiva y la siembra de alimentos en sus territorios, pudo evitar un recrudecimiento en el indicador de morbilidad por desnutrición aguda.

Figura 269. Estado nutricional según indicador peso para la talla en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA

### 5.1.7.1.2. Indicador talla para la edad:

La talla para la edad es un indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad. Da cuenta del estado nutricional histórico o acumulativo.<sup>66</sup> Cuando este indicador está por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar, los niños y niñas se clasifican con talla baja para la edad o retraso en talla y por debajo de -1 desviación estándar la clasificación es de riesgo de talla baja según los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la

Salud<sup>101</sup>.

El retraso en talla es un proceso gradual y acumulativo, con graves consecuencias a corto plazo en el desarrollo de las capacidades durante la infancia y puede ser un predictor de la calidad de vida durante la edad adulta, principalmente producto de una nutrición inadecuada y brotes de infección repetidos durante los primeros 1000 días de vida.

El retraso del crecimiento tiene una serie de efectos irreversibles a largo plazo para los individuos y las sociedades, dentro de los principales se asocia con disminución del desarrollo cognitivo y físico, afectaciones a la salud, reducción de la capacidad productiva, y aumento del riesgo de enfermedades degenerativas como la diabetes<sup>102</sup>.

El análisis del indicador de talla para la edad (T/E) en los menores registrados en la plataforma SISMANA (n: 196.302) para el año 2021, indica que los niños y niñas afrodescendientes son quienes presentan superior adecuación de su estatura de acuerdo a su edad, sin embargo, en este mismo grupo también se identifica mayor incremento de riesgo de talla baja y talla baja.

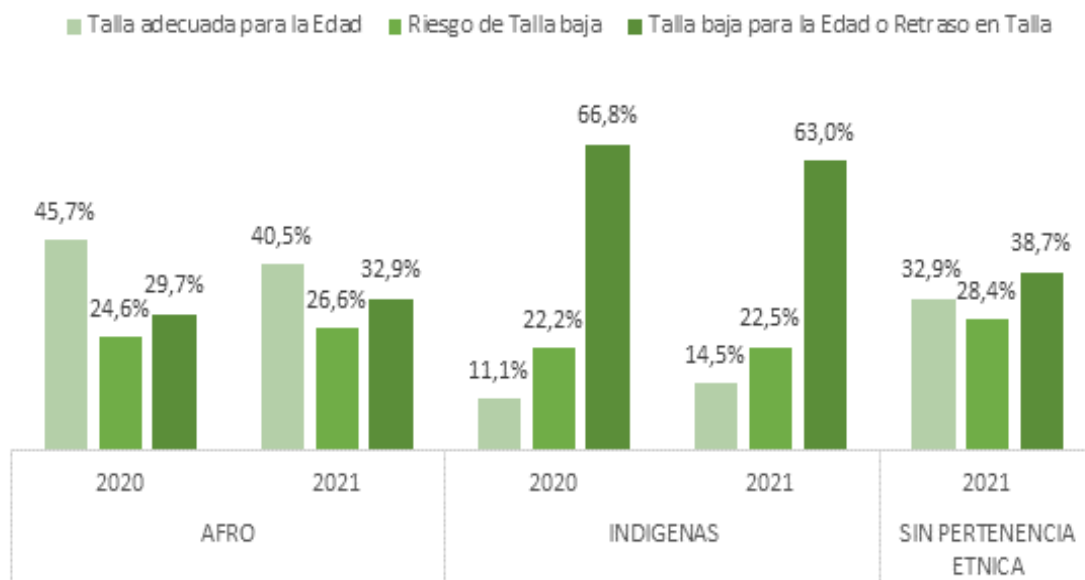
La clasificación de retraso en talla de la población indígena (63%), evidencia que este dato corresponde a casi el doble de lo encontrado en las valoraciones realizadas al grupo de personas afrodescendientes (32,9%), representado en un aumento de 33.9 puntos porcentuales y superando también los datos obtenidos de la población clasificada como sin pertenencia étnica del año 2021, correspondientes a 24.3%. En todos los grupos evaluados se superan significativamente las estadísticas reportadas de este indicador según lo reportado en el perfil alimentario y nutricional de Antioquia 2019 (10%). El origen del retraso en talla obedece a factores multicausales, los más referenciados están asociados a la falta de accesibilidad a agua potable, saneamiento básico, alimentos de calidad nutricional y al ingreso limitado a programas de promoción y prevención como vacunación y crecimiento y desarrollo. Estos factores de riesgo pudieron estar presentes en gran parte de la población identificada con alteraciones en el indicador talla para la edad y son evidentes principalmente en el grupo de población indígena atendida en zonas rurales dispersas, cabe destacar, que las altas prevalencias

<sup>101</sup> WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A joint statement. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf), página consultada el 10 de diciembre de 2014).

<sup>66 102</sup> WHO. Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A joint statement. [Internet]. Ginebra; 2009 [Consultado 19 noviembre 2014]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf)

históricamente reportadas en la población indígena también pueden estar influenciadas por condiciones culturales donde los cuidados prenatales que las mujeres indígenas implementan, inciden en la afectación del crecimiento de sus hijos, pues disminuyen de manera intencional la ingesta alimentaria, evitando altas ganancias de peso en sus bebés para prevenir cesáreas y la atención en entidades de salud, hecho que incide de manera directa en los indicadores de estatura y con repercusiones que se pueden prolongar durante el resto del ciclo vital.

Figura 270. Estado nutricional según el indicador de talla para la edad en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA

### 5.1.7.1.3. Peso para la edad

El peso para la edad es un indicador primario que relaciona el peso con la edad sin contemplar la estatura de los niños y niñas menores de 5 años. También denominado desnutrición global cuando su medición se encuentra en -2 desviaciones estándar, lo que indica bajo peso para una edad específica, considerando el patrón de referencia.

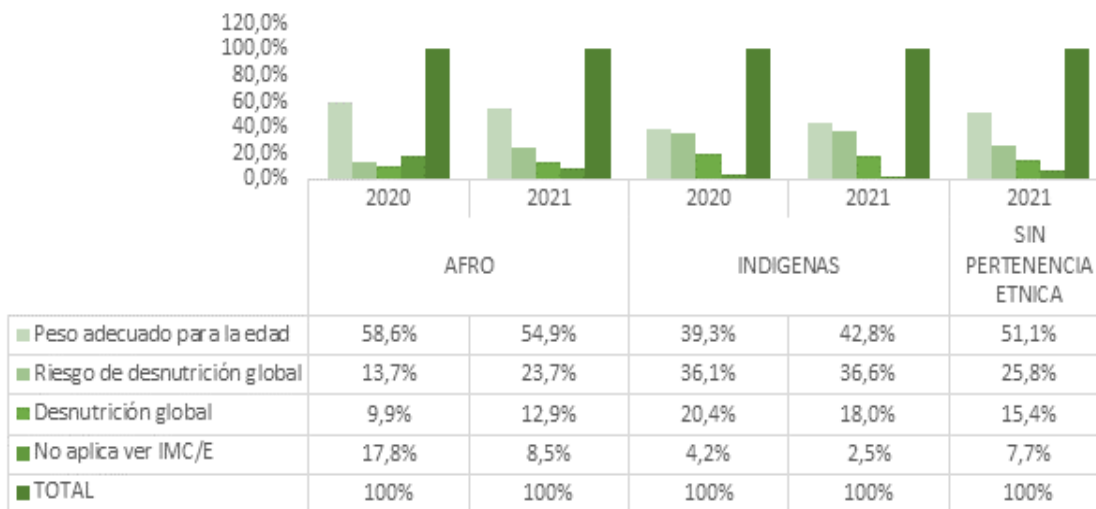
Al analizar el indicador peso para la edad en su clasificación de adecuación se identifica que para el año 2021 tanto en los menores afrodescendientes como en los niños y niñas y sin pertenencia étnica se logró una adecuación del indicador en más de la mitad de los menores valorados, por su parte los niños y niñas indígenas alcanzaron solo un 43% de adecuación del



peso de acuerdo a la edad; del mismo modo es en este último grupo donde se presenta mayor riesgo y desnutrición global lo que puede obedecer a la insuficiente ganancia de estatura característica de esta etnia.

La clasificación de IMC para la edad puede estar asociada a los altos pesos identificados según la edad presentada en los menores, lo cual puede obedecer a su crecimiento lineal o al exceso de peso que efectivamente se presenta en el menor. En su orden se identifica las mayores proporciones de esta clasificación es para los afrodescendientes, seguidos de los niños y niñas sin identificación de pertenencia étnica y finalmente los indígenas, dicho resultado podría asociarse con diagnóstico de riesgo o exceso de peso.

**Figura 271.** Estado nutricional según indicador peso para la edad en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA

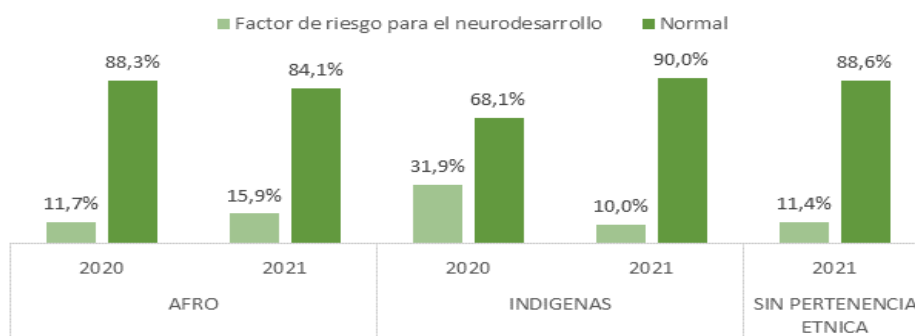
### 5.1.7.1.4. Indicador perímetro cefálico:

La medición del perímetro cefálico para la edad (PC/E) indica el crecimiento del encéfalo, la evolución de los huesos del cráneo y se emplea como parte de la detección de posibles alteraciones neurológicas o del desarrollo en los niños y niñas menores de cinco años.

El indicador de perímetro cefálico en los menores registrados en SISMANA durante 2021 (n: 10.029) de acuerdo a la pertenencia étnica, indica que, si bien para el grupo de niños y niñas

indígenas y son pertenencia étnica, aproximadamente 1 de cada 10 menores presenta factor de riesgo para el neurodesarrollo, pero esta proporción fue superior en los niños y niñas afrodescendientes, pues se presentó un incremento de 5.9 puntos porcentuales frente a los niños y niñas indígenas y de 4.5 puntos porcentuales frente a los menores sin identificación de pertenencia étnica.

**Figura 272.** Factor de riesgo para neurodesarrollo según indicador perímetro cefálico en menores de 5 años, con enfoque diferencial. SISMANA, Antioquia: 2020 - 2021.



Fuente. Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-MANA

### 5.1.8. Impacto de la Pobreza y desigualdades en salud

Para impactar positivamente las poblaciones vulnerables, especialmente niños y niñas menores de 5 años, es primordial comprender el hecho de que los servicios de salud aportan a disminuir el 11% de la morbilidad, el estilo de vida el 43%, el entorno 19% y la biología humana el 27%; pero los servicios de salud asumen el 90% de la responsabilidad sobre el resultado, información que da soporte a la necesidad de trabajar intersectorialmente para ser más efectivos.

La pobreza es una expresión indirecta de la cohesión, la estructura social y su evolución hacia la equidad, variables determinantes de los resultados en salud. Antioquia es un departamento que ha mantenido altos y preocupantes niveles de pobreza por sus dinámicas poblacionales tan heterogéneas, el Índice de Pobreza Multidimensional Municipal \_IPM (Fuente Censal, según DANE, ENCV 2018), está conformada por cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo y condiciones de la vivienda y acceso a servicios públicos; a continuación se expone la correlación entre la tasa de mortalidad en menores de 5 años y el IPM.

Tabla 177. Correlación entre la tasa de mortalidad en menores de 5 años y el IPM. Antioquia, 2019

Subregión	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años 2019	IPM 2019
Bajo Cauca	13,3	28,5
Uraba	15,7	26,6
Occidente	12,5	24,7
Suroeste	15,3	22,3
Norte	10,4	20,3
Magdalena Medio	20,2	20,1
Nordeste	8,3	17,9
Oriente	10,4	17,4
Valle de Aburra	8,6	7,8

Fuente. Construcción propia SSSA.

Las mayores tasas de mortalidad en menores de 5 años se registraron en los quintiles de mayor pobreza multidimensional, siendo determinantes intermedios de los desenlaces fatales, factores como la falta de educación, las bajas coberturas en el aseguramiento en salud y el precario acceso a servicios básicos. Se observa que la tasa de mortalidad en menores de 5 años fue inferior en las subregiones de Valle de Aburrá, Oriente y nordeste, las cuales registran los menores índices de pobreza multidimensional.

Como factor concomitante a la desnutrición infantil, la tasa de mortalidad materna para las subregiones más pobres fue en promedio 40,1 muertes por cada 100.000 nacidos vivos frente a la tasa de mortalidad de los más ricos que fue de 36,8; sin diferencias significativas. El acceso a servicios de salud y la calidad en la atención son factores que predominan, en 31 unidades de análisis se evidencia: deficiencia de la calidad en la atención 31, no consulta preconcepcional (25), falta de camas (3) y percepción negativa de sistema de salud (3). (ASIS, 2021)

El IPM por Subregiones en los últimos 5 años presenta una variación larvada, es así como en Bajo Cauca, el IPM máximo se registra en el municipio de Nechí, con 53.2% y 46.5 para el 2017 y 2019 respectivamente, con una correlación espacial persistente. Le siguen las subregiones de Urabá y Occidente, donde se observa que, en su mayoría, la población corresponde a grupos vulnerables como desplazados, migrantes, indígenas, afrodescendientes, mujeres niños y niñas menores de 5 años; y personas en situación de discapacidad.

### Conclusiones y recomendaciones

La tendencia de la mortalidad para los eventos de IRA y Desnutrición analizados en el año 2022, con relación al año inmediatamente anterior, fue al ascenso con predominio en los menores de 1 año. Teniendo en cuenta el comportamiento por subregiones, para el evento de mortalidad por IRA, las más afectadas fueron: Urabá, Occidente y Valle de Aburrá. Para el evento de mortalidad por desnutrición fueron: Occidente, Bajo Cauca y Urabá. Para el evento de mortalidad por EDA resaltaron: Occidente, Urabá y Valle de Aburrá. Situación que da cuenta de las condiciones que enmarcan a los hogares de estos territorios, de ahí la importancia de las acciones intersectoriales en el marco de la atención integral, orientadas a intervenir de forma estructural a la población y de esta manera contribuir en la disminución de la mortalidad en los menores de 5 años. Además, estas subregiones presentan condiciones que agudizan aspectos tales como: la identificación y atención con oportunidad y calidad, en el entendido que son territorios con comunidades aisladas dispersas, población étnica y grupos al margen de la ley.

Con relación a la IRA su predominio es al sexo masculino, en cuanto a lugar de residencia se destaca mayor proporción los casos en área urbana. En relación con el régimen de aseguramiento el subsidiado presentó mayor proporción de casos durante el periodo analizado. Las EAPB con mayores tasas fueron: AIC, Salud total y Coosalud; así mismo, las mayores tasas de mortalidad por IRA se presentaron en los municipios de Cañasgordas, San Carlos y Vigía del Fuerte.

En cuanto a la desnutrición, para el año 2022 su predominio de casos se dio por igual en el área rural y en el centro poblado. La tasa de mortalidad más alta por municipios fue la siguiente: Murindó, Frontino y Vigía del fuerte. Así mismo, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB que destacan por las tasas más altas fueron: AIC, ECOOPSOS y SALUD TOTAL. Al analizar la mortalidad por EDA, según lugar de residencia, el predominio corresponde a área rural dispersa, con predominio en los menores de un año.

En cuanto a la afectación por subregiones Occidente, Urabá y Valle de Aburrá fueron las más afectadas. Las tasas de mortalidad más altas por municipios corresponden a Murindó, Dabeiba y Turbo. Según la EAPB, AIC, SURA y SAVIA SALUD presentan el mayor riesgo de morir por EDA.

Esta diferenciación por patología y sus características principales, debe encaminar las acciones de promoción y prevención de manera articulada con las EAPB involucradas, centrando la atención en las áreas sociodemográficas más afectadas y generando seguimiento a los planes



de mejora.

En lo referente al comportamiento de algunas variables asociadas al eje central del análisis del Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), las que se presentaron en mayor proporción, como explicación al evento, fueron la zona de residencia, pertenencia étnica y las políticas de protección social basadas en el manejo social del riesgo y garantía de derechos en salud: afiliación efectiva seguridad social, asistencia al esquema de vacunación; estas son una constante para la explicación del evento.

La disminución de las tasas de incidencia de IRA, EDA y DNT y la tasa de mortalidad en menores de 5 años forman parte de los principales indicadores de seguimiento, además de ser objetivos trazadores en el marco político que legisla y protege los derechos de los niños y niñas; el alcance de estos objetivos solo puede lograrse a través de la articulación de todos los sectores políticos y sociales que comprenden el entorno en el que el niño se desarrolla.

Dado que este análisis de información deja en evidencia que la población no asegurada y aquella que pertenece al régimen subsidiado tiene más riesgo de morir a causa de IRA, EDA y DNT, se plantea la realización de trabajo articulado con los entes sanitarios, EAPB e IPS, donde se generen acuerdos que propicien el impacto en materia de oportunidad en la atención, seguimiento individualizado a los casos identificados, disminución de barreras de atención frente al aseguramiento, relacionadas con la portabilidad y contratación con sus redes prestadoras de servicios de salud, cuantificación de personal especializado en pediatría, entre otras.

Con relación al retraso tipo uno, falta mayor claridad en los signos de alarma que se recomiendan a los padres y cuidadores. En ocasiones se presentan retrasos injustificados que amenazan la vida de los niños, por desconocimiento de los cuidadores del momento oportuno de la consulta al centro de salud. Dicho lo anterior, es necesario fortalecer la vigilancia en salud pública con base comunitaria para empoderar a actores comunitarios clave, en la identificación de signos de alarma que ameriten la consulta y establecer estrategias de Información, educación y comunicación a la población en general para promover la transformación de factores de riesgo asociados a los eventos.

Por otro lado, entendiendo que los factores sociodemográficos como la pertenencia étnica y la zona de residencia, tienen influencia en indicadores de incidencia y mortalidad, se recomienda la implementación de un Modelo Integral de salud con Enfoque diferencial y territorial, por lo

cual todos los actores: comunidades indígenas, afrodescendientes y demás identificadas, ESE, Secretarías de Salud, Direcciones Locales de Salud, EAPB e IPS, programas de infancia, nutrición y salud sexual y reproductiva y demás entes gubernamentales, se deben sensibilizar en materia de prevención, detección y atención con enfoque étnico. Se recomienda desarrollar acciones desde la validación de necesidades encontradas en visitas al territorio. Esta sensibilización puede efectuarse por medio del fortalecimiento de los equipos básicos en salud y a través de diálogos con las comunidades donde se aborden los temas de IRA, EDA y DNT con conceptos técnicos enfocados y contextualizados al territorio, incluyendo abordaje de prácticas alimentarias, prevención de estas enfermedades, identificación y detección temprana, manejo y cuidados en casa, identificación de signos y síntomas de alarma, acciones educativas a la población gestante, y trabajo articulado sobre aquellas condiciones que favorezcan el entorno donde los niños y sus familias se desarrollan.

El retraso tipo 4 es el que más se destaca de acuerdo con la información obtenida mediante las unidades de análisis realizadas. La realización del triage adecuado y oportuno en los niños, es una falencia que se repite en los análisis de las muertes de los menores de 5 años, el diligenciamiento de historia clínica, con los parámetros completos de los signos vitales, valoración nutricional, en muchas ocasiones no se registra de manera adecuada. Las notas de evolución no se realizan de forma oportuna ni completa según la gravedad de los pacientes.

Con relación al ingreso oportuno de los niños a la Ruta de Atención integral de promoción y mantenimiento de la salud, la mayoría, no asistían en forma regular, no presentaban la revisión del recién nacido a los siete días de vida, el ingreso al mes de edad, la revisión de la lactancia y la vacunación completa. Lo que de manera adicional refleja la necesidad de mejorar estrategias de seguimiento individualizado de los casos.

Según lo anterior es necesario establecer acciones de seguimiento y acompañamiento a las Direcciones Locales de Salud, EAPB y las IPS para la implementación de las rutas integrales de atención en salud, las cuales son una herramienta efectiva para disminuir la presentación de estos eventos y continuar con el fortalecimiento de las capacidades técnicas con los actores del sistema con el fin de promover la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud y las acciones de Inspección y Vigilancia, teniendo en cuenta que se cumplan a cabalidad los protocolos de atención para IRA, EDA y desnutrición.

La sala situacional de mortalidad en menores de 5 años se conforma durante el 2022 en la



gobernación de Antioquia con el fin de analizar información contenida en otras fuentes informativas como SISMANÁ para identificar la población a riesgo de enfermar en el Departamento, en especial por desnutrición, como estrategia para la prevención e intervención temprana disminuyendo el riesgo de progresión de la enfermedad y de muerte. Dentro del plan de acción de la sala situacional para el abordaje de la mortalidad en menores de 5 años se priorizan acciones tales como la estandarización constante en materia de valoración nutricional y toma de medidas antropométricas según grupo etario, mediante encuentros participativos en 30 municipios se articularán planes para involucrar otros actores como agentes educativos que atienden programas de primera infancia, docentes de escuelas rurales, actores comunitarios y fortalecimiento de roles y competencias del equipo de salud. Adicional a lo anterior, la hoja de ruta para integrar los sistemas de información de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, MANÁ y Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia-SSDIPI se encuentra en fase de implementación.

La notificación oportuna de los casos por parte de las Unidad Primaria Generadora de Datos-UPGD con el seguimiento de las secretarías y direcciones locales de salud es muy importante para la consolidación de los casos que se presentan. Algunos casos se notifican en fechas posteriores a su fallecimiento e incluso con un año de atraso. Situación que dificulta la realización oportuna de las unidades de análisis, envió oportuno al INS, así como la consolidación del tablero de problemas, y por ende se afecta la oportunidad en la toma de decisiones y ejecución de estrategias de mitigación.

Las UPGD con la supervisión de las secretarías y direcciones locales de salud deben realizar los ajustes respectivos al SIVIGILA para consolidar los datos realizar en la base nacional. También se requiere la participación efectiva de las secretarías y direcciones locales de salud, en la realización de las enmiendas estadísticas que se solicitan luego de la unidad de análisis.

Para finalizar se debe generar una articulación con entes intersectoriales para favorecer la garantía de los derechos de las niñas y los niños, en términos de pertinencia y según las necesidades de la población, enfocado en las acciones de determinantes sociales de la salud (DSS) y condiciones básicas insatisfechas.



# Salud **mental**

## CAPÍTULO VI



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS



## CAPÍTULO VI PROFUNDIZACIÓN SALUD MENTAL

En las últimas décadas, ha habido un creciente reconocimiento en la importancia de la salud mental y el bienestar emocional. Se han implementado políticas y programas a nivel mundial para abordar los trastornos mentales, promover la salud mental en la población general y garantizar el acceso a la atención y los servicios de calidad.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: «...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1946). De igual manera, definió la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, se deben promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (OMS, 2008).

Uno de los logros más destacados de la OMS en relación con la salud mental ha sido la publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La CIE es un sistema utilizado a nivel mundial para diagnosticar y clasificar trastornos mentales y otros problemas de salud. La última edición de la CIE, la CIE-11, publicada en 2018, incorpora avances significativos en la comprensión de los trastornos mentales y refleja una visión más holística de la salud mental.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de las Naciones Unidas fue adoptado en 1966 y ratificado por el Estado colombiano el 29 de octubre de 1969, el PIDESC es un tratado de derechos humanos que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El PIDESC establece que los Estados deben tomar medidas progresivas para garantizar la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades mentales.

La Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada en Caracas, Venezuela en noviembre de 1990 y auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) marcó un hito histórico en el camino de la reforma y modernización de los servicios de salud mental en la región. La Declaración de Caracas enfatizó que la atención centrada en el hospital psiquiátrico debía ser sustituida por un modelo de base comunitaria, descentralizado, participativo e integral. El Consejo Directivo de la OPS/OMS, en sus reuniones de 1997 y 2001, instó a los Estados Miembros a priorizar la salud mental y desarrollar acciones en esa dirección.

En noviembre del 2005 se celebró en Brasilia la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas”, auspiciada por la



OPS/OMS y el Gobierno de Brasil, para evaluar lo sucedido en este periodo, plantear los nuevos desafíos técnicos y culturales que los servicios de salud mental deben afrontar y las perspectivas para el futuro. Finalmente, el Consenso de Panamá (2010) llama en forma directa a los gobiernos y demás actores nacionales a fortalecer el modelo de salud mental comunitaria en todos los países de la Región, de manera que se asegure la erradicación del sistema manicomial antes del año 2020.

El Gobierno Nacional en cabeza del entonces presidente Juan Manuel Santos y acatando las directrices de las convenciones internacionales firma la Ley 1616 de 2013, que busca garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental. Esto permitió tener nuevos lineamientos nacionales en relación al abordaje de la salud mental en los diferentes cursos de vida.

De otro lado, la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en la salud mental de las personas en todo el mundo y por supuesto en Colombia en donde hasta mayo del 2023 se han contabilizado 6.367.600 casos confirmados, con 142.748 decesos, afectando al núcleo familiar principalmente; durante el 2020 y 2021 la preocupación por la posibilidad de contraer el virus, la incertidumbre sobre el futuro, el aislamiento social y las dificultades económicas contribuyeron a incrementar los niveles de ansiedad, estrés y otras patologías asociadas en personas que estuvieron expuestas o no directamente a la enfermedad, el confinamiento también aumentó el abuso de sustancias psicoactivas, como el alcohol, tabaco o marihuana, entre otras, como una forma de hacer frente al estrés y la ansiedad relacionados con la pandemia.

Así mismo en abril de 2021 el Departamento Nacional de Planeación publicó una nota sobre violencia en el hogar durante COVID – 19. En esta nota, reconoce que las medidas de confinamiento domiciliario, para evitar la propagación del virus, tuvieron consecuencias no deseadas sobre la convivencia en los hogares y precisa que “en Colombia las llamadas de emergencia por casos de violencia domestica aumentaron en un 112% desde noviembre de 2019 hasta el mismo mes de 2020”. La nota aclara que debido al alto subregistro de la violencia contra mujeres y niñas y que la convivencia hace aún más difícil la denuncia “estas cifras pueden ser más altas” (DNP, 2021)

Igualmente, la violencia en Antioquia, promovida por los grupos subversivos al margen de la ley, las milicias urbanas y otros grupos, han repercutido significativamente en la salud mental de las personas que son o fueron víctimas de sus ataques armados, desplazamientos, secuestros y



masacres. Los expertos en salud mental han descrito que las manifestaciones que prevalecen en las personas que han sufrido las guerras son: ansiedad, incertidumbre, sentimientos catastróficos, alteraciones del sueño, pérdida o aumento del apetito, baja autoestima, sensación de desprotección, pánico, ira, estado de alerta constante, dificultad para memorizar, frialdad afectiva, revivir constantemente el hecho violento, fobias, pérdida de la confianza en los demás, paranoia, disfunciones sexuales, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de culpa. (Nieto, 2023)

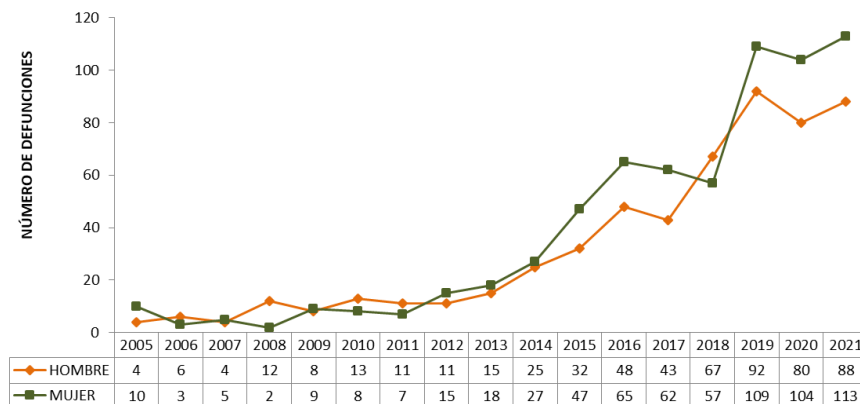
Al 2022 Antioquia se reconoce como el departamento con mayor número de víctimas y hechos victimizantes del país, con un total de 1.543.928 víctimas

### 6.1. Indicadores de Salud Mental en Antioquia

### 6.2. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021

En Antioquia, de acuerdo con la información del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO, se evidencia que las defunciones por trastornos mentales y de comportamiento en la última década presenta una tendencia incremental, presentando una pendiente mayor entre los años 2018 y 2019, en el año 2020 se observa una disminución en el número de defunciones por esta causa, en ambos sexos; no obstante persiste un mayor número de defunciones entre las mujeres; para el año 2021 se presenta un incremento en relación con el año inmediatamente interior tanto en género masculino como femenino.

Figura 273. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021

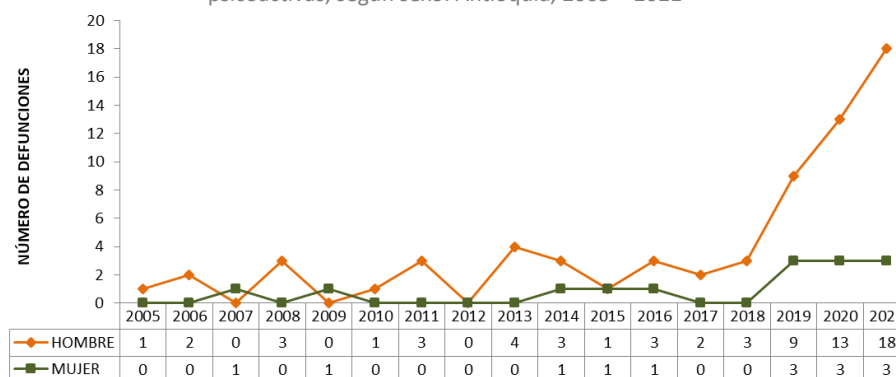


Fuente: SISPRO

### 6.2.1. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021

Para el Departamento, las muertes por el consumo de sustancias psicoactivas de las personas que sufren un trastorno mental y de comportamiento presenta un ascenso significativo en los últimos 3 años, un total de 49 fallecimientos entre población masculina y femenina. Es de especial interés el incremento en los decesos de la población masculina que para los últimos 3 años registraron un total de 40, cifra superior a los decesos presentados en los 13 años que le preceden. En relación a la población femenina se presentaron un total de 9 defunciones en los últimos 3 años. Si bien la cifra ha sido constante es mayor a la media histórica. Esto puede tener su origen en el incremento de consumo de sustancias como consecuencia del confinamiento dado por el gobierno nacional para enfrentar la pandemia COVID-19

Figura 274. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021

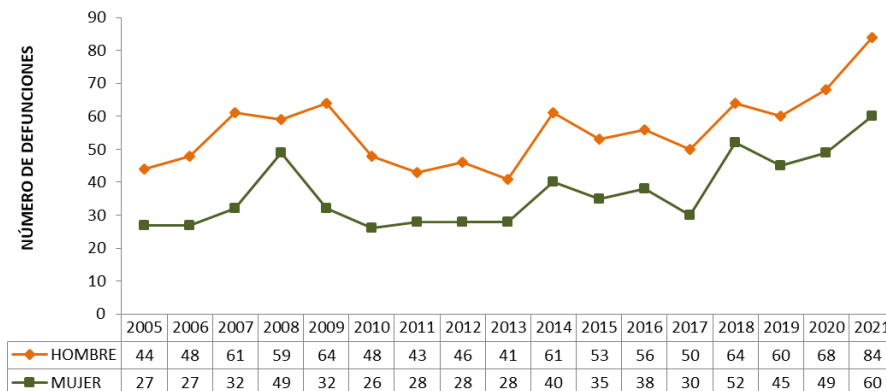


Fuente: SISPRO

### 6.2.2. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021

Para los antioqueños la muerte por epilepsia ha presentado una oscilación en el comportamiento en el período comprendido entre 2005 y 2021 tanto en hombres como en mujeres, con una leve tendencia al aumento; los hombres presentan mayor número de personas fallecidas por este diagnóstico, lo que puede tener como explicación que son los hombres quienes presentan más casos de lesiones por causas externas y dentro de estas presentan mayor número de lesiones del sistema nervioso que dejen secuelas y una de ellas es la epilepsia. La Organización Mundial de la Salud - OMS, informa que la muerte prematura es tres veces más frecuente en personas con epilepsia.

Figura 275. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021



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

### 6.3. Morbilidad específica en salud mental

El acceso a los servicios de salud mental desde los primeros niveles de atención es una prioridad en el plan de acción de la OMS, igualmente disponer de información oportuna y consistente, por tal razón se evidencia cuáles son las causas de consulta debidas a problemas de salud mental por las tres grandes causas (trastornos mentales y del comportamiento, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y epilepsia), por ciclo vital y por sexo, es necesario aclarar que a través de esta medición podemos evidenciar la utilización de servicios por estas causas de morbilidad, no la morbilidad real por causas asociadas a patología mental en el Departamento y no se pueden hacer cálculos de incidencia o prevalencia.

Al evaluar la morbilidad atendida, por eventos relacionados con la salud mental, en el año 2022 se observa, que la mayor proporción de consultas se presentó por trastornos mentales y del comportamiento, siendo la primera infancia con 87.43% y la vejez con 87.09% los cursos de vida donde más se presentan estos trastornos, la adultez es donde se presenta una menor prevalencia con 78.11%.

En cuanto a las consultas por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, encontramos que los cursos de vida en los cuales se presentan un mayor porcentaje de consultas por esta causa son en su orden, la juventud y la adultez, con un 12.99% y un 10.69% respectivamente; en el primer grupo esta proporción aumentó con respecto a lo observado el año anterior.

En cuanto a las consultas relacionada con la epilepsia se observa que la primera infancia es el grupo poblacional en el cual se puede observar una mayor proporción de consultas por esta causa, aumentado un punto en relación con el año anterior; en segundo lugar, está el grupo de infancia en el cual el 12.38% de las consultas estuvo relacionada con la epilepsia, en el curso de vida adultez y vejez se visualiza un incremento de las consultas.

En total para el Departamento de Antioquia en el período comprendido entre 2009 y 2022 se atendieron 9.105.442 consultas relacionadas a los tres grandes grupos de causas de salud mental; la causa que predomina son los trastornos mentales y del comportamiento con 7.521.449 de consultas, que equivale al 83% del total de consultas, seguido por la epilepsia con el 12% y trastornos mentales por uso de sustancias con el 6% del total.

Tabla 178. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental. Antioquia, 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia	Trastornos mentales y del comportamiento	58,54	58,37	64,54	64,40	70,00	68,70	73,00	73,76	73,91	75,73	77,05	73,95	80,60	79,35	-0,25	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,72	0,34	0,86	0,71	0,21	0,27	0,29	0,20	0,46	0,23	0,92	0,75	0,15	0,40	0,25	
	Epilepsia	40,74	41,29	34,60	34,89	29,79	31,03	26,71	26,04	25,62	24,04	22,03	25,30	19,25	20,25	1,00	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,50	76,71	78,84	81,33	85,06	84,89	85,69	90,35	88,78	90,16	89,92	85,91	87,33	87,43	0,10	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,38	0,23	0,22	0,18	0,16	0,13	0,24	0,20	0,18	0,18	0,24	0,14	0,08	0,19	0,12	
	Epilepsia	25,11	23,07	20,94	18,49	14,77	14,98	14,08	9,45	11,04	9,66	9,84	13,94	12,59	12,38	-0,22	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,45	70,62	71,70	74,02	76,36	77,70	79,84	82,01	80,57	80,70	84,19	81,94	86,62	86,14	-0,47	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,97	9,13	6,16	7,99	9,65	8,71	9,91	9,16	9,39	11,31	7,61	7,04	4,60	5,72	1,12	
	Epilepsia	24,58	20,25	22,14	17,99	13,98	13,59	10,25	8,83	10,04	7,98	8,20	11,02	8,79	8,14	-0,65	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	71,91	71,66	71,08	71,97	73,07	74,32	75,45	77,42	75,29	75,22	80,44	79,51	83,51	78,67	-4,84	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,00	10,56	10,22	11,39	12,11	12,04	14,17	11,99	11,01	14,47	10,39	9,74	8,43	12,99	4,56	
	Epilepsia	22,09	17,79	18,70	16,64	14,82	13,64	10,38	10,59	13,69	10,31	9,16	10,75	8,06	8,34	0,28	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,41	80,13	80,58	79,99	80,56	80,35	83,01	83,68	80,74	80,98	83,99	81,70	84,59	78,11	-6,48	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,21	4,46	3,63	4,77	5,11	5,34	6,86	5,77	5,23	7,85	5,80	5,37	5,48	10,69	5,21	
	Epilepsia	16,38	15,41	15,79	15,24	14,33	14,31	10,13	10,55	14,03	11,17	10,21	12,93	9,92	11,20	1,27	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	87,45	88,69	90,35	91,66	89,77	88,80	91,22	91,04	89,62	90,85	90,40	90,35	90,06	87,09	-2,97	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,73	1,17	1,30	0,89	1,94	1,49	1,88	1,84	1,54	1,67	2,10	1,36	1,62	3,51	1,89	
	Epilepsia	10,82	10,14	8,35	7,45	8,30	9,71	6,91	7,13	8,84	7,48	7,49	8,30	8,32	9,40	1,08	

Fuente: SISPRO



SC4887-1

En Antioquia, las mujeres presentan el mayor número con 4.857.835 de consultas debido a los tres grandes grupos de causas de salud mental, siendo los Trastornos mentales y del comportamiento el mayor motivo de consulta con 4.219.220, esto corresponde al 86%; el segundo motivo de consulta es la epilepsia con 520.929 que corresponde al 10% y finalmente el trastorno mental y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas con 117.686 consultas, esto representa el 2%.

El trastorno mental y del comportamiento se presenta en mayor medida en la adolescencia y la adultez, mientras que el trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas se presenta en mayor medida en la juventud y adultez.

La epilepsia en población femenina tiene mayor prevalencia en población de primera infancia, seguido por infancia y adultez.

**Tabla 179** Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en Mujeres, Antioquia, 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2020-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	55,10	50,28	57,84	58,14	63,07	64,19	64,54	66,93	66,21	67,44	70,24	67,30	73,61	70,59	-3,03	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,18	0,37	0,94	0,46	0,34	0,14	0,36	0,30	0,29	0,05	1,11	0,89	0,18	0,64	0,66	
	Epilepsia	44,73	49,36	41,22	41,41	36,59	36,67	36,10	32,78	33,50	32,51	28,65	31,81	26,21	28,77	2,56	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	68,23	69,90	71,86	72,76	79,80	78,39	78,95	86,49	85,45	86,49	85,92	80,94	84,03	85,38	1,35	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,12	0,19	0,36	0,18	0,27	0,12	0,36	0,20	0,19	0,06	0,41	0,13	0,06	0,16	0,00	
	Epilepsia	31,65	29,91	27,98	27,06	19,93	21,49	20,69	13,30	14,36	13,45	13,67	18,93	15,91	14,46	-1,45	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,22	72,14	72,82	76,50	79,76	80,16	82,01	84,48	83,74	84,93	87,80	85,40	90,31	89,84	-0,47	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,70	7,95	5,67	5,42	4,94	5,85	7,10	5,90	5,77	5,82	3,94	4,08	2,66	3,64	0,98	
	Epilepsia	22,08	19,91	21,71	18,07	15,29	14,00	10,90	9,62	10,50	9,25	8,26	10,53	7,03	6,52	-0,51	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	76,55	77,41	75,33	76,36	78,31	79,42	82,85	82,92	80,48	82,36	86,28	84,24	89,05	85,50	-3,55	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,81	5,03	6,17	4,51	5,50	4,89	6,61	4,82	4,53	5,72	4,22	4,64	3,47	6,02	2,54	
	Epilepsia	19,64	17,56	18,50	19,14	16,19	15,70	10,54	12,26	14,99	11,92	9,50	11,12	7,48	8,49	1,01	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	85,88	85,21	85,20	85,79	86,06	85,68	88,30	88,98	86,00	87,07	88,83	86,94	89,52	85,22	-4,30	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,36	1,92	1,51	1,99	1,53	1,76	2,94	2,14	2,01	2,85	2,25	2,43	2,16	4,57	2,41	
	Epilepsia	12,76	12,87	13,29	12,22	12,40	12,55	8,76	8,87	11,99	10,08	8,91	10,64	8,32	10,21	1,89	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	91,20	90,58	91,88	93,73	92,09	91,81	93,05	93,72	92,31	93,16	92,92	92,63	92,55	89,98	-2,57	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,79	0,37	0,54	0,45	0,65	0,66	1,09	0,80	0,71	0,88	1,04	0,74	0,96	2,11	1,36	
	Epilepsia	8,01	9,04	7,58	5,82	7,25	7,53	5,86	5,48	6,98	5,96	6,04	6,63	6,48	7,91	1,43	

Fuente: SISPRO



SC4887-1

En relación a la población masculina en el departamento de Antioquia en el periodo 2009 – 2022 ha registrado un total de 4.171.436 consultas debido a los tres grandes grupos de causas de salud mental, el trastorno mental y del comportamiento registró en este periodo de tiempo un total de 3.239.858 lo que equivale al 77% de la consultas, el segundo grupo corresponde a la epilepsia con 543.494 consultas que corresponde al 13% y por último se encuentra el grupo de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas con un total de 388.084 que representa el 9% de las consultas.

El trastorno mental y del comportamiento se presenta en mayor medida en la infancia y en menor medida en adultez, mientras que la epilepsia se presenta mayormente en primera infancia; el trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas se presenta en mayor medida en la juventud y adultez.

**Tabla 180** Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en Hombres, Antioquia, 2009 – 2022

Curso de vida		Morbilidad en salud mental hombres														Δ pp 2020-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia	Trastornos mentales y del comportamiento	60,79	64,14	68,77	68,75	74,26	71,42	78,45	77,63	78,42	80,06	80,77	78,05	84,59	83,64	-0,95	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,07	0,32	0,80	0,88	0,13	0,35	0,25	0,15	0,56	0,32	0,81	0,66	0,13	0,28	0,35	
	Epilepsia	38,14	35,54	30,43	30,36	25,60	28,22	21,30	22,22	21,01	19,62	18,41	21,30	15,27	16,08	0,80	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	77,78	80,03	82,32	85,56	87,61	88,01	88,92	92,19	90,43	92,05	91,98	88,52	89,16	88,52	-0,63	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,52	0,24	0,15	0,19	0,11	0,14	0,18	0,19	0,18	0,24	0,15	0,15	0,08	0,21	0,22	
	Epilepsia	21,70	19,73	17,52	14,25	12,28	11,85	10,90	7,62	9,40	7,70	7,86	11,33	10,76	11,27	0,51	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	66,36	69,36	70,89	72,14	73,81	75,77	78,14	80,02	77,95	77,66	81,22	79,02	82,22	81,53	-0,69	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,26	10,12	6,59	9,93	13,19	10,94	12,11	11,77	12,39	15,26	10,62	9,54	6,90	8,31	1,34	
	Epilepsia	27,38	20,52	22,52	17,93	13,00	13,28	9,75	8,20	9,66	7,07	8,16	11,44	10,88	10,16	-0,72	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	65,59	66,09	66,79	68,39	68,96	70,51	69,46	73,47	71,33	70,73	76,04	75,73	78,46	72,98	-5,48	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8,98	15,91	14,31	17,01	17,29	17,38	20,29	17,15	15,98	19,98	15,05	13,82	12,94	18,80	5,86	
	Epilepsia	25,42	18,00	18,90	14,60	13,75	12,10	10,26	9,38	12,70	9,29	8,91	10,46	8,60	8,21	-0,38	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,79	71,72	72,90	71,22	72,45	72,87	75,15	76,27	73,39	73,71	77,77	75,20	78,21	70,72	-7,49	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,80	8,66	7,16	8,98	10,38	10,34	12,68	10,83	9,73	13,81	10,35	9,01	9,79	17,05	7,26	
	Epilepsia	23,41	19,62	19,94	19,80	17,17	16,79	12,17	12,89	16,88	12,48	11,87	15,78	12,00	12,23	0,23	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,52	85,32	87,92	88,50	85,72	83,40	87,73	86,02	84,70	86,84	85,96	86,28	85,15	81,90	-3,25	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,46	2,60	2,52	1,57	4,17	2,98	3,38	3,77	3,06	3,03	3,97	2,45	2,91	6,01	3,30	
	Epilepsia	16,02	12,08	9,56	9,94	10,11	13,62	8,89	10,21	12,25	10,13	10,07	11,27	11,94	12,09	0,35	

Fuente: SISPRO



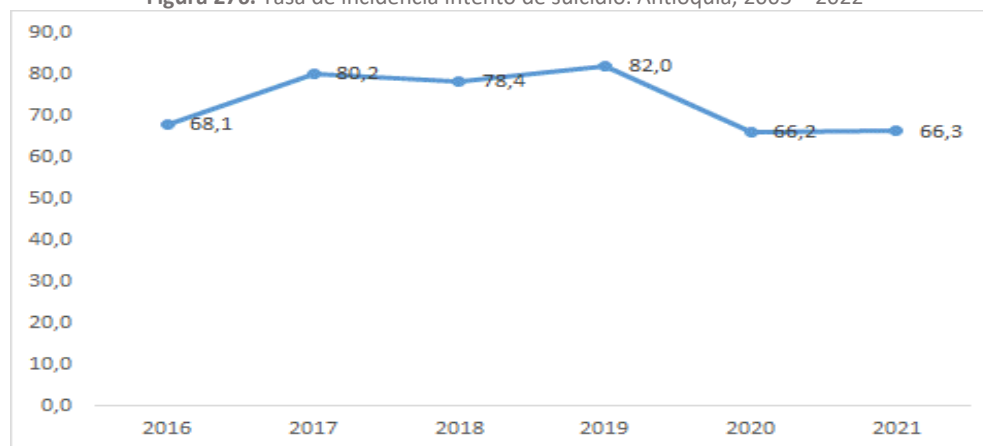
### 6.4. Comportamiento del Intento de Suicidio en Antioquia

El intento de suicidio es una conducta autoinfligida, iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros, y sin resultado fatal. La existencia de intentos suicidas en el pasado es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia del suicidio consumado en la población general.

En diferentes estudios se resalta el carácter multifactorial de la conducta suicida; entre los factores que se identifican con mayor frecuencia, está la presencia de trastornos psiquiátricos como la depresión y el uso/abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol, toma de decisiones e impulsividad o agresividad.

El alto número de casos, los costos para los servicios de salud y la afectación de las familias y la sociedad en general, han hecho que éste se considere un problema de salud pública, objeto de vigilancia epidemiológica, frente al cual se han generado diferentes respuestas desde diferentes estamentos gubernamentales; no obstante, como puede verse en la siguiente figura, al evaluar el comportamiento del evento en los últimos 7 años las tasas de incidencia exhiben un comportamiento fluctuante, con un pico de 82 casos por 100.000 habitantes, en 2019, para luego descender hasta 66.3 por 100.000 habitantes en 2021, valor muy similar al observado el año anterior, teniendo en cuenta que estos dos años corresponden a un periodo en el cual se tomaron medidas de mitigación relacionadas a la pandemia por COVID-19. Posterior a ello, en el año 2022 se evidenció una tasa de 83,1 casos por cada 100.000 habitantes, superando las evidenciadas en los años anteriores.

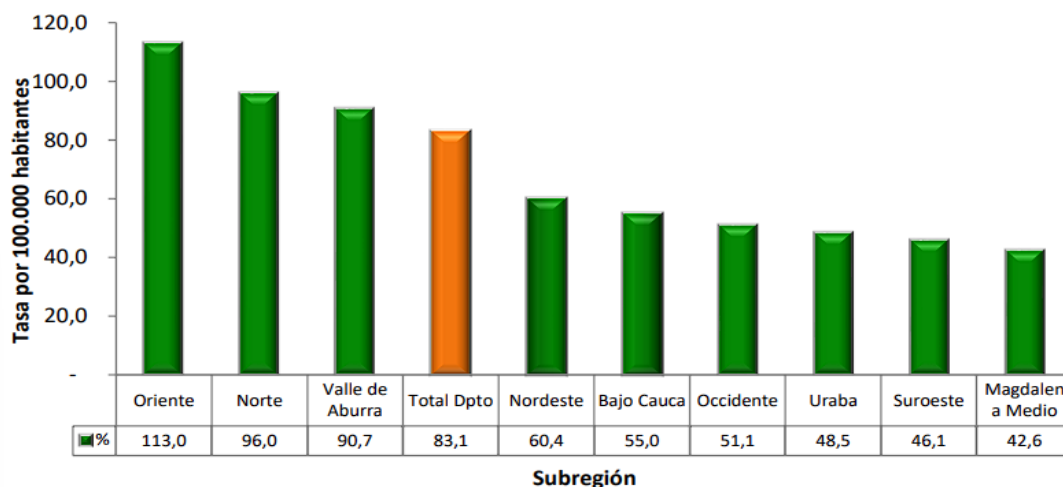
Figura 276. Tasa de incidencia intento de suicidio. Antioquia, 2005 – 2022



Fuente: Sivigila

Por subregión la tasa más alta se presenta en el Oriente 113 casos por 100.000 habitantes, seguida de Norte con 96 casos por 100.000 habitantes, Valle de Aburrá 90.7 por 100.000 habitantes, el Magdalena Medio y el Suroeste con 42.6 y 46.1 casos por 100.000 habitantes, respectivamente; presentan las tasas más bajas del departamento, situación que puede deberse a subregistro de la información. Estas tasas presentan un incremento significativo en todas las subregiones en comparación con el año anterior.

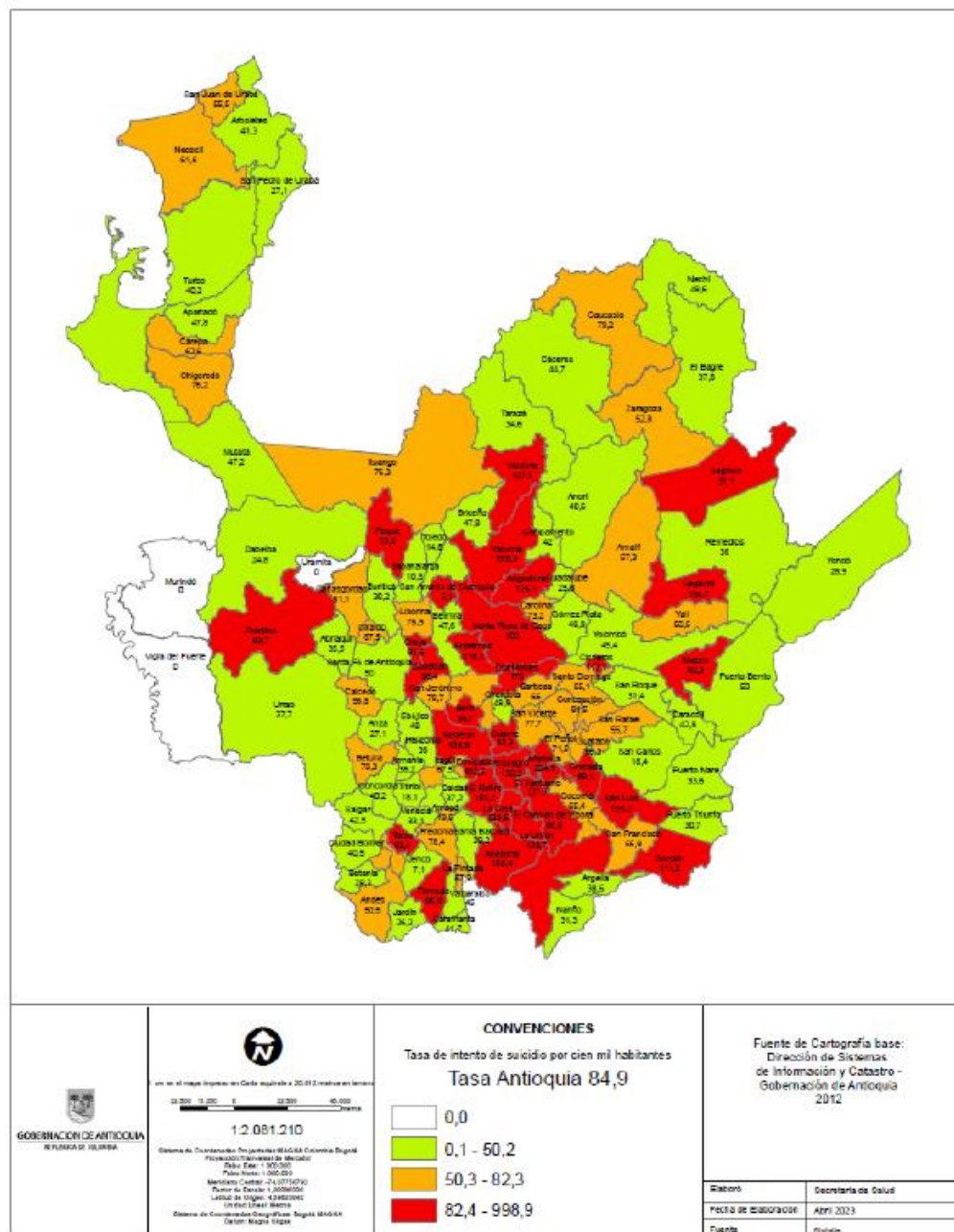
Figura 277. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, 2022



Fuente: Sivigila

Al georreferenciar el riesgo de intento de suicidio, se observa que el alto riesgo que corresponde a una tasa de 83 por 100.000 habitantes o más. Por su parte 30 municipios del departamento, presentan el riesgo más alto de intento de suicidio, dentro de los que se destacan los municipios de Yarumal (998,9 por 100 000), La Unión (438,9 por 100 000), Entrerriós (218,2 por 100 000), Marinilla (204,9 por 100 000), El Retiro (188,9 por 100 000) los cuales presentaron las tasas más altas de intento de suicidio durante el año 2022.

Mapa 42. Riesgo para Intento de suicidio. Antioquia 2022.



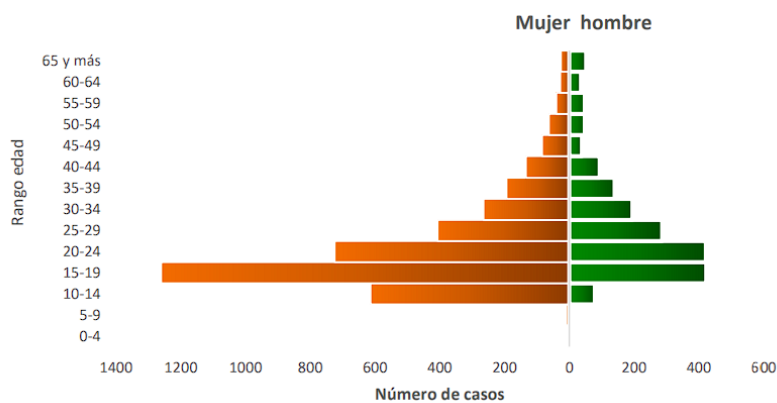
Fuente: Sivigila

Al analizar el comportamiento de intento de suicidio por sexo, es consistente con lo documentado en la literatura donde el mayor número de intentos de suicidio se presentan en las mujeres quienes utilizan métodos menos letales que los hombres, es por esta razón que los intentos de suicidios se repiten más en población femenina que masculina.

Las tasas más altas de intento de suicidio se presentaron en el grupo de adolescentes, seguido del grupo de jóvenes, en el año 2022, el riesgo de esta conducta aumento en estos dos grupos poblacionales pasando de una tasa de 175 a 240,2 casos por 100.000 adolescentes y de 161 a 204,1 intentos por 100.000 jóvenes (20 a 24 años).

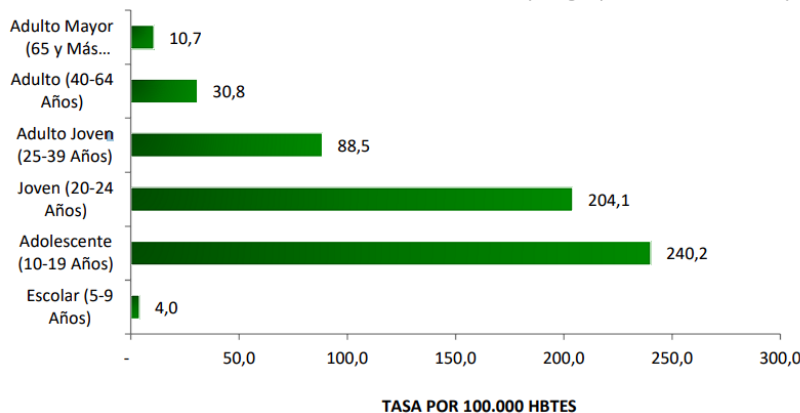
En cuanto al grupo de niños de 5 a 9 años, la tasa se incrementó con relación al año anterior pasando de 3 a 4 por 100.000 niños.

Figura 278. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo y grupo etario. Antioquia, 2022



Fuente: SIVIGILA

Figura 279. Distribución de los casos de intento de suicidio, por grupo de edad. Antioquia, 2022



Fuente: SIVIGILA

Al caracterizar los casos de intento de suicidio por los 5 grupos étnicos, se identifica que el 99% de las personas reportadas no se identificaron como pertenecientes a ninguna etnia priorizada en el país; el 0.5% (31 personas) se reconocieron afrodescendientes y se identificaron 9 casos en indígenas, 10 casos en población Rom/gitano, 6 casos en población Raizal. El 59.5% de las

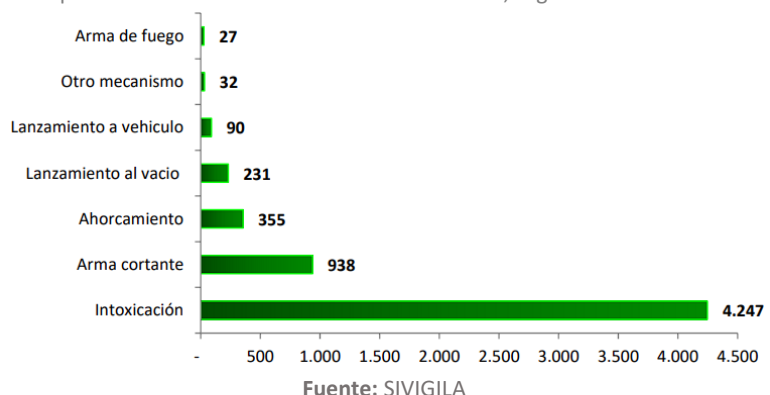
personas con intento suicida recibieron atención intrahospitalaria, lo que permite hacer seguimiento postgreso a través de la atención por psicología y psiquiatría con el fin de reducir el riesgo de otros intentos.

La mayor proporción de casos notificados pertenecían al régimen contributivo (58,2%), seguido del régimen subsidiado (35,9%). El 0,9% (49 casos) de los casos notificados o no estaban asegurados o fueron reportados como estado indeterminado, en cualquiera de los dos casos se trata de personas que por su estado de no aseguramiento se ve limitado su acceso a atenciones especializadas.

De los pacientes no asegurados que corresponde a 121, el 30,6% son migrantes venezolanos, al hacer la distribución de los casos en esta población por ciclo vital y sexo, se encontró que el comportamiento es similar a la población colombiana con una mayor proporción de casos en mujeres con un 64,4% y en adolescentes de 10 a 19 años un 40,59%, seguido de adultos jóvenes con un 29,7%; solo el 53,5% de los casos en población de nacionalidad venezolana, aparece reportado como migrante en la base de datos.

La intoxicación es el mecanismo más frecuente utilizado en los casos de conducta suicida aportante el 74,2% de los casos, el 16,4% fue por arma cortante y el 6,2% por ahorcamiento, constituyéndose estos en los tres mecanismos más frecuentemente utilizados; el arma de fuego fue el menos reportado.

Figura 280. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, según mecanismo utilizado. Antioquia, 2022



### 6.5. Comportamiento de Suicidio en Antioquia

En el mundo de acuerdo a la OMS, (Informe de septiembre del 2021), 1 de cada 100 fallecimientos

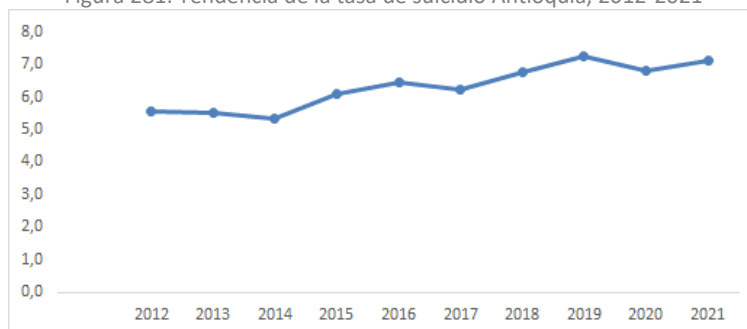
se debe al suicidio, anualmente se presentan cerca de 700.000 suicidas, entre las personas de 15 a 29 años es la cuarta causas de muerte, los hombres se suicidan el doble que las mujeres (12.6 por cada 100.000 hombres, 5.4 por 100.000 mujeres) la tasa más alta en hombres se presenta en países de ingresos altos con una tasa de 12.6 por 100.000 hombres, las tasas más altas en mujeres se presentan en países de ingresos medios y bajos (7.1 por 100.000 mujeres). La tasa de suicidio en la región de África es de 11.2 por 100.000 habitantes en Europa 10.5 por 100.000 habitantes, en Asia sudoriental 10 por 100.000 habitantes, regiones que superan la tasa media mundial de 9 por 100.000 habitantes, .la tasa más baja es en la región del Mediterráneo Oriental con 6,4 por 100.000 habitantes. Entre el 2.000 y el 2020, las tasas de suicidio se han reducido en un entre un 17% en la región del Mediterráneo Oriental y 49% en la región del Pacífico Occidental.

En las Américas es la región donde más asciende la tasa de suicidios, incrementado en un 17%. A pesar de esto solo 38 de los países han implementado estrategias de prevención del suicidio.

En Colombia, de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social, durante los años 2010 a 2019 la tasa de suicidio osciló entre 4 y 5.7 por 100.000 habitantes, el 17% se presentó entre niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 5-19 años, con tasas que van de 2.6 a 3.5 por 100.000 habitantes. Dos casos se presentaron entre menores de 4 años.

En Antioquia en los últimos 10 años se han presentado un total de 3.995 casos de suicidio, con un promedio de 399 casos por años y valores que oscilan entre 323 en 2014 y 483 en 2021; la tasa oscila entre 5.3 a 7.3 por cien mil habitantes, cifras superiores a las reportadas por el país, posterior al leve descenso observado el 2020, nuevamente el presente año se observa aumento del número de casos de suicidio, llegando a un número mayor al observado en al año 2020.

Figura 281. Tendencia de la tasa de suicidio Antioquia, 2012-2021



Fuente: DANE. 2021

Información Preliminar

Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Tabla 181. Distribución de los casos y tasas de Suicidios Antioquia 2012 - 2021

SUBREGION MUNICIPIO	AÑO																			
	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	casos	Tasa x cientí hótes.	casos	Tasa x cientí hótes.	casos	Tasa x cientí hótes.	casos	Tasa x cientí hótes.	casos	Tasa x cientí hótes.	casos	Tasa x cientí hótes.	casos	Tasa x cientí hótes.	casos	Tasa x cientí hótes.	casos	Tasa x cientí hótes.	casos	Tasa x cientí hótes.
TOTAL DEPARTAMENTC	330	5,6	330	5,5	323	5,3	374	6,1	400	6,4	392	6,2	434	6,8	476	7,3	453	6,8	483	7,1

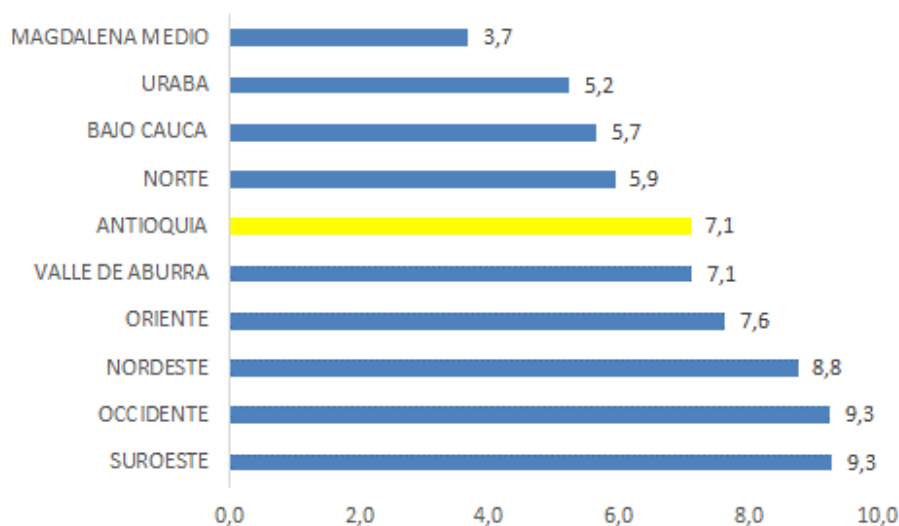
FUENTE: DANE. 2021

Información Preliminar

Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Con relación a las subregiones las tasas de suicidio más altas se presentan en Occidente, Nordeste y Suroeste con una tasa de 9 suicidios por 100.000 habitantes; La subregión de Magdalena Medio tiene el indicador más bajo, 4 suicidios por 100.000 habitantes.

Figura 282. Tasa de incidencia suicidio por subregión, Antioquia 2021



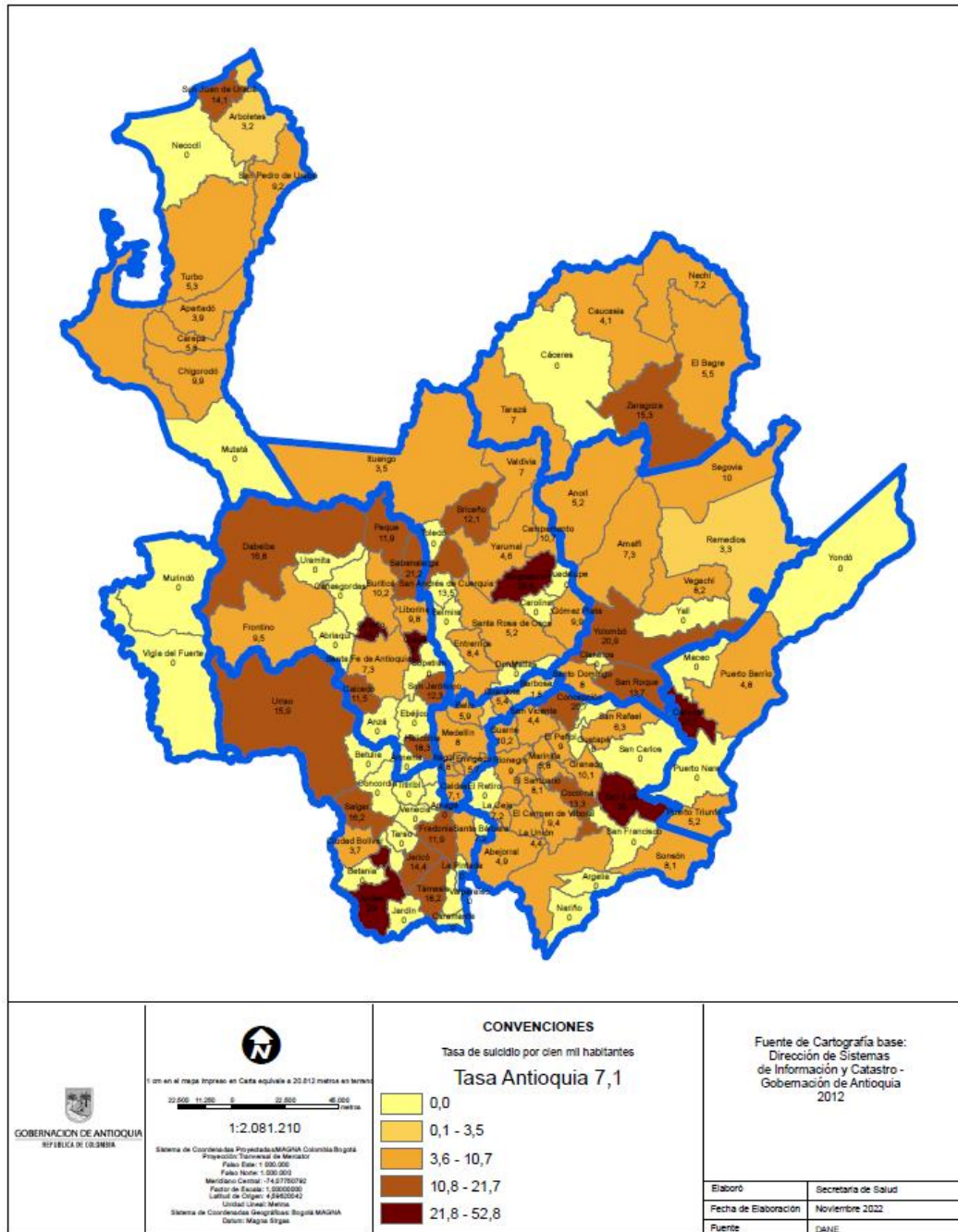
Fuente: DANE. 2021

Información Preliminar

Procesa Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La georreferenciación de la tasa de suicidio permite identificar 8 municipios con el riesgo poblacional más alto de suicidios con tasas de 20 o más suicidios por 100.000 habitantes, en contraste se observan 44 municipios en los cuales no se presentaron suicidios el año 2021. En los municipios de Vigía del fuerte, Abriaquí, Valparaíso y Alejandría, no se han presentado casos, en los últimos 11 casos.

Mapa 43. Comportamiento del suicidio en Antioquia 2021.



Fuente. DANE. Información preliminar.

El año 2021 se presentaron 483 casos, de estos el 98% pertenecen a población no perteneciente a una de las etnias priorizadas en el país; 8 casos pertenecían a la población afro-colombiana y un caso en indígenas.



Los grupos con más casos fueron el de 20 a 24 años y 25 a 29 años, con un 14% cada uno; se presentó un caso en el grupo de 5 a 9 años.

En cuanto al mecanismo utilizado la mayor proporción de caso (67%) fueron por ahorcamiento, el 12% por envenenamientos, el 6% por arma de fuego y en el 14% restante se utilizaron otros mecanismos.

En cuanto al mecanismo utilizado por grupo etaria, tenemos que el 48% de los casos de suicidio con mecanismo arma de fuego se presentaron entre personas de 25 a 39 años y el 18% de suicidios por envenenamiento se presentaron en personas entre 10 a 19 años.

### 6.6. Comportamiento de Violencia de Género en Antioquia

De acuerdo con la OMS, la Violencia de Género afecta a más de la mitad de la población mundial, y no puede ser ignorada. El Objetivo de Desarrollo Sostenible No 5, destinado a la igualdad de género, define las metas a conseguir, faltan 10 años para que ninguna mujer o niña se quede atrás en la carrera al desarrollo sostenible. 1 de 3 mujeres en el mundo ha sufrido violencia física, psicológica, sexual por parte de su pareja o expareja, o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. “Las estimaciones de la OMS, sobre la prevalencia de la violencia de pareja sufrida a lo largo de la vida van del 20% en la Región del Pacífico Occidental de la OMS, 22% en los países de ingresos elevados y la Región de Europa de la OMS y 25% en la Región de las Américas de la OMS, al 33% en la Región de África de la OMS, 31% en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS y 33% en la Región de Asia Sudoriental de la OMS”.

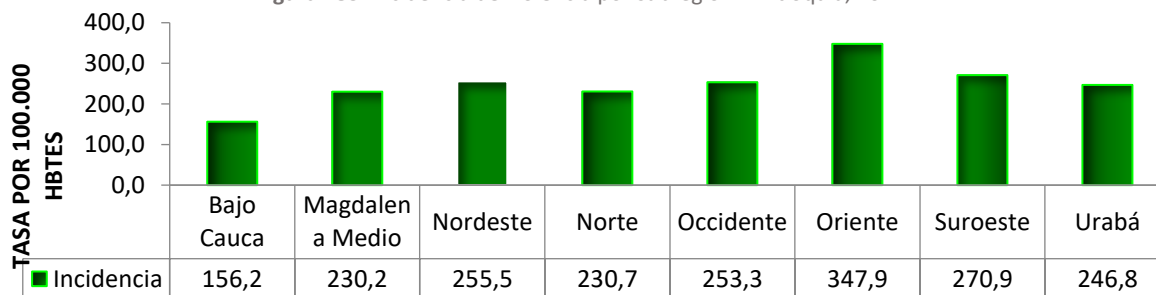
En Antioquia en el año 2022 se notificaron un total de 25379 casos sospechosos de violencia intrafamiliar, de género y sexual; 8690 casos más que el año anterior. Estos se distribuyeron según su naturaleza así: violencia física 11101 casos, violencia psicológica 4814 casos, negligencia y abandono 814 casos y violencia sexual 8616 casos.

El comportamiento de la violencia de género e intrafamiliar en el departamento de Antioquia, sostiene la tendencia de una mayor frecuencia de casos reportados por violencia física presentando una tasa de 161,2 casos por cien mil habitantes, seguida de la violencia sexual con una tasa de 125,1 casos por cien mil habitantes, violencia psicológica y negligencia y abandono presentan unas tasas de 70,4 y 11,8 por cien mil habitantes respectivamente. La tasa de violencia

física, psicológica y negligencia incrementaron significativamente con respecto al año anterior. La tasa de violencia física, psicológica y negligencia incrementaron con respecto al año anterior; la tasa de violencia sexual aumentó pasando de 90.6 a 125,1 casos por 100.000 habitantes. La tasa de negligencia y abandono evidenció un incremento pasando de 10 a 11,8 casos por 100.000 habitantes.

La proporción de incidencia de violencia de género e intrafamiliar en el departamento de Antioquia fue de 368,5 casos por cada 100 000 habitantes, ninguna subregión superó la incidencia departamental.

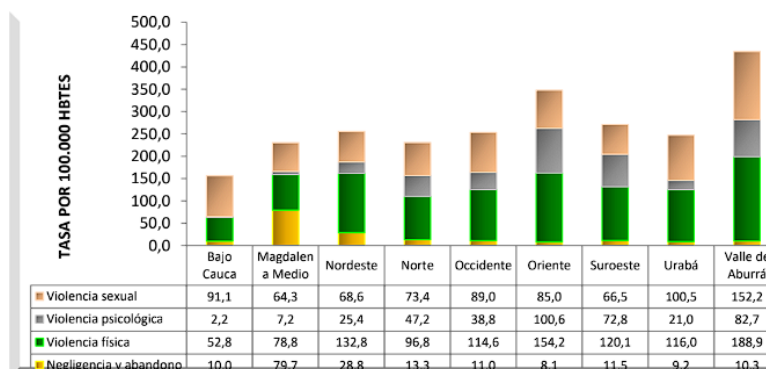
Figura 283. Incidencia de violencia por subregión. Antioquia, 2022



Fuente. SIVIGILA

Al comparar el riesgo de las diferentes modalidades de violencia por subregión, encontramos que la subregión Valle de Aburrá tiene la tasa más alta de violencia física con 188,9 casos por 100.000, seguido de Oriente con 154,2 casos por 100 000. Con relación a la violencia psicológica oriente presenta la tasa más alta (100,6 casos por 100.000) mientras Magdalena Medio presentó la tasa más alta de negligencia y abandono con 79 casos por 100.000 habitantes.

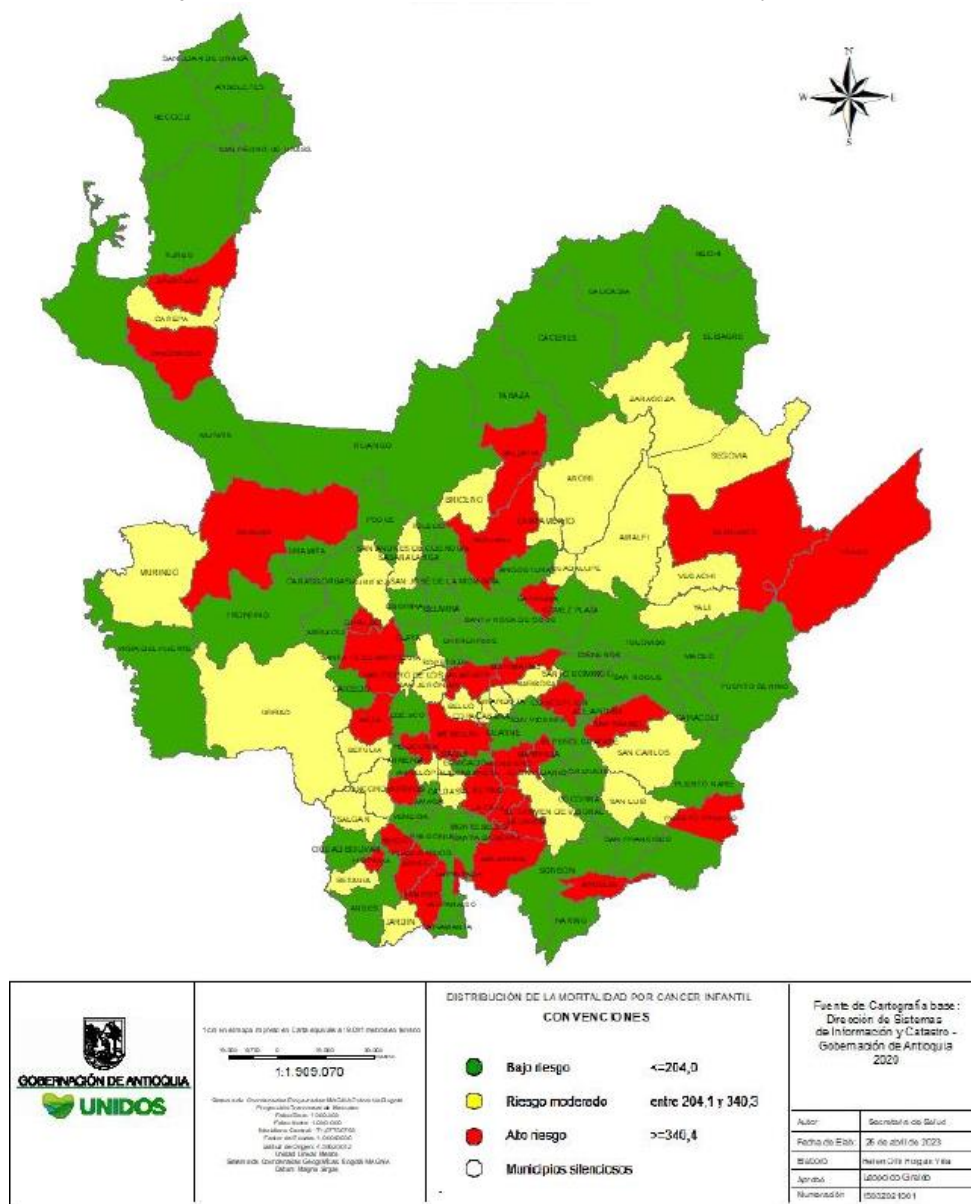
Figura 284. Tasa de incidencia de violencia de género, según naturaleza de la violencia y subregión. Antioquia, 2022



Fuente. SIVIGILA

En el mapa de riesgo del comportamiento de la violencia de género, sexual e intrafamiliar en el departamento de Antioquia durante la vigencia 2022, se visualizan 32 municipios con tasas que están por encima de la departamental (368.5 casos por 100.000 habitantes). Los tres municipios con las tasas más altas son: El Retiro, Yarumal, Marinilla, (1708,2, 1771,7 y 966,7 casos por 100.000 habitantes respectivamente). Con tasas inferiores al indicador departamental se encuentran 74 municipios; las tasas más bajas se observan en los municipios de: San Andrés de Cuerquia, Ebéjico y Abriaquí, con tasas de: 7,7, 16, y 35,5 casos por 100.000 habitantes.

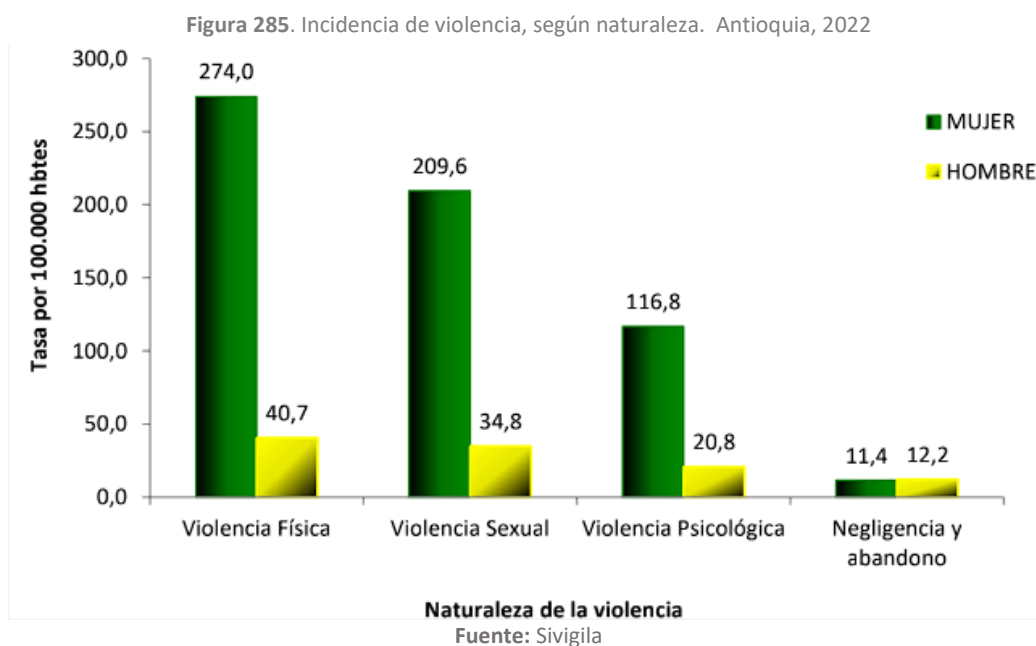
Mapa 44. Georreferenciación de la Violencia de Género, Antioquia 2022



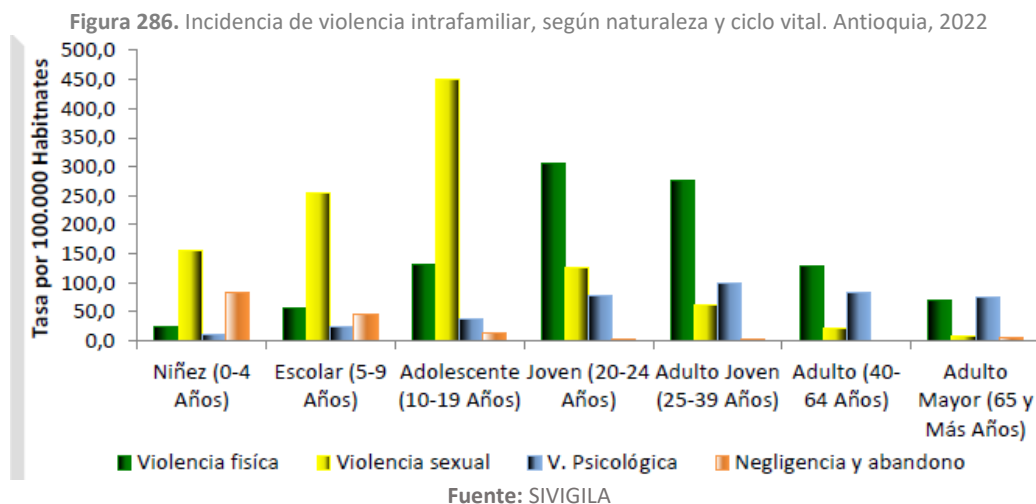
Fuente: SIVIGILA

La población femenina es la más afectada en todas las modalidades de violencia, con una representación del 86% de los casos, con una tasa de 611,9 casos por 100.000 mujeres, mientras se presentan 108,5 casos por 100.000 hombres. Para la vigencia se observó un incremento significativo en la tasa para ambos sexos.

La violencia de género e intrafamiliar se categoriza en cuatro modalidades, si bien se presentan casos en ambos géneros, las tasas son significativamente más altas en las mujeres, en las modalidades física (274,0 por cada 100.000 mujeres y 40,7 por cada 100.000 hombres), psicológica (116,8 por cada 100.000 mujeres y 20,8 por cada 100 000 hombres) y sexual (209 por cada 100 000 mujeres y 34,8 por cada 100.000 hombres); frente a la negligencia y el abandono la dan otras variables como la edad, por lo cual las tasas acá son muy similares para ambos sexos.



En todos los ciclos vitales se presentan violencias de todos los tipos, pero puede observarse que el riesgo es diferencial de acuerdo al ciclo vital del ser humano, así; los niños de 0 a 4 años tienen la tasa más alta de negligencia y abandono con 81,7 casos por 100.000; en los adolescentes es la violencia sexual, expresado en una tasa de 451,7 casos por 100.000; en los jóvenes la violencia física con una tasa de 305,7 casos por 100.000 y en los adultos jóvenes la violencia psicológica con una tasa de 99,6 por 100.000. Así mismo, en menores de 20 años predominan los casos de violencia sexual, mientras que para personas mayores de 20 años predominan los casos de violencia física.



## 6.7. Fortalecimiento de la salud mental en Antioquia

Colombia dando cumplimiento al Plan de Salud Mental establecido por la OMS, implementa la Ley 1616 de 2013, donde establece la salud mental como interés y prioridad nacional.

En el departamento de Antioquia aplicando lo establecido en la ley y con base en el análisis de la situación de salud en el Departamento, y para dar respuesta a los efectos en la salud mental ocasionados por la pandemia por el COVID-19, además con el fin de alcanzar las metas de salud mental, definidas en el Plan de Desarrollo de Antioquia “Unidos por la Vida 2020-2023”, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia desde el año 2020 ha fortalecido todas y cada una de las estrategias para abordar la problemática de la salud mental no solo desde la promoción, prevención y reducción, sino impulsando una red de atención que favorezca el acceso oportuno estructurado y especializado para que toda la población prevenga las condiciones y mantenga en control de las ya diagnosticadas.

El Plan de Desarrollo, en la Línea 4: Nuestra Vida, define el Proyecto: Salud Mental, Convivencia Social, Salud Para el Alma Antioquia, el cual ha estructurado tres componentes, el primero se denomina “Intervenciones colectivas” que propende por la creación de una “Red protectora” la red está conformada por gestores comunitarios y gestores institucionales que buscan identificar y gestionar cada uno de los casos en el territorio y canalizar al servicio de salud cuando se requiera, para las intervenciones se utilizan una serie de estrategias que tienen en cuenta el curso de vida, los entornos, la población diferencial y la territorialidad; el segundo componente es la “Prestación de servicios” que busca la intervención oportuna de los casos que requieren atención básica o especializada de los servicios de salud y el último y tercer componente denominado “Inclusión social” que acompaña el seguimiento de los casos, fomenta la psicoeducación y aborda la reducción del estigma en relación a la salud mental.

Para el fortalecimiento del talento humano que atiende la salud mental en el Departamento se estructuró el Diplomado de programa de acción que busca superar las brechas en salud mental-MHGAP auspiciado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social y operado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

## 6.8. Estrategias de Promoción, Prevención y Reducción de Daño.

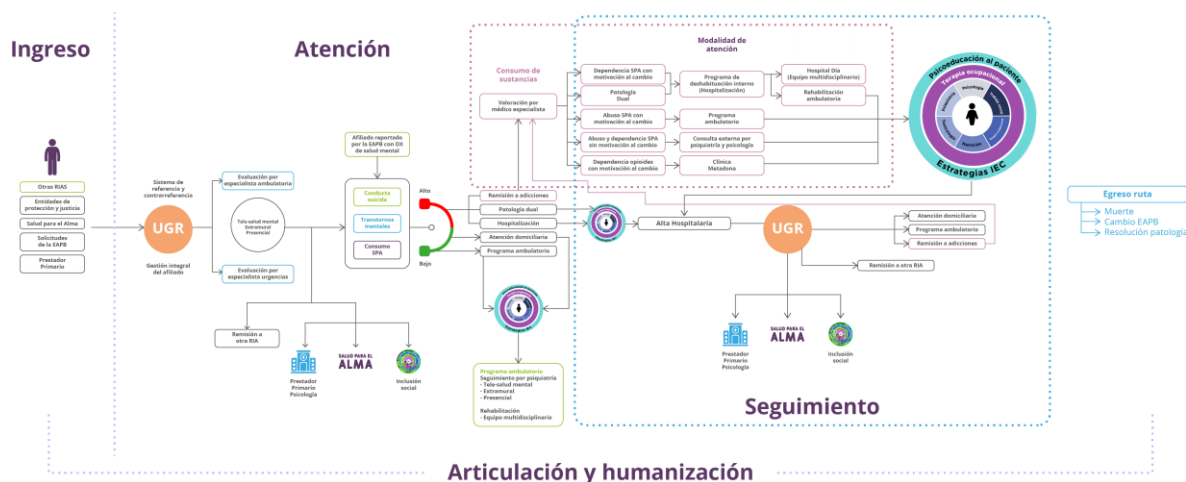
Para la caracterización de salud de las personas con riesgos individuales y colectivos en salud mental, se implementaron estrategias territoriales de información, educación y comunicación, con el fin de gestionar mecanismos de intervención y canalización a los servicios de salud mental de manera prioritaria, colocando en conocimiento de la población las líneas telefónicas de orientación en salud mental, promoviendo la capacitación de líderes comunitarios en dispositivos comunitarios en primera ayuda psicológica y gestionar de manera intersectorial la atención integral e inclusión social tanto educativa, laboral, cultural, deportiva, de vivienda para las personas que presentaron alteración o trastorno en salud mental

Los Dispositivos comunitarios son una estrategia social y de salud dirigida la “comunidad en general”, su alcance es de “orientación y apoyo”, escucha activa, promueve espacios de confianza y seguridad emocional, promueven la ayuda mutua, la ayuda social y comunitaria. Los dispositivos comunitarios, apoyan la identificación y detección temprana, el abordaje inicial, la gestión de casos, y la derivación a procesos de apoyo específico como la Rehabilitación Basada en Comunidad.

En relación de los dispositivos se tiene:

- Centros de Escucha CE: Constituyen una opción de organización de la escucha comunitaria para afrontar la salud mental y problemáticas asociadas, y generar opciones de respuesta

- con presencia de los actores comunitarios y las redes de recursos. Buscan dar una respuesta inmediata a demandas y necesidades procedentes de la población de una comunidad local con riesgo o gravemente excluida y en particular de los integrantes del grupo objetivo.
- Las Zonas de Orientación (ZO): Se constituyen en un espacio relacional y en ocasiones físico en donde se establecen servicios y acciones de orientación a la comunidad educativa (escolar o universitaria) con el propósito de reducir la exclusión social y la deserción escolar, mejorar la calidad de vida de los actores que la integran, y prevenir situaciones de vulnerabilidad y riesgo en salud mental y consumo de SPA.
  - Estrategias de Promoción y Prevención Municipales, redes para fortalecer el trabajo comunitario, con redes que soportan la Promoción y cuidado de la salud y prevención y reducción de daños y riesgos desde el enfoque de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)
  - Redes Integradas de atención en salud mental, se diseñó la ruta de atención integral, del nivel primario al complementario o especializado, con el fin de garantizar acceso, oportunidad y continuidad en la atención de personas con diagnósticos con patología mental y otras problemáticas relacionadas a la salud mental.



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

En materia de desarrollo de capacidades y oferta de formación para el fortalecimiento de habilidades del talento humano y el componente comunitario están:

- El Curso virtual tutores de resiliencia que integra temas como: Aspectos generales salud mental positiva, Factores de riesgo y factores de protección, Modelo de intervención y resiliencia, Rehabilitación basada en la comunidad, con temas como temas como: (de formación de capacidades para la promoción de salud mental, Primeros auxilios psicológicos, Habilidades para la vida).

- Procesos comunitarios de resiliencia en jóvenes, Estrategias de trabajo con comunidades, Comunicación audiovisual y multimedia, Manejo de software para diseño y edición de videos
- Procesos de formación en el curso de MHGAP, Diplomado Virtual MHGAP, 90 horas para profesionales de la salud que puedan fortalecer capacidades en la atención seguimiento y acompañamiento adecuado de trastornos mentales y del comportamiento, trastornos neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.
- SAMU: es un aplicativo que permite a los equipos psicosociales, maestros, psicólogos, investigadores, profesionales de la salud, etc. tamizar la situación en salud mental, determinando los niveles de riesgo. SAMU identifica riesgos en la salud mental de niños entre los 8 y 17 años y en adultos de todos los grupos de edades. SAMU evalúa el estado emocional de los adultos y la resiliencia en niños y niñas. Los profesionales de diferentes ramas, pueden descargar el aplicativo y evaluar al número de personas que lo deseen y obtendrán resultados de manera inmediata.

### 6.9. Resultados preliminares del Proyecto de Salud Mental, Convivencia Social, Salud para el Alma.

#### Fortalecimiento de la oferta institucional

A través de la articulación de la oferta departamental para el 2022, se brindaron 1002 asesorías y asistencias técnicas a demanda y 4593 por oferta en las 4 líneas del proyecto, dirigida a los actores municipales de los 125 municipios. Acompañamiento a 124 municipios para la adopción de la política pública de salud mental.

#### Entorno comunitario

Creación de 125 redes protectoras, con un total de 9013 gestores territoriales formados en salud mental desde la implementación del Programa Salud para el Alma, estos gestores comunitarios e institucionales propenden por la detección temprana de casos en salud mental y activación de rutas de atenciones en salud.

#### En el entorno del hogar

Se desplegó la línea de base de involucramiento parental en asocio con la Facultad Nacional de Salud Pública, luego se aplicó el modelo a 400 familias identificadas de mayor riesgo durante la línea de base hizo el montaje de la plataforma JUGAR que es herramienta de ayuda para las familias con ayudas lúdicas para fortalecer el involucramiento parental. La estrategia ha beneficiado a más de 3500 familias hasta noviembre de 2023.



### En el entorno educativo

Se implementó el programa de prevención en el entorno escolar denominado “La Jugada” que tiene como fin último retrasar la edad de inicio del primer consumo de sustancias psicoactivas, brindar herramientas en habilidades para la vida y resiliencia, además, aumentar el involucramiento parental por parte de los padres de familia y/o cuidadores, durante el año 2023 se han brindado 1561 asesorías a padres de familia en prevención del consumo; además, 3582 docentes han sido formados en la estrategia “Ser, saber y hacer en prevención”

### Línea telefónica

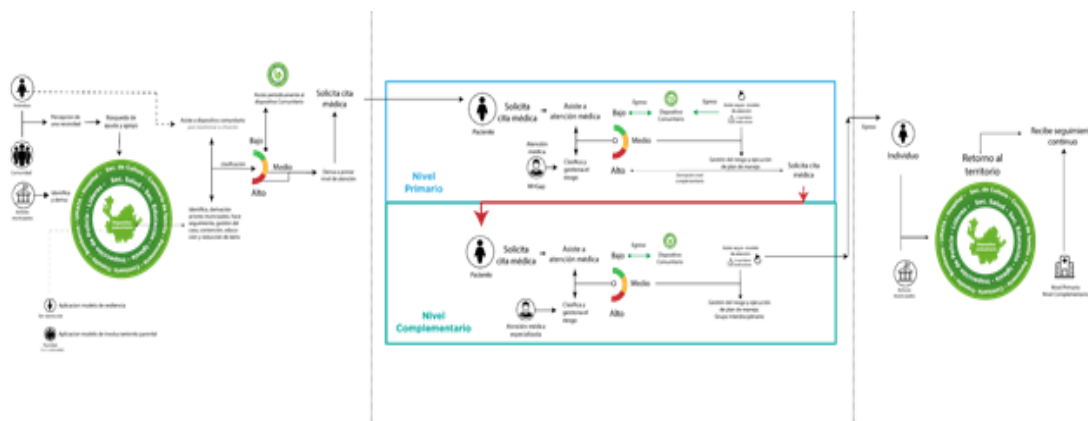
Atendida por personal APH (Atención pre-hospitalaria) y personal psicosocial, para las personas que presentaron alteración o trastorno en salud mental durante la pandemia COVID-19 y pospandemia se activó la Línea de Atención en salud mental 6045407180 – 018000-413838 en la que expertos dan acompañamiento psicosocial, asesoría familiar y activación de rutas de atención con el respectivo seguimiento, con el fin de hacer intervenciones en forma temprana, para prevenir deterioro del estado de salud mental de las personas beneficiarias se ha atendido más de 28.000 llamadas, 10.000 remisiones a psicología y un total de 8008 vidas salvadas.

### Programa en televisión, de Salud mental, Convivencia Social, Salud para el alma

Emitido los miércoles, con la participación de profesionales de salud mental en temas estratégicos y cruciales de salud mental como; elaboración del duelo, la depresión la esquizofrenia, la identificación precoz de los niños que pueden desencadenar trastornos mentales entre otros. Para el año 2023 se realizó un cambio en el nombre del programa, pasando a denominarse “Con el alma” con una emisión quincenal a través del canal regional.

### 6.10. Estructuración del modelo de la ruta para la atención en salud mental

En articulación con el Hospital Mental de Antioquia (HOMO) y la ESE Carisma, se inició el proceso de planeación y estructuración de la ruta para la atención especializada de las personas identificadas en el nivel primario, con el fin de fortalecer la accesibilidad y la oportunidad de la atención de las personas con diagnósticos relacionados con la salud mental.



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

Para avanzar en identificar con mayor profundidad la situación de salud mental de la población antioqueña, se han realizado tres estudios con base en los cuales se fortalecen y estructuran nuevas estrategias desde el proyecto de Salud Para el Alma.

## Resiliencia

Resultados de la Línea base de resiliencia en la población escolar matriculada en establecimientos públicos entre 6 y 11 grado de bachillerato del departamento de Antioquia 2018, Contrato N° 4600008614, con el fin de disponer de línea base para programas de intervención. Autores: Grupo de Investigación en Salud Mental, Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

En Antioquia predominó la resiliencia media, 53,9%. Los escolarizados de las subregiones Oriente, Suroeste y Norte fueron los que obtuvieron los puntajes más altos de resiliencia, con 57,1%, 53,9% y 50,6%, respectivamente, y los de las subregiones Magdalena Medio, Urabá y Bajo Cauca los menores. En el Valle de Aburrá la resiliencia fue media: 44,2%.

El 41,7% de los estudiantes manifestaron que vivían con más de cinco personas en su casa, aunque cuando se indagó acerca de quién ejercía la autoridad, la mayoría respondió que ambos padres (40,6%) y la madre (39,4%); la principal actividad, tanto del padre como de la madre, era el trabajo (69% vs. 54,2%), aunque el 37,2% de las mujeres se dedicaban al hogar.

En el 43,8% de los casos, la persona que le daba más cariño al estudiante eran ambos padres, seguidos por el que les profesaba la madre (38,7%); es importante resaltar que el 14,5% manifestó llevar a cabo labores por dinero fuera de sus actividades lectivas.

Funcionalidad familiar: Para Antioquia, los escolarizados de la zona urbana cuyas familias eran funcionales, es decir, aquellas en las cuales la comunicación efectiva, la disciplina y el apoyo

emocional y afectivo son relevantes, constituyeron el 39,2%. Fue en las subregiones Oriente, Suroeste, Norte, Nordeste y Valle de Aburrá donde predominaron las familias funcionales (47,8%, 47,3%, 45,7%, 39% y 39%, respectivamente). Las subregiones donde prevalecieron las familias con algún grado de disfuncionalidad fueron Bajo Cauca, Magdalena Medio, Urabá y Occidente.

Con relación a la autoestima: El 30,5% de los escolarizados calificaron su autoestima como adecuada, en contraste con el 14,4% y el 1,4%, quienes afirmaron que su autoestima era deficiente o severamente deficiente. Las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas relacionadas con su autoestima fueron Magdalena Medio, Bajo Cauca y Suroeste.

La Asertividad para Antioquia de los escolarizados fue del 29,9%, mientras que el 20,2% y 3,2%, en ese orden, afirmaron ser esporádicamente asertivos o para nada asertivos. El asertividad predominó en los estudiantes de las subregiones Occidente (37,6%), Suroeste (33,7%), Oriente (31,8%) y Valle de Aburrá (31,3%), en contraste con el poco asertividad de los escolarizados del Bajo Cauca, Nordeste y Urabá: 6,6%, 4,6% y 4,5%, respectivamente.

Para Antioquia la adaptabilidad reportó que el 20,9% de los escolarizados indicaron que se adaptaban adecuadamente a las situaciones. Fue en Urabá, Nordeste y Occidente donde los escolarizados más refirieron que su adaptación a las situaciones que les deparaba la vida era severamente inadecuada.

Creatividad en Antioquia, la mayoría de los escolarizados manifestó que era entre creativo o moderadamente creativo. Fue en las subregiones Suroeste, Oriente, Occidente y Valle de Aburrá donde predominaron los escolarizados creativos (49,4%, 47,8%, 46,3%, 46,2%, respectivamente); las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas de creatividad fueron Nordeste, Bajo Cauca, Urabá, Magdalena Medio y Norte.

Capacidad de pensamiento crítico: Para Antioquia, en el 27,1% de los estudiantes se reveló pensamiento crítico, en contraposición con el 14,2% y el 0,7% en quienes se encontró pensamiento poco crítico o acrítico, en ese orden. En las subregiones Suroeste, Magdalena Medio y Oriente prevalecieron los estudiantes con pensamiento crítico (37,4%, 30,4%, 29%, respectivamente); las subregiones que sobresalieron con estudiantes de pensamiento poco crítico fueron Urabá, Occidente y Bajo Cauca.

Impulsividad, el Departamento, la proporción de escolarizados no impulsivos fue del 37,6%, quienes predominaron en las subregiones Norte, Bajo Cauca y Oriente (47,7%, 46,7% y 46,1%, respectivamente); las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con algún grado de impulsividad fueron Occidente, Valle de Aburrá, Magdalena Medio y Urabá.

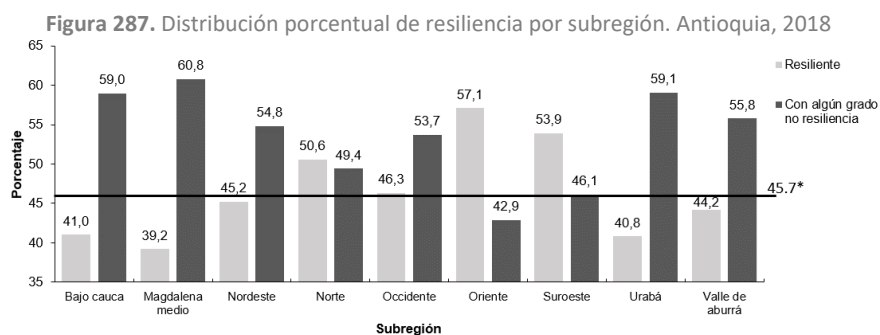
**Afectividad:** En Antioquia, la proporción de afectividad estimada por parte de los estudiantes fue del 53,2%, en contraste con el 17,6% y el 2,4% cuyas respuestas al dominio relacionado con la afectividad revelaron que eran afectivos ocasionalmente o no afectivos, respectivamente. Por subregión se destacaron Oriente (61,6%), Suroeste (57,2%) y Norte (58,4%) como aquellas en las cuales la valoración de la afectividad, en el sentido positivo, predominó; las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas relacionadas con la afectividad fueron Magdalena Medio, Occidente y Valle de Aburrá.

La Valoración de la resiliencia en los estudiantes de los colegios públicos de la zona urbana del departamento de Antioquia, observó como resiliencia media (53,9%), en contraste con el 0,3%, en la cual esta fue baja, los escolarizados del Oriente, Suroeste y Norte los que obtuvieron los mejores resultados, con resiliencia alta: 57,1%, 53,9% y 50,6%, en ese orden. La resiliencia media prevaleció en el Magdalena Medio y Bajo Cauca con el 60,3% y el 59%. Se identificó que para los escolarizados residentes en las subregiones Urabá, Occidente y Nordeste hubo una resiliencia baja del 2%, 1,2% y 1,2%, respectivamente.

**Tabla 182.** Distribución porcentual de los niveles de resiliencia por subregión. Antioquia 2018.

Resiliencia	Bajo Cauca	Magdalena Medio	Nordeste	Norte	Occidente	Oriente	Suroeste	Urabá	Valle de Aburrá	Antioquia
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Alta	41,0	39,2	45,2	50,6	46,3	57,1	53,9	40,8	44,2	45,7
Media	59,0	60,3	53,5	49,0	52,5	42,4	46,1	57,1	55,8	54,0
Baja	0,00	0,40	1,20	0,40	1,20	0,40	0,00	2,00	0,00	0,30

**Fuente.** Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia



**Fuente.** Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

**Resiliencia vs. Variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social.** En Magdalena Medio, Urabá y Bajo Cauca, los estudiantes presentaron mayores oportunidades de algún grado de no resiliencia con respecto a los que provenían del Valle de Aburrá, aunque sin diferencias

estadísticas. En las demás subregiones, las oportunidades de algún grado de no resiliencia fueron menores que las de los escolarizados del Valle de Aburrá, con variaciones entre un 4%, para el Nordeste, y de un 41%, para el Oriente.

En cuanto a la edad del estudiante, cuando se consideraron como referencia los escolarizados de 12 años, los que tenían 14 años mostraron mayor oportunidad de no resiliencia del 10%, y en las demás edades se reflejó que dichas posibilidades fueron menores: del 30% para los de 13 años y del 10% para los de 15 a 17 años con relación a los de 12 años.

Con respecto al sexo, la jornada académica, la zona de dónde provenía el estudiante, el grado y el nivel socioeconómico, fueron menores las oportunidades de algún grado de no resiliencia en un 20%, 30%, 40% y 10% en los hombres que estudiaban en la jornada de la mañana, que vivían en la zona urbana, que cursaban el grado décimo y cuyo nivel socioeconómico era bajo o medio en comparación con las mujeres que estudiaban en la jornada de la tarde, que vivían en la zona rural, que cursaban el grado sexto y que tenían nivel socioeconómico alto.

**Tabla 183.** Distribución de la resiliencia según variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social en escolarizados. Antioquia, 2018-2019

Variables y categorías	No Resilientes	Resilientes	Prevalencia	RP (IC 95% RP) †
	N	N		
<b>Variables sociodemográficas y escolares</b>				
<b>Sexo</b>				
Hombres	787	472	62,5	1,13 (1,06 - 1,20)
Mujeres	939	760	55,3	1*
<b>Zona de residencia</b>				
Urbano	1054	631	62,6	1,18 (1,11 - 1,27)
Rural	672	601	52,8	1*
<b>Jornada académica</b>				
Tarde	371	427	46,5	0,74 (0,68 - 0,80)
Mañana	1355	805	62,7	1*
<b>Grado escolar</b>				
Sexto	334	322	50,9	0,87 (0,78 - 0,98)
Séptimo	444	129	77,5	1,33 (1,22 - 1,46)
Octavo	292	255	53,4	0,92 (0,82 - 1,03)
Decimo	236	174	57,6	0,99 (0,88 - 1,11)
Once	166	167	49,8	0,86 (0,75 - 0,98)
Noveno	254	185	57,9	1*
<b>Actividad fuera colegio por dinero</b>				
No	1373	1008	48,9	0,94 (0,87 - 1,04)
Sí	353	224	58,3	1*
<b>Número de eventos de vulnerabilidad vividos</b>				
Algún evento	418	194	68,3	1,22 (1,14 - 1,30)
Ningún evento	1309	1037	55,8	1*
<b>Variables familiares</b>				

Variables y categorías	No Resilientes	Resilientes	Prevalencia	RP (IC 95% RP) †
	N	N		
<b>Tipo de familia</b>				
Otro tipo de familia	409	233	63,7	1,10 (1,09 – 1,18)
Monoparental	683	537	56	0,96 (0,90 - 1,03)
Nuclear	634	462	57,8	1*
<b>¿Cuál es la persona que le da más cariño?</b>				
Madre	821	551	59,8	1,14 (1,04 – 1,19)
Padre	195	132	59,6	1,14 (1,02 – 1,27)
Otros	316	188	62,7	1,20 (1,09 – 1,32)
Ambos padres	394	361	52,2	1*
<b>Actividad principal de la madre</b>				
Desempleada	86	37	69,9	1,12 (0,95 - 1,27)
Se dedica al hogar	464	491	48,6	0,78 (0,72 – 0,84)
Jubilada/Pensionada	15	15	50	0,80 (0,56 - 1,15)
Se desconoce	76	39	66,1	1,06 (0,92 - 1,22)
Negocio familiar	82	37	68,9	1,32 (0,91 - 1,93)
Trabaja	1003	613	62,1	1*
<b>Actividad principal del padre</b>				
Desempleado	88	51	63,3	1,04 (0,91 - 1,19)
Se dedica al hogar	15	21	41,7	0,68 (0,24 – 0,91)
Jubilado/Pensionado	22	64	25,6	0,42 (0,29 – 0,60)
Se desconoce	454	342	57	0,94 (0,80 - 1,02)
Negocio familiar	20	15	57,1	0,87 (0,45 - 1,70)
Trabaja	1127	739	60,4	1*
<b>¿Quién tiene la autoridad en la casa?</b>				
Padre	87	61	58,8	1,22 (1,05 – 1,42)
Madre	822	526	61	1,26 (1,17 – 1,37)
Otros	364	156	70	1,45 (1,33 – 1,58)
Ambos padres	453	489	48,1	1*

Fuente. Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Cuando se consideraron aspectos familiares, los escolarizados con familia monoparental (padre), monoparental (madre) o consanguínea tuvieron mayor oportunidad de algún grado de no resiliencia (1,8, 1,5 y 1,2 veces) con respecto a escolarizados cuya familia era nuclear. Nótese que, si la autoridad en la casa la tenían ambos padres, la oportunidad de que el escolarizado mostrara algún grado de no resiliencia disminuyó en un 40% frente a si la autoridad la ejercía el padre.

También, la oportunidad de no resiliencia disminuyó en un 10% y 30% cuando la madre se dedicaba a un negocio familiar o al hogar en comparación con madres cuya actividad principal era trabajar por fuera de la casa; asimismo, en el caso de los hombres llamó la atención que la oportunidad de algún grado de no resiliencia fuera de 2,1 veces cuando su padre se dedicaba al hogar en comparación con aquellos que trabajaban. Los estudiantes que afirmaron que nadie les daba cariño incrementaron su oportunidad de algún grado de no resiliencia 6,0 veces con relación

a aquellos estudiantes que afirmaron que ambos padres, sin distinciones, los trataban afectivamente. El número de personas que habitaban en la casa del escolarizado, y que formaban parte de su familia, no influyó en la resiliencia, aunque si este ejecutaba alguna actividad por dinero, la oportunidad de algún grado de no resiliencia se incrementaba en un 30%

Con relación a características que referían la vulnerabilidad social de los escolarizados, para los estudiantes que dijeron que tenían alguna discapacidad, eran migrantes, habían tenido algún embarazo o eran población LGTBTIQ+, la oportunidad de no resiliencia fue de 1,1 - 2,6 - 1,5 y 4,1 veces frente a aquellos que dijeron que no habían vivido circunstancias en su vida como las indicadas. Nótese que la oportunidad de algún grado de no resiliencia fue menor en los estudiantes que afirmaron que eran desplazados y en los que dijeron que eran víctimas del conflicto en un 20% y un 1%.

En Antioquia, estudiar en la jornada de la tarde, pertenecer a una familia diferente a la nuclear o monoparental, ser hombre y donde la afectividad era diferencial de los padres hacia sus hijos, fueron factores con mayor contribución a la no resiliencia.

### Involucramiento Parental

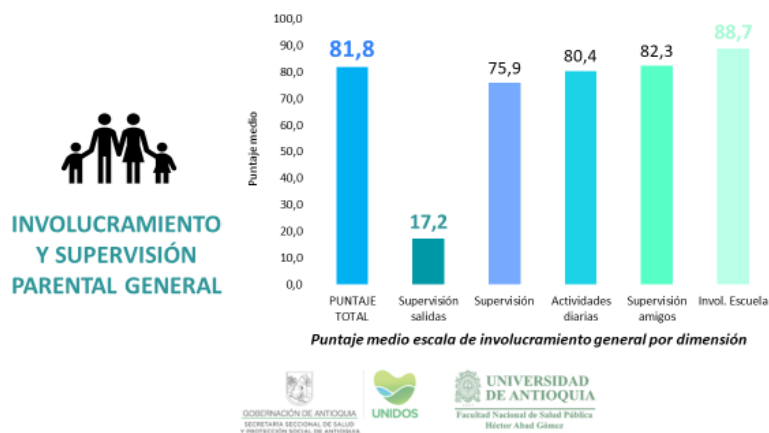
Resultados de la medición del Involucramiento Parental, en el departamento de Antioquia en población de 3 a los 17 años, 2021, participantes de Instituciones educativas, Secretarías de Educación y Salud de los municipios. Docentes y Rectores. Padres, madres, cuidadores, niños, niñas y adolescentes, medición con el fin de tener una línea de base e implementar un modelo de intervención para la promoción del involucramiento parental y medir el impacto de las intervenciones en el departamento. Investigación realizada bajo el Contrato Interadministrativo Gobernación de Antioquia – Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública. (Contrato # 4600011717). Autores: Grupo de Investigación en Salud Mental, Grupo de Demografía y Salud.

Con relación al involucramiento parental es necesario comprender que: Familia desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell, José et al 2012. P.4) Desde su origen, la familia tiene varias funciones que podríamos llamar universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variará de acuerdo con la sociedad en la cual se encuentre el grupo familiar. (Pérez Lo Presti, A y Reinoza Dugarte, M, 2011. P. 629).

El desarrollo de los niños, niñas y adolescentes es un proceso dinámico de diferenciación, desenvolvimiento, maduración y transformación hacia mayores y más complejos niveles de

organización y adquisición de habilidades, incluye aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, cultural y social<sup>103</sup>. En este proceso es fundamental el ambiente familiar y escolar<sup>104</sup>. En este sentido, el involucramiento parental y las prácticas de crianza juegan un papel importante. El involucramiento parental consiste en una serie de actividades que el acudiente, padre o madre emprende para satisfacer las necesidades y establecer un adecuado diálogo para comprender la necesidad de los niños, niñas o adolescentes, esto abarca atender actividades escolares, participar activamente en la escuela, revisar las tareas y escuchar atentamente sus necesidades y sus actividades diarias<sup>105</sup>.

El puntaje total de involucramiento parental osciló entre 80,3 en Occidente y 83,0 en Valle de Aburrá. Este fue más bajo en el estrato alto (77,9), entre los acudientes hombres (80,4), mayores de 50 años (79,6) y entre quienes no asistieron a la escuela o solo estudiaron primaria, respectivamente 73,5 y 78,6. En el Departamento se encontró un 38% de bajo involucramiento, en el Magdalena Medio y Occidente se encontró el porcentaje más alto de bajo involucramiento (43,4% y 43,0% respectivamente).



<sup>103</sup>Ministerio del Protección Social. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2000.

<sup>104</sup>Shonkogg JP, Garner AS. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on early childhood. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129(1):e232-e46.

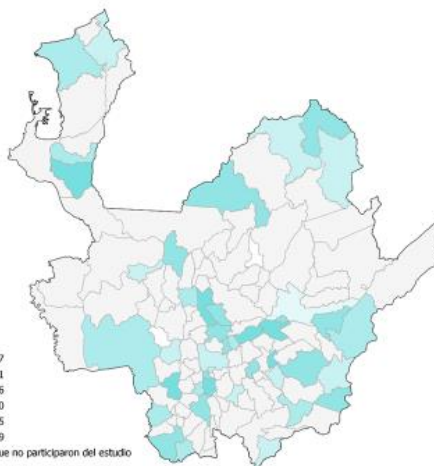
<sup>105</sup>Georgiou SN. Parental involvement: Definition and outcomes. Social Psychology of Education. 1996;1(3):189-209.



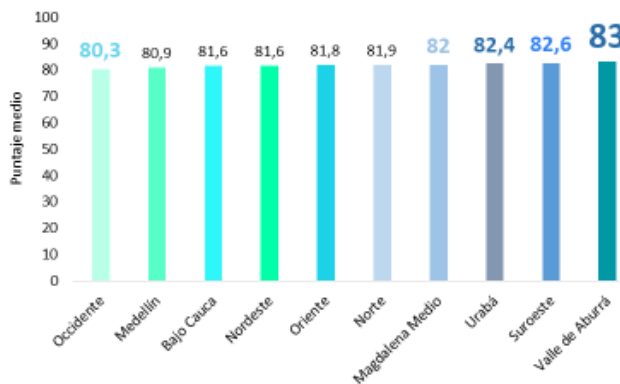


## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL GENERAL

MUNICIPIO	PUNTAJES
Campamento	76,6
Caicedo	77,3
Yolombó	78,1
Caucasia	79,5
Granada	79,5
Puerto Nare	79,5
Itagüí	79,8
Nariño	79,9



## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL GENERAL

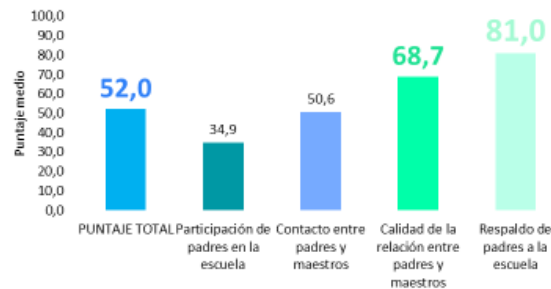


Puntaje medio escala de involucramiento general por región

Por su parte, el involucramiento parental en la escuela en Antioquia osciló entre mínimo 49,2 en el Valle de Aburrá y máximo 56,7 en el Urabá. El menor involucramiento en la escuela de observó entre los acudientes con estudios de primaria (50,1), mayores de 50 años (48,7), hombres (49,0) y de estrato socioeconómico medio (49,5). El bajo involucramiento en la escuela fue de 21,3% en todo el Departamento, en las regiones varió entre 13,6% en Nordeste y 28,6% en el Valle de Aburrá.



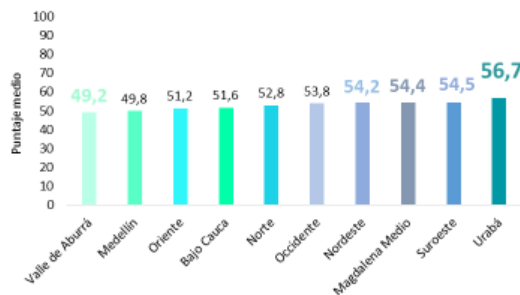
## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA



Puntaje medio escala de involucramiento en la escuela por dimensión



## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA



Puntaje medio escala de involucramiento en la escuela por región



Los puntajes de comunicación con los acudientes y niños(as) y adolescentes variaron entre 68,2% en Occidente y 74,8% en el Valle de Aburrá. La baja comunicación entre acudientes y estudiantes se presentó en proporciones superiores al 65% en todas las regiones. El castigo en el hogar estuvo entre 17,7 puntos en el Bajo Cauca y 21,3 en el Magdalena Medio. El alto castigo en el hogar se presentó en porcentajes inferiores al 10% en todas las regiones. Las pautas de educación y crianza puntuaron 41,8% en todo el Departamento, variando entre 38,9% en Medellín y 47,3% en Occidente. El porcentaje de bajas pautas de educación y crianza más alto se observó en Medellín, Valle de Aburrá y Oriente con porcentajes superiores al 30%. Los niveles de comunicación y afecto variaron entre 68,2% en Occidente y 74,8% en el Valle de Aburrá. El bajo afecto y comunicación fue de 15,5% en todo el Departamento, oscilando entre 10,9% en el Suroeste y 21,1% en Occidente.



## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA

MUNICIPIO	PUNTAJE
Copacabana	46,5
Itagüí	47,3
Ciudad Bolívar	47,6
Barbosa	47,9
Girardota	48,1
El bagre	48,3
Granada	48,9
La Ceja	49,2
Entrerrios	49,4
Amagá	49,4



Se concluyó que se requiere:

- Trabajo conjunto con los acudientes de ambos sexos, con énfasis en los hombres, los cuales presentan el menor involucramiento parental general y en la escuela.
- Apoyar procesos que mejoren la participación de acudientes en las actividades escolares para padres.
- Trabajar en la reducción de castigo físico, psicológico y verbal.
- Fomentar entre las acudientes adecuadas prácticas de educación y crianza, y lograr que se vinculen a estos procesos.
- Incentivar entre las familias la participación a mecanismos que faciliten procesos de comunicación asertiva con sus hijos e hijas o los niños, niñas o adolescentes a cargo.
- Política Pública de Salud Mental Departamental (PPSMD), Análisis de los determinantes sociales de la salud, Mesas subregionales de salud mental

Resultados del análisis de los determinantes sociales y la salud mental, ejercicio realizado con la creación de las nueve mesas subregionales de la Política Pública de Salud Mental Departamental desde el 14 de agosto hasta el 14 de octubre del 2021. Participantes alcaldes, secretarios de despacho, directores locales de salud, coordinadores de salud, personeros municipales, comisarios de familia, gerentes de IPS, psicosociales y comunidad en general. 88 municipios representando las nueve subregiones de Antioquia. Diagnóstico realizado como insumo para la implementación de la Política Pública de Salud Mental departamental. Realizado en el marco de la ejecución del contrato interadministrativo No. 4600011801 de 2021, suscrito con la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y el Hospital Mental de Antioquia – HOMO. Línea de política pública, Libia Amparo Hernández Martínez.

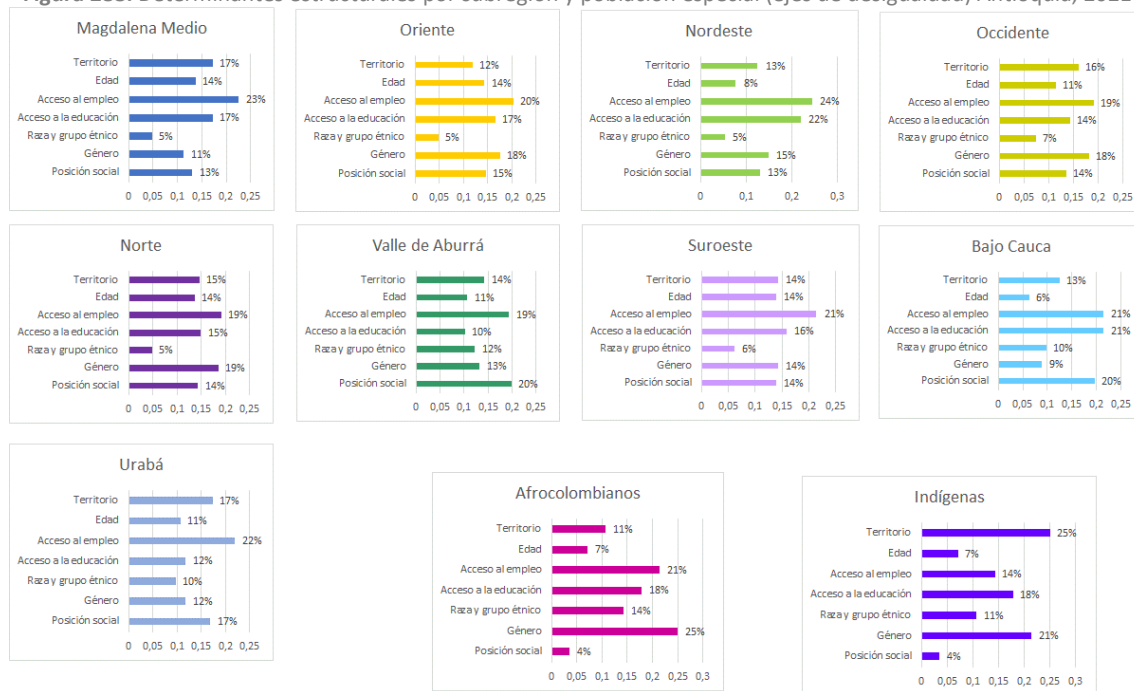
El análisis de los determinantes sociales de la salud se basó en el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS de la OMS (2008). Descansa en dos pilares principales:



El concepto del poder social como elemento fundamental de la dinámica de la estratificación social, y el modelo de la producción social de la enfermedad, concebido por Diderichsen y sus colegas (Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T (ed.) Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. Oxford: Oxford University Press; 2011).

La metodología utilizada fue la adaptación de los patrones funcionales de salud como guía para establecer el “como” recopilar lo datos y establecer el proceso planificado de recoger la información e interpretarla, buscando en cada municipio “quienes” tendrían el mayor grado de evidencia y las respuestas integrales a los problemas de salud mental que se presentan en cada territorio (Álvarez Suarez, J. L., del Castillo Arévalo, F., Fernández Fidalgo, D., & Muñoz Meléndez, M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. En J. L. Álvarez Suarez, F. del Castillo Arévalo, D. Fernández Fidalgo, & M. Muñoz Meléndez, Manual de Valoración de Patrones Funcionales (págs. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Área Sanitaria V – Gijón (Asturias): Comisión de Cuidados, Dirección de Enfermería de Atención Primaria).

**Figura 288.** Determinantes estructurales por subregión y población especial (ejes de desigualdad) Antioquia, 2021



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La configuración para el análisis de los DSS se hizo con base en la Resolución 4886 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, que hace referencia a la Política Nacional de Salud Mental. En esta configuración realizada entre el 24-08-14-10-del 2021 participaron 88 municipios correspondiente al 70.4%.

Al analizar el peso de los determinantes sociales se evidencia que hay tres determinantes claros que son los de mayor peso en todas las subregiones del Departamento, como son el acceso al empleo, el acceso a la educación y la posición social, encontrándose algunas subregiones donde el orden de estos tres determinantes se invierte, en la subregión del Valle de Aburrá donde la posición social tiene un peso mayor al acceso al empleo. En la subregión de Urabá el peso da igual para el territorio y posición social, situación que se debe a que en esta región los dueños son pocos, y son grupos de personas del país y de otros países como dueños del territorio.

Entre Oriente y el Norte, hay un cruce por capacidad de pago en Oriente, debido a que en Oriente ya no es productivo en lo relacionado a los cultivos y se trasladan a arrendar la tierra del Norte para los cultivos principalmente el tomate, desplazando las personas del Norte y trasladando campesinos del Oriente a esta nueva zona de cultivo. En otro orden de ideas la mujer fundamentalmente genera ingresos a través de su postura cuidadora, por ejemplo, se ve que es la mujer quien prepara la alimentación en los territorios del Norte donde están los arrendatarios del Oriente.

Al analizar estos determinantes en dos grandes etnias como son afrodescendientes e indígenas se evidencia claramente como el territorio para los nativos tienen el mayor peso sobre los otros determinantes, seguido del género y acceso a la educación, para los afros predomina el género, seguido del acceso al empleo y en tercer lugar el acceso a la educación.

Figura 289. Determinantes intermedios (factores conductuales y biológicos, por subregión y población especial).

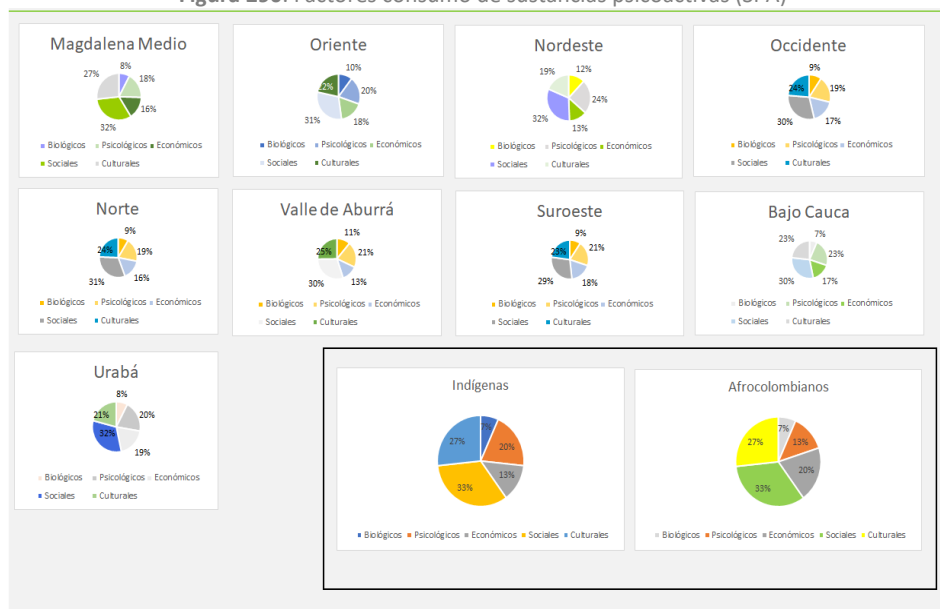


Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



Como resultado de la configuración de los determinantes intermedios, conductuales y biológicos se evidencia que por región el peso del factor de consumo de alcohol como factor de riesgo en todas las regiones es reconocido como el primer determinante de la salud, oscila entre el 23% y 27%, pero al configurarlo con enfoque étnico tanto en los indígenas como en los afros este factor aumenta a un 29%. Al revisar el consumo de sustancias psicoactivas este oscila entre el 20% y 25%, y en las etnias el 24%, si se agrupara los dos factores se estaría diciendo que se reconoce el consumo de “alcohol como sustancia lícita” y las Sustancias Psicoactivas-SPA que son reconocidos como factores de riesgo conductuales en el 50% de las subregiones. El consumo de tabaco ocupa un tercer lugar en las subregiones, reconocido entre el 12% a 18%, pero este no tiene el mismo peso en los dos grupos étnicos que solo lo reconocen entre el 5% en indígenas y el 10% en la población afro. La actividad física no se reconoce de forma homogénea como factor protector oscilando entre un 6% en la subregión del Valle de Aburrá.

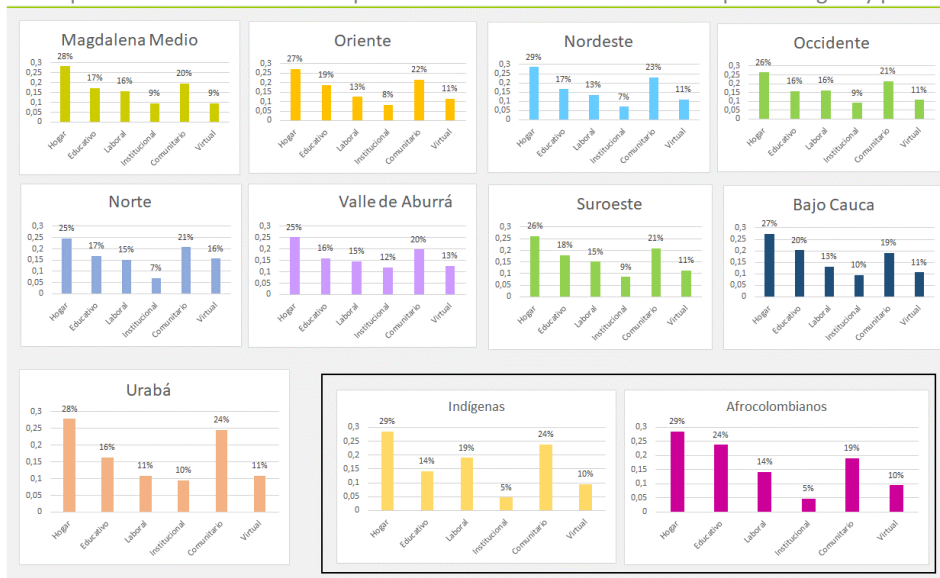
Figura 290. Factores consumo de sustancias psicoactivas (SPA)



Fuente. SSSA

Al investigar el factor relacionado al origen de porque las personas usan SPA, es importante el peso porcentual que se le da las relaciones sociales, en todas las subregiones e inclusive en los dos grupos étnicos peso porcentual oscila entre 29 a 33% siendo el factor de mayor peso. En segunda posición están los factores culturales, es preocupante que se relacione la cultura con el consumo el uso de SPA, el peso esta entre 19 y 27%, es de resaltar que las dos etnias lo reconocen con un peso de 27%. El factor psicológico tiene un buen peso para el consumo de SPA en todas las regiones, entre el 13 y 24%, el más bajo es en el grupo indígena, debe ser que para ellos desde la cosmovisión no se reconoce los aspectos psicológicos como son identificados en el mundo occidental.

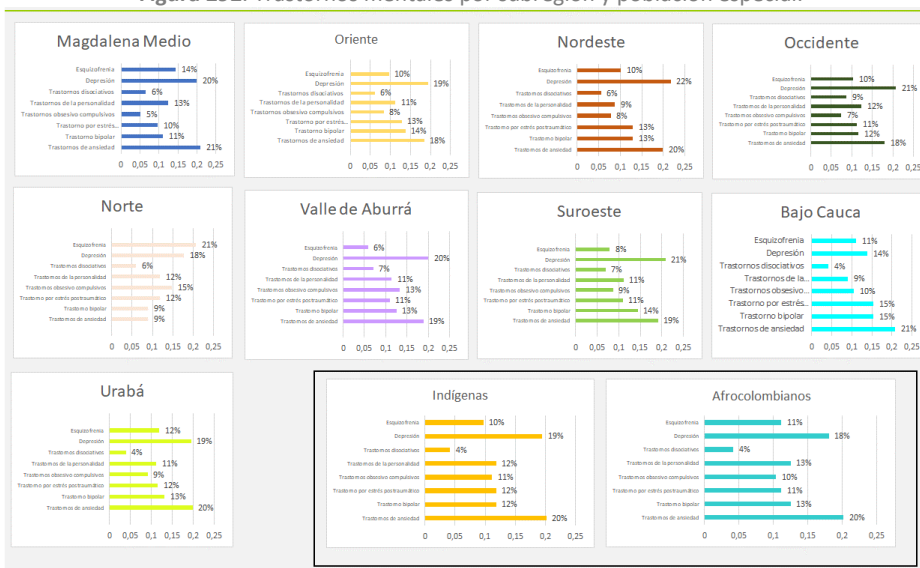
Figura 291. Principales entornos causantes de problemas o enfermedades mentales por subregión y población especial



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Al evaluar el factor de entornos causantes de problemas o enfermedades mentales, se evidencia como el hogar en todas las subregiones y en los dos grupos étnicos es un entorno propicio el desarrollo de problemas de salud mental, donde el rol del hogar debería ser un espacio de convivencia y amor para que todos sus integrantes se desarrollan con estado de salud plena. El peso de este factor oscila entre 25 y 29%, el segundo factor de más peso es el entorno comunitario evidenciado entre 19 y 24% en todas las subregiones y los dos grupos étnicos.

Figura 292. Trastornos mentales por subregión y población especial.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Bajo la Resolución 089 del 2019, Política Integral para la Prevención y Atención al consumo de Sustancias Psicoactivas, se identifica cuáles son las principales enfermedades mentales que en las diferentes subregiones reconocen los participantes, se evidencia que la depresión y el trastorno de ansiedad compiten por el primer lugar situación que concuerda con las estadísticas disponibles en diferentes continentes, donde la depresión es la primera causa de estos trastornos, se evidencia como en el Bajo Cauca, a depresión no es reconocida como primera causa con un peso porcentual del 14%. Se observa cómo se reconoce el trastorno bipolar obteniéndose un peso que oscila entre 9 y 15%., se identifica también el estrés postraumático como problema de salud mental, reconocido en las subregiones con un peso entre 10 y 15%.

### 6.11. Conclusiones

- El revisar diferentes fuentes de información ha posibilitado tener una mirada más profunda del análisis de la situación de salud mental para el Departamento.
- Se ha identificado cómo el intento de suicidio, el suicidio, la depresión, la violencia de género predominan en la población antioqueña como problemas de salud mental.
- La tasa de mortalidad por suicidio es un indicador de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030.
- Se observa que la salud mental es y debe continuar siendo una prioridad de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en coordinación intersectorial e interinstitucional con el fin de avanzar en las metas de Objetivo de Desarrollo Sostenible, el Plan de Desarrollo de Antioquia, "Unidos por la Vida 2020-2023" para lograr una población antioqueña más saludable.
- Se evidencia como la no resiliencia, afecta en forma diversa a las subregiones y que los modelos de intervención favorecen que se fortalezca esta con énfasis en los escolares.
- El involucramiento parental, requiere de un proceso de intervención para reducir el riesgo de problemas de comportamiento en los niños, niñas y adolescentes de Antioquia
- Los Determinantes Sociales relacionados a la salud mental, evidencian la necesidad de fortalecer la resiliencia, el involucramiento parental y todas y cada una de las estrategias del proyecto de salud mental, convivencia social, salud para el alma, para potencializar el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes del territorio antioqueño.
- Se requiere continuar el fortalecimiento de la red de atención en la promoción, prevención, atención oportuna de la salud mental.





# Profundización **étnica**

## CAPÍTULO VII



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

## CAPÍTULO VII PROFUNDIZACIÓN ÉTNICA

### 7.1. Fundamentos de la identidad cultural

#### 7.1.1. Enfoque de derechos y diferencial

Cuando se habla de un Enfoque de Derechos humanos en salud se abordan decisiones y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas de discriminación, y los sistemas y relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos determinantes de la inequidad en los resultados sanitarios. Este enfoque se basa en los principios de: a) No discriminación; b) Disponibilidad; c) Accesibilidad; d) Aceptabilidad; e) Calidad; f) Rendición de cuentas y g) Universalidad (OMS, 2022).

La incorporación de este enfoque permite consolidar acciones integrales contra la discriminación, el fomento de la igualdad y el respeto por la diversidad. Desde lo normativo, el enfoque diferencial se articula con el Enfoque de Derechos apelando a los principios de no discriminación, de inclusión social y de dignidad humana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Es por ello que, en este reconocimiento de derechos, el enfoque diferencial permite valorar y comprender las particularidades de las personas y colectivos que históricamente han sido discriminados, estigmatizados y vulnerados en el ejercicio de sus derechos socioeconómicos, políticos y culturales, lo cual los sitúa en una posición de vulnerabilidad social. Por medio de este enfoque se incluyen las diferencias existentes entre grupos poblacionales y condiciones particulares de etnia, ciclo de vida, género, orientaciones sexuales e identidades de género, discapacidad o víctimas del conflicto armado, lo que aporta a los principios de justicia y equidad.

Teniendo en cuenta que Colombia tiene una gran presencia de grupos étnicos, se ha establecido un marco de reconocimiento de derechos con la expedición de la Ley 21 de 1991 que aprobó el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo, luego la Constitución Política de 1991 reconoce el país como un Estado pluriétnico y multicultural, y desde entonces se han gestado otros mecanismos normativos que han aportado en el diseño de políticas fundamentadas en los principios de reconocimiento de la diferenciación sociocultural, el fortalecimiento de la autodeterminación y el autorreconocimiento de la diversidad cultural y lingüística, la identidad, la participación y la autonomía, que, desde un enfoque de derechos contribuye a la atención diferencial y así eliminar las formas de discriminación y de origen racial como causales de las barreras de acceso a las oportunidades de desarrollo.

### 7.2. Comunidades y pueblos étnicos de Colombia

### 7.2.1. Pueblos indígenas

En Colombia existen 115 pueblos indígenas, de los cuales 65 conservan su lengua propia; cerca del 58,3% de la población se localiza en 830 resguardos de propiedad colectiva y legalmente constituidos que hasta 2022 sumaban una extensión de más de 29 millones de hectáreas (Agencia Nacional de Tierras, 2023). El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 -CNPV 2018- reporta que 1.905.617 de la población se reconoce como indígenas, esto significó que entre el Censo General 2005 y el CNPV 2018 la población indígena aumentó un 36,8% en donde se destaca que este aumento se debe a una mayor cobertura en territorios con predominancia indígena y un aumento del autorreconocimiento étnico indígena. En el país los cuatro pueblos indígenas más numerosos son Wayuu, Zenú, Nasa y Pastos y concentran el 58,1% de la población indígena del país (DANE, 2019a).

### 7.2.2. Pueblos negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros (NARP)

Según el último CNPV 2018, en el país el 5,9% de la población se auto reconoce como población NARP. Estos grupos se encuentran principalmente en Valle del Cauca (21,7%), Chocó (11,3%), Bolívar (10,7%) y Antioquia (10,5%). La población Negra, Mulata, Afrodescendiente y Afrocolombiana se concentra principalmente en el Valle del Cauca (22,9%); la población Raizal en San Andrés, Providencia y Santa Catalina (79,7%) y la población Palenquera en Bolívar (60,1%). Los datos que reporta el DANE con información de 2018 reportan que el 97,68% de los municipios del país tienen población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal (DANE, 2019b).

Los pueblos negros y afrodescendientes, según el artículo 2 de la Ley 70 de 1993, son el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, además revelan y conservan conciencia de identidad que las distinguen de otros grupos étnicos.

La población raizal es la población nativa de las Islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina descendientes de la unión entre europeos (principalmente ingleses, españoles y holandeses) y esclavos africanos. Se distinguen por su cultura, lengua (creole), creencias religiosas (iglesia bautista) y pasado histórico similar a los pueblos antillanos como Jamaica y Haití.

La población palenquera está conformada por los descendientes de los esclavizados que mediante actos de resistencia y de libertad, se refugiaron en los territorios de la Costa Norte de Colombia desde el Siglo XV denominados palenques, actualmente existen 4 Palenques reconocidos: San Basilio de Palenque (Mahates – Bolívar), San José de Uré (Córdoba), Jacobo Pérez escobar (Magdalena) y La Libertad (Sucre).

### 7.2.3. Pueblo Rrom o gitano

La palabra “gitano” deriva de “egiptano” o “egipciano”, debido a la creencia que se tenía en el siglo XV de que este pueblo provenía de Egipto, aunque más tarde, gracias a varios estudios lingüísticos e históricos, se estableció que era originario de la India, específicamente de la zona norte. Debido a que el pueblo Rrom se puede encontrar en muchos países de todo el mundo a causa de su tradición nómada, es reconocido como un pueblo transnacional. La presencia de Rrom en Colombia se remonta a la época de la dominación hispánica en América y aumenta considerablemente durante la Primera y Segunda Guerra Mundial, en las que huyeron del conflicto bélico (Gómez, 2010).

En Colombia, el pueblo Rrom posee una identidad étnica y cultural propia, a la que se refieren como Zakono en lengua romaní, caracterizada principalmente por lo siguiente: “(1) se es Rrom por derecho de nacimiento, (2) tradición nómada y reconversión en nuevas maneras de itinerar, (3) sui generis conciencia histórica fundada en una conciencia del eterno presente, (4) vigencia de una lengua propia (shib romaní), (5) organización social basada en la configuración de grupos de parentesco o patrigrupos, (6) articulación del sistema social a través de linajes patrilineales dispersos independientes y autónomos, (7) existencia de autoridades propias (sere romengue-hombres cabezas de familia), entre otros” (Gómez, 2010).

Por estas razones, fueron reconocidos como grupo étnico colombiano mediante la Resolución No. 022 del 2 de septiembre de 1999 expedida por la Dirección General de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia. Luego, con el Decreto 2957 del 6 de agosto de 2010 el Estado colombiano reconoce sus derechos, las características de su propia identidad y de la conciencia étnica particular, su forma organizativa social específica y la definición histórica de sus propias instituciones políticas y sociales (Gobernación de Antioquia y Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2022)

Según el último censo realizado por el DANE, para el 2018 la población total Rrom en Colombia era de 2.649 personas, la mayoría pertenecientes a 11 kumpanias (territorios Rrom). Además, más de la mitad de la población declaró la Vitsa (Clan) a la que pertenece, siendo Bolochok y Mijay las más predominantes. Finalmente, las ciudades en las que se registra mayor población Rrom son Bogotá, Santander y Norte de Santander.

### 7.3. Comunidades y pueblos étnicos de Antioquia

El censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 planteó la pertenencia a los diferentes grupos étnicos conforme al auto - reconocimiento de cada persona registrada. Dada esta característica en Antioquia sólo el 5,46% de la población se auto reconoció como parte de un grupo étnico, el

1,1% se abstuvo de responder y el 93% expresó no pertenecer a ninguna de las etnias. De aquellos que indicaron formar parte de alguna etnia se autorreconocieron 311.289 como Negro, Mulato, Afrodescendiente, 37.628 Indígena, 640 Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 183 Palenquero de San Basilio y 140 Gitano o Rrom; sin embargo, en Junio de 2021 el DANE realiza estimación de población étnica omitida a niveles subnacionales, en donde se identifica un incremento en las cifras departamentales así: 348.095 como Negro, Mulato, Afrodescendiente, 38.811 Indígena, 640 Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 183 Palenquero de San Basilio y 140 Gitano o Rrom, sin embargo esta información no ha sido suministrada al departamento desde el nivel nacional, por esta razón se relaciona cifras censo sin ajustes.

Tabla 184. Población censada por subregión, municipio y grupo étnico. Departamento de Antioquia, 2018

Subregión	Municipio	Gitano(a) o Rrom	Indígena	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	No informa	Palenquero(a) de San Basilio	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Ningún grupo étnico	Total general
	Abraquí	1		43	24			2.091	2.159
BAJO CAUCA	Cáceres		1.674	594	365		3	23.824	26.460
	Caucasia	1	1.077	3.442	566	1	4	79.626	84.717
	El Bague	4	880	2.211	203	1	4	44.339	47.642
	Nechí		93	2.977	54		1	20.941	24.066
	Tarazá		83	451	186	1	1	22.104	22.826
	Zaragoza		1.965	7.885	56		6	14.155	24.067
<b>Total BAJO CAUCA</b>		<b>5</b>	<b>5.772</b>	<b>17.560</b>	<b>1.430</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>204.989</b>	<b>229.778</b>
MAGDALENA MEDIO	Caracolí			12	12			3.943	3.967
	Maceo		8	52	21			7.216	7.297
	Puerto Berrio		59	1.450	647	2	5	34.638	36.801
	Puerto Nare		20	362	82		4	11.693	12.161
	Puerto Triunfo		8	158	46			17.019	17.231
Yondó		22	648	85	11	2	16.829	17.597	
<b>Total MAGDALENA MEDIO</b>		<b>117</b>	<b>2.682</b>	<b>893</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>91.338</b>	<b>95.054</b>	
NORDESTE	Amalfi	1	2	102	117			20.043	20.265
	Anorí		167	244	89			14.002	14.502
	Cisneros		6	110	75			8.719	8.910
	Remedios	1	96	120	121			22.192	22.530
	San Roque		1	55	67			17.669	17.792
	Santo Domingo		3	53	21			9.709	9.786
	Segovia	1	574	880	516		1	31.718	33.690
	Vegachi		45	96	50			10.943	11.134
	Yalí		10	39	43			6.142	6.234
Yolombó		6	106	100			18.798	19.010	
<b>Total NORDESTE</b>		<b>3</b>	<b>910</b>	<b>1.805</b>	<b>1.199</b>	<b>1</b>	<b>159.935</b>	<b>163.853</b>	
ORIENTE	Guarne		40	190	268	1	2	41.999	42.500
	Guatapé		4	29	80			6.925	7.038
	La Ceja	1	17	203	381		1	58.783	59.386
	La Unión		2	49	152		1	20.565	20.769
	Marinilla		40	182	318		2	54.688	55.230
	Nariño	1	2	27	32			8.541	8.603
	Rionegro	1	48	716	1.350	1	6	114.278	116.400
	San Carlos		10	47	175			14.248	14.480
	San Francisco		1	33	20			5.311	5.365
	San Luis		2	51	27		3	11.037	11.120
	San Rafael			57	53	6		12.462	12.578
	San Vicente			27	77			17.947	18.051
	Sonsón		7	173	158			31.523	31.861
<b>Total ORIENTE</b>		<b>6</b>	<b>340</b>	<b>2.524</b>	<b>3.818</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>575.711</b>	<b>582.424</b>

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Subregión	Municipio	Gitano(a) o Rom	Indígena	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	No informa	Palenquero(a) de San Basilio	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Ningún grupo étnico	Total general
	Amagá	2	9	125	74	3		26 608	26 821
	Andés		248	225	523	1	2	37 145	38 144
	Angelópolis		3	27	10			4 987	5 027
	Betania		32	64	22			8 471	8 589
	Betulia		27	71	87			14 912	15 097
	Caramanta		1	15	20			4 233	4 289
	Ciudad Bolívar		255	191	86			22 829	23 361
	Concordia			61	108		1	15 925	16 095
	Fredonia		15	157	58	1	1	18 558	18 790
	Hispania		11	39	19			4 881	4 950
	Jardín		1 487	67	38			11 949	13 541
	Jericó		2	24	64			11 167	11 257
	La Pintada		9	87	41			7 837	7 974
	Montebello		7	13	40			5 821	5 881
	Pueblo Rico		167	29	34			6 972	7 202
	Salgar		7	98	53			15 624	15 782
	Santa Bárbara		6	93	65			21 866	22 030
	Támesis		156	76	169	2		14 609	15 012
	Tarso			18	36		1	5 608	5 683
	Titubí		2	30	39			8 245	8 316
	Urrao		1 726	1 192	277	1	3	25 805	29 004
	Valparaiso		288	15	12			5 116	5 431
	Venecia		8	44	71		1	10 156	10 280
<b>SUROESTE</b>	<b>Total SUROESTE</b>	<b>2</b>	<b>4 466</b>	<b>2 761</b>	<b>1 946</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>309 324</b>	<b>318 516</b>
	Apartadó	2	810	42 854	800	8	32	68 963	113 869
	Arboletes	2	958	7 100	120	3	8	18 098	26 289
	Carepa	1	68	11 371	909	1	1	33 585	45 936
	Chigorodó	1	2 220	27 532	256	3	1	25 551	55 564
	Murindó		1 925	2 411	254	2	1	49	4 642
	Mutatá		2 115	1 187	44		1	9 260	12 607
	Necoclí	1	1 495	18 358	123	8	1	18 434	38 420
	San Juan de Urabá		211	10 253	102	12	5	9 409	19 992
	San Pedro de Urabá		16	572	326	569		29 044	30 527
	Turbo	2	2 322	72 550	478	3	11	39 068	114 434
	Vigía del Fuerte		1 035	6 675	386	4	4	35	8 139
<b>URABA</b>	<b>Total URABA</b>	<b>25</b>	<b>13 731</b>	<b>200 617</b>	<b>4 041</b>	<b>44</b>	<b>65</b>	<b>251 496</b>	<b>470 019</b>
	Barbosa	1	20	230	227			44 279	44 757
	Bello	9	303	9 272	6 447	17	58	465 795	481 901
	Caldas		49	408	690	5		75 108	76 260
	Copacabana	5	52	679	797	1	4	74 941	76 479
	Envigado	16	99	1 386	2 718	6	11	208 201	212 437
	Girardota		46	2 975	392	1	3	45 628	49 045
	Itagüí	5	319	2 138	2 778	4	31	258 057	263 332
	La Estrella		13	366	528		3	66 971	67 881
	Medellín	48	2 071	59 064	31 165	63	314	2 279 605	2 372 330
	Sabanaleta	2	45	571	823	3	12	80 341	81 797
<b>VALLE DE ABURRA</b>	<b>Total VALLE DE ABURRA</b>	<b>86</b>	<b>3 017</b>	<b>77 089</b>	<b>46 565</b>	<b>100</b>	<b>436</b>	<b>3 598 926</b>	<b>3 726 219</b>
<b>Total general</b>		<b>140</b>	<b>37 628</b>	<b>311 289</b>	<b>67 630</b>	<b>183</b>	<b>640</b>	<b>5 557 278</b>	<b>5 974 788</b>

Fuente: Censo DANE, 2018

### 7.3.1. Pueblos Indígenas de Antioquia

En Antioquia se reconocen cuatro pueblos Indígenas:

#### 7.3.1.1. Pueblo Indígena Emberá

En el departamento de Antioquia, la población Emberá distingue tres etnias que se caracterizan por las singularidades de los territorios que ocupan, las variaciones dialectales, los modos de vida, las prácticas culturales y los procesos productivos de su cotidianidad: Emberá Chamí (gente de montaña), Emberá Dóbida (gente de río) y Emberá Eyábida (gente de selva). La mayoría de las

comunidades indígenas Emberá cuentan con lengua propia y se encuentran organizadas en resguardos y a su vez en cabildos indígenas locales (Gobernación de Antioquia, 2019).

### 7.3.1.2. Emberá Eyábida

Las comunidades Emberá Eyábida, equivalen al 76% de la población Emberá de Antioquia y se encuentran asentados al interior de las áreas rurales habitando en la subregión de Urabá en los municipios de Apartadó, Chigorodó, Mutatá, Murindó y Turbo; en la subregión Occidente en los municipios de Dabeiba, Frontino y Uramita; en la subregión Suroeste en el municipio de Urao, en la subregión Norte en el municipio de Ituango; y en la subregión del Bajo Cauca en el municipio de Tarazá. El agua es un elemento fundamental en las historias de origen de este pueblo indígena, por lo tanto, hace parte integral de su cultura y del territorio que habitan.

### 7.3.1.3. Emberá Chamí

Se encuentran principalmente en la subregión del Suroeste en los municipios de Andes, Ciudad Bolívar, Jardín, Pueblorrico, Támesis y Valparaíso, en la subregión de Urabá en los municipios de Apartadó y Chigorodó, en la subregión Nordeste en los municipios de Anorí, Remedios, Segovia y Vegachí, en la subregión Magdalena Medio en Puerto Berrío, y en la subregión del Bajo Cauca en los municipios de Cáceres y El Bagre. Los indígenas Emberá Chamí se dedican al cultivo de plantas y hortalizas con actividades de caza y recolección, son considerados como el pueblo indígena con mayor dispersión territorial en Colombia, pero con menor densidad poblacional sobre los territorios que ocupan. De hecho, el Pueblo Emberá Chamí ocupa el menor rango en posesión de territorios indígenas, los cuales se encuentran principalmente en el Suroeste antioqueño.

### 7.3.1.4. Emberá Dóbida

Por último, los Emberá Dóbida son los habitantes de río, por lo tanto, se encuentran ubicados en zonas ribereñas principalmente en el Atrato Medio en la subregión de Urabá, en el municipio de Vigía del Fuerte y representa un 4% de la población indígena de este pueblo en el Departamento. En los indígenas Emberá Dóbida su sistema de producción tradicional se basa en la pesca, la recolección y la siembra de algunos productos de pan coger como chontaduro, caña, banano, arroz, maíz y frutos de bosque. Sus casas están elaboradas en forma de tambo, donde viven en la estructura de familias extensas. Sus poblados se encuentran cerca de los ríos, recurso que cuidan como un elemento importante de su sistema de vida cultural.

### 7.3.1.5. Pueblo Indígena Zenú

Los indígenas Zenú o Senú habitan en la subregión de Urabá en los municipios de Arboletes, Necoclí, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá y Turbo y en la subregión de Bajo Cauca en los municipios de Cáceres, Caucasia, El Bagre y Zaragoza del departamento, esta población ha sido gravemente afectada por el proceso de colonización, tanto así que no poseen una lengua propia, estas comunidades son producto de la migración de familias provenientes de San Andrés de Sotavento en Córdoba, guardando una relación con el lugar de origen y las posibles relaciones de parentesco y uniones matrimoniales que se han venido estableciendo entre comunidades (García-Álvarez, 2018).

Actualmente los poblados del pueblo Zenú del Bajo Cauca se encuentran ubicados en las áreas tanto urbanas como rurales de los municipios donde han construido sus viviendas tradicionales y donde tienen lugar las relaciones sociales, familiares y económicas de estas comunidades. Si bien los ríos son esenciales para la pesca, la minería y la comunicación entre comunidades, los resguardos y comunidades del pueblo Zenú se encuentran principalmente ubicados al interior de las áreas boscosas, y se identifican cambios en las técnicas de cultivo y cosecha, adoptando prácticas campesinas como resultado del proceso de aculturación (García-Álvarez, 2018). El Pueblo Senú basa su sistema de producción en el cultivo de plátano, yuca, frijol, ñame y cacao. La fabricación y uso del sombrero Vueltiao, además de otros productos o artesanías como la cestería son elementos representativos de este pueblo.

### 7.3.1.6. Pueblo Indígena Gunadule

La mayor parte del Pueblo Indígena Gunadule se encuentra ubicado en Panamá, en Colombia se encuentra actualmente en el resguardo Caimán Nuevo, en el departamento de Antioquia, y en el resguardo Arquía, en el departamento del Chocó, bordeando el golfo de Urabá, al noreste del país. En Antioquia, en los municipios de Turbo y Necoclí, los Indígenas Gunadule se encuentran en el Resguardo de Caimán Nuevo, el cual se divide en tres comunidades: Caimán Bajo, Medio y Alto (ONIC, 2020).

El dulegaya (dulegagga) o gunagaya (gunagagga) es la lengua del pueblo Gunadule, una lengua perteneciente a la familia lingüística Chibcha, con estructura propia y sonidos que entretejen los significados de la vida y la memoria. Cuentan con un sistema educativo y un plan de salvaguarda, y además cada seis meses realizan congresos generales en Colombia y Panamá para analizar aspectos políticos, como la relación de la nación Gunadule con los países; este pueblo ha logrado mantener gran parte de sus prácticas culturales tradicionales, cosmovisión, organización social y en especial, su lengua. Sin embargo, en su proceso histórico han adoptado y transformado



distintos elementos culturales a su propia estructura social, en especial en lo referente a la religión (ONIC, 2020). Sus cultivos principales son el maíz, yuca, plátano, arroz, cacao y caña.

### 7.3.1.7. Pueblo Indígena Nutabe

El pueblo Nutabe, que hasta hace poco se creía extinto, por medio de la resolución 0071 de 19 de mayo de 2017, reconoció 57 familias en las veredas Orobajo, La Loma, La Aurora, y La Meseta, en el municipio de Sabanalarga; en las veredas Llanón Cañanoa, Guayabal y La Bastilla, en el municipio de Peque; y en las veredas El Tinto, La Florida, La Honda y La Hundida en Ituango en el departamento de Antioquia (ONIC, 2018). Sin embargo, este pueblo ha sufrido un proceso fuerte de desplazamiento y pérdida de territorio a causa del Proyecto Hidroeléctrico Ituango y actualmente se encuentran reubicados en el Norte del departamento en el municipio de Ituango.

La economía del pueblo Nutabe de Orobajo antes de su reubicación se basaba en la explotación sostenible de los bienes y servicios del territorio del Cañón del río Cauca, siendo el barequeo (minería artesanal) la principal fuente de ingresos, seguido de la pesca, agricultura y comercio. En el Llano de Orobajo sembraban maíz, caña, plátano, yuca, fríjol, tomate, ají, cebolla y otras verduras. Había frutales de tamarindo, anón, papaya, limón, guanábana, piña, piñuela, y muchos más. Las viviendas eran construidas con materiales de la zona: guadua del río, piedra y arena del lugar, madera del monte y techo de zinc (anteriormente paja e iraca). Se usaba principalmente la técnica de bareque para construir, pero también la tapia de tierra pisada. Como poblado tenían las condiciones para garantizar la vida como comunidad, entre ellos escuela, casa, cabildo, trapiche, sistema artesanal de riego, parque infantil, cancha deportiva, acueducto, sitio destinado para embarcar y nuestros sitios sagrados como los cementerios y los árboles de tamarindo (Cabildo Indígena Orobajo Nutabe, 2019).

Con la llegada de Hidroituango al territorio ancestral del Cañón del río Cauca, se ha determinado que las afectaciones ambientales y culturales sufridas por la comunidad de Orobajo son en la mayoría irreversibles, dado que se transformó de manera radical el territorio del Cañón del río Cauca, eje natural y cultural de nuestra comunidad indígena (Cabildo Indígena Orobajo Nutabe, 2019).

### 7.3.2. Pueblo negro, afrodescendiente, raizal y palenquero de Antioquia

En Antioquia según el Censo de 2018, 312.112 personas (5,22% de la población de Antioquia) se reconocieron como pertenecientes a estos grupos étnicos, de los cuales los mulatos, afrodescendientes y afrocolombianos registran 311.289 pobladores, los raizales 640 y los palenqueros 183. En el departamento, las comunidades Afro y Negras se encuentran en todos

sus municipios, sin embargo, las Subregiones del Bajo Cauca y de Urabá, específicamente en los municipios de Vigía del Fuerte, Turbo, Murindó, San Juan de Urabá, Chigorodó, Necoclí, Apartadó, Zaragoza, Arboletes, Carepa, entre otros, presentan un porcentaje alto de representantes de dichas comunidades.

Por medio de la Ordenanza 010 de 2007, se pretende garantizar los derechos de las comunidades negras o afrodescendientes contenidos en la Constitución y la Ley. Además de ello, se espera focalizar, identificar e incrementar el acceso de esta población a los programas sociales del Estado, generando mayores oportunidades para alcanzar el desarrollo y mejorar las condiciones de vida, a través de la implementación de acciones afirmativas.

Los principios orientadores del negro, afrodescendiente, raizal y palenquero del departamento y del país se rigen por la autonomía, la autodeterminación, la compensación, la equidad, la afirmación del ser y la sostenibilidad. Las comunidades afro han adoptado la figura de Consejo Comunitario como forma organizativa definida por la Ley 70 de 1993 para la administración de los territorios colectivos, además es una estrategia de reconocimiento ante las instituciones y desde allí se establecen los liderazgos, los reglamentos, las formas de control y la autoridad que es legitimada por toda la comunidad.

### 7.3.3. Rrom o Gitanos de Antioquia

Según el censo del DANE, para el 2018 se identificaron 108 Rrom de la Kumpania Envigado, de los cuales 50 se encontraban en Antioquia entre Medellín, Envigado, Itagüí, Bello, Copacabana y Angostura (DANE, 2018). No obstante, según un censo propio del 2022, se registran 32 personas entre Envigado, Medellín, Copacabana y Angostura (Gobernación de Antioquia y Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2022). Se cree que estas familias son el remanente de un gran asentamiento Rrom que se dio en Itagüí a mediados del siglo pasado hasta finales del siglo cuando se dispersaron hacia otros sitios del país (Universidad EAFIT, 2019).

Teniendo en cuenta que la Kumpania Envigado tiene una cantidad pequeña de habitantes, sus dinámicas poblacionales son estáticas con un nivel de tres nacimientos y cero defunciones en cinco años. En el pasado, las principales actividades económicas de la población Rrom en Antioquia eran el comercio de ganado equino, la artesanía en cobre y las actividades adivinatorias, pero actualmente la mayoría se dedica a la reparación de maquinaria pesada. Igualmente, aunque es tradición gitana vivir en carpas, la Kumpania Envigado habita en viviendas modernas con acceso a todos los servicios públicos (Gómez, 2010).

Actualmente, su cultura se refleja en el uso de costumbres y tradiciones relacionadas con la vestimenta y las artesanías, y en el sostenimiento de creencias propias sobre el territorio, la vida

y la libertad, así como de sus propias leyes (Gómez, 2010; Universidad EAFIT, 2019). Con el Decreto 2957 del 6 de agosto de 2010, esta Kumpania aprovechó la oportunidad para comenzar un proceso de fortalecimiento cultural.

## 7.4. Estado actual de los procesos interculturales en salud

### 7.4.1. Procesos de salud – enfermedad en pueblos indígenas

En los pueblos indígenas, todo el territorio ancestral está conectado, por lo que la salud no puede ser entendida de manera dividida: *“cuando hablamos de salud, tenemos que abordar todo lo que hoy existe en nuestros territorios. Vemos la salud como una articulación y no como un solo factor para abordar; hay que abordar el tema cultural, el tema de la familia, hay que hablar de territorio, de sociedad, de comunidad, de soberanía alimentaria”* manifiestan las comunidades Emberá, Guna Dule y Senú del Urabá Norte. En este sentido, la salud puede ser definida como la relación entre el individuo, las comunidades, el territorio ancestral y la sociedad que provee bienestar y armonía. Asimismo, la enfermedad aparece cuando esta relación provoca malestares o desarmonías.

Adicionalmente, la ancestralidad ocupa un eje central en el proceso salud - enfermedad de los pueblos indígenas. En gran medida, la armonía en la relación entre individuo, comunidad, territorio y sociedad está mediada por la práctica, conservación y transmisión de la ancestralidad indígena; es decir, si ésta se sostiene y se respeta, se genera bienestar, por el contrario, si se olvida o se oprime, se genera malestar. Donde se refleja más evidentemente su impacto es en la medicina ancestral, la cual se puede comprender como el conjunto de saberes relacionados con la naturaleza (plantas medicinales, sitios sagrados y espíritus) y sus componentes curativos. Ésta se aplica en los campos individual, familiar, comunitario y territorial con el fin de prevenir enfermedades o restablecer un equilibrio.

En el sistema médico ancestral existen varios actores que varían según el nivel de su intervención o según su especialidad. Inicialmente, se encuentra la propia persona con conocimientos transmitidos de generación en generación, especialmente en el ámbito familiar, sobre prácticas de prevención, autocuidado y atención en dolencias poco graves. Luego, se encuentran las personas que se especializan en un saber específico: las sobanderas, quienes poseen conocimientos sobre ortopedia y traumas; las rezanderas, que intervienen en padecimientos físicos y psicológicos (espirituales) a través del rezo o la conexión con espíritus; las botánicas, que sanan con saberes relacionados con la etnobotánica; las parteras, quienes se especializan en la atención a las madres y a los neonatos y, finalmente, en el pueblo Embera, las personas llamadas ‘jaibanás’ quienes sanan a través de conocimientos etnobotánicos y desde su conexión con “jais” o espíritus (Cardona-Arias, 2012).

## 7.4.2. Procesos de salud – enfermedad en pueblos negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros –NARP-

En los pueblos NARP la salud está estrechamente relacionada a sus prácticas culturales y tradicionales que se tratan de conservar en estas comunidades. Dos elementos para resaltar para el cuidado y la salud en esta población es la alimentación y la siembra, los cuales tienen un gran impacto en la vida del pueblo y las comunidades afro ya que hay una gran industrialización y procesamiento de los alimentos que afecta el bienestar individual y comunitario, por ello: *“Se busca que los huertos caseros se conserven para la salud. Cómo volver a retornar a la tierra; el uso ancestral de la tierra se está perdiendo”*.

Asimismo, en el sistema médico tradicional de las comunidades afrodescendientes, para tratar la enfermedad y cuidar la salud hay roles específicos que transmiten los conocimientos que les pueden brindar las plantas y los rituales que el legado del patrimonio sociocultural afro ha dejado con el tiempo. Los curanderos afrodescendientes conocen y se relacionan con el ambiente, crean y aportan en la construcción de tejido social (Sinergias, 2015).

## 7.4.3. Procesos de salud – enfermedad en pueblos Rrom o Gitanos

Según Gómez (2010), la salud y la enfermedad para el pueblo Rrom deben explicarse desde una perspectiva colectiva y comunitaria, a partir de las relaciones sociales y las relaciones que establecen los seres humanos con los ecosistemas que habitan. Así, “el concepto de salud, asociado al del equilibrio entre la vida material y la vida espiritual tiene necesariamente un referente que implica a toda la kumpania y se configura a partir de la combinación entre el bienestar y el *bienser*. Para los Rrom el estado de enfermedad permanente se produce por la ruptura de los códigos culturales y morales, que se denomina rigaté o shudiné”.

Teniendo en cuenta lo anterior, la espiritualidad se resalta como un elemento de vital importancia para el mantenimiento de su salud, por lo que “la muerte y la enfermedad son vistas como consecuencia de transgresiones contra el universo moral y cultural de los Rrom”. Por ejemplo, en algunas ocasiones, la aparición de una enfermedad está relacionada con la precariedad económica, dado que el cumplimiento de ciertos códigos culturales requiere de un flujo considerable de recursos económicos (Gómez, 2010).

## 7.5. Aseguramiento

Según la información brindada por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de SISPRO con corte a octubre 2022, se identifica que, en Antioquia, de 349.880 habitantes reconocidos

como población étnica, están afiliados al Sistema General de Seguridad Social el 12%, siendo las poblaciones de Indígenas y Rrom las de mayor proporción (95% y 54% respectivamente) y los Raizales los de menor con un 0.2%.

Tabla 185. Estado de afiliación activo al SGSSS a octubre 2022, Antioquia

Autoreconocimiento étnico	Total	Afiliación SGSSS	% Afiliados
Indígena	37.628,00	35.851,00	95%
Gitano(a) o Rrom	140,00	76,00	54%
Palenquero(a) de San Basilio	183,00	40,00	22%
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	311.289,00	4.943,00	2%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	640,00	1,00	0%
<b>Total</b>	<b>349.880,00</b>	<b>40.911,00</b>	<b>12%</b>

\*Raizal, Afrodescendiente y Palenqueros: Información disponible hasta 2017

Fuente: SISPRO - Cubo BDUA, octubre 2022

Se resalta que el aseguramiento en población indígena hasta el 2022, ha incrementado un 21.22% con respecto al 2012 (Afiliados al SGSSS en 2012: 29.574) a diferencia del resto de grupos, en donde la disminución promedio de personas aseguradas ha sido del 60.9%.

Tabla 186. Estado de afiliación activa y suspendida, Antioquia, 2012-2022

Autoreconocimiento étnico	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Cambio porcentual %
INDIGENA	29574	31164	32567	32665	33122	34233	34834	34858	35734	35972	35851	21,22
RROM	996	881	883	788	687	590	331	206	181	153	76	-92,38
RAIZAL	4	4	4	1	1	1						-75,00
AFRODESCENDIENTE	11377	10877	10477	9235	8368	4943						-56,55
PALENQUERO	50	47	40	45	42	40						-20,00

\*Raizal, Afrodescendiente y Palenqueros: Información disponible hasta 2017

Fuente: SISPRO - Cubo BDUA, octubre 2022

## 7.6. Metodología

Con la finalidad de generar una perspectiva integral e intercultural sobre la situación actual de salud en comunidades étnicas del departamento de Antioquia, para el análisis se incluyeron datos cuantitativos (medidas de frecuencia y de tendencia central) otorgados por la Secretaría Seccional de Salud y de Protección Social de Antioquia y datos cualitativos recopilados en un Encuentro de Saberes Interculturales con población indígena, negra y afrocolombiana, realizado el día 29 de agosto de 2023.

### 7.7. Encuentro de Saberes Interculturales

En el Encuentro de Saberes Interculturales, participaron 69 representantes étnicos de los pueblos indígenas, negros y afrocolombianos del departamento de Antioquia. De las comunidades indígenas se invitaron a promotores y promotoras de salud y médicos y médicas ancestrales de los seis pueblos del departamento y de los pueblos negros y afrocolombianos, se invitaron líderes y lideresas sociales y ambientales de los Consejos Comunitarios de Bajo Cauca, Magdalena Medio y Urabá.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022), el diálogo de saberes es un proceso de comunicación e intercambio entre personas provenientes de distintas etnias, en el cual prima la horizontalidad de los conocimientos y la intención de construcción conjunta. Cuando se aplica al ámbito de la salud, es valorado como una herramienta conveniente y válida para la articulación de los sistemas médicos tradicionales con el occidental. Por esta razón, la metodología utilizada en el encuentro fue el diálogo de saberes con técnicas participativas como las cartografías corporales y vivenciales con el fin de provocar la palabra y facilitar la sistematización.

La población total participante fue dividida por conveniencia según características territoriales y culturales: un grupo representante del pueblo negro y afrocolombiano y los seis restantes como representantes de los pueblos indígenas según subregión: Bajo Cauca y Magdalena Medio, Norte y Nordeste, Suroccidente, Occidente, Urabá Sur y Urabá Norte, dando como resultado siete grupos. El encuentro comprendió cuatro momentos de trabajo; los dos primeros estuvieron destinados a reconocer las características contextuales de las comunidades e identificar sus problemáticas en salud y sus determinantes y en el tercero se construyeron propuestas de prevención, atención y promoción de la salud a partir de la información de los momentos previos. Finalmente, el cuarto momento fue de socialización.

La presentación de la información se organizó conforme a los momentos desarrollados en el Encuentro de saberes. Solo lo recopilado en el primer momento, que es el reconocimiento territorial, será presentado según los grupos de trabajo. En el resto de los momentos será presentado según población étnica, debido a que predominan los elementos comunes en la información recolectada.

#### 7.7.1. Momento 1. Contexto territorial de los pueblos indígenas según subregión

##### 7.7.1.1. Subregiones Bajo Cauca y Magdalena Medio

La subregión Bajo Cauca es una de las 9 subregiones, situada en el nororiente de Antioquia y cuenta con 8.485 km<sup>2</sup> representando el 13,5% del territorio del departamento (tercera subregión más grande). Se encuentra ubicado en la cordillera Central, entre las serranías de Ayapel y San Lucas, sobre la cuenca baja de los ríos Cauca y Nechí. La economía de la subregión destaca la minería, pero también está la producción piscícola, la agricultura y la ganadería.

En la subregión del Bajo Cauca, los municipios con comunidades indígenas son: Cáceres, Caucasia, El Bagre, Tarazá y Zaragoza, dichas comunidades pertenecen a los pueblos Zenú, Emberá Eyábida y en menor medida Emberá Chamí, por su parte, en la Subregión del Magdalena Medio solo el municipio de Puerto Berrío registra población indígena de los pueblos Emberá Chamí y Eyábida.

En los municipios del Bajo Cauca, las comunidades indígenas están representadas en 47 comunidades y 16 resguardos, y según datos aproximados de líderes y lideresas, sus habitantes se encuentran distribuidos así: Cáceres, 659 personas en los resguardos Alto del Tigre, Campanario, Puerto Bélgica, Omagá, Carupia y Vegas de Segovia que lo comparte con el municipio de Zaragoza, Caucasia, 1654 personas en nueve comunidades pero no cuentan con resguardo, El Bagre, 1520 personas en los resguardos de Sohaibadó, Los Almendros, Puerto Claver, El Noventa, La Lucha y La Sardina, Tarazá 46 personas en el resguardo Jaidezavi y Zaragoza 1673 personas en los resguardos Vegas de Segovia, Pablo Muera, San Antonio y Zincer La 18.

Las características de sus territorios configuran sus prácticas sociales, económicas y culturales tradicionales, estas comunidades se encuentran asentadas sobre las cuencas de los ríos Cauca, Nechí y Tarazá, entre las serranías de Ayapel y San Lucas, los cuales poseen una gran biodiversidad de fauna y flora, además en este territorio existe un gran significado del río en la vida de las comunidades que lo habitan. Estos territorios se caracterizan por ser cálidos y húmedos. Las subregiones del Bajo Cauca y Nordeste son los territorios con mayor producción aurífera, es así como la minería a pequeña, mediana y gran escala ocupan un lugar fundamental en la economía local (García-Álvarez, 2018)

Los territorios de estas comunidades resultan ser de especial interés para actores armados ilegales, minería ilegal, y explotación de recursos naturales renovables y no renovables, lo cual vulnera los derechos territoriales y culturales de las comunidades, y los pone en riesgo de desplazamiento, fragmentación social y organizativa, o muerte violenta de sus comuneros y líderes.

Para las comunidades indígenas del pueblo Zenú en el Bajo Cauca, el proceso organizativo ha promovido la conformación de cabildos mayores en cada municipio, el cual cuenta con un representante reconocido como “Cacique Mayor” que se reconoce como autoridad indígena y permanece en constante comunicación y relacionamiento con los caciques locales para la toma de decisiones sobre sus territorios (Ministerio de Cultura, 2018).

Además de la minería, la agricultura, la construcción y bautizo de viviendas tradicionales, las comunidades Zenúes del Bajo Cauca aún se desarrollan como prácticas culturales el cultivo, el trenzado y la pintura de la caña flecha para la elaboración del sombrero vueltiao y otros productos o artesanías como cestería (García-Álvarez, 2018).

Por su parte, subregión Magdalena Medio está localizada en el extremo oriental del departamento, cuenta como eje geográfico y la sección media del río Magdalena, en el valle formado por las cordilleras Central y Oriental. Tiene una extensión de 4.777 km<sup>2</sup>, correspondientes al 7,6 % del área total del departamento. En esta subregión, en el municipio de Puerto Berrío se encuentra el Resguardo Indígena Karamandú perteneciente al pueblo Emberá Eyábida y Chamí, lo componen 18 familias que suman 153 personas, donde la mayoría de los habitantes llegaron al municipio por causas de desplazamiento y violencia en el año 2000, luego de varios procesos pudieron acceder al territorio bajo la titulación de resguardo indígena. La comunidad desarrolla cultivos para la subsistencia. Su vía de acceso se encuentra ubicada por la vía del municipio de Caracolí, lugar donde se debe tomar una motomesa y luego transporte de moto privado para poder llegar hasta el resguardo.

El resguardo cuenta con 145 hectáreas de territorio adjudicado por El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y la Agencia Nacional de Tierras el cual está estipulado en el Acuerdo 205 de 2021. En la actualidad este resguardo no cuenta con más comunidades, también el número de personas y de familias ha reducido puesto que la situación económica ha escaseado y por ello las personas han migrado a diferentes veredas y municipios del departamento.

### 7.7.1.2. Subregiones Nordeste y Norte

La subregión Nordeste está ubicada sobre el margen oriental de la Cordillera Central y al suroeste de la serranía de San Lucas y entre los ríos Porce, Nechí, Nus y Alicante. Tiene una extensión de 8.544 km<sup>2</sup> que corresponde al 13,6% del territorio antioqueño, lo que la convierte en la segunda subregión más grande del departamento; esta zona es extremadamente rica en producción minera y maderera.

En esta subregión los municipios de Anorí, Remedios, Segovia y Vegachí tienen población indígena. Según información aportada por los líderes y lideresas, Anorí cuenta con tres comunidades no resguardadas llamadas Tenche Los Guamos, Dios Drua (Emberá Chamí) y Liberia (Senú) con una población total de 192 personas; Remedios tiene un Resguardo Indígena Emberá Chamí llamado Korodó que cuenta con 3 familias dentro del resguardo puesto que el territorio ha sufrido una serie de desplazamientos masivos debido a falta de oportunidades a nivel de saneamiento básico como el agua, educación y vinculaciones laborales; Segovia tiene un resguardo Indígena Emberá Chamí reconocido como Tagua La Pó donde habitan 459 personas



agrupadas en 102 familias y Vegachí cuenta con la comunidad Junkará, una comunidad indígena no resguardada Emberá Chamí con 38 personas y 12 familias.

Respecto a las comunidades que no tienen territorios titulados como resguardos mencionan que: *“ya que las comunidades no contamos con territorio no tenemos nada, no estamos reconocidas ante el Ministerio del Interior y eso obstaculiza el acceso a muchas oportunidades. Una comunidad sin territorio no es nada”*. Además de ello, en las comunidades tanto resguardas como aquellas que no lo están, el acceso se dificulta por el deterioro constante de las vías y las condiciones climáticas.

Por su parte, en la subregión Norte, la cual es la cuarta más grande de Antioquia (7.390 km<sup>2</sup>), está localizada en plena cordillera Central, entre el área norte del Valle de Aburrá y el nudo de Paramillo, allí en el municipio de Ituango se encuentran el resguardo Indígena Jaidukamá, del pueblo Emberá Eyábida y una comunidad del Pueblo Nutabe Orobajo. Al Igual que en la Subregión Nordeste este territorio ha sido fuertemente violentado por los grupos armados.

Las primeras familias del Resguardo Indígena Jaidukamá provienen de los municipios de Frontino, Dabeiba y Uramita, actualmente tiene 390 personas y cuenta con dos comunidades: Jaidukamá, que se encuentra en el territorio resguardado, y el asentamiento de San Román ubicado en la parte alta y media de los ríos San Matías y San Juanillo. En esta comunidad el vestuario es particular y permite establecer una diferencia entre los demás pueblos indígenas del departamento, ya que los hombres llevan vestidos de rojo a manera de túnica que les abraza el cuerpo y las mujeres las usan de diferentes colores, son vestidos largos que solo dejan entrever su rostro, manos y pies, tantos hombres y mujeres llevan “Chindau” en la cabeza, el cual se asemeja a un tocado para la cabeza, hecho de palma de Congo y envuelto en cintas de seda de colores fuertes para simular el sol, el Chindau representa identidad entre los habitantes de Jaidukama (Imbett -Vargas & Monterroza-Ríos, 2018).

El Pueblo Nutabe, según el censo realizado por el Ministerio del Interior, encuentra que hay 57 familias con un total de 176 personas, sin embargo, el Cabildo Nutabe de Orobajo reporta un total 70 familias, quienes suman 256 personas, la mayor proporción se encontraban en Oro Bajo de Sabanalarga con 23 familias, y la Florida de Ituango con 11 familias.

### 7.7.1.3. Subregión Occidente

La subregión Occidente cuenta con 7.291 km<sup>2</sup> la cual la ubica como la quinta subregión de mayor extensión con respecto a las nueve subregiones del Departamento, representando el 11,6% del territorio. Esta subregión comprendió las comunidades indígenas del pueblo Emberá Eyábida pertenecientes a los municipios de Frontino, Uramita, Dabeiba y Urrao. En total, existen 18

resguardos y 86 comunidades en este territorio: en Dabeiba, se encuentran los resguardos Narikizabi, Emberá Drua, Cañaverales Antadó, Jenaturadó, Sever, Choromandó Alto-medio, Chuscal Tuguridocito, Amparradó Alto, Pavarandó - Amparradó Medio, Chimurro Nendo y Monzhomandó con 35 comunidades; en Uramita, está el resguardo El Charcón con dos comunidades; en Frontino, están los resguardos Nusidó, Murri-Pantano y Chaquenoda con 32 comunidades y en Urrao, están los resguardos Andabú, Majoré y Valle de Pérdidas con 17 comunidades en total.

Según información brindada por sus líderes y lideresas comunales a partir de censos comunitarios y planes de vida, la cantidad de población Embera Eyábida actual que habita la subregión Occidente es de 14.047 personas, siendo Frontino (6.291) y Dabeiba (4.958) los municipios que reportan más población. Por el contrario, en el último censo del DANE (2018) se presenta una proyección para el 2023 de 10.462 personas; es decir, 3.500 menos que la cifra brindada por sus comunidades. La discrepancia se concentra principalmente en los municipios de Frontino y Urrao con 2.584 y 872 personas de diferencia, respectivamente.

Ahora bien, en el ejercicio de la cartografía vivencial y diálogo de saberes sobre los aspectos culturales e históricos de las comunidades Embera Eyábida de la zona Occidente, se evidencia la importancia que éstas le otorgan al ecosistema selvático en el que se ubican sus comunidades, recalando la diversidad de fauna y flora que estos ambientes entrañan. Históricamente, esta diversidad ha sido el principal medio de subsistencia e inspiración para el pueblo Embera Eyábida: desde su medicina hasta su forma de vestir, ha sido influenciada por la relación que las y los Eyábida establecen con la naturaleza que les rodea.

Por lo tanto, la medicina ancestral y tradicional, la indumentaria y la danza pensadas desde un territorio en específico, cobran especial relevancia en las comunidades. De la medicina ancestral, sobresalen las plantas medicinales y los rituales, y de la indumentaria, la pintura corporal con jagua, las chaquiras y la vestimenta tradicional. En estos cuatro principios, con el territorio como transversal a todos, se resume y se representa lo fundamental de su cultura y, por ende, donde también se reflejan las interferencias que dificultan la pervivencia de su pueblo.

Estas comunidades relatan que son muchas las transformaciones a nivel territorial y cultural que han percibido en el tiempo, argumentando que a nivel territorial *“anteriormente los pueblos indígenas conservaban mucho la naturaleza [...] se estaba bien y usted se encontraba una variedad de alimentos, variedad de animales...”*, mientras que ahora no, refieren que: *“hoy en día mucha gente está tumbando árboles [...] animales no hay casi [...] la población ha aumentado y la tierra es muy pequeña [...] ya los ríos se están secando”*, además de que la actividad minera está aportando a esta *“desarmonización del territorio”*, afectándolo no solo a nivel físico, sino también espiritual y de salud de las comunidades.

En términos generales, consideran que la actividad minera destruye el ecosistema selvático que es fundamental para su pervivencia indígena, genera enfermedades por exposición al mercurio y aumenta las transmitidas por vectores como la malaria e incide en el abandono de tradiciones ancestrales, pues creen que quienes obtienen ganancias económicas por la minería se condicionan a adquirir prácticas occidentales relacionadas con el consumo: *“genera conflicto entre las comunidades [...] porque se están beneficiando monetariamente [...] y ante esto están dañados, ciegos [...] ya dejamos de pintar la cara, ya chaquira nada, entonces ya va dejando la cultura, ya estamos pensando en qué va a poder trabajar otra vez [...] compran aguardiente y cerveza, ya no toman chicha ni chirrinche”*.

En este sentido, una de las transformaciones a nivel cultural que más señalan en sus territorios es el estado actual de los saberes y prácticas ancestrales en comparación con el pasado. Además del distanciamiento con expresiones culturales como la pintura facial, la danza o el uso de chaquiras, las relacionadas con la medicina también han disminuido: *“los indígenas antiguamente utilizaban sus propios medicamentos y plantas medicinales para curar cuando picaba una culebra y la planta se llamaba “damayidua” o planta serpiente. Hoy en día la mayoría ya no utiliza la planta serpiente. Los jóvenes se acercan al hospital”*. A lo anterior se le suma que cada vez menos personas de las comunidades desean ejercer la medicina ancestral. Por estas razones, las comunidades conciben el fortalecimiento de los saberes y prácticas ancestrales como una actividad fundamental de su cultura actual.

#### 7.7.1.4. Subregión Suroeste

La subregión del Suroeste antioqueño se encuentra asentada sobre las estribaciones de las cordilleras Occidental y Central de los Andes, que conforman el cañón del río Cauca y la cuenca del río San Juan, al suroccidente del departamento, su extensión aproximada es de 6. 589 km<sup>2</sup>. Esta subregión se caracteriza por la caficultura, la minería de carbón, el turismo, la producción de plátano, caña panelera, frutales, frijol, hortalizas, yuca, papa, y maíz; así mismo, la ganadería, la industria maderera y el comercio constituyen otros renglones de la economía.

En la subregión, se encuentran comunidades indígenas en seis municipios, de acuerdo con la información de los líderes y lideresas en Andes está el resguardo indígena Esteve Queragama con 275 personas, en Ciudad Bolívar el resguardo indígena Hermeregildo Chakiamá con 332 personas, Jardín el resguardo indígena Karmatarua con 1712 personas, Pueblorrico el resguardo indígena Bernardino Panchí con 164 personas, Támesis el resguardo indígena Miguel Cértiga con 159 personas y en Valparaíso el resguardo indígena Marcelino Tascón con 308 personas. Las comunidades indígenas de estos municipios tienen una fuerte influencia por los monocultivos de café y cultivos de caña. Para el autoconsumo de las comunidades existen cultivos de maíz, frijol y yuca, además de poseer algunos cerdos y gallinas.

Durante el encuentro, las comunidades indígenas de esta subregión destacaron elementos fundamentales como la medicina tradicional y sus plantas medicinales, el territorio, los sitios sagrados, el cuidado de la madre tierra, las artesanías, los ríos. La figura del Jaibaná se destaca como un rol fundamental en las comunidades indígenas y los sitios sagrados se entienden como ejes naturales y de equilibrio espiritual que estructuran el territorio.

### 7.7.1.5. Subregión Urabá

La subregión del Urabá, con una extensión de 11.799 km<sup>2</sup>, es reconocida como la más grande de Antioquia y, asimismo, la que tiene mayor presencia de población indígena, lo que representa el 32% del total de resguardos del departamento (Consejo Territorial de Planeación de Antioquia, 2020). En todos los once municipios que componen esta subregión, habitan comunidades indígenas pertenecientes a los pueblos Gunadule, Senú y Embera (Chamí, Eyábida, Eyábida Oívida y Dóbida).

Esta subregión está dividida político-administrativamente en tres zonas según sus características geográficas y poblaciones: Norte, Centro y Atrato Medio, pero para el desarrollo de la metodología del Encuentro de Saberes, se dividió solamente en dos zonas: Norte y Sur, con la finalidad de generar un espacio de unidad y de trabajo articulado entre las distintas comunidades indígenas que comparten no solo características territoriales y de salud, sino también sus ancestros.

### 7.7.1.6. Zona Urabá Norte

La zona nombrada como Urabá Norte comprendió las comunidades indígenas de los pueblos Gunadule, Senú y Embera Eyábida pertenecientes a los municipios de Turbo, Necoclí, Arboletes, San Juan de Urabá y San Pedro de Urabá. En total, existen seis resguardos y 33 comunidades en este territorio: en Turbo, están los resguardos Dokerazavi y Caimán Nuevo con nueve comunidades de los pueblos Embera Eyábida, Gunadule y Senú; en Necoclí y en Arboletes, los resguardos El Volao y Canime, respectivamente, con nueve comunidades cada uno; en San Juan de Urabá, el resguardo Los Almendros con dos comunidades y en San Pedro de Urabá, el resguardo Río Alto San Juan con cuatro comunidades. Estos últimos cuatro resguardos son habitados únicamente por el pueblo Senú.

Según información brindada por sus líderes y lideresas comunales a partir de censos comunitarios y planes de vida, la cantidad de población indígena actual que habita el Urabá Norte es de 8.912 personas, siendo Turbo (2.994), Necoclí (2.500) y Arboletes (2.250) los municipios que reportan más población. Este dato dista de la cifra oficial presentada por el último censo del DANE en el

que se proyecta que para el 2023 la población indígena estimada para esta zona es de 6.147 personas (2018), aunque coincide en los municipios predominantes: Turbo (2.549), Necoclí (1.644) y Arboletes (1.148). De acuerdo con el equipo de Urabá Norte, esta diferencia puede deberse al subregistro en los datos censales de las comunidades indígenas y a un reciente aumento considerable de la población indígena de esta zona, especialmente en los municipios de Necoclí y Arboletes.

Ahora bien, en el ejercicio de la cartografía vivencial, en el cual la pregunta fue por los aspectos representativos de su historia y cultura, resalta el lugar fundamental que se le otorga a la naturaleza circundante a las comunidades. Estas áreas tienen una función proveedora de los recursos que posibilitan la vida de las pueblos: el agua para consumo y labores diarias es abastecida de sus ríos, los insumos para la construcción de sus casas y la fabricación de herramientas e indumentaria de uso cotidiano son extraídos de los árboles y plantas y una parte de su alimentación se fundamenta en el consumo de animales que habitan sus ríos y bosques: *“buen vivir es conservar los ríos, ¿cierto? porque de estos ríos nosotros no solamente nos bañamos, sino que también pescamos y de eso sobrevivimos, no solamente para comer, sino también para comercializar y esto nos ayuda para la economía de nuestro territorio”*.

Respecto a las plantas medicinales y en general a la medicina ancestral, los tres pueblos concuerdan en reconocerlas como componentes infaltables de su cultura propia, pues son necesarias para la salud de sus comunidades en términos de protección y atención a las desarmonías y enfermedades que puedan presentarse. En palabras de las comunidades, éstas *“protegen a cada familia, cada persona; sirve para curar, sirve para protegernos de todas las malas energías y también sirve para recogernos, para quitarnos esa mala energía tras el medicamento, para la mordedura de serpiente, de un gusano, de cualquier animal ponzoñoso...”*. Además, manifiestan que son saberes y conocimientos originados en los mismos pueblos indígenas que los diferencian de la población occidental: *“la jagua es la pintura de nosotros, como para representar que nosotros somos Embera Eyábida”*.

Particularmente, para los pueblos Gunadule y Embera Eyábida la jagua representa protección a la persona que la utiliza: *“la jagua es nuestra protección [...] los niños cuando nacen siempre los pintamos con jagua y las niñas cuando llegan a la pubertad también lo hacemos, les pintamos todo el cuerpo”* y para los Senú, la penca sábila es un ingrediente fundamental en jarabes y pomadas utilizadas para el tratamiento de diferentes enfermedades; una de estas, por ejemplo, son las infecciones vaginales: *“a través de la sábila, nosotros preparamos un jarabe para que las mujeres tomen y con eso sí, se mejoran”*.

Finalmente, el último componente fundamental para su cultura y salud relacionado con el uso de la tierra es la actividad agrícola, la cual está presente en todas las comunidades, resaltando cultivos y plantas de maíz, yuca, plátano, ñame, cacao y batata. La mayoría de estos cultivos son

de pancoger y la base principal de las preparaciones tradicionales y típicas de sus culturas, aunque algunos también son destinados para el comercio, estableciéndose como una de sus principales fuentes de ingresos. Según el pueblo Senú *“el maíz es muy importante en las comunidades porque a través del maíz hacemos mazamorra, hacemos bollo, hacemos el masato, [el ají picante con el bollo agrio]; conservamos mucho las comidas típicas tradicionales del pueblo indígena Senú”*.

El cepo, la ley propia y la guardia indígena son igualmente referidos por los pueblos como componentes importantes para el sostenimiento de su cultura y bienestar: *“nosotros tenemos en nuestras comunidades nuestras propias reglas y nuestras propias leyes [...] las personas que no quieren cumplirlas también tenemos un castigo [...] el cepo, que nos identifica, que es algo muy sagrado, algo muy respetuoso también nos aporta a nuestro buen vivir porque nos hace cumplir las leyes”*.

Por último, las construcciones y artesanías propias de los pueblos, desde herramientas en la cocina hasta la indumentaria, ocupan un lugar predominante en este ejercicio de cartografía vivencial, pues son los componentes más notables de las culturas indígenas del Urabá Norte. El pueblo Emberá Eyábida resalta sus tambos, su vestimenta tradicional como la paruma de las mujeres y su bisutería hecha con chaquiras. El pueblo Senú resalta todo lo fabricado con caña flecha y el método de trenzado, especialmente su sombrero vueltaio. El pueblo Guna Dule resalta su nega (vivienda), su vestimenta tradicional como la mola de las mujeres y la bisutería con chaquiras.

Las comunidades de esta zona tienen la percepción de que las prácticas y costumbres ancestrales han disminuido en comparación con el pasado: *“prácticamente se está perdiendo el vestir que hay en nosotros los indígenas, estamos perdiendo de poner nuestras artesanías, la danza”* debido, especialmente, a la permeación de los modelos de vida occidentales en las comunidades indígenas: *“hay una costumbre que se nos ha ido perdiendo, ya que, pues, alrededor de nuestro territorio, hay las personas occidentales con otras ideas”*. Por lo tanto, se debe reconocer que una característica infaltable en la pervivencia de estas comunidades es su lucha por el sostenimiento de sus saberes y prácticas ancestrales.

### 7.7.1.7. Zona Urabá Sur

Esta subregión comprendió las comunidades indígenas de los pueblos Senú, Embera Eyábida, Chamí y Dóbida pertenecientes a los municipios de Apartadó, Chigorodó, Mutatá, Murindó y Vigía del Fuerte. En total, existen 13 resguardos y 41 comunidades en este territorio: en Apartadó, están los resguardos Las Playas y La Palma con tres comunidades de los pueblos Embera Eyábida, Chamí y Senú; en Chigorodó, los resguardos Polines y Yaberaradó con cinco comunidades Embera Eyábida y Chamí; en Mutatá, los resguardos Jaikerazabi, Chontadural Cañero y Coribi – Bedadó con 14 comunidades Embera Eyábida; en Murindó, los resguardos Río Murindó y Río Chageradó

con 11 comunidades Embera Eyábida Oíbida y en Vigía del Fuerte, los resguardos El Salado, Guaguandó, Río Jarapeté y Gengadó – Apartadó con 8 comunidades del pueblo Embera Dóbida.

Según el último censo del DANE, la población indígena de Urabá Sur proyectada para el año 2023 es de 8.928, lo cual concuerda con la información brindada por sus líderes y lideresas comunales a partir de censos comunitarios y planes de vida. Los municipios con mayor cantidad de población indígena de esta zona son: Chigorodó (2.535), Mutatá (2.431) y Murindó (2.127). Igualmente, predomina la población perteneciente al pueblo Embera Eyábida, la cual habita cuatro de los cinco municipios pertenecientes a esta zona.

Basándose en el ejercicio de la cartografía vivencial y el diálogo de saberes alrededor de la pregunta sobre las características de su historia y cultura que han aportado a la pervivencia como pueblos indígenas, se pueden establecer los siguientes aspectos principales en las comunidades del Urabá Sur: el lugar de los ríos en la configuración de los resguardos y comunidades, la agricultura y la pesca como potenciadores de la soberanía alimentaria, la identidad cultural y la autonomía económica y la medicina y los saberes ancestrales como elementos infaltables para la identidad cultural, el bienestar y la salud de las comunidades.

Sobre el lugar que ocupan los ríos, se evidenció que todas las comunidades pertenecientes a esta zona organizaron la cartografía vivencial alrededor de estos, de los cuales la mayoría presta sus nombres para nominar así a sus propias comunidades. Para ilustrar, todos los resguardos de Vigía del Fuerte y de Murindó y varias comunidades de Chigorodó y Mutatá están nombradas en honor a uno de los ríos que atraviesa sus territorios; son estos los que abastecen el agua para uso cotidiano en actividades como cocinar o bañarse y, de hecho, tanto en Murindó como en Vigía del Fuerte, son la única vía de transporte de las comunidades. Por esta razón, en ambos municipios se resalta la champa o canoa y el canaleta como componentes infaltables de su cultura ancestral, además de que son fabricadas por ellos mismos con los árboles que se encuentran en sus territorios.

Estos ríos también proveen los peces que las comunidades consumen regularmente y que, en menor medida, comercian. Así, en compañía de la agricultura, que es categorizada en todas las comunidades como la principal fuente alimentos para consumo propio y para comercio, se constituyen como las actividades primordiales para la autonomía alimentaria y económica de las comunidades del Urabá Sur. Sobre esto, los pueblos Embera y Senú del resguardo La Palma de Apartadó puntualizan un cambio que ha vivido la agricultura en su territorio: *“porque antes se sembraba lo del pancoger, lo que se cogía era simplemente para el sostenimiento de la familia, pero ahora no, ya hay personas que siembran con cantidades para la venta [...] y así entra la economía; se compran su ropa, el vestir y otras cosas”*

Predominan los cultivos de banano, plátano, primitivo, maíz, cacao, caña, arroz, ñame, yuca, limón, maracuyá y otros frutales. Los cuatro primeros han sido fundamentales en todas las comunidades del Urabá Sur, siendo incluso los principales ingredientes de platos típicos tradicionales como la chicha o el bollo de maíz. Sin embargo, se mencionan algunas excepciones: en la comunidad Dojura de Chigorodó del pueblo Emberá Chamí se cultiva más que todo la maracuyá para su comercialización, lo cual ha generado más ingresos en la comunidad y ha impactado, incluso, en la disminución de los casos de desnutrición, y en todas las comunidades de Mutatá los cultivos de cacao, sus recetas y su comercialización se están potenciando los últimos años gracias a una estrategia de fortalecimiento económico liderada por el Cabildo Mayor.

Si bien lo anterior es valorado por las mismas comunidades como una situación favorable, también reportan que son escenarios que facilitan la cercanía e interacción con población occidental, posibilitando quizá la permeación de sus prácticas. Situación similar que se reporta en las comunidades cercanas a las cabeceras municipales como La Palma en Apartadó. Incluso, refieren que en éstas hay dificultades nuevas relacionadas con el consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) especialmente por parte de jóvenes, prostitución y explotación sexual y comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNNA).

A estas situaciones se les adiciona la discriminación a la cultura indígena y los problemas internos en las comunidades como el jaibanismo en los Embera, que son las malas prácticas de algunas personas que ejercen la medicina ancestral, para dar lugar a un olvido progresivo de saberes y prácticas ancestrales en los pueblos indígenas del Urabá Sur. Sobre la primera, mencionan que el uso de elementos cotidianos representativos del pueblo indígena Embera como la pintura facial con jagua, la bisutería de chaquiras y la vestimenta tradicional como la paruma ha disminuido radicalmente porque se ha olvidado su significado, sobre todo en la población joven. Sobre la segunda, refieren que algunas personas que están practicando la medicina tradicional no tienen “so bîa”, palabra en ebera bedea que significa buen corazón, lo que quiere decir que la preocupación de estas personas no está en el buen vivir y bienestar de su comunidad, sino únicamente en intereses personales y egoístas.

Las comunidades consideran que es en este ámbito de la medicina y saberes ancestrales en donde recaen la mayoría de cambios en comparación con el pasado, enfatizando en la juventud como la población más desentendida de las tradiciones: *“se están acabando los médicos tradicionales, hoy los jóvenes la practican menos”*. Sin embargo, la medicina y las prácticas ancestrales son consideradas por estas comunidades como un elemento rector de la cultura indígena, las cuales no solo aportan a su identidad cultural, sino que también están íntimamente relacionadas con su salud y bienestar: *“en el territorio hay buenas quebradas, buenos bosques, buenas plantas... nosotros nos curamos con eso que hay en el territorio”*.



Por lo tanto, a pesar de la disminución progresiva en los saberes y prácticas ancestrales, la percepción sobre su importancia está generalizada y, actualmente, su recuperación es considerada una prioridad. Al respecto, el resguardo La Palma en Apartadó resalta la educación propia como un escenario favorable para el sostenimiento de su cultura ancestral: *“antes no teníamos colegio y ahora tenemos un colegio grande donde terminan el bachillerato [...] ya tenemos el privilegio de que se gradúan dentro del resguardo”* en una institución educativa con un enfoque étnico, y las comunidades de Vigía del Fuerte resaltan los espacios de diálogo de saberes con sabios y sabias en medicina ancestral: *“hemos hecho el encuentro de sabios donde estamos hablando del tema del suicidio, de las plantas medicinales, del fortalecimiento de los médicos”*.

### 7.7.1.8. Negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros

En el encuentro, los representantes del pueblo afro provenían de cinco municipios del departamento, tres personas de Zaragoza, tres personas de Puerto Berrío, una persona de Yolombó, una persona de Puerto Triunfo y una persona de Murindó. En la caracterización territorial, mencionan los ríos como elemento fundamental en las concepciones de este pueblo: *“La comunidad negra siempre empieza desde el río y se va expandiendo al territorio; la entrada de los pueblos afros son los ríos”*.

Algunos de ellos destacan su arraigo y descendencia con el departamento del Chocó, del cual destacan procesos propios de vida, la riqueza hídrica y las plantas medicinales que allí se pueden conseguir y que son importantes para diferentes oficios dentro de las comunidades negras: *“El Chocó es lindo, el Chocó es hídrico, muy rico. Muchas personas vienen al Chocó a conseguir plantas; a cada planta se le tiene su significado, del Chocó he aprendido a cuidar la vida, a amarse, respetarse, valorarse, armonía y la solidaridad. Las Plantas medicinales sirven para la curación, para el alimento y bebidas ancestrales. Los afros trabajan con la sobandería y partería”*.

En sus historias se relatan los aprendizajes y conocimientos adquiridos con sus abuelos y abuelas, y las enseñanzas en los temas de partería, alimentación y curación con plantas medicinales. Se resalta el oficio del barequeo y el trueque como practica ancestral para la economía de las comunidades negras: *“El pueblo afro practica la minería como sustento económico y hace parte de la práctica ancestral del pueblo afrodescendiente”*.

Una práctica muy común en sus territorios son las huertas caseras lo que todavía permite realizar trueque en sus comunidades: *“El huerto casero mixto es fundamental para el pueblo afro, las comunidades nativas siempre han cultivado en sus patios, en sus azoteas. Se siembran plantas de ciclo corto, y en las orillas extremas se ponen las plantas medicinales. Son complementos del alimento. A partir del huerto mixto se da el intercambio”*.

En cuanto a la alimentación destacan el pescado, el plátano cocinado y el chontaduro y referencian nuevamente los ríos como aspecto importante para este tema: *“Nuestro Sistema de alimentación es a través del río, y a partir de la ribera del río, de lo que se pueda sembrar ahí. Encontramos alimentos como la yuca, plátano, cereales, maíz, arroz. Productos que también hacen parte de la actividad económica. Sin embargo, la pesca en algunos territorios se ha acabado por los grupos armados”*.

Durante el diálogo con los participantes se recalca el legado patriarcal y hegemónico de la colonización; mencionan que muchos aspectos de la identidad y la cultura han sido remplazados por el pensamiento blanqueado, se menciona el racismo como problema estructural que ha puesto en peligro las prácticas ancestrales de su pueblo: *“El Racismo ha causado pensamientos blanqueados en nuestros hermanos afro, al punto que ya no reconocen lo propio, ni las prácticas, ni las luchas de nuestro pueblo negro”*. Además de ello también se menciona el autorreconocimiento y la pertenencia afro como una forma conveniente en situaciones que puede aportar beneficios: *“Hay gente del pueblo afro que no se reconoce como tal, no quiere conocer la historia y las luchas de nuestros ancestros, no se interesan por aprender de nuestra cultura, costumbres y festividades; pero cuando hablamos de beneficios son los primeros que aparecen”*.

## 7.7.2. Momento 2. Efectos en salud y determinantes sociales de la salud

### 7.7.2.1. Pueblos indígenas

#### 7.7.2.1.1. Principales causas de morbilidad atendida

Para el 2022, las principales causas de morbilidad atendida en la población indígena son las enfermedades del sistema digestivo con 11.006 atenciones, del sistema circulatorio con 9.709 atenciones y del sistema genitourinario con 5.786. Según grupo etario, entre los 0 y 45 años, resaltan las del sistema digestivo con 7.083 consultas, mientras que, de los 45 años en adelante, sobresalen las enfermedades del sistema circulatorio con 8.056 casos del total de la categoría. Respecto a las enfermedades del sistema genitourinario, entre los 27 y los 45 años se reporta como la segunda causa de morbilidad con 2.311 consultas.

Es importante aclarar que la mayoría de los datos registrados se encuentran clasificados bajo las categorías “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud” con 32.766 casos, “Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en

otra parte” con 23.448 casos y “No reportado” con 13.638 casos, lo que impide tener precisión en el análisis de salud de esta población.

Tabla 187. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida Población Indígena, Antioquia, 2022

De 0 a antes de 1 año	9
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
C00-D48 TUMORES	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	1
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0
NO REPORTADO	3
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	3
De 01 a 05 años	1095
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	33
C00-D48 TUMORES	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	2
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	23
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	3

G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	2
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	10
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	7
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	43
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	87
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	14
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	2
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	4
NO REPORTADO	76
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	3
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	139
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	22
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	60
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	565

<b>De 06 a 09 años</b>	<b>1760</b>
------------------------	-------------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	151
C00-D48 TUMORES	36
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	6
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	48
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	17
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	43
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	10
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	11
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	59
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	295
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	32
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	8
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	4

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

NO REPORTADO	76
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	12
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	164
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	78
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	6
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	704

### De 10 a 14 años 3337

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	103
C00-D48 TUMORES	6
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	12
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	26
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	43
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	28
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	14
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	8
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	39
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	30
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	446
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	60
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	15
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	119
NO REPORTADO	160
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	76
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	11
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	6
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	399
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	156

U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	95
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	1485
<b>De 15 a 18 años</b>	<b>8335</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	288
C00-D48 TUMORES	173
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	258
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	67
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	109
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	64
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	34
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	11
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	23
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	82
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	652
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	81
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	116
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	237
NO REPORTADO	544
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	535
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	19
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1635
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	217
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	17
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	36
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	3137
<b>De 19 a 26 años</b>	<b>9949</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	249
C00-D48 TUMORES	30
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	82

E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	97
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	63
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	161
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	55
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	36
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	234
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	173
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	939
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	143
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	236
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	498
NO REPORTADO	1269
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	500
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	1
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSONICAS	9
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1248
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	474
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	67
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	29
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	3356
<b>De 27 a 44 años</b>	<b>4938</b>
	<b>2</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1184
C00-D48 TUMORES	871
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	242
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	1166
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	515
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	456
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	478
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	241
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1357
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	757
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	4663

L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	678
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	2116
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	2311
NO REPORTADO	6310
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1735
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	1
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSMICAS	41
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	7231
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	2004
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	202
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	117
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	1470
	6
<b>De 45 a 59 años</b>	<b>2441</b>
	<b>8</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	405
C00-D48 TUMORES	736
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	109
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	1426
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	164
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	256
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	407
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	100
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	2599
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	352
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	2314
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	286
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1556
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	1177
NO REPORTADO	2723
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	28
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	1



Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	40
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	3865
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	802
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	48
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	63
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	4961
<b>De 60 y más</b>	<b>3067</b>
	<b>8</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	346
C00-D48 TUMORES	656
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	152
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	1445
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	158
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	251
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	666
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	95
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	5457
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1119
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1609
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	213
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1183
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	1436
NO REPORTADO	2477
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	12
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	8766
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	645
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	40
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	103

Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD 3849

**Total general 1289**  
**63**

Fuente: Cubo SISPRO. Consultado 28/09/2023

### 7.7.2.1.2. Principales causas de mortalidad

En el 2022, se registraron 126 muertes de personas indígenas en el departamento de Antioquia. Las causas externas de mortalidad fueron el grupo de enfermedades con mayor prevalencia con 25 muertes reportadas, sumándole las cinco registradas bajo el código “traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas”, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio (19 muertes) y los tumores (13 muertes).

Tabla 188. Causas básicas de defunción por capítulo CIE 10 de acuerdo a autorreconocimiento de la etnia (Indígena), Antioquia 2010-2022

#### Causas básicas de defunción agrupadas por capítulos CIE 10 de acuerdo a autoreconocimiento de la etnia, Antioquia 2010-2022

Capítulo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Indígena</b>	<b>90</b>	<b>81</b>	<b>64</b>	<b>51</b>	<b>81</b>	<b>74</b>	<b>96</b>	<b>68</b>	<b>96</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>113</b>	<b>126</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	10	6	5	5	10	7	23	4	7	5	5	9	11
C00-D48 TUMORES [NEOPLASIAS]	8	5	12	2	6	11	8	5	12	12	10	12	13
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	0	1	1
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	3	5	5	4	13	12	5	4	11	7	2	4	7
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1	3	2	1	1	0	2	2	4	3	4	1	4
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	15	14	11	4	12	6	5	10	9	15	17	21	19
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	12	11	8	13	7	8	11	7	4	12	9	8	11
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	3	3	2	0	2	2	3	2	9	2	6	5	11
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	3	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0
N00-N99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	4	3	0	2	0	1	2	3	2	2	1	0	3
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	2	1	0	1	0	3	1	0	0	0	1	4	1
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	5	8	6	2	7	2	7	5	8	9	4	13	10
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	2	1	1	1	4	1	4	8	6	1	3	6	7
R00-R99 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	4	1	1	5	5	1	1	0	2	3	4	4	5
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	18	20	9	11	13	19	22	15	21	15	23	17	20
U00-U99 CÓDIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	8	3

### 7.7.2.1.3. Efectos en salud priorizados

En enfermedades actuales se reconocen el cáncer, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las reacciones adversas a la planificación familiar occidental –dolor

de cabeza, sangrado vaginal anormal—. Plantean que son actuales porque antes no se presentaban en sus comunidades y ahora, especialmente la diabetes y la hipertensión, son diagnósticos comunes después de recibir una atención por parte del personal de salud occidental. Esto lo relacionan con la falta de reconocimiento de estas enfermedades en el pasado: *“puede que antes también sí se vieran, pero no les teníamos nombre”* y con el cambio de hábitos en las comunidades relacionados con el abandono de algunas prácticas ancestrales y su reemplazo por algunas occidentales: *“antes las comunidades éramos más saludables”*.

Por otra parte, las desarmonías, enfermedades y problemáticas de salud que priorizan son: enfermedades transmitidas por vectores como la malaria y la leishmaniasis, tuberculosis, desnutrición, afectaciones en la salud por exposición al mercurio, consumo de sustancias psicoactivas (SPA), alcoholismo, picaduras de serpiente y afectaciones a la salud por mal de ojo, jai – o espíritu malo en español— y por oración o rezo, que son afecciones enviadas por otras personas. Estas tres últimas son reconocidas como enfermedades espirituales y son usualmente atendidas por médicos y médicas tradicionales.

El mal de ojo puede ser enviado por cualquier persona que posea las intenciones de hacer daño y afecta principalmente a niños y niñas, manifestando síntomas como vómito, diarrea, pérdida del apetito y del sueño, alergias en la piel y desaliento. La oración o rezo puede afectar a cualquier persona, pero solo puede ser realizada por quienes poseen los conocimientos espirituales necesarios. Sus síntomas son esencialmente mentales como la labilidad emocional o la manipulación de la voluntad en la que la persona siente que actúa sin tener control sobre sí misma. Si bien estas dos enfermedades no son originarias de las comunidades indígenas, son consideradas como tradicionales porque afectan especialmente el campo espiritual.

Por otro lado, el *jai* es una enfermedad propia de las comunidades Embera, en la cual un Jaibaná envía una *maldad espiritual* a una persona específica, que puede expresarse desde un ataque por un animal salvaje hasta síntomas físicos como hemorragias o síntomas espirituales o mentales como ideación suicida.

Estas tres enfermedades tradicionales tienen una alta prevalencia en las comunidades y deben ser atendidas por médicos y médicas ancestrales. En algunas ocasiones, tanto el jai como la oración presentan síntomas graves, que incluso pueden conllevar a la muerte. De hecho, ambas están asociadas con el suicidio, especialmente en el pueblo Emberá. Sobre esto, las comunidades asocian la oración con el “enamoramiento”, el cual se refiere a la acción de intentar que una persona determinada corresponda a los sentimientos erótico-afectivos de otra a través del envío de la oración, lo que realmente conlleva, muchas veces, al suicidio.

### 7.7.2.1.4. Determinantes de la salud

Actualmente, para los pueblos indígenas de Antioquia existen tres principios rectores en los que se configura su salud y su buen vivir: el territorio, la autonomía y la ancestralidad han sido protagonistas en la historia de las comunidades para garantizar su pervivencia y continúan siendo reconocidos como tales. Sin embargo, debido a que la comunicación e interacción con la población occidental es cada vez más presente, las comunidades se ven en la obligación de añadir un nuevo principio rector: la interculturalidad. Bajo estos cuatro principios, se incluyen entonces los determinantes de la salud y del buen vivir de los pueblos indígenas del departamento.

### 7.7.2.1.5. Territorio

El territorio no solo puede ser entendido como un lugar específico donde se ubican las viviendas y los espacios comunitarios, sino también donde se construyen las condiciones que determinan la calidad del proceso vital de las comunidades en términos de bienestar físico, mental y espiritual. Los terrenos fértiles en ambientes seguros y sin contaminar son una condición mínima que deben cumplir para percibirse como territorios dignos, pues todos los seis pueblos indígenas de Antioquia tienen un fuerte arraigo a la actividad agrícola, la cual es su principal fuente de alimentación, economía y cultura: *“La agricultura es un buen vivir para nuestras comunidades porque cosechamos el maíz y con el maíz nosotros hacemos [...] nuestras comidas tradicionales [...] él nos identifica, él nos alimenta. Nosotros cosechamos el arroz, nosotros no compramos el arroz porque tenemos esa costumbre que nosotros no dejamos perder. Las verduras también ya las hacemos en nuestras comunidades y ya no tenemos que ir a una tienda a comprar estas verduras. Eso es algo de nuestro buen vivir, a nosotros también nos ayuda a nuestra salud, no solamente física, también mental, porque estamos ocupados, porque estamos siempre trabajando, entonces para mí todo esto es buen vivir de mi territorio”*

Cuando alguna de las condiciones no se cumple, se genera desarmonía lo que se traduce en enfermedades y problemáticas en salud como desnutrición, malaria, leishmaniasis, enfermedades por mercurio, entre otras. Las comunidades Embera Eyábida de la subregión Occidente nombran a este fenómeno *interferencias*, entendiéndose como situaciones que impiden la consecución de un elemento necesario para el buen vivir y la salud de sus comunidades. En este sentido, la minería ilegal o tecnificada, las prácticas no ancestrales relacionadas con la agricultura y la silvicultura, la presencia de actores armados ilegales y minas antipersonales (MAP), el desplazamiento y la falta de titulación o de ampliación sobre tierras ancestrales son interferencias para la salud de las comunidades.

La agricultura y la silvicultura no tradicionales, así como la minería ilegal generan un detrimento de la naturaleza que afecta a largo plazo a las comunidades, pues la deforestación de los bosques

y contaminación de las tierras daña los sitios sagrados y las plantas medicinales y dificulta los nuevos cultivos y, debido a que la mayoría de comunidades se suministran de agua directamente de los ríos, la contaminación de estos repercute en su salud. Además, también se asocia la minería con dos enfermedades priorizadas: las transmitidas por vectores y por exposición al mercurio.

Finalmente, la falta de titulación o ampliación de sus tierras y la presencia de actores armados ilegales impacta en la sensación de pertenencia sobre los territorios que habitan las comunidades. Las actividades cotidianas desde el ocio hasta el trabajo se ven afectadas por la presencia de actores armados que regulan la movilidad y las interacciones. Hay zonas donde se encuentran animales, sitios sagrados y plantas medicinales y para artesanías, que están prohibidas e inutilizadas por la presencia de minas antipersonales –MAP- o por restricciones de los grupos armados ilegales o están amenazadas por la minería o la deforestación occidentales. Concluyen que *“sin territorio un indígena no es nada. La madre tierra es fundamental, de ella depende la vida”*.

### 7.7.2.1.6. Autonomía

La autonomía, como segundo elemento imprescindible para el sostenimiento de la cultura y la pervivencia de las comunidades indígenas de Antioquia, es entendida como la existencia de un gobierno propio fortalecido, en el que se toman las decisiones de manera comunitaria y se brinda un espacio de participación a todo individuo que compone la comunidad.

Por lo tanto, bajo esta categoría se incluyen las gestiones y compromisos con la salud y el buen vivir de las comunidades por parte de los Cabildos Mayores y Locales. Principalmente, estas gestiones tienen que ver con el fortalecimiento de la cultura ancestral, de la autonomía económica y de las propias leyes y normas de las comunidades, además del cuidado de la convivencia, promoviendo el respeto y el diálogo entre sus comuneras y comuneros.

Por ejemplo, hay comunidades que manifiestan transformaciones favorables gracias a las acciones del cabildo con relación al territorio: *“desde el Cabildo Mayor se ha hecho mucha fuerza a estas actividades productivas y eso ha mejorado de alguna u otra forma la situación de las familias porque tienen mayores ingresos y mejores posibilidades de vida”*. También con relación a la convivencia y articulación entre comunidades de un mismo resguardo: *“porque cada mes el Cabildo reúne todos los promotores de salud y se conversa sobre todo lo que tiene que ver con salud, evaluar el trabajo que se hace en la comunidad [...] piden todos los contratos de cada uno para mirar cuáles son sus funciones como promotor y poder hacerles seguimiento. Ahí se podría decir que un cabildo fortalecido sí es un factor positivo para las comunidades”*.

Asimismo, respecto a la convivencia, manifiestan que el respeto por la integridad y dignidad de las personas favorecen la salud y el buen vivir, pues consideran que *“la violencia también es una enfermedad”*. Para ilustrar, las comunidades refieren que el *“machismo”*, el *“maltrato intrafamiliar”* y las violencias basadas en género generan desarmonía en los territorios, aunque reconocen que ha habido algunos cambios positivos en esta materia: *“anteriormente en nuestro territorio se veía mucho el machismo con los hombres; la mujer no podía trabajar, no podía salir de casa, solamente era tener hijos. En cambio, el hombre podía tener hasta tres y cuatro mujeres en la casa. Ahí siempre había conflicto y no tenía un buen vivir. En eso, ahorita ha ido mejorando, ya el hombre no maltrata a la mujer como antes”*.

Estas situaciones usualmente son relacionadas con el conflicto armado en el territorio, que también es una interferencia para el desarrollo de la autonomía y, por ende, del buen vivir de las comunidades: *“cuando las muchachas, las jovencitas no querían irse con él, las mataban o las hacían ir del territorio, acababan con la familia o las violaba. Era muy duro”*. Si bien reconocen que este escenario era más común en el pasado, la presencia de actores armados en sus territorios es una realidad actual que debilita el gobierno propio y promueve dinámicas violentas en las comunidades.

### 7.7.2.1.7. Ancestralidad

La ancestralidad es todo lo que concierne a los saberes propios de las comunidades: su mitología y sus conocimientos sobre agricultura, pesca, medicina, artes y música, sus artesanías e indumentaria, entre otros. Los elementos que se crean en las mismas comunidades no solo tienen la función de fortalecer su identidad cultural y su sentido de pertenencia a un pueblo indígena, sino que tienen una finalidad protectora y de cuidado de la salud: *“también traemos unos accesorios, manillas, las utilizamos, digamos, no por utilizarla, sino por protección de los niños para que no le hagan el mal de ojo”*.

La vestimenta, la bisutería y otras artesanías se utilizan para proteger, prevenir e, incluso, atender las enfermedades. La vestimenta, la pintura corporal con jagua y las chaquiras se utilizan como prevención en los pueblos Embera y Gunadule: *“las mujeres también usamos molas y las chaquiras para protegernos”*. Por otra parte, la penca sábila y la caña flecha son insumos para la medicina ancestral del pueblo Senú: *“el abanico [hecho con caña flecha] lo utilizamos nosotros para cuando una mujer está de parto y no bota la placenta, entonces se dan unos tres abanicazos en la cadera e inmediatamente, pues sale la placenta”*. Además, sobre la actividad de trenzar la caña flecha, los Senú mencionan que: *“la manera en que ellos se concentran trenzando es un arte [...] cuando trenzan a ellos se les olvida todo”* haciendo alusión a una estrategia simple para disminuir la ansiedad.

Principalmente, las comunidades asocian el olvido de la ancestralidad a la permeación del pensamiento occidental, a través por ejemplo, de la educación sin enfoque étnico: “por la educación que hay en los territorios ya está viniendo otro pensamiento”, a la vergüenza de identificarse y mostrarse como indígena por la burla o discriminación de las demás personas, a la poca enseñanza de la cultura propia en las familias y al descreimiento de las comunidades en general frente a la medicina ancestral: *“ahora la enfermedad a muchos jóvenes les afecta porque ya la juventud de hoy en día no tienen protección de los ancestrales como el baño en las plantas”*.

Con relación al descreimiento de la medicina ancestral, la cual es concebida como un factor protector indispensable en todas las comunidades, éstas refieren que se debe a los altos costos de la medicina ancestral, tanto para acceder a una atención como para formarse en la disciplina: *“hay algunos que sí les gusta la medicina ancestral, pero ellos dicen que no tienen plata; o sea, para aprender la medicina hay que pagar”*, a las malas prácticas ejercidas por Jaibanás en las que abusan de su poder y generan maldad en las comunidades y a la permeación de la medicina occidental, la cual a veces prohíbe las atenciones de la tradicional.

Por otra parte, es necesario recalcar que el territorio y la autonomía son indispensables para la práctica de la ancestralidad, pues es la naturaleza quien provee los recursos, como jenené, caña flecha o bejuco, para las creaciones artesanales de las comunidades indígenas, pero también tiene una función sanadora y de armonización. En la naturaleza se encuentran las plantas medicinales y es donde están ubicados los sitios sagrados, los cuales son reconocidos como lugares de conexión espiritual y de armonía que brindan un espacio de sanación. El no tener acceso a estos recursos por situaciones mencionadas en las categorías de territorio y autonomía, interfiere con los beneficios de la ancestralidad en la salud y buen vivir de las comunidades.

### 7.7.2.1.8. Interculturalidad

La interculturalidad es un elemento nuevo que se integra a la configuración de la salud y buen vivir de los pueblos indígenas como consecuencia del aumento en las interacciones con la población occidental. La opresión de los saberes ancestrales y la sustitución por los occidentales es una situación que genera desarmonías y enfermedades en las comunidades; por el contrario, la articulación de ambos desde la horizontalidad y el respeto es considerado como beneficioso por parte de las comunidades, porque posee un abordaje integral de sus problemáticas en salud.

Los proyectos que se brindan en las comunidades sin un enfoque territorial y étnico que no corresponden con las necesidades en salud de las comunidades, no generan impactos favorables e, incluso, pueden generar más daño. La construcción de escuelas en las comunidades es una necesidad, pero la impartición de educación sin enfoque étnico en éstas promueve el olvido de la

ancestralidad en la población infantil y joven, lo que genera desconfianza en las comunidades frente a las instituciones educativas.

Las comunidades reconocen que en los centros de salud municipales pueden ser atendidos desde la medicina occidental, pero los trámites necesarios para garantizar la atención desde pedir una cita hasta autorizar un procedimiento requieren mucho tiempo y deben hacerse presencialmente, vía telefónica o por internet. Las personas de las comunidades indígenas, especialmente las más lejanas, no poseen servicios de intercomunicaciones y se les dificulta salir continuamente de su resguardo debido a los costos del viaje (entre alimentación, transporte y, en ocasiones, alojamiento) y a las distancias que deben recorrer.

### 7.7.2.2. Población Negra, Afrodescendiente, Raizal y Palenquera

#### 7.7.2.2.1. Principales causas de morbilidad atendida

En 2022, las principales causas de morbilidad atendida en la población afro se reportaron las siguientes: de 0 o antes de un año las causas se concentran en las enfermedades del sistema genitourinario con 7 casos; de 1 a 5 años las enfermedades del sistema respiratorio concentran 16 casos; de 6 a 44 años la causa más frecuente fueron las enfermedades del sistema digestivo con 18190 casos; de 45 años y más la causa más representativa fueron las enfermedades del sistema circulatorio con 35937 casos reportados.

Para el 2022, las principales causas de morbilidad atendida en la población raizal fueron las siguientes: de 0 a 5 años la causa más frecuente fueron las enfermedades del sistema digestivo con 20 casos; de 10 a 19 años se resaltan los trastornos mentales y del comportamiento con 50 casos; de 19 a 44 años las enfermedades del sistema digestivo reportaron 286 casos; y de 45 años y más destacan las enfermedades del sistema circulatorio 870 casos.

En ese mismo año, la población palenquera presentó como principales causas de morbilidad atendida las siguientes: de 6 a 9 años la más frecuente fueron las enfermedades del sistema digestivo con 2 casos; de 15 a 18 años se resaltan los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa con 2 casos; de 19 a 26 años la causa más representativa fueron las enfermedades del sistema digestivo con 3 casos; de 27 a 44 años se destacan los trastornos mentales y del comportamiento con 15 casos; de 45 a 59 años las enfermedades del sistema genitourinario reportaron 35 casos; y de 60 años y más destacan las enfermedades del sistema circulatorio 71 casos.



Es importante aclarar que la mayoría de la información reportada se encuentra clasificada como “No reportado”, “Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte” y “factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud” lo que impide tener precisión en el análisis de salud de esta población.

Tabla 189. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida Población Raizal, Antioquia 2022

De 0 a antes de 1 año	0
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0
NO REPORTADO	0
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	0
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	0
De 01 a 05 años	39
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
C00-D48 TUMORES	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	2
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	20
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	2
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0
NO REPORTADO	0

Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	6
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	8

<b>De 06 a 09 años</b>	<b>26</b>
------------------------	-----------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
C00-D48 TUMORES	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0
NO REPORTADO	0
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	26
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	0

<b>De 10 a 14 años</b>	<b>5</b>
------------------------	----------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
C00-D48 TUMORES	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	3
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0
NO REPORTADO	1
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	0
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	1

<b>De 15 a 18 años</b>	<b>237</b>
------------------------	------------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1
C00-D48 TUMORES	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	47
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	8
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	16
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0
NO REPORTADO	7
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1

Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	28
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	6
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	1
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	121

<b>De 19 a 26 años</b>	<b>258</b>
------------------------	------------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2
C00-D48 TUMORES	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	4
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	7
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	20
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	45
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	11
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	1
NO REPORTADO	63
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	10
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	13
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	2
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	2
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	77

<b>De 27 a 44 años</b>	<b>2512</b>
------------------------	-------------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	33
C00-D48 TUMORES	96
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	6
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	49
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	16
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	43
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	16
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	15
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	125
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	36
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	241
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	28
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	83
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	106
NO REPORTADO	244
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	82
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	1
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	435
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	46
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	8
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	15
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	788

<b>De 45 a 59 años</b>	<b>2396</b>
------------------------	-------------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	7
C00-D48 TUMORES	13
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	4
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	125
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	9
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	42
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	45
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	10
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	355

J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	9
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	132
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	49
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	173
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	72
NO REPORTADO	186
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	709
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	39
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	3
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	2
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	412

<b>De 60 y más</b>	<b>3461</b>
--------------------	-------------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	22
C00-D48 TUMORES	96
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	73
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	20
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	9
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	29
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	4
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	515
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	69
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	142
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	29
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	137
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	131
NO REPORTADO	709
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	0

R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	991
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	39
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	40
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	406
<b>Total general</b>	<b>8934</b>

Fuente: Cubo SISPRO. Consultado 28/09/2023

Tabla 190. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida Población Palenque San Basilio, Antioquia, 2022

<b>De 0 a antes de 1 año</b>	<b>0</b>
C00-D48 TUMORES	0
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	0
<b>De 01 a 05 años</b>	<b>0</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0
NO REPORTADO	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	0
<b>De 06 a 09 años</b>	<b>16</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0

K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	2
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	2
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	5
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	7

<b>De 10 a 14 años</b>	<b>1</b>
------------------------	----------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0
NO REPORTADO	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	0
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	1

<b>De 15 a 18 años</b>	<b>23</b>
------------------------	-----------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0
NO REPORTADO	0
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1



S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	2
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	20
<b>De 19 a 26 años</b>	<b>51</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
C00-D48 TUMORES	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	1
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	3
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	1
NO REPORTADO	16
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSMICAS	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	7
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	0
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	23
<b>De 27 a 44 años</b>	<b>420</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	126
C00-D48 TUMORES	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	1
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	15
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	2
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	2
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	1
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	11

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	5
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	2
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	6
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	6
NO REPORTADO	23
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	179
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	9
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	32

### De 45 a 59 años 187

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
C00-D48 TUMORES	7
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	11
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	3
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	8
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	29
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	3
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	17
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	35
NO REPORTADO	22
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	30

S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	6
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	14
<b>De 60 y más</b>	<b>191</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
C00-D48 TUMORES	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	5
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	8
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	71
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	3
NO REPORTADO	10
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSMICAS	2
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	38
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	7
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	1
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	45
<b>Total general</b>	<b>889</b>

Fuente: Cubo SISPRO. Consultado 28/09/2023

Tabla 191. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida Población Afro, Antioquia 2022

<b>De 0 a antes de 1 año</b>	<b>19</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0
C00-D48 TUMORES	0

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	0
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	7
NO REPORTADO	0
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	0
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	2
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	10

<b>De 01 a 05 años</b>	<b>195</b>
------------------------	------------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3
C00-D48 TUMORES	0
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	2
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	4
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	3
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	4
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	16
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	9

L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	3
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	8
NO REPORTADO	36
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	1
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	65
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	11
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	30

<b>De 06 a 09 años</b>	<b>704</b>
------------------------	------------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	24
C00-D48 TUMORES	1
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	2
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	2
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	9
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	12
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	4
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	50
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	95
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	26
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	20
NO REPORTADO	94
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	9

R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	66
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	21
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	268

<b>De 10 a 14 años</b>	<b>2524</b>
------------------------	-------------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	44
C00-D48 TUMORES	3
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	24
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	13
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	74
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	16
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	12
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	7
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	6
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	24
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	258
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	29
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	26
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	80
NO REPORTADO	238
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	30
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	1
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	2
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	283
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	114
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	1
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	1239

<b>De 15 a 18 años</b>	<b>17656</b>
------------------------	--------------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	211
C00-D48 TUMORES	95
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	135
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	158
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	252
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	180
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	92
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	47
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	45
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	105
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1518
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	169
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	241
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	453
NO REPORTADO	1899
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1169
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	7
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	31
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	2520
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	525
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	2
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	61
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	7741

<b>De 19 a 26 años</b>	<b>14490</b>
------------------------	--------------

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	191
C00-D48 TUMORES	34
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	77
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	168
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	188
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	151
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	98
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	43

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	122
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	206
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1163
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	254
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	306
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	511
NO REPORTADO	2220
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	745
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	17
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	14
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	2472
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	594
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	73
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	32
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	4811
<b>De 27 a 44 años</b>	<b>17575</b>
	<b>1</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3463
C00-D48 TUMORES	2415
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	942
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	4336
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	1418
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	2380
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	1657
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	750
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	5610
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	2604
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	15156
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1702
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	6776
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	8211
NO REPORTADO	25938



O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	5641
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	72
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	161
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	30498
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	4887
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	447
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	346
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	50341

<b>De 45 a 59 años</b>	<b>13039</b>
	<b>3</b>

A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1550
C00-D48 TUMORES	3086
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	612
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	6114
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	1135
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1673
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	1654
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	444
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	13274
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1503
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	9979
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1251
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	6101
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	5632
NO REPORTADO	18962
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	157
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	7
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	90
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	26631
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	2740
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	162

V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	208
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	27428
<b>De 60 y más</b>	<b>15929</b>
	<b>0</b>
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1771
C00-D48 TUMORES	3761
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	1034
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	7323
F00-F99 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	955
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1118
H00-H59 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	2292
H60-H95 ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	565
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	22663
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	4079
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	6282
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1294
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	5551
N00-N99 ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	6646
NO REPORTADO	21999
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	8
P00-P96 CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	19
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS	45
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	42430
S00-T98 TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	3349
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	173
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	118
Z00-Z99 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	25815
<b>Total general</b>	<b>50102</b>
	<b>2</b>

Fuente: Cubo SISPRO. Consultado 28/09/2023

### 7.7.2.2.2. Principales causas de mortalidad

Las causas básicas de defunción en la población afrodescendiente de Antioquia son las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de las causas externas de morbilidad y mortalidad y los tumores. Para cada uno de estos grandes grupos fueron más representativas las siguientes agrupaciones de enfermedades: enfermedades isquémicas del corazón, agresiones y tumores de órganos digestivos respectivamente. Entre 2008 y 2021 ha habido una disminución del 61% de los fallecimientos para este grupo étnico, siendo el 2009 y el 2010 los años donde más muertes se acumularon en esta población.

Tabla 192. Número de defunciones - población Afrodescendiente, Antioquia 2008-2021

CAUSAS BÁSICAS DE DEFUNCIÓN POBLACIÓN - INDÍGENA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A00-B99 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	5	12	10	6	5	5	10	7	23	4	7	5	5	2
C00-D48 TUMORES	10	22	8	5	12	2	6	11	8	5	12	12	10	3
D50-D89 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0
E00-E90 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	8	7	3	5	5	4	13	12	5	4	11	7	2	3
G00-G99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	5	4	1	3	2	1	1	0	2	2	4	3	3	0
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	15	14	15	14	11	4	12	6	5	10	9	15	18	7
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	9	10	12	11	8	13	7	8	11	7	4	12	6	2
K00-K93 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	6	10	3	3	2	0	2	2	3	2	9	2	6	1
L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0
N00-N99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	8	5	4	3	0	2	0	1	2	3	2	2	0	0
O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	0	1	2	1	0	1	0	3	1	0	0	0	1	2
P00-P96 CIERTAS AFECIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	0	11	5	8	6	2	7	2	7	5	8	9	3	7
Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	2	8	2	1	1	1	4	1	4	8	6	1	3	4
R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1	3	4	1	1	5	5	1	1	0	2	3	5	0
V01-Y98 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	27	26	18	24	12	12	12	22	20	16	21	15	21	5
U00-U99 CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	2

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO

### 7.7.2.2.3. Efectos priorizados en salud

En la población Negra, Afrodescendiente, Raizal y Palenquera, como enfermedades actuales en sus comunidades reconocen el paludismo, la tiroides, dolores de cabeza, el exceso de colesterol, la hipertensión o presión arterial alta, las enfermedades de la próstata y las enfermedades de transmisión sexual.

Se menciona que los cambios en la alimentación influyen y afectan de manera importante en los procesos de salud y enfermedad. Por otra parte, se comenta el difícil acceso a los servicios de salud, particularmente para las personas que están en zonas rurales dispersas: *“no es justo para ningún ser humano que tenga tanta dificultad para acceder a la salud, al tratamiento. Que no haya medicamentos, que no lo atienden” si lo unimos a la población rural, que es donde está casi que la población afro. Encontramos territorios en donde no hay facilidad, acceso a centros de salud. Frente a alguna emergencia hay que salir a buscar un centro poblado y el centro poblado te va a catapultar a otro lugar”*.

En el momento actual, las comunidades afro reconocen que las enfermedades y efectos en salud antes eran tratadas a través de la medicina tradicional, sin embargo, manifiesta que los problemas de salud requieren también de la medicina occidental: *“las enfermedades que tradicionalmente eran tratadas con plantas aromáticas, plantas medicinales y demás, no hacen efecto. Por la misma evolución de las enfermedades, ya requieren de algo más fuerte y requieren que tenga atención médica más especializada”*.

#### 7.7.2.2.4. Determinantes de la salud

La población Negra, Afrodescendiente, Raizal y Palenquera rescata la unidad familiar y comunitaria, los conocimientos tradicionales heredados de sus ancestros como la gastronomía, la medicina tradicional y la partería, los procesos organizativos y el liderazgo, como elementos importantes para resistir en sus territorios, lograr tejido social y alcanzar el bienestar.

#### 7.7.2.2.5. Territorio

En el territorio de los pueblos NARP, la colectividad es importante y permite la construcción y mantenimiento de la ancestralidad de los mismos, los ríos, desde tiempos ancestrales confluyen en la vida de sus comunidades y les brinda elementos relacionados con la economía, la alimentación y por ende el bienestar: *“para nuestra raza y las mismas comunidades indígenas, siempre hay río y a partir de la ribera del río todo lo que se pueda cultivar allí, en ese caso, la yuca, el plátano y todo, o sea, esa es la dieta básica y las zonas inundables, empezó a darse el cereal que era el maíz, el arroz, entonces todo se empezó a complementarse allí y eso se convirtió en la dieta alimenticia básica y a partir de eso también empieza a hacer parte económica”*.

En los territorios afro la salud y la integridad se han visto deterioradas por las fuertes consecuencias de la guerra y el conflicto armado, por situaciones y hechos como las desapariciones forzadas, los homicidios, los delitos contra la integridad personal, las lesiones personales, las torturas, las detenciones arbitrarias y prolongadas, la esclavitud, la servidumbre o trabajo forzoso, los allanamientos, amenazas, los desplazamientos forzados, la discriminación y la reclutamientos de niños niñas y adolescentes.

También, la salud se ve afectada e impactada de forma negativa por la contaminación minera en los territorios, principalmente en las fuentes hídricas lo que representa una ruptura con la naturaleza, causando daños en el medio ambiente y por ende en la salud de las personas y demás seres vivos.

### 7.7.2.2.6. Conocimientos tradicionales y ancestrales e identidad cultural

La pérdida y debilitamiento de las prácticas y conocimientos ancestrales del pueblo afro impacta de manera importante las comunidades, familias e individuos, este hecho se relaciona con historias comunes de racismo, exclusión y violencia hacia las personas negras en los diferentes espacios de participación, educación, salud, entre otros.

Principalmente los jóvenes es una población que no conoce gran parte del legado cultural lo que puede deberse a los cambios generados en los modos de vida en la dimensión social, económica, política: *“los usos ancestrales se nos están perdiendo y llegamos a la conclusión de que es importante el relevo generacional”*.

### 7.7.2.2.7. Organización social y política

El desplazamiento forzado como consecuencia de la violencia ejercida sobre los territorios, comunidades y líderes ha debilitado los procesos organizativos de la población afro, sin embargo, la conformación de los consejos comunitarios permite evidenciar una fortaleza en la movilización de este grupo étnico en el departamento. Esto es significativo ya que se trata de un ejercicio ciudadano de exigencia de derechos en el marco del reconocimiento a la diferencia étnica y racial.

## 7.8. Propuestas y soluciones a problemáticas de salud

### 7.8.1. Pueblos indígenas

#### 7.8.1.1. Territorio

- Potenciar las gestiones y los trámites de oficialización y ampliación de los resguardos indígenas a través de trabajo articulado entre las comunidades, las alcaldías municipales y la Agencia Nacional de Tierras (ANT).
- Realizar estudios adecuados y sin conflicto de intereses sobre la contaminación con mercurio en las actividades mineras, así como la sensibilización en la población sobre los efectos en la salud de la exposición al mercurio.
- Gestionar proyectos productivos, de recuperación de semillas y de plantas medicinales con un enfoque de economía sostenible para los territorios.

- Gestionar proyectos de recolección y manejo de residuos sólidos en los resguardos, así como de educación ambiental contextualizada a sus territorios para las comunidades.

### 7.8.1.2. Ancestralidad

- Crear una red de médicos y médicas tradicionales, jaibanás y parteras a nivel departamental (Consejo Departamental de Salud Indígena) con núcleos zonales en las que se ampliaría la enseñanza de la medicina tradicional con so bia –buen corazón–. Estos núcleos serían también casas de sanación: Casa Madre.
- Exigir al Ministerio y la Secretaría de Educación la contratación de profesores y profesoras indígenas o con pedagogía con enfoque étnico.
- Promover desde los gobiernos propios, municipales y departamentales, acciones y estrategias de gestión del conocimiento y relevo intergeneracional en materia de saberes y prácticas ancestrales; por ejemplo, a través de grupos de artes y cultura, de juventud, mujeres, liderazgo, entre otros.
- Implementación de huertas medicinales comunitarias y familiares.

### 7.8.1.3. Autonomía

- Construcción de centros de salud en los territorios en los que se cuente con personal médico occidental ocasional y personal médico tradicional permanente, así como promotores y promotoras de salud para acciones de prevención y promoción.
- Ofrecer capacitaciones y formaciones a personal médico ancestral y promotores de salud en la atención por accidente ofídico, así como designar responsables por zonas de estrategia a los que se entreguen varios sueros antiofídicos.
- Fortalecer el gobierno propio, las capacidades de liderazgo de integrantes del Cabildo y la Guardia Indígena para crear y/o hacer respetar las leyes propias relacionadas con:
  - la entrada de actores armados y proyectos mineros a los resguardos.
  - el abandono de niños, niñas y adolescentes –NNA- y de sus responsabilidades económicas por parte de un cuidador. Se debe exigir una cuota alimentaria.
  - la regulación del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).
  - La reglamentación del trabajo de la medicina ancestral.

- Generar espacios de sensibilización con grupos de niños, niñas y adolescentes –NNA- y mujeres sobre el maltrato intrafamiliar y las violencias basadas en género (VBG). También con familias sobre prácticas de cuidado y crianza.
- Promover la participación política y el empoderamiento de las mujeres indígenas a través del desarrollo de procesos de liderazgo y de proyectos productivos.
- Designar casas de paso indígenas en las cabeceras municipales o en los centros poblados veredales.

#### 7.8.1.4. Interculturalidad

- Generar un sistema articulado entre la medicina ancestral y la medicina occidental en el que se pueda remitir de uno a otro cuando no se obtienen resultados positivos con la intervención realizada.
- Sensibilizar a personal médico occidental sobre el reconocimiento de la medicina tradicional y los roles de los médicos ancestrales.
- Contratar personal médico tradicional (botánicos/as, parteras y/o jaibanás) en las instituciones de salud municipales en las que haya población indígena.
- Realizar brigadas de salud constantes en todas las comunidades indígenas en articulación con la medicina ancestral y contextualizadas con las necesidades de cada comunidad.
- Construir sistemas de acueducto (infraestructura para el agua potable) y de alcantarillado y desagüe de aguas en los resguardos con el fin de minimizar las enfermedades asociadas al consumo de agua no potable y las transmitidas por vectores. Proponen un trabajo articulado con organizaciones gubernamentales (Secretaría Seccional de Salud de Antioquia –SSSA-, Medio Ambiente e Infraestructura) que aporten los estudios técnicos y los materiales, pues desde las comunidades podrían aportar la mano de obra en la construcción.
- Desarrollar proyectos culturales, deportivos y artísticos con enfoque étnico en los que la mayoría de acciones que se realicen sean en los resguardos y no en las cabeceras municipales.
- Promover espacios de formación y reflexión en las comunidades sobre derechos sexuales y reproductivos y salud mental con enfoque étnico.

- Incluir un enfoque diferencial étnico en todas las atenciones y servicios ofrecidos desde lo público en el que se priorice la contratación de personal indígena en los distintos entes institucionales.
- Generar una articulación intersectorial de las autoridades indígenas, campesinas y negras para la protección de los territorios ante la minería, tala indiscriminada, ganadería y otros motivos de contaminación y detrimento de la naturaleza.
- Priorizar el cuidado de los recursos naturales, de la fauna y la flora con planes de conservación y reforestación.
- Incluir las comunidades indígenas en la veeduría de planes y acciones de salud.
- Consolidar una ruta de atención en salud mental con despliegue comunitario que dé respuesta a las necesidades de este tema con un enfoque propio de las comunidades. Que se incorpore a los planes de vida.

### 7.8.2. Población Negra, Afrodescendiente, Raizal y Palenquera

#### 7.8.2.1. Territorio

- Promover la formación de promotores ambientales en las comunidades para el cuidado de los territorios frente a la contaminación, especialmente la generada por la minería.
- Potenciar proyectos para la creación y preservación de huertas caseras de hortalizas para disminuir el consumo de alimentos procesados.

#### 7.8.2.2. Conocimientos tradicionales y ancestrales e identidad cultural

- Generar procesos de preservación de las prácticas tradicionales como el trenzado y el turbante.
- Fortalecimiento de los saberes ancestrales a través de su articulación con el sistema de salud occidental.
- Promover la realización de rituales ancestrales que permiten el acompañamiento y dan seguridad emocional a las comunidades.
- Garantizar una atención diferencial y prioritaria a las personas NARP en las atenciones y servicios de la institucionalidad.



- Fortalecer los territorios y el relevo generacional de los saberes ancestrales para que los jóvenes puedan permanecer en ellos.
- Garantizar que la organización comunitaria preserve los saberes tradicionales.
- Crear manuales informativos sobre los usos de las plantas medicinales, describiendo sus beneficios y sus contraindicaciones para evitar riesgos en la salud.

### 7.8.2.3. Organización social y política

- Construir centros de salud en los territorios con contratación de personal médico y promotores de salud rurales.
- Promover una salud humanizada con enfoque diferencial en las instituciones prestadoras de salud con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud por parte de la población NARP.
- Aprovechar los recursos tecnológicos para fortalecer los procesos comunitarios con los jóvenes.
- Realizar brigadas de salud necesarias en las comunidades.

## 7.9. Referencias

Agencia Nacional de Tierras. (2023). *Resguardo Indígenas*.

Cabildo Indígena Orobajo Nutabe. (2019). *Proceso de consulta previa. Comunidad indígena Nutabe de Orobajo. Proyecto Hidroeléctrico Ituango*.

Cardona-Arias, J. A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(4), Article 4.

Consejo Territorial de Planeación de Antioquia. (2020). *Perfil de Desarrollo Subregional. Subregión Urabá de Antioquia*.

DANE. (2019a). *Población Indígena de Colombia*.

DANE. (2019b). *Población Negra, Afrodescendiente, Raizal y Palenquera*.

García-Álvarez, J. (2018). *Reconfiguraciones territoriales emergentes: Hacia la consolidación de regiones étnicas*. Universidad Nacional de Colombia.

Gobernación de Antioquia. (2019). *Pueblos Indígenas de Antioquia. Pueblo Emberá*.

Gobernación de Antioquia, & Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2022). *Análisis de situación de salud, Antioquia. Actualización 2022*.

Gómez, A. (2010). *Pueblo Rrom -Gitano- de Colombia: Haciendo camino al andar*. Departamento Nacional de Planeación.



Imbett -Vargas, E., & Monterroza-Ríos, Á. (2018). Análisis de artefactos identitarios de la comunidad Indígena Emberá Katío (Resguardo Jaidukama – Ituango, Antioquia –). *El Ágora*, 18(1), 172-185.

Ministerio de Cultura. (2018). *Caracterización de los pueblos indígenas de Colombia*. Zenú. *La gente de la palabra*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Transversalización del enfoque diferencial. Gestión para la Inclusión del Enfoque Diferencial en las Políticas, Planes, Programas y Proyectos en Salud y Protección Social, para Personas en Vulnerabilidad, Familias y Colectivos*.

OMS. (2022). *Salud y derechos humanos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

ONIC. (2018). *Pueblo Nutabe*.

ONIC. (2020). *Pueblo Gunadule*.

OPS. (2022). *Metodología de los Diálogo de Saberes*.

Sinergias. (2015, septiembre 19). *Medicina Tradicional*. Sinergias web. <https://www.sinergiasong.org/post/medicina-tradicional>

Universidad EAFIT. (2019). *Un éxodo gitano en Itagüí*. EAFIT Noticias.



# Efectos de la **contaminación por mercurio**

## CAPÍTULO VIII



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

## CAPÍTULO VIII EFECTOS DE LA CONTAMINACIÓN POR MERCURIO.

### 8.1. CONTEXTO GENERAL

El incremento en la producción mundial de oro se presenta primordialmente por la demanda y el alza en los precios. El oro se ha visto fortalecido, en la época actual, por ser el activo refugio preferido para los inversionistas internacionales, por presentar menos volatilidad, lo cual ha ayudado a mantener los precios en niveles récord durante los últimos años. Aunque la producción de Colombia sólo representa el 2 % del total mundial<sup>106</sup>.

En Colombia la exposición a vapores de mercurio metálico se presenta esencialmente en las áreas en las que se realizan actividades de minería artesanal de oro, donde como parte del proceso de obtención del oro, se utiliza el mercurio para capturar y recopilar este mineral, formando una amalgama que posteriormente es calentada hasta lograr la evaporación del mercurio, liberándolo directamente al ambiente y recuperando de manera sólida. Muchos de los residuos de estos procesos son vertidos a los cuerpos de agua de estas zonas, generando contaminación de los ríos y el ecosistema, y a su vez propiciando las condiciones para el proceso de conversión a compuestos de tipo orgánico (metilación), favoreciendo la bioacumulación y biomagnificación en la cadena alimenticia, y generando un elevado riesgo de exposición a metilmercurio por consumo de peces potencialmente contaminados, siendo la pesca una de las principales fuentes de alimentación de la población.

El informe sobre la cuantificación de liberaciones antropogénicas de mercurio en el país y las investigaciones realizadas en distintas regiones de Colombia han identificado la presencia del mercurio como contaminante de diferentes compartimentos ambientales (agua, aire, suelo) y alimentos como pescados y mariscos, así como en personas que se encuentran expuestas de forma directa o indirecta a esta sustancia. Dentro de las fuentes y los diferentes sectores productivos y de servicios que usan o emiten mercurio, se han identificado: la producción de cloroalcali y monómeros de cloruro de vinilo (PVC), el uso y disposición de productos con contenido de mercurio (termómetros, interruptores eléctricos, fuentes de luz, pilas), la extracción y uso de combustibles como fuentes de energía, incineración de residuos, crematorios, cementerios y producción de metales reciclados.<sup>107</sup>

Aproximadamente la mitad de la producción de oro colombiano proviene de la minería de subsistencia, en el periodo 2010-2020 la producción de oro colombiano representa alrededor del 2 % de la producción mundial. Aunque no es una producción representativa, la apuesta por

<sup>106</sup> Ministerio De Minas y Energía. UNODC, Colombia Explotación de oro de aluvión Evidencias a partir de percepción remota 2021. Junio 2022.

<sup>107</sup> IQEN, Informe Quincenal Epidemiológico Nacional, Vigilancia epidemiológica de la de Intoxicación con Mercurio Colombia, volumen 18 numero 4-Bogota, D.C. – 28 de febrero 2013

minerales clave como el oro, con mejores perspectivas en el mercado internacional, requiere intensificar los controles de la explotación ilícita, así como aumentar los niveles de formalidad y legalidad, para mejorar ingresos por impuestos y regalías que repercutan en los territorios altamente afectados por la ilegalidad.

Los mayores productores de oro en el periodo 2017-2021 (primer semestre) son Antioquia (57,4 %) y Chocó (14,9 %); también son productores importantes los departamentos de Bolívar, Caldas, Córdoba, Nariño y Cauca. La estructura productiva en el periodo 2016-2021 (primer semestre) muestra concentración en dos tipos de explotadores: Barequeros y títulos mineros, alrededor de la mitad de la producción de oro en Colombia proviene de la minería de subsistencia (Barequeros y Chatarreros, 49 %), la cual se desarrolla de manera artesanal y que, por su misma naturaleza, presenta bajos niveles de productividad.

La Evidencia de Explotación de Oro de Aluvión (EOVOA) en tierra, está concentrada en tres departamentos de Colombia: Chocó, Antioquia y Bolívar, con el 88 % del total nacional. Chocó ocupa el primer lugar con la mayor detección de EVOA con 38.980 ha (40 % del total nacional) y focaliza la mayor cantidad de EVOA en la categoría de explotación ilícita en zonas excluibles de minería.

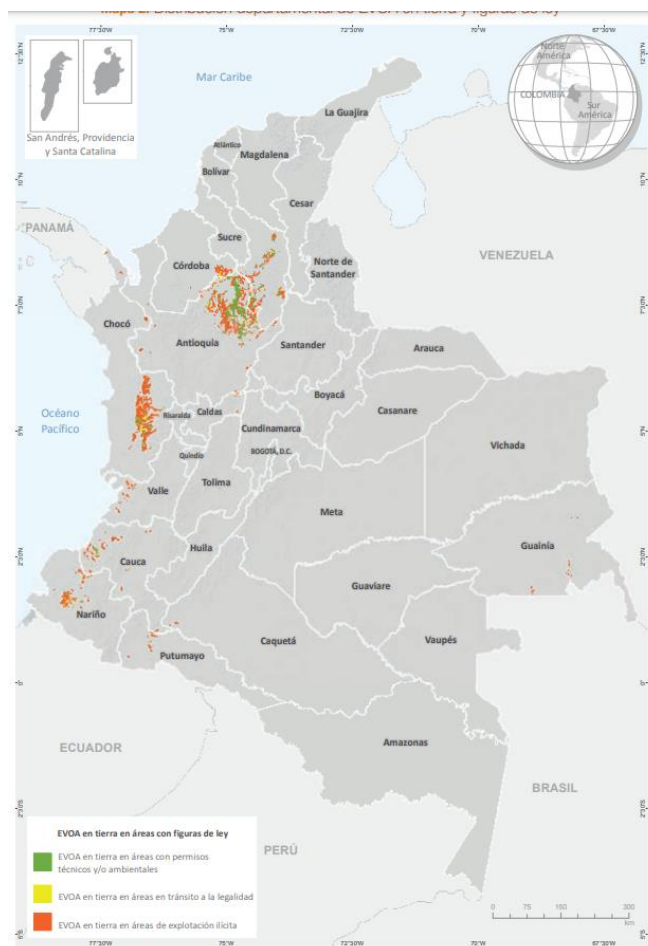
De 101 municipios con Evidencia de Explotación de Oro de Aluvión en el país (9 % del total nacional), 10 de ellos concentran el 54 % de la detección nacional (52.859 ha): Zaragoza, Nechí, Nóvita, El Cantón de San Pablo, Cáceres, Istmina, El Bagre, Ayapel, Río Quito y Unión Panamericana. De estos municipios se obtiene el 26 % de la producción de oro nacional y se presenta alta explotación ilícita de oro (59 %).

Estos territorios se caracterizan por su alta complejidad ya que, además de la explotación ilícita de oro, algunos tienen presencia de cultivos de coca; lo anterior coincide con altos niveles de pobreza y bajos índices de desarrollo. Además, la producción de oro formal no se revierte en estos territorios, haciendo que se conviertan en escenarios favorables para la presencia de estructuras criminales organizadas que se disputan el control territorial por las altas rentabilidades de las economías ilícitas.

Sólo una baja porción de las evidencias de explotación de oro de Aluvión detectadas se encuentra dentro del marco legal (minero y ambiental) el 65 % corresponde a explotación ilícita. En esta categoría sobresalen Chocó y Antioquia; el 29 % cuenta con permisos técnicos y/o ambientales y el 6 % se encuentra en la categoría En tránsito a la legalidad.

Además, aproximadamente en el 38 % de los territorios con presencia de Evidencias de Explotación de Oro de Aluvión en tierra en el 2021, se identificó siembra de cultivos de coca en el 2020. El área sembrada con coca registra 11.102 ha y Evidencias de Explotación de Oro de Aluvión

en tierra 25.462 ha. De los 101 municipios con Evidencia de Evidencias de Explotación de Oro de Aluvi3n en el 2021, 70 de ellos presentaron siembra de cultivos de coca. De los 10 municipios con m1s Evidencia de Evidencias de Explotaci3n de Oro de Aluvi3n en tierra en el 2021, 6 reportaron cultivos de coca en el 2020 y 4 se localizan en Antioquia (Zaragoza, Nech3, C1ceres y El Bagre) y tienen tendencia al incremento de cultivos de coca. Si bien estos fen3menos tienen ciclos de producci3n y caracter3sticas de mercado diferentes, se desarrollan en zonas vulnerables por condiciones de pobreza, marginalidad, dif3cil acceso y presencia de grupos armados ilegales. La convergencia de estas dos actividades no solo genera impactos negativos en los ecosistemas naturales, sino que son un factor determinante en la din1mica econ3mica del territorio. <sup>108</sup>



Fuente: Gobierno de Colombia - Sistema de monitoreo apoyado por UNODC. para figuras de ley: Ministerio de Minas y Energ3a. Los l3mites, nombres y t3tulos usados en este mapa no constituyen reconocimiento o aceptaci3n por parte de las Naciones Unidas

108 Ministerio De Minas y Energ3a. UNODC, Colombia Explotaci3n de oro de aluvi3n Evidencias a partir de percepci3n remota 2021. Junio 2022.

## 8.2. CARACTERÍSTICAS DEL MERCURIO COMO METAL PESADO

El mercurio, es un contaminante a escala mundial de preocupación en la salud pública debido a varias características: se transporta a larga distancia, sufre transformaciones bioquímicas en el medioambiente y es tóxico para los seres humanos. Debido a ello, y al hecho de que el mercurio puede ser transferido de la madre a su hijo durante el embarazo, los bebés, niños, mujeres embarazadas y en edad fértil, son considerados las poblaciones más vulnerables.<sup>109</sup>

El mercurio existe en la tierra en varias formas: elemental, orgánico o inorgánico, existe naturalmente en la tierra como mineral (cinabrio) y es liberado por erupciones volcánicas y meteorización de rocas. A pesar del que el mercurio puede ser liberado al ambiente de manera natural, la mayor causa de su liberación es por la actividad humana.

Una vez liberado en el ambiente, el mercurio puede llegar al aire, agua y suelo a través de una serie de transformaciones. En el agua, el mercurio puede transformarse en metilmercurio (mercurio orgánico) y se bioacumula y biomagnifica en los organismos acuáticos como los peces. De tal forma, los seres humanos están expuestos al mercurio por muchos medios, lo cual, debido a la toxicidad este elemento, los expone a problemas sobre el sistema nervioso central y periférico, como temblores, dificultades en su movimiento, dolores de cabeza, entre otros. Dada su capacidad de bioacumulación, el mercurio se puede acumular en humanos y generar problemas en el desarrollo del cerebro y el sistema nervioso de los bebés mientras están en el útero. Por otra parte, el mercurio en el ambiente también puede generar daños genéticos y de reproducción en animales, como por ejemplo los peces.

La extracción de oro con mercurio consiste en cuatro etapas principales: amalgamación, separación de la parte mineral de la amalgama, quema de la amalgama mercurio-oro y purificación del oro. La amalgamación consiste en mezclar manualmente la roca triturada enriquecida de oro con Hg metálico, posteriormente se libera el exceso de mercurio, generalmente en cercanías a corrientes de agua; la amalgama producida es de alta densidad y puede ser separada del resto de sedimentos por precipitación; luego esta amalgama es sometida a altas temperaturas con lo que se puede separar el oro sólido del Hg, siendo este último liberado al ambiente (como Hg<sub>0</sub>) en forma de vapor.

En el desarrollo de los procesos anteriores, se genera el derramamiento directo de grandes cantidades de mercurio a suelos, ríos y en cuerpos de agua como ciénagas y lagunas. La volatilización del mercurio usualmente se realiza a campo abierto liberando este contaminante directamente a la atmósfera; además estos procesos son realizados muy cerca de las viviendas de

<sup>109</sup> Evaluación mundial sobre el mercurio. Obtenido de <https://www.mercuryconvention.org/es/resources/evaluacion-mundial-del-mercurio-2018-principales-conclusiones>

los mineros, de tal forma que las familias respiran gran parte del vapor de mercurio e ingieren alimentos y agua con concentraciones perjudiciales para la salud.<sup>110</sup>

La evaluación mundial sobre el mercurio muestra que sus niveles ambientales han aumentado considerablemente desde el inicio de la era industrial. Actualmente está en todo el planeta, en diversas fuentes y alimentos (especialmente en peces), en niveles perjudiciales para los seres humanos y la vida silvestre. Es el metal no radioactivo existente con mayor toxicidad. Existe en gran variedad de formas, particularmente como compuestos orgánicos de mercurio (dimetilmercurio, fenilmercurio, etilmercurio y metilmercurio). El más conocido de todos es el metilmercurio, formado en el ambiente por metabolismo microbiano y por procesos abióticos. Este puede acumularse y biomagnificarse en la cadena alimenticia y en peces de agua dulce y salada, en concentraciones miles de veces mayores que las encontradas en las aguas donde habitan tales especies. El impacto de su acumulación en humanos, principalmente por la dieta, está plenamente ilustrado con la enfermedad de Minamata, una de las mayores tragedias ambientales de la historia. Las consecuencias de intoxicación masiva por mercurio son de carácter irreversible, y frenan el desarrollo sostenible al imposibilitar la utilización y comercialización de recursos contaminados, lo que además genera un invaluable deterioro social ligado al nacimiento de niños con malformaciones y retardo mental o psicomotor.<sup>111</sup>

### 8.3. INTOXICACIÓN CRÓNICA POR METALES PESADOS

#### 8.3.1. Efectos en la salud

La absorción del mercurio puede ocurrir por cualquier vía, de acuerdo con la forma de mercurio ya sea orgánico e inorgánico. La vía respiratoria es la más importante en los ambientes de trabajo, incluyendo la minería. Se calcula que el 80 % de los vapores inhalados se absorben en el alvéolo, en especial los de mercurio metálico. La vía digestiva es poco importante en las intoxicaciones profesionales, dado que el mercurio metálico casi no se absorbe por esta vía, mientras que para los derivados orgánicos es la vía más importante como es el caso del metilmercurio el cual se absorbe en un 95%.

En cuanto a las mujeres en estado de gestación el metilmercurio atraviesa fácilmente la barrera placentaria y se acumula en el feto con eventos graves sobre la salud.

La intoxicación crónica por mercurio elemental se debe a exposición crónica a los vapores de mercurio, que es la forma más frecuente en el medio laboral tanto en la minería como en la

<sup>110</sup> OLIVERO, J., Jhonson B. 2002. El lado gris de la minería del oro: La contaminación con mercurio en el norte de Colombia. Editorial universitaria

<sup>111</sup> Gracia, L., Marrugo, J. L., & Alvis, E. M. (2010). Contaminación por mercurio en humanos y peces en el municipio de Ayapel, Córdoba, Colombia, 2009. Revista Facultad Nacional de Salud Pública.



industria y produce las siguientes alteraciones: En el Sistema Nervioso Central (SNC) inicialmente aparecen trastornos psíquicos como irritabilidad, tristeza, ansiedad, insomnio, temor, pérdida de memoria, excesiva timidez, labilidad emocional, hiperexcitabilidad o depresión, a todo a este conjunto de síntomas se ha denominado “Eretismo mercurial”. Esto puede ser evaluado por pruebas psicométricas.

También se presenta el temblor, que dificulta los movimientos que exigen precisión; esto le permite objetivarlo mediante diversas pruebas como el trazado de líneas rectas y curvas y la prueba de la escritura, que pueden poner de manifiesto la evolución de la enfermedad o la eficacia del tratamiento. Generalmente inicia en la lengua, labios, párpados y dedos de las manos en forma de temblor fino, posteriormente se extiende a las manos en forma de temblor rítmico que se interrumpe por contracciones musculares bruscas y tiende a ser intencional. En el sistema gastrointestinal pueden presentarse náuseas, vómito y diarrea. El hallazgo más significativo es la llamada “estomatitis mercurial”, cuyo principal síntoma es la sialorrea (salivación excesiva); posteriormente aparece gingivitis y ulceraciones en la mucosa oral. Existe caída prematura de los dientes y en las encías puede aparecer un ribete grisáceo azulado (“Ribete de Gilbert”). En la intoxicación con compuestos orgánicos (metilmercurio), el comienzo es insidioso que se caracteriza por astenia (debilidad), apatía, depresión y a veces deterioro intelectual. Posteriormente aparecen parestesias (hormigueos) en áreas distales de las extremidades, en la lengua y en la boca. Cuando la intoxicación está establecida, se observa ataxia (pérdida de equilibrio), disartria (dificultad para hablar), parálisis motoras y alteraciones sensoriales (diplopía, estrechamiento del campo visual y sordera).<sup>112</sup>

La sintomatología es consecuencia de una neuroencefalopatía tóxica con afectación de cerebro y cerebelo. El metilmercurio atraviesa la placenta y se concentra en el feto. La enfermedad congénita afecta a los recién nacidos y se traduce por una parálisis cerebral con retraso mental, dificultades en la alimentación y déficit motor importante. En los casos menos severos, pueden parecer completamente normales y desarrollar el déficit neurológico una vez madurado el SNC.<sup>113</sup>

Los esfuerzos por combatir la problemática ambiental del mercurio en nuestro país están enmarcados dentro de una serie de hitos que comenzaron con la Ley 1658 del 15 de julio de 2013, luego la firma del Convenio de Minamata sobre el Mercurio el 10 de octubre de 2013 y que fue ratificado el 26 de agosto de 2019. Posteriormente se formuló el Plan Único Nacional de Mercurio (PUNHg) en el año 2014, con actualización en el año 2018, y a partir del PUNHg se formuló el Plan de Acción Sectorial Ambiental de Mercurio (PASAHg).<sup>114</sup>

<sup>112</sup> Londoño-Franco, L. F., Londoño-Muñoz, P. T., & Muñoz-García, F. G. (2016). Los riesgos de los metales pesados en la salud humana y animal. Biotecnología en el sector agropecuario y agroindustrial.

<sup>113</sup> Molina, C. F., Arango, C., & Serna, M. (2003). Mercurio: Implicaciones en la salud y el medio ambiente. Rev. De Toxicología en Línea.

<sup>114</sup> Comunicaciones, Noticias de Colombia y el Mundo. Fuente, Organización Mundial de la Salud disponible en [www.minambiente.gov.co/asuntos-ambientales-sectorial-y-urbana/](http://www.minambiente.gov.co/asuntos-ambientales-sectorial-y-urbana/). Fuente. BAMBÚ

Con estas acciones el país ha confirmado su compromiso de contribuir de manera responsable a la búsqueda de soluciones apropiadas para enfrentar los graves problemas en la salud y el ambiente derivados de la producción, uso y disposición de mercurio y de los productos que lo contienen. En este sentido, es importante destacar que el país no es productor de mercurio y que, respecto de su uso, en el artículo 3° de la Ley 1658 de 2013 se establecieron fechas para su prohibición las cuales ya se cumplieron, razón por la cual, actualmente el uso de mercurio en Colombia se encuentra prohibido en todos los procesos industriales y productivos así:

*“Artículo 3°. Reducción y eliminación del uso de mercurio. Erradíquese el uso del mercurio en todo el territorio nacional, en todos los procesos industriales y productivos en un plazo no mayor a diez (10) años y para la minería en un plazo máximo de cinco (5) años...”*

Las fechas de entrada en vigencia de la prohibición acorde al artículo 3° fueron:

- Fecha de prohibición del uso del mercurio en la minería: 15 de Julio de 2018.
- Fecha de prohibición del uso del mercurio en las demás actividades industriales: 15 de Julio de 2023.

Con estas consideraciones, el reto que queda en el país, tiene que ver con el control al uso del mercurio que ingresa de manera ilegal y sigue siendo utilizado en el país; así como los rezagos de las afectaciones del ambiente y la salud de diversas poblaciones, que ha dejado el uso de este metal pesado durante varias décadas en nuestro territorio.

En este contexto, se destaca entonces que, a nivel mundial, la minería artesanal (o de subsistencia) y a pequeña escala es la mayor fuente de liberaciones de mercurio (Hg) al ambiente. En América Latina el mercurio elemental se ha utilizado en la minería artesanal para separar y extraer el oro formando una amalgama, posteriormente por calentamiento se evapora el mercurio. En Colombia, se ha identificado que la contaminación por mercurio proviene principalmente de la minería aurífera, convirtiéndose esta práctica, con pobres condiciones de formalización y seguridad industrial, en una de las principales causas de intoxicaciones agudas y crónicas por mercurio en el país.<sup>115</sup>

La Ley 1658 de 2013 estableció un plazo de 5 años para la erradicación del uso de mercurio en la minería y 10 años en la industria. La primera ya se cumplió, el 15 de julio de 2018, la industria puede seguir utilizándolo hasta el 15 de julio de 2023.

<sup>115</sup>Informe Quincenal Epidemiológico Nacional IQENVigilancia epidemiológica y evaluación del impacto en salud por exposición ocupacional y ambiental a mercurio en los departamentos de la zona de la Mojana, Colombia, 2014-2015, 21(19). Obtenido de <https://www.ins.gov.co/buscador/IQEN/IQEN%20vol%2021%202016%20num%2019.pdf#search=mercurio>

El Gobierno Nacional de Colombia, identificando que el uso de mercurio asociado a las diferentes actividades productivas, especialmente la actividad minera, genera impactos ambientales en el aire, el agua y el suelo que ponen en riesgo los servicios ecosistémicos y la salud de las personas expuestas a la sustancia, tanto de manera directa como indirecta y cuya responsabilidad se identifica como un ciclo que se inicia con la importación del mercurio, puesto que la producción desde un yacimiento minero de mercurio, no se realiza en Colombia, por lo tanto, todo el mercurio es importado, hasta llegar, entre otros, al usuario minero en el proceso de amalgamación.

Por medio de esta ley se establecen las disposiciones para la comercialización y el uso de mercurio en las diferentes actividades industriales del país, se fijan requisitos e incentivos para su reducción y eliminación<sup>116</sup>.

### 8.3.2. Sentencia T-622 de 2016

La Corte Constitucional por medio de la Sentencia T-622 de 2016 reconoce al río Atrato como sujeto de derechos, con miras a garantizar su conservación y protección.

Como parte del cumplimiento de la Orden Octava de la Sentencia, el Ministerio de Ambiente, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, Codechocó y Corpourabá -con el apoyo y la supervisión del Instituto Humboldt, las Universidades de Antioquia y Cartagena, el Instituto de Investigaciones Ambientales del Pacífico y WWF Colombia- realizaron a través de la universidad de Córdoba estudios toxicológicos y epidemiológicos del río Atrato, sus afluentes y comunidades, en los que se determine el grado de contaminación por mercurio y otras sustancias tóxicas, y la afectación en la salud humana de las poblaciones, consecuencia de las actividades de minería que usan estas sustancias.

De igual forma estructuraron una línea base de indicadores ambientales con el fin de contar con instrumentos de medida que permitan afirmar la mejora o desmejora de las condiciones de la cuenca del río Atrato en el futuro.

Como resultado de estos estudios se evidenció población intoxicada por Mercurio, Arsénico, Plomo y Cadmio en los municipios de Vigía del Fuerte, Murindó, Turbo, Cañasgordas y Dabeiba ribereños de la Cuenca del Río Atrato.

<sup>116</sup> Disponible en: <https://www.minambiente.gov.co/asuntos-ambientales-sectorial-y-urbana/ley-1658-de-2013/>

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Universo:  
**Total población de los 5 municipios (2019): 92,581**

	Muestra	% Partic hab.
Cañasgordas: 7,685	217	2,8%
Dabeiba: 11,487	271	2,3%
Murindó: 2,514	301	12%
Turbo: 66,215	328	0,5%
Vigía del F.: 4,680	362	7,7%
<b>92.581</b>		

	Nº Positivos	% de positividad de n.
Cañasgordas:	15	7%
Dabeiba:	28	10%
Murindó:	286	95%
Turbo:	96	29%
Vigía del F.:	340	94%

Municipio	Número de personas contaminadas con Hg, Pb, Cd, As		TOTAL CONTAMINADOS
	Adultos	Población menor de edad (<18 años)	
Cañasgordas	13	2	15
Dabeiba	20	8	28
Murindó	160	126	286
Turbo	71	25	96
Vigía del Fuerte	201	139	340
<b>TOTAL</b>	<b>465</b>	<b>300</b>	<b>765</b>

% Participación < 18 años	% Participación Adultos
39%	61%

Por cada 1,55 adultos hay 1 niño contaminado o intoxicado con alguno de los metales

Fuente: Elaboración propia, con base de datos Universidad de Córdoba, 2020)

### 8.3.3. Seguimiento a las EAPB del Departamento con presencia en los Municipios de Vigía del Fuerte, Murindó, Turbo, Cañasgordas y Dabeiba.

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, establecieron un plan de entrega de resultados de laboratorio y canalización a la ruta de atención médica donde se dispuso a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia como responsable de la canalización a la ruta de atención médica para que, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio en salud (EAPB), garanticen la atención en salud requerida a la población detectada, por lo cual, la entidad en el ejercicio de las funciones encargadas por el orden nacional, lleva a cabo un seguimiento trimestral a dichas EAPB en el departamento, con el objetivo de garantizar que esta población sea atendida y tratada según sea el caso de intoxicación y además sean beneficiadas con las actividades de promoción y prevención.

De manera trimestral desde la Dirección de Aseguramiento y prestación de servicios de salud de la SSSA se realiza el seguimiento del estado de afiliación de los usuarios relacionados en la base de datos de intoxicación por mercurio.

Se realiza cruce con las diferentes consultas en XML en BDUA, además, por la ADRES para la realización de las consultas, por documento, evolución de documento y fonético, está última realizada por nombre, apellido y fecha de nacimiento.

Una vez se cuenta con el resultado de las consultas, se realiza cruce de esta información con la base de datos de la sentencia, y se obtienen los siguientes datos del usuario: Estado de Afiliación, Nombre de la EPS, Régimen, Nivel del Sisbén, variable BDEX, Departamento, Municipio. El código BDEX proporciona información relacionada con la población perteneciente al régimen especial o excepción.

Esta información, se agrupa por los estados de afiliación, quedando de la siguiente manera: Activo, Afiliado Fallecido, Retirado, Usuario activo en régimen especial, Sin dato para consultar, Sin afiliación.

Para los usuarios no identificados o sin afiliación, se procede a enviar correo electrónico a los Entes Territoriales, sea éste el municipio accionado por la Sentencia o el identificado en el resultado de la BDUA, con el fin de solicitar la gestión de la afiliación, y depurar la base de datos. Para los usuarios que se han trasladado a otros departamentos se envía notificación al Ministerio de salud, para su gestión.

Los usuarios activos del departamento, se realizan notificaciones a las EAPB y se procede a realizar seguimiento trimestral de la atención y tratamiento de estos usuarios, dentro de este seguimiento se identifican el número de usuarios captados por la EAPB, direccionados a médico general, con

nueva toma de muestra, direccionados a toxicología y usuarios en tratamiento. Además, se incluyen usuarios nuevos por búsqueda activa familiar.

#### 8.4. GESTIÓN DEL RIESGO

La Secretaría Seccional de Salud de Antioquia (SSSA) lleva a cabo estas acciones a través de asesorías y asistencias técnicas, así como encuentros subregionales en Bajo Cauca, Urabá y Occidente. En estos encuentros se abordó la temática de la Intoxicación Aguda por Sustancias Químicas, con un énfasis particular en el mercurio, incluyendo sus tasas de incidencia, su impacto en la salud, tratamiento, responsabilidad individual y social, así como la importancia de la participación de líderes locales en la búsqueda activa de pacientes con alteraciones en la salud. Esto facilita el ingreso oportuno a la atención médica y especializada, siguiendo el flujograma guía de atención del Ministerio de Salud.

También se hizo hincapié en la promoción y prevención de factores de riesgo y factores protectores en los territorios a través de las Acciones de Atención Primaria en Salud (APS). Se abrió un espacio para el diálogo de saberes en relación con la importancia de la minería de subsistencia, la exploración de alternativas de cultivos y la preservación del medio ambiente. Estas actividades contaron con el apoyo de la Secretaría de Minas y otras dependencias de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Adicionalmente, se estableció un convenio con la Universidad de Antioquia para el diseño de los siguientes módulos:

1. Atención al Paciente Intoxicado: Enfoque Integral para el Talento Humano.
2. Factores de Riesgo de Intoxicación por Sustancias Químicas.
3. Entrenamiento sobre el Impacto en la Salud de las Sustancias Químicas Usadas en la Minería.

Dentro de la página web de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud, se proporcionó acceso a un curso virtual titulado "Vigilancia del Riesgo Ambiental en la Exposición al Mercurio y sus Efectos en la Salud", desarrollado por el mencionado ente nacional.

Estos módulos del convenio se compartieron con el personal inscrito en el Registro Especial de Talento Humano en Salud (RETHUS) y con los Técnicos del Área de Salud, con el propósito de fortalecer sus competencias en la atención de pacientes con intoxicación por metales pesados, su prevención, seguimiento y la gestión del riesgo ambiental, así como en actividades de vigilancia

epidemiológica relacionadas. Los módulos están disponibles en la página de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia para la auto-capacitación y consulta.

Se cuenta con video donde participación de médico toxicólogo, como material de apoyo para el personal que realiza atención en salud, el cual puede ser una guía para el diagnóstico y tratamiento de personas intoxicadas por metales pesados, principalmente por mercurio.

Además, se capacitó a los delegados de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) que asistieron a las reuniones de seguimiento en relación con el diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por metales pesados, con el respaldo del Ministerio de Salud. Además, se proporcionó apoyo económico para habilitar los servicios de Toxicología en modalidad de telemedicina en los municipios de Cañasgordas, Dabeiba, Murindó, Turbo y Vigía del Fuerte.

### 8.5. BRECHAS IDENTIFICADAS PARA LA ATENCIÓN DE ESTOS USUARIOS

- ✓ Baja percepción del riesgo de la población frente a la sintomatología y la importancia del cuidado de la salud, lo cual requiere involucrar participación de líderes locales para lograr la identificación de personas con problemas de salud relacionados a la intoxicación con mercurio.
- ✓ Poca demanda de la especialidad de toxicología por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en salud del departamento.
- ✓ Dificultades de acceso a la población de la zona rural de municipios como Murindó, Vigía del Fuerte y Turbo principalmente, lo cual indica que históricamente no ha habido acceso oportuno a la atención especializada de pacientes intoxicados.
- ✓ Desarticulación de las acciones adelantadas desde nivel nacional, departamental y territorial.

### 8.6. RETOS

- ✓ Mejorar la capacitación y competencias del personal de atención en salud y de otros actores involucrados en la atención a personas intoxicadas con metales pesados, principalmente el mercurio.

- ✓ Acceso a la atención especializada lo cual se puede lograr, a través del fortalecimiento de la atención en telemedicina, principalmente para los municipios que tienen mayores dificultades con el acceso de la población a la consulta.
- ✓ Promoción y prevención: La promoción y prevención de factores de riesgo y factores protectores, son áreas clave de enfoque para prevenir la intoxicación por mercurio especialmente en poblaciones vulnerables como lo son las comunidades ribereñas y las asentadas en municipios donde se practica la minería de extracción de oro de manera ilegal, mejorando así la atención a los afectados y la prevención de futuros casos de intoxicación por mercurio.
- ✓ Coordinación y colaboración interinstitucional: La colaboración y articulación con los diferentes entes nacionales tales como el Ministerio de Salud, La Superintendencia de salud, el Instituto Nacional de Salud, el sector educación y otras entidades del orden departamental, dentro de la misma gobernación es prioritario y debe ser permanente para tratar de reducir la brecha en la elaboración de propuestas y acciones que puedan beneficiar a toda la población más vulnerable en el ámbito de la intoxicación por mercurio.





Situación salud  
**población  
migrante**

**CAPÍTULO IX**



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

## CAPITULO IX MIGRANTES

### 9.1 INTRODUCCIÓN:

La migración, definida como el movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea a través de fronteras internacionales o dentro de un país, es un fenómeno global que ha estado en constante evolución a lo largo de la historia de la humanidad. Este fenómeno multifacético está impulsado por una variedad de factores, que van desde la presión demográfica y la falta de libertades políticas hasta la búsqueda de mejores oportunidades y calidad de vida. Sin embargo, las migraciones contemporáneas han tomado un matiz particular debido a la desigualdad estructural entre las economías de los países, que se derivan de su posición en el sistema capitalista mundial, clasificándolos en centros, semiperiferias y periferias.

Este fenómeno de migración no solo tiene un impacto en los países de origen, sino también en los destinos. Las regiones que carecen de oportunidades suficientes a menudo experimentan una disminución de su población o un freno en su crecimiento. Factores como la pobreza, el desempleo, la violencia generalizada y las violaciones de los derechos humanos impulsan la migración, en su mayoría desde zonas rurales hacia los grandes centros urbanos, que suelen ser los principales receptores de migrantes.

En el contexto de América Latina, la migración venezolana ha sido un tema de gran relevancia en los últimos años. Según un informe reciente de Migración Colombia, el Departamento de Antioquia ha experimentado un aumento significativo en la población migrante venezolana, con un total de 341,458 migrantes registrados a junio de 2023. Este crecimiento coloca al Departamento en el segundo lugar en cuanto a la concentración de población migrante venezolana, después de la Capital Distrito de Bogotá.

Ante esta realidad, las autoridades en Antioquia han implementado medidas para garantizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social de los migrantes venezolanos, en cumplimiento del Estatuto por Protección Temporal. Hasta junio de 2023, se había logrado afiliar al sistema de salud a 188,578 migrantes, lo que representa una cobertura del 76%. Este proceso ha requerido la colaboración de diversas entidades y cooperantes, como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), USAID y Migración Colombia.

El presente análisis se enfocará en la atención en salud de la población migrante en el Departamento de Antioquia, examinando los desafíos y las soluciones implementadas para garantizar su acceso a los servicios de salud en un contexto de crecimiento migratorio significativo.

### 9.2 CONTEXTO GENERAL

Migración se define como el Movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un país<sup>117</sup>, puede estar asociada a diversos factores tales como la elevada presión demográfica, falta de libertades políticas, represión; otras teorías mencionan que los movimientos migratorios forman parte de una etapa histórica estructural, cuya base está en un régimen de intercambio desigual entre las economías de los países, según el sector al que pertenezcan (centro, semiperiferia o periferia) del sistema capitalista mundial<sup>118</sup>.

Hay varios tipos de migración:

- Migración con vocación de permanencia: hace referencia a personas migrantes con el interés de permanecer en el país de manera regular para ejercer cualquier actividad lícita de conformidad a la legislación vigente. (Ley 2136 de 2021 reglamentación y orientación de la política integral migratoria del estado colombiano).
- Migración pendular: hace referencia a las personas migrantes que residen en zonas de frontera y se movilizan habitualmente entre los dos Estados, con la posibilidad de realizar múltiples ingresos y salidas al día, con el debido registro, por un mismo Puesto de Control Migratorio. (Ley 2136 de 2021).
- Migración en tránsito: hace referencia a las personas migrantes que ingresan al territorio nacional sin vocación de permanencia con el propósito de dirigirse hacia un tercer país. (Ley 2136 de 2021).

Las migraciones ocurren en dos sentidos: como emigración o salida de un país a otro, entre regiones o lugares y como inmigración o entrada a un país, región o lugar, de personas procedentes de otros lugares. Los individuos y las poblaciones buscan permanentemente elevar su bienestar y calidad de vida y es por esta razón que las personas migran a territorios en donde las oportunidades de mejorar sean más amplias y con mejores proyecciones.

Los espacios de asentamiento que carecen de oportunidades o por lo menos son escasas, conducen al abandono de los territorios y a la disminución de la población o al freno de su crecimiento ya sea a nivel urbano o rural. Aspectos como la pobreza, el desempleo, la violencia generalizada, las violaciones masivas de los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores, pueden alterar drásticamente el orden público, y se convierten en razones que impulsan a la migración

<sup>117</sup> Presentación USAID del pueblo de los Estados Unidos de América, Gobernación de Antioquia. Conceptos importantes para la Gestión Pública y migración

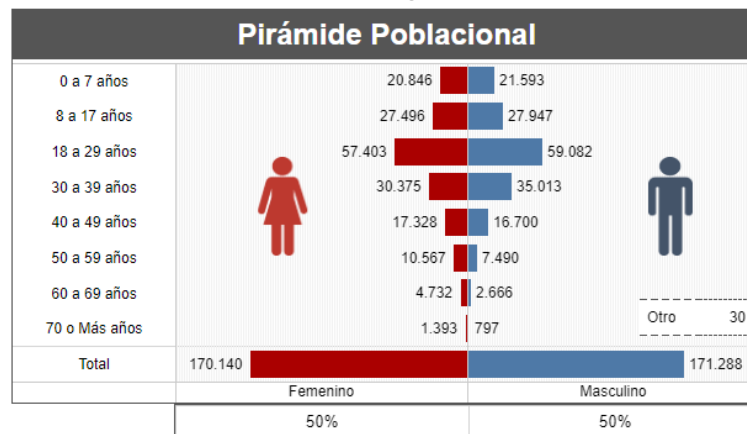
<sup>118</sup> Gobernación de Antioquia. Encuentro con delegados municipales de la subregión del Nordeste, para la atención de la población migrante y refugiada, municipio Remedios 27/07/2023. Presentación Diálogos: tejiendo la ruta de la atención para refugiados, migrantes y colombianos retornados.

humana, generalmente del campo hacia los grandes centros urbanos, que son los más importantes receptores de migrantes.

En Colombia, el flujo migratorio ha presentado una disminución significativa por el cierre de los pasos marítimos, terrestres y fluviales por la pandemia de COVID 19 que inició en el 2020, sin embargo, el primero de junio de 2021 se abren los pasos y rutas. Según los flujos migratorios de extranjeros registrados en Migración Colombia, hay población en edad reproductiva y menores de edad, procedentes de África, América Central y el Caribe, América del Norte y América del Sur.

De acuerdo con el informe publicado por Migración Colombia a 30 de junio de 2023, la población venezolana en el Departamento de Antioquia pasó a registrar un total de 341.458 migrantes venezolanos entre población con estatus regular e irregular, frente a 246.447 que registraban en junio de 2022, ubicando al Departamento en el segundo lugar con más población migrante venezolana con el 13.8%, seguida de la Capital Distrito de Bogotá que tiene el 17.6%.

**Figura 293** Pirámide población migrantes venezolanos con pre-registro. Estatuto por Protección Temporal. Antioquia, mayo de 2022.



**Fuente:** Migración Colombia, Estatuto temporal de protección Prerregistros disponible en: <https://public.tableau.com/app/profile/migraci.n.colombia/viz/EstatutoTemporaldeProteccion-Prerregistros/Pre-registrosPublic>  
Periodo: 05/05/2021 a 30/06/2023

La proporción de migrantes venezolanos en Antioquia es 1:1 entre hombres y mujeres, siendo en su mayoría adultos en edades entre 18 a 29 años.

Esta creciente población de migrantes plantea desafíos importantes, tanto para las autoridades locales como para las propias comunidades de acogida. Garantizar que los migrantes tengan acceso a servicios esenciales, como atención médica, se ha convertido en una prioridad. En este contexto, la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia ha trabajado en colaboración con diversas entidades y cooperantes para asegurar que los migrantes venezolanos puedan ser afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del Estatuto por Protección Temporal.

Este aumento en la población migrante en Antioquia es un ejemplo de cómo la migración puede impactar directamente en la vida cotidiana de las comunidades locales y cómo las autoridades y organizaciones están tomando medidas para abordar los desafíos que esta situación plantea. El acceso a la atención médica es fundamental, y el informe destaca los esfuerzos realizados para asegurar que los migrantes venezolanos en Antioquia tengan acceso a la atención de salud que necesitan.

### 9.3 ASEGURAMIENTO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LOS MIGRANTES DE VENEZUELA

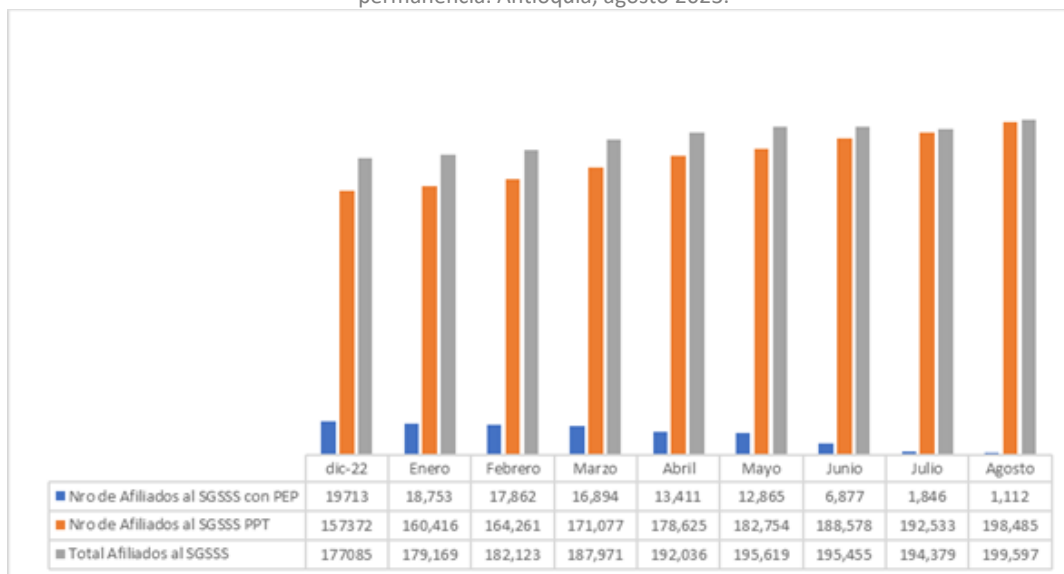
La Secretaría Seccional de Salud de Antioquia en aras de garantizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social de los Migrantes Venezolanos beneficiados del Estatuto por Protección Temporal, y que según información suministrada por el Ministerio de Salud en articulación con Migración Colombia con corte al 31/03/2023, se tenían 247.821 migrantes regularizados por este mecanismo potenciales a registrarse en el sistema de salud, con corte al 31/08/2023 se encuentran afiliados al SGSSS con este documento 198.485, una cobertura del 80.09%, la SSSA instauró dentro de su perfil orgánico y funcional acciones para el aseguramiento en salud de esta población así:

- Expedición de actos administrativos alusivos a la promoción, definición de rutas y seguimiento a la Afiliación al SGSSS, socializados con los actores del sistema.
- Asistencia Técnica a las Secretarías de Salud e IPS para la definición de competencias, unificación de criterios, implementación y divulgación de rutas de afiliación al SGSSS, disponibilidad de contactos de los referentes o coordinadores para gestionar directamente los procesos de afiliación.
- Disposición de una plataforma en página web de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia denominada “para proceder con la afiliación oficiosa excepcional, solo en los casos que no se pueda realizar la afiliación en el Sistema de Afiliación Transaccional –SAT.
- Capacitación a líderes migrantes venezolanos, entre otras organizaciones como IPS, sector floricultor en articulación con las entidades de la Cooperación que protegen los derechos de los migrantes, entre las entidades asesoradas están: OIM, USAID y Migración Colombia, este último, para todo lo relacionado con los diferentes estatus migratorios adoptados en Colombia, en especial del Estatuto de Protección Temporal.
- Apoyo a las jornadas masivas de afiliación en el Departamento de Antioquia promovidas por los territorios municipales o por los diferentes Cooperantes como USAID.
- Monitoreo al proceso de afiliación al SGSSS en todo el territorio Antioqueño y presentación de los resultados por los diferentes medios de comunicación que tiene la SSSA.
- La articulación con las diferentes entidades del sector salud ha permitido que a 31/08/2023 estén asegurados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud un total



de 199.597 nacionales de Venezuela, de los cuales, identificados con Permiso por Protección Temporal 198.483 y Permiso Especial de Permanencia 1.112, los cuales gozan de las mismas condiciones como los colombianos respecto al Plan de Beneficios en Salud y tecnologías en salud explícitos en el acto administrativo correspondiente a cada vigencia que expida el Ministerio de Salud. Si los afiliados con Permiso Especial de Permanencia no hicieron transito al Permiso Por Protección Temporal podrían ser retirados del sistema de salud, por cuanto el PEP ya no está vigente.

**Figura 294.** Afiliación al SGSSS de migrantes afiliados con permiso por protección temporal y con permiso especial de permanencia. Antioquia, agosto 2023.



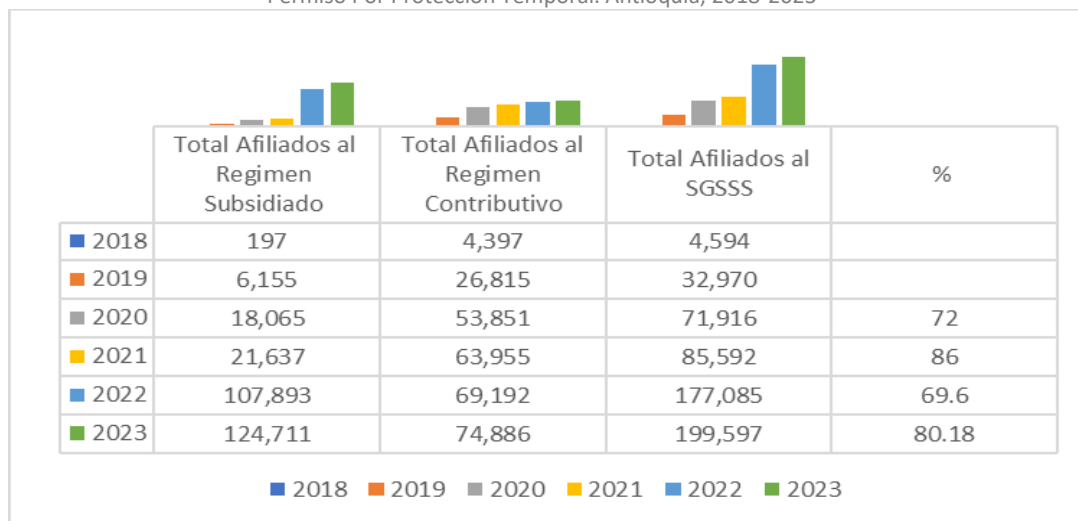
Fuente: ADRES Afiliados al SGSSS 2023

Al comparar los datos de afiliación al SGSSS desde que inició el fenómeno migratorio con la inclusión de los migrantes venezolanos, una vez fueron sujetos de las diferentes medidas de regularización a través del Permiso Especial de Permanencia desde el 2018 hasta el año 2021 con vigencia de dos años prorrogables (hasta febrero del 2023 el documento PEP fue vigente, aún continúan con este documento 1.112 obedeciendo a población con protección especial en espera de que alleguen el PPT a las respectivas EPS), desde el año 2022 se materializa el Estatuto de Permiso por Protección Temporal para los migrantes de Venezuela con vocación de permanencia (198.485 afiliados al SGSSS a 31/08/2023) se puede inferir que, a la fecha, ha sido un avance y un trabajo satisfactorio para la institucionalidad, alcanzándose una cobertura de afiliación del 80.18 % por ambos tipos de regularización y con la información disponible de PPT entregados por el Ministerio de Salud.

Los permisos especiales de permanencia - PEP estuvieron vigentes hasta el 28 de febrero de 2023, conforme a lo establecido en el artículo 38 de la Resolución 971 de 2021, por lo tanto, este

documento de identificación no es válido para seguir afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, El portador del PEP deberá aportar el PPT ante las EPS y/o secretarías de Salud para garantizar su continuidad en el sistema de salud. Las entidades territoriales o EPS podrán aplicar las novedades correspondientes según sus competencias establecidas en el Decreto 780 de 2016 y Resolución 2153 de 2021, no sin antes haberle informado a los usuarios la obligación de actualizar sus documentos, lo anterior conforme a la respuesta emitida por el Ministerio de Salud con Radicado No.: 202331200571411 Fecha: 24-03-2023.

**Figura 295.** Tendencia de la afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con Permiso Especial de Permanencia y Permiso Por Protección Temporal. Antioquia, 2018-2023



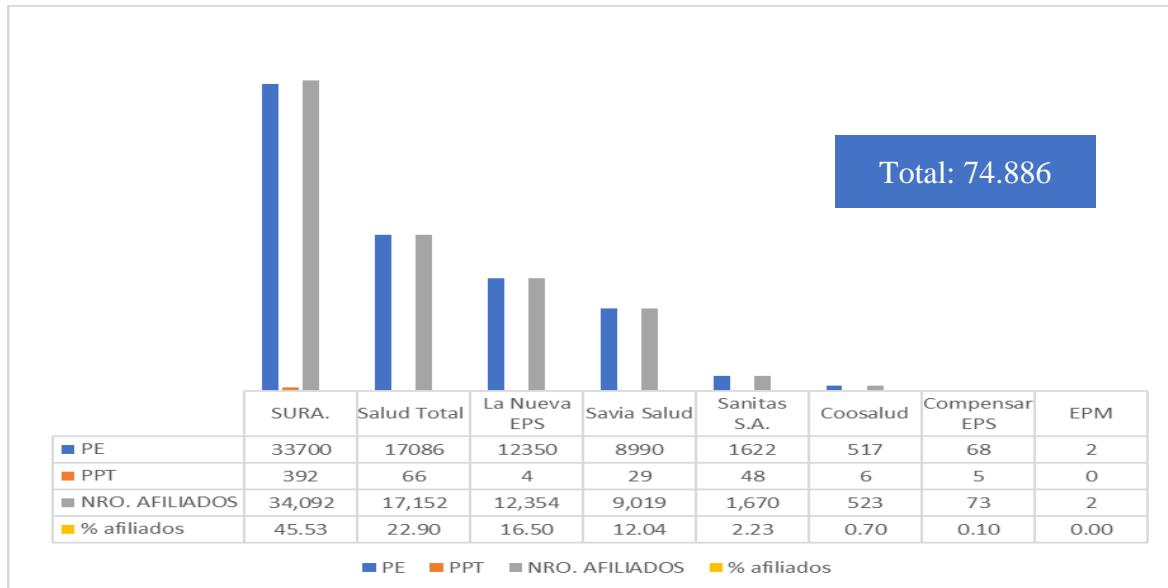
Fuente: Ministerio de Salud 2018- 2022.

Nota: Para los años 2018 y 2019 no se tiene cálculo de cobertura dado que se desconoce el número de migrantes venezolanos con Permiso Especial de Permanencia para esos cortes de fecha. Migración Colombia inicia en el 2020 con la publicación de la información en página web posibilitando el cálculo del indicador para los periodos 2020 y 2021. Para el año 2022 y 2023 se tiene como fuente: migrantes con Permiso por Protección Temporal, cifras entregada por el Ministerio de Salud al 31/03/2023 en articulación con Migración Colombia.

### 9.4 AFILIADOS AL SGSSS DE MIGRANTES VENEZOLANOS CON PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA Y PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL POR EMPRESA PROMOTORA DE SALUD.

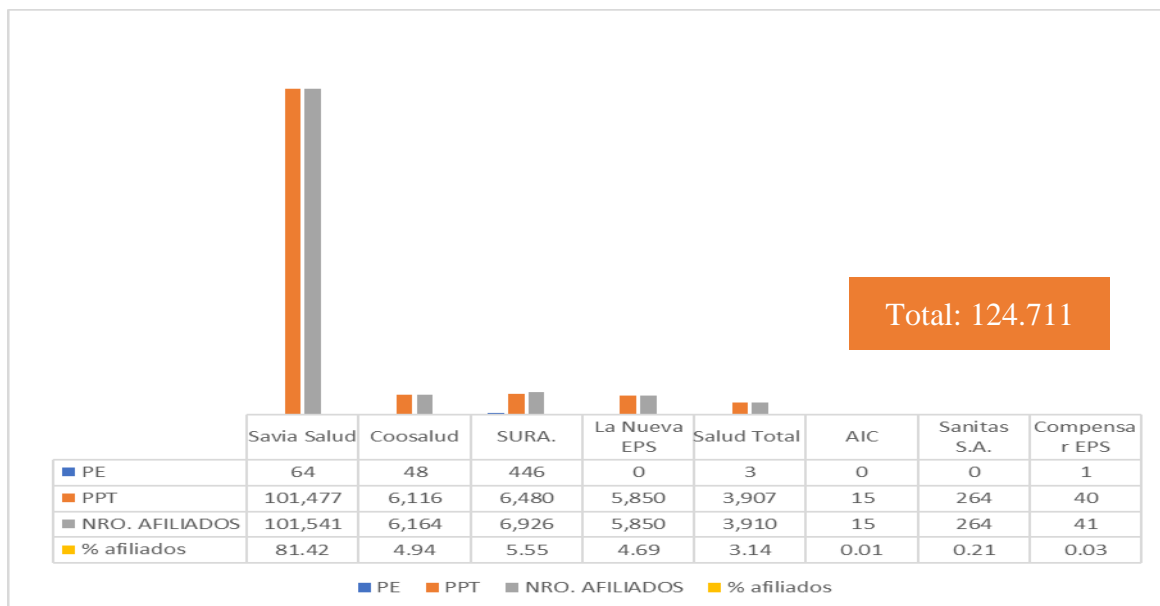
La distribución de la afiliación al SGSSS de Migrantes Venezolanos por Empresa Promotora de Salud- EPS en el Departamento, en primer lugar, se encontró la EPS Sura con el 45.53% seguida de la EPS Salud Total con el 22.90% con afiliados al régimen contributivo (ver Figura 5). Por su parte, para el régimen subsidiado se ubicó en una primera posición la EPS Savia Salud con el 81.42%, y el porcentaje restante estuvo dividido en las demás EPS habilitadas en Antioquia (ver Figura 6).

Figura 296. Migrantes Venezolanos afiliados al Régimen Contributivo por EPS. Antioquia, agosto 2023



Fuente: Ministerio de Salud 2018- 2022

Figura 297. Migrantes Venezolanos afiliados al Régimen Subsidiado por EPS. Antioquia, agosto 2023



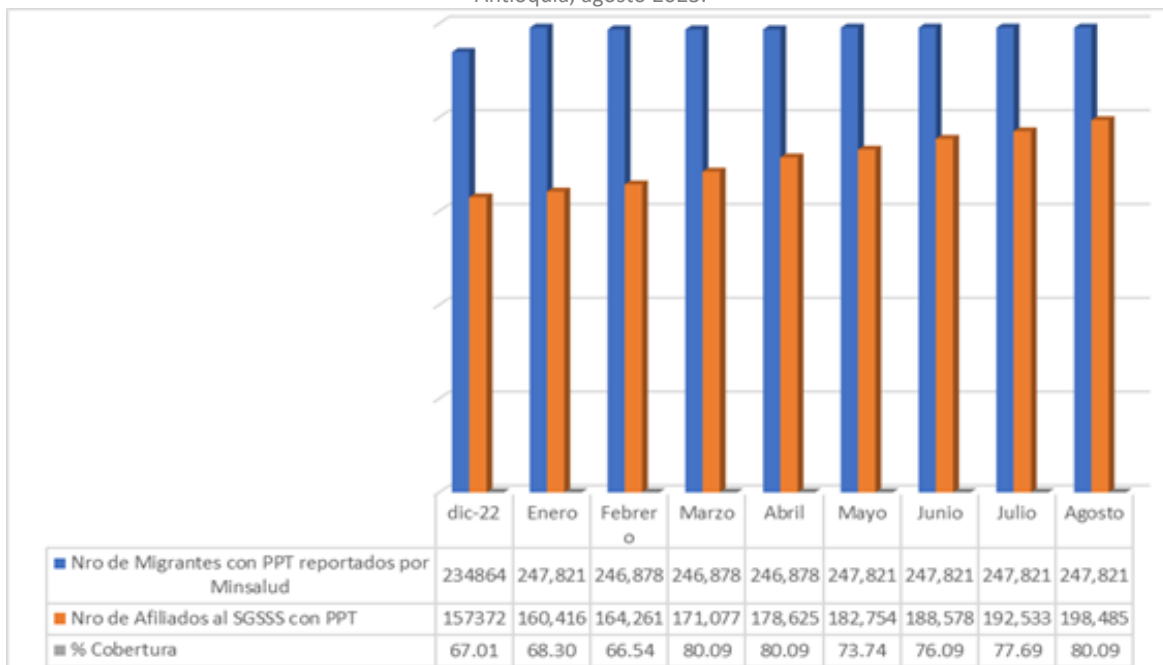
Fuente: Ministerio de Salud 2018- 2022



### 9.5 COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSSS DE MIGRANTES AFILIADOS CON PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL.

Para el año 2022 se avanzó en la regularización por el Estatuto por Protección Temporal, por lo que el indicador oficial en el plan de desarrollo Unidos 2020-2023 cambia, y pasó a calcularse teniendo en cuenta solo la población migrante que recibe Permiso por Protección Temporal y los afiliados al SGSSS con este mismo tipo de documento. Para el corte a 31/08/2023, el departamento de Antioquia alcanzó los 198.485 afiliados con Permiso por Protección Temporal, una cobertura del 80.09%, si tomamos como base los datos proporcionados por el Ministerio de Salud con corte a 31/03/2023 (ver Figura 7), esto, sin tener en cuenta los afiliados migrantes de Venezuela con Permiso Especial de Permanencia, que aún se encuentran afiliados (1.112 afiliados con PEP)

Figura 298. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes venezolanos identificados con Permiso por Protección Temporal. Antioquia, agosto 2023.



Fuente: Migrantes con PPT: Ministerio de Salud según los datos reportados por Migración Colombia 31/03/2023, Afiliados: ADRES diciembre 2022 a agosto 2023.

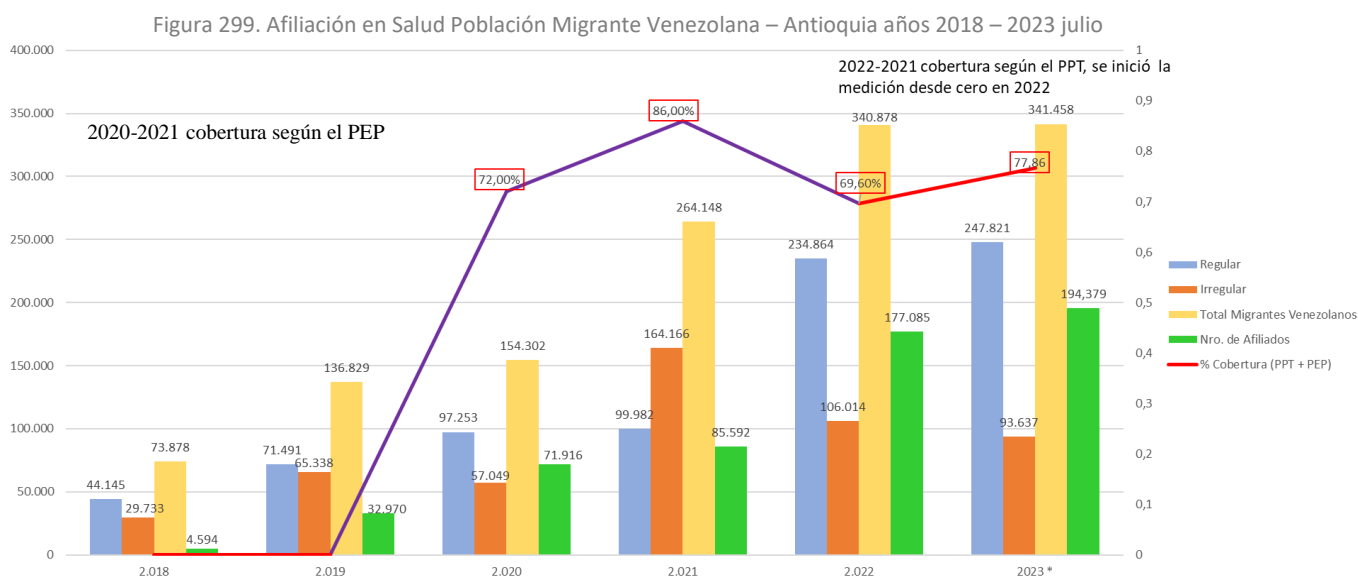
Tabla 193 Distribución de la Afiliación migrante de Venezuela afiliada al Sistema General De Seguridad Social en Salud Por Región, Antioquia. Agosto 2023

TOTAL, ANTIOQUIA	migrantes de Venezuela que recibieron PPT Antioquia	encuestados en Sisbén Antioquia con PEP + PPT				Colombiano retornado de Venezuela	Total, Afiliados con PEP	Total, Afiliados con PPT	Total, Afiliados	% Afiliación con PPT	% de participación
		Total	1	2	No pobre No vulnerable						
	247,821	110,212	60,636	39,518	10,058	1,816	1,112	198,485	199,597	80.09	100
	2,377	1,504	1,245	212	47	18	2	1,849	1,851	77.79	1

MAGDALENA MEDIO											
BAJO CAUCA	2,199	1,737	1,554	162	21	7	5	1,946	1,951	73.76	1
URABA	10,058	4,665	4,032	532	101	0	40	8,751	8,791	77.73	4
NORDESTE	2,673	1,882	1,472	348	62	11	16	2,500	2,516	98.46	1
OCCIDENTE	3,338	2,686	2,109	489	88	41	4	3,136	3,140	114.56	2
NORTE	2,356	1,964	1,277	578	109	3	13	2,738	2,751	90.59	1
ORIENTE	29,153	17,721	10,530	5,842	1,349	159	106	28,298	28,404	85.33	14
SUROESTE	3,173	1,914	1,431	393	90	51	14	3,151	3,165	88.29	2
VALLE ABURRA	192,494	76,139	36,986	30,962	8,191	1,526	912	146,116	147,028	64.62	74

Fuente: Afiliados ADRES AGOSTO 2023- Sisbén junio 2023.

La distribución de la afiliación al SGSSS de Migrantes Venezolanos por regiones en el Departamento, en primer lugar, el valle de aburra con el 74%, situación lógica por el mercado laboral y acceso a los servicios de salud que tiene esta región, seguida del oriente con el 14%.



## 9.5.1 AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE MIGRANTES DE VENEZUELA EN EL MARCO DE LA TEMPORALIDAD (SIN SISBÉN) y CON SISBÉN CLASIFICACIÓN D: NO POBRE NO VULNERABLE

Por medio del Decreto No. 064 de 2020, la Resolución No. 1128 de 2020 y el Decreto 616 del 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, se definen competencias por parte de las IPS y Entidad Territorial - ET – respecto a la afiliación oficiosa, y así mismo establece que cuando una persona demande servicios de salud o sea focalizada o identificada por la entidad territorial y en ambos casos, no se encuentre afiliada al SGSSS o registre con novedad de terminación de la inscripción a la Entidad Promotora de Salud - EPS-, se efectuará su inscripción de manera inmediata a través

del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT o directamente ante la EPS en coordinación con la Entidad Territorial municipal, y de esta manera alcanzar la meta de cobertura universal propuesta por el Gobierno Nacional.

El artículo 3 del Decreto No. 064 de 2020, ha definido que son afiliados al régimen subsidiado los migrantes venezolanos sin capacidad de pago, pobres y vulnerables con Permiso Especial de Permanencia – PEP vigente; cuya caracterización e ingreso al listado censal, se encuentra a cargo de las alcaldías municipales o distritales, por su parte el Decreto 616 ya no trae esa figura por lo que a partir de la fecha de expedición ya no harán parte del listado censal, y los migrantes identificados con Permiso por Protección Temporal no serán parte del listado Censal y deberán acceder a la encuesta del Sisbén en clasificación A, B o C para permanecer en el régimen subsidiado, así como tampoco, a la fecha, el Permiso Especial de Permanencia ya no es documento vigente para realizar ingresos o novedades en el sistema de salud.

Con corte a 31/07/2023 se tenían 43.870 migrantes venezolanos que se afiliaron en el marco de la temporalidad al régimen subsidiado (sin Sisbén), quienes no han accedido a la encuesta del Sisbén; a partir de su afiliación tenían un plazo de 4 meses para la aplicación de la Encuesta de Sisbén; por su parte, un total de 2.264 migrantes afiliados al régimen subsidiado cuentan con encuesta del Sisbén con clasificación D: No pobre No vulnerable; para ambos casos, la Entidad Territorial de acuerdo a las verificaciones y debidos procesos podría proceder con el retiro en BDUA, de acuerdo a las semanas de procesos y tipo de novedades establecidas en la Resolución 762 del 2023.

Actualmente la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia adelanta acciones de notificación con las entidades territoriales municipales para que la comunidad sea informada de la obligación que tiene con el sistema de salud de encuestarse en el Sisbén, y que finalmente se conozca la clasificación de Sisbén pobre y vulnerable que le asiste para su continuidad del subsidio en salud y para los casos en el que el migrante afiliados haya quedado en clasificación D, deberá cotizar al sistema mediante contribución solidaria o cotización completa al régimen contributivo si tiene capacidad de pago.

Sin embargo, las dificultades por parte de las entidades territoriales municipales para contactar los usuarios para informarles que deben acceder a la encuesta del Sisben, por cuanto proporcionan datos de contacto presuntamente falsos o por su condición de alta movilidad en el territorio colombiano no hacen reporte de la novedad de su lugar de residencia, en otras ocasiones se ha identificado que los migrantes de Venezuela que se encuentran afiliados en el régimen subsidiado ya se encuentran en otro país.

Figura 300. Población Afiliada al Régimen Subsidiado con Documentos de Identificación Permiso  
Fuente: ADRES 2022 Y 2023

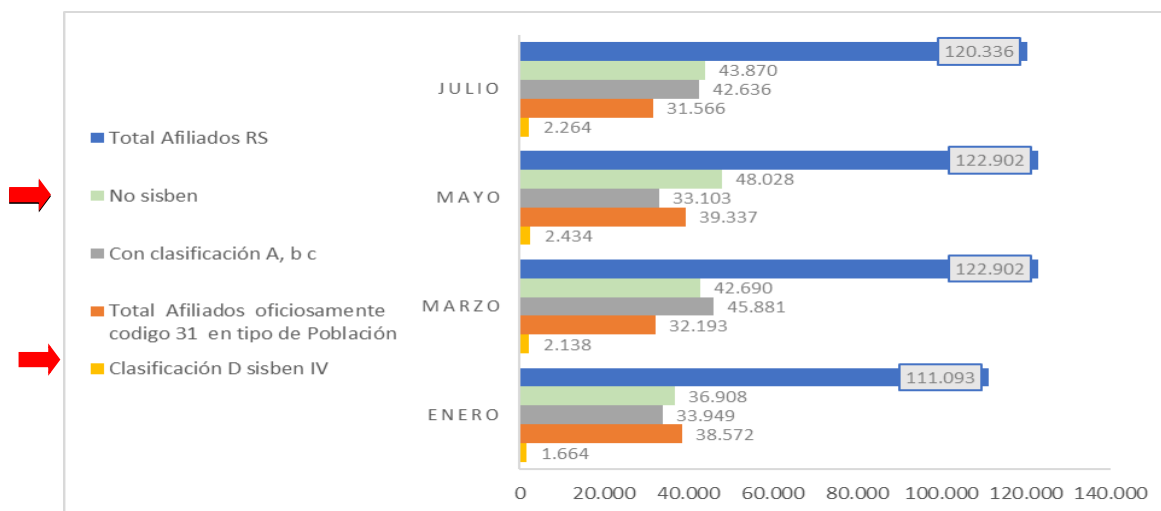


Tabla 194 Migrantes Venezolanos identificados con Permiso Especial de Permanencia o Permiso por Protección Temporal Afiliados al Régimen Subsidiado y que no registraban Sisbén versión IV o con clasificación D por región. Antioquia, julio 2023

Afiliados al Régimen Subsidiado	No Sisbén IV	% de participación	Con Sisbén IV clasificación D	% de participación
<b>Total, Departamento</b>	<b>43.870</b>	<b>100,00</b>	<b>2.264</b>	<b>100,00</b>
T.Valle de Aburrá	31.251	71,24	1.730	76,41
T.Urabá	3.677	8,38	43	1,90
T.Oriente	5.413	12,34	360	15,90
T.Occidente	626	1,43	26	1,15
T.Suroeste	923	2,10	31	1,37
T.Nordeste	686	1,56	22	0,97
T.Norte	650	1,48	31	1,37
T.Magdalena Medio	355	0,81	14	0,62
T.Bajo Cauca	289	0,66	7	0,31

Fuente: ADRES 2023

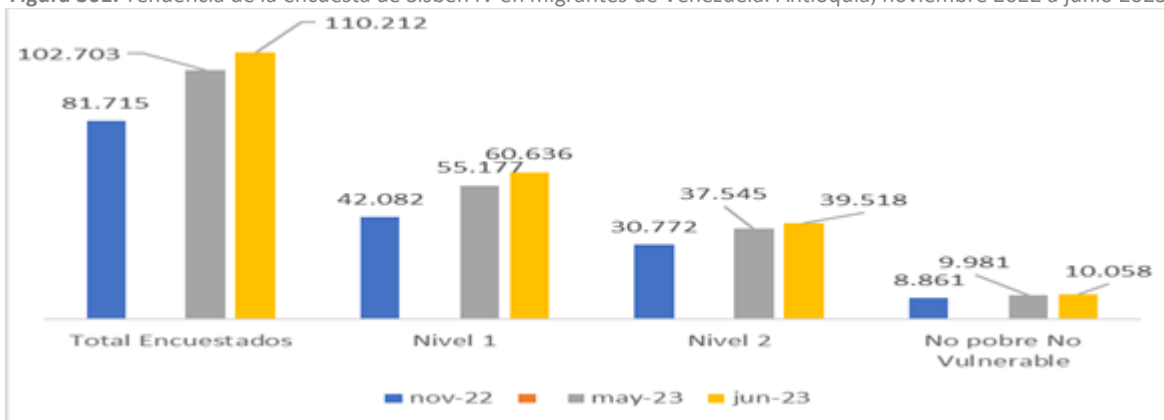
## 9.5.2 MIGRANTES DE VENEZUELA ENCUESTADOS EN SISBEN VERSIÓN IV.

Información disponible con corte a 30 de junio 2023

La base de datos del Sisbén certificada por el Departamento Nacional de Planeación – DNP constituye un referente a partir de la cual, los diferentes programas de las entidades del Estado establecen las condiciones para seleccionar los beneficiarios y asignar los beneficios de conformidad con la reglamentación y parámetros que estas entidades dispongan.

Se tienen los siguientes registros de la Encuesta del Sisbén y se evidencia un leve aumento en la inclusión de los migrantes venezolanos en la base de datos del Sisbén Antioquia.

Figura 301. Tendencia de la encuesta de Sisbén IV en migrantes de Venezuela. Antioquia, noviembre 2022 a junio 2023.



Fuente: Base de datos Sisbén entregada por Planeación Departamental. Noviembre 2022 a junio 2023

### 9.5.3 ALGUNAS SITUACIONES QUE PUEDEN AFECTAN EL INDICADOR DE COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSS SON:

- Desconocimiento del migrante venezolano con Permiso por Protección Temporal sin capacidad de pago que puede acceder al aseguramiento a través del régimen subsidiado en el marco de la afiliación oficiosa temporal, es decir, que podrá afiliarse al régimen subsidiado y tendrá cuatro meses para aplicarse la encuesta del Sisbén.
- Desconocimiento del migrante venezolano con Permiso por Protección Temporal sin capacidad de pago que se afilia al régimen subsidiado RS y debe encuestarse en Sisbén, de lo contrario se procede con el retiro.
- Desconocimiento del migrante venezolano con Protección Temporal sin capacidad de pago que se afilia al régimen subsidiado y una vez encuestado en Sisbén y se obtiene clasificación D: No pobre No vulnerable debe retirarse del Sisbén o pagar la contribución solidaria.
- Alta rotación del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, multifunciones en las Secretarías de Salud Municipales que debilitan la capacidad de respuesta en los procesos de afiliación de migrantes, que repercute que en algunas ocasiones se interpongan barreras administrativas dilatando o perdiendo oportunidades de afiliación al SGSS.

- Los contactos telefónicos de migrantes venezolanos dispuestos a los municipios por el Ministerio de Salud a través del Sistema de Afiliación Transaccional no corresponden a la realidad, toda vez que durante los procesos de verificación el contacto está fuera de servicio, no contestan o ya no viven en el domicilio indicado.
- Los migrantes venezolanos que han expedido Protección Temporal en Colombia, pueden retornar al País de Venezuela o dirigirse hacia otros países, información que desconocen las Secretarías de Salud, quedando el usuario registrado para el municipio, sea en las bases de datos del SISBEN, en el listado censal o en las estadísticas de migración, sin posibilidad de afiliación alguna, lo que ocasiona que el registro permanezca y al calcular el indicador de afiliación no sea el esperado o no se evidencie aumento del mismo.
- Se ha identificado que el migrante venezolano está omitiendo el documento de identidad PPT ante las diferentes entidades de salud, lo que ocasiona que el usuario ante la urgencia en salud sea atendido como población no afiliada a cargo de las entidades territoriales y no se pueda proceder con la afiliación del migrante.
- El Decreto 064 del 2020 y Decreto 616 del 2022 establecieron que los migrantes venezolanos deben notificar novedad de permanencia en el País cada 4 meses, de no hacerlo, las entidades territoriales procederán a su retiro del régimen subsidiado.
- Los migrantes de Venezuela afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud con Permiso especial de permanencia, que no hicieron tránsito al permiso protección temporal, fueron retirados del sistema de salud; hasta tanto no aporte ante la EPS de afiliación su Permiso Por Protección Temporal- PPT, o en su defecto segura extranjería o salvoconducto expedido por migración Colombia, no harán parte del sistema de salud.

### 9.5.3.1 RETOS:

- Alcanzar el 90% de afiliación al SGSSS de los Migrantes Venezolanos con Permiso por Protección Temporal en el Departamento de Antioquia al finalizar el año 2023. En la medida que aumente el porcentaje del aseguramiento en salud de la población migrante, se podrá bajar la carga que tienen los Departamentos y Municipios para el reconocimiento de las atenciones en salud con sus recursos propios.
- Fortalecer la asistencia técnica a los actores del SGSSS, en especial a Secretarías de Salud Municipales, a Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, las diferentes entidades cooperantes de protección a migrantes, y los mismos migrantes venezolanos en los diferentes espacios creados por esta Secretaría para ello.
- Establecer una red entre los municipios del Departamento de Antioquia y resto de Colombia para que, en los casos de la verificación de datos dispuestos por el SAT, si el migrante ya no reside en el sitio que fue reportado por el Ministerio de Salud, inmediatamente se active una alerta en el municipio que manifiesta ya estar viviendo y se proceda con la afiliación inmediata.

- Articulación efectiva con Migración Colombia para:
  - La retroalimentación mensual de estadísticas de PPT entregada por municipio en Antioquia.
  - La retroalimentación de estadísticas de PPT dados de baja en el Departamento de Antioquia.
  - Retroalimentación de la programación de entrega de PPT en cada municipio del Departamento de Antioquia con anterioridad a su ejecución con el propósito de adherirnos a la oportunidad de captar los usuarios que reciben su PPT.
- Divulgación de pauta publicitaria por los diferentes medios masivos de comunicación en el Departamento de Antioquia para empoderar a los migrantes venezolanos en el tema del aseguramiento, en especial los deberes y derechos adquiridos.

### 9.6 POBLACIÓN MIGRANTE DE VENEZUELA CON PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL PRESUNTAMENTE NO AFILIADA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La Población Migrante de Venezuela con Permiso Por Protección Temporal Presuntamente No Afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud a 14/07/2023 con nivel de Sisbén 1 o 2 o clasificación D: No Pobre No vulnerable en el Departamento de Antioquia a 30 de junio del 2023 es de 4.158. de los cuales pueden acceder al régimen subsidiado 2.683, los 1.475 que se encuentran con clasificación D; No Pobre No Vulnerable deberán aceptar la contribución solidaria al régimen subsidiado o cotizar al régimen contributivo.

**Tabla 195** Población Migrante de Venezuela con Permiso Por Protección Temporal Presuntamente No Afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud a 14/07/2023

	MUNICIPIO			Total	
	Nivel 1	Nivel 2	total 1 + 2	vulnerable	
Total, general	1.713	970	2.683	1.475	4.158

Fuente DPN a 30/06/2023 - ADRES 14/07/2023

#### CUADRO RESUMEN

Fuente/fecha	Indicador	Desagregación del indicador	Valor
Migración Colombia 30/06/2023 <a href="https://public.tableau.com/app/profile/migracion.colombia/viz/Estadisticas-de-PPT-atemporaldePreregistros/PreregistrosPublic">https://public.tableau.com/app/profile/migracion.colombia/viz/Estadisticas-de-PPT-atemporaldePreregistros/PreregistrosPublic</a>	Total, población migrante venezolana en Antioquia en el Registro Único de Migrantes Venezolanos		341,458
MINSALUD	Total, PPT reportados por Ministerio de Salud como potenciales a la Afiliación (Dato Reportado por Ministerio de Salud con corte a 31 de marzo del 2023)		247,821

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

SIBEN IV	ENCUESTADOS EN SISBEN CON PEP + PPT 30/06/2023	Total Encuestados	110,212
		Nivel 1	60,636
		Nivel 2	39,518
		No pobre No Vulnerable	10,058
ADRES	Total, afiliados al SGSSS al 31/08/2023	Total, afiliados al SGSSS con PPT + PEP	199,597
		Afiliados al régimen subsidiado migrantes venezolanos con PPT+ PEP	124,711
		Afiliados al régimen contributivo migrantes venezolanos con PPT+ PEP	74,886
		Porcentaje de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Afiliados con PEP más Afiliados con PPT, al denominador se le suma la población que actualmente se encuentra afiliada con PEP para fines de calcular el indicador real)	80.18
SIBEN IV	ENCUESTADOS EN SISBEN CON PPT 30/06/2023	Total Encuestados	91,370
		Nivel 1	53,828
		Nivel 2	30,987
		No pobre No Vulnerable	6,555
	ENCUESTADOS EN SISBEN CON PEP 30/06/2023	Total Encuestados	18,842
		Nivel 1	6,808
		Nivel 2	8,531
		No pobre No Vulnerable	3,503
ADRES	Afiliados al SGSSS con PPT al 31/08/2023	Total afiliados al SGSSS con PPT	198,485
		Afiliados al régimen subsidiado migrantes venezolanos con PPT	124,149
		Afiliados al régimen contributivo migrantes venezolanos con PPT	74,336
		Porcentaje de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud con PPT	80.09
	Afiliados al SGSSS con PEP al 31/08/2023	Total, afiliados al SGSSS con Permiso Especial de Permanencia	1,112
		Afiliados al régimen subsidiado migrantes venezolanos con PEP	562
		Afiliados al régimen contributivo migrantes venezolanos con PEP	550
ADRES	Afiliados Sin encuesta del Sisbén IV 31/07/2023	Afiliados al SGSSS con PEP + PPT sin encuesta del Sisbén IV	48,028
	afiliados con encuesta del Sisbén IV en clasificación D: No Pobre No vulnerable 31/07/2023	Afiliados al SGSSS con PEP + PPT con encuesta del Sisbén IV en clasificación D: No Pobre No vulnerable	2,434

El 80.18% está calculado sumando los afiliados por PPT y PE sobre los PPT entregados por migración Colombia de acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud al 31/03/2023 + los PEP afiliados a la fecha, esto para medir el porcentaje de afiliación de todos los afiliados y mientras que se hace el tránsito de PE a PPT.



El 80.09% de cobertura de afiliación solo por PPT está calculado con la información entregada por Ministerio de Salud PPT a 31/03/2023.

El indicador de Cobertura de Afiliación con PEP solo pudo ser calculado con corte a diciembre 31 del 2021. el cual quedó en un 86%, para el año 2022, la medición del indicador se debe hacer teniendo como base el número de migrantes venezolanos con Permiso Por Protección Temporal

(\*2) El 76,09% de cobertura de afiliación por PPT está calculado con la información entregada por Ministerio de Salud PPT entregada a 31/03/2023.

El indicador de Cobertura de Afiliación con PEP solo pudo ser calculado con corte a diciembre 31 del 2021. el cual quedó en un 86%, para el año 2022, la medición del indicador se debe hacer teniendo como base el número de migrantes venezolanos con Permiso Por Protección Temporal

### 9.7 EJECUCIÓN DE RECURSOS: TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN Y RECURSOS PROPIOS 2017-2023 PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA

La Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, acogiéndose a los lineamientos del nivel nacional y al Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratoria realiza ingentes esfuerzos para garantizar la atención en salud de la población migrante en situación irregular. Para ello gestiona los recursos necesarios a través de diferentes rubros, comprometiendo en su gran mayoría recursos propios y también con recursos que proceden de las transferencias de la nación.

El Departamento de Antioquia recibió de la nación entre los años 2017 y 2023 (corte al 31/07/2023) una transferencia de \$10.929.721.840 como recursos complementarios para la prestación de servicios de salud a población migrante de país fronterizo, los cuales han sido ejecutados \$10.559.773.294 (es decir el 96.62%) quedando un saldo pendiente de ejecución de \$369.948.546 (3.38%), al 31/07/2023, ya que pasan como recursos del balance.

Aun así, la facturación por dichas atenciones es demasiado onerosa (\$187.463.169.825) entre 2017-2023, contra unos recursos que resultan ser insuficientes frente a la alta demanda de servicios de salud por esta población, tal como se detalla en la siguiente tabla.

**Tabla 196** Estado de facturación, glosas, avales y pagos realizados por el departamento por prestación de servicios de salud a población migrante, Antioquia 2017-2023 (corte a 31/07/2023)

ESTADO DE FACTURACIÓN, GLOSAS, AVALES Y PAGOS REALIZADOS POR EL DEPARTAMENTO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN MIGRANTE - ANTIOQUIA 2017-2023 (corte a 31/07/2023)										
ESTADO DE LA FACTURACIÓN	2017-2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL	PAGADO CON RECURSOS PROPIOS DEL DEPARTAMENTO	PAGADO CON RECURSOS DE LA NACIÓN	PORCENTAJE PAGADO CON RECURSOS PROPIOS	PORCENTAJE PAGADO CON RECURSOS DE LA NACIÓN
VALOR TOTAL DE FACTURACIÓN	\$ 35.101.605.647	\$ 42.266.208.895	\$ 61.755.679.679	\$ 54.032.897.181	\$ 20.851.982.192	\$ 214.008.373.594				
VALOR DE GLOSA	\$ 3.079.667.457	\$ 2.665.562.336	\$ 3.682.289.544	\$ 2.847.309.650	\$ 555.648.227	\$ 12.830.477.214				
VALOR AVALADO	\$ 31.985.263.559	\$ 39.461.143.778	\$ 57.920.964.156	\$ 50.958.468.477	\$ 9.411.541.030	\$ 189.737.381.000				
VALOR PAGADO	\$ 31.255.316.688	\$ 33.355.389.697	\$ 57.920.964.156	\$ 33.852.363.649	\$ 31.079.135.635	\$ 187.463.169.825	\$ 176.903.396.531	\$ 10.559.773.294	94,4%	5,6%
FACTURACIÓN PENDIENTE DE AUDITORIA				\$ 98.211.793	\$ 10.884.792.935	\$ 10.983.004.728				
AVALADO ENTREGADO EN FINANCIERA PENDIENTE DE PAGO					\$ 3.662.289.313	\$ 3.662.289.313				
*FACTURACIÓN PENDIENTE DE AUDITORIA 2022: Corresponde a facturación radicada con corte a 31/12/2022 y que a 31/07/2023 aún se encuentra pendiente de auditoría *FACTURACIÓN PENDIENTE DE AUDITORIA 2023: Corresponde a facturación ingresada hasta el 31/07/2023 que aún se encuentra pendiente de auditoría *AVALADO ENTREGADO EN FINANCIERA PENDIENTE DE PAGO: Corresponde a lo avalado entregado a la Dirección Administrativa y Financiera con corte a 31/07/2023 (incluye vigencias anteriores)										
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL			
Valor pagado con Resoluciones de la Nación por atención a migrantes	\$ -	\$ -	\$ 2.736.760.916	\$ 1.270.753.649	\$ 3.963.850.729	\$ 2.588.408.000	\$ 10.559.773.294			
Recursos asignados por la Nación:	\$ 10.929.721.840	Ejecutados	\$ 10.559.773.294	% de ejecución	96,62%					
		No ejecutados	\$ 369.948.546	% de no ejecución	3,38%					

Fuente: Dirección Administrativa y Financiera (Pagos y Deuda)- Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud (Facturación y Avales de Pago)

El 94.4% de los recursos pagados a la red de prestadores de servicios de salud, tanto pública como privada, por atenciones de urgencias a población migrante de países fronterizos, se ha realizado con fuentes del Departamento (Recursos propios) y solo el 5.6% con fuente de la Nación, lo que muestra el gran esfuerzo del Departamento de Antioquia para garantizar la prestación de los servicios a esta población y generar los respectivos pagos.

Las condiciones para el pago de las atenciones con cargo a recursos de la Nación, son:

- Que corresponda a una atención de urgencias
- Que la persona que recibe la atención no tenga subsidio en salud en los términos del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 ni cuente con un seguro que cubra el costo del servicio.
- Que la persona que recibe la atención no tenga capacidad de pago.
- Que la persona que recibe la atención sea nacional de un país fronterizo.
- Que la atención se realice en la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud

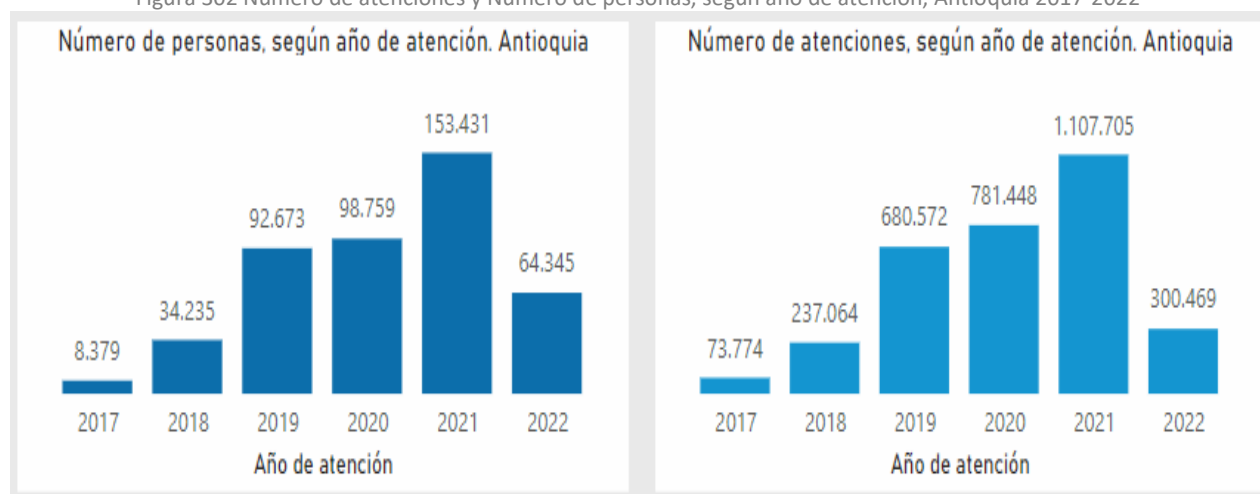
Con recursos del Departamento se condiciona a que sea población y evento priorizado en el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio 2018.

### 9.8 REPORTE DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A POBLACIÓN MIGRANTES DE PAÍSES FRONTERIZOS CIRCULAR 029 DEL 2019.

El Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Circular 029 de 2017 para que las IPS realicen el envío de los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, por la atención de personas extranjeras de países fronterizos a través de la plataforma de Plataforma de intercambio de información del Ministerio de Salud PISIS.

De acuerdo a los reportes generados desde el Observatorio Nacional de Migración y Salud para el departamento de Antioquia se han realizado 3.181.032 atenciones en salud a población migrante.

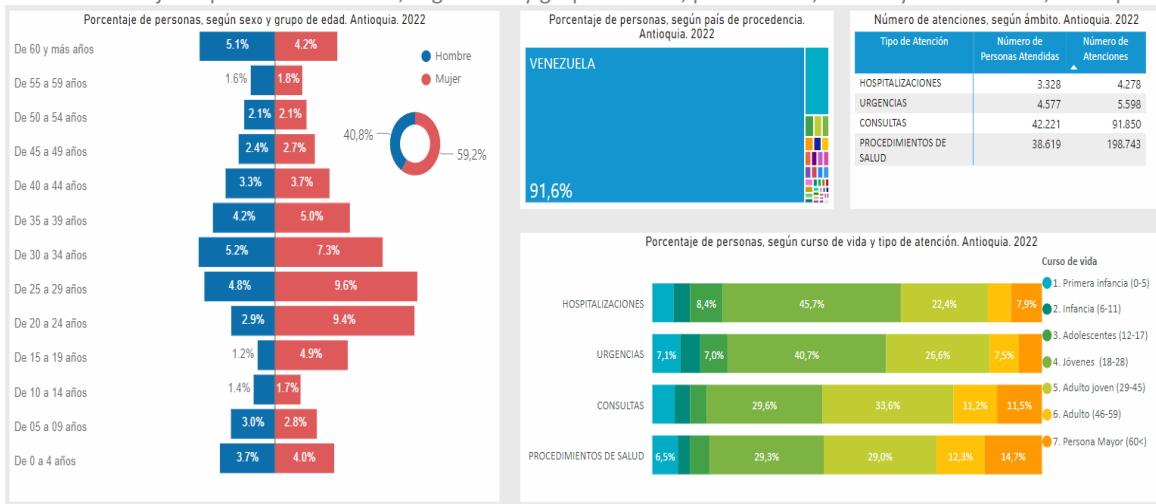
Figura 302 Número de atenciones y Número de personas, según año de atención, Antioquia 2017-2022



Fuente: Observatorio Nacional de Migración y Salud, Consultado el 06/09/2023

Al evaluar el número de atenciones según ámbito en Antioquia en 2022, es posible identificar que la mayor concentración estuvo en los procedimientos de salud (198.743), seguido por las consultas (91.850), urgencias (5.598) y en menor cantidad las hospitalizaciones (4.278) y el curso de vida con mayor frecuencia corresponden a los jóvenes y adolescentes. Con respecto a la procedencia, la mayoría son Venezuela (91.6%), eran mujeres (59.2%), con una relación hombre mujer de 0.68 a 1, es decir que por cada mujer que fue atendida en el sistema de salud, lo hicieron 0.68 hombres.

Figura 303 Porcentaje de personas atendidas, según sexo y grupo de edad, procedencia, ámbito y curso de vida, Antioquia 2022.



Fuente: Observatorio Nacional de Migración y Salud, Consultado el 06/09/2023

## 9.8.1 MORBILIDAD ATENDIDA POR GRAN CAUSA Y SUBGRUPO

Entre 2017 y 2022 se atendieron 1.091.484 motivos de consulta de población migrante en Antioquia, de las cuales el 52% correspondieron a enfermedades no transmisibles, el 16% a condiciones materno perinatales, 11% lesiones y signos y síntomas mal definidos; las condiciones transmisibles y nutricionales las de menor frecuencia con un 10%.

- Enfermedades no transmisibles con 570.262 consultas de las cuales el 20% correspondió a condiciones orales y el 13.52% a enfermedades cardiovasculares.
- Condiciones materno perinatales, 170.331 atenciones que representaron el 98.73% de las consultas en migrantes, siendo las condiciones maternas las de mayor frecuencia 98.16%.
- Lesiones con 123.789 atenciones, de las cuales el 92.56% correspondieron a Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas.
- Signos y síntomas mal definidos con 121.599 atenciones lo cual corresponde a un 11% del total de consultas.
- Condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 10% del total de atenciones del departamento es decir 105.503 consultas en el periodo, siendo las de mayor frecuencia las enfermedades infecciosas y parasitarias (55.91%) y las infecciones respiratorias (39.54%).

Tabla 197 Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población migrante, Antioquia, 2017-2022.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total						Δ pp 2021-2022
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	
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)	51,16	52,88	56,33	64,62	58,63	47,73	-10,90
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	44,01	45,08	40,67	31,14	35,27	46,90	11,62
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	4,83	2,04	3,00	4,24	6,10	5,38	-0,72
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	97,24	97,10	98,34	98,95	98,83	99,54	0,71
	Otras derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	2,76	2,90	1,66	1,05	1,17	0,75	-0,42
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)	7,57	4,38	3,77	5,59	5,37	4,48	-0,22
	Otras neoplasias (D00-D48)	2,46	1,75	1,21	1,44	1,42	1,53	-0,02
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,92	2,32	2,20	3,14	3,23	3,25	0,09
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6,82	6,40	5,38	5,67	5,12	5,87	-0,55
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,78	7,30	5,73	7,16	7,15	8,96	-0,01
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6,96	4,41	6,08	3,92	4,32	5,18	0,40
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	13,43	13,52	10,35	13,97	14,03	15,01	0,06
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,39	4,05	4,26	3,56	3,56	4,31	0,00
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,66	8,35	6,81	8,38	8,09	7,50	-0,30
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	12,71	12,47	11,98	14,11	12,84	11,90	-1,27
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4,93	5,65	4,78	4,70	4,57	5,28	-0,13
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	11,99	10,18	9,88	9,57	9,84	9,35	0,26
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,40	0,22	0,60	0,45	0,56	0,49	0,11
	Condiciones orales (K00-K14)	8,96	18,99	26,96	18,35	19,91	16,88	1,57
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	7,84	3,13	4,57	5,03	5,95	9,96	4,01
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,44	0,77	0,89	0,87	1,09	1,02	-0,06
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,01	0,06	0,05	0,23	0,05	-0,18
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	91,72	96,08	94,47	94,06	92,74	88,97	-3,76
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: SISPRO, RIPS. Consultado el 24/08/2023

## 9.8.1.1 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR CICLO VITAL EN POBLACIÓN MIGRANTE

Con respecto a la cantidad de atenciones por ciclo vital en población migrante, en Antioquia entre 2017-2022, la primera causa de consulta en todos los grupos de edad fueron las enfermedades no transmisibles, a excepción de la primera infancia, en donde las condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 37.26% de las consultas; las condiciones maternas representan la segunda causa de atenciones en la adolescencia y Juventud con un 20.70% y 29.28% respectivamente; las condiciones mal clasificadas representan el 12.04% de las consultas en todos los cursos de vida, es decir 28.315 atenciones que representan una oportunidad de mejora en la

calidad del dato, ya que no serían útiles para el análisis en salud pública y podrían esconder a la verdadera causa de morbilidad.

Las lesiones impactaron en mayor medida al ciclo vital de infantil con el 20.32% en 2022, al comparar el comportamiento con 2021 hubo un incremento del 12% en el número de atenciones en este grupo de edad.

**Tabla 198** Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en migrantes, por ciclo de vida. Antioquia 2017-2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total						Δ pp 2021-2022
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	32,98	41,71	33,63	24,44	26,64	37,26	10,62
	Condiciones perinatales	1,74	4,54	2,69	3,29	1,89	0,50	-1,40
	Enfermedades no transmisibles	27,97	27,51	34,57	34,99	39,04	36,15	-2,89
	Lesiones	20,93	11,28	13,68	22,28	18,61	12,58	-6,03
	Condiciones mal clasificadas	16,39	14,96	15,43	15,00	13,81	13,51	-0,30
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,05	20,01	18,72	9,40	3,16	16,43	13,27
	Condiciones maternas	0,00	0,14	0,01	0,03	0,02	0,03	0,01
	Enfermedades no transmisibles	45,52	40,45	48,28	50,20	84,02	48,55	-35,47
	Lesiones	24,19	19,24	20,23	26,55	8,63	20,32	11,69
	Condiciones mal clasificadas	11,24	20,15	12,75	13,82	4,17	14,67	10,50
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,31	5,49	9,91	3,68	5,11	7,32	2,22
	Condiciones maternas	9,42	28,08	23,78	36,82	25,49	20,70	-4,79
	Enfermedades no transmisibles	46,54	36,28	42,10	33,79	41,32	41,41	0,09
	Lesiones	24,38	12,74	11,95	12,21	15,55	17,28	1,73
	Condiciones mal clasificadas	11,36	17,41	12,25	13,50	12,54	13,29	0,75
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,26	8,36	9,75	6,84	7,24	8,91	1,68
	Condiciones maternas	35,59	39,06	33,97	42,31	34,23	29,28	-4,95
	Enfermedades no transmisibles	27,33	28,27	35,99	28,71	36,00	37,57	1,56
	Lesiones	17,98	13,46	9,73	9,34	11,22	13,35	2,13
	Condiciones mal clasificadas	10,83	10,85	10,56	12,80	11,31	10,89	-0,42
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,46	8,21	10,36	9,13	7,86	8,25	0,40
	Condiciones maternas	8,86	9,59	8,48	11,19	7,97	5,46	-2,51
	Enfermedades no transmisibles	56,42	53,35	61,63	58,81	63,67	64,11	0,44
	Lesiones	17,74	14,43	10,03	10,25	9,87	11,38	1,51
	Condiciones mal clasificadas	9,53	14,43	9,50	10,62	10,63	10,79	0,16
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,64	7,37	7,63	5,07	3,78	5,24	1,46
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,01	0,03	0,07	0,01	-0,06
	Enfermedades no transmisibles	72,73	73,97	76,65	79,10	82,95	78,33	-4,62
	Lesiones	12,05	7,75	6,25	6,26	5,42	7,31	1,89
	Condiciones mal clasificadas	9,58	10,92	9,47	9,54	7,78	9,11	1,33

Fuente: SISPRO, RIPS. Consultado el 24/08/2023.

### 9.8.1.1.1 PRINCIPALES CAUSAS Y SUBGRUPOS DE MORBILIDAD, POR CICLO VITAL EN HOMBRES

En los hombres se evidencia un comportamiento similar al observado en la población general, con respecto a las consultas por enfermedades no transmisibles en todos los ciclos vitales vida

excepto la primera infancia cuya primera causa de morbilidad correspondió a las condiciones transmisibles y nutricionales que entre 2021 y 2022 tuvo un incremento de 12.61%.

Las lesiones representan en promedio el 23% del total de atenciones en todos los grupos de edad, excepto en la adultez donde esta causa se encuentra dentro de las de menos frecuencia (6.44%). En la infancia, adolescencia y juventud constituye la segunda causa de morbilidad con mayor porcentaje. Entre 2021 y 2022 se identifica un incremento en el número de atenciones en los hombres con 12 años o más.

**Tabla 199.** Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en migrantes hombres por ciclo de vida. Antioquia 2017-2022

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

Fuente: SISPRO, RIPS. Consultado el 24/08/2023.

Entre 2017 y 2022 se atendieron 459.657 motivos de consulta en hombres migrantes en Antioquia, de las cuales el 59% correspondieron a enfermedades no transmisibles, 18% lesiones, 13% por condiciones transmisibles y nutricionales; signos y síntomas mal definidos y condiciones materno perinatales, los de menor frecuencia (10% y 0,21%)

- Enfermedades no transmisibles con 269.234 consultas de las cuales el 20% correspondió a condiciones orales y el 14.95% a enfermedades cardiovasculares; entre 2021 y 2022 se evidencia una disminución del 4.31% en las atenciones por condiciones orales, mientras que las condiciones neuropsiquiátricas y respiratorias tuvieron el mayor incremento entre los subgrupos de causa para este grupo en un 1.36% y 1.31% respectivamente.
- Lesiones con 83.362 atenciones, de las cuales el 93.89% correspondieron a Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas.
- Condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 13% del total de atenciones del departamento es decir 60.400 consultas en el periodo, siendo las de mayor frecuencia las enfermedades infecciosas y parasitarias (61.05%) y las infecciones respiratorias (36.29%).
- Signos y síntomas mal definidos con 45.711 atenciones lo cual corresponde a un 10% del total de consultas.

Tabla 200 Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Hombres migrantes, Antioquia, 2017-2022.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres						
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022
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)	51,82	55,06	60,46	70,34	65,92	51,67	-14,25
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	44,21	44,17	37,63	27,54	30,90	44,82	13,72
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,96	0,77	1,91	2,12	3,18	3,71	0,53
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	0,00	10,59	9,19	14,40	12,77	#DNV/!	#DNV/!
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	100,00	89,41	90,81	85,60	87,23	#DNV/!	#DNV/!
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E85-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)	8,43	4,80	4,08	5,15	5,51	5,19	-0,32
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,93	1,85	0,85	0,91	0,86	1,04	0,18
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,77	2,71	2,85	4,08	3,75	3,89	0,14
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E85-E88)	3,12	2,97	3,74	4,10	3,72	4,96	1,24
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,90	7,91	5,99	7,20	7,43	8,79	1,36
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,89	4,99	6,40	4,33	4,73	5,92	1,19
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	15,38	16,89	12,28	14,99	15,46	15,93	0,46
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,39	4,65	4,35	4,20	3,62	4,94	1,31
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,24	8,96	7,76	8,96	8,70	8,02	-0,68
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	11,36	8,60	8,34	9,53	8,17	8,13	-0,04
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,17	6,39	5,88	6,11	5,39	6,11	0,72
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	11,90	9,95	11,12	10,89	11,23	9,73	-1,50
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,43	0,14	0,57	0,26	0,40	0,65	0,25
	Condiciones orales (K00-K14)	9,29	19,20	25,80	19,30	21,01	16,70	-4,31
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,31	2,34	3,84	4,29	5,26	8,50	3,23
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,34	0,16	0,62	0,63	0,61	0,66	0,05
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,03	0,01	0,16	0,05	-0,10
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,35	97,50	95,51	95,07	93,97	90,79	-3,18
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: SISPRO, RIPS. Consultado el 24/08/2023



## 9.8.1.1.2 PRINCIPALES CAUSAS Y SUBGRUPOS DE MORBILIDAD, POR CICLO VITAL EN MUJERES

Las condiciones no transmisibles fueron la causa de morbilidad con mayor número de atenciones en mujeres del curso de vida de Primera Infancia, Infancia, Adultez y Vejez y la segunda con mayor frecuencia en Adolescencia y Juventud; entre 2021 y 2022 presentó una disminución del 43.82% de los casos en el grupo poblacional con edad entre 6 y 11 años.

Las condiciones maternas representan en promedio el 43.72% del total de atenciones en la adolescencia y juventud; con respecto al 2021, hubo una disminución en el número de atenciones por esta causa en estos dos cursos de vida. Es necesario resaltar que las lesiones constituyeron un incremento del 15.38% entre 2022 y 2021 para el curso de vida de infancia; para este mismo periodo, las condiciones mal clasificadas aumentaron en las mujeres en la infancia, adultez y vejez.

**Tabla 201** Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad en migrantes mujeres por ciclo de vida. Antioquia 2017-2022

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

Fuente: SISPRO, RIPS. Consultado el 24/08/2023.

Entre 2017 y 2022 se atendieron 631.827 motivos de consulta en mujeres migrantes en Antioquia, de las cuales el 48% correspondieron a enfermedades no transmisibles, 27% condiciones maternas perinatales, 12% signos y síntomas mal definidos; las condiciones transmisibles y nutricionales y lesiones las de menor frecuencia (7% y 6%).

- Enfermedades no transmisibles con 301.028 consultas de las cuales el 19.79% correspondió a condiciones orales y el 12.25% a enfermedades cardiovasculares.
- Condiciones maternas perinatales con 169.381 atenciones en población migrante.
- Signos y síntomas mal definidos con 75.888 atenciones lo cual corresponde a un 12% del total de consultas.
- Condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 7% del total de atenciones del departamento es decir 45.103 consultas en el periodo, siendo las de mayor frecuencia las enfermedades infecciosas y parasitarias (49.02%) y las infecciones respiratorias (43.90%).
- Lesiones con 40.427 atenciones, de las cuales el 89.83% correspondieron a Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas.

Tabla 202 Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Mujeres migrantes, Antioquia, 2017-2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres						Δ pp 2021-2022
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	
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)	50,16	49,92	50,62	56,50	48,47	43,07	-5,41
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	43,69	46,32	44,88	36,27	41,37	49,59	8,22
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	6,15	3,77	4,50	7,23	10,16	7,34	-2,81
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (C00-O99)	98,24	98,36	99,05	99,40	99,25	99,49	0,24
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	1,76	1,64	0,95	0,60	0,75	0,51	-0,24
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E85-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I89, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	6,45	3,94	3,48	5,97	5,25	3,85	-1,41
	Otras neoplasias (D00-D48)	3,16	1,65	1,55	1,90	1,89	1,97	0,09
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,81	1,91	1,60	2,31	2,79	2,66	-0,12
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	11,65	10,09	6,92	7,04	6,28	6,70	0,42
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,62	6,65	5,49	7,13	6,91	9,11	2,20
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6,02	3,79	5,78	3,56	3,97	4,51	0,54
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,88	9,91	8,54	13,07	12,84	14,19	1,35
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,40	3,40	4,17	3,00	3,51	3,74	0,23
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,91	7,70	5,93	7,88	7,57	7,02	-0,55
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	14,48	16,62	15,40	18,12	16,71	15,30	-1,41
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4,61	4,86	3,75	3,46	3,90	4,53	0,63
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,11	10,43	8,72	8,42	8,68	9,01	0,33
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,36	0,30	0,62	0,63	0,69	0,35	-0,34
Condiciones orales (K00-K14)	8,54	18,77	28,05	17,51	19,01	17,05	-1,96	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	11,10	4,67	6,08	6,66	7,30	13,00	5,71
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,63	1,97	1,46	1,40	2,03	1,79	-0,25
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,03	0,14	0,14	0,36	0,03	-0,33
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	88,27	93,33	92,33	91,79	90,31	85,18	-5,13
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: SISPRO, RIPS. Consultado el 24/08/2023.

### 9.8.2 POBLACIÓN MIGRANTE Y EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA – SIVIGILA

Desde febrero de 2019, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica-Sivigila incorporó la variable nacionalidad, promoviendo su diligenciamiento y completitud entre el 2019 y 2021, convirtiéndose en obligatoria para el análisis de eventos de interés en salud pública.

Los casos de eventos en población extranjera con residencia habitual en Colombia deben ser considerados como autóctonos y analizados de esta manera. La residencia en una entidad territorial es determinada por un periodo mínimo de seis meses continuos. Cuando se presenten dificultades al momento de asignar la procedencia y residencia de un caso para definir la entidad territorial a la cual corresponde, se recomienda realizar reunión con las entidades involucradas y el referente nacional del evento para definir.

Con respecto a la información reportada por el Sistema de vigilancia epidemiológica – SIVIGILA 2020 a 2023, la notificación por algún evento de interés en salud pública en población migrante en Colombia fue de 57.957 casos, el 20.4 % se atribuye al departamento de Antioquia en donde la mayoría son personas venezolanas. Para estos 3 años, se evidencia la presencia de un mayor número de eventos notificados en 2022 tanto para la Colombia, como para el departamento de Antioquia.

**Tabla 203.** Eventos de Interés en Salud Pública notificados en población migrante. Colombia y Antioquia 2020 - 2022

Año	Información Migrantes						
	Casos Colombia			Casos Antioquia			
	Venezolanos	Extranjeros	Total Colombia	Venezolanos	Extranjeros	Total Antioquia	
						Casos	Porcentaje
2020	9048	2313	11361	541	185	726	6,4
2021	15500	2408	17908	1145	178	1323	7,4
2022	20033	8655	28688	1894	803	1894	6,6
<b>Total</b>	<b>44581</b>	<b>13376</b>	<b>57957</b>	<b>3580</b>	<b>1166</b>	<b>3943</b>	<b>20,4</b>

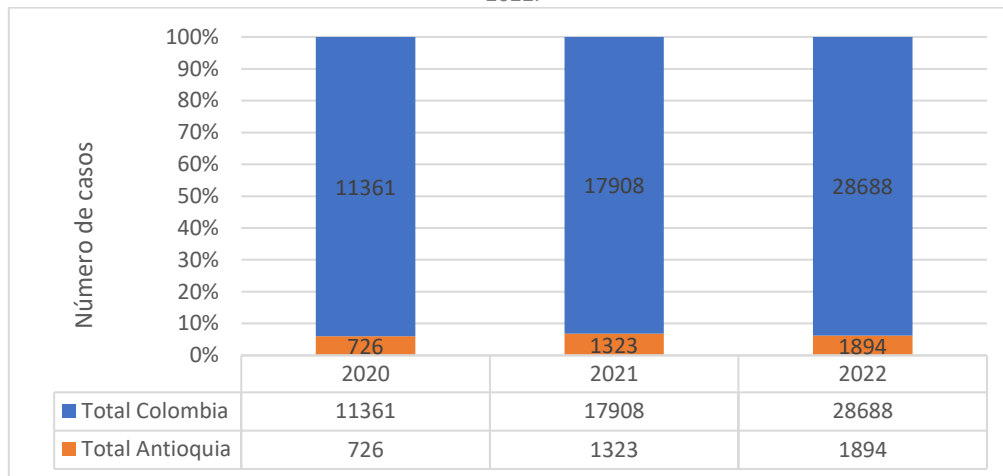
Fuente: SIVIGILA

Si se analiza la información reportada 2020, se puede evidenciar que, en el departamento de Antioquia, la población migrante registra el dato menor de la serie analizada, no obstante para el año 2021 la captación de eventos de interés en salud pública aumenta en un 82 % con respecto a 2020 y para el 2022 este porcentaje aumenta nuevamente, evidenciando alta presencia de eventos que pueden tener una mayor incidencia en los migrantes que por su condición, son más vulnerables a presentar estas enfermedades.

En el caso de las personas más vulnerables, como mujeres cabeza de familia monoparental y niños, niñas y adolescentes separados y no acompañados, cada vez son más graves los riesgos de protección relacionados con la explotación, el abuso y la violencia basada en género. Estos grupos

son también especialmente vulnerables ante prácticas de explotación laboral que ponen su salud y bienestar en situación de riesgo.

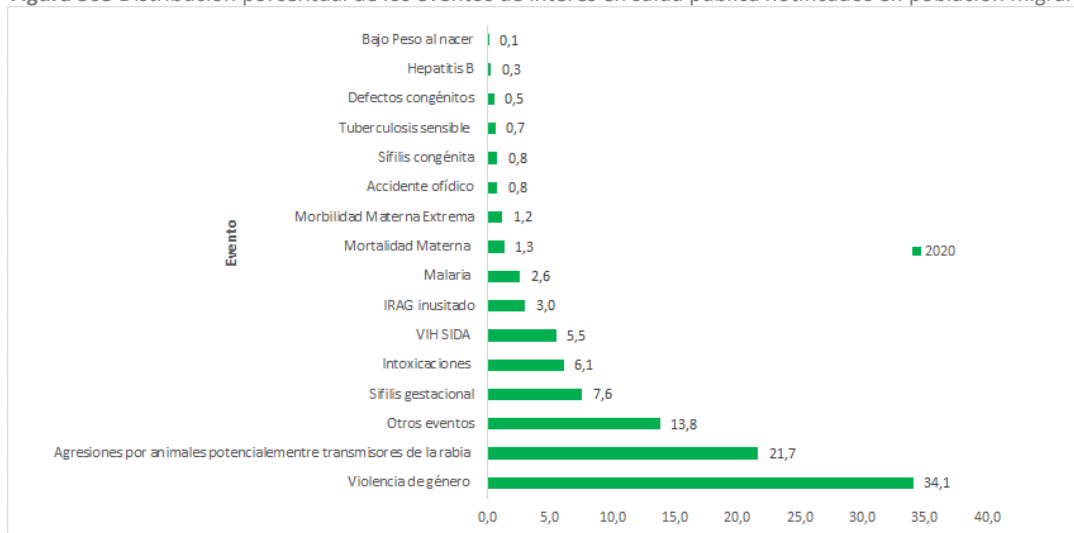
**Figura 304** Número de Eventos de interés en salud pública notificados en población migrante. Colombia y Antioquia 2020 a 2022.



Fuente: SIVIGILA

Con respecto a los eventos de mayor notificación en población migrante, se reportan los casos de violencia de género y las agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, lo que equivale a más del 55 % la notificación en esta población. Es importante fortalecer las acciones de prevención y detección de la violencia de género e intrafamiliar en los grupos de población migrantes, que por lo general presentar peores condiciones socioeconómicas, además de tener un acceso más limitado a los servicios de salud que el resto de la población.

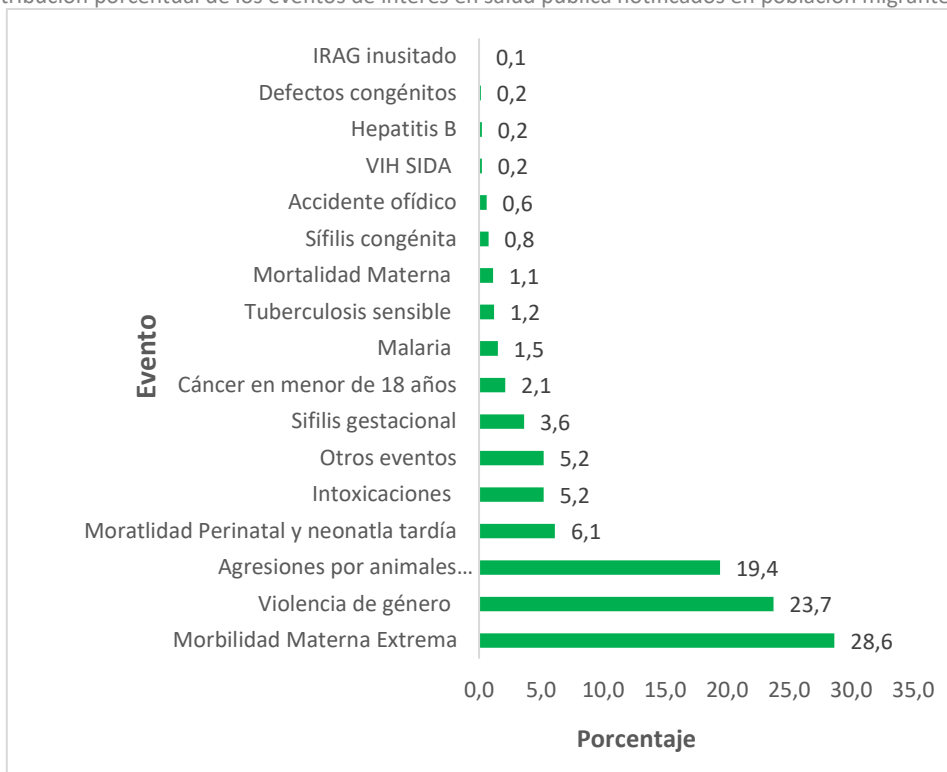
**Figura 305** Distribución porcentual de los eventos de interés en salud pública notificados en población migrante. Antioquia 2020



Fuente: SIVIGILA

Para el año 2021, el evento de mayor notificación fue morbilidad materna extrema, donde el 28.6 % de los casos se concentraron en las maternas migrantes que presentaron diagnósticos como eclampsia, preeclampsia, sepsis, hemorragia y/o ruptura uterina. Con respecto a la población migrante según nacionalidad, el comportamiento epidemiológico en la morbilidad materna extrema hacia el aumento obedece al fenómeno migratorio en el país desde hace más de 5 años, lo que ha generado múltiples desafíos en los sectores, políticos, sociales, económicos, demográficos y de salud. Así mismo, es importante tener en cuenta que el cierre de fronteras durante 2020 y su apertura en el 2021 influyó en el incremento de personas que ingresaron al país durante el siguiente año de inicio de la pandemia. De esta forma, la residencia de la población, la no afiliación al sistema de salud que explica el no 15 acceso a controles prenatales, han sido características descritas en diversos informes técnicos e investigaciones científicas.

Figura 306 Distribución porcentual de los eventos de interés en salud pública notificados en población migrante. Antioquia 2021

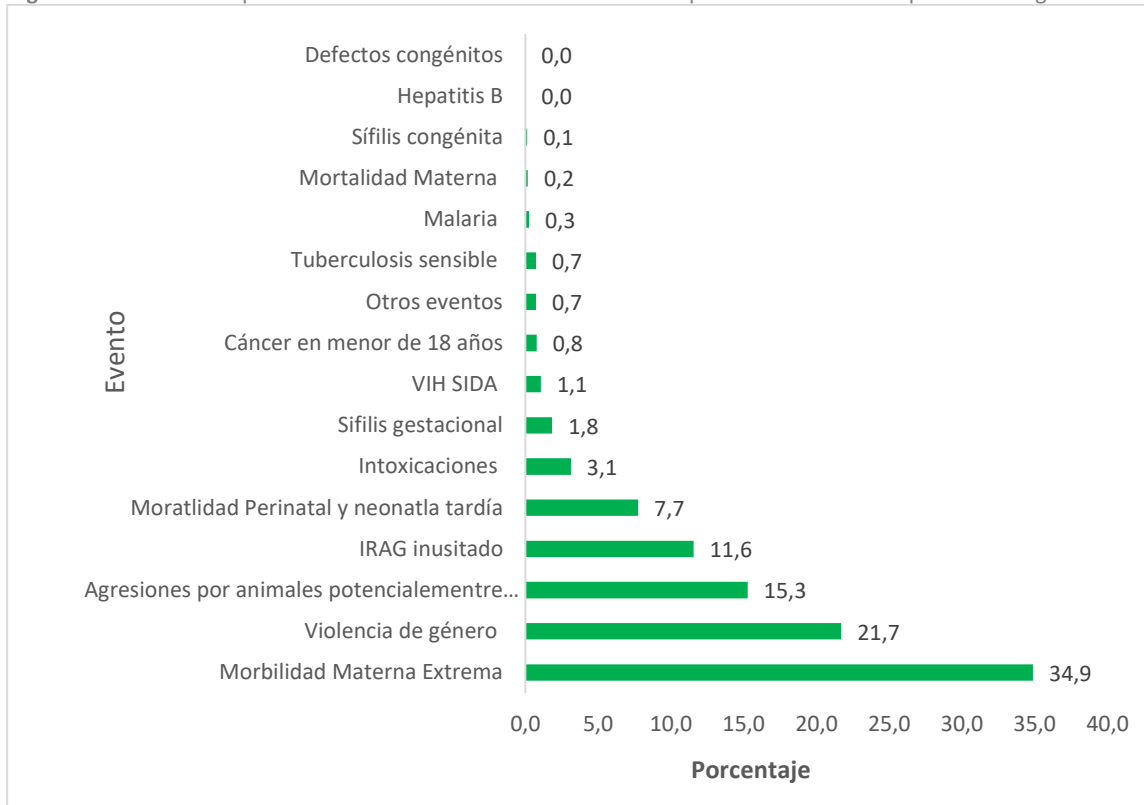


Fuente: SIVIGILA

Si se observa el comportamiento de los eventos notificados de 2022 en población migrante, se identifican los que están relacionados con la violencia de género y la salud materna de la mujer, inciden nuevamente con mayor participación en cuanto al número de casos, que se presentan principalmente en mujeres jóvenes (entre 15 y 29 años) y sin aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud.

La relación entre migración y salud mental es compleja y dinámica. El proceso migratorio representa un conjunto de factores estresantes que pueden afectar la salud mental de cualquier persona sometida a dicha situación: separación obligada de los seres queridos, barrera idiomática, cambio de lugar habitual de residencia, pérdida de estatus social y marginación, discriminación percibida, precariedad laboral y económica, entre otros. El malestar para las personas es mayor si las culturas (origen y receptora) son muy diferentes entre sí.

**Figura 307** Distribución porcentual de los eventos de interés en salud pública notificados en población migrante. Antioquia 2022



Fuente: SIVIGILA

### 9.8.3 MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) es un componente esencial en la protección y promoción de la salud de un territorio. Su enfoque esencial es identificar, recolectar y analizar información crítica sobre las condiciones de salud en un territorio determinado. Este proceso es de suma importancia en el contexto de la población migrante, ya que permite una comprensión más profunda de sus necesidades de salud y la respuesta efectiva a los desafíos que enfrentan.

En primer lugar, la VSP se basa en la identificación y priorización de eventos de salud pública. Esta priorización se realiza considerando criterios como la frecuencia, gravedad, comportamiento

epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones y el interés público. Cuando se trata de población migrante, estas prioridades pueden ser diferentes a las de la población local debido a la exposición a factores de riesgo específicos, como condiciones de vida precarias, acceso limitado a atención médica o exposición a enfermedades endémicas en sus países de origen.

Es crucial asegurar que la información sea recopilada de manera efectiva en las áreas de migración y se integre en el sistema de vigilancia. El software SIVIGILA y los protocolos establecidos por el Instituto Nacional de Salud (INS) juegan un papel crucial en este proceso, permitiendo que la información fluya desde el nivel local hasta el nivel nacional. Además, la VSP involucra una red de actores, como las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y las Unidades Informadoras (UI), que son responsables de la captación y notificación de eventos de interés en salud pública. Es importante precisar que, en aras de identificar la población migrante, a partir del año 2018, se incluye en el aplicativo la variable “Nacionalidad”, la cual permite obtener información de los casos notificados en nuestro país, que corresponden a personas de otra nacionalidad, a la que se hace alusión en el presente informe. En el caso de población migrante, estas unidades deben estar capacitadas para identificar y responder a problemas de salud específicos que puedan surgir entre esta población, como brotes de enfermedades infecciosas, deficiencias en la atención prenatal, o desafíos de salud mental relacionados con la migración.

La importancia de la VSP en el contexto de la población migrante radica en su capacidad para detectar y abordar de manera oportuna las amenazas a la salud que puedan surgir en este grupo vulnerable. Esto no solo protege a los migrantes y a las comunidades de acogida, sino que también contribuye a la seguridad sanitaria nacional al prevenir la propagación de enfermedades transmisibles. Además, garantiza que se respeten los derechos de salud de la población migrante, promoviendo la equidad en el acceso a los servicios de salud y la atención adecuada.

Con el fin de obtener un diagnóstico de mortalidad por eventos de interés en salud pública en población migrante en Antioquia, se procede a calcular las diferencias relativas entre el departamento y Colombia como unidad de referencia; posteriormente se calculan los Intervalos de confianza al 95% haciendo uso del método de Rothman KJ y Greenland S2

A continuación, se relaciona el comportamiento de los eventos de notificación obligatoria que han sido reportados al SIVIGILA y que hayan sido identificados en población migrante entre 2020 y 2022, identificando un incremento en el número de reportes en 2022 con respecto al 2021. La violencia intrafamiliar, sexual y de la mujer, morbilidad materna extrema, Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia, VIH/SIDA, Sífilis gestacional, representan el 70% de los reportes al sistema, podría explicarse este comportamiento a las condiciones sociales y económicas que a menudo son precarias en la población migrante, además, las barreras de acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, factores que interactúan de forma compleja y que según el contexto específico de la migración, pueden hacer que los migrantes sean

más vulnerables a una serie de amenazas para la salud, como la violencia, la falta de atención prenatal y las infecciones de transmisión sexual.

Es importante mencionar que no se observan desigualdades en muertes por eventos de notificación obligatoria que incrementen el riesgo de morir en la población migrante de Antioquia en 2022, es más, el riesgo es mucho menor en la mayoría de las causas de análisis. En 2022, eventos como Enfermedades Raras, Enfermedad Diarreica Aguda por rotavirus, Hepatitis A y Leishmaniasis mucosa, no presentan diferencias estadísticamente significativas en el valor que toma el departamento comparado con el indicador nacional.

**Tabla 204** Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública en población migrante. Antioquia, Colombia 2020 – 2022

Causa de muerte	Colombia, 2022	Antioquia, 2022	2020	2021	2022
<b>Causas externas</b>					
<b>Accidentes biológicos</b>					
Accidente ofídico	157,00	11,00	↗	↘	↗
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	2111,00	521,00	↗	↘	↗
Lesiones y muerte por accidentes de tránsito	0,00	0,00	-	-	-
<b>Ambientales</b>					
Vigilancia de la exposición a contaminantes atmosféricos relacionados con ERA	0,00	0,00	-	-	-
<b>Eventos adversos de los servicios de salud</b>					
Infecciones asociadas a la atención salud	113,00	71,00	↗	↘	↗
<b>Intoxicaciones</b>					
Exposición a flúor	0,00	0,00	-	-	-
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	195,00	106,00	↗	↘	↗
<b>Laboral</b>					
Lesiones en menor trabajador	0,00	0,00	-	-	-
<b>Mental</b>					
Conducta suicida	960,00	110,00	↗	↘	↗
Violencia escolar	0,00	0,00	-	-	-
<b>Violencia</b>					
Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos	11,00	4,00	↗	-	↗
Violencia intrafamiliar, sexual y de la mujer	4347,00	1135,00	↗	↘	↗
<b>No transmisibles</b>					
<b>Ambiental</b>					
Vigilancia entomológica	0,00	0,00	-	-	-
<b>Cáncer</b>					
Cáncer (mama, cérvix)	287,00	155,00	↗	↘	↗
Cáncer infantil	62,00	16,00	↗	↘	↗
<b>Cardiovascular</b>					



# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Enfermedades cardiovasculares ((isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas e insuficiencia cardiaca; diabetes mellitus insulino dependiente, la asociada con desnutrición, otras especificadas y diabetes mellitus no especificada; enfermedades respiratorias crónicas de vías inferiores, bronquitis crónica simple y mucopurulenta, bronquitis crónica no especificada, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, estado asmático y bronquiectasia)

0,00 0,00 - - -

### Congénitas

Defectos congénitos	84,00	6,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades raras	61,00	54,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Materno perinatal

Bajo peso al nacer	0,00	0,00	-	-	-
Embarazo en adolescentes	0,00	0,00	-	-	-
Morbilidad materna extrema	1871,00	553,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mortalidad materna	13,00	2,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	363,00	102,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prematuridad	0,00	0,00	-	-	-
IVE	0,00	0,00	-	-	-

### Mental

Consumo de sustancias psicoactivas por vía endovenosa	0,00	0,00	-	-	-
---	------	------	---	---	---

### Nutrición

Vigilancia del estado nutricional en menores de 5 años	353,00	63,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años	0,00	0,00	-	-	-

### Trasmisibles

#### Ambiental

Complicaciones geo-helminurias	0,00	0,00	-	-	-
Ebola	0,00	0,00	-	-	-

#### Emergentes

Resistencia antimicrobiana * antibióticos	0,00	0,00	-	-	-
---	------	------	---	---	---

#### Inmunoprevenibles

Difteria	4,00	0,00	-	-	-
Evento adverso seguido a la vacunación	5,00	0,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Meningitis Neisseria meningitidis	0,00	0,00	-	-	-
Meningitis por Haemophilus influenzae	0,00	0,00	-	-	-
Meningitis: meningococcica streptococo pneumoniae	42,00	7,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	6,00	0,00	-	-	-
Parotiditis	51,00	26,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampión-rubeola	36,00	0,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Síndrome de rubeola congénita	4,00	0,00	-	-	-
Tétanos accidental	0,00	0,00	-	-	-
Tétanos neonatal	0,00	0,00	-	-	-
Tosferina	16,00	1,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	209,00	65,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Materno perinatal

Sífilis gestacional	1205,00	373,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis congénita	107,00	2,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Remergentes y olvidadas

Oncocercosis	0,00	0,00	-	-	-
Peste (bubónica/neumónica)	0,00	0,00	-	-	-
Tifus	0,00	0,00	-	-	-
Ceguera por tracoma	0,00	0,00	-	-	-

#### Transmisión aérea y contacto directo

# Análisis de Situación de Salud

## Antioquia-2023

Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	240,00	11,00	↗	↘	↗
Infección Respiratoria Aguda	0,00	0,00	-	-	-
Infección respiratoria aguda grave (IRAg inusitado)	758,00	68,00	↗	↘	↗
Lepra	14,00	2,00	-	-	↗
Tuberculosis pulmonar	0,00	0,00	-	-	-
Tuberculosis extrapulmonar	0,00	0,00	-	-	-
Tuberculosis Todas las formas	672,00	199,00	↗	↘	↗
Meningitis tuberculosa	0,00	0,00	-	-	-
<b>Transmisión sexual y sanguínea</b>					
Hepatitis distintas a A	118,00	27,00	↗	↘	↗
VIH/SIDA	1973,00	425,00	↗	↘	↗
Brucelosis	0,00	0,00	-	-	-
Chagas crónico y agudo	9,00	0,00	-	-	-
Cisticercosis	0,00	0,00	-	-	-
Dengue	904,00	39,00	↗	↘	↗
Dengue grave	8,00	0,00	-	-	-
Encefalitis: nilo occidental, equina del oeste, venezolana	0,00	0,00	-	-	-
Enfermedades de origen prionico	0,00	0,00	-	-	-
Fiebre amarilla	0,00	0,00	-	-	-
Leishmaniasis	0,00	0,00	-	-	-
Leishmaniasis cutánea	29,00	14,00	↗	↘	↗
Leishmaniasis mucosa	2,00	1,00	-	-	↗
Leptospirosis	78,00	12,00	↗	↘	↗
Malaria	686,00	72,00	↗	↘	↗
Malaria: vivax	0,00	0,00	-	-	-
Malaria: falciparum	0,00	0,00	-	-	-
Rickettsiosis	0,00	0,00	-	-	-
<b>Trasmítida por alimentos/suelo/agua</b>					
Cólera	0,00	0,00	-	-	-
Enfermedad Diarreica Aguda	0,00	0,00	-	-	-
Enfermedad Diarreica Aguda por rotavirus	3,00	3,00	-	-	↗
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2,00	0,00	-	-	-
Hepatitis A	27,00	21,00	↗	↘	↗
ETA	89,00	22,00	↗	↘	↗
<b>Vectores</b>					
Chikungunya	0,00	0,00	-	-	-
<b>Vigilancia sanitaria</b>					
<b>Uso y consumo</b>					
Consumo de antibióticos	0,00	0,00	-	-	-
<b>Tasas de incidencia PDSP</b>					
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	0,00	0,00	-	-	-
Tasa de incidencia de dengue grave según municipio de ocurrencia	0,00	0,00	-	-	-
Tasa de incidencia de leptospirosis	0,00	0,00	-	-	-
Tasa de incidencia de Chagas	0,00	0,00	-	-	-
Tasa de incidencia de sífilis congénita	0,00	0,00	-	-	-

Fuente: SIVIGILA – SISPRO MSPS