

ASIS

Análisis de la Situación de Salud Participativo

2025



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

GABINETE DEPARTAMENTAL

ANDRÉS JULIÁN RENDÓN CARDONA
Gobernador de Antioquia

SUSANA OCHOA HENAO
Primera Dama del Departamento

LINA CUARTAS OSPINA
Secretaria Privada

LUIS FERNANDO BEGUÉ TRUJILLO
Secretario de Gobierno

OFELIA ELCY VELÁSQUEZ HERNÁNDEZ
Secretaria de Hacienda

MARTHA PATRICIA CORREA TABORDA
Secretaria General

LUIS EDUARDO MARTÍNEZ GUZMÁN
Secretario de Seguridad, Justicia y Paz

EUGENIO PRIETO SOTO
Director Departamento Administrativo de Planeación

MANUEL NARANJO GIRALDO
Secretario de Desarrollo Económico

MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO
Secretaria de Salud e Inclusión Social

ROSA MARÍA ACEVEDO JARAMILLO
Secretaria de Talento Humano y Servicios Administrativos

MONICA OSPINA LONDOÑO
Secretaria de Educación

BEATRIZ ELENA PABÓN ACEVEDO
Secretaria de Ambiente

LUIS HORACIO GALLÓN ARANGO
Secretario de Infraestructura Física

CARLOS ANDRÉS RÍOS PUERTA
Director del Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Antioquia



CAROLINA LOPERA TOBÓN
Secretaria de las Mujeres

DANIEL ALBERTO ARBELÁEZ ECHEVERRI
Secretario de la Juventud

LUIS GIOVANY ARIAS TOBÓN
Gerente Instituto Departamental de Deportes – INDEPORTES

ROBERTO JOSÉ RAVE RÍOS
Director General Instituto de Cultura y Patrimonio de Antioquia - ICPA

ESTEBAN RAMOS MAYA
Gerente Fabrica de Licores de Antioquia – FLA

CATALINA GÓMEZ TORO
Gerente General Instituto para el Desarrollo de Antioquia – IDEA

MARCELA HOLGÚIN MORENO
Gerente Promotora del Ferrocarril de Antioquia

LILIANA ANDREA LÓPEZ NOREÑA
Gerente de Auditoría Interna

ISABEL CRISTINA LONDOÑO GÓMEZ
Gerente Unidad de Programas Sociales

EQUIPO DIRECTIVO

SECRETARÍA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL

ADRIANA PATRICIA ROJAS ESLAVA
Subsecretaria de Salud Pública

ADRIAN ALEXANDER CASTRO ALZATE
Subsecretario de Protección Social

ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE
Dirección Administrativa y Financiera

ERIKA HERNÁNDEZ BOLIVAR
Dirección de Asuntos Legales

JUAN DAVID BERRÍO VARGAS

Dirección Salud Ambiental y Factores de Riesgo

ANA MARÍA GÓMEZ CADAVID
Dirección de Salud Colectiva

RICARDO ANTONIO CASTRILLÓN
QUINTERO
**Laboratorio Departamental de Salud
Pública**

ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ
**Dirección de Aseguramiento y
Prestación de Servicios**

DIEGO ALEJANDRO VILLA VALDERRAMA
**Dirección de Calidad y Redes de
Servicios de Salud**



LUZ ANGELICA AGUDELO SUAZA
Dirección de Personas Mayores

DIANA PAMELA VILLA ALVAREZ
Dirección de Discapacidad

PLANEACIÓN

Hellen Offir Holguín Villa
Claudia Cecilia Ceballos Alarca
Edison Giraldo López
Gustavo Adolfo Medina Arango
Mary Salazar Barrientos
María Clara Arboleda Osorno
Andrés Camilo Jiménez Hernández
Ángela Gañan González
Yessenia Higuaita Gómez

DIRECCIÓN SALUD COLECTIVA

Beatriz Carmona Monsalve
Aidalid Cala Monroy
Juan Pablo Álvarez Peláez
Juliana Cataño López
Dora María Gómez Gómez
Adriana María González Arboleda
César Augusto Toro García
Marcela Arrubla Villa
Blanca Isabel Restrepo Velásquez
Marcela Hernández Cartagena
Amparo Liliana Sabogal Apolinar
Sandra Patricia Sánchez Ruíz
Janet Cristina Dávila Londoño
Samuel Adolfo Zuleta Sánchez
Eliana Andrea Saldarriaga Quintero
Felipe Vargas Restrepo
Magda Vanessa Maldonado Arcila
Beatriz Elena Londoño
Martha Elena Cadavid Gil
Carolina Castañeda Vásquez
Catalina Echeverry Querubín
Daniela Herrera Posada
Edisson Giovanni Sánchez Medina
Elizabeth Céspedes

Francisco Javier Ospino Arredondo
Jhon Sebastián Villada Villa
Juliana Carolina Guarnizo Gutiérrez
Lilian Carolina Cifuentes Salinas
Paola Milena Guzmán Guerrero

DIRECCIÓN SALUD AMBIENTAL Y FACTORES DE RIESGO

Camila Yuliana Durango Sánchez
Jhon William Tabares Morales
Gloria Patricia Ramírez Piedrahita
María Alejandra Martínez Calle
Wilman Osorio Marín
Andrés Felipe Úsuga Rodríguez
Ana María Blandón
Ángela Rivera Vargas
Carlos Julio Montes Zuluaga
Juan Pablo Zuluaga Sánchez
Paola Andrea Gómez Llanos

DIRECCIÓN LABORATORIO DEPARTAMENTAL

Leila Cristina Vega Monsalve
Idabely Betancur Ortiz

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Ángela Patricia Palacio Molina
Sonia Yamile Suescun Acevedo
Melisa Restrepo Giraldo
Yessica Johana Carmona Rodríguez
Yerlis Patricia Bertel Serrano
Paulan Andrea Zapata Gallego

DIRECCIÓN DE CALIDAD Y REDES DE SERVICIO

Beatriz Irleny Lopera Montoya

EQUIPO DE COMUNICACIONES Y PRENSA

Alejandro Rodríguez Tabares



Agradecimientos

La Secretaría de Salud e Inclusión Social expresa su más sincero agradecimiento a todos los actores institucionales y comunitarios que contribuyeron de manera significativa a la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) participativo de Antioquia.

En primer lugar, se reconoce el compromiso, la dedicación y el profesionalismo de los servidores públicos y contratistas que participaron en la formulación y actualización del documento. Su trabajo riguroso y su aporte técnico fueron determinantes para garantizar la calidad, coherencia e integralidad de la información, fortaleciendo cada una de las etapas del proceso.

- ✓ Instituciones y dependencias participantes:
- ✓ Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Antioquia – DAGRAN
- ✓ Secretaría de Infraestructura
- ✓ Secretaría de Educación

- ✓ Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia – DAP
 - Agenda Antioquia 2040
 - Observatorio de Políticas Públicas

De igual manera, se extiende un reconocimiento especial a los diversos sectores, instituciones, organizaciones de base comunitaria, poblaciones étnicas y líderes sociales que, con su valiosa colaboración y aportes, enriquecieron este proceso. Su participación activa y comprometida ha sido esencial para consolidar un análisis integral que contribuye al mejoramiento continuo de la salud y el bienestar de la población antioqueña.

Finalmente, el presente documento constituye el resultado de un esfuerzo interinstitucional articulado, que evidencia el compromiso decidido y la responsabilidad compartida de los distintos sectores en la promoción de la salud y el bienestar de la población antioqueña.



CONTENIDO

LISTA DE MAPAS	8
LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE TABLAS	9
INTRODUCCIÓN.....	10
METODOLOGÍA	11
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	12
CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	14
1.1. Contexto territorial	14
1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica	14
1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio	16
1.1.3 Accesibilidad geográfica	18
1.2 Contexto poblacional y demográfico	21
1.2.1 Población total	21
1.2.1 Estructura demográfica	23
1.2.2 Dinámica demográfica	26
1.2.2.1. Otros indicadores de la dinámica de la población	28
1.2.3 Movilidad forzada	28
1.2.4 Poblaciones Vulnerables	30
1.2.4.1 Habitante de calle.....	30
1.2.4.2 Población LGBTIQ+	31
1.2.4.3 Población campesina	31
1.2.4.4 Mujeres	32
1.2.4.5 Poblaciones étnicas.....	33
1.2.4.6 Migrantes	33
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud	35
1.3.1 Aseguramiento.....	35
1.3.2 Prestación de Servicios de Salud	38
1.3.3 Red de prestadores de Servicios de Salud	40
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud	41
1.5 Reconocimiento del territorio	43
1.6 Conclusiones	44
CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES	46
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	46
2.1.1 Economía	46
2.1.2 Otros indicadores de ingreso.....	46
2.2 Condiciones de vida del territorio	47
2.2.1 Infraestructura	47
2.2.2 Cobertura residencial de acceso al servicio de acueducto.....	48
2.2.3 Cobertura residencial de acceso al agua potable:	48
2.2.4 Cobertura residencial de alcantarillado	50
2.2.5 Cobertura residencial de aseo (recolección de desechos sólidos)	51
2.2.6 Cobertura residencial de servicios de electricidad	51
2.3 Seguridad alimentaria	52



2.4	Educación.....	53
2.4.1	Coberturas de educación en Antioquia.	53
2.5	Dinámicas de convivencia en el territorio.....	54
2.5.1	Violencia de genero e intrafamiliar.....	54
2.5.2	Homicidios	56
2.5	Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP).	56
2.6	CRUE departamental	57
2.7	Análisis de la población en condición de discapacidad	58
2.8	Participación social en salud	59
2.9	Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social	61
2.10	Conclusiones	61
CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO		64
3.1	Análisis de la mortalidad	64
3.1.1	Mortalidad general por grandes causas	64
3.1.2	Tasas de mortalidad por sexo	65
3.1.3	Años de vida potencialmente perdidos	66
3.1.4	Mortalidad específica por subgrupo	68
3.1.5	Mortalidad materno-infantil y en la niñez.....	72
3.1.6	Mortalidad materna	73
3.1.7	Mortalidad infantil	75
3.1.8	Mortalidad en la niñez.....	76
3.1.9	Mortalidad relacionada con Salud Mental	77
3.1.10	Conclusiones mortalidad.....	78
3.2	Análisis de la morbilidad	79
3.2.1	Morbilidad atendida	79
3.2.2	Morbilidad específica por subgrupo	81
3.2.3	Morbilidad específica salud mental.....	83
3.2.4	Morbilidad de eventos de alto costo	85
3.2.5	Morbilidad de eventos precursores.....	86
3.2.6	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	86
3.2.7	Medicamentos.....	97
3.2.8	Conclusiones morbilidad.....	98
3.3	Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud	99
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....		102
CAPÍTULO V PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD EN EL TERRITORIO.		108
CAPÍTULO VI PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO – PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.		112



LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Localización, límites y subregiones del departamento de Antioquia	14
Mapa 2. División política administrativa de Antioquia	16
Mapa 3. Relieve del departamento de Antioquia	17
Mapa 4. Hidrografía del departamento de Antioquia	17
Mapa 5. Vías de comunicación del departamento de Antioquia.	21
Mapa 6. Vigilancia en Salud Pública de la Violencia de Género e Intrafamiliar. Antioquia, 2025p	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comparativo de la estructura poblacional por sexo 2020,2025,2030	24
Figura 2. Población por género y grupo de edad. Antioquia 2025	25
Figura 3. Tasas de Natalidad y Mortalidad en Antioquia, Antioquia 2014 – 2024.	27
Figura 4. Estructura piramidal de la población víctima por rango etario. Antioquia 2025	29
Figura 5. Distribución por grupos de edad de la población migrante venezolana afiliada a salud – Antioquia, septiembre 2025.	34
Figura 6. Distribución de Población Migrante Venezolana según Régimen de afiliación. Antioquia, septiembre 2025.	34
Figura 7. Porcentaje de cobertura de la población nacional al SGSSS según régimen. Antioquia, por años 2020 a septiembre 2025	36
Figura 8. Porcentaje de cobertura de la población nacional al SGSSS según régimen subsidiado, contributivo y de excepción. Antioquia, septiembre 2025	36
Figura 9. Distribución por sexo de la población afiliada al SGSSS en Antioquia, Régimen subsidiado y contributivo. 2025	37
Figura 10. Distribución por ciclo de vida de la población afiliada al SGSSS en Antioquia, Régimen subsidiado y contributivo. 2025	38
Figura 11. Valor de los servicios prestados a población irregular con cargo al departamento 2025	39
Figura 12. Incidencia de violencia y violencia sexual por subregión. Antioquia, 2025 preliminar	55
Figura 13. Mortalidad según grandes grupos de causas, Antioquia, 2015 – 2024*	65
Figura 14. Mortalidad según grandes grupos de causas en mujeres y hombres. Antioquia, 2015 – 2024*	66
Figura 15. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP según grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2015 – 2024*	67
Figura 16. Mortalidad según neoplasias en Antioquia, 2015 – 2024*	69
Figura 17. Mortalidad según causas externas Antioquia, 2015 – 2024*	71
Figura 18. Mortalidad según las demás enfermedades. Antioquia, 2015 – 2024*	72
Figura 19. Razón de mortalidad materna. Colombia y Antioquia 2014 – 2024*	74
Figura 20. Tasa de mortalidad infantil. Colombia y Antioquia 2014 – 2024*	75
Figura 21. Mortalidad relacionada con Salud Mental. Antioquia 2015 – 2024*	78



LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Tiempo de traslado y distancia estimada por Subregiones y municipios de Antioquia.	19
Tabla 2. Distribución de la población total, sexo y relación hombre/mujer por subregiones. Antioquia 2025.....	22
Tabla 3. Población por área de residencia en Antioquia, Proyección 2025.....	22
Tabla 4. Índices demográficos.....	25
Tabla 5. Proporción de la población por ciclo vital. Antioquia, 2020,2025 y 2030.	26
Tabla 6. Tasa de fecundidad específica, Antioquia 2014-2024p.....	28
Tabla 7. Otros indicadores de sistema sanitario. Antioquia 2006 - 2024.....	41
Tabla 8. Cobertura de acceso a servicios públicos en Antioquia Censo 2019 – 2022	51
Tabla 9. Nacidos vivos con bajo peso al nacer. Antioquia, 2007-2024.....	52
Tabla 10. Coberturas de educación. Antioquia, 2003 – 2022	54
Tabla 11. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez. Antioquia, 2015 – 2024*	73
Tabla 12. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo de vida. Antioquia 2015-2024*	81
Tabla 13. Distribución porcentual de condiciones transmisibles y nutricionales. Antioquia 2015 – 2024.....	82
Tabla 14. Morbilidad específica en condiciones maternas – perinatales. Antioquia 2015 – 2024	82
Tabla 15. Morbilidad específica en enfermedades no transmisibles. Antioquia 2015 – 2024	83
Tabla 16. Morbilidad específica en lesiones. Antioquia 2015 – 2024	83
Tabla 17. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Antioquia, 2017 – 2024	86
Tabla 18. Eventos precursores. Antioquia 2017 – 2024	86
Tabla 19. Eventos de notificación obligatoria 2016-2023	87
Tabla 20. Tabla de núcleos de inequidad según metodología del Ministerio de Salud	109



INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) constituye una herramienta esencial para la planeación, gestión y toma de decisiones en salud pública, ya que permite identificar, priorizar y comprender las problemáticas que afectan a la población, así como sus determinantes sociales, económicos y ambientales. Este análisis orienta la formulación de políticas, programas e intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los territorios. En el Departamento de Antioquia, el ASIS 2025 adquiere especial relevancia por su carácter participativo, que integró de manera activa a actores sociales, comunitarios e institucionales en la identificación de problemas y la construcción conjunta de soluciones. Este enfoque permitió fortalecer la articulación entre la comunidad, las autoridades locales y los equipos de salud, promoviendo intervenciones sostenibles, equitativas e inclusivas, acordes con las particularidades de cada subregión.

El proceso se desarrolló conforme a la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, lo que garantiza la coherencia con las directrices nacionales y la posibilidad de realizar comparaciones entre los distintos territorios del país. El documento se estructura en seis grandes componentes que abordan de manera integral la realidad sanitaria y social del departamento: la configuración del territorio; las condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde los determinantes sociales de la salud y los enfoques diferenciales y territoriales; la situación de salud y calidad de vida, con énfasis en la morbilidad, la mortalidad y las problemáticas sociales y ambientales; el análisis de las respuestas institucionales y comunitarias frente a dichas problemáticas; la priorización de los problemas y necesidades en salud; y finalmente, las propuestas y recomendaciones formuladas en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo, fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

Los resultados y conclusiones del ASIS 2025 ofrecen una visión integral y actualizada de la situación de salud en Antioquia, constituyéndose en un insumo estratégico para la planeación territorial, la formulación de políticas públicas y la gestión eficiente de los recursos. Este documento representa un instrumento técnico y participativo que orienta la acción de los equipos de salud, las autoridades locales y la comunidad, en la consolidación de un sistema más justo, equitativo y centrado en las necesidades reales de la población antioqueña.



METODOLOGÍA

Para la construcción del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del Departamento de Antioquia se adoptó la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), junto con las fuentes oficiales dispuestas por esta entidad. Este enfoque garantiza la obtención de datos bajo criterios homologados que permiten la comparación a nivel nacional entre las distintas entidades territoriales.

Las principales fuentes de información empleadas incluyen las estimaciones y proyecciones poblacionales derivadas del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, actualizadas con la serie poblacional 2023 (postpandemia), así como los indicadores demográficos necesarios para el análisis del contexto poblacional. Para el estudio de la mortalidad se utilizó la información correspondiente al período 2015-2024 datos preliminares, con base en las estadísticas vitales de nacimientos y defunciones consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). En cuanto a la morbilidad, se recurrió a los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) dispuestos en el visor del Ministerio de Salud, abarcando el periodo 2015-2024. Además, se incorporaron los datos de los eventos de alto costo, precursores y de notificación obligatoria (ENOS), actualizados hasta 2023 y suministrados por el Ministerio, con el fin de garantizar consistencia y trazabilidad de los indicadores.

El análisis estadístico y epidemiológico de la situación de salud se presenta de forma descriptiva en persona, lugar y tiempo, utilizando medidas de frecuencia como mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad. Asimismo, se calcularon tasas de mortalidad ajustadas por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP), tasas específicas por el método directo, razones de tasas, razones de razones e intervalos de confianza al 95%, aplicando el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., todo ello mediante herramientas de análisis en hojas de cálculo de Excel.

En el componente participativo, se desarrollaron escenarios subregionales con el propósito de integrar y contrastar la información cuantitativa y cualitativa, fortaleciendo la interpretación de los problemas y necesidades en salud del departamento. Se aplicaron técnicas como los grupos focales y el método Hanlon, que permitieron vincular a actores institucionales, comunitarios y del sector salud. Este proceso facilitó la construcción de una visión integral del estado de salud en los territorios, incorporando las perspectivas técnicas y sociales para la priorización de los efectos y determinantes en salud, orientando así la formulación de respuestas más pertinentes y equitativas para la población antioqueña.



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
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
GEIH: Gran Encuesta Integrada de Hogares
GIFMM: Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos en Colombia
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
TGF: Tasa Global de Fecundidad





Capítulo I:

| Configuración del territorio



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1. Contexto territorial

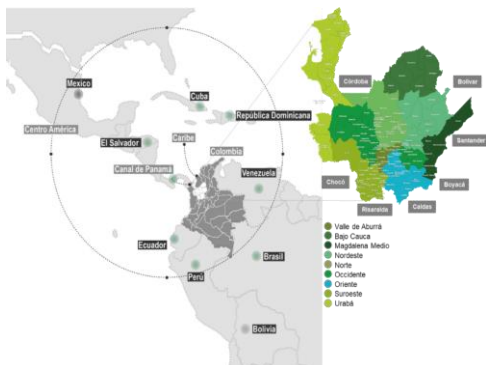
1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica

El departamento de Antioquia está ubicado en el noroeste de Colombia y se extiende desde el río Atrato, al oeste, hasta el río Magdalena, al este. Posee una franja costera sobre el golfo de Urabá, que se prolonga desde la Punta Yerbazal, en el costado occidental del golfo y límite con el departamento del Chocó, hasta el sector conocido como El Minuto de Dios, ubicado 2,5 kilómetros al norte del municipio de Arboletes, en los límites con el departamento de Córdoba.

El territorio antioqueño está atravesado por dos ramales de la cordillera de los Andes: las cordilleras Occidental y Central. La Cordillera Occidental se localiza entre los ríos Atrato y Cauca, alcanzando alturas de hasta 4.080 metros sobre el nivel del mar en los farallones de Citará y el páramo de Urrao. Por su parte, la Cordillera Central se sitúa entre los ríos Cauca y Magdalena, con altitudes ligeramente menores en los páramos de Sonsón y Belmira, y presenta amplios altiplanos donde se localizan antiguos depósitos auríferos de origen terciario.

Antioquia es uno de los 32 departamentos de Colombia y se caracteriza por su diversidad geográfica y cultural. Su organización territorial comprende 125 municipios y distritos agrupados en nueve subregiones: Bajo Cauca, Magdalena Medio, Nordeste, Norte, Occidente, Oriente, Suroeste, Urabá y Valle de Aburrá. Adicionalmente, el departamento cuenta con 283 corregimientos y 4.473 veredas, lo que evidencia su amplia extensión territorial y la complejidad de su estructura administrativa.

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



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación.



Límites geográficos: Antioquia limita al norte con el mar Caribe y el departamento de Córdoba, que abarca las cuencas de los ríos Sinú y San Jorge, lo que hace que su territorio se adentre en Antioquia y separe el Urabá del Bajo Cauca. En el litoral Caribe, Antioquia cuenta con el golfo de Urabá, el mayor del país, compartido con el Chocó. Su costa se extiende desde Bahía Gloria hasta Punta Arboletes, donde inicia el límite con Córdoba que continúa hasta el río Nechí, en el Bajo Cauca.

Al occidente limita con el Chocó, en el borde más extenso del departamento. Este límite inicia en Bahía Gloria, donde desemboca el río Atrato, y avanza hacia el sur y oriente hasta la cordillera Occidental, a la altura del Páramo de Frontino, continuando hasta los límites con Bolívar y Risaralda. Aunque amplio, el occidente antioqueño es una de las zonas menos pobladas.

Por el sur limita con Risaralda y Caldas, conformando el único límite montañoso del departamento. Risaralda aporta la cordillera Occidental hasta el valle del río Cauca, mientras que Caldas introduce la cordillera Central en el oriente; el resto del límite con Caldas se extiende sobre la llanura del valle del Magdalena.

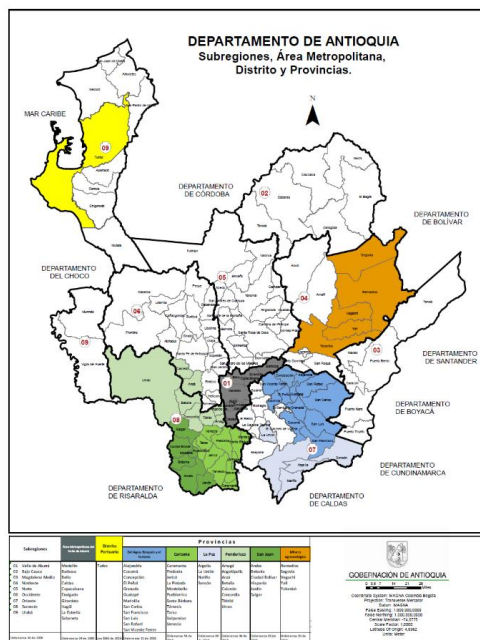
Al oriente, Antioquia limita con el valle del río Magdalena, en su tramo del Magdalena Medio. El río lo separa al sur de Boyacá —con un pequeño brazo que toca entre Puerto Triunfo y Puerto Berrío— y de Santander, que ocupa el resto de la margen occidental hasta Yondó. Allí, el departamento vuelve a conectarse con la región Caribe al entrar en contacto con Bolívar, donde se localiza la Serranía de San Lucas. El límite oriental finaliza en el río Nechí.

Extensión territorial: Antioquia cuenta con una superficie de 63.612 km², equivalente al 5,56% del territorio continental colombiano. Su principal concentración poblacional se ubica en el Valle de Aburrá y municipios vecinos, donde se asienta la ciudad de Medellín. Además, posee 240 km de costa sobre el mar Caribe.

Su extensión es comparable con la de países como Bélgica, Suiza o los Países Bajos. Es el sexto departamento más grande del país, después de Amazonas, Vichada, Caquetá, Meta y Guainía, y el más poblado, considerando que el Distrito Capital de Bogotá constituye una entidad administrativa especial.



Mapa 2. División política administrativa de Antioquia



Fuente. Anuario Estadístico 2018. Gobernación de Antioquia.

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

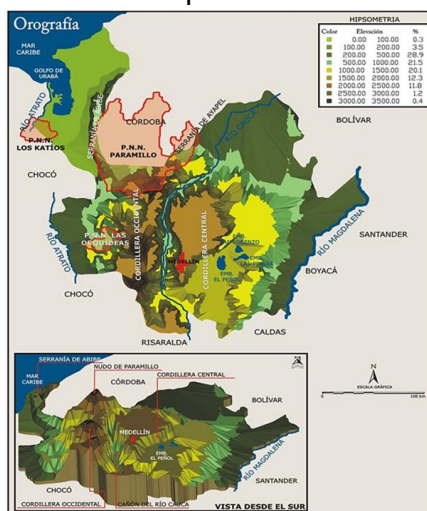
Altitud y relieve: El relieve de Antioquia es variado: cerca de dos tercios del territorio son zonas planas ubicadas en el valle del Magdalena, el Bajo Cauca, las áreas limítrofes con el Chocó y la región costera del Urabá. El tercio restante corresponde a un relieve montañoso que integra las cordilleras Central y Occidental de los Andes, con 202 elevaciones destacadas que oscilan entre 1.000 y 4.080 msnm.

Al ingresar a Colombia, la cordillera de los Andes se divide en tres ramales: Occidental, Central y Oriental. En Antioquia, la Cordillera Central se bifurca formando el Valle de Aburrá, donde se ubica Medellín. En ella se concentran la mayoría de los municipios y se destacan dos altiplanos: el de Santa Rosa de Osos, al norte, y el Valle de San Nicolás, al oriente.

El punto más alto del departamento es el páramo de Frontino (Urrao), con 4.080 msnm, seguido del morro Campana (3.950 msnm), el Alto de Paramillo en Dabeiba (3.960 msnm) y el cerro Caramanta en Andes (3.900 msnm). Antioquia limita al norte con el mar Caribe y recibe del océano Pacífico la humedad que caracteriza sus selvas occidentales.



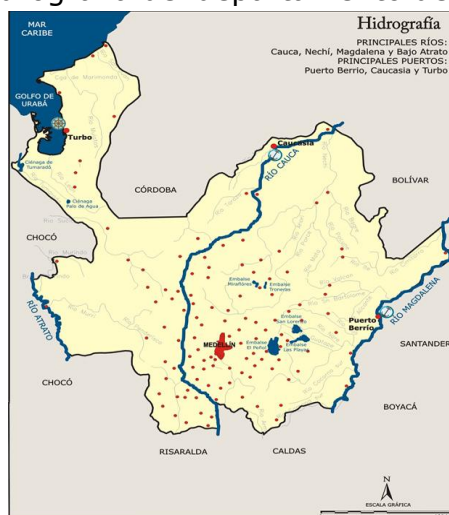
Mapa 3. Relieve del departamento de Antioquia



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

Hidrografía: Antioquia posee una amplia red de fuentes hídricas que sustentan su notable potencial hidrográfico e hidroeléctrico. Sus principales ríos son el Atrato, que lo separa del Chocó; el Cauca, que lo atraviesa de sur a norte dividiendo las cordilleras Occidental y Central; y el Magdalena, que marca el límite oriental con Santander. La riqueza hídrica del departamento se complementa con numerosas ciénagas y humedales, entre ellas las de Buchadó, Los Medios, Tumaradó, Caucasia, Nechí, El Bagre, Yondó y Puerto Berrío.

Mapa 4. Hidrografía del departamento de Antioquia



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



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



SC4887-1

Zonas de riesgo: Antioquia presenta una gran diversidad topográfica, geológica, hidrológica y geomorfológica, que, junto con las condiciones climáticas, la hacen propensa a múltiples fenómenos naturales como movimientos en masa, inundaciones, avenidas torrenciales, vendavales, sismos, incendios de cobertura vegetal y eventos de origen antrópico.

Las entidades encargadas de la prevención y atención del riesgo, como el DAGRAN, el DAGRD, CORANTIOQUIA y CORNARE, mantienen registros históricos de desastres en el departamento. Sin embargo, muchos eventos menores no son reportados por los municipios, generando subregistro en la información.

De acuerdo con el Sistema de Información para la Gestión del Riesgo de Desastres, entre el 1 de enero y el 18 de noviembre de 2025 se han registrado 504 eventos, que han dejado 7.452 viviendas afectadas y 68.200 personas afectadas, entre ellas 161 fallecidas y 283 heridas. Los eventos más frecuentes corresponden a inundaciones (24,0%), incendios forestales (18,3%), deslizamientos (16,7%), vendavales (13,9%) e incendios estructurales (8,5%); el resto de los eventos representan porcentajes inferiores al 5%.

1.1.3 Accesibilidad geográfica

Tiempo de traslado y distancias en kilómetros de regiones de Antioquia:

La compleja topografía de Antioquia genera amplios contrastes en la conectividad entre sus 125 municipios. En muchas zonas rurales persiste un alto grado de inaccesibilidad vial, pues el desplazamiento desde los centros urbanos hacia corregimientos y veredas depende de caminos, trochas o rutas fluviales y marítimas, lo que limita el acceso de la población a servicios estatales.

Municipios como Vigía del Fuerte y Murindó solo son accesibles por vía fluvial, mientras que en veredas de Ituango, Dabeiba y Urrao, los habitantes deben recorrer largos trayectos a pie o a caballo, en algunos casos hasta tres días de viaje para llegar a las cabeceras municipales.



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

Fuente: Gobernación de Antioquia – Sec. Infraestructura Física de Antioquia (Dir.Planeación Departamental)



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



SC4887-1

Vías de comunicación: Antioquia cuenta con una amplia red vial de 21.850,7 km, distribuidos en 3.970 vías nacionales, departamentales y municipales (Secretaría de Infraestructura Física, 2022). La gestión de estas vías corresponde a la ANI, INVIAS, la Gobernación de Antioquia y los municipios.

Entre las principales carreteras se destacan la Troncal de Occidente (308 km), la Troncal de Urabá (347,7 km), la Transversal Tribugá-Medellín-Arauca (239 km), la Transversal del Caribe (Turbo-Necoclí-Arboletes), la Medellín-Bogotá y el circuito Medellín-Valle de San Nicolás.

En materia aérea, el departamento dispone de 39 aeródromos, incluidos 3 aeropuertos concesionados (Plan Maestro de Transporte y Logística, 2022): el internacional José María Córdova (Rionegro) y el regional Enrique Olaya Herrera (Medellín) son los más relevantes. Otros aeródromos se ubican en municipios como Arboletes, Caucaasia, Ituango, Puerto Berrío, Turbo, El Bagre, Amalfi, Chigorodó, Frontino, Remedios y Urrao, muchos de ellos en zonas rurales apartadas donde constituyen la única vía de acceso.

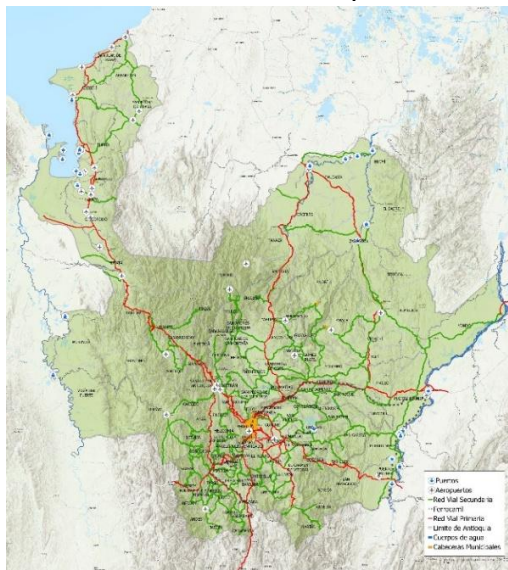
La red fluvial está integrada por tramos navegables de los ríos Magdalena, Cauca, Atrato, León, Cocorná, Nare y Nechí. Además, la subregión de Urabá dispone de tres puertos de carga —Turbo, Arboletes y Necoclí— concesionados y operados por la ANI.

En el Valle de Aburrá, Medellín cuenta con el sistema férreo Metro, que recorre la región de norte a sur, complementado por el Metrocable, el tranvía y siete sistemas de cable adicionales: tres en comodato con municipios (Yarumal, San Andrés de Cuerquia y Nariño), dos operados por la Gobernación (Jardín y Jericó) y dos administrados por las comunidades (Sopetrán y Argelia).

Proyectos estratégicos de Antioquia: Antioquia impulsa proyectos estratégicos que buscan mejorar su conectividad y desarrollo. Avanzan el Túnel del Toyo y las vías hacia Urabá, junto con el fortalecimiento de Puerto Antioquia. Se proyecta un sistema férreo para integrar regiones clave y se amplía el aeropuerto José María Córdova. También se moderniza el sistema Metro, continúa el desarrollo de Hidroituango y se prioriza la conectividad digital, el agua potable y el saneamiento en las subregiones. Además, las “Obras por Impuestos” y la Agenda Antioquia 2040 orientan inversiones para un crecimiento equilibrado del territorio. Estas obras consolidan a Antioquia como un eje estratégico de desarrollo, tránsito y comercio nacional.



Mapa 5. Vías de comunicación del departamento de Antioquia.



Fuente: Dirección de Estructuración, Secretaría de Infraestructura.

1.2 Contexto poblacional y demográfico

1.2.1 Población total

Para el año 2025, el departamento de Antioquia cuenta con una población estimada de 6.951.825 habitantes, lo que representa un incremento del 4,5% en comparación con el año 2020. Para 2025, la estructura demográfica muestra una distribución equilibrada por sexo: el 51,8% corresponde a mujeres (3.598.641) y el 48,2% a hombres (3.353.184). Esta proporción equivale a 93 hombres por cada 100 mujeres, reflejando estabilidad en la composición poblacional a lo largo del tiempo (relación hombre/mujer en 2020: 93/100).

Las subregiones de Antioquia presentan marcadas diferencias demográficas, con el Valle de Aburrá concentrando cerca del 60,5% de la población. Oriente, Urabá y Suroeste le siguen en importancia, impulsadas por dinámicas económicas diferenciadas: servicios, industria textil y floricultura en el Valle de Aburrá y Oriente, y agroindustria, agricultura y ganadería en Urabá y Suroeste. 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.



Tabla 2. Distribución de la población total, sexo y relación hombre/mujer por subregiones. Antioquia 2025

Subregión	Total	%	Hombres	Mujeres	Relación Hombre/Mujer
MAGDALENA MEDIO	112.011	1,61	57.069	54.942	1,04
BAJO CAUCA	270.335	3,89	134.109	136.226	0,98
URABA	546.872	7,87	266.882	279.990	0,95
NORDESTE	211.553	3,04	106.354	105.199	1,01
OCCIDENTE	223.750	3,22	112.982	110.768	1,02
NORTE	260.133	3,74	131.548	128.585	1,02
ORIENTE	727.559	10,47	358.099	369.460	0,97
SUROESTE	390.606	5,62	195.586	195.020	1,00
VALLE DE ABURRA	4.209.006	60,55	1.990.555	2.218.451	0,90
Total	6.951.825	100	3.353.184	3.598.641	0,93

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

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado: En el departamento de Antioquia se estiman 109 habitantes por cada kilómetro cuadrado de extensión. Esta densidad, junto con el nivel de urbanización, plantea retos permanentes para el mejoramiento de la calidad de vida y de los entornos donde se concentra la población. Los municipios con mayor densidad poblacional se ubican en la Subregión del Valle de Aburrá: Itagüí (17.608 hab/km²), Medellín (6.760 hab/km²), Sabaneta (5.976 hab/km²), Envigado (4.868 hab/km²), Bello (3.751 hab/km²), La Estrella (2.217 hab/km²) y Copacabana (1.186 hab/km²).

Población por área de residencia urbano/rural: para el año 2025 se observa que el 80,6% de la población residen en la cabecera municipal. 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.

La violencia y el desplazamiento forzado han reducido la población rural y concentrado habitantes en las cabeceras municipales, lo que resalta la necesidad de fortalecer el campo mediante políticas de desarrollo rural. Esta dinámica es clave para orientar la planeación en salud pública y ajustar la oferta de servicios a las necesidades territoriales.

Tabla 3. Población por área de residencia en Antioquia, Proyección 2025

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
N°	%	N°	%		
5.600.952	80,6%	1.350.873	19,4%	6.951.825	0,8

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



Viviendas y hogares: Las viviendas son espacios físicos destinados a la residencia de las personas. Según el DANE, para 2025 se estima que en Antioquia existen 2.974.421 viviendas, de las cuales el 86,3% se encuentran ocupadas. El hogar, por su parte, se define a partir de la forma en que sus integrantes comparten y satisfacen sus necesidades alimentarias y otras necesidades básicas. Para 2025, se proyectan 2.615.988 hogares, cifra que evidencia la presencia tanto de hogares unipersonales como de múltiples hogares o grupos de individuos que cohabitan en una misma vivienda.

Según el Programa Antioquia en Familia y Observatorio de Curso de Vida y Familia de la Gerencia de Infancia, Adolescencia y Juventud, La mayoría de los hogares están conformadas por 2 o 3 personas, que corresponde a más del 45% del total del departamento. Además, los hogares unipersonales (una sola persona) tienen un crecimiento importante en los últimos años.

Población por pertenencia étnica: según información del Censo 2018, en Antioquia se autorreconocieron como población indígena 37.628 habitantes, como población ROM 140, como raizales 640, como palenquero de San Basilio 183 y como población negra 311.289 habitantes. Adicional, desde el perfil de desarrollo de grupos étnicos se logró identificar que la población indígena representa el 0,6% de la población del departamento, predominando los hombres con un 50,6% y el 27,0% se encuentra registrada como víctima del conflicto armado.

1.2.1 Estructura demográfica

Pirámide Poblacional: La estructura poblacional evidencia un proceso de transición demográfica caracterizado por el envejecimiento progresivo de la población y la disminución en los grupos más jóvenes. La pirámide muestra que entre 2020 y 2030 se presenta un estrechamiento en la base, correspondiente a la población de 0 a 14 años, lo que refleja una reducción en los niveles de fecundidad y, por tanto, un menor número de nacimientos. En contraste, se observa un ensanchamiento gradual en los grupos de edad intermedia y avanzada, especialmente entre los 60 y 74 años, asociado al aumento de la esperanza de vida y a una mejor supervivencia en las cohortes mayores.

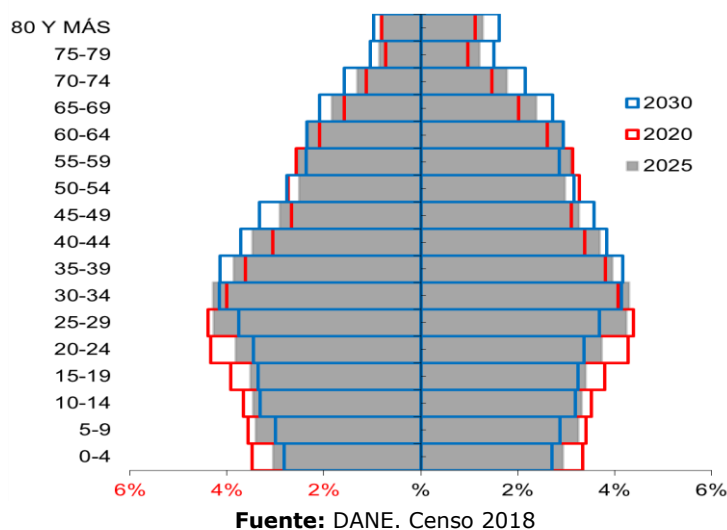
La población en edad productiva (15 a 64 años) continúa siendo mayoritaria, aunque se proyecta un desplazamiento hacia los grupos de mayor edad dentro de este rango, lo que anticipa una fuerza laboral más envejecida en los próximos años. Comparativamente, la pirámide de 2020 presentaba una forma más expansiva,



mientras que en 2025 y 2030 adopta una configuración más estacionaria, con tendencia a la contracción en la base y al ensanchamiento en los tramos medios y superiores.

Este escenario plantea importantes desafíos para la planificación territorial y sectorial, especialmente en materia de salud, empleo, pensiones y atención integral a la vejez.

Figura 1. Comparativo de la estructura poblacional por sexo 2020,2025,2030



Frente a los principales indicadores demográficos se muestra que el territorio avanza hacia una estructura cada vez más envejecida: el crecimiento poblacional es moderado, disminuye de forma sostenida la proporción de niños y jóvenes y aumenta el peso relativo de los adultos mayores. Este proceso se refleja en el incremento de los índices de vejez, envejecimiento y dependencia de mayores, así como en un cambio en la composición de la dependencia total, con menor carga infantil y mayor carga por envejecimiento. En conjunto, estos cambios anticipan mayores demandas en salud, cuidado y protección social, junto con la reducción del bono demográfico y la transición hacia una población de edades más avanzadas.



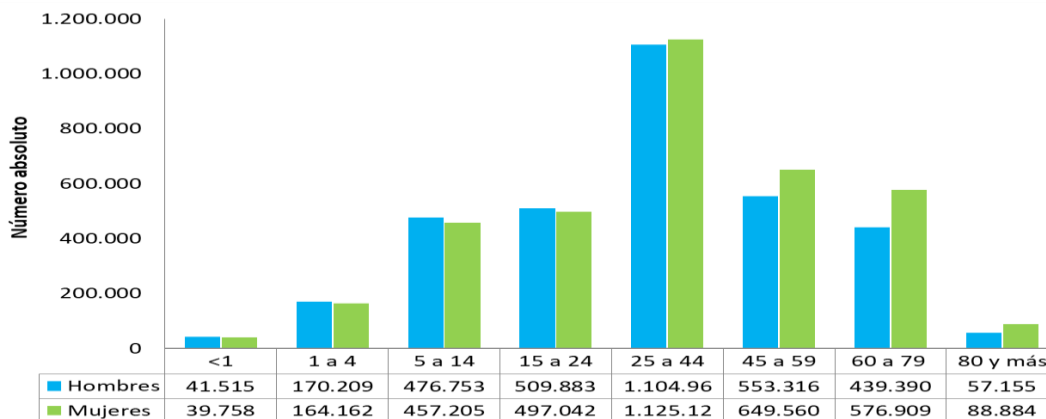
Tabla 4. Índices demográficos

Índice Demográfico	Año		
	2020	2025	2030
Poblacion total	6.649.401	6.951.825	7.138.678
Poblacion Masculina	3.211.901	3.353.184	3.441.319
Poblacion femenina	3.437.500	3.598.641	3.697.359
Relación hombres:mujer	93,4	93,2	93,1
Razón niños:mujer	25,4	22,5	21,3
Índice de infancia	21,0	19,4	17,9
Índice de juventud	25,1	23,0	20,9
Índice de vejez	9,8	11,5	13,7
Índice de envejecimiento	46,6	59,1	76,4
Índice demográfico de dependencia	44,5	44,7	46,2
Índice de dependencia infantil	30,3	28,1	26,2
Índice de dependencia mayores	14,1	16,6	20,0
Índice de Friz	103,6	88,6	78,9

Fuente: - DANE

Población por sexo y grupo de edad: la distribución poblacional muestra que los mayores volúmenes se concentran en el grupo de 25 a 59 años, seguido por los grupos de 45 a 59 representando el 49,4% de la población. En las edades avanzadas (60 a 79 y 80 y más), las mujeres superan claramente a los hombres, reflejando una mayor supervivencia femenina. En los grupos infantiles y juveniles las diferencias por sexo son mínimas. En conjunto, la estructura evidencia una población predominantemente adulta joven y productiva, con un incremento relativo de personas mayores, especialmente mujeres.

Figura 2. Población por género y grupo de edad. Antioquia 2025



Fuente: - DANE

Población por ciclos de vida: en concordancia con lo analizado, la estructura poblacional proyectada para Antioquia evidencia un crecimiento moderado entre 2020 y 2030, acompañado de un acelerado proceso de envejecimiento. Los grupos de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud disminuyen de forma sostenida,



lo que refleja la reducción de la fecundidad y, con ello, la menor participación de población joven. En contraste, la población adulta (27-59 años) aumenta ligeramente y se mantiene como el grupo más numeroso, mientras que los adultos mayores (60 años y más) presentan el crecimiento más marcado dentro del periodo.

En 2025, Antioquia alcanza cerca de siete millones de habitantes, con una reducción clara de la población joven, una adultez que continúa siendo el grupo predominante y un incremento de la población mayor hasta 16,7%, señal inequívoca del avance del envejecimiento. Para 2030, esta tendencia se intensifica: los adultos mayores se aproximan al 19%, consolidando un cambio estructural en la composición demográfica.

En conjunto, estas variaciones confirman una transición demográfica avanzada, que proyecta mayores desafíos para la planificación territorial, la protección social y la organización de los servicios de salud y cuidado.

Tabla 5. Proporción de la población por ciclo vital. Antioquia, 2020, 2025 y 2030.

Ciclo vital	2020		2025		2030	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	545.873	8,2	506.050	7,3	477.168	6,7
Infancia (6 a 11 años)	560.593	8,4	560.570	8,1	520.455	7,3
Adolescencia (12 a 18)	694.590	10,4	666.173	9,6	658.116	9,2
Juventud (19 a 26)	916.013	13,8	854.168	12,3	786.867	11,0
Adultez (27 a 59)	2.968.606	44,6	3.202.526	46,1	3.341.788	46,8
Persona mayor (60 y más)	963.726	14,5	1.162.338	16,7	1.354.284	19,0
TOTAL	6.649.401	100	6.951.825	100	7.138.678	100

Fuente: DANE.

1.2.2 Dinámica demográfica

La tendencia del crecimiento natural, la natalidad y la mortalidad en Antioquia entre 2014 y 2024 evidencia un cambio demográfico profundo. La tasa bruta de natalidad muestra un descenso continuo durante todo el periodo, pasando de valores cercanos a 13 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 2014 a cerca de 11 por 1.000 en 2024. Esta caída sostenida refleja la reducción de la fecundidad, atribuida a mayores niveles educativos, mayor uso de métodos anticonceptivos, cambios en los proyectos de vida familiares y una transición demográfica avanzada.

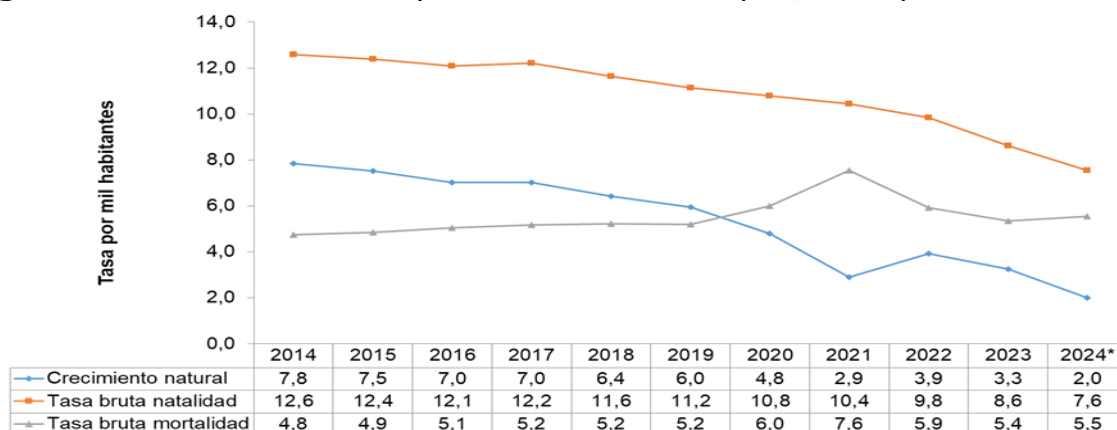


En contraste, la tasa bruta de mortalidad se mantiene relativamente estable durante la primera mitad del periodo, con incrementos ligeros asociados al envejecimiento poblacional. Sin embargo, en 2020 y 2021 se observa un aumento abrupto, claramente asociado a la pandemia por COVID-19, alcanzando valores máximos cercanos a 8, defunciones por cada 1.000 habitantes. A partir de 2022, la mortalidad disminuye nuevamente, pero no retorna completamente a los niveles previos a la pandemia, lo que evidencia el impacto persistente del envejecimiento y las enfermedades crónicas.

Como resultado de estas dos dinámicas opuestas, el crecimiento natural diferencia entre nacimientos y defunciones, muestra un descenso progresivo, pasando de tasas cercanas a 8 por cada 1.000 habitantes en 2014 a valores alrededor de 2 por 1.000 en 2023-2024. Con el aumento de la mortalidad durante la pandemia y la disminución constante de la natalidad, el crecimiento natural se ha reducido casi a cero, lo que anticipa que Antioquia se aproxima a un escenario de crecimiento demográfico nulo e incluso negativo, similar al observado en otras poblaciones avanzadas.

En conjunto, estas tendencias confirman una transición demográfica avanzada, caracterizada por menos nacimientos, mayor supervivencia, incremento de la población mayor y un crecimiento natural cada vez más bajo. Esta dinámica plantea retos importantes para la planificación territorial, la sostenibilidad de los sistemas de salud y cuidado, y la reorientación de políticas hacia una población que envejece rápidamente.

Figura 3. Tasas de Natalidad y Mortalidad en Antioquia, Antioquia 2014 – 2024.



Fuente: DANE.

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



1.2.2.1. Otros indicadores de la dinámica de la población

En 2024 se observa una disminución de la fecundidad específica en todos los grupos de edad entre 10 y 19 años, alcanzando los niveles más bajos de la última década. Este comportamiento constituye un punto de inflexión en la tendencia histórica y evidencia avances sustanciales en la prevención del embarazo infantil y adolescente, asociados al fortalecimiento de acciones intersectoriales, la ampliación del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y la consolidación de las rutas de protección.

Entre 2023 y 2024 se registran reducciones relevantes en todos los grupos etarios, destacándose el descenso del 79,9 % en niñas de 10 a 14 años; mientras que, en el análisis de largo plazo (2014-2024), los tres grupos presentan disminuciones superiores al 60,6 %, lo que confirma una tendencia estructural a la reducción sostenida del embarazo temprano. Estos resultados reafirman la importancia de mantener estrategias diferenciales dirigidas a niñas y adolescentes, especialmente en territorios con mayores rezagos sociales y riesgos asociados a la violencia sexual.

Tabla 6. Tasa de fecundidad específica, Antioquia 2014-2024p

Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	1,4	1,3	2,6	2,6	2,1	1,1	1,1	1,1	1,7	2,8	0,6	
De 15 a 19	42,6	45,0	38,3	42,0	35,5	41,3	32,0	32,7	40,7	18,5	16,6	
De 10 a 19	22,4	23,2	20,3	22,0	18,5	22,3	17,3	17,6	22,0	10,9	8,8	

Fuente: DANE.

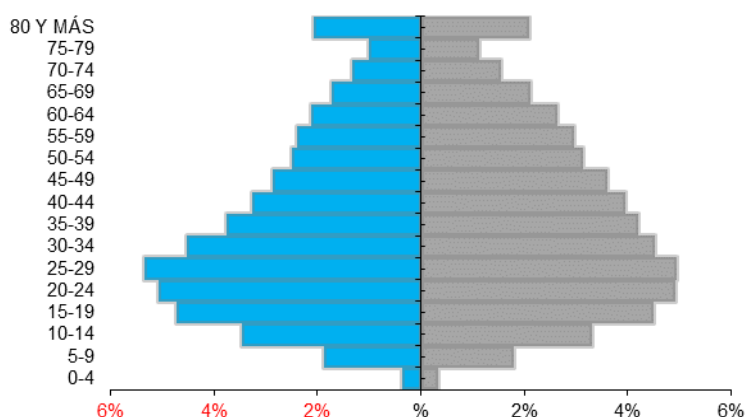
1.2.3 Movilidad forzada

La movilidad forzada en Antioquia durante el 2025 presenta múltiples factores como el conflicto armado, la violencia urbana y las dinámicas sociales complejas. La pirámide poblacional de la población víctima en Antioquia muestra una estructura concentrada en jóvenes y adultos. Los grupos de 15 a 29 años son los más numerosos, evidenciando que la victimización afecta principalmente a personas en edades productivas. La presencia de niños, niñas y adolescentes es menor, aunque relevante, mientras que los adultos de 30 a 44 años mantienen un peso importante por acumulación histórica de hechos victimizantes. A partir de los 45 años la estructura se estrecha progresivamente, con menor representación en los mayores de 60 años. En conjunto, la pirámide refleja una población víctima joven-adulta, con afectaciones tanto recientes como acumuladas, y requerimientos diferenciados según el ciclo vital.



En Antioquia se han declarado todos los hechos victimizantes contemplados en la Ley 1448, alcanzando en promedio 2.049.553 registros. No obstante, el desplazamiento forzado (74,8%), seguido del homicidio (12,4%), la amenaza (7,0%) y la desaparición forzada (1,9%) concentran la mayor proporción de casos y constituyen las principales violaciones a los derechos humanos (DDHH) e infracciones al derecho internacional humanitario (DIH) en el departamento.

Figura 4. Estructura piramidal de la población víctima por rango etario. Antioquia 2025



Fuente: Registro único de víctimas. SISPRO 2025.

Las guerras internas desempeñan un papel determinante en la movilidad humana. Las víctimas del conflicto armado y sociopolítico enfrentan miedo, desarraigo y pérdida de su territorio, lo que las obliga a buscar nuevas formas de integración y reconocimiento en otros barrios, regiones o países. Este proceso implica no solo traumas físicos y psicológicos, sino también profundas dificultades para su inserción social y económica.

En Colombia, estas dinámicas han generado nuevas formas de segregación tanto en las ciudades como en las zonas rurales, donde muchas personas viven en condiciones precarias. A 31 de octubre de 2025, se han reconocido 10.140.985 víctimas del conflicto armado en el país, de las cuales aproximadamente el 30% corresponden a hechos ocurridos en Antioquia. (UARIV, 2025)

Víctimas del conflicto armado: la información de acuerdo a Registro Único de Víctimas – RUV, evidencia que Antioquia continúa siendo uno de los territorios más afectados por el conflicto armado en el país. Al corte del 31 de octubre de 2025 se



registran cerca de dos millones de víctimas por ocurrencia y una cifra similar por declaración, lo que confirma la magnitud histórica del fenómeno en el departamento.

El hecho victimizante más relevante sigue siendo el desplazamiento forzado, con más de 1,6 millones de personas afectadas, situación que refleja la persistencia de disputas territoriales y dinámicas de violencia en varias subregiones. Le siguen en importancia el homicidio y la desaparición forzada, ambos con un alto peso de víctimas indirectas con más del 70 %, lo que demuestra el impacto emocional, social y económico que estas violencias generan en las familias y comunidades. Otros hechos como el secuestro, las amenazas y los delitos contra la integridad también mantienen cifras relevantes. En conjunto, estos datos evidencian una demanda sostenida de atención y reparación, con más de 1,28 millones de sujetos registrados, y la necesidad de continuar fortaleciendo las medidas de prevención, acompañamiento y restablecimiento de derechos en los territorios más afectados.

1.2.4 Poblaciones Vulnerables

1.2.4.1 Habitante de calle

La Política Pública Social para Habitantes de Calle (Ley 1641 de 2013, Decreto 1285 de 2022 y Resolución 2367 de 2023) orienta el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud mediante acciones integrales de prevención, reducción del daño e inclusión social, bajo enfoques diferencial, de curso de vida y de derechos. En Antioquia, la Dirección de Salud Colectiva ha avanzado en asistencias técnicas, planes de acción y caracterizaciones municipales para mejorar la comprensión del fenómeno y promover la articulación intersectorial.

Sin embargo, persisten brechas importantes como la limitada coordinación institucional, la baja cobertura de servicios especializados, la débil participación comunitaria y la falta de recursos sostenibles. Estas limitaciones se suman a un escenario de información fragmentada sobre la población habitante de calle. Aunque algunos municipios han realizado caracterizaciones parciales, el departamento carece de un consolidado actualizado por subregiones o municipios. Medellín concentra la mayor parte de esta población: el censo de 2019 registró 3.788 personas, pero estimaciones recientes elevan la cifra a cerca de 8.000, influida también por la llegada de personas de otros territorios.



En conjunto, la evidencia disponible resalta la necesidad de fortalecer los sistemas de información y avanzar hacia una gestión territorial más inclusiva, basada en datos comparables y alineada con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.

1.2.4.2 Población LGBTIQ+

A partir de 2021–2022, la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del DANE incorporó preguntas de autorreconocimiento sobre sexo al nacer, orientación sexual e identidad de género, lo que permitió realizar por primera vez estimaciones poblacionales de personas que se reconocen como LGBT en Colombia. Con base en esta información, en un boletín reciente correspondiente al año 2024–2025 se reporta que la población LGBT presenta una tasa global de participación laboral del 81,8 %, superior al 67,5 % registrado en la población no LGBT. De igual manera, la tasa de ocupación alcanza el 73,2 % para la población LGBT, frente al 61,4 % de la población no LGBT.

A nivel nacional, la GEIH estima al menos 474.000 personas adultas LGBT, cifra que constituye una base mínima para dimensionar esta población, complementada por el Registro Voluntario del DANE para la Visibilidad de la Diversidad Sexual y de Género. Sin embargo, en Antioquia no existen cifras oficiales recientes desagregadas que permitan estimaciones departamentales o municipales. Aunque la Gobernación ha avanzado en acciones y programas de inclusión para la población LGBTIQ+, la información estadística sigue siendo limitada y fragmentada, lo que mantiene una alta invisibilidad cuantitativa en el territorio.

1.2.4.3 Población campesina

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2024, la población campesina sigue siendo fundamental para la seguridad alimentaria, la sostenibilidad ambiental y la cohesión territorial en Antioquia; sin embargo, enfrenta brechas históricas en acceso a salud, condiciones socioeconómicas y servicios básicos. Se estima que más de un millón de personas habitan en zonas rurales, con un marcado envejecimiento poblacional (18% mayores de 60 años) y altos niveles de inseguridad alimentaria que afectan al 52% de los hogares rurales, por encima del promedio departamental.

El acceso a los servicios de salud continúa limitado por la dispersión geográfica y la distancia a las cabeceras municipales. Entre los principales problemas de salud se encuentran enfermedades respiratorias, cardiovasculares, osteomusculares, eventos



transmitidos por vectores como dengue y malaria, y un creciente deterioro en salud mental, con mayor riesgo de ansiedad y suicidio en áreas rurales.

Las brechas en vivienda y servicios públicos persisten: solo el 58% de los hogares rurales tiene acceso a agua segura y menos de la mitad cuenta con saneamiento adecuado. La pobreza monetaria rural alcanza el 49%, muy superior a la urbana (DANE, 2023). A pesar de ello, el campesinado aporta más del 60% de los alimentos frescos del departamento y mantiene prácticas ambientales y culturales esenciales.

Frente a este panorama, se requiere fortalecer la Atención Primaria en Salud, el transporte sanitario, la telemedicina, la infraestructura social y las estrategias de seguridad alimentaria. Reducir estas brechas es clave para avanzar hacia un desarrollo territorial más equitativo y sostenible, donde las comunidades campesinas sean protagonistas del bienestar en Antioquia.

1.2.4.4 Mujeres

La salud de las mujeres en Antioquia refleja avances importantes en acceso a servicios y garantía de derechos sexuales y reproductivos, pero persisten marcadas desigualdades territoriales, especialmente en zonas rurales y subregiones como Urabá, Bajo Cauca y Magdalena Medio. Aunque indicadores como la mortalidad materna ha disminuido, sigue asociada a demoras en la atención, barreras geográficas y condiciones socioeconómicas precarias. Continúan los embarazos adolescentes, impulsados por brechas educativas y limitaciones en acceso a anticonceptivos.

Se observa un incremento de enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, cáncer de mama y cuello uterino influenciado por estilos de vida y determinantes sociales. A pesar de los programas de tamizaje, el acceso a controles preventivos sigue siendo desigual. La salud mental es un reto creciente debido a la sobrecarga de cuidados, violencias basadas en género y dificultades económicas. Las violencias contra las mujeres, incluida la intrafamiliar, sexual y asociada al conflicto armado, afectan de manera importante su bienestar.

La situación de salud femenina está fuertemente condicionada por factores socioeconómicos, educativos, étnicos y geográficos. Las mujeres rurales, indígenas y afrodescendientes enfrentan mayores barreras para acceder a servicios oportunos y de calidad, lo que profundiza las brechas en salud en el departamento.



1.2.4.5 Poblaciones étnicas

En el departamento se reconocen cuatro pueblos indígenas —Emberá (Eyábida, Dóbida y Chamí), Senú, Gunadule y Nutabe, localizados principalmente en Urabá, Bajo Cauca, Occidente, Suroeste y zonas del Norte y Magdalena Medio. Aunque conservan identidades culturales y sistemas propios de organización, enfrentan vulnerabilidades asociadas al desplazamiento forzado, el confinamiento, la pérdida del territorio y barreras de acceso a salud, educación y protección social.

Las comunidades presentan riesgos diferenciados como desnutrición infantil, mortalidad materna evitable, afectaciones en salud mental, baja cobertura de aseguramiento, deficiencias en vivienda y exposición a problemáticas ambientales y mineras. Persisten brechas en la garantía del enfoque intercultural y en el reconocimiento de sus formas propias de gobierno. La interculturalidad se vuelve clave frente a las tensiones entre saberes ancestrales y prácticas occidentales, pues su articulación respetuosa favorece el bienestar comunitario. Según el MSPS (SISPRO, corte octubre 2022), de los 349.880 habitantes reconocidos como población étnica en Antioquia, el 12 % está afiliado al SGSSS, destacándose las mayores proporciones en pueblos indígenas (95 %) y población Rom (54 %).

1.2.4.6 Migrantes

La migración venezolana se ha convertido en uno de los principales retos sociales y sanitarios de Antioquia, debido al crecimiento sostenido de la población migrante y a la presión que ejerce sobre la capacidad institucional para garantizar un acceso efectivo a los servicios de salud. Según el Observatorio de Salud de Antioquia, en el departamento residen cerca de 390.000 migrantes, equivalentes al 5,6 % de la población departamental según el reporte situacional del GIFMM. Este aumento ha generado un impacto en el sistema de seguridad social en salud, consolidándose como un fenómeno prioritario de salud pública.

Este fenómeno ha incrementado la demanda de urgencias, vacunación, control prenatal, medicamentos y atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, en un contexto marcado por barreras administrativas, dificultades de afiliación, limitaciones presupuestales y necesidades de fortalecimiento del talento humano y la infraestructura.

Desde la salud pública de Antioquia, el abordaje de esta población se orienta a garantizar atención integral y equitativa, en coherencia con el Plan Decenal de Salud



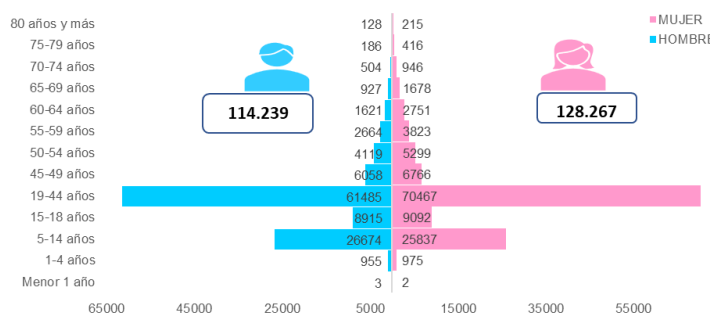
Pública (Resolución 1035 de 2022) y el Plan Territorial de Salud de Antioquia, que reconocen la migración como prioridad. Asimismo, la respuesta institucional se articula con los ODS 3, 10 y 16, promoviendo la reducción de brechas, la protección social y el fortalecimiento de capacidades para una atención sostenible y coordinada.

Atención a población migratoria

Con corte a septiembre de 2025, Antioquia reportó 242.506 migrantes venezolanos con Permiso de Protección Temporal (PPT) afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo que corresponde al 89,38% de esta población en el departamento. La mayoría de estos afiliados se encuentra en el régimen subsidiado (67%, equivalente a 163.632 personas), mientras que el 33% (78.874) está vinculado al régimen contributivo. Esta distribución evidencia una alta dependencia de subsidios estatales y subraya la necesidad de fortalecer la inclusión laboral y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

En cuanto a la composición demográfica, la población afiliada presenta una ligera mayoría de mujeres (52,9%). Predominan los jóvenes de 15 a 34 años, especialmente el grupo de 20 a 29 años, que reúne más de 95.000 afiliados y refleja una migración de carácter principalmente laboral. Adicionalmente, se observa una presencia importante de niños y adolescentes (más de 35.000), mientras que las personas mayores de 60 años son menos de 2.000, aunque requieren atención especializada en enfermedades crónicas y cuidados de larga duración.

Figura 5. Distribución por grupos de edad población migrante venezolana afiliada a salud – Antioquia, septiembre 2025.

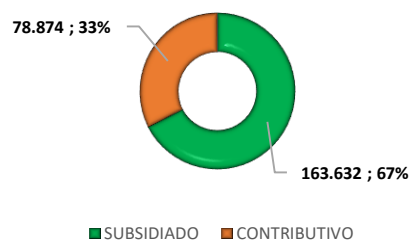


Fuente: (1) PPT ENTREGADOS POR MIGRACION COLOMBIA
Septiembre/025

(2) SISBEN 30 de septiembre de 2025-DNP

(3) AFILIADOS BDUA septiembre 2025 * Se excluyen los usuarios con estado suspendidos CORTE 30/09/2025

Figura 6. Distribución de Población Migrante Venezolana según Régimen de afiliación. Antioquia, septiembre 2025.



Fuente: (1) PPT ENTREGADOS POR MIGRACION COLOMBIA Septiembre/025

(2) SISBEN 30 de septiembre de 2025-DNP

(3) AFILIADOS BDUA septiembre 2025 * Se excluyen los usuarios con estado suspendidos CORTE 30/09/2025



En el análisis territorial, varias subregiones presentaron porcentajes de afiliación superiores al 100%, como Bajo Cauca (147,85%), Urabá (147,42%) y Norte (141,94%), lo que refleja un crecimiento acelerado asociado a estrategias locales de inclusión y a la transición del PEP al PPT. Aunque el Valle de Aburrá registró un porcentaje menor (80,56%), concentró el mayor volumen de afiliados (177.926), consolidándose como el principal receptor de población migrante y el territorio prioritario para la gestión de recursos.

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

Antioquia cuenta con una institucionalidad consolidada para la protección social y la salud, liderada por la Secretaría de Salud e Inclusión Social y los municipios, que coordinan acciones de prevención, atención y aseguramiento. Existe articulación con otros sectores para abordar los determinantes sociales, aunque persisten retos en la equidad territorial, la oferta de servicios en zonas rurales y la atención a poblaciones vulnerables.

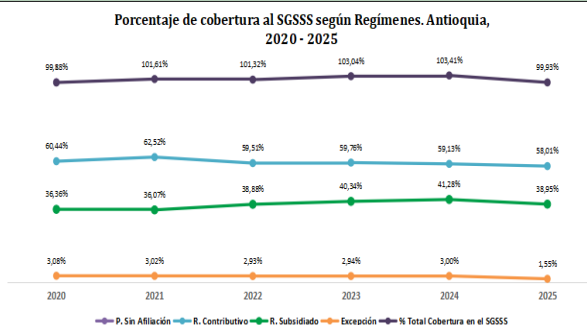
1.3.1 Aseguramiento

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) aplica una ruta única de afiliación para todos los residentes en Colombia, sin distinción de nacionalidad. La asignación al régimen se realiza según requisitos normativos que permiten su vinculación al régimen contributivo (para quienes pueden cotizar), al régimen subsidiado (para población vulnerable identificada por Sisbén u otros mecanismos) o a los regímenes de excepción y Fuerza Pública (Magisterio, Ecopetrol, Fuerzas Militares y Policía). Este esquema garantiza acceso universal a los servicios de salud bajo principios de equidad, solidaridad y eficiencia.

Antioquia proyecta alcanzar una cobertura del 99,96% en aseguramiento para el periodo 2024–2027. Con corte a septiembre de 2025, la BDUA reporta una cobertura del 99,93%, equivalente a 6.946.631 afiliados, excluyendo población del INPEC y migrantes venezolanos. El indicador fue ajustado para separar la cobertura de población general y migrante venezolana. Bajo el esquema anterior, que incluía migrantes, la cobertura a diciembre de 2024 fue de 103,41%; con la nueva metodología, se mide solo la población nacional, obteniendo cifras más precisas.

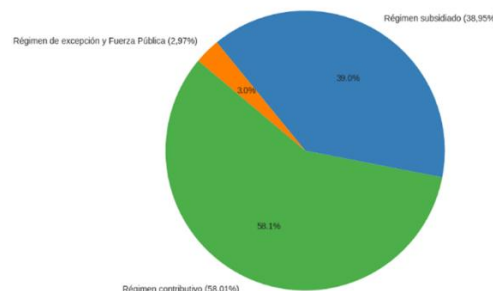


Figura 7. Porcentaje de cobertura de la población nacional al SGSSS según régimen. Antioquia, por años 2020 a septiembre 2025



Fuente: Maestros de afiliados BDUA - Cubo SISPRO septiembre 2025 (se excluye INPEC y Población Migrante Venezolana)

Figura 8. Porcentaje de cobertura de la población nacional al SGSSS según régimen subsidiado, contributivo y de excepción. Antioquia, septiembre 2025



Fuente: Maestros de afiliados BDUA - Cubo SISPRO septiembre 2025 (se excluye INPEC y Población Migrante Venezolana)

De acuerdo con la meta de aseguramiento establecida para el cuatrienio 2024–2027, Antioquia proyecta alcanzar una cobertura del 99,96%. Con base en la información reportada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con corte a septiembre de 2025, el departamento registra una cobertura del 99,93%, equivalente a 6.946.631 personas afiliadas, excluyendo a la población del INPEC y a los migrantes venezolanos.

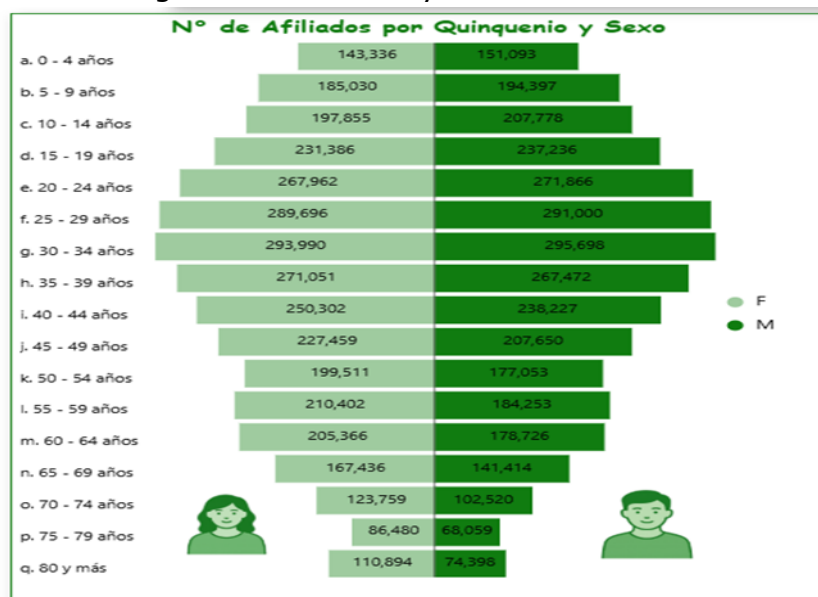
Es importante señalar que para este cuatrienio se ajustó la metodología del indicador, diferenciando la cobertura de la población afiliada nacional de la población migrante venezolana. Como resultado, mientras en diciembre de 2024 la cobertura alcanzó el 103,41 % al incluir migrantes, el nuevo esquema considera únicamente a la población nacional, permitiendo estimaciones más precisas y acordes con la realidad demográfica del departamento.

Caracterización: Con corte a diciembre de 2025, la afiliación al SGSSS en Antioquia presenta una distribución equilibrada por sexo, con una ligera predominancia masculina. Del total de afiliados, 3.461.915 corresponden a hombres (51,28%) y 3.288.840 a mujeres (48,72%). Esta diferencia marginal evidencia un comportamiento prácticamente paritario en la población asegurada, lo que sugiere un acceso equitativo al aseguramiento en salud en el departamento.



La pirámide poblacional evidencia una estructura predominantemente joven-adulta, con la mayor concentración de afiliados en el grupo etario de 20 a 34 años. Se observa una mayor proporción de hombres en los grupos infantiles y juveniles, mientras que a partir de los 40 años se presenta un predominio femenino, el cual se acentúa en las edades avanzadas. Este comportamiento es consistente con el proceso de transición demográfica, caracterizado por niveles de natalidad elevados en décadas previas y una mayor supervivencia femenina en la vejez. Desde la perspectiva de la planeación en salud, este patrón implica la necesidad de fortalecer la oferta de servicios pediátricos para atender una base poblacional amplia, así como de desarrollar estrategias diferenciales dirigidas a la población adulta mayor, con énfasis en las mujeres, dado su mayor peso relativo en estas cohortes.

Figura 9. Distribución por sexo de la población afiliada al SGSSS en Antioquia, Régimen subsidiado y contributivo. 2025



Fuente: Maestros de afiliados BDUA diciembre 2025 - (se excluye INPEC, régimen de excepción y Población Migrante Venezolana)

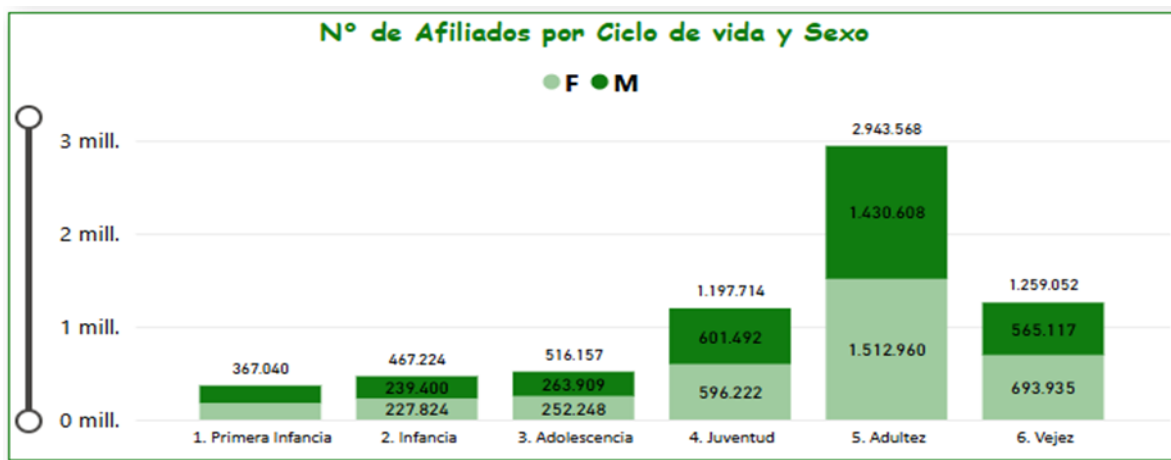
La afiliación al SGSSS en Antioquia se concentra en un número reducido de EPS, lideradas por SURA, que agrupa más del 40 % de los afiliados del departamento, principalmente en el régimen contributivo, seguida por la Nueva EPS y Savia Salud, esta última con mayor peso en el régimen subsidiado. En conjunto, estas tres entidades concentran la mayor parte de la población afiliada.



Territorialmente, el Valle de Aburrá concentra el mayor volumen de afiliados, en correspondencia con su densidad poblacional y mayor formalidad laboral, mientras que subregiones como Urabá, Bajo Cauca y Magdalena Medio presentan una mayor proporción de afiliación al régimen subsidiado, reflejando condiciones socioeconómicas más desfavorables y una mayor dependencia del aseguramiento público.

Por ciclo de vida y sexo, se observa un predominio femenino en la mayoría de los grupos etarios. En infancia, las mujeres representan el 67,2 % de los afiliados (467.224), frente al 32,8 % de los hombres (227.824). En juventud y adultez la distribución es más equilibrada, mientras que en la vejez se evidencia un predominio masculino, con el 55,1 % de los afiliados hombres (693.935) frente al 44,9 % de mujeres (565.117). Este perfil resalta la necesidad de una planeación del aseguramiento y de los servicios de salud con enfoques diferenciales por territorio, sexo y etapa del curso de vida.

Figura 10. Distribución por ciclo de vida de la población afiliada al SGSSS en Antioquia, Régimen subsidiado y contributivo. 2025



Fuente: Maestros de afiliados BDUA diciembre 2025 - (se excluye INPEC, régimen de excepción y Población Migrante Venezolana)

1.3.2 Prestación de Servicios de Salud

El departamento de Antioquia garantiza la prestación de servicios de mediana y alta complejidad para la población no afiliada, mediante la contratación de la red pública hospitalaria y, cuando es necesario, de instituciones privadas. También administra los recursos del Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones, a través de



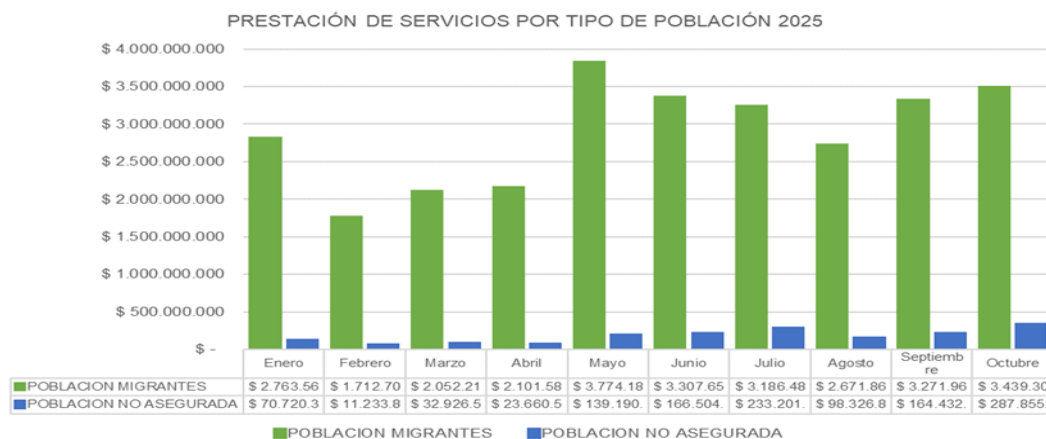
convenios anuales con las ESE y un administrador de infraestructura pública en municipios no certificados, para asegurar servicios básicos y trazadores.

Además, garantiza la atención de urgencias a personas no afiliadas, incluidos migrantes, y ofrece atención integral a grupos vulnerables como gestantes, recién nacidos, niños, adultos mayores y pacientes con enfermedades de alto costo. En conjunto, estas acciones reflejan el rol rector del departamento en el cierre de brechas de acceso y la protección de poblaciones en mayor riesgo.

Entre enero y octubre de 2025, la facturación por servicios de salud a población no afiliada alcanzó \$29.509 millones. De este total, el 96 % (\$28.281 millones) corresponde a atenciones a migrantes en condición irregular, mientras que solo el 4 % (\$1.228 millones) se relaciona con la población local no afiliada (PNA). Está marcada desproporción muestra que la presión financiera sobre los recursos departamentales proviene casi en su totalidad de la atención a población migrante.

La siguiente gráfica ilustra la evolución por mes del valor de los servicios prestados en la presente vigencia a población irregular con cargo al departamento, discriminados por migrantes no afiliados y población antioqueña no afiliada:

Figura 11. Valor de los servicios prestados a población irregular con cargo al departamento 2025



Fuente: consolidado de la prestación de servicios de salud a la población no afiliada del Departamento de Antioquia.

Plataforma Trazabilidad de Facturación Electrónica (TFE) 2025



1.3.3 Red de prestadores de Servicios de Salud

La Red de Prestadores de Servicios de Salud en Antioquia es un pilar fundamental para garantizar la cobertura universal y una atención integral, coordinada y centrada en la persona y la comunidad. Su fortalecimiento, especialmente en el sector público, es esencial para mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios, así como para responder de manera efectiva a las demandas de salud pública del territorio.

El departamento cuenta con 16.538 prestadores de servicios de salud, entre ellos 2.184 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), 123 de ellas Empresas Sociales del Estado (ESE), 13.787 profesionales independientes, 32 prestadores de transporte especial de pacientes y 535 prestadores con objeto social diferente. En cuanto a la capacidad instalada, se dispone de 10.060 camas, distribuidas en: 987 de hospitalización pediátrica, 7.136 de hospitalización adulta, 266 para atención del parto, 696 de cuidado intensivo adulto, 491 de cuidado intermedio adulto, 56 de cuidado intensivo pediátrico, 28 de cuidado intermedio pediátrico, 14 cunas intensivas pediátricas, 8 cunas intermedias pediátricas, 89 cunas básicas neonatales, 9 cunas intensivas neonatales, 115 incubadoras intensivas, 104 incubadoras intermedias, 10 incubadoras básicas, 10 cunas intermedias, 26 camas de cuidados intensivos para adultos quemados y 15 para pacientes pediátricos quemados. Además, el departamento cuenta con 145 salas de parto, 504 quirófanos, 478 ambulancias básicas, 85 ambulancias medicalizadas y dos ESE que realizan atención del parto mediante la estrategia TPR. En general, la capacidad instalada muestra estabilidad con un crecimiento leve, lo que evidencia avances sostenidos, aunque aún insuficientes frente al incremento de la demanda poblacional.

Durante el 2025 se realizaron visitas de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) en el marco del Sistema Único de Habilitación. De los 450 prestadores visitados, 215 cumplieron con los estándares establecidos, alcanzando un 48% de cumplimiento, lo que representa un incremento de 8 puntos porcentuales respecto a 2024.

En el dominio de Gestión del Riesgo, definido por la Resolución 256 de 2016, se evaluaron las coberturas de vacunación como indicadores clave de la efectividad de las intervenciones preventivas y del control de riesgos en salud pública. Con corte a 2024, las coberturas de BCG, pentavalente (3.ª dosis), polio (3.ª dosis) y triple viral mostraron una variabilidad semestral marcada: los primeros semestres de 2023 y



2024 presentaron coberturas bajas (44 % a 48 %), muy por debajo de la meta nacional del 95 % y de los promedios nacionales. En contraste, los segundos semestres alcanzaron valores entre 86 % y 92 %, superando en algunos casos el promedio nacional y acercándose a la meta de referencia.

Este comportamiento se explica por la naturaleza acumulativa de los indicadores, en la cual los resultados de los segundos semestres reflejan el avance consolidado de la ejecución anual en vacunación.

Tabla 7. Otros indicadores de sistema sanitario. Antioquia 2006 - 2024

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Antioquia	Comportamiento																					
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE)	7,9	7,30																						
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE)	5,4	2,60																						
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	98,5	103,41																						
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	84,12	88,58																						
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	89,4	89,00																						
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	0	88,82																						
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	92,78	91,72																						
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	88,24	92,85																						
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	98,67	99,37																						
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	98,75	99,43																						

Fuente: DANE

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

El gobierno y la gobernanza en el sector salud del departamento de Antioquia se estructuran a través del liderazgo de la Secretaría de Salud e Inclusión Social, entidad responsable de orientar la política pública territorial en consonancia con el marco normativo nacional y el Plan Decenal de Salud Pública. Su función incluye la conducción estratégica del sistema, la coordinación intersectorial, la articulación con las EAPB y los municipios, y la vigilancia de la prestación de los servicios para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. La gobernanza se fortalece mediante procesos de planificación participativa, la gestión basada en resultados, el uso de información para la toma de decisiones y la consolidación de alianzas con actores institucionales, comunitarios y sociales. Este enfoque permite avanzar hacia un modelo de gestión territorial que prioriza la equidad, la eficiencia y la transparencia en el sistema de salud departamental. (Ver anexo 1. Portafolio de políticas públicas del Departamento de Antioquia- OPPA).



Agenda Antioquia 2040: la Gobernación de Antioquia avanzó en el cumplimiento del Plan Departamental de Desarrollo 2024–2027 “Por Antioquia Firme”, en coherencia con los objetivos de la Agenda Antioquia 2040. El análisis de 30 indicadores muestra progresos importantes en sectores como educación, seguridad alimentaria, conectividad, productividad, inclusión social, cultura, ambiente e infraestructura, reflejando una gestión pública comprometida con el desarrollo territorial y guiada por criterios de sostenibilidad y pertinencia regional.

Con el análisis a 2024 de la “Agenda”, se destaca la oportunidad de fortalecer la armonización entre los planes de corto, mediano y largo plazo, mediante sistemas de información interoperables, indicadores compatibles y mecanismos institucionales de coordinación. Además, se propone elaborar planes de acción por vigencia o cuatrienio para la Agenda 2040, con el fin de asegurar su continuidad y su alineación con los ODS y los futuros planes de desarrollo.

En conclusión, se plantea avanzar hacia una planeación estratégica más integrada, técnica y orientada a resultados, donde la Agenda 2040 complemente al Plan de Desarrollo, consolidando un modelo de gestión pública con visión territorial y de largo plazo para Antioquia.

Equipos técnicos regionales: Los Equipos Técnicos Regionales de Salud (ETRS) son una estrategia fundamental para fortalecer la gestión territorial y descentralizar las acciones de salud pública en las nueve subregiones del departamento. Su labor se orienta a mejorar la atención primaria, la vigilancia epidemiológica, la prevención del riesgo y la participación comunitaria, mediante el fortalecimiento de capacidades técnicas y administrativas ajustadas a las realidades de cada territorio.

Conformados por 48 profesionales entre epidemiólogos, gerentes de información en salud -GESIS, profesionales sociales y tecnólogos en sistemas, mantienen presencia constante en los 125 municipios, apoyando la autoridad sanitaria, la rectoría territorial, la calidad en la prestación de servicios y la articulación intersectorial. Este acompañamiento ha permitido mejorar la calidad de la información en SIVIGILA, RIPS y SISPRO, orientar intervenciones basadas en evidencia y consolidar respuestas frente a problemas críticos como la desnutrición infantil, la mortalidad materna e infantil y las enfermedades transmisibles. En promedio, se realizaron 3.567 AOAT, fortaleciendo la vigilancia, la participación y la gestión de la información.



La acción articulada de los distintos perfiles ha generado impactos complementarios en la gestión territorial: fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la planeación, mejora de la vigilancia epidemiológica, optimización del análisis territorial, impulso a la participación comunitaria y reducción de brechas tecnológicas. En conjunto, los ETRS han contribuido a mejorar la respuesta en salud pública y a dejar capacidades instaladas para una gestión más eficiente y sostenible, pese a desafíos persistentes en articulación, continuidad del talento humano y análisis local.

1.5 Reconocimiento del territorio

El análisis territorial mostró una fuerte heterogeneidad entre las subregiones de Antioquia, con zonas rurales —como Urabá, Bajo Cauca, Magdalena Medio, Norte, Nordeste y Occidente— afectadas por dispersión geográfica, limitaciones de infraestructura y problemas de orden público que dificultan el acceso, la continuidad de los servicios, la vigilancia y la participación comunitaria. En contraste, el Valle de Aburrá cuenta con mayores capacidades, aunque enfrenta retos urbanos como contaminación, violencia y estrés psicosocial.

Epidemiológicamente, las subregiones presentan dinámicas diferenciadas: Urabá, Bajo Cauca y Magdalena Medio registran mayor riesgo de enfermedades transmitidas por vectores; en 2025 aumentaron las agresiones por animales transmisores de rabia, con un caso confirmado de rabia humana en el Suroeste. La salud mental, las violencias, la desnutrición aguda, las intoxicaciones y las infecciones de transmisión sexual siguen siendo prioridades transversales.

El acompañamiento técnico permitió identificar brechas en vigilancia, calidad del dato y análisis local, especialmente en municipios con debilidad técnica o alta rotación del talento humano. Paralelamente, los espacios de diálogo comunitario y los encuentros subregionales de participación social fortalecieron capacidades locales y promovieron el intercambio de experiencias exitosas.

En conjunto, los hallazgos evidencian que la geografía, las condiciones sociales y la capacidad instalada determinan el comportamiento epidemiológico y la gestión en salud pública. Por ello, se reafirma la necesidad de mantener un acompañamiento territorial diferenciado que permita avanzar hacia un sistema más equitativo y ajustado a las realidades de cada subregión.



1.6 Conclusiones

El análisis territorial y demográfico de Antioquia evidencia un departamento diverso y complejo, con marcadas diferencias geográficas, sociales y de accesibilidad entre subregiones. Su relieve montañoso, la presencia de dos cordilleras y la amplia ruralidad condicionan la conectividad y el acceso a servicios, mientras que zonas con baja accesibilidad vial o exclusivamente fluvial profundizan desigualdades territoriales. Aunque el departamento posee una importante riqueza hídrica y ambiental, enfrenta alta exposición a riesgos como inundaciones, deslizamientos e incendios forestales, cuya gestión sigue limitada por brechas técnicas y subregistros municipales.

Demográficamente, Antioquia alcanza cerca de siete millones de habitantes en 2025, con fuerte concentración en el Valle de Aburrá y una urbanización creciente impulsada por la búsqueda de oportunidades y por dinámicas como el desplazamiento forzado. Las áreas rurales continúan perdiendo población, lo que exige políticas más robustas de desarrollo rural. La estructura poblacional muestra un envejecimiento progresivo y una reducción sostenida de la natalidad, situando al departamento en una transición demográfica avanzada y modificando las demandas del sistema de salud y de protección social.

A estas transformaciones se suman profundas desigualdades que afectan de manera diferenciada a víctimas del conflicto, habitantes de calle, población LGBTIQ+, comunidades campesinas, mujeres, grupos étnicos y migrantes, quienes continúan enfrentando barreras de acceso y vulnerabilidades persistentes. En conjunto, este panorama exige replantear la planificación territorial, la provisión de servicios públicos y la organización del sistema de salud, en un contexto donde el envejecimiento poblacional, la urbanización acelerada, las brechas rurales y la vulnerabilidad social y ambiental se consolidan como los principales desafíos para un desarrollo equitativo y sostenible.





Capítulo II:

Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

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

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

2.1.1 Economía

La economía de Antioquia mantiene un desempeño sobresaliente y ha incrementado de manera sostenida su participación en el PIB nacional durante la última década. Este comportamiento responde a un crecimiento económico superior al promedio del país, a la relativa estabilidad de su estructura productiva y a una rápida recuperación tras la pandemia. Actualmente, el departamento cuenta con apuestas productivas definidas desde cada subregión. En las zonas rurales, donde predomina el sector agrícola, se avanza en la transformación agroindustrial del café, los lácteos, el cacao, los cítricos y el caucho, así como en la consolidación de cadenas tradicionales como flores, banano y plátano. Para todos estos sectores, la innovación, la tecnología y la investigación se han convertido en condiciones indispensables para garantizar competitividad y acceso a los mercados.

En Medellín y el Valle de Aburrá, desde hace más de una década se desarrollan siete clústeres estratégicos: moda y confección, energía eléctrica sostenible, construcción y hábitat sostenible, tecnologías de la información, salud (Medellín Health City), turismo de negocios y café Medellín–Antioquia. Más recientemente, se definieron áreas estratégicas de especialización que trascienden estos clústeres y abarcan actividades intensivas en conocimiento con alto potencial de generación de valor. Estas áreas son: medicina avanzada y bienestar, industria sostenible e inclusiva, territorio verde y sostenible, y región inteligente.

2.1.2 Otros indicadores de ingreso

En 2024, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) de Antioquia se ubicó en 10,7 %, una cifra menor que el promedio nacional (11,5 %). Esto indica que, en términos relativos, el departamento presenta menores privaciones simultáneas en educación, salud, vivienda, empleo y acceso a servicios que el conjunto del país.

Sin embargo, la diferencia con el nivel nacional es reducida, lo que sugiere que aún persisten brechas importantes dentro del territorio. Aunque el promedio



departamental es favorable, Antioquia presenta una marcada heterogeneidad interna: subregiones como Bajo Cauca, Magdalena Medio, Norte y Urabá concentran los niveles más altos de pobreza multidimensional, mientras que Oriente y el Valle de Aburrá registran los valores más bajos.

En síntesis, el dato evidencia un desempeño ligeramente mejor que el nacional, pero con desigualdades territoriales que continúan condicionando el bienestar y requieren intervenciones focalizadas.

2.2 Condiciones de vida del territorio

Antioquia presenta condiciones más favorables que el promedio nacional en la mayoría de los determinantes intermedios de la salud, lo que evidencia un mayor desarrollo en infraestructura básica y una gestión más eficiente de los servicios públicos. El departamento registra coberturas superiores de electricidad, acueducto y alcantarillado, y los censos de 2005 y 2018 confirman una tendencia sostenida de mejora en la prestación de servicios domiciliarios, tanto en zonas urbanas como rurales. Estos avances reflejan un fortalecimiento continuo de la infraestructura pública, orientado a reducir brechas y mejorar las condiciones que inciden en la salud y el bienestar social.

A ello se suma un IRCA significativamente menor que el nacional, junto con una menor proporción de hogares sin acceso a fuentes mejoradas de agua o con eliminación inadecuada de excretas, lo que demuestra mejores condiciones de saneamiento básico y una menor exposición a riesgos sanitarios.

Sin embargo, persisten desafíos importantes en territorios rurales, dispersos y con limitaciones históricas de infraestructura, donde aún se presentan brechas en acceso y calidad de los servicios esenciales. Estas desigualdades demandan intervenciones focalizadas que permitan avanzar hacia un acceso equitativo y garantizar condiciones de vida adecuadas para toda la población del departamento.

2.2.1 Infraestructura

El objetivo principal del departamento es fortalecer la competitividad y la productividad mediante acciones que incluyen la inversión pública estratégica en infraestructura y la promoción de la innovación en productos y servicios en todas las regiones. Estas iniciativas buscan consolidar territorios con entornos sostenibles y seguros, y con un desarrollo social sólido, inclusivo y equitativo.



2.2.2 Cobertura residencial de acceso al servicio de acueducto

En Antioquia se tienen registrados 180 sistemas de acueducto en el área urbana y 2.273 en el área rural, mientras que el municipio de Murindó no cuenta con sistemas en ninguno de los dos ámbitos. La cobertura residencial departamental de acceso al servicio de acueducto muestra un avance importante, al pasar del 86,8% en 2005 al 92.2%¹ en 2023, superando el promedio nacional (90.0%²). El Valle de Aburrá, que concentra el 60,6 % de la población del departamento, presenta la mayor cobertura con un 98,1%, muy por encima del promedio departamental. En contraste, el resto de las subregiones alcanzan en conjunto una cobertura del 82,2%, con marcadas diferencias internas.

El análisis territorial evidencia tres rangos de desempeño: el Valle de Aburrá y Oriente, con coberturas superiores al 90%; Magdalena Medio, Norte, Occidente, Suroeste y Urabá, con valores entre 75% y 90%; y las subregiones más rezagadas, Bajo Cauca y Nordeste, con coberturas entre 50% y 75 %. En el ámbito urbano la cobertura continúa siendo alta, pasando de 96,3% en 2005 a 98,55% en 2023, superando también el promedio nacional del 98%. En contraste, en el área rural, aunque persisten desafíos asociados a la dispersión y dificultades de acceso, se observa un incremento relevante al pasar del 54,4% en 2015 al 69,82% en 2023. A pesar de estos avances, la cobertura rural sigue por debajo del promedio nacional, que se ubicó en 62,6%.

2.2.3 Cobertura residencial de acceso al agua potable:

En el departamento de Antioquia, la cobertura residencial total de acceso al agua potable (CTAAP) presentó un incremento del 13,32 %, al pasar del 70,4 % en 2005 al 84,45 % en 2023. Para esta vigencia, el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) alcanzó un promedio departamental del 6,8 %, clasificado como riesgo bajo. Al analizar el desempeño subregional se observan diferencias importantes: el Valle de Aburrá presenta un IRCA entre 0 % y 5 % (sin riesgo), con una CTAAP del 96,11 %; las subregiones de Oriente y Urabá se ubican

¹ Departamento Administrativo de Planeación – Gobernación e Antioquia – Información Preliminar 2023

² (DNP - ECV) 2023.



en riesgo bajo, con coberturas de 77,93 % y 60,77 % respectivamente; mientras que las subregiones del Bajo Cauca, Magdalena Medio, Nordeste, Norte, Occidente y Suroeste registran un riesgo medio, con coberturas entre el 53 % y el 67 %, siendo Occidente la zona con el indicador más crítico.

En el ámbito urbano, para 2023 se reportaron 180 sistemas de acueducto, de los cuales 155 (86,1 %) suministraron agua apta para el consumo humano. Esto ha permitido una mejora sustancial en la cobertura residencial urbana de acceso al agua potable (CUAAP), que pasó de 85,7 % en 2005 a 97,26 % en 2023, aunque ligeramente por debajo del promedio nacional de 97,3%³ %. El IRCA urbano departamental fue de 1,2 %, clasificado como sin riesgo. Todas las subregiones alcanzan estándares favorables, con coberturas superiores al 86 % e IRCA por debajo del 5 %, destacándose Magdalena Medio, Oriente, Occidente y Suroeste con indicadores particularmente sólidos.

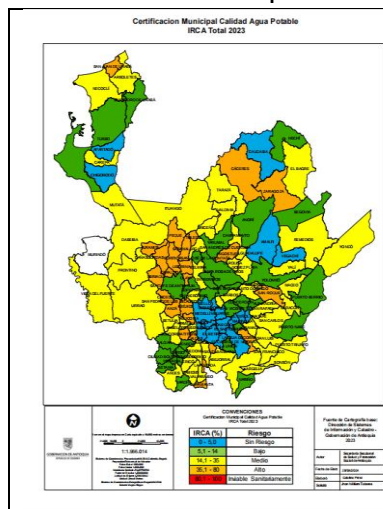
En contraste, el ámbito rural registra mayores desafíos estructurales. De los 2.273 sistemas de acueducto existentes en 2023, solo 422 (18,6 %) suministraron agua apta para consumo humano y únicamente 711 (31,2 %) se encuentran formalizados ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. A pesar de ello, la cobertura residencial rural de acceso al agua potable (CRAAP) presentó un avance del 19,83 %, pasando del 19,85 % en 2005 al 39,68 % en 2023; sin embargo, continúa muy por debajo del promedio nacional (74,3 %). El IRCA rural departamental llegó al 49,3 %, clasificado como riesgo alto. Aunque el Valle de Aburrá supera el promedio departamental con una CRAAP del 74,89 % y un IRCA de 17,1 % (riesgo medio), el resto de subregiones presenta niveles de riesgo alto y coberturas muy bajas, con indicadores particularmente críticos en Bajo Cauca, Nordeste, Occidente y Magdalena Medio. En el Bajo Cauca se observa la situación más grave, con una cobertura del 0 % y un IRCA en riesgo alto, reflejando condiciones de acceso altamente deficitarias.

El panorama general del departamento se representa gráficamente en los mapas subregionales y municipales que consolidan el IRCA total, urbano y rural para la vigencia 2023, evidenciando las persistentes brechas territoriales en la calidad y disponibilidad de agua potable en Antioquia.

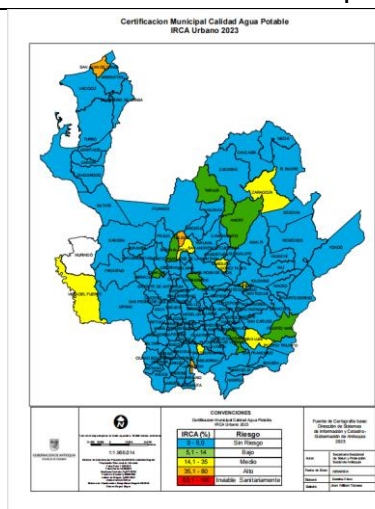
³ Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio – Resolución número 0288 de 2022



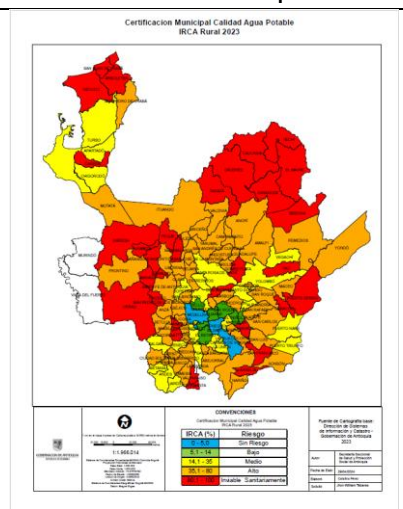
IRCA Total Municipal



IRCA Urbano Municipal



IRCA Rural Municipal



2.2.4 Cobertura residencial de alcantarillado

En 2023, Antioquia alcanzó una cobertura residencial total de alcantarillado del 83,2%, superior al promedio nacional (76.0%⁴). El Valle de Aburrá registra la mayor cobertura (95,6%), mientras que el resto de subregiones promedia 62,1 %, con los niveles más bajos en Nordeste y Occidente.

En el ámbito urbano, la cobertura aumentó ligeramente de 95 % en 2005 a 95,99 % en 2023, ubicándose también por encima del promedio nacional (93,5%⁵). La mayoría de subregiones presentan coberturas urbanas entre 90 % y 100 %, excepto Magdalena Medio, Nordeste, Urabá y Bajo Cauca, esta última con el indicador más rezagado.

En la zona rural se observan los mayores desafíos: la cobertura pasó de 33,6% en 2015 a 38,34% en 2023, aunque por encima del promedio nacional (15,9%⁶). Solo el Valle de Aburrá supera el 75%, mientras que las demás subregiones permanecen por debajo del 50%, con los niveles más críticos en Nordeste, Norte, Occidente y Urabá.

⁴ (DNP - ECV) 2023

⁵ (DNP - ECV) 2023

⁶ (DNP - ECV) 2023.



2.2.5 Cobertura residencial de aseo (recolección de desechos sólidos)

En 2023, la cobertura total del servicio de aseo en Antioquia alcanzó el 90,8%, superando el promedio nacional (83,4%⁷). El Valle de Aburrá registra la mayor cobertura (98,7%), mientras que el resto de subregiones promedia 77,5%, con Occidente como la zona más rezagada.

En el ámbito urbano, la cobertura aumentó de 79,6 % en 2005 a 99,49 % en 2023, ubicándose por encima del promedio nacional (98,3 %). Todas las subregiones presentan valores superiores al 97%, lo que refleja un servicio urbano altamente consolidado.

En el área rural, la cobertura pasó de 31,3 % en 2005 a 60,41 % en 2023, muy por encima del promedio nacional (32 %). Solo el Valle de Aburrá supera el 90 %, mientras que Oriente y Magdalena Medio se ubican entre 50 % y 75 %. Las demás subregiones presentan coberturas inferiores al 50 %, con los niveles más críticos en Occidente, Nordeste y Norte.

2.2.6 Cobertura residencial de servicios de electricidad

En 2023, la cobertura de servicio de electricidad en Antioquia alcanzó el 99,73%, superando el promedio nacional de 98,7%. En el área urbana, la cobertura fue prácticamente universal (99,99%), ligeramente superior al promedio del país (99,8%). En la zona rural, la cobertura alcanzó el 98,7%⁸, también por encima del promedio nacional (94,6%), lo que refleja un desempeño destacado del departamento en el acceso al servicio eléctrico.

Tabla 8. Cobertura de acceso a servicios públicos en Antioquia Censo 2019 – 2022

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Antioquia
Cobertura de servicios de electricidad (DNP - ECV) 2019	96,81	99,38
Cobertura de acueducto (DNP - ECV) 2022	74,48	80,48
Cobertura de alcantarillado (DNP - ECV) 2023	65,3	73,77
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (INS) 2023	7,4	3,68
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE) 2019	11,5	9,50
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE) 2019	11	8,40

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

⁷ (DNP - ECV) 2023

⁸ (DNP - ECV) 2022



2.3 Seguridad alimentaria

En 2024, el 11,3 % de los nacidos vivos en Antioquia presentó bajo peso al nacer, una proporción levemente superior al promedio nacional. Aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, el valor departamental evidencia una presencia sostenida de este evento adverso, asociado tanto a factores biológicos como a determinantes sociales, económicos y a la calidad del cuidado materno-infantil.

El análisis histórico muestra una tendencia creciente y sostenida desde 2006. Tras mantenerse alrededor del 9 % durante varios años, el indicador inicia un ascenso más claro a partir de 2015, alcanzando 10,7 % en 2022 y estabilizándose en 11,3 % en 2023 y 2024. Este incremento progresivo durante casi dos décadas sugiere un deterioro acumulado en las condiciones que influyen en el crecimiento fetal, entre ellas la salud materna, la oportunidad y calidad del control prenatal, la nutrición, el estrés psicosocial y las desigualdades territoriales en el acceso a servicios.

Aunque Antioquia no se distancia del comportamiento nacional, la tendencia ascendente representa un reto prioritario de salud pública, especialmente porque el bajo peso al nacer incrementa el riesgo de morbilidad neonatal, retraso en el desarrollo y enfermedades crónicas a largo plazo. Esto exige intervenciones integrales orientadas a mejorar las condiciones de vida, fortalecer el cuidado prenatal y reducir las brechas sociales que afectan el bienestar materno-infantil.

Tabla 9. Nacidos vivos con bajo peso al nacer. Antioquia, 2007-2024

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Antioquia	Comportamiento																
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE) 2024	11,25	11,30	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘

El comportamiento se grafica de acuerdo con el valor del indicador del año anterior

Fuente: DANE 2024

Según el Informe de Calidad de Vida 2024 de Antioquia Cómo Vamos, basado en la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES) aplicada por el DANE, una proporción importante de hogares en Antioquia enfrenta dificultades para acceder a alimentos suficientes, saludables y variados. El 41% de los hogares expresó preocupación por quedarse sin comida y cerca del 40% no pudo acceder a alimentos nutritivos, lo que refleja riesgos de malnutrición. Además, el 36% reportó baja variedad en la dieta y en una cuarta parte algún integrante consumió menos de lo



necesario. Situaciones más severas incluyen saltarse comidas (18%), pasar un día entero sin comer (14%) o experimentar hambre sin poder adquirir alimentos por falta de recursos (13%). Un 12% de los hogares llegó a quedarse sin alimentos.

Este panorama confirma el aumento de la inseguridad alimentaria en el departamento desde la pandemia. En respuesta, el Plan de Desarrollo “Por Antioquia Firmes 2024–2027” prioriza la reducción del hambre y el fortalecimiento de la seguridad alimentaria mediante acciones multisectoriales que articulan al sector público, privado, la sociedad civil y la academia.

2.4 Educación

2.4.1 Coberturas de educación en Antioquia.

En 2023, el porcentaje de hogares con analfabetismo en Antioquia fue cercano al 7,2 %, valor ligeramente inferior al promedio nacional (7,5 %), según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, lo que indica mejores condiciones relativas en el departamento, aunque con brechas persistentes en zonas rurales.

En cuanto a cobertura educativa, Antioquia presenta cobertura bruta en educación primaria superior al 100 %, reflejando un acceso casi universal. En educación secundaria, las coberturas continúan siendo altas, aunque disminuyen frente a primaria, evidenciando dificultades de permanencia escolar. La educación media constituye el principal reto, con coberturas significativamente menores, lo que señala pérdidas de matrícula en los grados finales.

Finalmente, en educación superior, Antioquia se ubica por encima del promedio nacional, en un contexto donde la cobertura bruta en Colombia alcanzó el 55,4 % en 2023, impulsada principalmente por la concentración de la oferta en el Valle de Aburrá.

En General de acuerdo a las últimas cifras proporcionadas por MSPS se ha tenido un avance.



Tabla 10. Coberturas de educación. Antioquia, 2003 – 2022

Indicadores	Colombia	Antioquia	Comportamiento																			
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE) 2019	9,3	8,50		-																		
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN -TERRIDATA) 2022	87,91	103,17	-	-	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN -TERRIDATA) 2022	78,25	115,41	-	-	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN -TERRIDATA) 2022	49,74	94,23	-	-	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢

Fuente: DANE, SISPRO – MSPS

2.5 Dinámicas de convivencia en el territorio

2.5.1 Violencia de genero e intrafamiliar

La violencia de género y la violencia intrafamiliar siguen siendo desafíos críticos para la salud pública, la justicia social y la garantía de los derechos humanos, afectando de manera desproporcionada a mujeres, niñas, niños y adolescentes, con impactos significativos en la salud física, mental y social.

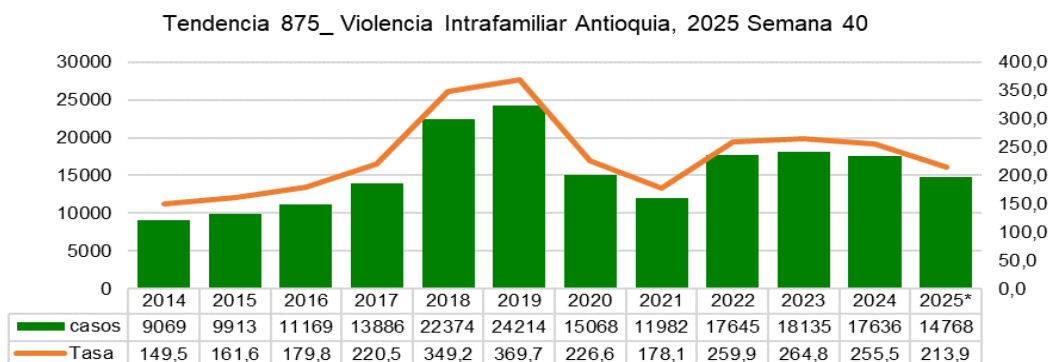
Entre 2014 y 2019, la violencia intrafamiliar mostró un incremento sostenido de 167 % y con un aumento en tasa aumentando de 149,5 a 369,7 por 100.000 habitantes. A partir de 2020 se observa una reducción llegando a 11.982 casos en 2021, con la tasa descendiendo a 178,1.

Entre 2021 y 2023 se registra un repunte, con un aumento de casos a 18.135 y la tasa a 264,8. En 2024 se produjo una leve disminución a 17.636 casos (-2,7 %) y una tasa de 255,5. Para 2025 (semana 40), la reducción fue más marcada: 14.768 casos (-16,3 %) y una tasa de 213,9, aunque los niveles permanecen por encima de los observados entre 2014 y 2017.

Estos datos reflejan la persistencia de factores estructurales que sostienen la violencia intrafamiliar en el departamento, subrayando la necesidad de fortalecer la prevención, la atención integral y la protección de los grupos más vulnerables.



Figura 12. Incidencia de violencia y violencia sexual por subregión. Antioquia, 2025 preliminar.

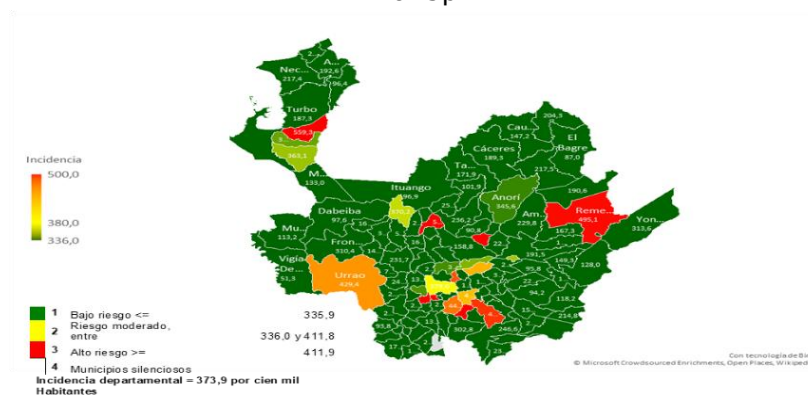


Fuente. SIVIGILA

El mapa de riesgo evidencia una distribución desigual de la violencia de género e intrafamiliar en Antioquia para la semana 40 de 2025. La incidencia departamental (373,9 por 100.000) ubica al territorio en riesgo moderado, con la mayoría de los municipios en bajo riesgo. No obstante, Turbo, Remedios y Urrao presentan incidencias muy superiores y se clasifican en alto riesgo. Mutatá, Ituango y varios municipios del Valle de Aburrá se mantienen en riesgo moderado.

Se identifican municipios silenciosos con posibles subregistros. En conjunto, las mayores incidencias se concentran en subregiones con mayores vulnerabilidades, lo que demanda fortalecer la vigilancia y focalizar intervenciones en los territorios de mayor riesgo.

Mapa 6. Vigilancia en Salud Pública de la Violencia de Género e Intrafamiliar. Antioquia, 2025p



Fuente: SIVIGILA



2.5.2 Homicidios

Los homicidios se consolidan como una de las principales causas de mortalidad por causas externas en Antioquia y representan uno de los hechos más graves de violación a los derechos humanos, al vulnerar directamente el derecho fundamental a la vida y eliminar la posibilidad del goce de los demás derechos. Tras alcanzar un máximo en 2018, con tasas superiores a 35 por 100.000 habitantes, el indicador evidencia una tendencia general a la reducción desde 2019, aunque con fluctuaciones interanuales que reflejan la persistencia estructural del fenómeno.

A 2024 (datos preliminares) se registra una leve variación al alza, con una tasa cercana a 20,6 homicidios por 100.000 habitantes, superior a la observada en 2023, pero aún por debajo de los niveles críticos del periodo de mayor intensidad. Este comportamiento sugiere un escenario de estabilización relativa en niveles todavía elevados de violencia letal, lo que reafirma la necesidad de fortalecer acciones integrales de prevención, seguridad y abordaje de los determinantes sociales asociados a la mortalidad por homicidio en el departamento.

2.5 Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP).

El Laboratorio aporta información clave para el análisis de la situación de salud del departamento mediante acciones de regulación, inspección, vigilancia y control, orientadas a garantizar la calidad diagnóstica de la red de laboratorios y a identificar la frecuencia y distribución de los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP).

En el ASIS 2025, el LDSP presenta un análisis integral de estos eventos, destacándose el fortalecimiento de la vigilancia genómica y virológica, con énfasis en *Mycobacterium tuberculosis* resistente y multirresistente, así como en la secuenciación de SARS-CoV-2, Mpox, influenza A y B, y la vigilancia molecular de virus respiratorios y dengue. Estas acciones permiten monitorear mutaciones, variantes y cepas circulantes, y aportar información a repositorios internacionales como GISAID y GenBank.

Adicionalmente, desde 2024 Antioquia participa en la Red Internacional de Vigilancia Hospitalaria de Influenza, fortaleciendo la articulación internacional. En el área de Parasitología, se mantienen procesos de formación comunitaria y fortalecimiento diagnóstico para malaria, leishmaniasis y Chagas en municipios priorizados, contribuyendo a mejorar la vigilancia y la respuesta en territorios con mayor vulnerabilidad.



2.6 CRUE departamental

En cumplimiento de la Resolución 1220 de 2010, opera el Centro Regulator de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) como instancia clave para la regulación del acceso a los servicios de urgencias y la atención en situaciones de emergencia y desastre, articulando al SGSSS y al SNGRD, en coordinación con el DAGRAN.

Durante la vigencia analizada, el CRUE gestionó 60.948 servicios, con procesos de autorización, regulación y cancelación, y brindó apoyo logístico y operativo en 65 emergencias, incluyendo regulaciones interinstitucionales para garantizar continuidad y complementariedad en la atención. En materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, se alcanzaron resultados relevantes, con 353 donantes efectivos y 186 órganos trasplantados, evidenciando la capacidad operativa del sistema.

En 2025, el indicador de pacientes urgentes regulados alcanzó un 52%, lo que representa un avance del 87,3% frente a la meta anual, con una tendencia positiva entre el segundo y tercer trimestre. Las principales causas de no referencia se relacionan con manejo institucional, mejoría clínica, egresos ambulatorios y altas voluntarias, reflejando dinámicas asistenciales que inciden en la regulación.

El CRUE también desarrolla asesorías y asistencias técnicas a los municipios para fortalecer procesos de referencia y contrarreferencia, gestión del riesgo de desastres, donación y trasplantes y misión médica, logrando un 90% de cumplimiento en las asesorías programadas. De manera complementaria, se realizan acciones de inspección y vigilancia a EAPB e IPS para garantizar el acceso oportuno y seguro a los servicios de urgencias.

La protección de la Misión Médica constituye una prioridad, con resultados destacados en capacitación, autorización del uso del emblema y seguimiento a eventos, fortaleciendo la protección del personal sanitario en contextos de riesgo.

No obstante, el CRUE enfrenta retos estructurales asociados a la sobreocupación de urgencias, la crisis financiera del sistema de salud, la insuficiencia de red y talento humano, la negación de servicios y el aumento de la accidentalidad vial, lo que impacta la oportunidad y efectividad de la atención. Frente a este escenario, se identifican como desafíos prioritarios mejorar la oportunidad en la remisión de



pacientes, fortalecer la articulación interinstitucional, optimizar los procesos internos del CRUE y avanzar en estrategias integrales que fortalezcan la capacidad resolutoria de los prestadores y la respuesta del sistema de salud en el territorio.

2.7 Análisis de la población en condición de discapacidad

En el contexto global, se estima que alrededor de 1.300 millones de personas viven con alguna discapacidad, lo que representa el 16% de la población mundial. En Colombia, las personas con discapacidad (PcD) constituyen el 7,1% de la población total del país, lo que equivale a aproximadamente 3 millones de personas. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, el 96,4% de las mujeres y el 92,9% de los hombres con discapacidad están afiliados al sistema de salud, lo que se compara favorablemente con una cobertura nacional promedio del 99%.

A fecha del 31 de julio de 2024, en Antioquia se han realizado 38.816 valoraciones multidisciplinarias a través del Registro de Localización y Caracterización de las PcD (RLCPD), lo que ha permitido certificar a un total de 38.156 personas con discapacidad. Las características sociodemográficas de esta población reflejan algunas tendencias importantes. En términos de género, predomina el sexo masculino, que representa el 57% de la población certificada. En cuanto al curso de vida, la mayoría pertenece a los grupos de adulto medio y adulto mayor, que juntos suman el 94% del total de las certificaciones. Esto resalta una alta concentración en la etapa productiva y en los adultos mayores, un grupo particularmente vulnerable a enfermedades crónicas y deficiencias asociadas.

En cuanto al lugar de residencia, la mayoría de las personas con discapacidad en Antioquia vive en zonas urbanas, con 31.439 personas (82%), mientras que solo el 13.7% reside en áreas rurales, con 5.252 personas. Esto podría estar relacionado con la búsqueda de mejores oportunidades de acceso a servicios de salud y de vida en condiciones más favorables.

Respecto a las categorías de discapacidad, la más prevalente es la discapacidad física, que afecta al 53,5% de la población certificada, seguida por la discapacidad intelectual y psicosocial. Además, el 43% de las personas certificadas tienen una discapacidad múltiple, es decir, presentan más de una deficiencia, sumando 16.409 personas. En cuanto a la educación, la mayoría de las personas con discapacidad posee formación básica primaria (10.817 registros), seguida de la formación básica secundaria (6.377



registros). Esta situación está marcada por las limitaciones para acceder a niveles educativos superiores, debido a barreras de accesibilidad y bajos recursos económicos.

Por último, se observa que un alto porcentaje de la población con discapacidad en Antioquia es víctima del conflicto armado, con 15.709 personas certificadas en esta categoría, lo que representa el 41% del total de las certificaciones en el departamento.

Este panorama resalta la necesidad de seguir fortaleciendo las políticas públicas de inclusión, accesibilidad y atención integral para las personas con discapacidad, en particular en el acceso a servicios de salud, educación y oportunidades económicas.

2.8 Participación social en salud

En el departamento de Antioquia se ha venido consolidando y posicionando la Participación Social en Salud (PSS) como un instrumento fundamental en la garantía del derecho de la ciudadanía a incidir en las decisiones del sistema de salud. Su implementación, basada en la Resolución 2063 de 2017 y articulada con las Leyes 1751 y 1757 de 2015, ha permitido fortalecer los mecanismos de participación en los procesos de planeación, gestión del riesgo, promoción, seguimiento y evaluación en salud.

Así mismo, el equipo de trabajo del Proyecto de PSS de la Secretaría, a través de asesorías, asistencias técnicas, talleres, cursos, encuentros subregionales y entrega de cartillas como herramienta de estudio para el fortalecimiento de capacidades, ha logrado avances importantes en la formalización y funcionamiento de los espacios de PSS. Para el año 2025, los 125 municipios ya cuentan con estructuras organizadas como, Asociaciones de Usuarios, Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS), Comités de Ética Hospitalaria y Veedurías en Salud. Estos espacios han sido clave para fortalecer el empoderamiento de las organizaciones sociales, fomentar el control ciudadano sobre la gestión de los recursos públicos y promover la apropiación de la salud como un proceso colectivo, participativo y corresponsable. No obstante, persisten retos relacionados con la armonización interinstitucional, la asignación de recursos, la formación del talento humano y la ampliación de la base social participante.



A pesar de los avances en la formalización de los espacios de PSS en Antioquia, persisten falencias estructurales que limitan su efectividad e impacto. Entre las principales debilidades se encuentran la baja articulación interinstitucional, la insuficiente asignación de recursos técnicos y financieros, y la limitada formación del talento humano encargado de dinamizar estos procesos. Además, se evidencia una participación desigual entre territorios, con brechas en zonas rurales y dispersas, donde el acceso a la información y la conectividad dificultan el ejercicio pleno del derecho a participar. La escasa apropiación de la Política por parte de algunos actores institucionales, junto con la débil incidencia de las organizaciones sociales en la toma de decisiones, plantea el reto de fortalecer las capacidades comunitarias, ampliar la base social participante y consolidar mecanismos efectivos de control social que garanticen una gestión transparente y corresponsable del sistema de salud.

Para superar estas limitaciones, se propone fortalecer la articulación entre los niveles nacional, departamental y municipal mediante mesas técnicas permanentes; garantizar recursos específicos en los planes de desarrollo y presupuestos locales; implementar programas de formación continua para líderes comunitarios y funcionarios públicos; y desarrollar estrategias de comunicación inclusiva que promuevan la participación informada y efectiva de todos los grupos poblacionales. Asimismo, es clave fomentar el reconocimiento institucional de los espacios de participación como instancias legítimas de incidencia en la gestión pública en salud.

La Política de Participación Social en Salud (PPSS) en Antioquia se proyecta como un eje estratégico para la transformación del sistema de salud, en coherencia con los principios de equidad, corresponsabilidad y transparencia. Su implementación busca además de garantizar el derecho de la ciudadanía a participar en las decisiones que afectan su salud, fortalecer el tejido social mediante el reconocimiento de los saberes comunitarios, la promoción del diálogo intercultural y la construcción de confianza entre los actores del sistema. En este sentido, la PPSS se convierte en una herramienta clave para avanzar hacia un modelo de salud más inclusivo, territorializado y centrado en las necesidades reales de la población. Además, permite articular esfuerzos entre instituciones públicas, organizaciones sociales y comunidades, generando sinergias que potencian la gobernanza en salud y el control social efectivo. La consolidación de esta política exige una voluntad política sostenida, recursos adecuados y procesos formativos que fortalezcan las capacidades de participación en todos los niveles del sistema.



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

Desde el ejercicio participativo de las nueve subregiones, se evidenció una alta heterogeneidad en las condiciones de vida asociadas a los determinantes intermedios de la salud. Persisten territorios alejados de los cascos urbanos que concentran problemáticas estructurales como la presencia de grupos armados ilegales, limitaciones en el acceso a los servicios de salud y condiciones deficientes en aspectos fundamentales como el acceso a agua potable, la seguridad alimentaria y la vivienda digna.

Los encuentros con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) han sido determinantes para identificar y abordar estos desafíos, mediante la articulación comunitaria e institucional a través de comités de salud, Juntas de Acción Comunal y promotores de salud. Estas estrategias han permitido fortalecer el enfoque preventivo, promover estilos de vida saludables y avanzar en la garantía de un acceso más equitativo a servicios básicos.

La participación activa de las comunidades facilitó la visibilización de problemáticas asociadas a la pobreza, el desempleo y las brechas educativas, factores que inciden directamente en los determinantes sociales de la salud. Este abordaje colaborativo contribuye al fortalecimiento de la cohesión social y a la construcción de bases para un desarrollo sostenible, en el que la salud se reconoce como un derecho fundamental y una prioridad colectiva en el territorio.

2.10 Conclusiones

Antioquia ha logrado avances importantes en su desarrollo económico, infraestructura y cobertura de servicios básicos, destacándose por encima del promedio nacional en varios indicadores, como electricidad, agua potable y alcantarillado. Sin embargo, persisten desigualdades territoriales, especialmente en las zonas rurales, donde los desafíos en el acceso a servicios y la calidad de vida siguen siendo importantes.

El desempeño en educación es positivo, con cobertura casi universal en primaria, pero aún enfrenta retos en secundaria y media, así como en la reducción de la desigualdad en el acceso a la educación superior.



Aunque la violencia ha disminuido desde su punto más alto en 2018, los homicidios y la violencia intrafamiliar siguen siendo problemas críticos que requieren atención urgente, especialmente en territorios vulnerables. Además, la inseguridad alimentaria y la creciente malnutrición son desafíos prioritarios, reflejando brechas sociales y económicas persistentes.

Finalmente, la Participación Social en Salud ha fortalecido la inclusión de la comunidad en la toma de decisiones, pero aún hay áreas de mejora en la articulación interinstitucional, recursos y formación de los actores locales. En conjunto, el panorama del departamento muestra una trayectoria positiva de desarrollo, con progresos sostenidos y capacidades institucionales fortalecidas, que constituyen una base sólida para continuar cerrando brechas territoriales y avanzar hacia un bienestar más equitativo y sostenible para la población antioqueña.





Capítulo III:

Situación de salud y calidad de vida en el territorio



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

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

3.1 Análisis de la mortalidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles (ENT) representan actualmente cerca del 75 % de las muertes a nivel mundial, con más de 43 millones de fallecimientos anuales. De estos, alrededor de 18 millones corresponden a muertes prematuras (menores de 70 años), concentrándose principalmente en países de ingresos bajos y medianos. Las ENT especialmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las respiratorias crónicas y la diabetes, continúan constituyendo el principal reto para la salud pública global.

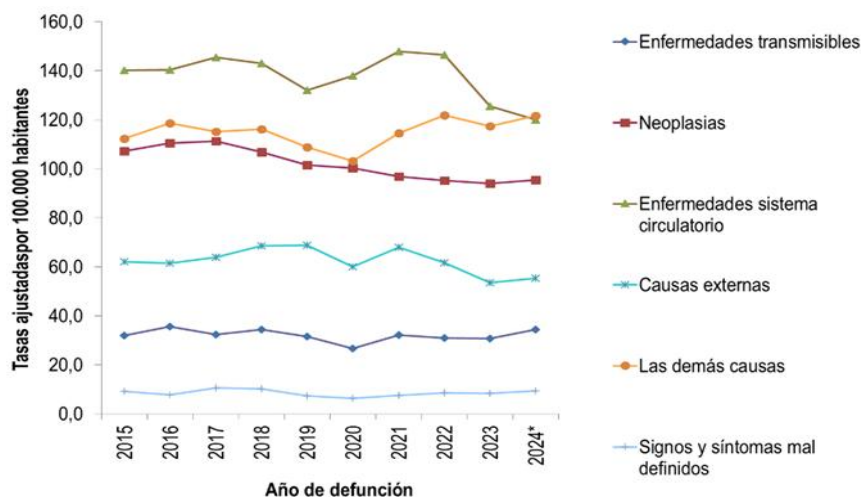
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas

El perfil de mortalidad por grandes causas en el departamento evidencia un patrón dominado por enfermedades crónicas, resultado de la interacción entre factores biológicos, condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud, estilos de vida y determinantes sociales como la pobreza, la escolaridad y la convivencia social.

Entre 2015 y 2024, según datos preliminares, las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo una de las principales causas de muerte, con una tendencia general descendente en el periodo. Para 2024 registraron una tasa de 120 defunciones por 100.000 habitantes, lo que representa una reducción del 4 % respecto a 2023. En contraste, la categoría “las demás causas”, que agrupa eventos como diabetes y enfermedades crónicas respiratorias, mostró estabilidad en la serie, pero en 2024 aumentó a 122 por 100.000 habitantes, ubicándose en primer lugar. Dado que corresponde a un grupo residual y heterogéneo, su interpretación requiere cautela. Las neoplasias ocupan el tercer lugar, con 95,4 defunciones por 100.000 habitantes y una tendencia estable en el periodo analizado. Las causas externas se sitúan en cuarto lugar, mostrando una reducción progresiva hasta 55,4 por 100.000 habitantes en 2024, mientras que las enfermedades transmisibles registran las tasas más bajas y estables, con 34,4 defunciones por 100.000 habitantes, reflejando avances sostenidos en su control.



Figura 13. Mortalidad según grandes grupos de causas, Antioquia, 2015 – 2024*



Fuente: SISPRO – MSPS

*2024 Preliminar

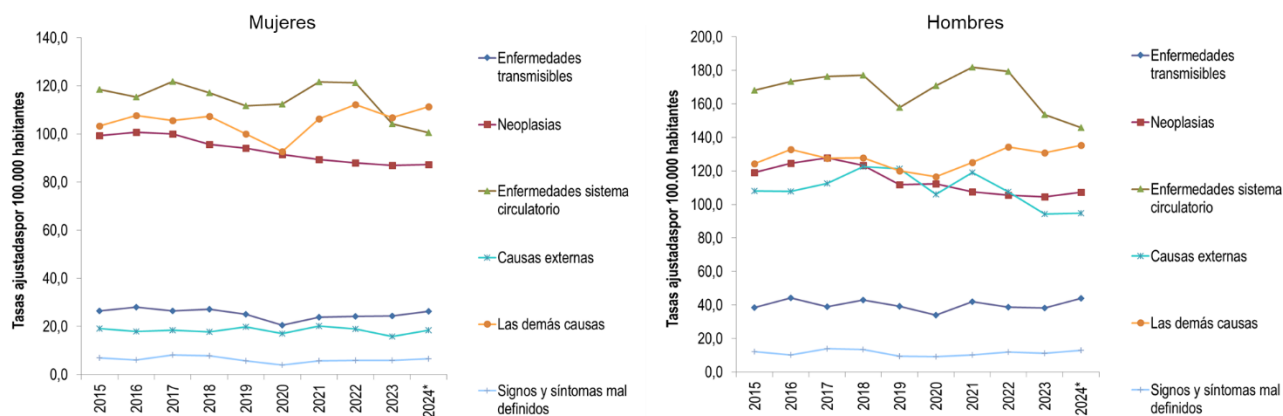
3.1.2 Tasas de mortalidad por sexo

El análisis de la mortalidad por sexo para el mismo periodo, evidencia que los hombres presentan de manera consistente tasas superiores a las de las mujeres en todos los grandes grupos de causas. No obstante, en ambos sexos la principal causa de muerte corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio, con tasas en 2024 de 150 por 100.000 hombres y 100 por 100.000 mujeres. La segunda causa en hombres y mujeres es el grupo de las demás causas, aunque con comportamientos diferenciados: mayor variabilidad y niveles más altos en hombres (135,3 por 100.000) frente a una evolución más estable en mujeres (111,3 por 100.000), siendo las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores las más representativas en ambos sexos. Las neoplasias ocupan el tercer lugar, con una tendencia descendente sostenida tanto en hombres como en mujeres. Las mayores diferencias se observan a partir de la cuarta causa: en los hombres predominan las causas externas, con tasas elevadas, mientras que en las mujeres este lugar lo ocupan las enfermedades transmisibles, seguidas por las causas externas con valores considerablemente menores. En conjunto, estos patrones confirman brechas de mortalidad por sexo, particularmente asociadas a causas externas y transmisibles, lo que subraya la necesidad de enfoques preventivos y de atención diferenciados que consideren los riesgos específicos y los determinantes sociales que afectan de manera



distinta a hombres y mujeres.

Figura 14. Mortalidad según grandes grupos de causas en mujeres y hombres. Antioquia, 2015 – 2024*



Fuente: SISPRO – MSPS

*2024 Preliminar

3.1.3 Años de vida potencialmente perdidos

El indicador de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) permite cuantificar el impacto social de la mortalidad prematura, al estimar los años de vida que se pierden cuando las defunciones ocurren antes de la edad esperada, reflejando de manera directa la carga asociada a la muerte de personas jóvenes y en etapas productivas de la vida.

En Antioquia, la mayor carga de AVPP se concentra en las causas externas, seguidas por las demás causas y las neoplasias. En el periodo analizado, el indicador muestra variaciones leves y alcanza en 2024 un total de 7.714,8 AVPP, inferior a los picos de 2018 y 2021, aunque aún elevado, lo que evidencia la persistencia de muertes evitables en edades tempranas.

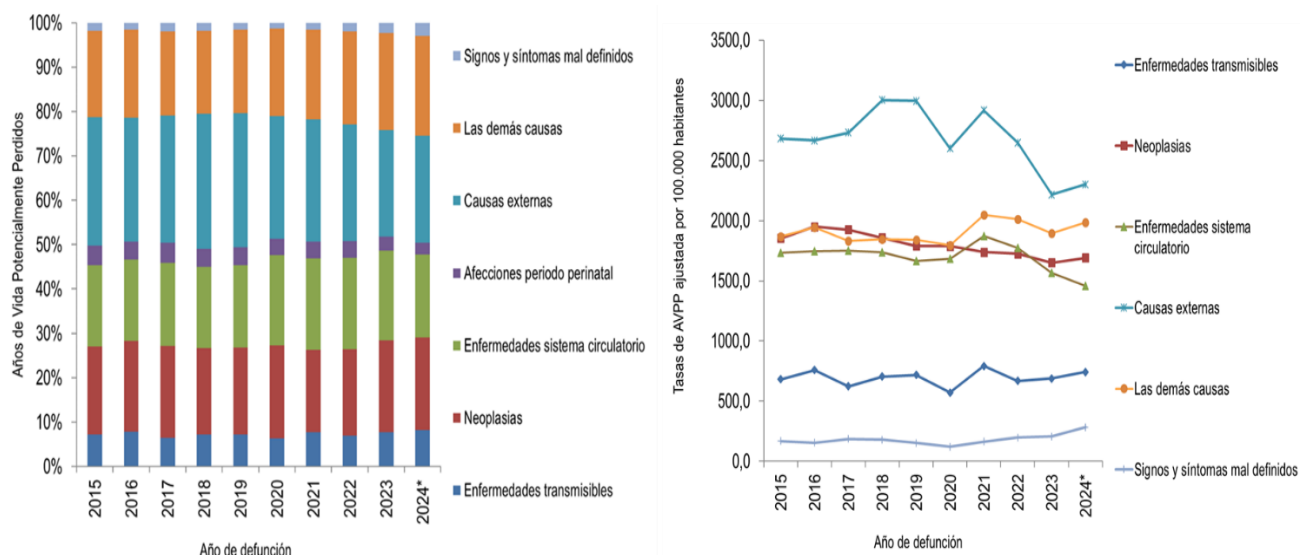
Las causas externas son el principal aporte a los AVPP durante todo el periodo, con un pico en 2018 (3.001,5) y valores altos hasta 2021 (2.915,0), seguido de una reducción progresiva hasta 2.301,2 en 2024. A pesar del descenso, continúan reflejando una alta mortalidad en población joven por violencias, accidentes y suicidios, lo que exige mantener acciones intersectoriales de prevención.



Las demás causas presentan un comportamiento relativamente estable, con un ligero incremento en 2024 (1.984,4 AVPP), lo que evidencia la necesidad de análisis más desagregados, mientras que las neoplasias mantienen una carga alta y persistente, con valores entre 1.852,5 en 2015 y 1.689,4 en 2024, sin una disminución sostenida, lo que refleja barreras en la detección temprana y el tratamiento oportuno. Las enfermedades del sistema circulatorio muestran una reducción de los AVPP de 1.870,2 en 2021 a 1.456,5 en 2024, sugiriendo avances en la prevención cardiovascular, aunque con una carga aún relevante, especialmente en mayores de 45 años.

Por sexo, en los hombres la mortalidad prematura se concentra principalmente en las causas externas, asociadas a violencias, accidentes y suicidios en edades jóvenes, mientras que en las mujeres predominan las neoplasias, en particular los cánceres de mama y cuello uterino, lo que indica un importante potencial de prevención mediante tamizajes oportunos; las enfermedades circulatorias afectan a ambos sexos en proporciones similares y el aumento reciente de los AVPP por signos y síntomas mal definidos en hombres y mujeres sugiere debilidades en la calidad del registro de la mortalidad, con impacto en el análisis y la priorización en salud pública.

Figura 15. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP según grandes causas lista 6/67. Antioquia, 2015 – 2024*



Fuente: SISPRO – MSPS



3.1.4 Mortalidad específica por subgrupo

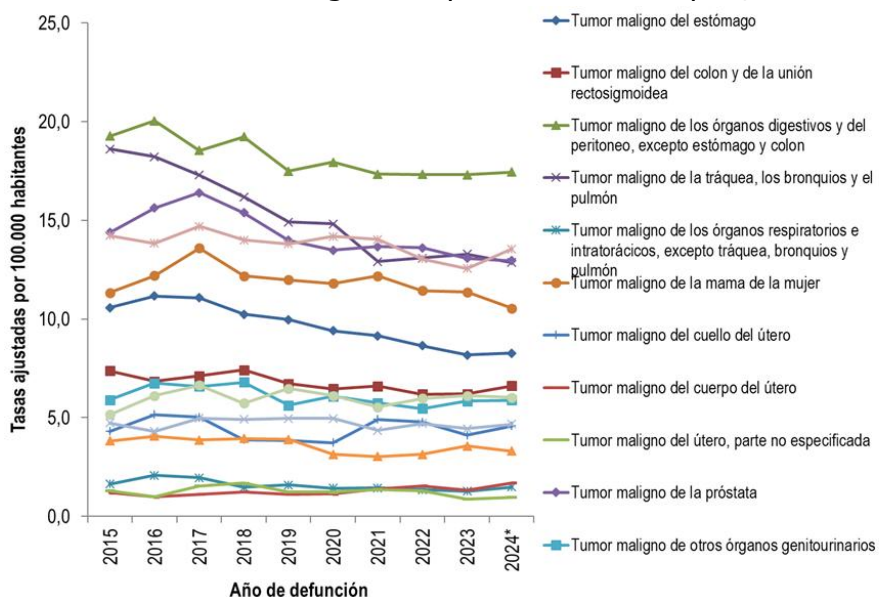
Enfermedades transmisibles: la mortalidad por enfermedades transmisibles aporta la menor carga entre los grupos de causas analizados y presenta un comportamiento relativamente estable en el periodo de estudio. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se mantienen como la principal causa de defunción, con una tasa de 18,1 por 100.000 habitantes, muy por encima del VIH/SIDA (4,0), la tuberculosis (3,6) y las enfermedades infecciosas intestinales (3,6). Por sexo, las IRA lideran en hombres (21,7 por 100.000) y mujeres (15,1 por 100.000), con diferencias en las causas secundarias: en hombres predominan VIH y tuberculosis, y en mujeres las infecciones intestinales y las septicemias.

Según cifras preliminares del DANE, en 2024 Antioquia registró 2.976 muertes por enfermedades transmisibles, concentradas en el Valle de Aburrá, en hombres y adultos mayores, con picos en los trimestres de mayor circulación de virus respiratorios; aunque la tasa departamental se mantuvo por debajo de la meta anual, aumentó frente a 2023. Para julio de 2025, se notificaron 2.016 muertes, superando lo observado en el mismo periodo del año anterior, lo que evidencia una tendencia al alza asociada principalmente a eventos respiratorios. Este comportamiento resalta la necesidad de fortalecer la prevención, la vigilancia y la atención oportuna, especialmente en grupos y territorios de mayor riesgo, pese a los avances logrados en vigilancia epidemiológica y articulación programática.

Neoplasias: durante todo el periodo evaluado, el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo (excepto estómago y colon) presenta las tasas más altas y sostenidas de mortalidad dentro del grupo de las neoplasias, alcanzando en 2024 una tasa de 17,5 muertes por 100.000 habitantes, ligeramente superior a la del año anterior. En contraste, el cáncer de mama y el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmones muestran los mayores descensos recientes, con reducciones de 0,8 y 0,4 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente. El cáncer de próstata constituye la tercera causa de muerte por neoplasias en los hombres (13,0 por 100.000) y el cáncer de mama la tercera en las mujeres (10,5 por 100.000), ambos con una ligera disminución en los últimos tres años. Aunque estas tendencias descendentes son favorables, la magnitud del descenso sigue siendo limitada, lo que hace necesario mantener y fortalecer las acciones de prevención secundaria, detección temprana y promoción de estilos de vida saludables, especialmente en poblaciones y territorios con mayor vulnerabilidad.



Figura 16. Mortalidad según neoplasias en Antioquia, 2015 – 2024*



Fuente: SISPRO – MSPS

Enfermedades del sistema circulatorio: Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo una de las principales causas de mortalidad en el departamento, con un riesgo mayor en los hombres que en las mujeres, diferencia que se relaciona con factores biológicos y conductuales, así como con el efecto protector hormonal en las mujeres antes de la menopausia. En 2024, las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el primer lugar, con una tasa de 60,9 muertes por 100.000 habitantes, inferior a los picos de 2021 y 2022, lo que evidencia una tendencia descendente; le siguieron las enfermedades cerebrovasculares (23,5 por 100.000) y las enfermedades hipertensivas, que mostraron una reducción marcada hasta 14,1 por 100.000 en 2024. Estas causas concentran la mayor carga de mortalidad cardiovascular y afectan a ambos sexos, aunque con tasas consistentemente más altas en los hombres, quienes presentan una mortalidad por cardiopatía isquémica 29,5 por 100.000 habitantes superior a la de las mujeres. Aunque la tendencia general es favorable en los últimos años, la persistente brecha por sexo resalta la necesidad de fortalecer la prevención, el control de factores de riesgo y el seguimiento oportuno, especialmente en la población masculina.

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal: Entre 2015 y 2024, la mortalidad en el período perinatal mostró una reducción sostenida, pasando de 412 a 245 muertes, lo que equivale a una disminución del 40,5%, reflejo del



fortalecimiento de la ruta materno-perinatal, el control prenatal, la atención del parto y del recién nacido. Históricamente, los trastornos respiratorios específicos fueron la principal causa hasta 2023; sin embargo, en 2024 las afecciones originadas en el período perinatal ocuparon el primer lugar con el 32,7% de las muertes y un incremento frente a 2023, mientras que los trastornos respiratorios descendieron de forma marcada (-43,2%). La sepsis bacteriana del recién nacido también mostró una disminución sostenida, con una reducción del 34,4% entre 2023 y 2024.

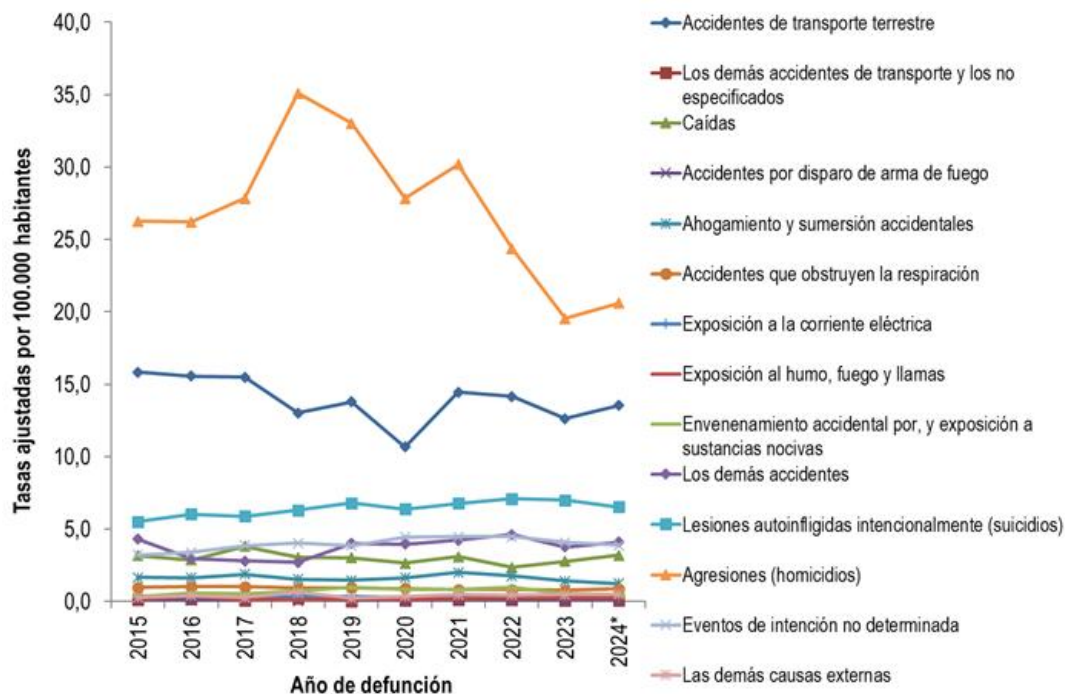
Por sexo, en 2024 el 53,9% de las muertes perinatales ocurrió en hombres, en quienes predominaron los trastornos respiratorios específicos, aunque con una reducción importante frente al año anterior. En las mujeres (46,1%), las principales causas fueron las afecciones originadas en el período perinatal, que mostraron un incremento, seguidas de los trastornos respiratorios, los cuales también disminuyeron. En conjunto, el comportamiento evidencia avances relevantes en la reducción de la mortalidad perinatal, aunque persisten retos asociados a la atención materna y neonatal oportuna y de calidad.

Causas externas: entre 2015 y 2024, la mortalidad por causas externas en Antioquia mostró un patrón similar al nacional, con predominio de los homicidios, los accidentes de transporte terrestre y los suicidios. Los homicidios presentaron las tasas más altas, con un pico alrededor de 2018, cuando superaron las 60 muertes por 100.000 hombres, seguido de un descenso sostenido hasta ubicarse cerca de 35 por 100.000 en 2024, lo que sugiere efectos positivos de las políticas de seguridad, aunque persiste un contexto de alta violencia. Los accidentes de tránsito se consolidan como la segunda causa, con tasas relativamente estables durante todo el periodo, alrededor de 25–30 por 100.000 hombres y 4–6 por 100.000 mujeres, reflejando la persistencia del riesgo vial, especialmente en hombres jóvenes y adultos.

Las lesiones autoinfligidas (suicidios) ocupan el tercer lugar y muestran una tendencia levemente ascendente, principalmente en hombres, mientras que en las mujeres las tasas se mantienen bajas, cercanas a 1 por 100.000. En términos de distribución por sexo, la mortalidad por causas externas es marcadamente mayor en los hombres, cuyas tasas duplican o triplican las de las mujeres, debido a una mayor exposición a la violencia, la siniestralidad vial y riesgos laborales. En las mujeres, predominan los accidentes de tránsito y los homicidios, con tasas más bajas pero persistentes, lo que refuerza la necesidad de intervenciones sostenidas en seguridad, convivencia, salud mental y seguridad vial, con un enfoque diferencial por sexo y territorial.



Figura 17. Mortalidad según causas externas Antioquia, 2015 – 2024*.

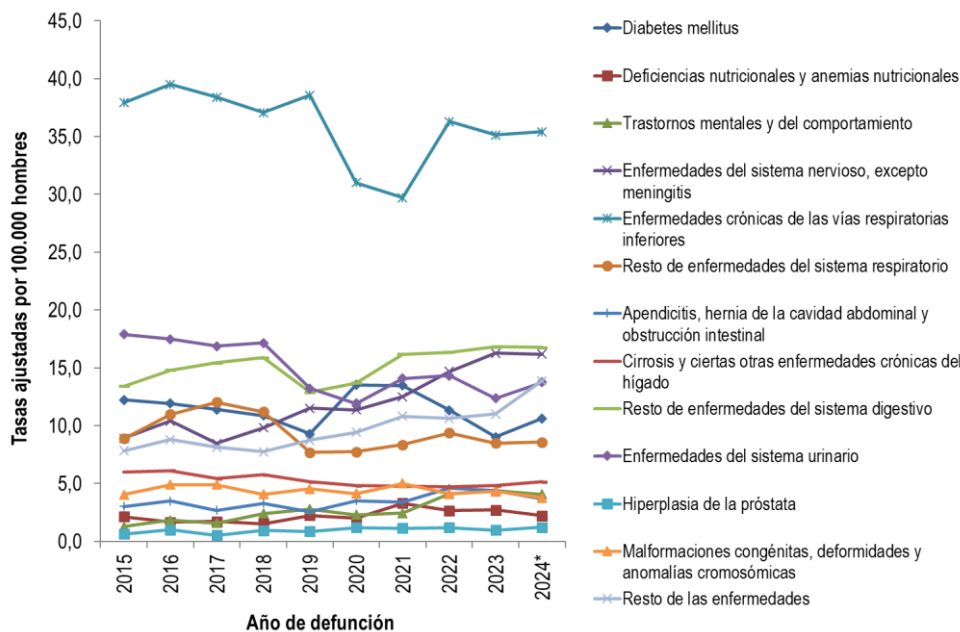


Fuente: SISPRO - MSPS

Demás causas de mortalidad: dentro del grupo de “otras causas”, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores se consolidan como la principal causa de mortalidad, con una tasa de 30,2 muertes por 100.000 habitantes en 2024, estable frente a 2023 y con mayor afectación en hombres (35,4) que en mujeres (26,5). En segundo y tercer lugar se ubican las enfermedades del sistema nervioso y el resto de las enfermedades del sistema digestivo, ambas con una tasa general de 15,3 por 100.000, aunque con diferencias por sexo: en mujeres predominan las neurológicas y en hombres las digestivas. Este patrón evidencia una mayor carga en la población masculina y resalta el peso de las enfermedades crónicas no transmisibles, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la prevención, el control del tabaquismo, la detección temprana y la atención integral desde la atención primaria en salud..



Figura 18. Mortalidad según las demás enfermedades. Antioquia, 2015 – 2024*



Fuente: SISPRO – MSPS

3.1.5 Mortalidad materno-infantil y en la niñez

Al evaluar la mortalidad materno-infantil del departamento frente a los indicadores nacionales, se observa que la razón de mortalidad materna es significativamente más baja que la del país. En los indicadores de infancia y niñez, el departamento presenta valores inferiores al promedio nacional, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Entre 2014 y 2024, Antioquia presenta una tendencia general a la disminución de la mortalidad materna, neonatal, infantil y en la niñez, con incrementos transitorios durante la pandemia. La razón de mortalidad materna se mantiene por debajo del promedio nacional y cumple la meta ODS. La mortalidad neonatal e infantil disminuyó en la década, con leves aumentos recientes que no modifican la tendencia y que continúan inferiores a las tasas nacionales. En menores de 5 años, las principales causas evitables (IRA, EDA y desnutrición) muestran tasas más bajas que las del país, con descensos globales y algunos repuntes recientes, lo que evidencia avances sostenidos y la necesidad de mantener acciones de prevención y vigilancia.



Tabla 11. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez.
Antioquia, 2015 – 2024*

Causa de muerte	Colombia	Antioquia	Comportamiento										
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	
Razón de mortalidad materna	44,7	30,7											
Tasa de mortalidad neonatal	6,5	5,4											
Tasa de mortalidad infantil	10,4	8,4											
Tasa de mortalidad en la niñez	13,1	11,5											
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,5	7,3											
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,4	2,8											
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,2	3,3											

Fuente: SISPRO - MSPS

3.1.6 Mortalidad materna

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública estrechamente vinculado a determinantes sociales como la pobreza, la inequidad, las barreras geográficas y culturales, así como al acceso oportuno y la calidad de los servicios de salud, factores que incrementan el riesgo de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En 2024, Antioquia presenta un desempeño más favorable que el promedio nacional, con una razón de mortalidad materna de 30,7 muertes por 100.000 nacidos vivos, 14 puntos por debajo de la registrada en Colombia (44,7). Aunque ambas tendencias evidencian una reducción sostenida desde el pico alcanzado en 2021, el departamento mantiene de forma consistente tasas inferiores a las nacionales a lo largo del periodo analizado.

No obstante, el riesgo de morir por causas maternas muestra marcadas desigualdades étnicas y territoriales. En 2024, la razón de mortalidad materna fue mayor en mujeres indígenas (483,1 por 100.000 nacidos vivos) y afrodescendientes (175,4) en comparación con mujeres no racializadas (23,7), lo que pone en evidencia profundas brechas sociales, económicas y de acceso a la atención en salud.

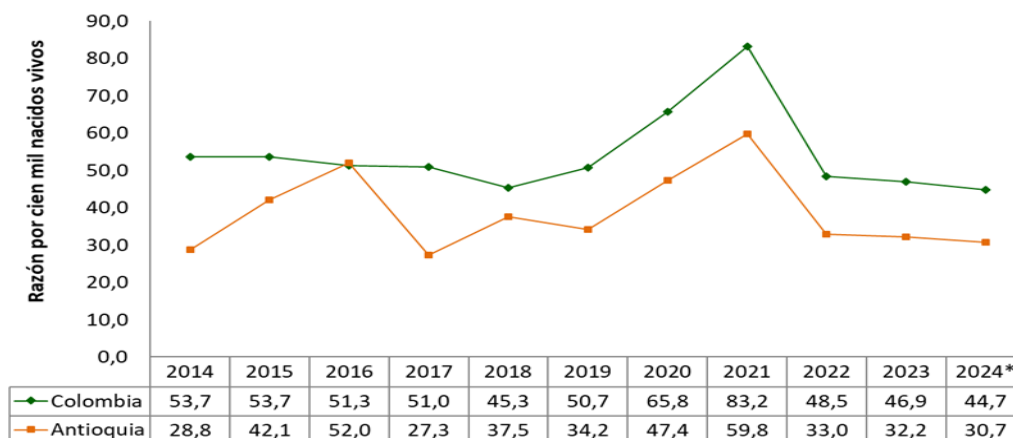
Entre 2015 y 2019 predominaron las muertes por causas directas asociadas al embarazo, el parto y el puerperio; durante la pandemia por COVID-19 se observó un incremento de las causas indirectas, especialmente en 2021. Para 2024, estas últimas explicaron la mayoría de las muertes maternas (68,8%). En los años recientes, los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias han sido las principales



causas directas, mientras que las causas indirectas se relacionan con enfermedades crónicas, cardiovasculares, infecciosas y neoplásicas. La distribución por subregiones es heterogénea, con ausencia de casos en algunos territorios y persistencia de muertes en otros.

Ante este contexto, desde 2022 el departamento implementa el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil, orientado al fortalecimiento del control prenatal, la gestión integral del riesgo obstétrico, la atención oportuna de emergencias y el trabajo comunitario e interinstitucional, con énfasis en zonas rurales y poblaciones en mayor condición de vulnerabilidad.

Figura 19. Razón de mortalidad materna. Colombia y Antioquia 2014 – 2024*



Fuente: SISPRO – MSPS

La salud perinatal y neonatal está estrechamente relacionada con la salud materna; en este sentido, las acciones orientadas a la reducción de la mortalidad materna tienen un impacto directo sobre la mortalidad neonatal. Entre 2014 y 2024, la mortalidad neonatal muestra una tendencia general a la disminución, con un pico en 2021 asociado a la pandemia por COVID-19, seguido de una reducción marcada hasta 2023 y un leve incremento en 2024.

Al desagregar por área de residencia, se mantiene de forma histórica una mayor mortalidad en neonatos residentes en zonas rurales, seguida de los centros poblados y, en menor medida, de la cabecera municipal. En 2024, las tasas fueron de 7,6, 6,0 y 4,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente. Este patrón de desigualdad también se evidencia al analizar la mortalidad por etnia, con tasas más



altas en población indígena (24,2 por 1.000 nacidos vivos) y afrodescendiente (10,5), lo que refleja persistentes brechas territoriales, sociales y de acceso a servicios de salud.

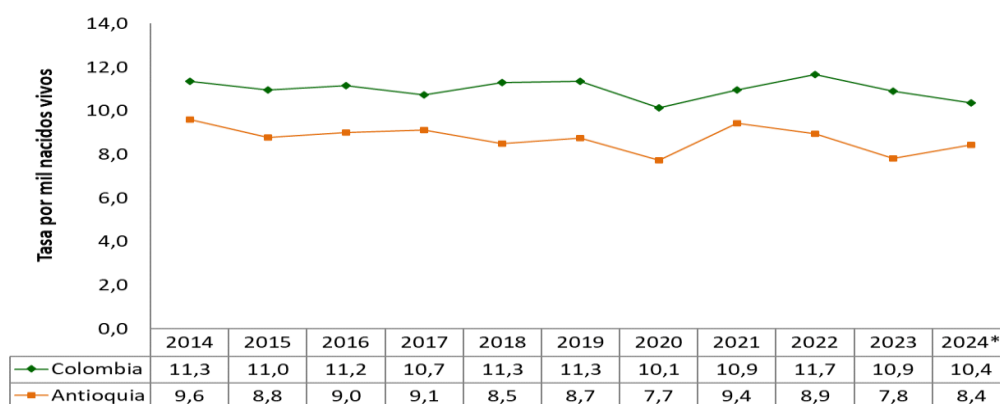
3.1.7 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil es un evento prioritario en salud pública por su carácter ampliamente evitable y por reflejar condiciones biológicas y sociales de vulnerabilidad. En la última década, Antioquia ha presentado una disminución gradual de la mortalidad infantil, pasando de 9,6 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2014 a 8,4 en 2024, lo que representa una reducción del 12,5%, confirmando una tendencia favorable.

El análisis por causas muestra que la mayor carga de mortalidad infantil se concentra en el período perinatal y en las malformaciones congénitas, causas estrechamente asociadas a la gestación y al parto. La mortalidad por causas perinatales se ha mantenido relativamente estable, con una leve reducción entre 2015 y 2024, y sin diferencias estadísticamente significativas por sexo. Este comportamiento resalta la importancia de fortalecer la ruta materno-perinatal, dado que la mortalidad infantil representa cerca del 74% de las muertes en menores de cinco años.

En conjunto, los resultados evidencian avances sostenidos en la reducción de la mortalidad infantil en el departamento, aunque persiste la necesidad de profundizar el análisis por causas y reforzar las intervenciones preventivas y de atención integral desde la gestación y los primeros años de vida.

Figura 20. Tasa de mortalidad infantil. Colombia y Antioquia 2014 – 2024*



Fuente: SISPRO – MSPS



3.1.8 Mortalidad en la niñez

La mortalidad en la niñez en Antioquia ha presentado una tendencia sostenida a la reducción a lo largo del periodo analizado, asociada principalmente al mejor acceso a servicios de salud oportunos, asequibles y de mayor calidad. En 2024, la tasa se ubicó en 11,5 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, dos puntos por debajo del promedio nacional, lo que evidencia un mejor desempeño relativo del departamento en este indicador.

En relación con la mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA), el comportamiento de la última década ha sido fluctuante, con picos en 2019 y 2021 (tasas de 3,9 y 3,7, respectivamente), seguidos de un descenso progresivo hasta 1,2 en 2023. No obstante, en 2024 se observó un incremento significativo del 133%, alcanzando 2,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, aunque manteniéndose por debajo de la tasa nacional. Entre los factores asociados se identifican retrasos en la atención en salud, dificultades en el reconocimiento de signos de alarma y barreras geográficas y económicas.

La mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años también mostró un aumento en 2024 frente a 2023, al pasar de 6,9 a 7,3 defunciones por cada 100.000 menores de cinco años. A pesar de este incremento, el análisis de la última década evidencia picos más altos en 2019 (10,3) y 2021 (9,1), sin que Antioquia haya superado la tasa nacional. Este tipo de mortalidad se asocia a factores como bajo peso al nacer, desnutrición, ausencia de lactancia materna, hacinamiento, bajas coberturas de vacunación y limitaciones en el acceso y calidad de los servicios de salud.

La desnutrición continúa siendo un determinante crítico, al incrementar el riesgo de muerte por EDA e IRA y reflejar profundas inequidades sociales. Aunque en la última década la mortalidad por desnutrición ha mostrado una tendencia descendente, en 2023 se registró un pico de 4,2, valor que, aun así, se mantuvo muy por debajo del nacional (8,8). En conjunto, estos comportamientos evidencian que, si bien Antioquia mantiene tasas inferiores a las del país, persisten brechas asociadas a determinantes sociales, especialmente en población rural, grupos étnicos y contextos de vulnerabilidad, que requieren intervenciones integrales y sostenidas para reducir muertes evitables en menores de cinco años.



3.1.9 Mortalidad relacionada con Salud Mental

Entre 2015 y 2024, la mortalidad asociada a trastornos mentales, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas (SPA) presenta un aumento sostenido, con diferencias marcadas según la causa y el sexo.

Las muertes por trastornos mentales y del comportamiento se incrementaron en los hombres de 32 a 153 defunciones, lo que representa un aumento del 378%, y en las mujeres de 47 a 184, equivalente a un incremento del 292%. Este grupo concentra el mayor volumen absoluto de muertes y una mayor carga en mujeres a lo largo del periodo.

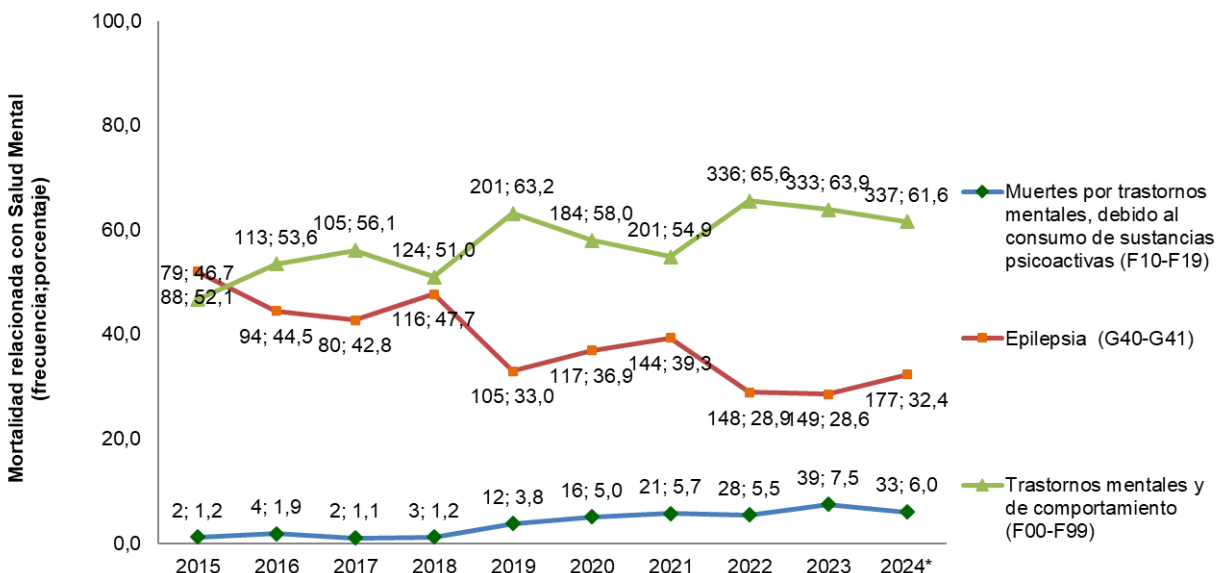
En los trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de SPA se evidencia el mayor crecimiento relativo. En los hombres, las defunciones pasaron de 1 a 29, correspondiente a un aumento del 2.800%, mientras que en las mujeres aumentaron de 1 a 4, lo que equivale a un incremento del 300%. La brecha por sexo se acentúa en los años recientes: en 2023 se registraron 33 muertes en hombres frente a 6 en mujeres, concentrándose en los hombres más del 85% de las defunciones por esta causa.

La mortalidad por epilepsia también muestra una tendencia ascendente. En los hombres, las defunciones aumentaron de 53 a 95, lo que corresponde a un incremento del 79%, mientras que en las mujeres pasaron de 35 a 82, equivalente a un aumento del 134%. Aunque los hombres mantienen cifras absolutas más altas, el crecimiento proporcional es mayor en mujeres.

En conjunto, estos hallazgos confirman que, pese a las diferencias en magnitud entre causas, todas presentan incrementos relevantes durante el periodo analizado. Este comportamiento podría estar relacionado con determinantes sociales, los efectos posteriores a la pandemia por COVID-19, una mayor visibilización de los problemas de salud mental y mejoras en los sistemas de información, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las acciones integrales en salud mental y adicciones con un enfoque diferencial por sexo.



Figura 21. Mortalidad relacionada con Salud Mental. Antioquia 2015 – 2024*



3.1.10 Conclusiones mortalidad

La mortalidad en Antioquia muestra un patrón consistente con tendencias globales, destacándose las enfermedades del sistema circulatorio como la principal causa de muerte, seguida de las neoplasias y otras causas. Aunque las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias han mostrado un comportamiento estable, las causas externas y las enfermedades transmisibles siguen presentando una tendencia preocupante al alza, especialmente en los últimos años.

Se observa una desigualdad por sexo, con tasas de mortalidad consistentemente más altas en hombres, especialmente en las causas externas, donde la proporción de muertes masculinas es significativamente mayor. Las muertes prematuras (AVPP) están principalmente impulsadas por las causas externas, especialmente las muertes violentas y traumáticas en hombres, y por neoplasias en mujeres, lo que subraya la necesidad de mejorar las estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno.

El riesgo de mortalidad materna sigue siendo heterogéneo a nivel territorial, con mayor riesgo en subregiones rurales como Urabá, donde las dificultades geográficas y el acceso limitado a servicios de salud afectan negativamente la atención. Este



problema se agrava en comunidades indígenas, donde las prácticas culturales y el uso de la medicina tradicional retrasan la atención médica oportuna. En este contexto, la implementación de estrategias de salud intercultural y el fortalecimiento de los servicios médicos en áreas remotas son esenciales para reducir las brechas en salud.

Por otro lado, la mortalidad asociada a la salud mental muestra una tendencia creciente, especialmente en trastornos mentales, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas. Este incremento refleja tanto un aumento en la carga de enfermedades mentales como una mejora en la capacidad de registro del sistema de vigilancia. Los hombres presentan una mayor mortalidad por consumo de sustancias y epilepsia, mientras que las mujeres tienen una mayor carga en trastornos mentales generales, lo que resalta la necesidad de reforzar las políticas de salud mental, con un enfoque integral y diferenciación de género.

Finalmente, para reducir la mortalidad, es esencial fortalecer las estrategias de promoción y prevención, especialmente en comunidades vulnerables, mejorando el acceso a servicios de salud, garantizando prácticas clínicas seguras y promoviendo entornos saludables a través de actividades ambientales, educativas y sanitarias. La implementación de protocolos y guías de práctica clínica debe ser una prioridad para minimizar los riesgos asociados a enfermedades infecciosas y mejorar los resultados en salud infantil, materna y mental en Antioquia.

3.2 Análisis de la morbilidad

En esta descripción se analiza la morbilidad agrupada por sexo y curso de vida, a partir de la información proveniente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

3.2.1 Morbilidad atendida

Durante 2024, en Antioquia se registraron 165.715.765 atenciones en salud, de las cuales el 60% correspondieron a mujeres. Este patrón, ampliamente documentado, refleja una mayor utilización de los servicios por parte de las mujeres. De acuerdo con el estudio “Género, equidad y acceso a servicios de salud” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esta mayor demanda no necesariamente constituye un privilegio social, sino que responde principalmente a diferencias en las necesidades



de atención y a patrones de socialización distintos en el reconocimiento de síntomas y la percepción de la enfermedad entre hombres y mujeres.

Del total de atenciones, cerca del 80% estuvo asociado a enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales se relacionan con múltiples factores de riesgo, entre ellos hábitos alimentarios poco saludables (alto consumo de grasas saturadas, azúcares y sal y baja ingesta de frutas y verduras), la inactividad física, el consumo de tabaco y el uso excesivo de alcohol.

Principales causas de consulta por ciclo vital: durante el periodo 2015–2024 se evidencia una tendencia creciente y sostenida en el número total de atenciones en salud, con un incremento más marcado a partir de 2020 con su punto máximo en 2024, año en el que se registran el mayor número de atenciones en la población. El aumento global está fuertemente asociado a la transición demográfica y epidemiológica, caracterizada por el envejecimiento poblacional y el predominio progresivo de enfermedades crónicas.

En 2024, las enfermedades no transmisibles se consolidan como la principal causa de atención en todos los ciclos vitales, con un aumento frente a 2023. Su peso relativo crece de manera progresiva a lo largo del curso de vida: es relevante desde la primera infancia, supera el 60 % en la infancia y adolescencia, alcanza más del 70 % en la adultez y llega a su máxima expresión en la persona mayor, donde concentra más del 80 % de las atenciones.

La adultez es el ciclo vital que genera el mayor volumen absoluto de consultas, mientras que la persona mayor presenta la mayor concentración porcentual y complejidad clínica. En contraste, las condiciones transmisibles continúan perdiendo participación y las lesiones mantienen un peso secundario. En conjunto, este patrón confirma una carga creciente de enfermedad crónica desde edades tempranas y refuerza la necesidad de priorizar la prevención y la gestión integral de la cronicidad para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud.



Tabla 12. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo de vida. Antioquia 2015-2024*

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35,83	36,80	36,13	33,88	31,44	22,03	23,42	31,66	29,37	28,51	-0,86
	Condiciones perinatales	3,72	2,93	2,97	3,26	3,37	8,97	8,23	7,70	7,00	5,97	-1,04
	Enfermedades no transmisibles	41,62	40,99	40,78	41,45	42,00	42,82	43,66	38,47	42,59	44,84	2,25
	Lesiones	5,09	4,88	4,74	4,67	5,72	8,58	6,65	5,54	6,11	6,93	0,81
	Condiciones mal clasificadas	13,74	14,39	15,39	16,74	17,47	17,61	18,03	16,63	14,92	13,76	-1,16
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,85	17,57	17,38	15,27	14,60	10,73	8,31	13,70	13,62	11,60	-2,02
	Condiciones maternas	0,25	0,07	0,06	0,09	0,11	0,11	0,05	0,03	0,22	0,05	-0,17
	Enfermedades no transmisibles	60,46	59,21	57,19	58,51	58,72	59,75	63,32	58,68	61,25	64,71	3,46
	Lesiones	7,17	7,43	7,69	7,46	7,78	10,59	10,32	9,82	8,97	9,83	0,86
	Condiciones mal clasificadas	15,27	15,71	17,67	18,67	18,79	18,83	18,01	17,77	15,93	13,80	-2,13
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,97	11,14	11,08	9,55	8,80	7,26	5,27	6,95	7,41	7,31	-0,10
	Condiciones maternas	3,01	2,14	2,34	2,28	2,39	4,28	3,74	4,24	3,44	2,68	-0,76
	Enfermedades no transmisibles	62,49	61,74	59,87	61,38	61,72	61,32	64,20	61,02	62,78	66,71	3,93
	Lesiones	8,83	9,14	9,47	8,74	8,67	9,35	10,21	11,06	10,51	9,43	-1,07
	Condiciones mal clasificadas	15,70	15,84	17,25	18,04	18,43	17,79	16,57	16,74	15,87	13,87	-2,00
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,43	17,97	16,22	15,27	14,11	11,29	8,22	9,42	11,18	13,49	2,30
	Condiciones maternas	5,40	4,22	4,52	4,43	4,81	9,06	7,39	9,28	6,05	4,55	-1,51
	Enfermedades no transmisibles	56,62	55,19	55,50	57,06	57,05	62,89	55,80	53,82	58,96	60,72	1,77
	Lesiones	8,39	8,95	8,89	8,08	8,37	9,17	9,68	10,76	10,58	9,34	-1,24
	Condiciones mal clasificadas	14,16	13,66	14,86	15,16	15,66	17,59	18,91	16,73	13,23	11,90	-1,32
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,57	10,68	9,85	9,25	8,50	7,47	5,84	6,71	7,38	8,80	1,42
	Condiciones maternas	1,06	0,86	0,91	0,91	0,92	1,51	1,42	1,74	1,15	0,89	-0,27
	Enfermedades no transmisibles	72,43	71,13	71,18	71,42	71,52	70,79	71,37	69,54	72,40	72,54	0,14
	Lesiones	5,66	6,10	5,74	5,53	5,74	6,48	6,80	7,83	7,90	7,83	-0,07
	Condiciones mal clasificadas	11,29	11,24	12,32	12,90	13,32	13,74	14,57	14,18	11,17	9,95	-1,22
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,85	4,64	4,67	4,48	4,13	4,41	2,63	5,54	4,42	4,86	0,43
	Condiciones maternas	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,06	0,01	-0,06
	Enfermedades no transmisibles	82,89	82,38	80,39	79,78	80,84	82,78	84,21	78,29	45,69	82,44	36,75
	Lesiones	3,68	4,78	3,62	3,65	3,83	3,84	4,00	5,22	4,15	4,56	0,41
	Condiciones mal clasificadas	8,57	8,20	11,32	12,08	11,18	8,95	9,15	10,94	45,69	8,15	-37,54

Fuente: SISPRO - RIPS

3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales: dentro de las condiciones transmisibles, nutricionales y parasitarias, se observa una variabilidad marcada en el tiempo, con un repunte significativo en 2024. En particular, las enfermedades infecciosas y parasitarias alcanzan 57,33 %, registrando un incremento de 9,72 puntos porcentuales frente a 2023, lo que representa el aumento más relevante dentro de este grupo. En contraste, las infecciones respiratorias agudas descienden de manera importante hasta 37,44 %, con una reducción de 9,34 puntos porcentuales, evidenciando un cambio en la composición interna de las causas transmisibles más que un crecimiento homogéneo del grupo.



Tabla 13. Distribución porcentual de condiciones transmisibles y nutricionales. Antioquia 2015 – 2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	46,44	47,95	44,51	45,52	46,46	53,27	54,72	41,98	47,61	57,33	9,72
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	50,44	49,33	52,51	51,12	50,02	42,36	38,95	51,12	46,78	37,44	-9,34
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,12	2,73	2,98	3,36	3,53	4,37	6,33	6,89	5,61	5,23	-0,38

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

Condiciones materno perinatales: mantienen una participación relativamente estable. En 2024, las condiciones maternas alcanzan 81,40 %, con un leve incremento frente a 2023, mientras que las condiciones derivadas del periodo perinatal se sitúan en 18,60 %, mostrando una ligera disminución. Este comportamiento sugiere estabilidad en la atención de este tipo de eventos, sin cambios estructurales relevantes..

Tabla 14. Morbilidad específica en condiciones maternas – perinatales. Antioquia 2015 – 2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	82,27	85,65	86,02	84,89	87,24	84,42	81,96	80,94	81,02	81,40	0,38
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	17,73	14,35	13,98	15,11	12,76	15,58	18,04	19,06	18,98	18,60	-0,38

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

Enfermedades no transmisibles: concentran la mayor diversidad de subgrupos y explican el grueso de la demanda asistencial. En 2024, se destacan las enfermedades cardiovasculares, que alcanzan 17,74 %, con un aumento frente al año anterior, consolidándose como uno de los principales subgrupos. Las enfermedades músculo-esqueléticas mantienen una participación elevada (13,06 %), aunque con una leve reducción, mientras que las enfermedades neuropsiquiátricas (11,01 %) y las enfermedades de los órganos de los sentidos (8,60 %) continúan mostrando una tendencia creciente. Las diabetes mellitus y las neoplasias malignas también presentan incrementos, aunque de menor magnitud, reforzando el peso de la cronicidad y la multimorbilidad.



Tabla 15. Morbilidad específica en enfermedades no transmisibles. Antioquia 2015 – 2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	2,14	2,02	2,02	1,97	2,14	3,13	3,18	3,79	3,58	2,92	-0,66
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,28	1,24	1,18	1,21	1,28	1,36	1,59	1,59	1,49	1,39	-0,10
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,15	3,65	3,96	3,93	4,11	5,17	4,51	3,73	3,92	4,33	0,41
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,25	5,47	5,59	5,99	6,10	6,18	6,72	5,14	5,57	5,86	0,28
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,20	8,83	8,42	9,29	9,63	10,84	11,30	10,78	11,38	11,01	-0,37
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,77	7,87	7,85	7,19	6,97	6,81	7,21	8,13	8,22	8,60	0,39
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	14,89	14,66	16,31	16,17	16,25	20,84	18,93	19,03	18,59	17,74	-0,85
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,37	4,48	4,79	4,64	4,26	4,49	4,50	5,27	4,61	3,92	-0,70
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,05	6,14	5,91	6,05	6,12	6,05	5,55	6,31	6,09	5,97	-0,12
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	11,03	10,73	10,81	10,89	10,69	10,51	9,94	9,44	9,52	9,81	0,29
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,14	5,34	5,29	5,33	5,13	4,83	4,99	4,51	4,33	4,36	0,03
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	14,73	15,68	16,02	16,01	15,42	13,56	13,61	13,08	13,22	13,06	-0,16
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,61	0,62	0,56	0,56	0,56	0,54	0,62	0,68	0,56	0,51	-0,06
	Condiciones orales (K00-K14)	15,40	13,27	11,29	10,77	11,34	5,71	7,33	8,52	8,91	10,52	1,61

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

Lesiones: las lesiones no intencionales representan 5,03 % en 2024, con un incremento frente a 2023, mientras que las lesiones intencionales se mantienen por debajo del 1 %, con variaciones marginales. Este comportamiento indica que, aunque las lesiones no son la principal causa de atención, siguen siendo un componente relevante y persistente de la demanda, especialmente en ciertos grupos etarios.

Tabla 16. Morbilidad específica en lesiones. Antioquia 2015 – 2024

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,13	11,14	5,37	7,20	9,72	8,65	8,78	4,52	4,62	5,03	0,42
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,48	0,41	0,58	0,60	0,68	0,76	0,74	1,09	0,84	0,76	-0,09
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,03	0,04	0,08	0,05	0,06	0,05	0,07	0,08	0,08	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,35	88,41	94,01	92,13	89,54	90,54	90,43	94,32	94,46	94,14	-0,33

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

3.2.3 Morbilidad específica salud mental

Durante el periodo 2015–2024, la morbilidad por causas relacionadas con la salud mental evidencia una alta carga sostenida a lo largo de todo el curso de vida, con predominio de los trastornos mentales y del comportamiento en hombres, mujeres y en la población total. Este patrón confirma una transición epidemiológica en la que la salud mental se consolida como un componente estructural de la morbilidad general. En los hombres, los trastornos mentales y del comportamiento registran las tasas



más elevadas en todas las etapas, destacándose la infancia (87,0 por 100.000) y la primera infancia (82,4) en 2024, con persistencia en la vejez (67,5). A partir de la juventud se observa un cambio en el perfil, con un aumento sostenido de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, que alcanzan valores cercanos a 14 por 100.000 en juventud y adultez, así como de los trastornos de ansiedad, que llegan a 14,2 en juventud y 13,8 en adultez. La depresión presenta una tendencia estable o descendente, lo que podría reflejar subregistro o menor búsqueda de atención en la población masculina.

En las mujeres, los trastornos mentales y del comportamiento también constituyen la principal causa de morbilidad mental, con tasas elevadas en primera infancia (72,3), infancia (77,6) y vejez (65,5) en 2024. De manera diferencial, las mujeres presentan una mayor carga de trastornos emocionales, especialmente ansiedad, que alcanza 26,3 por 100.000 en la juventud y 26,2 en la adultez, y depresión, con valores máximos en la adolescencia (12,0), juventud (11,3) y adultez (10,4). En la vejez, la depresión se mantiene estable, con un leve incremento en 2024 (1,17 puntos porcentuales). Los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas se mantienen en niveles bajos en todas las etapas, sin constituir una causa relevante de morbilidad femenina.

En la población total, los trastornos mentales y del comportamiento concentran las mayores tasas en todos los cursos de vida, con picos en infancia (83,4) y primera infancia (79,1), y valores que se estabilizan entre 57 y 66 por 100.000 en adultos y personas mayores. Los trastornos por uso de sustancias psicoactivas muestran un incremento sostenido en juventud (8,4) y adultez (7,6), confirmando que estas etapas concentran el mayor riesgo de consumo problemático. Los trastornos de ansiedad presentan una tendencia ascendente en casi todos los grupos, con máximos en juventud (20,6), adultez (20,9) y vejez (16,9). La depresión alcanza sus mayores tasas en adolescencia (9,1), juventud (8,5) y adultez (8,2), con una leve recuperación en la vejez en 2024 (+0,9). La epilepsia mantiene relevancia principalmente en la primera infancia (16,1), con descensos en los demás grupos etarios.

Es importante señalar que en el departamento el intento de suicidio presenta una tendencia ascendente sostenida en casos y tasas por cien mil habitantes durante el periodo analizado. Entre 2014 y 2025, los casos aumentaron de 3.518 a 6.046, lo que representa un crecimiento acumulado superior al 70 %, evidenciando una carga creciente para los servicios de salud mental y la respuesta intersectorial.



En conjunto, el análisis muestra que la morbilidad en salud mental presenta un impacto acumulativo a lo largo del curso de vida, con predominio de trastornos del desarrollo y del comportamiento en la niñez, ansiedad, depresión y consumo de sustancias en la juventud y adultez, y persistencia de trastornos mentales comunes en la vejez. Estos resultados respaldan la necesidad de fortalecer la atención integral en salud mental con enfoque de curso de vida y enfoque diferencial por sexo, priorizando la detección temprana, la prevención del consumo de sustancias y la atención oportuna de los trastornos emocionales.

3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

Las enfermedades de alto costo representan un desafío para la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), debido a su curso crónico, la complejidad de su atención y el alto consumo de recursos. Se estima que entre el 20% y 30% de la población concentra cerca del 70% del gasto sanitario, lo que resalta la importancia de su identificación y seguimiento para la gestión del riesgo en los territorios.

En Colombia, el abordaje del alto costo está regulado por la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 2699 de 2007, y se operacionaliza a través de la Cuenta de Alto Costo (CAC), organismo técnico que articula a aseguradores y prestadores para el monitoreo, ajuste de riesgo y mejoramiento de la calidad de la atención.

El informe 2024 de la CAC evidencia un aumento nacional en la prevalencia de estas patologías. En Antioquia, la incidencia de VIH supera la nacional, con diferencia estadísticamente significativa, mientras que la enfermedad renal crónica en estadio 5 y las leucemias agudas pediátricas muestran incrementos sin significancia estadística frente al comportamiento nacional.

Este panorama subraya la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la detección temprana y las acciones integradas de gestión del riesgo, con el fin de reducir el impacto clínico y financiero de estas patologías y mejorar los desenlaces en salud de la población.



Tabla 17. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Antioquia, 2017 – 2024

Evento	Colombia 2024	Antioquia 2024	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 habitantes (año 2024)	81,99	88,23	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 habitantes (año 2024)	7,67	10,92	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	27,88	38,97	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) (año 2023)	0,41	0,75	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años) (año 2023)	3,15	3,00	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

3.2.5 Morbilidad de eventos precursores

Al analizar la morbilidad por eventos precursores durante el periodo 2024, se evidencia en el departamento un aumento en la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial en comparación con 2023. No obstante, este incremento no presenta diferencias estadísticamente significativas al contrastar las tasas departamentales con las tasas nacionales, lo que indica que el comportamiento observado en Antioquia es consistente con la tendencia general del país y no refleja un diferencial epidemiológico relevante frente al contexto nacional.

Tabla 18. Eventos precursores. Antioquia 2017 – 2024

Evento	Colombia	Antioquia	Comportamiento							
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de diabetes mellitus (año 2024)	4,09	4,54	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial (año 2024)	11,16	14,69	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

La ocurrencia de los eventos de interés en salud pública está influenciada por factores demográficos, ambientales y sociales que determinan la población susceptible y su dinámica territorial. Pese a las acciones de prevención y control intersectoriales, la interacción de condiciones ambientales, individuales y limitaciones en la prestación de servicios puede generar defunciones asociadas a estos eventos.

De acuerdo con la notificación correspondiente al último año, los indicadores evidencian que el valor del indicador en el departamento es significativamente menor en comparación con el observado a nivel nacional.



Tabla 19. Eventos de notificación obligatoria 2016-2023

Evento	Colombia	Antioquia	Comportamiento									
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
100 - ACCIDENTE OFÍDICO	6231	744	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
110 - BAJO PESO AL NACER	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
112 - MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	301	19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	23299	2168	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	18150	2516	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
205 - CHAGAS	1242	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
210 - DENGUE	126411	5241	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
217 - CHIKUNGUNYA	51	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
220 - DENGUE GRAVE	1721	81	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
228 - EXPOSICIÓN A FLÚOR	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
298 - EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACIÓN	463	38	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	174337	19051	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
320 - FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	83	8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
330 - HEPATITIS A (BROTE)	2593	684	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
340 - HEPATITIS B	2545	275	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
341 - HEPATITIS C	1512	247	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
342 - ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
343 - HIPOTIROIDISMO CONGENITO	431	86	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
345 - ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	8297	728	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
348 - INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	72558	6818	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
356 - INTENTO DE SUICIDIO	40850	6286	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
357 - INFECCIÓN ASOCIADA A DISPOSITIVOS	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	6872	819	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	24036	4284	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
380 - INTOXICACIÓN POR METANOL	194	28	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
390 - INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	47	12	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
400 - INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	1048	92	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	6056	801	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
412 - INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	1441	289	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
414 - INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	8593	1188	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	4830	1031	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
430 - LEISHMANIASIS MUCOSA	91	14	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
450 - LEPRO	302	6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	1790	199	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
455 - LEPTOSPIROSIS	228	40	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA LINFOIDE	534	55	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
457 - LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA MIELOIDE	78	14	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
458 - LESIONES POR POLVORA	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
459 - CÁNCER INFANTIL	1138	153	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
460 - MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	1050	145	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
470 - MALARIA FALCIPARUM	37521	1743	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
480 - MALARIA MALARIE	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
490 - MALARIA V/AX	65305	14867	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
495 - MALARIA COMPLICADA	1580	299	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
500 - MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	97	30	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
510 - MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	74	7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
520 - MENINGITIS POR NEUMOCOCO	271	58	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
530 - MENINGITIS TUBERCULOSA	414	72	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
540 - MORTALIDAD POR MALARIA	23	6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	33479	3780	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
550 - MORTALIDAD MATERNA	472	37	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	7059	800	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
580 - MORTALIDAD POR DENGUE	118	8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
590 - MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	132	3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
600 - MORTALIDAD POR IRA	381	21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
620 - PAROTIDITIS	5295	744	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
710 - RUBÉOLA	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
730 - SARAMPÓN	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	10160	1446	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
739 - SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS ASOCIADO A SARS-COV2	24	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
740 - SÍFILIS CONGENITA	1479	156	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	10200	1237	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
760 - TETANOS ACCIDENTAL	27	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
770 - TETANOS NEONATAL	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
790 - TIFUS ENDÉMICO TRANSMITIDO POR PULGAS	0	0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
800 - TOSFERINA	54	6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	2291	625	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	17322	3312	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
825 - TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	593	145	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
831 - VARICELA INDIVIDUAL	31613	2895	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	20654	2976	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
875 - VCM, VIF, VSX	158314	24602	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
880 - VIRUELA SIMICA (MONKEYPOX)	89	36	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
895 - ZIKA	47	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente: SISPRO



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



SC4887-1

Programa prevención, vigilancia y control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y Resistencia Antimicrobiana RAM: En 2024, Antioquia notificó 853 infecciones asociadas a dispositivos en UCI, lo que representa un incremento del 8,1% frente a 2023, atribuible principalmente al fortalecimiento de la cultura de reporte (99,7% de cumplimiento). Predominaron la neumonía asociada a ventilación mecánica (38,5%) y las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter (37,9%), concentradas mayoritariamente en UCI de adultos (71,6%). Los principales microorganismos identificados fueron E. coli, K. pneumoniae, S. epidermidis, S. aureus y P. aeruginosa, con mejora en la identificación microbiológica, aunque con baja confirmación de laboratorio en NAV.

En cuanto a las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos, se notificaron 700 casos, con un aumento del 13,4% respecto a 2023. La mayor carga se concentró en Medellín, y la incidencia general fue de 1,28 por cada 100 procedimientos, destacándose las revascularizaciones miocárdicas y las cesáreas como los procedimientos con mayores tasas. Predominaron las infecciones superficiales, y los microorganismos más frecuentes fueron S. aureus, E. coli, K. pneumoniae y E. faecalis, con confirmación microbiológica en poco más de un tercio de los casos.

La resistencia antimicrobiana (RAM) en Antioquia representa un problema crítico y en crecimiento. En 2025, más de 66.000 aislamientos evidenciaron predominio de E. coli, K. pneumoniae y S. aureus, con mayores niveles de resistencia en UCI y hospitalización, especialmente a cefalosporinas, ciprofloxacina, oxacilina y carbapenémicos. El alto consumo de antibióticos, particularmente en UCI, y la variabilidad en hospitales de baja complejidad reflejan debilidades en la prescripción y en la implementación de PROA. Factores como la presión antibiótica, la baja adherencia a guías, el uso masivo de antimicrobianos en producción animal y la contaminación ambiental favorecen la expansión de la resistencia. La tendencia creciente de resistencias críticas compromete la eficacia terapéutica y exige acciones integrales bajo el enfoque de Una Salud.

Tuberculosis: en 2024 se notificaron 4.748 casos de tuberculosis en Antioquia, equivalentes al 24 % del total nacional, evidenciando un aumento acorde con la tendencia del país. La enfermedad afecta principalmente a hombres (64,3 %) y se concentra en adultos de 40 a 64 años (32,9 %) y en mayores de 65 años (16,5 %),



lo que genera impactos relevantes en la población en edad productiva y en el sistema de salud.

La mayor carga se presenta en el Valle de Aburrá, que concentra el 82,7 % de los casos, seguido a distancia por Urabá (3,9 %) y Suroeste (2,5 %). Son frecuentes las comorbilidades, especialmente tuberculosis-VIH (15,1 %), desnutrición (14,6 %) y diabetes mellitus (8,1 %), las cuales complejizan el manejo clínico.

A semana epidemiológica 40 de 2025 se han notificado 4.124 casos, lo que representa un incremento del 13,4 % frente al mismo periodo de 2023, destacándose un aumento superior al 100 % en población privada de la libertad. Este comportamiento resalta la necesidad de fortalecer la detección temprana en los primeros niveles de atención y ampliar el uso de pruebas moleculares para mejorar el diagnóstico oportuno y el control de la enfermedad.

Eventos inmunoprevenibles y coberturas de vacunación: La vacunación continúa siendo una de las intervenciones más costo-efectivas en salud pública y, junto con el acceso a agua potable y saneamiento básico, ha contribuido de manera significativa a la reducción de la morbimortalidad por causas evitables, especialmente en menores de seis años y adultos mayores. En Antioquia, el Programa Ampliado de Inmunizaciones avanza bajo los principios de oportunidad, equidad y sostenibilidad, con el objetivo de disminuir la población susceptible y reducir el riesgo de brotes y epidemias, apoyado por un sistema de vigilancia que permite el seguimiento de los eventos inmunoprevenibles y de los eventos adversos posteriores a la vacunación.

Tras la disminución de coberturas registrada durante la pandemia de COVID-19, desde 2021 se evidencia una recuperación progresiva que se mantiene hasta 2025, aunque persisten brechas relevantes. En los menores de un año, para 2025 se alcanzaron coberturas útiles iguales o superiores al 95 % con biológicos clave como influenza, neumococo, BCG y DPT; no obstante, hepatitis B se ubicó 1,4 puntos porcentuales por debajo de la meta y rotavirus presentó un rezago de 2,5 puntos porcentuales. En el grupo de un año de edad, la vacuna contra fiebre amarilla superó el 95 %, mientras que hepatitis A alcanzó 93,3 % y la triple viral (SRP) mostró coberturas de 91,7 % en la primera dosis y 83,2 % en la segunda, lo que mantiene riesgo de reemergencia de sarampión, rubéola y paperas.



En los niños de cinco años, los refuerzos de poliomielitis y DPT se situaron alrededor del 90 %, en tanto que la cobertura de varicela fue la más baja, con 63,1 %, situación asociada a limitaciones temporales en la disponibilidad del biológico. En el grupo de nueve años, la vacunación contra el VPH evidenció avances importantes: en 2025 se alcanzaron coberturas de 58,5 % en niñas y 47,1 % en niños, reflejando un incremento sostenido desde 2020, especialmente tras el cambio a esquema de dosis única y la inclusión de los niños.

En gestantes y adultos de 60 años y más, las coberturas continúan por debajo de la meta del 95 %, con 82,8 % para dPaT, 81,7 % para influenza y apenas 22,2 % para COVID-19, lo que implica un riesgo persistente para estos grupos priorizados. De manera global, a octubre de 2025 la cobertura esperada fue de 79,2 %, con mejores resultados en menores de un año, particularmente para influenza (103 %), neumococo (82 %) y BCG (81,7 %).

En conjunto, las cifras muestran que Antioquia ha logrado una recuperación gradual de las coberturas de vacunación posteriores a la pandemia; sin embargo, persisten desafíos en refuerzos, vacunación contra VPH y protección de gestantes y adultos mayores, lo que hace necesario fortalecer las estrategias de búsqueda activa, seguimiento y sensibilización para alcanzar coberturas útiles iguales o superiores al 95 % en todos los grupos poblacionales.

Enfermedades vehiculizadas por agua y transmitidas por alimentos:

FIEBRE TIFOIDEA: a la semana 40 se han confirmado por laboratorio 64 casos notificados al SIVIGILA, la mayoría procedentes del Valle de Aburrá (49). Frente al año anterior, los casos aumentaron un 280%, evidenciando un comportamiento inusual con brotes familiares y comunitarios que requirieron investigación de campo, identificación de contactos, indicación de tratamiento y toma de muestras antes y después del tratamiento.

HEPATITIS A: durante el periodo evaluado se notificaron 552 casos, de los cuales el 68% correspondió a hombres, con edades entre 6 y 81 años. En comparación con el mismo periodo de 2024, se observó una disminución del 65%, un dato relevante que indica que el departamento pasó de una situación de brote a un comportamiento dentro de lo esperado.



MORBILIDAD POR EDA: durante el periodo evaluado se notificaron 297.764 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) en la población general del departamento, lo que equivale a una incidencia de 43 casos por cada 1.000 habitantes en Antioquia. En cuanto a la distribución por sexo, el 61% de los casos correspondió a mujeres. Respecto a la estructura por edad, el 40% de la notificación se concentró en personas entre los 20 y 34 años

ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR ALIMENTOS: durante el periodo evaluado se identificaron 75 brotes de ETA, de los cuales el 47% ocurrió en municipios de categoría 6, que recibieron acompañamiento técnico departamental. El 81,3% afectó a población general y ocho brotes se presentaron en niños. En cuanto al lugar de exposición, el 36% ocurrió en hogares, el 20% en restaurantes y el 12% en instituciones educativas. Las muestras de alimentos evidenciaron presencia de E. coli (24%), Estafilococo coagulasa positivo (16%) y Bacillus cereus (11%), asociados a fallas en manipulación, higiene y refrigeración.

Respecto a las acciones del programa de alimentos, al 31 de octubre se realizaron 12.395 visitas, con un 23% de establecimientos con concepto favorable, 76% con favorable con requerimientos y 1% desfavorable. Estas acciones permitieron la toma de muestras en el 28,5% de los brotes en municipios de categorías 4, 5 y 6, y la identificación de factores de riesgo en el 100% de los eventos.

En el programa de muestreo departamental se analizaron 798 muestras (corte al 26 de septiembre), de las cuales 83 fueron rechazadas, generando medidas como decomisos e información al INVIMA para seguimiento en las fábricas de producción.

Desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas menores de cinco años: En Antioquia, en 2024 se notificaron 2.822 casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, con una prevalencia de 0,66 por cada 100 niños y niñas. Para 2025, con corte a la semana epidemiológica 40, se registraron 2.179 casos (prevalencia 0,51), cifra inferior a la observada en el mismo periodo de 2024 (2.303 casos; 0,53). Entre febrero y julio de 2025 se evidenció un incremento promedio mensual del 6,5 %, asociado al fortalecimiento de la vigilancia, la declaratoria del evento como centinela y la implementación del plan de desaceleración de la morbimortalidad; a partir de agosto se observó un descenso promedio del 3,2 % en los casos notificados. No obstante, los casos reincidentes aumentaron de 21,7 % en 2024 a 30,9 % en 2025, lo que resalta la necesidad de reforzar las acciones intersectoriales y el seguimiento hasta la recuperación.



En el marco del Plan de Desarrollo, la reducción de la morbimortalidad por desnutrición aguda constituye un reto prioritario. Desde el componente nutricional del programa “Cuidado integral: gestión de la salud pública y la protección social en el territorio”, se han desarrollado acciones articuladas de gestión del riesgo, fortalecimiento de capacidades del SGSSS y seguimiento a las rutas de atención nutricional, con énfasis en la primera infancia y la población materna. Estas incluyen comités de emergencia nutricional, seguimiento nominal de casos, acciones de inspección y vigilancia, implementación de la estrategia IAMII, salas amigas de la familia lactante y articulación intersectorial.

Durante 2025 se realizaron 40 comités virtuales de seguimiento, abordando 266 casos priorizados, con participación de actores nacionales y territoriales, y se adelantaron 99 actividades de fortalecimiento de la Resolución 2350 de 2020, 12 talleres subregionales y procesos de capacitación que alcanzaron al 75,2 % de las IPS del departamento, orientados a mejorar la calidad del tratamiento, la continuidad de la atención y la garantía de derechos de los niños y niñas afectados.

Zoonosis

Vigilancia integrada de la rabia: la rabia humana es una de las zoonosis de mayor importancia para la salud pública a nivel mundial y se encuentra en fase de eliminación, de acuerdo con los lineamientos por la 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 la Lucha contra la Rabia (GARC). A pesar de los avances, las acciones de vigilancia y control deben mantenerse debido al riesgo persistente de nuevos casos en animales y humanos

En Antioquia, el 100% de los municipios ha reportado agresiones por animales potencialmente transmisores. A la semana epidemiológica (SE) 40 de 2025 se han notificado 16 754 eventos, equivalentes a una incidencia de 242 por 100 000 habitantes. El Valle de Aburrá concentra el mayor número de notificaciones (9 255 casos), mientras que la mayor incidencia se registra en el Oriente (360 por 100 000 habitantes). Del total de agresiones, el 78% correspondió a no exposición, el 9% a exposición leve y el 13% a exposición grave.

A la SE 6 de 2025 se confirmó un caso de rabia humana en una mujer de 24 años del municipio de Jericó, infectada con variante silvestre asociada a murciélago



hematófago. Este evento motivó acciones de control en área de foco y perifoco en Jericó y Támesis para contener la transmisión.

Accidente ofídico: el accidente ofídico corresponde a la lesión por mordedura de serpiente. Cuando la especie es venenosa, puede inocular toxinas y producir ofidiotoxicosis, reconocida por la OMS como una enfermedad tropical desatendida debido a su impacto en poblaciones rurales. Sus manifestaciones clínicas van desde intoxicación local hasta cuadros sistémicos graves que pueden causar discapacidad permanente o muerte.

A la SE 40 de 2025 se han notificado 486 casos en el SIVIGILA, con una incidencia de 7 por 100 000 habitantes. El 49,2% fue clasificado como leve, el 28% como moderado, el 10,5% como grave y el 12,3% como no envenenamiento.

El 73,9% de los casos ocurrió en personas del estrato 1 y el 15,8% en estrato 2. El 86% se presentó en zona rural dispersa. La letalidad registrada fue de 0,38% (3 fallecidos); los decesos se asociaron a la falta de acceso oportuno a suero antiofídico en el contexto de desabastecimiento nacional, incluyendo un caso que murió antes de llegar al servicio de salud.

Accidente por otros animales venenosos: El accidente por otros animales venenosos incluye lesiones ocasionadas por escorpiones, arañas plataneras, arañas violín y orugas (lonomias), cuyos venenos pueden generar manifestaciones locales o sistémicas. Desde octubre de 2024 estos eventos se notifican en el SIVIGILA, permitiendo caracterizar su comportamiento y fortalecer las acciones de prevención y control.

A la SE 40 de 2025, en Antioquia se han registrado 455 casos (incidencia de 6,57 por 100 000 habitantes). El 83,7% correspondió a picaduras por escorpión, 9% a Phoneutria, 0,66% a Loxosceles y 6,37% a contacto con orugas/lonomias.

El Valle de Aburrá concentra el mayor número de casos con 135 casos (29,67%), seguido del Occidente (99 casos; 21,76%). No obstante, la mayor tasa de incidencia se observa en Occidente (43,85 por 100 000 habitantes), seguido de Suroeste (13,43), Urabá (12,09), Norte (9,78), Bajo Cauca (6,80), Oriente (6,76), Nordeste (10,64), Valle de Aburrá (3,22) y Magdalena Medio (1,81 casos por cada 100 000 habitantes).



Leptospirosis: La leptospirosis es una enfermedad bacteriana que afecta a humanos y animales. Aunque tiene distribución mundial, es más frecuente en países tropicales de ingresos medios y bajos. Su vigilancia en salud pública busca conocer la magnitud y distribución del evento, así como los factores de riesgo asociados.

Se considera caso probable cuando un paciente presenta síndrome febril inespecífico, dos o más signos o síntomas y antecedente de exposición de riesgo, como contacto con animales portadores o con aguas potencialmente contaminadas.

A la SE 40 de 2025 se han notificado 804 casos probables, de los cuales 32 fueron confirmados mediante prueba MAT o PCR, con una incidencia de 0,46 por 100 000 habitantes. Los casos confirmados proceden de 19 municipios, siendo Medellín el de mayor registro (9), seguido de Abejorral (2), Apartadó (2), Carepa (2), Mutatá (2), Amagá, Bello, Caracolí, Chigorodó, Copacabana, Dabeiba, Itagüí, La Ceja, La Pintada, San Pedro de Urabá, San Roque, Tarso y Turbo con igual número de casos (1). Se ha reportado un fallecimiento en Itagüí, que representa una letalidad preliminar del 3,13%.

Brucelosis: La brucelosis es una enfermedad infecciosa causada por *Brucella* spp., considerada la zoonosis más prevalente a nivel mundial. En Colombia es un evento de interés en salud pública y se vigila a través del SIVIGILA bajo el código 900.

A la semana epidemiológica 40 de 2025 se han notificado 37 casos sospechosos. De estos, 27 fueron descartados por laboratorio, ocho permanecen en estudio, y dos fueron clasificados como probables por resultado positivo en la prueba Rosa de Bengala, correspondientes a La Ceja y San Juan de Urabá. En ambos casos no fue posible realizar hemocultivo para confirmación, debido al inicio de tratamiento antibiótico antes de la toma de muestra.

Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV:

En el departamento de Antioquia, las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) se presentan con un comportamiento epidémico, destacándose las infecciones virales como dengue, Zika, chikunguña y fiebre amarilla, así como las enfermedades por hemoparásitos, entre ellas malaria, leishmaniosis y enfermedad de Chagas.

Durante 2025, hasta la semana epidemiológica 38, el dengue se comporta en situación de epidemia, con 7.341 casos notificados, una incidencia de 105,2 por



100.000 habitantes y 0,9 % de dengue grave. El 78,4 % de los municipios reportan casos, concentrados principalmente en Bajo Cauca, Valle de Aburrá y Urabá, que aportan más del 74 % del total. La mayor afectación se observa en menores de 29 años, con predominio urbano, aunque con una proporción relevante de casos rurales. Se hospitalizó el 21,2 % de los casos, se confirmaron 10 muertes, y se documentó la circulación de tres serotipos del virus. Las mujeres gestantes constituyen un grupo de especial vigilancia.

Para chikunguña, Zika y fiebre amarilla, no se registran casos confirmados en 2025, aunque se realizaron estudios diagnósticos y se descartaron casos sospechosos.

La malaria presenta un comportamiento de alerta epidémica, con 9.201 casos notificados y una incidencia de 132 por 100.000 habitantes. El 53,4 % de los municipios reportan casos, concentrados en las subregiones de Bajo Cauca, Urabá y Nordeste, con predominio de *Plasmodium vivax*. La enfermedad afecta principalmente a hombres en edades productivas, en contextos rurales, con una proporción importante de población indígena y afrodescendiente. Se notificaron 97 gestantes con malaria y una muerte confirmada.

En conjunto, el comportamiento de las ETV en Antioquia durante 2025 evidencia una alta carga de dengue y malaria, con amplia distribución territorial y concentración en subregiones de alto riesgo, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la vigilancia, la prevención y el control vectorial, con enfoque territorial y poblacional.

Comportamiento de Infecciones de Transmisión sexual (Sífilis gestacional, sífilis congénita, hepatitis B y C:

Sífilis gestacional: a la semana epidemiológica 40 de 2025, en Antioquia se notificaron 1.005 casos de sífilis en gestantes, con una razón de prevalencia de 18,65 por mil nacidos vivos y muertes fetales, ligeramente superior a la observada en el mismo periodo de 2024. Las mayores razones de prevalencia se concentran en Magdalena Medio, Urabá y Nordeste. La mayoría de los casos corresponde a zonas urbanas, a gestantes del régimen subsidiado o sin aseguramiento. La mayor afectación se presenta en mujeres jóvenes, especialmente entre 20 y 24 años, con una proporción importante de casos en menores de 20 años.



Sífilis congénita: a la semana epidemiológica 40 de 2025, en Antioquia se notificaron 89 casos de sífilis congénita, con una tasa de incidencia de 1,6 casos por cada mil nacidos vivos y muertes fetales. Las mayores incidencias se concentraron en las subregiones de Magdalena Medio, Bajo Cauca y Urabá. La mayoría de los casos corresponde a zonas urbanas, a población del régimen subsidiado o sin aseguramiento, evidenciando condiciones de vulnerabilidad social.

Hepatitis B y C : a la semana epidemiológica 40 de 2025, en Antioquia se notificaron 543 casos nuevos de hepatitis virales B y C, con una incidencia global de 7,8 casos por 100.000 habitantes. De estos, 276 casos correspondieron a hepatitis B (incidencia de 4,0 por 100.000) y 267 a hepatitis C (incidencia de 3,9 por 100.000). En conjunto, el comportamiento de las hepatitis B y C en Antioquia durante 2025 evidencia una mayor carga en población masculina urbana y en edades productivas, con diferencias territoriales y de severidad entre ambas infecciones, lo que resalta la importancia de fortalecer la detección temprana, la vigilancia epidemiológica y las estrategias de prevención y control.

comportamiento de VIH/SIDA: En 2024, Antioquia notificó 3.098 casos nuevos de VIH, con una incidencia de 44,7 por 100.000 habitantes y 56 muertes (0,7%). Las mayores incidencias se concentraron en Valle de Aburrá, Bajo Cauca y Urabá. La mayor afectación se presentó en hombres (82%), especialmente en el grupo de 20 a 29 años, con predominio de transmisión heterosexual y homosexual. El 5,4% fue diagnosticado en fase SIDA y el 22,4% requirió hospitalización; 14% de los casos correspondió a población de origen extranjero.

Se notificaron 55 gestantes con VIH y se registraron 5 casos de transmisión materno infantil, todos en el Valle de Aburrá.

El análisis comparativo con 2025 (semana 40) evidencia un comportamiento estable del evento, con incidencias similares, concentración persistente en hombres jóvenes y zonas urbanas, y una mejora en la prevención de la transmisión materno infantil, al no registrarse casos en 2025. En conjunto, los indicadores reflejan un sistema de vigilancia fortalecido, con avances en diagnóstico oportuno y atención, aunque persisten retos en población migrante y en la prevención de la transmisión.



Comportamiento de las Intoxicaciones Agudas por sustancias químicas: Las intoxicaciones por sustancias químicas constituyen un evento de salud pública relevante y en gran medida prevenible. A nivel global, la exposición a riesgos químicos se asocia con entre 2 y 4,9 millones de muertes anuales y hasta 86 millones de AVAD. En 2019 se estimaron más de 77.000 muertes y 4 millones de AVAD por intoxicaciones agudas. En Colombia, el evento mantiene un comportamiento endémico persistente, con más de 160.000 casos notificados entre 2020 y 2023; para el periodo epidemiológico X de 2025 se registraron 34.795 casos, con una tasa de 65,6 por 100.000 habitantes, de los cuales 52,6 % correspondió a intencionalidad suicida.

En Antioquia, las intoxicaciones agudas presentan una tendencia creciente en el largo plazo, alcanzando un máximo histórico en 2019 con una tasa de 111,4 por 100.000 habitantes. Tras la reducción observada durante la pandemia, las tasas entre 2022 y 2024 oscilaron entre 97,1 y 110,5 por 100.000. A la semana epidemiológica 40 de 2025 se notificaron 5.305 casos, con una tasa de 76,6 por 100.000, manteniendo la relevancia epidemiológica del evento.

El 69,5 % de los casos se concentra en el Valle de Aburrá; no obstante, varios municipios rurales presentan cargas relativas más altas, como Abriaquí (285,0 por 100.000), Guatapé (226,9) y Carolina (202,9). La principal intencionalidad es suicida (3.222 casos; 46,5 por 100.000), seguida de exposiciones accidentales (12,8 por 100.000). Los medicamentos representan el principal grupo de sustancias implicadas (42,8 por 100.000), y el hogar es el escenario predominante (75,8 % de los eventos). Aunque la letalidad global es baja (0,5 %), es mayor en plaguicidas (1,4 %) y extremadamente alta en metanol (42,9 %), lo que subraya la necesidad de acciones focalizadas de prevención y control.

3.2.7 Medicamentos

La Secretaría de Salud e Inclusión Social ha fortalecido la seguridad en el suministro de medicamentos mediante un enfoque de riesgo, con inspección y vigilancia que ha cubierto el 100 % de los establecimientos farmacéuticos del departamento en los últimos cuatro años. Estas acciones han permitido verificar condiciones técnicas y de talento humano, asegurar la correcta dispensación y aplicar medidas sanitarias, como el decomiso de productos no conformes.

De forma complementaria, la Secretaría ha impulsado procesos de capacitación dirigidos a profesionales, propietarios y comunidad, orientados al cumplimiento



normativo y a la reducción de riesgos asociados a la automedicación y el uso inadecuado de medicamentos, especialmente en poblaciones vulnerables.

Asimismo, la gestión del Fondo Rotatorio de Estupefacientes ha garantizado la disponibilidad y el control de medicamentos de monopolio del Estado, mediante autorizaciones, inspecciones y destrucción segura de sustancias controladas, fortaleciendo la protección de la salud pública.

Finalmente, el Programa Departamental de Farmacovigilancia ha permitido identificar y gestionar eventos adversos, con cobertura en 49 municipios, promoviendo la mejora continua en las IPS y consolidando la cultura de reporte y la seguridad del paciente en el departamento.

3.2.8 Conclusiones morbilidad

En Antioquia, las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente cardiovasculares, metabólicas y neuropsiquiátricas, dominan la carga de morbilidad y costos, con inicio cada vez más temprano, lo que subraya la necesidad de una gestión integral de la cronicidad y prevención. La salud mental se mantiene como un componente clave en todos los ciclos de vida, con alta demanda y diferencias por sexo, exigiendo un abordaje integral y continuo..

Los eventos de alto costo y sus precursores, como VIH, diabetes e hipertensión, continúan presionando la sostenibilidad del sistema, mientras que las enfermedades transmisibles, aunque con menor peso relativo, mantienen relevancia por la ocurrencia de brotes, el comportamiento epidémico de dengue y malaria y la persistencia de zoonosis y eventos asociados a agua y alimentos.

La resistencia antimicrobiana y las infecciones asociadas a la atención en salud representan riesgos crecientes, vinculados al alto consumo de antibióticos y a brechas en la implementación de estrategias de control. En vacunación, se evidencia una recuperación progresiva pospandemia, pero persisten brechas en refuerzos, VPH, gestantes y adultos mayores, lo que mantiene riesgos de reemergencia de eventos inmunoprevenibles.

En conjunto, los hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la prevención, la gestión integral del riesgo, la vigilancia epidemiológica y las intervenciones con enfoque territorial, de curso de vida y de sostenibilidad del sistema de salud.



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

Los ejercicios participativos se consolidaron como una herramienta fundamental para la identificación y comprensión de las principales problemáticas sociales y de salud en las distintas subregiones del departamento, al permitir recoger percepciones directas de las comunidades y actores locales, y orientar de manera precisa la identificación de los núcleos de inequidad para la toma de decisiones en salud pública. A continuación se referencian los hallazgos:

Mortalidad y morbilidad evitables a lo largo del curso de vida: persisten en Antioquia altas tasas de mortalidad y morbilidad evitables por enfermedades no transmisibles, causas externas y algunos eventos transmisibles, con impacto desigual según sexo, edad y territorio. Estas muertes afectan principalmente a niños menores de cinco años, hombres jóvenes y adultos mayores.

Acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud: persisten barreras de acceso, oportunidad, continuidad y calidad en los servicios de salud, especialmente en zonas rurales y poblaciones vulnerables, evidenciadas en dificultades para acceder a servicios de mayor complejidad, brechas en talento humano y uso limitado de la telemedicina, lo que impacta negativamente los resultados en salud y la mortalidad evitable.

Salud mental y bienestar psicosocial: Se presenta un incremento sostenido de trastornos mentales, conductas suicidas y afectaciones psicosociales, estrechamente relacionadas con determinantes sociales como pobreza, violencia, consumo de sustancias psicoactivas, desigualdades de género y debilidades en la oferta de servicios. La carga de la enfermedad mental muestra diferencias por sexo, edad y territorio, evidenciando la necesidad de un abordaje integral, comunitario y continuo en salud mental.

Malnutrición y seguridad alimentaria y nutricional: persisten condiciones de malnutrición por déficit, exceso y carencias de micronutrientes que afectan de manera desigual a la primera infancia, mujeres gestantes, población rural y comunidades étnicas, asociadas a pobreza, inseguridad alimentaria y barreras de acceso, con impacto negativo en la salud y la calidad de vida a lo largo del curso de vida.



Salud sexual y reproductiva: persisten factores sociales, culturales, territoriales y estructurales que afectan la salud sexual y reproductiva, incrementando riesgos de morbilidad materna, embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, especialmente en zonas rurales y poblaciones vulnerables, donde las barreras de acceso limitan la atención integral y oportuna con enfoque diferencial.

Enfoque diferencial e intercultural y poblaciones vulnerables: existe una insuficiente implementación del enfoque diferencial, étnico e intercultural en las acciones de promoción, prevención y atención en salud, lo que afecta de manera desproporcionada a comunidades indígenas, población migrante, víctimas del conflicto, personas mayores, habitantes de calle, población LGBTIQ+ y zonas rurales perpetuando las brechas en el acceso, la calidad y la pertinencia cultural de los servicios de salud.

Salud ambiental y condiciones sanitarias: persisten condiciones sanitarias y ambientales inadecuadas que incrementan el riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, especialmente en territorios con menor capacidad institucional. Estas inequidades se asocian a problemas en la calidad del agua, alimentos, gestión de residuos, control sanitario de establecimientos y exposición a factores de riesgo ambientales, afectando principalmente a poblaciones rurales y vulnerables.

Gobernanza, gestión institucional y liderazgo del sistema de salud: se evidencian debilidades en la gobernanza, el liderazgo y las capacidades institucionales del sector salud, que limitan la planificación, la articulación intersectorial y la toma de decisiones basadas en evidencia, profundizando las desigualdades territoriales y poblacionales.





Capítulo IV:

Análisis de las respuestas de los diferentes actores



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

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

El presente capítulo analiza de forma crítica las respuestas institucionales, comunitarias y de las organizaciones no gubernamentales del departamento de Antioquia frente a los núcleos de inequidad priorizados. Este ejercicio analítico permite valorar la capacidad del departamento para articular acciones orientadas a la gestión integral de los determinantes sociales de la salud, así como identificar avances, limitaciones y oportunidades para el fortalecimiento de respuestas intersectoriales sostenibles a escala departamental y subregional.

El análisis de las respuestas institucionales evidencia un esfuerzo progresivo por consolidar una acción pública integral y articulada frente a las inequidades priorizadas en el ASIS. La Gobernación de Antioquia, a través de las secretarías de Salud e Inclusión Social, Planeación, Educación, Desarrollo Económico, Medio Ambiente, Inclusión Social y Participación Ciudadana, ha asumido un rol estratégico en la formulación e implementación de políticas, programas y metas orientadas a la equidad territorial y poblacional. En este marco, el Plan de Desarrollo Departamental (PDT) orienta sus acciones a la reducción de brechas sociales y territoriales mediante el fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS), la conectividad rural, el acceso a servicios básicos, la promoción de la salud mental, la educación ambiental y la generación de oportunidades económicas, en coherencia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las políticas nacionales.

Estas orientaciones se materializan a través del fortalecimiento del modelo de APS con enfoque territorial, la expansión de estrategias extramurales, el impulso a la salud mental comunitaria, la articulación intersectorial para la seguridad alimentaria y los avances en la transformación digital del sector salud. Programas estratégicos como Contigo Antioquia, orientado al acompañamiento de familias en territorios rurales y dispersos, y la expansión de la telemedicina, han contribuido a ampliar el acceso a los servicios de salud, mejorar la oportunidad de la atención y fortalecer el bienestar, la equidad y el desarrollo territorial sostenible. No obstante, persisten desafíos relacionados con la sostenibilidad financiera, la cobertura territorial homogénea, la articulación técnica entre los niveles departamental y municipal, así como brechas estructurales en la formalización laboral, el bienestar ocupacional y el desarrollo productivo rural.



En relación con el **núcleo de mortalidad y morbilidad evitables**, el departamento plantea una respuesta robusta centrada en el fortalecimiento de una APS resolutive mediante la gestión integral del riesgo a nivel individual, familiar y comunitario. Las acciones priorizadas incluyen el uso de estrategias predictivas, la detección temprana y el control de enfermedades crónicas, eventos transmisibles y causas externas, con el propósito de reducir muertes evitables y mejorar la continuidad del cuidado. En este proceso, la participación comunitaria y las mesas intersectoriales se consolidan como actores clave para la identificación temprana de riesgos, el fomento del autocuidado y la veeduría social, con impactos positivos en la reducción de complicaciones, costos y presión sobre los servicios de alta complejidad.

Respecto al **núcleo de acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud**, el PDT prioriza la consolidación de redes integrales basadas en APS, el fortalecimiento de la telemedicina y la estabilidad del talento humano, especialmente en zonas rurales y dispersas. La respuesta comunitaria complementa estas acciones mediante la facilitación del uso de los servicios, el apoyo a los procesos de referencia y contrarreferencia y el fortalecimiento de capacidades locales, contribuyendo a mejorar la equidad territorial, la continuidad de la atención y la confianza de la población en el sistema de salud.

Frente al **núcleo de salud mental y bienestar psicosocial**, se reconoce la necesidad de un abordaje progresivamente integral y comunitario ante el incremento sostenido de los trastornos mentales, las conductas suicidas y el consumo de sustancias. Las acciones del PDT articulan estrategias predictivas, fortalecimiento del talento humano, intervención sobre determinantes sociales y coordinación con los sectores educativo y social. La participación comunitaria se orienta a la implementación de primeros auxilios psicológicos, el desarrollo de habilidades para la vida y el fortalecimiento de entornos protectores, con impactos esperados en la prevención de muertes evitables, la reducción del estigma y la atención oportuna de poblaciones en riesgo.

En el **núcleo de malnutrición y seguridad alimentaria y nutricional**, se plantea un enfoque intersectorial que integra los sectores de salud, educación, agricultura y desarrollo social. Las acciones priorizan la detección temprana, el seguimiento nutricional y la atención focalizada en primera infancia, gestantes y población rural. La respuesta comunitaria, a través de procesos de educación alimentaria, acompañamiento nutricional y huertas comunitarias, busca reducir la malnutrición en



todas sus formas y mejorar los resultados en salud a lo largo del curso de vida, con efectos sostenibles en el desarrollo humano.

En cuanto a la **salud sexual y reproductiva**, se identifican respuestas orientadas a garantizar el acceso oportuno y continuo a servicios integrales desde la APS, con enfoque de derechos, diferencial y territorial. Las estrategias predictivas, la educación integral para la sexualidad y la identificación comunitaria de riesgos fortalecen la prevención de embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual y mortalidad materna, promoviendo el empoderamiento de adolescentes y jóvenes y la toma de decisiones informadas.

El **núcleo de enfoque diferencial, intercultural y poblaciones vulnerables** se aborda mediante la incorporación transversal de este enfoque en el PDT, orientada a reducir brechas de acceso, mejorar la pertinencia cultural de los servicios y fortalecer la confianza de las comunidades en el sistema de salud. La participación comunitaria y la mediación intercultural se consolidan como mecanismos clave para adaptar los modelos de atención a las particularidades territoriales, étnicas y sociales, fortaleciendo la gobernanza y la sostenibilidad de las intervenciones.

En relación con la **salud ambiental y las condiciones sanitarias**, se destaca el fortalecimiento de la vigilancia ambiental integrada a la APS y la articulación intersectorial para mejorar el saneamiento básico, el control de riesgos ambientales y la respuesta al cambio climático. Las acciones comunitarias contribuyen a la detección temprana de riesgos, la prevención de brotes y el aumento de la resiliencia del sistema de salud frente a emergencias ambientales, con beneficios directos para poblaciones rurales y vulnerables.

Finalmente, el **núcleo de gobernanza, gestión institucional y liderazgo del sistema de salud** evidencia esfuerzos orientados al fortalecimiento de las capacidades técnicas, la gestión integral del riesgo y la articulación intersectorial bajo el enfoque de Salud en Todas las Políticas como se ha referenciado a lo largo de los anteriores núcleos de inequidad. La asistencia técnica, el uso sistemático de la evidencia y la participación social fortalecen la toma de decisiones, la transparencia y la coherencia de las políticas públicas, contribuyendo a la reducción de desigualdades territoriales y poblacionales.



En conjunto, el departamento avanza hacia un enfoque coherente, preventivo y territorial, con alta sinergia entre el PDT y la acción comunitaria y con un énfasis claro en la reducción de las inequidades socio-sanitarias mediante la APS, la intersectorialidad y la participación social.

Conclusiones

En conjunto, el análisis evidencia que el departamento de Antioquia ha avanzado de manera sostenida en la consolidación de una respuesta pública articulada, integral e intersectorial frente a los núcleos de inequidad priorizados en el ASIS, con un liderazgo claro de la Gobernación y una participación activa de los sectores estratégicos. La incorporación transversal del enfoque de equidad territorial y poblacional en el Plan de Desarrollo Departamental refleja una apuesta coherente por intervenir los determinantes sociales de la salud desde una lógica preventiva y de desarrollo territorial.

La Atención Primaria en Salud, con enfoque territorial y resolutivo, se posiciona como el eje estructurante de las respuestas institucionales, al articular la gestión integral del riesgo, la prevención de la mortalidad y morbilidad evitables y la mejora en la continuidad del cuidado, particularmente en zonas rurales y dispersas. Este enfoque se ve fortalecido por la acción comunitaria, que cumple un rol clave en la identificación temprana de riesgos, el fomento del autocuidado, la veeduría social y la apropiación de las intervenciones, contribuyendo a reducir complicaciones, costos y presión sobre los niveles de mayor complejidad del sistema de salud.

Las respuestas desarrolladas frente a núcleos prioritarios como la salud mental, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud sexual y reproductiva, la salud ambiental y el enfoque diferencial evidencian una orientación progresiva hacia modelos integrales, predictivos y centrados en el curso de vida, con especial atención a poblaciones históricamente vulnerables. Asimismo, los avances en transformación digital y la implementación de estrategias como la telemedicina y programas territoriales de acompañamiento familiar han permitido disminuir barreras geográficas y mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud, reforzando la equidad en la prestación.



No obstante, el análisis también pone de manifiesto desafíos persistentes relacionados con la sostenibilidad financiera, la homogeneidad en la cobertura territorial, la articulación técnica entre los niveles departamental y municipal y las brechas estructurales en formalización laboral, bienestar ocupacional y desarrollo productivo rural, que continúan incidiendo de manera indirecta en los resultados en salud. En este contexto, el fortalecimiento de la gobernanza, el uso sistemático de la evidencia y la consolidación del enfoque de Salud en Todas las Políticas se configuran como elementos centrales para garantizar la sostenibilidad y el impacto de las intervenciones.

En síntesis, Antioquia avanza hacia un modelo coherente, preventivo y territorial, con alta sinergia entre la planificación departamental y la acción comunitaria, ausencia de conflictos significativos y un énfasis claro en la reducción de las inequidades socio-sanitarias. La consolidación de este enfoque dependerá de la capacidad institucional para profundizar la intersectorialidad, fortalecer la gestión territorial y asegurar la sostenibilidad de las respuestas orientadas al bienestar y al desarrollo humano del departamento.





Capítulo V:

Priorización de los problemas y necesidades sociales en salud



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

CAPÍTULO V PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD EN EL TERRITORIO.

La priorización de los núcleos problemáticos se fundamenta en un análisis integral que combina la magnitud de los eventos, su pertinencia social, la trascendencia en términos de impacto sanitario y social, así como la factibilidad y viabilidad de intervención desde el sector salud. La aplicación sistemática de estos criterios permitió jerarquizar las problemáticas de acuerdo con su contribución a la carga de enfermedad, su expresión en las desigualdades territoriales y poblacionales, y la capacidad real del departamento para generar respuestas efectivas.

Los resultados muestran que la mortalidad y morbilidad evitables a lo largo del curso de vida constituye la principal prioridad departamental, al concentrar la mayor carga sanitaria y afectar de manera desproporcionada a grupos poblacionales estratégicos, como la primera infancia, los hombres jóvenes y las personas mayores. Su elevada puntuación refleja no solo la gravedad del problema, sino también la existencia de intervenciones probadas y viables desde la Atención Primaria en Salud, la gestión integral del riesgo y la articulación intersectorial.

En un segundo nivel se ubican el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud, junto con la salud mental y el bienestar psicosocial, problemáticas con alta magnitud y pertinencia social, estrechamente relacionadas con la mortalidad evitable y el deterioro de la calidad de vida. Su priorización reconoce tanto el impacto directo sobre los resultados en salud como la posibilidad de fortalecer respuestas efectivas mediante redes integrales, telemedicina, talento humano y estrategias comunitarias.

Los núcleos de malnutrición y seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva y enfoque diferencial e intercultural y poblaciones vulnerables conforman un tercer grupo prioritario, caracterizado por su carácter estructural y su impacto sostenido a lo largo del curso de vida. Aunque presentan una magnitud ligeramente inferior, su alta pertinencia social y trascendencia justifican su inclusión como ejes estratégicos para la reducción de inequidades, especialmente en poblaciones rurales, étnicas y socialmente vulnerables.

La salud ambiental y las condiciones sanitarias y la gobernanza, gestión institucional y liderazgo del sistema de salud registran puntajes menores, asociados principalmente a una menor magnitud directa o a la complejidad de su intervención.



No obstante, su priorización reconoce su papel transversal como determinantes clave del riesgo sanitario y como factores habilitadores para la sostenibilidad y efectividad de las políticas públicas en salud.

Tabla 20. Tabla de núcleos de inequidad según metodología del Ministerio de Salud

Criterios Problemas	Puntaje total priorización
Mortalidad y morbilidad evitables a lo largo del curso de vida Persisten en Antioquia altas tasas de mortalidad y morbilidad evitables por enfermedades no transmisibles, causas externas y algunos eventos transmisibles, con impacto desigual según sexo, edad y territorio. Estas muertes afectan principalmente a niños menores de cinco años, hombres jóvenes y adultos mayores.	22
Acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud Persisten barreras de acceso, oportunidad, continuidad y calidad en los servicios de salud, especialmente en zonas rurales y poblaciones vulnerables, evidenciadas en dificultades para acceder a servicios de mayor complejidad, brechas en talento humano y uso limitado de la telemedicina, lo que impacta negativamente los resultados en salud y la mortalidad evitable.	21
Salud mental y bienestar psicosocial Se presenta un incremento sostenido de trastornos mentales, conductas suicidas y afectaciones psicosociales, estrechamente relacionadas con determinantes sociales como pobreza, violencia, consumo de sustancias psicoactivas, desigualdades de género y debilidades en la oferta de servicios. La carga de la enfermedad mental muestra diferencias por sexo, edad y territorio, evidenciando la necesidad de un abordaje integral, comunitario y continuo en salud mental.	21
Malnutrición y seguridad alimentaria y nutricional Persisten condiciones de malnutrición por déficit, exceso y carencias de micronutrientes que afectan de manera desigual a la primera infancia, mujeres gestantes, población rural y comunidades étnicas, asociadas a pobreza, inseguridad alimentaria y barreras de acceso, con impacto negativo en la salud y la calidad de vida a lo largo del curso de vida.	20
Salud sexual y reproductiva Persisten factores sociales, culturales, territoriales y estructurales que afectan la salud sexual y reproductiva, incrementando riesgos de morbimortalidad materna, embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, especialmente en zonas rurales y poblaciones vulnerables, donde las barreras de acceso limitan la atención integral y oportuna con enfoque diferencial.	20
Enfoque diferencial e intercultural y poblaciones vulnerables Existe una insuficiente implementación del enfoque diferencial, étnico e intercultural en las acciones de promoción, prevención y atención en salud, lo que afecta de manera desproporcionada a comunidades indígenas, población migrante, víctimas del conflicto, personas mayores, habitantes de calle, población LGBTIQ+ y zonas rurales perpetuando las brechas en el acceso, la calidad y la pertinencia cultural de los servicios de salud.	20
Salud ambiental y condiciones sanitarias Persisten condiciones sanitarias y ambientales inadecuadas que incrementan el riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, especialmente en territorios con menor capacidad institucional. Estas inequidades se asocian a problemas en la calidad del agua, alimentos, gestión de residuos, control sanitario de establecimientos y exposición a factores de riesgo ambientales, afectando principalmente a poblaciones rurales y vulnerables.	16
Gobernanza, gestión institucional y liderazgo del sistema de salud Se evidencian debilidades en la gobernanza, el liderazgo y las capacidades institucionales del sector salud, que limitan la planificación, la articulación intersectorial y la toma de decisiones basadas en evidencia, profundizando las desigualdades territoriales y poblacionales.	15

Fuente: Elaboración propia de la Secretaría de Salud e Inclusión Social.



Conclusiones

El ejercicio de priorización participativo permitió identificar de manera objetiva las principales problemáticas de salud del departamento, al integrar criterios de magnitud, pertinencia social, trascendencia e intervención. Los resultados evidencian que la mortalidad y morbilidad evitables, el acceso y la calidad de los servicios de salud y la salud mental expresan con mayor claridad las inequidades territoriales y poblacionales, por lo que requieren intervenciones prioritarias desde la Atención Primaria en Salud.

Asimismo, la priorización reconoce problemáticas estructurales como la malnutrición, la salud sexual y reproductiva y el enfoque diferencial, cuyo impacto se manifiesta de forma acumulativa a lo largo del curso de vida y demanda respuestas intersectoriales sostenidas. La salud ambiental y la gobernanza, aunque con menor puntuación, se identifican como ejes transversales indispensables para la efectividad y sostenibilidad de las acciones.

En conjunto, este ejercicio aporta una base técnica sólida para orientar la planificación y la asignación de recursos, reafirmando la necesidad de un enfoque preventivo, territorial e intersectorial que permita avanzar en la reducción de las inequidades en salud en Antioquia.





Capítulo VI:

Propuestas de respuestas y recomendaciones



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

CAPÍTULO VI PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO – PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

Las propuestas de respuesta y recomendaciones formuladas para el territorio evidencian una adecuada coherencia con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 y con el Modelo de Salud Preventivo-Predictivo y Resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS). En conjunto, estas orientaciones reflejan un tránsito progresivo hacia un modelo de atención centrado en la gestión integral del riesgo, la reducción de las inequidades sociosanitarias y el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención, en correspondencia con las prioridades nacionales y territoriales en salud pública.

Desde la perspectiva del PDSP, las propuestas se alinean con el enfoque de curso de vida y con la intervención sobre los determinantes sociales de la salud, al priorizar acciones orientadas a la disminución de la mortalidad y morbilidad evitables, la mejora del acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud, y el abordaje integral de eventos prioritarios como la salud mental, la malnutrición, la salud sexual y reproductiva y las condiciones ambientales. Asimismo, se reconoce la necesidad de una respuesta diferenciada según sexo, edad, territorio y condición social, lo que permite focalizar intervenciones en poblaciones con mayor vulnerabilidad y carga de enfermedad.

En el marco del modelo preventivo-predictivo, las estrategias planteadas fortalecen la identificación temprana de riesgos y la anticipación de eventos en salud, mediante el uso de enfoques predictivos, la vigilancia integral y la articulación de las redes territoriales de servicios. Este enfoque favorece la detección oportuna de eventos prevenibles, la reducción de complicaciones y la optimización del uso de los recursos del sistema de salud, al tiempo que contribuye a disminuir la presión sobre los niveles de mayor complejidad y a mejorar los resultados en salud de la población.

El fortalecimiento de la APS resolutive se consolida como eje estructurante de las propuestas, al promover la integración de la gestión del riesgo individual, familiar y comunitario, la continuidad del cuidado y la articulación efectiva entre los diferentes niveles de atención. La incorporación de estrategias como la telemedicina y la telesalud, especialmente en zonas rurales y dispersas, así como el fortalecimiento del



talento humano en salud, permite avanzar en la superación de barreras geográficas, culturales y administrativas, mejorando la oportunidad y la calidad de la atención.

De igual manera, las propuestas resaltan la importancia de la articulación intersectorial y la participación comunitaria como elementos clave para el abordaje de problemáticas complejas y multicausales. La coordinación entre los sectores de salud, educación, desarrollo social, agricultura y ambiente, entre otros, resulta fundamental para incidir de manera efectiva sobre los determinantes sociales, promover entornos saludables y garantizar intervenciones sostenibles en el tiempo. En este sentido, el fortalecimiento de la gobernanza, las capacidades institucionales y la toma de decisiones basadas en evidencia constituye un componente esencial para la implementación efectiva de las acciones propuestas.

En síntesis, las propuestas de respuesta y recomendaciones territoriales analizadas se configuran como un marco integral y coherente para la acción en salud pública, que responde a los desafíos identificados en el territorio y se articula de manera consistente con el PDSP 2022-2031 y el modelo de APS preventivo-predictivo. Su adecuada implementación y seguimiento permitirán avanzar en la reducción de inequidades, el fortalecimiento del sistema de salud y la mejora de las condiciones de salud y bienestar de la población.

Conclusión

En conclusión, Antioquia avanza hacia un modelo de salud pública preventivo y territorial, alineado con la APS y el PDSP, que prioriza la reducción de inequidades y el abordaje de los determinantes sociales. El fortalecimiento de la atención primaria, la intersectorialidad y la participación comunitaria han permitido mejorar el acceso y la oportunidad en salud; sin embargo, persisten desafíos en sostenibilidad, cobertura y articulación institucional que deben superarse para consolidar impactos equitativos y sostenibles.





Análisis de la Situación de Salud Participativo

2025