

Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud

TULIA IRENE RUIZ GARCÍA
Alcalde

SANDRA MARÍA SALDARRIAGA
Secretaria de Salud y Protección Social

Elaborado por:
GREISSY ELOISA DÍAZ PÉREZ
Administradora en servicios de Salud

Departamento de Antioquia – municipio de Chigorodó año 2023

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	10
METODOLOGÍA	11
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES	12
SIGLAS	13
1. CAPITULO 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
1.2 Contexto poblacional y demográfico	19
1.2.1 Estructura demográfica	21
1.2.2. Dinámica demográfica	27
1.2.3. Movilidad forzada	29
1.2.4. Población LGBTIQ+	30
1.2.5. Población migrante.	30
1.2.6. Población Campesina.	33
1.3. Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.	34
Caracterización de los Determinantes Sociales de la Salud - EAPB.....	40
1.4. Gobierno y Gobernanza en el sector salud.	43
2. CAPÍTULO II. PROCESOS ECONÓMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL	50
2.1. Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	50
2.2. Condiciones de vida del territorio.	52
2.3. Dinámica de convivencia en el territorio.	57
3. CAPÍTULO III. DESENLACES MORBIDOS Y MORTALES.	59
3.1 Análisis de la morbilidad	59
3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad.....	59
Morbilidad específica de salud mental	64
3.1.2 Morbilidad de eventos de Alto costo y precursores	65



Morbilidad de eventos precursores.....	66
Morbilidad población migrante	66
3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	68
3.1.4 Análisis de la población en condición de discapacidad.....	70
3.1.5 Identificación de prioridades en la morbilidad	72
3.2 Análisis de la mortalidad.....	73
3.2.1 Mortalidad general	73
3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo.....	81
3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez	94
Mortalidad relacionada con salud mental	101
Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	103
3.2.4. Identificación de prioridades en la mortalidad	111
Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil	111
4. CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTES LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	113
5. CAPÍTULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	117
6. 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	123

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS MUNICIPIOS POR EXTENSIÓN TERRITORIAL Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2023	14
TABLA 2. TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE Y DISTANCIA EN KILÓMETROS DESDE EL MUNICIPIO HACIA LOS VECINOS Y LA CAPITAL DEL DEPARTAMENTO. CHIGORODÓ 2023	15
TABLA 3. EXTENSIÓN TOTAL, URBANA Y RURAL EN KILÓMETROS. CHIGORODÓ 2023.....	16
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL, SEGÚN ÁREA. CHIGORODÓ, 2023.....	20
TABLA 5. POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA. CHIGORODÓ 2023.....	21
TABLA 6. POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA CHIGORODÓ, 2023.....	22
TABLA 7. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CICLO VITAL. CHIGORODÓ, 2015, 2023 Y 2030.....	24
TABLA 8. OTROS INDICADORES DE ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2015, 2023, 2030.....	27
TABLA 9. OTROS INDICADORES DE LA DINÁMICA DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 - 2021.....	30
TABLA 10. POBLACIÓN VICTIMIZADA DE DESPLAZAMIENTO POR GRUPO DE EDAD, SEXO. CHIGORODÓ 2022.....	30
TABLA 11. OTROS INDICADORES DE ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA DE LAS ATENCIONES EN SALUD POBLACIÓN MIGRANTE, MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2018.....	34
TABLA 12. SERVICIOS HABILITADOS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. CHIGORODÓ 2022	34
TABLA 13. OTROS INDICADORES DE SISTEMA SANITARIO CHIGORODÓ, 2022.....	40
TABLA 14. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - SISTEMA SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y EL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2021	40
TABLA 15. CAPTACIÓN DE DIABETES MELLITUS DE PERSONAS DE 18 A 69 AÑOS, RÉGIMEN SUBSIDIADO CHIGORODÓ - 2012	41
TABLA 16. CAPTACIÓN DE DIABETES MELLITUS DE PERSONAS DE 18 A 69 AÑOS, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO CHIGORODÓ - 2012.....	43
TABLA 17. CAPTACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PERSONAS DE 18 A 69 AÑOS, RÉGIMEN SUBSIDIADO CHIGORODÓ - 2012.....	43
TABLA 18. CAPTACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PERSONAS DE 18 A 69 AÑOS, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO CHIGORODÓ - 2012.....	44
TABLA 19. COBERTURA MIGRANTES VENEZOLANOS AFILIADOS AL SGSS SEPTIEMBRE 2023 MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, A SEPTIEMBRE 2023.	51
TABLA 20. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - CONDICIONES DE VIDA. CHIGORODÓ 2021.....	53
TABLA 21. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y EL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2021.....	54
TABLA 22. DOSIS APLICADAS COVID19 GESTANTES MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, A DICIEMBRE 2023.	56
TABLA 23. DOSIS APLICADAS COVID19 MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, A DICIEMBRE 2023.....	56
TABLA 24. TASA DE COBERTURA BRUTA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO ANTIOQUIA Y EL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2003 - 2021	57
TABLA 25. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - FACTORES PSICOLÓGICOS Y CULTURALES DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y EL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2021.....	58
TABLA 26. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR CICLO VITAL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ 2009 - 2022.....	60
TABLA 27. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR CICLO VITAL EN HOMBRES MUNICIPIO DE CHIGORODÓ 2009 - 2022	61
TABLA 28. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR CICLO VITAL EN MUJERES MUNICIPIO DE CHIGORODÓ 2009 - 2022	62

TABLA 29. MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES MUNICIPIO DE CHIGORODÓ 2009 – 2022.....	62
TABLA 30. MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS CONDICIONES MATERNAS – PERINATALES MUNICIPIO DE CHIGORODÓ 2009 – 2022.....	63
TABLA 31. MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES MUNICIPIO DE CHIGORODÓ 2009 – 2022.....	63
TABLA 32. MORBILIDAD ESPECÍFICA POR LAS LESIONES MUNICIPIO DE CHIGORODÓ 2009 – 2022.....	64
TABLA 33. MORBILIDAD ESPECIFICA POR SUBCAUSAS DE SALUD MENTAL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ 2009 – 2022.....	65
TABLA 34. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LOS EVENTOS DE ALTO COSTOS CHIGORODÓ, 2021.....	66
TABLA 35. TABLA DE MORBILIDAD DE EVENTOS PRECURSORES. CHIGORODÓ, 2006-2021.....	66
TABLA 36. ATENCIONES A POBLACIÓN MIGRANTE POR TIPO DE SERVICIO, MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2021.....	67
TABLA 37. ATENCIONES A POBLACIÓN MIGRANTE POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2021..	67
TABLA 38. TABLA DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. CHIGORODÓ, 2023.....	68
TABLA 39. TABLA DE SEMAFORIZACIÓN DE LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA. CHIGORODÓ, 2006-2021	69
TABLA 40. DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTERACIONES PERMANENTES. CHIGORODÓ 2023.....	71
TABLA 41. PRIORIDADES IDENTIFICADAS EN LA MORBILIDAD ATENDIDA. CHIGORODÓ 2021.....	72
TABLA 42. SEMAFORIZACIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS. CHIGORODÓ 2006-2021.....	93
TABLA 43. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (MENORES DE 1 AÑO) POR SEXO, SEGÚN LA LISTA DE LAS 67 CAUSAS. CHIGORODÓ, 2005– 2021.....	94
TABLA 44. TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 A 4 AÑOS POR SEXO, SEGÚN LA LISTA DE LAS 67 CAUSAS. CHIGORODÓ, 2005– 2021.....	97
TABLA 45. TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN MENORES DE 5 AÑOS POR SEXO, SEGÚN LA LISTA DE LAS 67 CAUSAS. CHIGORODÓ, 2005– 2021.....	99
TABLA 46. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y NIÑEZ 2006-2022.....	103
TABLA 47. INDICADORES DE RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL POR ETNIA MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, ANTIOQUIA 2009-2021.....	109
TABLA 48. INDICADORES DE RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL POR ÁREA DE RESIDENCIA CHIGORODÓ, ANTIOQUIA 2009-2021.....	110
TABLA 49. IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES EN SALUD MUNICIPIO DE CHIGORODÓ 2023.....	111
TABLA 50: MAPEO DE ACTORES, CHIGORODÓ 2024.....	114
TABLA 51. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD. CHIGORODÓ 2023.....	117
TABLA 52. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN. CHIGORODÓ 2024.....	120
TABLA 53. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN. CHIGORODÓ 2024.....	122
TABLA 54. MPPR Y PDSP. CHIGORODÓ 2024.....	123

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2015, 2023, 2030.....	22
FIGURA 2. CAMBIO EN LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO ETARIOS, CHIGORODÓ 2015, 2023 Y 2030	24
FIGURA 3. POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPO DE EDAD DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2023	25
FIGURA 4. COMPARACIÓN ENTRE LA TASA DE CRECIMIENTO NATURAL Y LAS TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD. CHIGORODÓ 2005 - 2021	28
FIGURA 5. PIRÁMIDE POBLACIONAL ATENCIONES EN SALUD POBLACIÓN MIGRANTE DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2021.	31
FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE AFILIADOS AL SGSSS POR RÉGIMEN EN CHIGORODÓ,	50
FIGURA 7. GERENCIAL DE COBERTURA DE VACUNACIÓN, MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2023.....	55
FIGURA 8. PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2023.....	71
FIGURA 9. TASA DE MORTALIDAD GENERAL SEGÚN GRANDES GRUPOS DE CAUSAS LISTADO 6/67 PARA EL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 – 2021	74
FIGURA 10. TASA DE MORTALIDAD EN HOMBRES SEGÚN GRANDES GRUPOS DE CAUSAS LISTADO 6/67 PARA EL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 – 2021	74
FIGURA 11. TASA DE MORTALIDAD EN MUJERES SEGÚN GRANDES GRUPOS DE CAUSAS LISTADO 6/67 PARA EL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 – 2021	75
FIGURA 12. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 – 2021	76
FIGURA 13. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN HOMBRES. CHIGORODÓ, 2005 – 2021	77
FIGURA 14. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN LAS MUJERES, CHIGORODÓ 2005 – 2021	78
FIGURA 15. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 GENERAL DEL MUNICIPIO CHIGORODÓ, 2005 – 2021	79
FIGURA 16. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 AJUSTADO EN LOS HOMBRES DEL MUNICIPIO CHIGORODÓ, 2005 – 2021	80
FIGURA 17. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 AJUSTADA EN LAS MUJERES DEL MUNICIPIO CHIGORODÓ, 2005 – 2021	81
FIGURA 18. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN HOMBRES. CHIGORODÓ, 2005 – 2021	82
FIGURA 19. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN MUJERES. CHIGORODÓ, 2005 – 2021	83
FIGURA 20. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN HOMBRES. CHIGORODÓ 2005 – 2021	84
FIGURA 21. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN MUJERES. CHIGORODÓ 2005 – 2021.....	85
FIGURA 22. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN HOMBRES. CHIGORODÓ 2005 – 2021	86
FIGURA 23. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN MUJERES. CHIGORODÓ 2005 – 2021	87
FIGURA 24. CASOS DE MUERTE POR TASAS AJUSTADA POR EDAD PARA CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN HOMBRES. CHIGORODÓ 2005 – 2021	88
FIGURA 25. CASOS DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN MUJERES. CHIGORODÓ 2005 – 2021	89



FIGURA 26. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS CAUSAS EXTERNAS EN HOMBRES. CHIGORODÓ 2005 – 2021 .	90
FIGURA 27. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS CAUSAS EXTERNAS EN MUJERES. CHIGORODÓ 2005 – 2021..	91
FIGURA 28. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS ENFERMEDADES EN HOMBRES. CHIGORODÓ 2005 – 2021	92
FIGURA 29. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS ENFERMEDADES EN MUJERES. CHIGORODÓ 2005 – 2021	93
FIGURA 30. MORTALIDAD RELACIONA CON SALUD MENTAL POR TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO, MUNICIPIO DE CHIGORODÓ 2005-2021	102
FIGURA 31. MORTALIDAD RELACIONA EPILEPSIA, MUNICIPIO DE CHIGORODÓ 2005-2021.....	102
FIGURA 32. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 -2021	104
FIGURA 33. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 -2021.....	105
FIGURA 34. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 - 2021	105
FIGURA 35. TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ. DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 -2021	106
FIGURA 36. TASA DE MORTALIDAD POR EDA. DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 -2021	107
FIGURA 37. TASA DE MORTALIDAD POR IRA. DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 -2021	107
FIGURA 38. TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN. DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, 2005 -2021	108

LISTA DE MAPAS

MAPA 1. DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA Y LÍMITES. CHIGORODÓ 2023	15
MAPA 2. VÍAS DE COMUNICACIÓN TERRESTRE CHIGORODÓ - ANTIOQUIA, 2023.....	16
MAPA 3. Riesgo por inundación y socavación zona urbana CHIGORODÓ - ANTIOQUIA, 2023.....	17
MAPA 4. Riesgo por inundación rural, Chigorodó 2023.....	18
MAPA 5. RECONOCIMIENTO AGENDA 2040 ANTIOQUIA. CHIGORODÓ. POSICIÓN 1.....	44
MAPA 6. VISIÓN AGENDA 2040 ANTIOQUIA. CHIGORODÓ. POSICIÓN 1.	45

PRESENTACIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2022-2031, constituye el marco nacional de política sanitaria, en el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. El pilar fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP), es el Análisis de Situación de la Salud- ASIS. Razón por la cual, el Ministerio elaboró la Guía conceptual y metodológica con el modelo de Determinantes Sociales de la Salud – DSS, y la plantilla para la construcción del documento que da cuenta del ASIS.

La guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del análisis de la situación en salud (ASIS) en el territorio y sus anexos y la plantilla constituyen el material básico del taller de capacitación para la elaboración del ASIS con el modelo conceptual de Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estos documentos contienen orientaciones y recomendaciones conceptuales y metodológicas para facilitar a las Entidades Territoriales de Salud su desarrollo.

La plantilla para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales, está estructurada en cuatro apartes, la primera, la configuración del territorio; la segunda parte es, Procesos económicos y circunstancias de la vida social; la tercera trata sobre los desenlaces mórbidos y mortales y la cuarta corresponde a núcleos de inequidad sociosanitarias, las cuales no abordaremos, dado que se encuentran explícitos en los lineamientos dados en la guía (aún pendientes por desarrollar).

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, la guía, sus anexos y la plantilla se concretan como un medio para estandarizar la mínima información a contener en el documento de ASIS. Adicionalmente, identifica las desigualdades en salud, que servirán de insumo para la formulación de los Planes Territoriales de salud en los ámbitos departamental, distrital y municipal.

La guía y sus anexos y la plantilla para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales, será un material de primera mano y de consulta para los profesionales involucrados en la elaboración del ASIS, investigadores, la academia y todos aquellos actores interesados en conocer el estado de salud de una población en particular.

Esta plantilla fue diseñada para que, siguiendo la estructura propuesta, orientaciones y recomendaciones conceptuales y metodológicas se vaya desarrollando el ASIS con la inclusión de las salidas de información (tablas, mapas y figuras) y la interpretación de las mismas.

INTRODUCCIÓN

Conocer la situación de salud de una comunidad como un pasado que se actualiza y se interviene, es el deber primordial de todo gobernante, de todo administrador del sector salud y especialmente de toda la comunidad, ya que la salud está condicionada por todos los sectores (económicos, psicológicos, sociales etc.). Además, beneficia a todos, puesto que aumenta el capital social, la producción y por ende la productividad. Las poblaciones no son meras sumas de individuos, existen procesos que determinan su formación, conservación y desaparición. Estos procesos se deben principalmente a la fecundidad, mortalidad y morbilidad. La variedad de combinaciones de estos fenómenos, interdependientes entre sí, determinan la velocidad de las modificaciones de la población, tanto en sus dimensiones numéricas como en su estructura que constituyen lo que conocemos como “el crecimiento de la población”.

Los principales aspectos o factores para describir el estado de salud de una población son, la morbilidad, la mortalidad y la fecundidad. Las estadísticas de morbilidad permiten conocer de qué se enferman o qué padecen los habitantes de determinada región, calcular la población a atender con determinados programas y la demanda de servicios que esa atención exigirá. La mortalidad es un indicador indirecto de las condiciones de salud de una población; sus niveles, tendencias diferenciales y causas constituyen elementos básicos que deben considerarse en la planificación de los servicios de salud. La mortalidad, no solo es un indicador de la magnitud, sino que también del riesgo absoluto de morir que refleja las condiciones de vida de la población, la utilización de los servicios de salud, las enfermedades que ésta padece y por las cuales está muriendo.

La fecundidad es, quizás, la variable demográfica más importante para estimar el crecimiento de la población de un país. Si bien en Colombia la fecundidad ha venido decreciendo desde mediados de la década de los años sesenta, se encuentran aún hoy día grupos de población con fecundidad relativamente alta. La reducción de la fecundidad es importante, además, porque conlleva la reducción de la mortalidad infantil y materna. Con el fin de contribuir a que el diseño de políticas y programas relacionados con los temas de población, tenga una base firme en términos de la información requerida, este documento busca analizar lo que está ocurriendo en el municipio. En él se realiza un análisis descriptivo de la situación de salud según los componentes — fecundidad, mortalidad, morbilidad. En este documento se actualiza el componente metodológico para construir un análisis que tenga la participación de diversos sectores y la mirada de la población diferencial, campesinos, LGBTIQ+, población vulnerable, su entorno socio económico, político y cultural. Por lo tanto, se espera que este documento sea un soporte para los entes territoriales en la formulación de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, políticas, planes y que contribuya a la toma de decisiones en materia de atención de la salud en los diferentes sectores e instituciones a fin de impactar positivamente en la salud de esta población, dirigiendo así actividades y procedimientos que intenten garantizar la detección e intervención temprana de los factores de riesgo o de los problemas de salud prioritarios del municipio de Chigorodó.

Para el municipio es indispensable contar con información exacta, actualizada y suficientemente desagregada para poder diseñar y monitorear políticas públicas y programas sociales. La disponibilidad de esta información es una condición necesaria para lograr mejores focalizaciones, usos más eficientes de los recursos y efectos más directos sobre los grupos poblacionales a los cuales se dirigen las políticas.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de tipo retrospectivo, con el fin de describir el comportamiento de la morbilidad, fecundidad y mortalidad. Se usó como fuentes de información las estimaciones y proyección de la población de los censos 2005 y 2021 y los indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico. Para el análisis de la mortalidad del municipio, se utilizó la información del periodo entre el 2005 al 2021, de acuerdo a las bases de datos de Estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Se realizó una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, tasas específicas de mortalidad por el método directo, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., todo esto a través de la hoja de cálculo Excel.

Para el análisis de las desigualdades en salud y sociales en salud, se estimó las diferencias relativas, tales como el cociente de tasas extremas, cociente ponderado de tasas extremas, el riesgo atribuible poblacional, el riesgo atribuible poblacional relativo (%) y las diferencias absolutas a través de la diferencia de tasas extremas, diferencia ponderada de tasas extremas, según el caso empleando el paquete estadístico Epidat versión 4.0.

Para el análisis de morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, las bases de datos de los eventos de alto costo y precursores de la cuenta de alto costo del Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema de Vigilancia de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud y otra información que contribuya al análisis de la morbilidad en su territorio. El periodo del análisis para los RIPS fue del 2009 al 2022; para los eventos de alto costo y los eventos precursores fue el periodo comprendido entre el 2006 al 2021 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2006 al 2021; Se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o Proporción, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad para estas medidas se les estimó los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., para las estimaciones se utilizó la hoja de cálculo Excel.

Para el realizar la priorización de los efectos en salud se tomó como base las necesidades definidas en plan decenal de salud pública del municipio, a través de la hoja electrónica de Excel y la metodología de Cartografía social explicada por el Ministerio de Salud en la Guía Conceptual de Construcción ASIS Territorios, la matriz Hanlon, la matriz de priorización, el instrumento de mapeo de actores y los núcleos de inequidad, todos planteados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En el desarrollo de estudio de la morbimortalidad y fecundidad en el municipio, se consideró la probable presentación de sesgos de información, dado que los datos que se utilizaron son de fuente secundaria, entonces podía presentarse que la información haya sido afectada por posibles inconvenientes en el registro de la misma, ocasionando que no se encuentren registrados todos los eventos referentes a la morbimortalidad y fecundidad, además de que podía ser posible de que las personas que ingresaron la información podían haber incluido valores no permitidos o erróneos, ya sea por falta de claridad, o por el diligenciamiento del mismo. Sin embargo, se hizo una depuración de las bases de datos antes de excluir algunos registros.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Astrid Salas Correa

Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica

Yadis Renteria Palacios

Administradora en Salud

Denis Luz Palacio Aguirre

Gerente en Sistemas de Información

Hellen Offir Holguín Villa

Profesional Universitario de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

A todas las personas que de una u otra forma nos dieron sus valiosos aportes para el desarrollo de este proceso, Líderes comunitarios y representantes de Juntas de Acción Comunal participantes de la cartografía social.



SIGLAS

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
Dpto:	Departamento
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud
EDA:	Enfermedad Diarreica Aguda
ESI:	Enfermedad Similar a la Influenza
ESAVI:	Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ERC:	Enfermedad Renal Crónica
ETA:	Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETV:	Enfermedades de Transmitidas por Vectores
HTA:	Hipertensión Arterial
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
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
Mpio:	Municipio
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
NBI:	Necesidades Básicas Insatisfechas
No:	Número
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de Salud
RIPS:	Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP:	Riesgo Atribuible Poblacional
PIB:	Producto Interno Bruto
SISBEN:	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO:	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA:	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB:	Tuberculosis
TGF:	Tasa Global de Fecundidad
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humano.

1. CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica

El municipio de Chigorodó está localizado al noroeste del Departamento de Antioquia, la cabecera se encuentra a una altura de 34 m.s.n.m y la temperatura promedio en la cabecera es de 28 °C. Posee una extensión geográfica de 608 Km² de los cuales 3 Km² son urbanos y los 605 Km² restantes corresponden al área rural. La extensión del municipio de Chigorodó es de 608 km², de los cuales 580 corresponden a clima cálido y los otros 28 restantes a clima medio.

Chigorodó limita al norte con el municipio de Carepa, por el oriente con las cumbres de la Serranía de Abibe, límite con el departamento de Córdoba; por el sur con el municipio de Mutatá, y por el oeste con el municipio de Turbo.

Existen registros de que en 1912 se produjo una ordenanza del gobierno de la Provincia de Antioquia, el número 10 del citado año, cuando el gobernador *Clodomiro Ramírez* ordenó separar de Turbo una franja de tierra del río *Jurado* para ser agregada al río *Pavarandocito*. Fue en estas fecha, separación y ordenanza, cuando fue creado oficialmente el municipio de Chigorodó. En la actualidad, Chigorodó sigue siendo ese municipio caluroso, pero con grandes ríos frescos en los que es posible nadar o hacer recorridos en bote. A su lado se levanta la *Serranía de Abibe*, gran reserva hídrica de la subregión Urabá. Su economía depende del banano, uno de los principales productos de exportación de Colombia, y de la ganadería, que atrae a muchos visitantes a sus tradicionales subastas, las más concurridas de toda la región.

Descripción general del municipio Chigorodó. Año de fundación: 1878; *Erección en municipio*: ordenanza 52 de abril de 1915; *Fundadores*: José de los Santos Zúñiga, María Paredes, Celestino Díaz y Manuel Correa; *Apelativo*: Eje cultural de Urabá; Tiene un corregimiento, Barranquillita, y 32 veredas; El nombre "Chigorodó" significa en el dialecto indígena (Chigoro = Guaduas, y Do = Río), es decir, Río de Guaduas. Hacia 1878 se llamó "Nombre de Dios". También se ha llamado "El Crucero".

Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, 2023

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Chigorodó	3 km	1%	605 km	99%	608 km	100%

Fuente: Archivo Planeación municipal

Mapa 1. División política administrativa y límites. Chigorodó 2023



Fuente: Archivo Planeación municipal

Tiene comunicación por carretera pavimentada con los municipios de Carepa y Mutatá, y por carretera destapada con los caseríos de El Congo, y Quebrada Honda, Su cabecera está a una distancia de 306 kilómetros de la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia. Esta está a 8 horas de viaje por carretera.

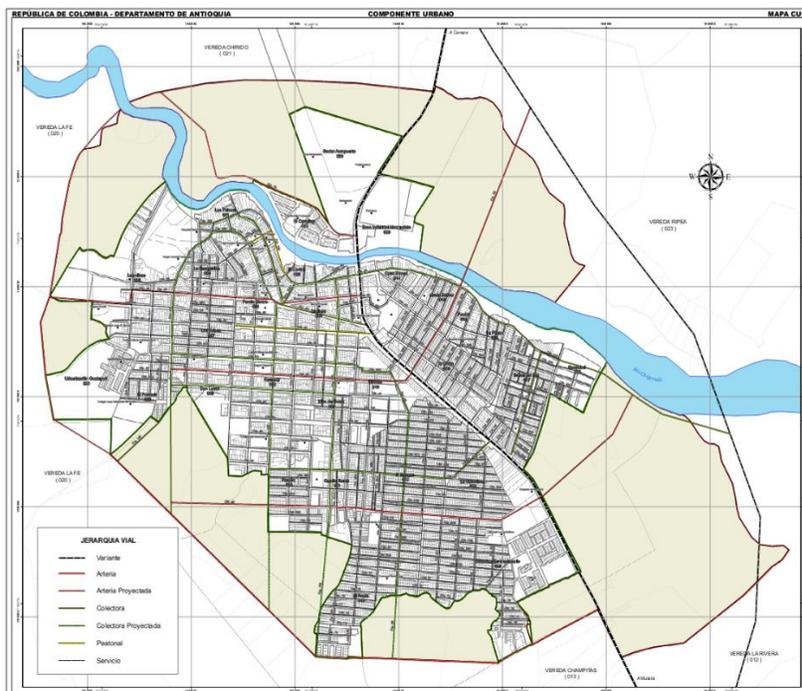
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros desde el municipio hacia los vecinos y la capital del Departamento. Chigorodó 2023

Municipio	Municipio vecino	Distancia municipio cercano	Tipo de transporte entre municipio vecino	Tiempo de traslado	
				Horas	Minutos
Chigorodó	Carepa	10 km	Terrestre	0.25	15
Chigorodó	Turbo	100 km	Terrestre	2.5	150
Chigorodó	Mutatá	56	Terrestre	1	60
Chigorodó	Medellín	266.7 km	Terrestre	5	36

Fuente: Archivo planeación municipal

Para el año 2019, el municipio de Chigorodó cuenta el mejoramiento de vías terciarias con el sistema de placa huella, con el fin de mejorar la superficie vehicular en terrenos que presentan mal estado de transitabilidad y que requiere un mejoramiento a mediano plazo en los siguientes sectores vereda Peñitas 4600m², comunidad indígena Dojura 3860m², vereda Remigio 2750m² y vía carambolo 3600m para un total de 14810m². este sistema ha demostrado ser una infraestructura de rápida y económica ejecución.

Mapa 2. Vías de comunicación terrestre Chigorodó - Antioquia, 2023



Fuente: Archivo planeación municipal

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

Extensión territorial

Tabla 3. Extensión total, urbana y rural en kilómetros. Chigorodó 2023

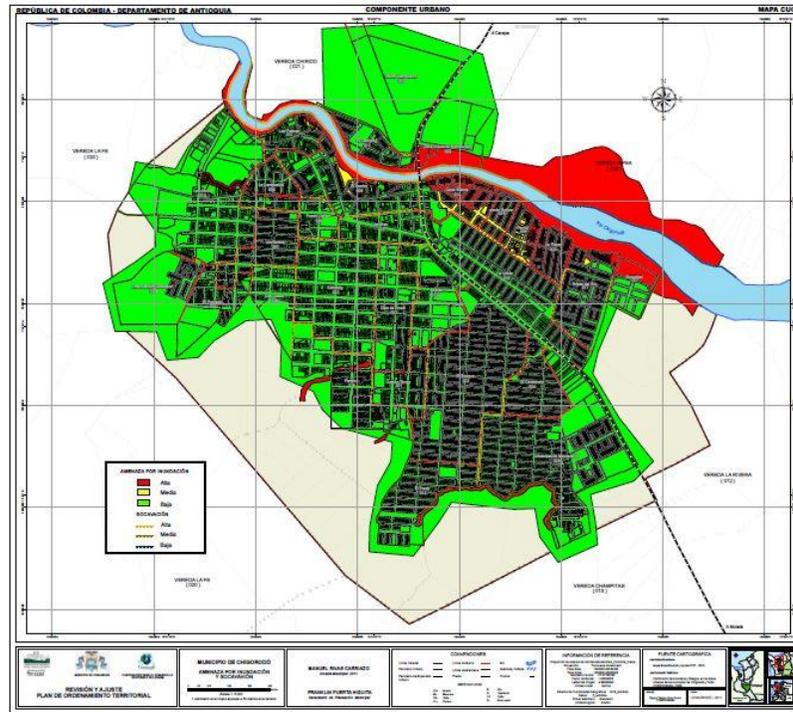
Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Chigorodó	3 km	1%	605 km	99%	608 km	100%

Fuente: Archivo Planeación municipal

Riesgo por inundación y socavación zona urbana

Los máximos riesgos por inundación y socavación del municipio de Chigorodó están concentrados en el área de la ribera del río y se describen en Rojo zona de alto riesgo, Amarillo zona de medio riesgos, Verde zona de bajo riesgo.

Mapa 3. Riesgo por inundación y socavación zona urbana. Chigorodó 2023

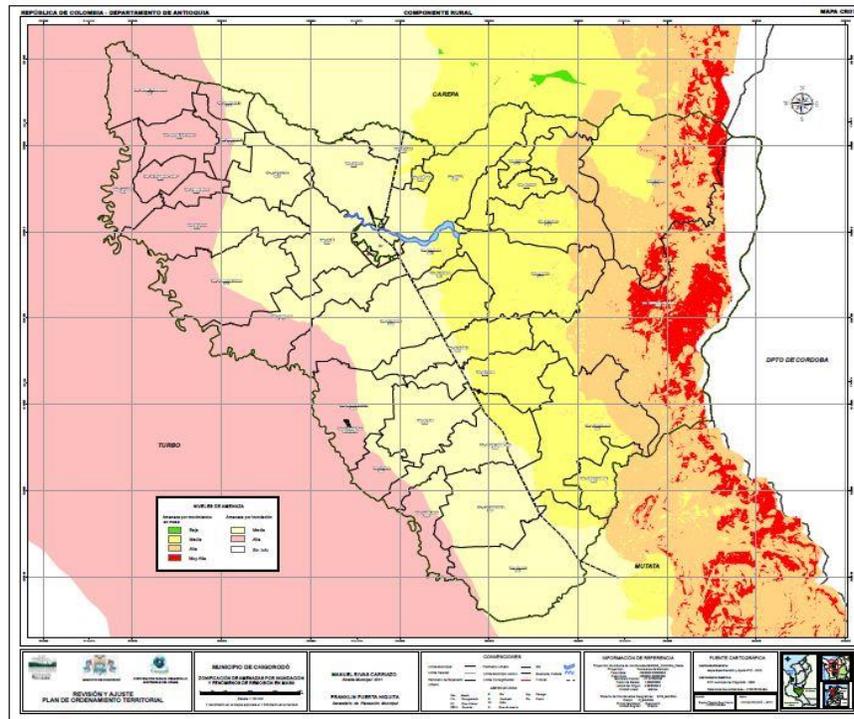


Fuente: Archivo Planeación municipal

Riesgo por inundación rural

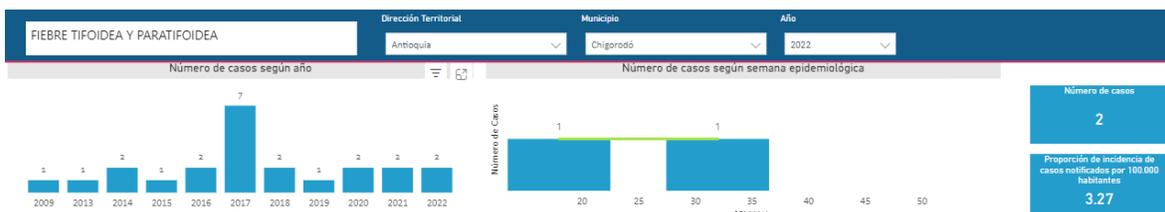
En este mapa se describe las zonas de inundación en el área rural las cuales son las correspondientes al área de influencia de la cuenca del río León en la cuales se encuentran las llanuras de inundación del mismo además las otras cuencas hidrográficas tienen pequeñas zonas de inundación en su trayectoria (río Guapa, Jurado y Chigorodó), además se muestran las áreas de remoción en masa del municipio.

Mapa 4. Riesgo por inundación rural, Chigorodó 2023



Fuente: Archivo Planeación municipal

Reporte: Eventos de factores de riesgo ambiental y sanitario



Fuente: Portal web SIVIGILA - Reportes gráficos - Eventos de riesgo ambiental y sanitario

El municipio ha presentado casos de Fiebre Tifoidea y paratifoidea durante todas las vigencias entre el 2009 y el 2022, según los reportes realizados a través de SIVIGILA al Instituto Nacional de Salud; “La fiebre tifoidea es una enfermedad bacteriana sistémica que se caracteriza en la fase inicial por la aparición insidiosa de fiebre continua, cefalea intensa, malestar general, anorexia, bradicardia relativa, esplenomegalia, manchas rosadas en el tronco en el 25 % de los enfermos de piel blanca y estreñimiento con más frecuencia que diarrea en los adultos (1). La letalidad está asociada principalmente al desarrollo de complicaciones gastrointestinales como

la perforación y hemorragias intestinales y puede ser del 10 % y disminuir al 1 % o menos con la administración inmediata de antibióticos. Se presentan formas leves y asintomáticas, especialmente en las zonas endémicas. El evento es producido por bacterias del género *Salmonella* entérica serotipos typhi (*S. typhi*) y paratyphi A, paratyphi B y paratyphi C (*S. paratyphi*). Se adquiere por el consumo de alimentos y agua contaminada y su reservorio natural es el hombre, el cual contamina el ambiente por la excreción intermitente de las bacterias” Protocolo de vigilancia de Fiebre tifoidea y Paratifoidea del INS, versión 4, 10 de marzo de 2022. Aunque la incidencia es baja y para 2023 no se presentaron casos, no deja de ser un municipio endémico para la bacteria y requiere un seguimiento específico para prevenir los casos.

1.2 Contexto poblacional y demográfico

Población total según zona geográfica Chigorodó 2023

Tabla 4. Distribución poblacional, según área. Chigorodó, 2023

MUNICIPIO	Total	Cabecera		Resto	
		N°	%	N°	%
Chigorodó	61714	52594	85,2	9120	14,8

Fuente: DANE

Según el DANE para el año 2023 el municipio de Chigorodó tiene una población total de 52594; el 85,2% de esta población reside en la zona urbana en una extensión territorial de tan solo 3 km², mientras que el 14,8% restante vive en 605 km² que comprende la zona rural del municipio; este hecho genera una señal de alarma debido a la pérdida de la ruralidad del municipio, cada vez se concentra más población en el área urbana; disminuyendo así las labores del campo y por ende la producción, utilizada como sustento por muchas familias, al mismo tiempo se hace mucho más compleja la prestación de servicios, de salud, públicos y sanitarios para la población asentada en el casco urbano; esto conlleva a generar estrategias de mejoramiento en la infraestructura, vías, planes, programas y proyectos que contribuyan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

Posee una extensión de 608 Km² de los cuales 3,0 Km² pertenecen a la cabecera, presentando una densidad poblacional total 24.055 de personas por Km² y en área rural de 15,1 personas por Km².

Población por área de residencia urbano/rural

Tabla 5. Población por área de residencia. Chigorodó 2023

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
N°	%	N°	%		
52.760	85,5	8.981	14,5	61.741	85,5

Fuente: DANE

Personas por metro cuadrado:
Urbana: 55838 personas por km²
Rural: 16,5 personas por Km²

Grado de urbanización

El grado de urbanización del municipio de Chigorodó es del 85.2% que corresponde a 52594 personas, que residen en el casco urbano del municipio; producto de este grado de urbanización, la gran mayoría de la zona de expansión que poseía el municipio se encuentra habitada, aumentando de manera significativa la demanda de servicios públicos domiciliarios, que no han sido cubiertos por parte del ente territorial, por no contar con los recursos necesarios. El tener tanta cantidad de población concentrada en un espacio tan reducido ha intensificado problemas de salud mental como pandillismo, consumo de SPA, intentos suicidas entre otros.

Número de viviendas

La información suministrada por la Secretaría de Planeación, Vivienda y Ordenamiento Territorial asociada al total de viviendas y hogares del municipio de Chigorodó, para el año 2023 en el área urbana se estiman 14.054 viviendas aproximadamente, de las cuales 12.254 están construidas en bloque, ladrillo y piedra que es el material más utilizado en la zona, a diferencia del área rural donde de las 2.200 viviendas aproximadamente 1.295 son en madera burda, tabla, tablón. Cabe resaltar que pueden existir variaciones en las condiciones de las viviendas dependiendo su ubicación sea el área urbana o rural.

Número de hogares

5 personas por hogar:

De 1 hogar por vivienda: 16.301
De 2 hogares por vivienda: 374
De 3 hogares por vivienda: 49

De 4 hogares por vivienda: 13
De 5 hogares por vivienda: 9

Población por pertenencia étnica

El municipio de Chigorodó está compuesto por diferentes grupos étnicos que determinan la existencia de nuestros ancestros y una historia en común. Se distinguen y reconocen por sus tradiciones y rituales compartidos, instituciones sociales consolidadas y rasgos culturales como la lengua, la gastronomía, la música, la danza y la espiritualidad entre otros elementos. La distribución de la población en el municipio es del 4% indígenas, 49,55% afrocolombianos y el 46,45% restante de la población pertenece a otros grupos poblacionales.

La población indígena se localizan 8 comunidades pertenecientes a las etnias Emberá Katio- Eyábida y Emberá Katio- Chami, cuenta con dos resguardos: Polines y Abibe Chigorodó (Yaberaradó) del cual hacen parte las comunidades indígenas de Dojura, Guapá, Juradó, La Mina y Congo. Saundó Chigorodocito, comunidades conformadas por Emberá Katio - Chami sin título de resguardo.

Cabe resaltar, que la medición de la población negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente en el censo general 2005 realizado por el DANE, se realizó a través del criterio de autorreconocimiento. Es decir, basado en la autoidentificación como rasgo de identidad, refiriéndose al sentido de pertenencia que expresa un individuo frente al colectivo, de acuerdo con sus características culturales específicas. En este caso, también se refiere a la autoidentificación fenotípica, por cualquier característica o rasgo observable de un individuo.

Tabla 6. Población por pertenencia étnica Chigorodó, 2023

Autoreconocimiento étnico	Casos	%
Gitano(a) o Rrom	1	0,00
Indígena	2.220	4,00
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	27.532	49,55
Ningún grupo étnico	25.551	45,98
No informa	256	0,46
Palenquero(a) de San Basilio	3	0,01
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1	0,00
Total	55.564	100

Fuente: DANE

1.2.1 Estructura demográfica

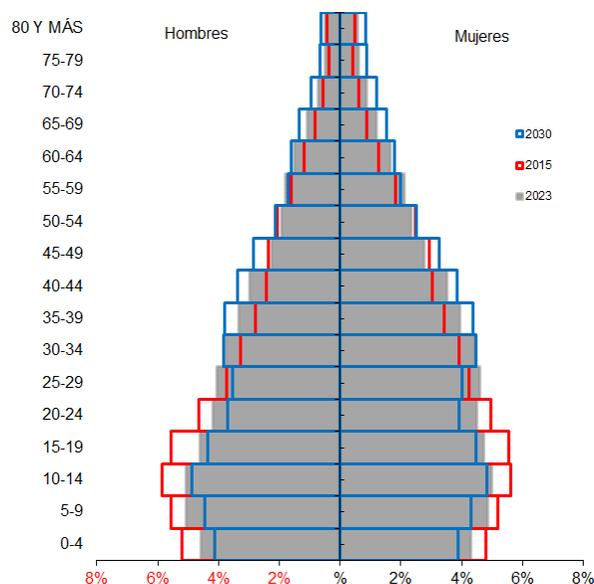
Pirámide poblacional

La pirámide poblacional del municipio de Chigorodó, continúa siendo progresiva, cada vez muestra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base, este fenómeno puede atribuirse a la

implementación de los diferentes programas de salud sexual y reproductiva para la población joven, y como resultado de la participación cada vez más decidida de la mujer en los diferentes sectores de la economía. Así mismo, la migración de los campesinos a el sector urbano o a las ciudades en búsqueda de oportunidades laborales o de estudio; esta situación dificulta el progreso del municipio porque se hace más complejo el aprovechamiento de los terrenos fértiles por no contar con la población suficiente en edad productivo, máxime cuando Chigorodó en su extensión territorial es un municipio mayoritariamente rural.

Con la situación migratoria de población venezolana a Colombia, el municipio de Chigorodó tiene albergados alrededor de 945 ciudadanos venezolanos aproximadamente. Una vez el gobierno nacional autorizo el ingreso, permanencia y salida de extranjeros, así como regular su situación, para que accedan a los beneficios de la oferta institucional.

Figura 1. Pirámide poblacional del municipio de Chigorodó, 2015, 2023, 2030



Fuente: Proyecciones de población 2015- 2030 DANE

Población por grupo de edad

La distribución poblacional por grupos de edad coincide con el comportamiento evidenciado en la pirámide poblacional, en donde los grupos con mayor proporción de población son los del ciclo vital de la adolescencia, juventud y adultez, mientras que la primera infancia, la infancia y la adolescencia tienen cada vez una

disminución más marcada; esto significa una oportunidad y un gran reto para la administración municipal, dado que esta población es la económicamente activa, en búsqueda de generar inversiones productivas o aumentar la inversión social en el mejoramiento de la educación, la salud, infraestructura entre otras; generando fuentes de empleo que sean suficientes para satisfacer la demanda de esta población. Además, a anticipar inversiones frente al aumento de la población adulta mayor.

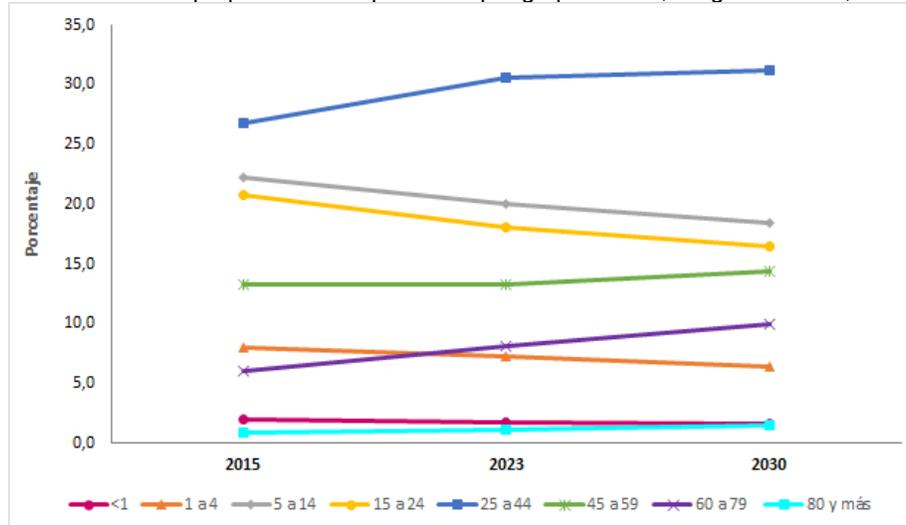
Tabla 7. Proporción de la población por ciclo vital. Chigorodó, 2015, 2023 y 2030.

Ciclo vital	2015		2023		2030	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	6.484	12,0	6.692	10,8	6.228	9,7
Infancia (6 a 11 años)	7.111	13,2	7.440	12,1	7.054	11,0
Adolescencia (12 a 18)	8.564	15,9	8.365	13,5	8.374	13,0
Juventud (19 a 26)	8.127	15,1	8.608	13,9	7.858	12,2
Adulthood (27 a 59)	19.803	36,8	24.931	40,4	27.461	42,7
Persona mayor (60 y más)	3.776	7,0	5.705	9,2	7.356	11,4
TOTAL	53.865	100	61.741	100	64.331	100

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE

Para el periodo de análisis, la mayor parte de la población el municipio de Chigorodó se encentra entre los 25 a 44 años, aumentando progresivamente, esto permite generar inversiones productivas o aumentar la inversión social en el mejoramiento de la educación, la salud, así como en la lucha contra la pobreza; además, a anticipar inversiones frente al aumento de la población adulta mayor, cuyas demandas serán más costosas en el mediano plazo.

Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, Chigorodó 2015, 2023 y 2030

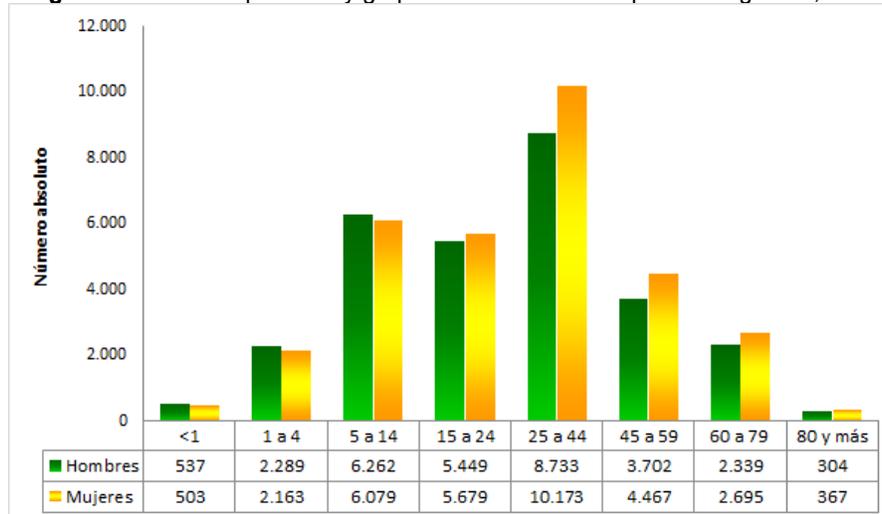


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE

En la gráfica se observa que, en el municipio de Chigorodó para el año 2023, hay mayor proporción de hombres que de mujeres, especialmente en los grupos de edad entre 0 a 14; quiere decir, que inicialmente nacen más hombres que mujeres, pero a medida que se va llegando a la juventud rango de edad de entre 15 a 24 años se presenta una disminución significativa en la población masculina del municipio lo que está asociado con la mortalidad por causas externas que afectan en su mayoría a los hombres jóvenes del territorio.

Cabe resaltar que, esta grafica constituye una información de suma utilidad e importancia, la cual deriva y fundamenta las políticas de atención y equidad de género, así como el presupuesto y el fortalecimiento de programas sociales tendientes a distintos grupos vulnerables sin discriminación de sexo y fundamentalmente el garante de la igualdad en el acceso a los programas institucionales de carácter social. Así mismo, dicha identificación es cimiento para el fortalecimiento de acciones dirigidas a la creación de programas de planificación familiar y de planeación social del embarazo, de la cultura del respeto, haciendo énfasis en sexualidad segura, digna y de valores.

Figura 3. Población por sexo y grupo de edad del municipio de Chigorodó, 2023



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE

Otros indicadores demográficos

Dentro de los otros indicadores demográficos que se analizaron, es de resaltar la disminución sostenida que se ha venido presentando en el índice de friz que sirve para evaluar si una población objeto de estudio es joven o envejecida, este indicador ha pasado de 179,5 en 2015 a 141,51 en 2023 y la proyección para el 2030 es de 118,5, esta disminución sostenida del índice de friz indica que la población del municipio de Chigorodó lentamente está envejeciéndose.

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2015 por cada 94 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2023 por cada 92 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2015 por cada 36 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2023 por cada 31 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2015 de 100 personas, 32 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 29 personas
Índice de juventud	En el año 2015 de 100 personas, 29 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 27 personas
Índice de vejez	En el año 2015 de 100 personas, 7 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 9 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2015 de 100 personas, 22 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 32 personas
Índice demográfico de dependencia	En el año 2015 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 58 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 54 personas
Índice de dependencia infantil	En el año 2015, 51 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 44 personas
Índice de dependencia mayores	En el año 2015, 7 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 9 personas
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

Fuente: Población DANE año 2015, 2023 y 2030

Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica municipio de Chigorodó, 2015, 2023, 2030.

Índice Demográfico	Año		
	2015	2023	2030
Poblacion total	53.865	61.741	64.331
Poblacion Masculina	26.083	29.615	30.813
Poblacion femenina	27.782	32.126	33.518
Relación hombres:mujer	93,88	92,18	92
Razón niños:mujer	36	31	28
Índice de infancia	32	29	26
Índice de juventud	29	27	24
Índice de vejez	7	9	11
Índice de envejecimiento	22	32	43
Índice demográfico de dependencia	58,03	53,75	52,69
Índice de dependencia infantil	50,82	44,41	40,42
Índice de dependencia mayores	7,21	9,34	12,27
Índice de Friz	179,15	141,51	118,52

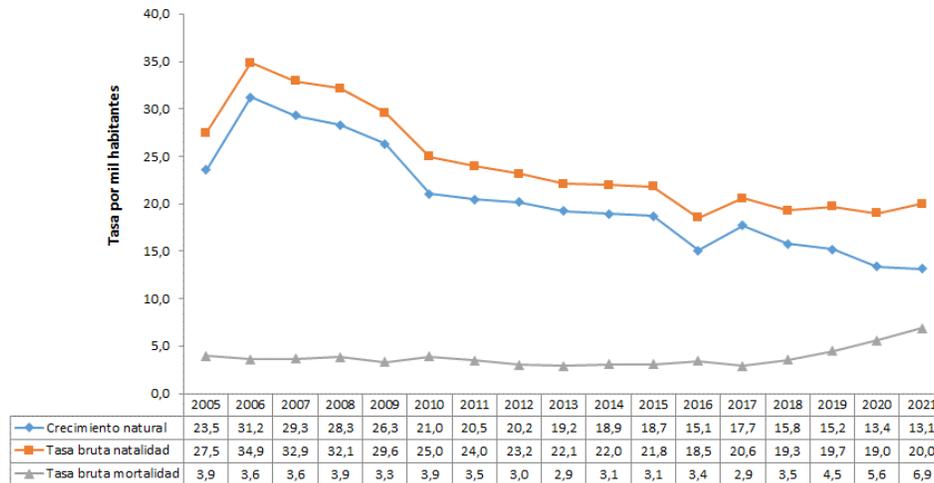
Fuente: Población DANE año 2015, 2023 y 2030.

1.2.2. Dinámica demográfica

Definir la dinámica poblacional corresponde a identificar situaciones que determinan los cambios que sufren las poblaciones y que van a condicionar tamaño, dimensiones físicas de sus miembros, estructura de edad y sexo y otros parámetros que las definen, así como de los factores que causan esos cambios y los mecanismos por los que se producen.

- La Tasa Bruta de Natalidad (TBN), para el periodo de estudio, la tasa bruta de natalidad muestra una tendencia a la disminución, paso de 27 nacimientos por cada 1000 habitantes en el año 2005 a 20 nacimientos por cada 1000 habitantes en el año 2021. Existen diversas causales por las cuales la tasa de natalidad tiende a disminuir, entre ellas el impacto que ha generado los programas de Salud sexual y reproductiva, es decir, mayor acceso a los métodos anticonceptivos y aspectos socioculturales que hacen a las mujeres se muestran más independientes y opten tener menor número de hijos, mejorar su nivel educativo e incursionar en el mundo laboral.
- La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM), este indicador tiene un comportamiento fluctuante, el riesgo de morir de la población del municipio de Chigorodó ha aumentado en el año 2021, posicionándose como el año de mayor aporte durante el periodo de estudio. Se observa que se presentaron 3 muertes por cada 1000 habitantes en el año 2017, y aumentó a 6 muertes por 1000 habitantes en el año 2021.
- La Tasa de Crecimiento Natural (TCN). En el municipio de Chigorodó, este indicador tiene un comportamiento fluctuante, esto es resultado de la disminución de la natalidad que ha impactado estadísticamente en el mismo. Teniendo en cuenta que, este indicador es la diferencia entre el número de nacimientos y el número de defunciones de una población en un determinado periodo de tiempo, como el de número de nacimientos es superior al número de defunciones se dice que la tasa de natalidad es mayor a la de mortalidad, es decir, la población aumenta.

Figura 4. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad. Chigorodó 2005 - 2021



Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Otros indicadores de la dinámica de la población

- Las Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años, sigue siendo hoy un tema de gran importancia para la salud pública, dadas las implicaciones que este fenómeno tiene sobre la vida de la gestante y del neonato. Cabe resaltar que, es notable que el embarazo a temprana edad puede favorecer a la persistencia de condiciones de pobreza y falta de oportunidades en las mujeres dado que deben asumir responsabilidades y estilos de vida que no son acordes a esa edad, así mismo aumenta el riesgo de una muerte materna o perinatal. Observando los datos y cifras estadísticas el municipio de Chigorodó en el periodo de estudio, este indicador aumento, se debe continuar con el fortalecimiento de los programas de promoción de derechos humanos, sexuales y reproductivos. Para el año 2021 se refleja un aumento, presentando una tasa a 6,2 nacimientos por cada 1000 mujeres de 10 a 14 años.
- Las Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años, es un indicador que debido a la alta incidencia en el mundo general una alerta, se han diseñado acciones y estrategias de salud pública, como son el mejoramiento y fortalecimiento de los programas de prevención y mantenimiento de la salud, la facilidad en el acceso a los anticonceptivos, así como el incentivo en la promoción de espacios con equidad de género para evitar las manifestaciones violentas y de abuso sexual hacia las mujeres. Sin embargo, como se puede observar en la gráfica, pese a los múltiples esfuerzos que se han adelantado sigue existiendo una manifestación importante de este indicador. Para el año 2021 se refleja un aumento de la tasa a 96 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años.
- La Edad Media de Fecundidad en el municipio es de 29 años.

Tabla 9. Otros indicadores de la dinámica de la población del municipio de Chigorodó, 2005 - 2021

Tasa de fecundidad específica	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
De 10 a 14	9,6	6,5	6,9	7,4	7,7	6,0	5,7	5,5	6,4	8,6	7,5	5,5	5,9	4,7	6,2	4,3	6,2
De 15 a 19	158,9	141,2	131,3	129,9	115,4	92,0	94,3	90,7	88,7	77,5	82,7	66,1	68,5	75,5	104,5	87,4	96,0

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS.

1.2.3. Movilidad forzada

De acuerdo con la información disponible en el Registro Único de Víctimas – RUV, en el municipio de Chigorodó registran 43367 víctimas, de los cuales el 53% son mujeres y el 47% son hombres con mayor afectación en el grupo de edad de 15ª 29 años. El RUV contiene las características demográficas de la población en el cual, da a conocer que en el municipio de Chigorodó, a raíz de las diversas manifestaciones de violencia y problemas de tenencia de la tierra, estas situaciones de orden social, político y económico han obligado a pobladores a desplazarse a zonas altamente urbanizadas, generalmente, engrosando así las condiciones de miseria, marginación y retraimiento del desarrollo social. Ante esta situación, se hace necesario que el estado establezca políticas públicas encaminadas a la restitución de los derechos en estas comunidades.

Tabla 10. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo. Chigorodó 2022

Grupo de edad	Año			
	2022			
	Hombres	%	Mujeres	%
Total	20343	100,00	23024	100,00
0-4	277	6,52	284	4,65
5-9	1264	13,93	1147	10,08
10-14	2290	14,33	2155	10,57
15-19	2917	15,18	2789	12,31
20-24	2390	10,62	2487	10,55
25-29	2075	6,42	2127	8,37
30-34	1496	5,23	2000	7,70
35-39	1249	4,75	1839	6,88
40-44	1147	4,00	1688	5,83
45-49	890	3,76	1445	5,33
50-54	923	3,40	1241	4,56
55-59	854	2,60	1085	3,53
60-64	702	2,13	858	2,45
65-69	541	1,81	576	1,71
70-74	412	1,34	431	1,33
75-79	298	1,17	298	1,07
80 Y MÁS	618	2,82	574	3,08

Fuente: Registro Único de Víctimas – RUV.

1.2.4. Población LGBTIQ+

Actualmente, en el municipio de Chigorodó, se está realizando una encuesta de caracterización dirigida a la población LGBTIQ+, a través de un link que fue difundido por redes sociales, por la Mesa y el Colectivo Dejando Huella, el cual está conformado por mujeres lesbianas, ellos diligencian unas preguntas de autorreconocimiento. Hasta el momento se cuentan con 91 personas caracterizadas, todas del área urbana, están entre los 18 y los 40 años de edad; 37 personas se reconocen como Lesbianas, 39 como Gay, 5 como bisexuales y 10 como transgenero.

Chigorodó cuenta con la corporación Alma de Colores, la cual tiene incidencia a nivel nacional e internacional, ellos apoyan los casos de violencias basada en género con apoyo sicosocial y educación o pedagogía en temas de diversidad en Instituciones Educativas y población general, también acompañan a personas que sean diagnosticados como positivas para VIH. También cuenta con la intervención de USAID, quien realiza fortalecimiento a organizaciones para la representación judicial y derechos de la población LGBTIQ+, realiza fortalecimiento a la administración municipal, comisaría de familia, con apoyo de la Corporación Humanas, adicionalmente ayuda con la implementación de Políticas Públicas relacionadas con el tema. También se recibe apoyo de la Corporación Caribe Afirmativo, de la Gobernación de Antioquia, la Defensoría del Pueblo a través de la Dupla de Género y Todos Somos Iguales, ellos trabajan el acompañamiento a los sectores sociales LGBTIQ+ y en el tema de violencias causadas por el conflicto armado.

Se cuenta con la Mesa Diversa, la cual está apoyada desde la administración municipal desde el año 2017, cuenta con entre 15 y 25 participantes, dado que las reuniones se hacen en horarios laborales y la comunidad se destaca por tener emprendimientos o labores empresariales que les dificulta su participación. Hay un liderazgo muy fuerte en las mujeres transgénero en término de reivindicación de sus derechos, sobre todo en la ruta de atención a la salud, por ejemplo, endocrinólogo y procesos hormonales, dado que no se les da atención diferencial, por lo que muchos de ellos se automedican.

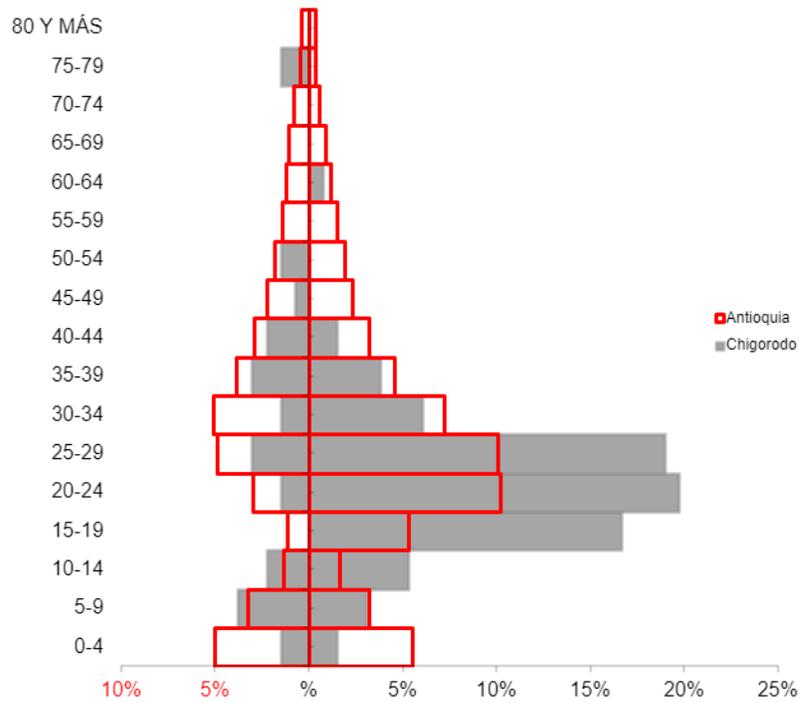
1.2.5. Población migrante.

La población venezolana sigue llegando a Colombia, y hasta ahora no se tiene la certeza que esta situación se detendrá pronto, las personas continúan saliendo de Venezuela para huir de la violencia, la inseguridad, las amenazas, y la falta de alimentos, medicinas y servicios esenciales. Quienes dejan el país se encuentran en situación de vulnerabilidad y cuentan con muy pocos recursos.

En la pirámide poblacional extranjera para el año 2021 se reporta la atención de 30 hombres y 102 mujeres en su mayoría de origen de República Bolivariana de Venezuela y que se encontraban principalmente en los rangos de edad de 15 a 29 años. Muchos de los venezolanos atendidos aún no tienen documentación ni permiso para permanecer legalmente en Colombia, es por esta razón que la gran mayoría de las atenciones son a mujeres en gestación.

Colombia esta implementando el Permiso por Protección Temporal -PPT, este es un documento de identificación que se expide mediante la implementación del El Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos -ETPV, ofrece a la población venezolana una oportunidad sin precedentes para regularizar tu estado migratorio y acceder a salud, empleo y educación.

Figura 5. Pirámide poblacional Atenciones en salud población migrante del municipio de Chigorodó, 2021.



Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Otros indicadores demográficos

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el municipio Chigorodó para el año 2018 por cada 29 migrantes hombres con atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud, mientras que para el departamento Antioquia en el año 2018 por cada 67 migrantes hombres que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud
Razón niños mujer	En el municipio Chigorodó para el año 2018 por cada 5 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15-49años) que recibieron atenciones en salud, en contraste el Antioquia para el año 2018 por cada 25 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud
Índice de infancia	En el municipio Chigorodó en el año 2018 de 100 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, 17 correspondían a población migrantes hasta los 14 años, mientras que en el Antioquia para el año 2018 este grupo poblacional con atenciones en salud fue de 20 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de juventud	En el municipio Chigorodó en el año 2018 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 60 correspondían a población de 15 a 29 años migrante, mientras que en el Antioquia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 35 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de vejez	En el municipio Chigorodó en el año 2018 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 2 correspondían a población migrantes de 65 años y más, mientras que en el Antioquia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 7 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de envejecimiento	En el municipio Chigorodó en el año 2018 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 13 correspondían a población migrante de 65 años y más, mientras que en el Antioquia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 36 personas migrantes con atenciones en salud
Índice demográfico de dependencia	En el municipio Chigorodó de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años que recibieron atenciones en salud, hubo 23 personas migrantes menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes) , mientras que en el Antioquia este grupo poblacional fue de 33 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de dependencia infantil	En el municipio Chigorodó, 21 personas migrantes que recibieron atenciones en salud menores de 15 años, dependían de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años , mientras que en el Antioquia fue de 27 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de dependencia mayores	En el municipio Chigorodó, 2 personas migrantes que recibieron atenciones en salud de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años , mientras que en el Antioquia fue de 7 personas migrantes con atenciones en salud

Índice de Friz

Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

Tabla 11. Otros indicadores de estructura demográfica de las atenciones en salud población migrante, municipio de Chigorodó, 2018

Índice Demográfico	Año	
	05172	Antioquia
Poblacion total	132	151.550
Poblacion Masculina	30	60.746
Poblacion femenina	102	90.804
Relación hombres:mujer	29,41	67
Razón niños:mujer	5	25
Índice de infancia	17	20
Índice de juventud	60	35
Índice de vejez	2	7
Índice de envejecimiento	13	36
Índice demografico de dependencia	23,36	33,14
Índice de dependencia infantil	21,50	26,58
Índice de dependencia mayores	1,87	6,56
Índice de Friz	180,00	84,07

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

1.2.6. Población Campesina.

El Municipio de Chigorodó, según datos consultados en Terridata, cuenta con una cobertura eléctrica para el área Rural es del 94.22% para el año 2019, la cobertura de alcantarillado rural según el Censo de 2018 es del 10.42%, la cobertura de aseo para el 2021 es del 66.11%, sólo el 5.41% de la población indígena cuenta con acueducto. La cobertura de internet, según Censo, para el año 2018 era sólo del 1.10% y la tasa de analfabetismo era del 17.58% para el mismo año. Para el año 2021 sólo el 12.86% de la población rural contaba con agua potable. Muchas de estas dificultades se deben a problemas con el acceso a las comunidades por mal estado de vías, por las largas distancias, por dificultades de orden público y por falta de recursos de la administración municipal.

La participación del sector primario en el valor agregado municipal, según el DANE, para el año 2021, fue del 37.66% y viene en un leve descenso, siendo la tercera de las actividades de mayor impacto para la economía municipal. El primer cultivo es el Banano, seguido de la piña, maracuyá, arroz y la palma de aceite. Cuenta con producción aviar, bovina, bufalina, caprina, equina y porcina.

En el año 2016 el municipio contaba con 8.336,36 hectáreas de área húmeda, según el Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt, para el año 2016 contaba con 20.076,12 hectáreas de área de bosque estable y 400,85 hectáreas deforestadas según el IDEAM. Según el DNP, a partir de información del

IGAC, para el año 2021 el municipio contaba con un 15.59% de predios rurales, dado que no tienen organizado el catastro rural.

Según el DNP, a partir de información del DANE, para el año 2015, el 27.63% de la población trabaja en actividades de agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca y para el año 2019 tenía una participación de las actividades económicas del valor agregado municipal del 2.44%, en las actividades económicas del departamental - actividades primarias.

Según el DANE, para el año 2018, el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI - en el área rural era de 51,70 puntos porcentuales y la Población en condición de miseria era del 23.98 puntos porcentuales.

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

Capacidad instalada

El municipio de Chigorodó, cuenta la ESE Hospital María Auxiliadora, institución con servicios básicos de primer nivel, la Unidad Materno Infantil Fundación SOMA institución de segundo nivel, y otras instituciones privadas. A continuación, se describe el número y distribución de las Instituciones Prestadoras de Servicios habilitadas por servicios en el municipio e Chigorodó para el año 2019, cabe resaltar que algunos servicios registrados no se prestan en el municipio, como es el caso de Génesis IPS, quien tiene habilitado el servicio de especialidades como dermatología, medicina interna, ortopedia y traumatología, entre otras, y son prestadas en Medellín y Apartadó.

Tabla 32. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud. Chigorodó 2022

Grupo Servicio	Indicador	2022
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	8



	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	2
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	7



Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	11
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - naturopatía	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropsiquiatría	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	7
Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	7
Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	2



	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia pediátrica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toxicología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	2
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	5
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	6



	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	2
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	1
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1

Fuente: Base de datos de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS

Otros indicadores del sistema sanitario

Tabla 13. Otros indicadores de sistema sanitario Chigorodó, 2022

Indicador	2022
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0.05
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0.00
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0.05
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0.29
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0.00
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0.00
Razón de camas por 1.000 habitantes	0.36

Fuente: Base de datos de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS

Sistema sanitario

Se puede visualizar que, durante este periodo de análisis, los indicadores del semáforo de color verde las coberturas administrativas de vacunación se encuentran en mejor condición que el referente departamental, indicando que hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el municipio y el departamento. Esto es debido a la Unidad Materno Infantil Fundación SOMA y la ESE Hospital María Auxiliadora, son las encargadas de la aplicación de estos biológicos.

Los indicadores restantes que se encuentran en amarillo indicando que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el valor que toma el indicador en el municipio y el departamento.

Tabla 44. Determinantes intermedios de la salud - Sistema sanitario del departamento de Antioquia y el municipio de Chigorodó, 2021

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Chigorodó	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE)	7,3	2,6																	<input checked="" type="checkbox"/>		
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE)	4,5	4,9																	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	99,6	119,1				<input checked="" type="checkbox"/>															
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	89,6	174,0	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	85,4	92,3	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	84,6	90,7	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	84,1	71,0	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	87,2	84,7	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	99,1	98,8	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	99,2	98,9	<input checked="" type="checkbox"/>																		

Fuente: DANE 2005-2021

Caracterización de los Determinantes Sociales de la Salud - EAPB

El municipio de Chigorodó cuenta con una población total, según DANE, de 61.741 personas, pero frente a la afiliación en salud cuenta con 75.822 personas afiliadas, por lo que el porcentaje de aseguramiento en salud alcanza el 122.81%.

En el régimen contributivo cuenta con 31.606 personas afiliadas, lo que equivale al 51.19% del total de la afiliación, de las cuales 14.862 son cotizantes, 16.725 beneficiarias y 19 personas adicionales. En el régimen subsidiado existe un total de afiliación de 42.141 personas, equivalente al 68.25%, en el régimen de excepción hay 815 personas, equivalente al 1.32% y en las fuerzas públicas 1.260 personas afiliadas correspondiente al 2.04%.

El municipio tiene 2.252 usuarios afiliados al régimen subsidiado pero que no cuentan con SISBEN, por lo que se debe aumentar el esfuerzo para localizar a esta población y garantizar que sean censados a través de la metodología de SISBEN.

Tiene una población Pobre No Asegurada (PNA) identificada de 502 personas, de los cuales 181 se encuentran en Grupo D de SISBEN.

En el municipio operan 7 EAPBS; Sura EPS, La Nueva EPS, Savia Salud, Coosalud EPS, Salud Total, Asociación Indígena del Cauca y EPS Familiar de Colombia.

Para el mes de enero de 2024, según los datos de la SSSA, Sura EPS cuenta con 15.475 afiliados al RC y 6.151 al RS; La Nueva cuenta con 13.736 afiliados al RC y 9.462 al RS; Savia Salud EPS cuenta con 1.171 afiliados al RC y 21.742 al RS; Coosalud EPS cuenta con 320 afiliados al RC y 1.498 al RS; Salud Total cuenta con 263 afiliados al RS; AIC cuenta con 56 afiliados al RC y 3.082 al RS; y EPS Familiar de Colombia cuenta con 543 afiliados al RS.

Captación de diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 por régimen.

La diabetes mellitus es una enfermedad prolongada, en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre, es decir, que su cuerpo no puede movilizar el azúcar desde la sangre hasta el músculo y a las células de grasa para quemarla o almacenarla como energía, y/o el hígado produce demasiada glucosa y la secreta en la sangre.

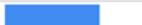
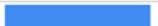
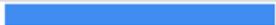
Las EAPB a través de su red prestadora y para beneficio de todas las personas ya diagnósticas y con el tratamiento vigente de diabetes mellitus, prestan el servicio de manera integral, ininterrumpida y completa, el tratamiento a los pacientes con diabetes según la Resolución 2481 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social. A través del programa se busca un cambio y modificación de estilo de vida, iniciar el tratamiento farmacológico si es necesario y un monitoreo constantes para evaluar la adherencia al tratamiento.

Tabla 55. Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años, régimen subsidiado Chigorodó - 2012

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	44,07	
ANTIOQUIA	52,32	
CHIGORODÓ	18,03	
CCF001 - COMFAMILIAR CAMACOL	0,00	
EPS020 - CAPRECOM	0,00	
EPS031 - SELVASALUD	0,00	
EPSI03 - AIC-EPSI-I	0,00	
ESS002 - EMDISALUD	0,00	
CCF002 - CONFAMA	0,48	

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS.

Tabla 16. Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años, régimen contributivo Chigorodó - 2012

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	44,07	
ANTIOQUIA	52,32	
CHIGORODÓ	18,03	
EPS005 - SANITAS	0,00	
EPS010 - EPS SURA	0,00	
EPS018 - SOS	0,00	
EPS026 - SOLSALUD	4,44	
EPS016 - COOMEVA	21,62	
EPS009 - COMFENALCO ANTIOQUIA	44,92	
EPS013 - SALUDCOOP	68,72	
EPS037 - NUEVA EPS	127,15	

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS.

Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 por régimen.

En relación a la hipertensión arterial, que es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada. Los conceptos y recomendaciones establecidas en las fichas pretenden orientar la gestión y el manejo de los pacientes con riesgo vascular y algunas de sus comorbilidades y complicaciones, sin embargo, todo paciente debe tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares. Dada la continua evolución de las tendencias médicas, en cualquier momento pueden surgir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.

Tabla 17. Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años, régimen subsidiado Chigorodó – 2012

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	26,66	
ANTIOQUIA	36,29	
CHIGORODÓ	13,98	
CCF001 - CONFAMILIAR CAMACOL	0,00	
EPS020 - CAPRECOM	0,00	
EPS031 - SELVASALUD	0,00	
EPSI03 - AIC-EPSI-I	0,00	
ESS002 - EMDISALUD	0,00	
CCF002 - CONFAMA	0,19	

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS.

Tabla 18. Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años, régimen contributivo Chigorodó - 2012

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA	26,66	
ANTIOQUIA	36,29	
CHIGORODÓ	13,98	
EPS005 - SANITAS	0,00	
EPS010 - EPS SURA	0,00	
EPS018 - SOS	0,00	
EPS026 - SOLSALUD	1,87	
EPS016 - COOMEVA	19,67	
EPS009 - COMFENALCO ANTIOQUIA	26,18	
EPS013 - SALUDCOOP	61,68	
EPS037 - NUEVA EPS	70,76	

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS.

1.4. Gobierno y Gobernanza en el sector salud.

Políticas municipales

El municipio de Chigorodó cuenta con la Política pública de seguridad alimentaria, Creada por el acuerdo 02 de 2011 y modificada por el acuerdo 08 del 25 de noviembre de 2023, la cual se crea en busca de fortalecer la articulación multisectorial y la participación ciudadana en pro de garantizar progresivamente el derecho humano a la alimentación.

La Política Pública de salud mental, creada a través del acuerdo 012 de 2019, por medio de la cual se garantizan los derechos a la salud mental como una prioridad de la población del municipio de Chigorodó.

Finalmente, la política pública de adulto mayor fue adoptada a través del acuerdo 011 de 2019 y fue adoptada con el fin de generar estrategias para garantizar el bienestar de los adultos mayores del municipio en condición más vulnerable.

Cuenta con el Decreto 111 de 2018 a través del cual se crea la ruta de atención y protección a las mujeres víctimas de violencia y el Decreto 069-1 de 2018 por medio del cual fue actualizado el Consejo Municipal de Política Social del municipio.

Agenda Antioquia 2040

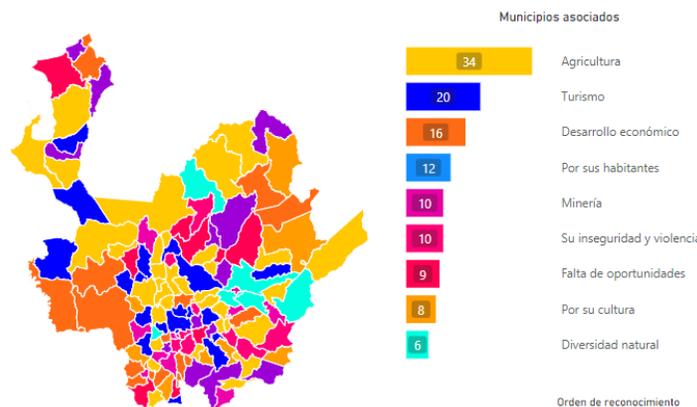
La Agenda Antioquia 2040 es el punto de inicio del plan estratégico territorial para los próximos veinte años para el departamento. El principal objetivo de dicha agenda es construir en conjunto con los antioqueños y

antioqueñas un plan estratégico territorial para el desarrollo de Antioquia, con fundamento en la participación de la ciudadanía, asociación de actores del desarrollo y generación de conocimiento colectivo y por supuesto: proyectos, programas e indicadores de largo plazo.

Es una oportunidad para todos los habitantes del territorio construyan una región que ponga la vida en el centro de todo, una Antioquia equitativa, con identidad, sostenible y regenerativa, competitiva, y con buena gobernabilidad.

¿Cómo nos reconocemos hoy?

Mapa 2. Reconocimiento Agenda 2040 Antioquia. Chigorodó. Posición 1.

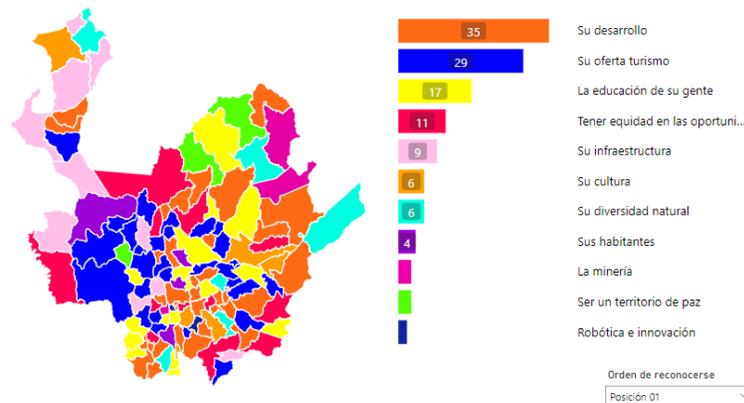


Fuente: SSSYPSA – Agenda Antioquia 2040

Los resultados donde se preguntó a la población como quería ser reconocida en su territorio, en municipio de Chigorodó sus habitantes quieren ser reconocidos, como un municipio de gente pujante, pluriétnico y multicultural con la diversidad natural, por su cultura, por su economía basada en el cultivo de banano, arroz, plátano, maíz, yuca, palma de aceite, cacao y piña. El banano es uno de los principales productos de exportación de Colombia, y de la ganadería, que atrae a muchos visitantes a sus tradicionales subastas, las

más concurridas de toda la región. Y por sus artesanías fabricadas por las comunidades indígenas Katio que producen canastas y molas y las cucharas llamadas cucas.

Mapa 3. Visión Agenda 2040 Antioquia. Chigorodó. Posición 1.



Fuente: SSSYPSA – Agenda Antioquia 2040

En la actualidad, Chigorodó sigue siendo ese municipio caluroso pero con grandes ríos frescos en los que es posible nadar o hacer recorridos por los senderos. A su lado se levanta la Serranía de Abibe, gran reserva hídrica de la subregión Urabá.

Resultados de la Cartografía social

Como parte del proceso participativo planteado por la nueva metodología del Ministerio de Salud para realizar los ASIS Municipales, en la guía se recomienda realizar la metodología de Cartografía social, la cual consiste en animar a la comunidad para que identifique, a través de representaciones gráficas, sus necesidades de salud, actores importantes dentro del entorno y reflexione sobre la mejor manera para encontrar una solución eficiente y efectiva entre todos.

Para realizar la metodología se convocaron los siguientes actores: comunidades indígenas, población de discapacidad, JAC, población Afrocolombiana, comunidad diversa, mujeres, adulto mayor, Policía Nacional, líderes de la administración municipal y comunidad en general del área rural y urbana para realizar la actividad durante media jornada.

Durante el ejercicio la comunidad y los líderes del área urbana plantearon como principales necesidades en salud el tema de Salud Mental por consumo de Sustancias Psicoactivas, Violencia intrafamiliar y enfermedades crónicas como HTA y Diabetes, ellos plantearon la necesidad de mejorar los servicios que se prestan en los puestos de salud y aumentar las citas por especialistas. Mientras que, en el área rural, plantearon las enfermedades de salud mental, EDA, enfermedades de la piel, fiebres y dolor de cabeza, ellos solicitaron organizar acueductos veredales para tener agua potable, mejorar las vías para tener un acceso oportuno a los

servicios de Salud y para que puedan tener recolección de basuras, sobre todo porque estas últimas disminuirían las inundaciones. También solicitaron una atención diferencial en los servicios médicos, aumentar la promoción y fortalecimiento de las rutas de atención, brindar capacitaciones y asesorías a la comunidad sobre políticas públicas, descentralizar los servicios de salud, fortalecer la confianza entre las instituciones y la comunidad y la entrega oportuna y completa de medicamentos.

Para el área urbana las categorías centrales fueron la Cultural y la Política, mientras que para el área rural fueron la ambiental y nuevamente la política, dejando claro que la comunidad en general considera que con un mayor apoyo estatal y con un cambio de cultura municipal puede superar sus necesidades de salud.

Evidencias fotográficas





Conclusiones

La pirámide poblacional del municipio de Chigorodó, ilustra un descenso de la fecundidad y la natalidad, esto ocasiona que la base sea ancha en los grupos de edad inferiores y a medida que avanza evidencia estrechamiento en población adulta mayor, lo que indica que la población en su mayoría es joven. Se puede evidenciar que la reducción de los embarazos en adolescentes son consecuencia de una violación, y evidencian múltiples y diversas vulneraciones de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos de las niñas.

La mayor población del municipio de Chigorodó habita en la cabecera municipal, se evidencia las posibilidades de tener mayores problemáticas en el acceso a la prestación de servicios de manera integral. Inicialmente nacen más hombres que mujeres, pero a medida que se va llegando a la juventud se presenta una disminución significativa en la población masculina del municipio lo que está asociado con la mortalidad por causas externas que afectan en su mayoría a los hombres jóvenes. La población rural tiene muchas necesidades básicas insatisfechas, las cuales generarían problemas de salud, por lo que es importante el trabajo intersectorial para mejorar las condiciones de vida de estas comunidades.

El municipio no cuenta con mucha información sobre la comunidad LGBTIQ+, pero cuentan con una Mesa activa, la cual se encarga de velar por el cuidado de la salud de la comunidad y su participación dentro de los programas sociales a los que tienen derecho. Es un proceso en crecimiento que se debe continuar fortaleciendo para mejorar la calidad de la información, la creación de indicadores que permitan seguir adecuadamente sus necesidades de salud-enfermedad y un adecuado seguimiento a las acciones realizadas.

En el proceso de priorización y cartografía social se encontraron las mismas solicitudes o necesidades de la comunidad en lo referente a los servicios de salud, para ellos es de suma importancia trabajar en la prevención y atención de los problemas de violencia intrafamiliar, empoderamiento de la mujer y la comunidad LGBTIQ+, se debe mejorar la atención que reciben por parte de la institucionalidad y la preparación de ellos para no re-

victimizar a estas personas, también se deben crear estrategias claras y eficientes frente a la prevención del embarazo en adolescentes, dado que este es un indicador alto que, sigue generando más violencia de género, más pobreza e inequidad. También les preocupa en gran medida los problemas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y es coherente con los casos de intento de suicidio que se presentaron durante el 2023 y la edad en la que los jóvenes inician el consumo cada vez es más precoz, se considera necesario ordenar políticas públicas claras al respecto y tomar medidas que permitan tener acceso a centros de rehabilitación y a consultas oportunas con especialistas en salud mental, dado que, ni en el municipio, ni en la zona, se cuenta con una adecuada Red de atención adecuada para estos dos temas, sin embargo, también se debe fortalecer el sector justicia, con el fin de garantizar que se disminuya la violencia entre jóvenes y el expendio de drogas. Frente al tema de la atención en salud, la comunidad desea un mejor servicio en los puestos de salud, aumentar el número de brigadas de salud, aumentar la cantidad de especialistas y especialidades que se pueden ofertar en la ESE Hospital, esto con el fin de disminuir el tiempo de espera para obtener las citas y los costos que ellas generan por desplazamiento y demás.

Desde los grupos de primera infancia solicitan más articulación con el sector deporte, con el fin de generar mejores hábitos de vida en los niños y con ello garantizar la disminución de enfermedades como la Hipertensión arterial, se debe integrar un experto en temas nutricionales para educar a cuidadores de niños, personas en condición de discapacidad y adultos mayores sobre el tema, el aprovechamiento de biológicos sería un proceso educativo importante, sobre todo para las comunidades rurales e indígenas, dado que los índices de pobreza son altos y la desnutrición infantil también es un tema que preocupa a este sector.

En cuanto a las comunidades rurales e indígenas, se presentan casos de EDA y brotes en la piel causadas por el agua, se debe realizar un esfuerzo de articulación en el tema de acueductos veredales, con el fin de llevar agua de calidad para el consumo a estas comunidades. También tienen dificultades de acceso a los servicios de salud por la falta de vías adecuadas, por lo que también se solicita realizar un proceso articulación para apoyar con el mejoramiento de vías, lo cual le servirá a la comunidad para mover sus alimentos, cultivos y trasladarse de manera eficiente y segura a los servicios de salud y educación. A su vez estas comunidades solicitan tener una atención diferencial por parte de la ESE y aumentar el número de brigadas de salud en sus territorios, con esto se garantizaría que las poblaciones de los programas de prevención en salud asistan a los controles necesarios, para lo cual se debe articular con las EAPBs del municipio, con el fin de apoyar a la ESE en los procesos de búsqueda activa y captación de los pacientes.

Cabe resaltar que, este capítulo constituye una información de suma utilidad e importancia, para la planeación y fundamentación las políticas de atención con enfoque diferencial y equidad de género, así como el presupuesto y el fortalecimiento de programas sociales tendientes a distintos grupos vulnerables sin discriminación de sexo y que principalmente sean garante de la igualdad en el acceso a los programas institucionales de carácter social. Así mismo, dicha identificación es cimiento para el fortalecimiento de acciones dirigidas a la creación de programas de planificación familiar y de planeación social del embarazo, de la cultura del respeto, haciendo énfasis en sexualidad segura, digna y de valores.



Desde los diferentes programas se viene garantizando una atención humanizada a la población venezolana, en especial en las poblaciones prioritarias como: gestantes, la primera infancia y en los casos que se reporten por eventos de interés en salud pública.

2. CAPÍTULO II. PROCESOS ECONÓMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL

En este capítulo se puede evidenciar las diferentes actividades económicas que realizan los habitantes del municipio de Chigorodó, en cada una de sus fases; producción, intermediación y consumo. Se describirá de manera breve los procesos económicos del territorio, por áreas del mismo (urbano o rural), describirá también las condiciones de empleo y desempleo de la población y como todo esto puede influenciar la salud de los mismos.

2.1. Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.

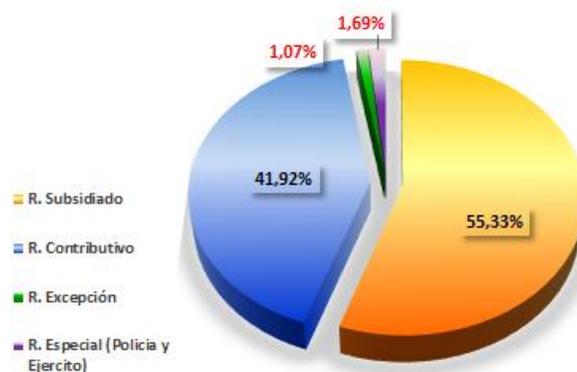
Según el DNP, a partir de información del DANE, la población trabaja, principalmente, en actividades de agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca y comercio, dada la infraestructura municipal, en la que la mayor parte de la tierra está dedicada a los temas agropecuarios, mientras que en un pequeño sector se encuentra el área urbana, quienes se dedican especialmente al tema comercial.

Cobertura de afiliación

La cobertura de afiliación al sistema es una herramienta que permite conocer el comportamiento del aseguramiento en Salud en el municipio de Chigorodó, en la página de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, tiene a disposición en su sitio web las Cifras del Aseguramiento en Salud, que permite consultar de manera rápida y fácil variables relacionadas con el aseguramiento en salud a nivel departamental, municipal, por EPS, régimen de afiliación, entre otras, con corte de acuerdo a octubre de 2023.

Para el municipio de Chigorodó, encontramos que se cuenta con una población según el DANE de 61714 habitantes, de los cuales se encuentran 41315 afiliados, pertenecientes al régimen subsidiado 41315, al régimen contributivo 31299, régimen de excepción 797 y fuerza pública 1260 para un total de 74671 afiliados. Dato que no es coherente con la cantidad de habitantes que existen en el municipio según el DANE, es decir es mayor el número de afiliados que de habitantes en el municipio.

Figura 66. Distribución porcentual del total de afiliados al SGSSS por régimen en Chigorodó,



Fuente: SSSYPSA – Aseguramiento

Cobertura de afiliación migrantes

Debido a la crisis migratoria la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, desarrolló estrategias de información y políticas de acceso a los servicios de salud a la población migrante. Una de ellas es garantizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud e ingreso al censo del SISBEN. El municipio de Chigorodó, cuenta con un total de 541 migrantes afiliados.

Tabla 196. Cobertura migrantes venezolanos afiliados al SGSS septiembre 2023 municipio de Chigorodó, a septiembre 2023.

DETALLE	Nº AFILIADOS
Total Población Migrante Venezolana que han solicitado PPT (4)	1.094
Régimen Subsidiado con PEP	62
Régimen Subsidiado con PPT	422
total migrantes Venezolanos afiliados al régimen subsidiado	484
% de afiliación RS con PPT	38,57
Régimen Contributivo con PEP	5
Régimen Contributivo con PPT	52
Total migrantes venezolanos afiliados al régimen contributivo	57
% de afiliación RC con PPT	4,75
Cobertura de Afiliación con PPT	43,32
Total Afiliados PEP	67
Total Afiliados PPT	474
Total Afiliados	541
Cobertura de Afiliación con PPT+ PEP	46,60

Fuente: SSSYPSA – Aseguramiento

Cobertura de Afiliación a Administradoras de Riesgos Laborales y Pensiones

En cuanto a la Afiliación a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), se encontró que los datos vienen en descenso, para el año 2013 se contaba con un 30.19% de la población afiliada, para el 2017 aumentó al 34.61, para el año 2019 bajó al 33.40% y para el año 2021 continuó bajando hasta el 25.98%, lo cual indica que la mayoría de la población no cuenta ni ha contado con afiliación a las ARL. El panorama con respecto a la afiliación al régimen pensional es exactamente el mismo, viene en disminución desde el año 2013, en el cual se contaba con un 30.49% de afiliación, para el año 2017 fue del 38.82% y a partir de allí se ve la disminución, para el año 2019 con un porcentaje del 36.48 y para el año 2021 llegó al 24.92%, por debajo del año 2013. Si comparamos esto con las hectáreas de tierra rural formalizadas, encontramos que la administración municipal ha venido trabajando en este proceso, dado que entre el año 2019 y el 2022 viene en aumento el número de hectáreas formalizadas, así que, se cuenta con datos para revisar porque esta población no cumple con la

afiliación al régimen de seguridad social en salud Colombiano, aunque, en su gran mayoría se encuentran en trabajo informal, se debe realizar un fuerte esfuerzo en éste sentido y ofrecer los métodos disponibles por el Estado para alcanzar la afiliación y así, la protección de la población más necesitada.

Aunado a todo lo anterior, se encuentra una incidencia de desnutrición aguda en población menor de 5 años del 752.15 por cada 100.000 menores y una tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años de 35.82 por cada 100.000 menores para el año 2022, se debe recordar que, según la OMS la desnutrición se reconoce como uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de pobreza y de desigualdad.

2.2. Condiciones de vida del territorio.

Condiciones de vida

Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria. El acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano. Las condiciones de salud en el municipio de Chigorodó se analizaron desde varias categorías: una cobertura de servicios de electricidad, acueducto, alcantarillado y servicios de telefonía.

Cobertura Servicios de Electricidad: El municipio de Chigorodó para el año 2021 presentó una cobertura de 100% en el área urbana, mientras que, para el área rural solo tiene el 94,2% de cobertura.

Cobertura de Acueducto: Para el año 2021, el municipio de Chigorodó reportó una cobertura del servicio de acueducto de 88% en el área urbana, la cobertura no es mayor debido al proceso que atraviesa el municipio de aumento poblacional por las invasiones de la floresta y las tablitas, así mismo, los dos proyectos de vivienda en la urbanización del barrio el prado, guayabal y buenos aires, estos sectores cuentan con cobertura eléctrica, pero el servicio de acueducto se encuentra en ejecución. Para el área rural son preocupante los valores de cobertura, solo se cuenta 2%, esto puede incidir en la morbilidad de la población, debido a que el consumo de aguas no tratadas puede derivar en patologías relacionadas con este fenómeno. Se deben impulsar proyectos que permitan el acceso al agua potable a todos los habitantes del municipio.

Alcantarillado: Así mismo, para el año 2021, el servicio de alcantarillado muestra una cobertura del 88% en el área urbana, mientras que para el área rural solo es del 2%, este servicio está muy ligado al acceso del servicio de acueducto, se observa la similitud en los valores de cobertura, tanto en el área urbana como rural.

Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA): La calidad del agua es medida con el IRCA, el cual se ubicó para el año 2021 en 0.8% lo que muestra que el rango del municipio de Chigorodó indica ausencia de riesgo dado el cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas requeridas, siendo el agua del acueducto apta para consumo humano.

Cobertura de servicios de telefonía: Este indicador en el municipio de Chigorodó no representa un impacto en la calidad de vida de la población, debido a que la mayoría de los habitantes tanto en el área urbana como rural utiliza telefonía móvil.

Tabla 207. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida. Chigorodó 2021

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Chigorodó
Cobertura de servicios de electricidad	99,4	98,9
Cobertura de acueducto	90,3	71,5
Cobertura de alcantarillado	80,9	71,2
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	6,7	0,8
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	13,1	14,0
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	14,3	8,9

Determinantes intermedios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	100,0	94,2
Cobertura de acueducto	87,7	1,6
Cobertura de alcantarillado	87,5	1,6

Fuente: SISPRO 2023

Seguridad alimentaria

Según el CONPES Social 113 de 2008, la Seguridad Alimentaria Nacional se refiere a la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. Esta es una definición, pero el panorama de la seguridad alimentaria en el municipio de Chigorodó es otro. Todo se ve reflejado en los diferentes indicadores relacionados con los menores de 5 años y las gestantes, esto se convierte en inseguridad alimentaria, y esta tiene efectos muy nocivos para la salud, especialmente entre los menores de edad. Estos datos prueban que la seguridad alimentaria, aunque no afecte a todos por igual, es un problema global.

Cabe resaltar, la seguridad alimentaria es un indicador que se relaciona con el bajo peso al nacer - BPN; este el resultado de las condiciones, como son embarazo en madres adolescentes, falta de conciencia sobre la importancia del ingreso oportuno a los controles, embarazos no deseados o no planeados, entre otros.

Tabla 28. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del departamento de Antioquia y el municipio de Chigorodó, 2021.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Chigorodó	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	9,2	8,0	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗				

Fuente: Base de datos Estadísticas Vitales DANE 2019.

Cobertura de vacunación PAI

Con respecto a la vacunación regular del Programa Ampliado de Inmunizaciones se encuentran unas coberturas regulares en casi todos los biológicos trazadores, dado que la meta es del 95% y aunque no están en crítico, están por debajo de la meta de la siguiente manera: Polio 87.9%, Penta 87.1%, SRP 91.1%, Penta refuerzo 76.2%, SRP refuerzo 84.2% y Var refuerzo en 76.6%, sólo la BCG sobre pasa la meta con el 155.7%, dado que en la Clínica SOMA se atienden partos de toda la Región de Urabá.

Es importante indicar que durante el año 2023 se presentaron dificultades con biológicos como la SR y la SRP presentó cambios en la aplicación, lo que generó confusión en los padres de familia, por lo que se hizo difícil alcanzar cobertura de refuerzo.

También se debe exaltar que para VPH primera dosis se presentó un porcentaje de aplicación superior a la meta con un 112.3%, aunque los refuerzos sólo alcanzaron el 10.1%, cabe aclarar que también se presentó ajustes en este biológico por parte del Ministerio y ya no se aplicarán dosis de refuerzo.

Figura 77. Gerencial de cobertura de vacunación, municipio de Chigorodó, 2023

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
GERENCIAL DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN MUNICIPAL

INFORMACIÓN HASTA: Diciembre de 2023 FECHA: 21-feb-2024

CÓDIGO:	05172	
NOMBRE:	Chigorodó	

COBERTURA ESPERADA:	95.0%
META PROGRAMÁTICA MENOR DE UN AÑO:	1,205
META PROGRAMÁTICA DE UN AÑO:	1,299
META PROGRAMÁTICA DE CINCO AÑOS:	1,236
NUEVE AÑOS:	612

COBERTURAS EN RECIÉN NACIDOS

	BCG _{RN}	HB _{RN}
VACUNADOS	1,849	1,814
COB. MUNICIPIO	153.4%	150.5%

COBERTURAS EN MENORES DE UN AÑO

	BCG _U	POLIO _{3a}	DPT _{3a}	HB _{3a}	Hib _{3a}	RV _{2a}	NC _{2a}	AG _{2a}
VACUNADOS	1,876	1,059	1,053	1,053	1,049	1,009	1,082	686
COB. MUNICIPIO	155.7%	87.9%	87.4%	87.4%	87.1%	83.7%	89.8%	113.9%

COBERTURAS EN UN AÑO

	SRP _U	FA _U	HA _U	VAR _U	AG _{2a+Ref}	POLIO _{Rf1}	PENTA _{Rf1}	NC _{Rf1}	SRP _{Rf1}
VACUNADOS	1,183	1,082	1,187	1,081	895	985	990	1,103	1,094
COB. MUNICIPIO	91.1%	83.3%	91.4%	83.2%	68.9%	75.8%	76.2%	84.9%	84.2%

COBERTURAS EN 5 AÑOS 9 AÑOS GESTANTES >60 AÑOS

	POLIO _{Rf2}	DPT _{Rf2}	VAR _{Rf1}	VPH _{1a}	VPH _{2a}	dPaT _{Ges}	AG _{Ges}	AG _U
VACUNADOS	1,077	1,083	947	687	62	861	820	1,718
COB. MUNICIPIO	87.1%	87.6%	76.6%	112.3%	10.1%	71.5%	68.0%	96.7%

Fuente: SSSYPSA

Cobertura de la vacunación contra el COVID-19

El inicio de la vacunación contra el COVID-19 ha disminuido en gran medida la morbilidad y mortalidad por este evento. Lo OMS en la versión actualizada el 29 de noviembre de 2021, de su artículo Enfermedad por el coronavirus (COVID-19): Vacunas indica que las vacunas contra la COVID-19 protegen contra esta enfermedad porque inducen inmunidad contra el virus SARS-Cov-2 que la causa, es decir, reducen el riesgo de que de este cause síntomas y tenga consecuencias para la salud. La inmunidad, que ayuda a las personas vacunadas a luchar contra este virus en caso de infección, reduce la probabilidad de que lo contagien a otras personas y, por tanto, también protege a estas. Este fenómeno reviste especial importancia porque permite proteger a los grupos que corren más riesgo de presentar síntomas graves de la COVID-19, como los profesionales de la salud, los ancianos y las personas que presentan determinadas enfermedades.

El municipio de Chigorodó con corte al 31 de diciembre de 2021, tienen un total de dosis aplicadas 63.700, de los biológicos: Sinovac con 34.465 dosis, Pfizer con 3.492 dosis, Moderna con 11.852 dosis, Janssen con 5.765 dosis, y Astrazeneca con 8.126 dosis.

La cobertura de vacunación Covid 19 en nuestro municipio con corte al 13/12/2023. Las gestantes vacunadas suman un total de 1081 dosis aplicadas, lo que representa un gran porcentaje en nuestro municipio, hay que tener en cuenta que esta información es solo para las mujer en condición de embarazo se aplicaron la primera o segunda dosis del biológico, quedan excluidas aquellas maternas que estaban previamente vacunadas antes de quedar embarazadas y se le aplica el 1ª o 2ª refuerzo.

Tabla 229. Dosis aplicadas COVID19 Gestantes municipio de Chigorodó, a diciembre 2023.

TOTAL DOSIS APLICADAS GESTANTES	1ºDOSIS GESTANTES	2ºDOSIS GESTANTES
1081	627	454

Fuente: SSSYPSA – Tablero de indicadores COVID19

En cuanto al total de dosis aplicadas en nuestro municipio tenemos un total de vacunas aplicadas de 92.011 distribuidas porcentualmente como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 2310. Dosis aplicadas COVID19 municipio de Chigorodó, a Diciembre 2023.

DETALLE	DOSIS APLICADA
TOTAL POBLACION CON 1ª DOSIS	43.148
% POBLACION CON 1ª DOSIS	71.00%
TOTAL POBLACION CON DOSIS UNICA	8.603
% POBLACION CON DOSIS UNICA	14.16%
TOTAL POBLACION CON 2ª DOSIS	28.454
% POBLACION VACUNADA ESQUEMA COMPLETO	46.82%
TOTAL DOSIS REFUERZO	10.724
TOTAL 2ª DOSIS REFUERZO	1.082
% POBLACION VACUNADA CON 2ª DOSIS REFUERZO	10,09%
TOTAL DOSIS APLICADAS	92.011
COBERTURA PLAN DE VACUNACION ESQUEMA COMPLETO+DOSIS UNICA	60.97%
Nº DISENTIMIENTOS	14

Fuente: SSSYPSA – Tablero de indicadores COVID19

Aunque, el municipio de Chigorodó, aun no alcanza la meta del 70% de vacunación con esquemas completos es notorio el descenso de los casos positivos y muertes.

Este tipo de violencias afectan la salud mental, juegan un papel fundamental en la calidad de vida y salud del individuo, las familias y comunidades. Por tal razón, se convierte entonces en un reto dentro de las dimensiones del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, por su identificación, caracterización y prevención, elementos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Tabla 125. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del departamento de Antioquia y el municipio de Chigorodó, 2021.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Chigorodó
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2020	35,3	SD
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2019	118,9	102,2

Fuente: Bases de datos FORENSIS 2019.

3. CAPÍTULO III. DESENLACES MORBIDOS Y MORTALES.

En este capítulo se abordará, las causas de mortalidad por grandes causas específicas por subgrupo y materno – infantil y de la niñez; así como la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales; el análisis incorporará clasificación determinada por el estudio mundial de la carga de la enfermedad adoptada por el MSPS.

Esta comprensión a profundidad de los factores que afectan los indicadores de morbi-mortalidad del municipio, permite ser mucho más efectivos en la toma de decisiones, así como en el desarrollo de estrategias de prevención y control que resulten ser mucho más eficaces.

3.1 Análisis de la morbilidad

3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad

Morbilidad atendida

En el ASIS municipal, el estudio de la morbilidad es un insumo relevante, debido a que además de permitir identificar la evolución del proceso de salud – enfermedad y sus posibles determinantes, demarca las intervenciones que se pueden implementar en el marco de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, gestión de la salud pública, acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Principales causas de morbilidad por ciclo vital

La causa principal de morbilidad por ciclo de vida en el municipio de Chigorodó, se encontró que son las enfermedades no transmisibles –ENT en mayor proporción en las personas mayores. Las condiciones transmisibles y nutricionales se ubican en segundo lugar, con mayor consulta en la primera infancia mostrando un aumento con respecto al 2021.

Las ENT son la principal causa de muerte y discapacidad en el municipio de Chigorodó, estas enfermedades dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Muchas ENT se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como evitar el consumo de tabaco y alcohol, realizar actividad y mejorar la alimentación.



Tabla 136. Principales causas de morbilidad por ciclo vital municipio de Chigorodó 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres													2022	Δ pp	2021-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021				
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	48,25	47,16	43,84	43,55	40,42	35,33	32,50	34,42	37,27	38,13	38,04	20,22	25,97	33,37	7,40		
	Condiciones maternas	0,77	0,90	0,97	2,07	1,50	0,59	0,95	0,51	0,73	0,91	2,25	11,54	8,62	9,81	1,19		
	Enfermedades no transmisibles	30,34	35,20	37,09	32,48	39,65	41,96	42,92	48,65	43,11	39,25	42,92	43,39	42,11	31,03	-11,08		
	Lesiones	5,75	5,83	6,20	5,72	5,93	6,00	7,04	5,30	6,17	4,78	6,54	9,36	5,30	7,67	2,37		
	Condiciones mal clasificadas	14,88	10,91	11,90	16,18	12,50	16,12	16,59	11,13	12,72	15,93	15,25	17,49	18,00	18,13	0,12		
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	32,95	27,84	26,84	20,79	18,92	18,15	16,32	17,25	14,27	17,10	14,47	12,04	8,38	4,78	-3,59		
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,04	0,16	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
	Enfermedades no transmisibles	42,42	48,07	51,35	48,42	57,96	56,24	55,72	61,93	52,89	52,56	60,18	51,83	63,46	17,38	-48,07		
	Lesiones	8,99	9,79	8,05	12,07	7,34	9,51	10,82	8,10	13,15	10,76	9,90	17,07	9,27	4,84	-4,43		
	Condiciones mal clasificadas	15,65	14,30	13,77	18,73	15,75	16,06	16,98	12,59	19,90	19,48	15,51	19,06	18,89	10,10	-8,79		
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	25,18	23,25	15,85	14,47	17,47	11,89	9,83	13,52	10,72	11,15	10,31	15,61	10,84	3,18	-7,66		
	Condiciones maternas	0,00	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,06	0,08	0,06	0,00	0,00	0,24	0,00	-0,24		
	Enfermedades no transmisibles	45,08	50,00	59,67	56,88	55,85	57,88	53,72	57,01	52,22	49,60	58,81	51,55	57,89	15,25	-48,64		
	Lesiones	9,08	10,70	8,15	13,40	10,07	12,55	19,38	14,38	21,39	19,10	14,58	15,69	12,31	4,96	-7,35		
	Condiciones mal clasificadas	20,66	15,45	16,34	15,25	16,61	17,69	16,83	15,03	15,59	20,09	16,30	17,16	18,73	13,97	-4,76		
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,75	20,71	19,30	15,45	19,73	13,93	17,32	19,07	17,52	15,07	13,97	14,09	10,22	8,50	-1,73		
	Condiciones maternas	0,07	0,10	0,00	0,00	0,04	0,00	0,09	0,03	0,01	0,00	0,04	0,55	0,09	0,18	0,09		
	Enfermedades no transmisibles	47,13	48,87	56,30	54,93	53,78	56,99	51,14	50,59	47,54	48,47	51,12	47,40	46,94	29,99	-18,95		
	Lesiones	14,09	13,58	10,82	11,03	9,55	13,00	14,75	17,71	19,58	20,90	20,53	18,15	21,35	16,94	-4,42		
	Condiciones mal clasificadas	17,97	16,75	13,58	18,60	16,90	16,07	16,70	12,60	15,34	15,55	14,34	19,80	21,40	8,97	-12,42		
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,28	14,94	15,65	11,40	12,44	10,88	12,53	13,14	12,77	10,99	8,60	9,60	7,47	15,84	8,87		
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,06	0,05		
	Enfermedades no transmisibles	59,79	60,46	63,28	65,62	68,20	67,67	65,28	65,71	64,05	66,05	71,21	64,87	66,06	114,52	78,55		
	Lesiones	11,22	11,08	9,69	8,76	8,27	9,57	9,75	11,07	12,09	11,44	11,51	11,43	12,15	41,81	29,67		
	Condiciones mal clasificadas	14,70	13,51	11,38	14,22	11,08	11,88	12,43	10,08	11,07	11,51	8,68	14,08	14,32	72,39	58,17		
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,52	9,71	8,22	6,14	5,06	5,47	6,24	5,67	4,86	4,99	4,02	3,34	2,65	274,62	27,50		
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,03	0,01		
	Enfermedades no transmisibles	78,35	72,94	74,77	76,61	80,09	77,73	77,77	81,48	78,53	77,82	81,27	81,63	82,77	17,71	34,84		
	Lesiones	3,64	7,86	4,49	5,67	4,69	4,78	4,96	5,02	5,68	5,77	4,87	4,13	4,55	8,47	3,82		
	Condiciones mal clasificadas	8,49	9,49	12,52	11,59	10,16	12,01	11,03	7,83	10,93	11,42	9,84	10,90	10,02	19,79	9,78		

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

Principales causas de morbilidad por ciclo vital en hombres

En el municipio de Chigorodó durante el periodo evaluado, en hombres para todos los ciclos vitales la causa más frecuente de uso de servicios de salud fueron las enfermedades no transmisibles, con mayor prevalencia en las personas mayores de 60 años con una tendencia al aumento.

Cabe resaltar que las enfermedades no transmisibles son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Este grupo de enfermedades comparten factores de riesgo comunes que incluyen el tabaquismo, sedentarismo, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable y se pueden prevenir y controlar a través de cambios en el estilo de vida, políticas públicas e intervenciones de salud, de igual manera requieren un abordaje intersectorial e integrado.



Tabla 147. Principales causas de morbilidad por ciclo vital en hombres municipio de Chigorodó 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres													Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		2022
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	148,025	147,116	148,64	148,55	148,42	148,33	148,50	148,42	148,27	148,13	148,04	148,022	148,597	148,537	7,94
	Condiciones maternas	0,77	0,90	0,97	2,07	1,50	0,59	0,95	0,51	0,73	0,91	2,25	11,54	8,82	9,81	1,09
	Enfermedades no transmisibles	180,34	186,20	187,09	182,48	189,65	188,96	188,92	188,65	188,11	188,25	188,92	189,39	188,11	188,03	188,06
	Lesiones	5,75	5,83	6,20	5,72	5,93	6,00	7,04	5,30	6,17	4,78	6,84	9,36	5,30	7,67	2,37
	Condiciones mal clasificadas	14,88	10,91	11,90	16,18	12,50	16,12	16,59	11,13	12,72	15,93	15,25	17,49	18,00	18,13	0,12
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	182,95	177,84	183,64	180,79	183,92	183,15	183,32	183,42	183,27	183,13	183,04	183,022	183,597	183,537	7,94
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,04	0,16	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	142,42	148,07	151,85	148,42	157,86	158,24	158,72	158,98	158,69	158,66	158,73	158,83	158,94	158,84	158,82
	Lesiones	8,99	9,79	8,05	12,07	7,34	9,51	10,82	8,10	13,15	10,76	9,90	11,07	9,90	13,05	3,15
	Condiciones mal clasificadas	15,65	14,30	13,77	18,73	15,75	16,06	16,58	12,59	19,90	19,48	15,51	19,06	19,89	19,22	8,33
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,18	13,25	15,85	14,47	17,47	11,89	9,83	13,52	10,72	11,15	10,31	15,61	10,84	8,51	-3,32
	Condiciones maternas	0,00	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,06	0,08	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00	-0,24
	Enfermedades no transmisibles	148,08	150,00	159,87	158,88	158,85	158,78	158,72	158,71	158,72	158,70	158,69	158,68	158,67	158,66	158,65
	Lesiones	9,08	10,70	8,15	13,40	10,07	12,55	19,38	14,38	12,39	19,10	14,58	15,69	12,31	13,29	0,97
	Condiciones mal clasificadas	10,86	15,45	16,34	15,25	15,61	17,69	16,83	15,03	15,59	10,09	16,30	17,16	16,30	16,39	16,09
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,75	20,71	19,30	15,45	19,73	13,93	17,32	19,07	17,52	15,07	13,97	14,09	10,22	13,16	2,18
	Condiciones maternas	0,07	0,10	0,00	0,00	0,04	0,00	0,09	0,03	0,01	0,00	0,04	0,58	0,09	0,28	0,19
	Enfermedades no transmisibles	147,13	148,87	158,80	154,93	158,78	158,99	158,74	158,69	158,64	158,64	158,62	158,61	158,60	158,59	158,58
	Lesiones	14,09	13,58	10,82	11,03	9,55	13,00	14,75	17,71	19,58	10,90	12,53	18,15	12,35	16,23	3,88
	Condiciones mal clasificadas	17,97	16,75	13,58	18,60	16,90	16,07	16,70	12,60	15,34	15,55	14,34	19,80	12,40	13,90	1,50
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,28	14,94	15,65	11,40	12,44	10,88	12,53	13,14	12,77	10,99	8,80	9,80	7,47	5,77	-1,70
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,02	0,02
	Enfermedades no transmisibles	148,93	150,46	153,85	158,82	158,80	158,71	158,65	158,61	158,56	158,52	158,47	158,42	158,37	158,32	158,27
	Lesiones	11,22	11,08	9,89	8,76	8,27	9,57	9,75	11,07	12,09	11,44	11,51	11,43	12,15	15,23	3,08
	Condiciones mal clasificadas	14,70	13,51	11,38	14,22	11,08	11,88	12,43	10,08	11,07	11,51	8,88	14,08	14,32	16,36	2,04
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,52	9,71	8,22	6,14	5,06	5,47	6,24	5,67	4,86	4,99	4,02	3,34	2,65	3,99	1,34
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,02
	Enfermedades no transmisibles	178,35	172,84	174,77	176,61	180,09	177,73	177,71	181,48	178,63	177,82	181,27	181,83	182,77	183,71	184,65
	Lesiones	3,84	7,86	4,49	5,67	4,69	4,78	4,96	5,02	5,68	5,77	4,87	4,13	4,55	5,57	1,02
	Condiciones mal clasificadas	8,49	9,49	12,52	11,59	10,16	12,01	11,03	7,83	10,93	11,42	9,84	10,90	10,02	13,02	3,12

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

Principales causas de morbilidad por ciclo vital en mujeres

De manera similar a lo ocurrido en los hombres, la principal causa de morbilidad en mujeres en todos los ciclos vitales, fueron las enfermedades no transmisibles, con un mayor número de personas que demandaron servicios en el ciclo vital de mayores de 60 años con un aumento significativo para el año 2021. Como segunda causa de enfermedad, se ubican las condiciones transmisibles y nutricionales con mayor afectación en el ciclo vital de la primera infancia.

Tabla 2815. Principales causas de morbilidad por ciclo vital en mujeres municipio de Chigorodó 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2021-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	50.23	47.63	48.54	35.74	42.78	36.51	31.81	37.66	39.00	37.27	32.05	22.26	19.91	27.43	7.52	
	Condiciones perinatales	0.84	1.07	2.07	1.58	0.72	0.80	1.33	0.51	0.90	0.71	2.90	9.39	7.96	12.17	4.21	
	Enfermedades no transmisibles	31.59	36.07	37.63	36.51	37.81	44.30	45.23	46.40	40.24	42.34	43.21	45.30	47.20	31.99	-15.21	
	Lesiones	3.32	4.37	2.75	4.95	4.59	6.22	4.97	4.90	4.74	4.53	6.26	6.73	4.69	5.97	1.28	
	Condiciones mal clasificadas	14.02	10.66	12.01	21.22	14.30	15.17	16.76	10.52	15.12	15.15	15.56	16.31	20.24	22.42	2.18	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	36.09	31.15	26.59	19.57	21.22	19.60	15.65	16.28	16.76	16.92	16.03	12.60	8.24	14.25	6.05	
	Condiciones maternas	0.16	0.20	0.00	0.00	0.00	0.19	0.13	0.00	0.00	0.02	0.00	0.15	0.00	0.00	0.00	
	Enfermedades no transmisibles	44.86	50.03	54.03	55.03	56.09	56.07	60.11	64.06	66.82	63.62	66.07	66.94	66.96	58.36	-7.60	
	Lesiones	4.29	5.14	5.10	8.23	5.05	5.56	6.08	4.93	8.26	6.33	7.12	9.80	6.51	8.67	2.16	
	Condiciones mal clasificadas	15.59	12.84	13.96	17.03	14.94	16.27	17.93	14.61	18.46	22.91	18.59	20.71	19.25	30.71	11.46	
Adolescencia (12 - 15 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22.23	16.08	15.09	10.95	10.88	9.71	8.83	11.64	10.44	8.29	8.01	7.99	3.92	5.13	1.15	
	Condiciones maternas	7.65	16.79	7.53	7.01	6.56	5.45	4.00	3.43	4.45	5.21	5.13	10.65	11.74	9.99	-1.75	
	Enfermedades no transmisibles	49.09	46.10	53.65	59.80	59.07	57.12	59.07	62.35	66.09	66.38	69.72	63.15	54.03	30.64	-33.49	
	Lesiones	2.82	4.26	3.65	5.06	3.03	5.53	5.19	5.67	6.34	5.20	5.37	5.49	5.72	6.99	1.27	
	Condiciones mal clasificadas	18.01	14.77	15.15	16.57	21.35	22.18	23.21	16.91	22.69	24.93	22.77	22.72	24.59	44.25	22.66	
Juventud (16 - 25 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15.03	14.20	13.60	9.38	9.53	8.35	8.83	10.75	8.08	8.55	7.36	6.64	4.31	6.61	2.30	
	Condiciones maternas	10.43	9.75	11.66	10.59	9.97	7.80	8.40	6.56	9.86	9.43	10.05	19.80	22.55	33.57	11.02	
	Enfermedades no transmisibles	50.05	49.00	55.00	58.02	56.07	57.05	59.00	61.00	62.00	63.04	64.00	65.00	66.00	67.00	1.00	
	Lesiones	2.62	3.22	2.89	3.11	3.57	4.22	4.11	4.78	5.70	5.17	5.60	4.92	3.46	5.36	1.90	
	Condiciones mal clasificadas	19.67	16.63	13.65	16.70	21.20	23.26	22.17	16.72	23.66	22.91	20.69	22.21	23.39	12.59	16.51	
Adultez (26 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12.88	11.76	10.88	8.80	7.93	6.69	6.73	7.80	6.53	6.31	6.16	5.88	4.23	4.90	0.67	
	Condiciones maternas	2.11	2.11	2.31	1.88	1.50	1.28	1.55	1.27	1.79	1.29	1.50	3.37	3.96	5.72	2.36	
	Enfermedades no transmisibles	67.07	69.04	70.06	71.03	72.07	73.00	74.01	74.00	75.00	76.00	77.00	78.00	79.00	80.00	1.00	
	Lesiones	2.29	3.31	3.20	3.19	3.28	3.53	3.80	3.38	3.82	3.53	3.97	3.88	3.65	4.75	1.00	
	Condiciones mal clasificadas	15.65	13.41	13.43	14.53	13.86	15.63	16.22	12.73	16.38	17.08	15.27	15.92	15.96	25.34	9.38	
Personas mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8.32	10.02	8.39	6.29	5.87	5.04	4.73	4.84	4.66	3.84	4.07	4.17	2.70	4.24	1.54	
	Condiciones maternas	0.02	0.25	0.00	0.00	0.00	0.03	0.01	0.00	0.00	0.00	0.02	0.14	0.13	0.00	0.00	
	Enfermedades no transmisibles	75.13	77.06	75.11	73.06	73.82	73.92	73.83	73.71	74.81	72.09	71.93	71.24	70.54	70.54	-0.61	
	Lesiones	2.61	3.41	2.98	4.16	3.87	3.73	3.76	3.14	3.50	2.99	3.32	3.04	2.56	3.08	0.52	
	Condiciones mal clasificadas	10.91	9.27	10.52	11.48	10.45	12.28	11.66	8.25	10.35	11.29	10.66	10.93	9.45	11.01	1.56	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

Condiciones transmisibles y nutricionales

El primer lugar en las atenciones por condiciones transmisibles y nutricionales, están las infecciones respiratorias, siendo los hombres quienes más aportan a este indicador, esta condición se ve favorecida por los cambios climáticos repentinos, los cuales generan grandes afectaciones en la primera infancia y las personas mayores de 60 años. Para el año 2021 disminuyeron el número de personas que enfermaron por esta causa en ambos géneros. En segundo lugar, se encuentran las enfermedades infecciosas y parasitarias, que al comparar el año 2020 y 2021, muestran un aumento en una proporción del 1%.

Tabla 2916. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales municipio de Chigorodó 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2021-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64-9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	38.60	43.14	38.76	40.63	43.59	45.77	52.85	52.16	48.15	43.61	45.93	55.50	56.65	37.67	-18.98	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	58.00	53.80	58.20	52.94	53.50	49.09	43.05	43.75	49.15	53.08	50.61	41.56	38.19	54.75	16.56	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64-9, E51-E64)	3.41	3.06	3.04	6.43	2.91	5.14	4.10	4.09	2.69	3.11	3.46	2.94	5.16	7.38	2.22	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

Condiciones materno perinatales

Dentro de las grandes causas de morbilidad atendida en el municipio de Chigorodó para el año 2021, las condiciones maternas se posicionan como causa principal, con una disminución para el año 2021. Con relación a las condiciones derivadas del periodo perinatal fue la causa principal de consulta en hombres con un aumento para el año 2021 de 4,77 puntos porcentuales. La etapa perinatal es la etapa de más riesgo, porque se asocia con características de la madre: la edad, los problemas de salud, la nutrición, el consumo de tabaco, alcohol o drogas, preclamsia y parto pretérmino, en las primeras etapas de la vida es relevante porque pueden influir en el desarrollo creando vulnerabilidad ante posibles afecciones y marcan el desenvolvimiento del ser humano en las diferentes etapas del ciclo vital.

Tabla 3017. Morbilidad específica en las condiciones maternas – perinatales municipio de Chigorodó 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2021-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Condiciones maternas perinatales (O00-C99; P00-P96)	Condiciones maternas (O00-C99)	6.70	7.79	8.35	8.79	10.33	9.37	13.63	4.69	5.05	6.55	12.68	18.48	16.76	16.80	0.05	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	93.30	92.21	91.65	91.21	89.67	90.63	86.37	95.31	94.95	93.45	87.32	81.52	83.24	83.20	-0.05	
		100.00															

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

Enfermedades no transmisibles

En el municipio de Chigorodó la principal causa de uso de servicios de salud del grupo de enfermedades no trasmisibles fueron las enfermedades musculo-esqueléticas en hombres, estos se producen cuando se somete al cuerpo a situaciones de disconfort. Estos pueden estar originados por realizar un trabajo pesado, monótono y repetitivo. Este indicador para el año 2021 se presentó una reducción de 1,72 puntos porcentuales.

Tabla 3118. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles municipio de Chigorodó 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2021-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Enfermedades no transmisibles (C00-C99; D00-D48; D55-D64 (menos D64.9); D65-D89; E03-E07; E10-E16; E20-E34; E65-E88; F01-F99; G00-G99; H00-H61; H68-H93; I00-I99; J30-J98; K00-K92; N00-N64; N75-N98; L00-L98; M00-M99; O00-C99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0.44	0.59	1.02	1.05	1.26	1.17	1.56	2.09	1.72	1.38	1.45	2.19	2.44	2.67	0.22	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.91	1.50	1.32	1.35	1.16	1.40	1.34	1.47	1.21	1.42	1.28	1.31	1.73	2.14	0.40	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.56	2.22	2.01	1.98	2.96	2.70	2.45	2.92	3.29	3.40	3.81	4.33	4.94	3.88	-1.04	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9; D65-D89; E03-E07; E15-E16; E20-E34; E65-E88)	2.23	2.67	3.66	3.83	4.06	4.24	4.50	5.48	3.99	4.71	5.19	5.65	5.94	4.78	-1.16	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99; G00-G99)	4.84	4.22	4.57	3.95	4.03	4.17	4.79	5.42	5.46	6.15	6.66	7.51	7.15	7.59	0.44	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61; H68-H93)	7.23	6.50	5.80	5.43	4.94	5.37	6.60	7.58	7.86	8.01	7.53	9.18	11.31	8.38	-2.92	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10.19	9.07	8.98	8.77	12.24	12.45	13.14	11.06	17.28	18.24	15.67	18.75	15.61	16.98	1.37	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	6.44	5.90	4.34	4.11	3.63	3.98	3.88	3.48	4.06	4.25	3.35	2.81	3.09	4.33	1.24	
	Enfermedades digestivas (K00-K92)	6.35	7.63	5.90	5.93	5.74	5.24	5.34	5.19	5.10	5.17	5.52	6.92	6.54	7.01	0.47	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64; N75-N98)	19.02	20.12	17.01	14.63	14.25	12.83	13.40	12.94	12.49	13.52	11.64	12.47	12.37	14.38	2.01	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	10.61	9.63	8.27	6.14	5.80	5.28	6.04	6.29	6.10	5.88	5.99	6.00	5.56	4.59	-0.97	
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	13.86	13.45	16.16	14.70	13.55	14.56	17.04	19.74	16.80	15.31	15.57	15.78	13.83	12.24	-1.59	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.33	0.48	0.44	0.50	0.52	0.57	0.60	0.65	0.82	0.66	0.70	0.93	0.96	1.00	0.03	
	Condiciones orales (K00-K14)	15.01	16.02	20.53	27.62	25.85	26.02	19.33	15.88	13.83	11.91	15.62	6.17	8.54	10.03	1.49	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

Lesiones

El análisis de la morbilidad en el grupo de lesiones en el municipio de Chigorodó, la causa principal de atención fue por traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, estas pueden ser lesiones intencionales o no intencionales, pero pueden desencadenar desenlaces fatales. El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo asociado a la producción de lesiones de causa externa, principalmente siniestros viales, violencia interpersonal, violencia de género, suicidio o autolesiones.

Este indicador presentó una reducción en hombres para el año 2021 de 3,01 puntos porcentuales y en las mujeres muestra un incremento de 0,08 puntos porcentuales.

El propósito de la vigilancia de las lesiones es generar información oportuna, con el fin de orientar la formulación de políticas públicas para la prevención y la intervención oportuna involucrando los actores responsables.

Tabla 319. Morbilidad específica por las lesiones municipio de Chigorodó 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ PP 2021-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Lesiones (Y01-Y88; S00-T58)	Lesiones no intencionales (Y01-Y59; Y40-Y86; Y88; Y89)	3.77	3.19	2.98	4.01	5.03	5.28	4.00	3.84	4.88	7.25	10.39	4.75	6.99	5.54	-1.45	
	Lesiones intencionales (X80-Y05; Y35-Y36; Y870; Y871)	0.41	0.28	0.36	0.11	0.09	0.59	0.22	0.37	0.42	0.67	0.66	0.74	0.56	0.59	0.94	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34; Y872)	0.08	0.10	0.17	0.06	0.04	0.01	0.03	0.02	0.06	0.01	0.05	0.00	0.00	0.02	0.32	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T58)	95.74	96.43	96.49	95.82	94.84	94.12	95.75	95.78	94.64	91.88	88.71	94.51	92.45	83.85	1.10	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

Morbilidad específica de salud mental

Las enfermedades asociadas a trastornos mentales y del comportamiento, se da en todos los ciclos vitales con mayor aporte por las mujeres. Con relaciona la morbilidad por trastornos mentales y del comportamiento asociada al consumo de sustancias psicoactivas se da en tasas muy bajas en todos los ciclos vitales, por lo que se considera un subregistro dado que el municipio a través de Centro de Atención Psicosocial –CAPS – del Programa Social de Salud Mental realiza atenciones y acompañamiento a las familias y se ha presentado un aumento de los jóvenes con situación de consumo.

Mediante un proyecto de resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social dio a conocer los lineamientos técnicos de la Ruta Integral de Atención en Salud - RIAS en salud mental para las personas afectadas con trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia. Cabe señalar que, según lo establecido en la Resolución 3202 de 2016, la RIA mencionada previamente hace parte de las rutas de atención en salud para grupos de riesgo.

El surgimiento de esta RIAS, más allá de responder a los cambios que se han producido en el sistema de salud colombiano, obedece a una necesidad imperante y agudizada con la pandemia. Sin embargo, indica el Minsalud en su mayoría son prevenibles desde la primera infancia con intervenciones costo-efectivas.



Tabla 3320. Morbilidad específica por subcausas de salud mental municipio de Chigorodó 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	48.07	40.82	51.11	55.58	54.22	55.15	57.07	77.27	74.51	72.50	75.82	73.28	75.22	75.54	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	12.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.40	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	148.23	159.13	158.25	144.44	119.12	131.25	132.52	122.73	125.19	125.50	122.52	123.25	124.75	121.45	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	52.53	75.20	55.52	52.22	52.71	52.45	57.55	74.42	52.28	55.55	54.24	52.28	52.44	51.55	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	1.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Epilepsia	148.27	152.75	152.22	142.07	122.22	119.54	122.14	122.54	117.22	114.42	122.22	120.24	119.22	112.45	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	52.75	54.00	55.52	75.22	74.15	75.11	52.22	55.15	77.22	75.52	74.12	52.22	52.22	52.22	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.22	1.22	0.75	0.00	2.22	2.02	4.12	4.22	2.22	5.17	4.42	5.75	2.51	1.22	
	Epilepsia	148.24	154.57	152.52	151.22	122.22	117.22	122.24	122.22	112.22	112.22	121.47	120.17	114.12	112.22	
Juventud (18 - 23 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	52.54	52.71	74.14	52.07	52.77	54.22	52.11	71.22	52.17	74.57	71.22	72.27	72.22	72.22	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1.17	12.51	12.72	12.22	9.42	4.72	12.22	2.22	5.42	12.12	5.27	11.54	2.22	12.22	
	Epilepsia	148.12	157.22	152.22	154.44	122.72	122.22	122.22	122.72	122.22	122.17	122.22	114.22	122.22	122.22	
Adultos (24 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	57.22	52.22	51.24	57.22	52.72	52.22	72.22	72.22	71.42	72.12	72.22	54.21	57.47		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1.24	0.00	1.22	1.74	1.24	1.72	2.22	2.22	1.11	4.12	2.24	2.02	2.22		
	Epilepsia	152.24	152.17	157.22	152.22	122.22	124.22	122.22	122.22	122.22	124.42	122.22	122.41	122.24		122.22
Mayores (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	77.22	52.22	52.22	54.21	52.12	57.24	52.22	52.71	52.22	52.22	71.22	52.24	52.22	51.12	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1.12	0.00	0.00	0.00	1.22	0.00	0.52	1.24	0.22	0.00	1.12	0.42	1.24	0.00	
	Epilepsia	152.22	157.22	152.22	112.72	122.22	122.22	122.42	122.22	122.22	122.22	122.22	122.22	122.22	122.22	

Fuente: SISPRO-RIPS-MSPS

3.1.2 Morbilidad de eventos de Alto costo y precursores

En los eventos de alto costo para el municipio de Chigorodó, se encuentra que, el municipio de Chigorodó se encuentra en mejor condición que el referente departamental. Se puede observar que, la tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000

afiliados tiene un menor valor que el departamento, sin embargo, en esta etapa significa que los riñones tienen daños severos y ya no depuran los desechos de la sangre. El municipio de trabajar de la mano con los diferentes actores del SGSSS para realizar acciones que permitan la detección y tratamiento temprano para estas patologías.

Tabla 3421. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos Chigorodó, 2021

Evento	Antioquia 2021	Chigorodó 2021	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	110,00	71,30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗		
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	9,39	1,66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗		
Tasa de incidencia de VIH notificada	24,14	8,77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗		
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mielóide (menores de 15 años)	0,80	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	2,91	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

Fuente: Cuenta de alto costo y SIVIGILA

Morbilidad de eventos precursores

Los eventos precursores en el municipio de Chigorodó para el año 2021, la prevalencia de diabetes mellitus y de hipertensión arterial, se encuentran en igual condición que el referente departamental. El comportamiento de estos eventos es oscilante, debido a esto es vital mejorar la captación y seguimiento de casos e incorporarlas en programas de enfermedades crónicas, con el fin de prevenir complicaciones y la mortalidad prematura.

Es importante mencionar que, algunos de los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de estas enfermedades son la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de ciertos fármacos y un estilo de vida sedentario.

Tabla 3522. Tabla de morbilidad de eventos precursores. Chigorodó, 2006-2021

Evento	Antioquia 2021	Chigorodó 2021	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Prevalencia de diabetes mellitus	3,63	3,52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Prevalencia de hipertensión arterial	11,54	10,41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

Fuente: Cuenta de alto costo y SIVIGILA

Morbilidad población migrante

La población afectada por el proceso migratorio tiene unas características en las que se destacan la edad, el sexo, la etnia, la educación, el acceso a oportunidades de empleo, las responsabilidades de cuidado; así como las redes de apoyo con las que se cuentan en el país receptor. Las condiciones en las que se da la migración, determinan niveles de riesgo para la salud, el acceso a entornos favorables o desfavorables; factores que a su

vez determinan el grado de vulnerabilidad de las personas migrante. En el caso de los menores de 5 años y las gestantes que su condición de vulnerabilidad es alta, el municipio de Chigorodó realiza la atención que estos requieran a través de la ESE Hospital María Auxiliadora. Debido a que las gestantes migrantes, inician controles prenatales de manera tardía, y en algunos casos no los realizan y presentan mayor riesgo biopsicosocial; así mismo ocurre con niños, niñas y adolescentes migrantes, pues la promoción, prevención y mantenimiento de la salud no están dentro de las prioridades de las familias que ocupan su tiempo en tratar de sobrevivir en medio de condiciones precarias. Así, la vulnerabilidad de estos grupos se incrementa y se traduce en resultados adversos en salud.

Así mismo, con la participación de migración Colombia, la Defensoría del Pueblo, ACNUR, el SENA y la Alcaldía municipal de Chigorodó, se realizaron diferentes jornadas de orientación y atención a la población refugiada y migrante en la que se brindan diferentes servicios de manera gratuita, tales como: entrega del Permiso de Protección Temporal – PPT, registro biométrico, aseguramiento en salud, solicitud de encuesta del SISBEN, atención de casos y asesorías, vacunación y los servicios de Formación para el empleo del SENA.

Tabla 3623. Atenciones a población migrante por tipo de servicio, municipio de Chigorodó, 2021

Entidad territorial	Tipo de atención	05172		Antioquia		Concentración Entidad territorial
		2021	Distribución	2021	Distribución	2021
Entidad territorial	Consulta Externa	111	34%	111.457	37%	0,1%
	Servicios de urgencias	23	7%	19.371	6%	0,1%
	Hospitalización	86	27%	13.029	4%	0,7%
	Procedimientos	83	26%	103.968	35%	0,1%
	Medicamentos	14	4%	47.808	16%	0,0%
	Nacimientos	6	2%	5.310	2%	0,1%
	Total		323	100%	300.943	100%

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Tabla 3724. Atenciones a población migrante por régimen de afiliación, municipio de Chigorodó, 2021

Regimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud en la entidad territorial	%	Total de migrantes con atenciones en salud en la entidad territorial de referencia	%	Concentración
Contributivo	23	16,9	55721	34,9	0,0%
Subsidiado	29	21,3	9514	6,0	0,3%
No afiliada	11	8,1	46767	29,3	0,0%
Particular	67	49,3	26451	16,6	0,3%
Otro	0	0,0	20317	12,7	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	0	0,0	316	0,2	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	0	0,0	164	0,1	0,0%
En desplazamiento no asegurado	6	4,4	345	0,2	1,7%
Sin dato	0	0,0	0	0,0	0,0%
Total de migrantes atendidos	136	100	159595	100	0,1%

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS.

3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

La morbilidad por eventos de notificación obligatoria – ENOs en el municipio de Chigorodó en el periodo de análisis, se evidencia que la letalidad de Infección Respiratoria aguda Grave – IRAG y la letalidad de intoxicaciones, existe diferencia estadísticamente significativa entre el municipio de Chigorodó y el referente departamental (indicadores en rojo).

Cabe resaltar que, los ENOs son un reporte que se debe generar todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, para generar la información de interés en salud pública, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad estipulados.

Tabla 3825. Tabla de los eventos de Interés en Salud Pública. Chigorodó, 2023

EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA CHIGORODO 2023	
NOMBRE EVENTO	NUM CASOS
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	210
MALARIA	199
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	124
INTENTO DE SUICIDIO	50
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	42
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	33
DENGUE	32
TUBERCULOSIS	29
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	23
ACCIDENTE OFIDICO	22
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	22
BAJO PESO AL NACER	17
SIFILIS GESTACIONAL	17
LEISHMANIASIS CUTANEA	10
DEFECTOS CONGENITOS	9
VARICELA INDIVIDUAL	9
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	6
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	6
LEPTOSPIROSIS	6
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	6
IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVIDUAL	5
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	4
INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO	4
PAROTIDITIS	3
SIFILIS CONGENITA	3
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	2
IRA POR VIRUS NUEVO	2



INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	1
INTOXICACIONES	1
VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y/O DESNUTRICIÓN	1

Fuente: SIVIGILA-SISPRO MSPS

Tabla 3926. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria. Chigorodó, 2006-2021

Causa de muerte	Antioquia 2020	Chigorodó 2020	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Letalidad de accidente ofídico	1,95	0,00	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	
Letalidad de hepatitis B, C y confección B-D	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘	-	-	
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,61	1,16	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	-	↗	
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	28,72	53,85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	
Letalidad de intoxicaciones	0,97	3,45	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	↗	
Letalidad de leptospirosis	83,33	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	↗	
Letalidad de tétanos Neonatal	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	6,81	0,00	-	-	-	↗	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	
Letalidad de tuberculosis pulmonar	7,01	11,11	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	↗	↘	
Letalidad de Varicela	0,10	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	
Tasas de incidencia PDSP																				
Tasa de incidencia de dengue	95,41	86,99	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	
Tasa de incidencia de dengue grave	1,56	0,00	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	↗	↘	-	
Tasa de incidencia de leptospirosis	0,20	0,00	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,00	2,64	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	

Fuente: SIVIGILA-SISPRO MSPS

Para el año 2023 se presentaron 210 casos de violencia de género e intrafamiliar, recordemos que fue una de las priorizaciones realizadas por la comunidad y no fue en vano, dado que es la primera causa de notificación y seguimiento en los eventos de interés en salud pública del municipio, sobra resaltar que la cultura del machismo y de la violencia hacen fuerte presencia en los municipios del eje bananero, así que en Chigorodó no es diferente el tema cultural y social que reflejan estas estadísticas, aunque se debe resaltar que la notificación aumenta por la búsqueda activa que realiza la institucionalidad y las diferentes corporaciones que trabajan en apoyo de la comunidad LGBTIQ+ y las mujeres en general.

Con respecto al segundo caso de notificación encontramos la Malaria, con 199 casos, pero también se presentaron 32 casos de dengue, 10 casos de leishmaniosis cutánea lo cual no es extraño para el municipio por estar ubicado en zona endémica y por sus grandes extensiones de terrenos que se encuentran destinados a la agricultura o ganadería y que son reservorios para el zancudo, sin embargo, se debe aumentar la educación a la comunidad, reforzando el autocuidado y la prevención de la enfermedad, sin dejar de la do la capacitación médica para que ésta sea diagnosticada y tratada de la mejor manera.

Siguiendo con el tema de las grandes extensiones de tierra que se encuentran disponibles para la fauna, encontramos el tercer caso con mayor notificación, las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, con 124 casos, lo que exige mejorar la vacunación anti rabia para los animales domésticos, bovinos y

demás, pero también presentamos 22 casos de accidente ofídico y 6 casos de leptospirosis, lo que también implica aumentar la educación a la comunidad y a los profesionales de la salud para garantizar un buen diagnóstico y tratamiento.

En cuarto caso encontramos los intentos de suicidio, lo que la comunidad reconoce como problemas de salud mental y que generalmente exigen fortalecer el apoyo y la dinámica familiar sin dejar de lado la atención en salud que se debe brindar, pero haciendo énfasis en la prevención, trabajar con las Instituciones Educativas, para llegar a los padres de familia y lograr mejorar el entorno familiar, social y comunitario de nuestros niños, niñas y adolescentes.

También se deben revisar los determinantes sociales, dado que presentamos casos de Desnutrición aguda en menores de 5 años, bajo peso al nacer, enfermedades transmitidas por alimentos y aunque en cantidades bajas, son casos que deben analizarse e intervenir para lograr la disminución continua del indicador, se debe trabajar fuertemente con las otras organizaciones estatales y las no gubernamentales para apoyar a las poblaciones más vulnerables con soluciones a largo plazo que generen bienestar para las familias.

Hay 17 casos de Sífilis gestacional y 3 de sífilis congénita, lo que implica que se debe realizar una intervención intersectorial con EAPBS e IPS y la comunidad en general, población campesina y comunidades indígenas con el fin de lograr la captación oportuna de las maternas y que, a través de una buena educación en salud, ellas se realicen los exámenes de control del embarazo, pero también ingresar a las Instituciones educativas para llegar a los niños y jóvenes con el fin de prevenir y buscar disminuir el embarazo en adolescentes y las ETS. Empoderar a la mujer en el rol de la vida sexual activa y responsable para que sea ella quien le exija al hombre con seguridad el uso de preservativos, crear la cultura en los hombres para que se protejan, prevengan enfermedades y se evalúen frecuentemente para tratar las ETS a tiempo, a través de los programas amigables en la ESE hospital. Estos procesos también favorecen para alcanzar la disminución de la Morbilidad materna extrema, de la cual se alcanzaron 42 casos y los 6 casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía.

3.1.4 Análisis de la población en condición de discapacidad

La del municipio de Chigorodó, se encuentran clasificadas en los tipos de discapacidad de la siguiente manera: las alteraciones de movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con 24,46%, del sistema nervioso con 23,68% y en los ojos 16,16% estas son los primeros 3 tipos de discapacidad.

Dentro de las tres primeras alteraciones de la población en condición de discapacidad en el municipio de Chigorodó se encuentran: en primer lugar, la alteración permanente el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con una proporción de 24,46 (592), seguido de las alteraciones del sistema nervioso con una proporción de 23,68 (573), y en el tercer lugar la alteración en los ojos con una proporción de 16,16 (391). Cabe resaltar, que una persona puede tener múltiples alteraciones, es decir puede tener discapacidad múltiple, este hace referencia a la presencia de dos o más condiciones asociadas, ya sean dificultades físicas, sensoriales, emocionales, mentales o de carácter social

Por otra parte, el municipio de Chigorodó viene adelantando la entrega del certificado de discapacidad, este se entrega después de la valoración clínica que realiza el equipo multidisciplinario de salud, en los casos en que

se identifique la existencia de una discapacidad en la persona que lo solicita. Únicamente podrá ser expedido por las IPS certificadoras autorizadas por las secretarías de salud de municipal para realizar el procedimiento de certificación.

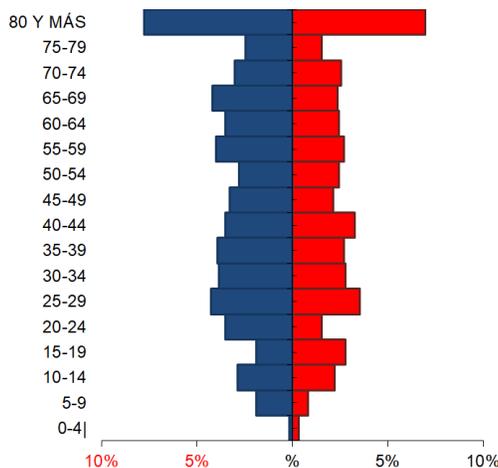
Tabla 4027. Distribución de las alteraciones permanentes. Chigorodó 2023

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	592	24,46
El sistema nervioso	573	23,68
Los ojos	391	16,16
La voz y el habla	300	12,40
Los oídos	203	8,39
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	156	6,45
El sistema genital y reproductivo	75	3,10
La digestión, el metabolismo, las hormonas	61	2,52
La piel	36	1,49
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	33	1,36
Ninguna	0	0,00
Total	2420	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad.

En la pirámide de la población en condición de discapacidad se observa que, la mayor cantidad de personas con discapacidad son los mayores de 80 años. Sin embargo, el porcentaje de personas en condición de discapacidad ha aumentado en los grupos de edades de 20 a 29 años, esto puede atribuirse a los accidentes de transporte terrestre, específicamente por motocicleta el cual deja secuelas permanentes en muchos casos en las personas.

Figura 88. Pirámide de la población en condición de discapacidad, municipio de Chigorodó, 2023



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad - 2023

3.1.5 Identificación de prioridades en la morbilidad

Teniendo en cuenta la información analizada en todo el documento, el equipo de la secretaría de salud y bienestar social del municipio de Chigorodó, realizó una priorización de los problemas de salud pública.

Tabla 4128. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida. Chigorodó 2021

Morbilidad	Prioridad	Chigorodó 2021	Antioquia 2021	Tendencia 2005 a 2021	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles (Persona Mayor/mujeres)	85,15	84,69	Fluctuante	001
	2. Condiciones transmisibles y nutricionales (Primera infancia/hombres)	25,97	22,42	Fluctuante	003
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades genitourinarias (Mujeres)	15,11	22,42	Fluctuante	000
	2. Infecciones respiratorias (Hombres)	39,7	33,8	Fluctuante	002
Alto Costo	1. Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	71,3	110	Fluctuante	009
	2. Tasa de incidencia de VIH notificada.	8,77	24,14	Fluctuante	009
Precusores	1. Prevalencia de la hipertensión arterial.	10,41	11,54	Fluctuante	001
	2. Prevalencia de la diabetes mellitus.	3,52	3,63	Fluctuante	001
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	53,85	28,72	Creciente	009
	2. Tasa de incidencia de dengue	86,99	95,41	Fluctuante	009
Discapacidad	1. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas.	24,46	50,26	Creciente	000
	2. El sistema nervioso.	23,68	53,7	Creciente	000

Fuente: Cuenta de Alto Costo-SIVIGILA-RIPS-SISPRO MSPS

Conclusiones

En el capítulo de morbilidad, en la general por grandes causas en ambos sexos, se destacan el aumento en el año 2021 para todos los ciclos vitales en las enfermedades no transmisibles, en comparación con 2019, el aumento más importante se observó en el grupo de persona mayor; seguidas de las condiciones transmisibles y nutricionales con tendencia variable. Con relación a las condiciones transmisibles y nutricionales estas presentaron aumento en el grupo de primera infancia, mientras en los demás grupos hubo variaciones. En todos los casos se evidencia variaciones de casos durante el periodo 2005 – 2021, lo que hace necesaria una rápida intervención y un estudio más detallado de las causantes de estos eventos.

Cabe resaltar que las enfermedades no transmisibles son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Este grupo de enfermedades comparten factores de riesgo comunes que incluyen el tabaquismo, sedentarismo, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable y se pueden prevenir y controlar a

través de cambios en el estilo de vida, políticas públicas e intervenciones de salud, y requieren un abordaje intersectorial e integrado.

En el grupo de enfermedades no transmisibles, las condiciones orales siguen siendo la principal causa de consulta, lo que quiere decir que es indispensable para el municipio fortalecer en la población los hábitos adecuados de higiene oral, basados en la educación como componente básico de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para propiciar cambios frente a la salud oral, a la enfermedad y al uso de los servicios y así planificar y definir estrategias aplicables a su estilo de vida.

La morbilidad de salud mental se presentó principalmente por los trastornos mentales y del comportamiento, estas son afecciones que impactan en el pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Cabe resaltar, que las entidades aseguradoras son las responsables de garantizar la red de servicios para sus afiliados. Por lo tanto, más que una red de servicios, lo que existe son redes de distintas instituciones, en articulación para responder mejor a sus afiliados. Lo anterior implica una redefinición de la prestación de servicios de salud mental y la estructura organizativa adecuada en el SGSSS para su promoción, prevención, vigilancia y atención integral; así como el análisis y redefinición del conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos relacionados con salud mental en los planes de beneficios del sistema, y la articulación de acciones y actores involucrados en la prestación de servicios de salud mental.

Por otra parte, los eventos precursores el municipio se encuentra en condiciones iguales que el departamento, esta situación está relacionada directamente por los malos estilos de vida de la población incluyendo la malnutrición y la falta de ejercicio físico, lo que hace que las enfermedades crónicas sigan en aumento, también se relaciona el hecho del incremento de la población adulta mayor.

Una gran parte de la población en condición de discapacidad presenta alteraciones permanentes el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas y del sistema nervioso. Esta población se encuentra después de los 20 años, aumentando este indicador teniendo en cuenta que muchas de las secuelas de la discapacidad son el resultado de accidentes de tránsito. Por otra parte, el municipio de Chigorodó viene adelantando la entrega del certificado de discapacidad, este se entrega después de la valoración clínica que realiza el equipo multidisciplinario de salud, en los casos en que se identifique la existencia de una discapacidad en la persona que lo solicita. Únicamente podrá ser expedido por las IPS certificadoras autorizadas por las secretarías de salud de municipal para realizar el procedimiento de certificación.

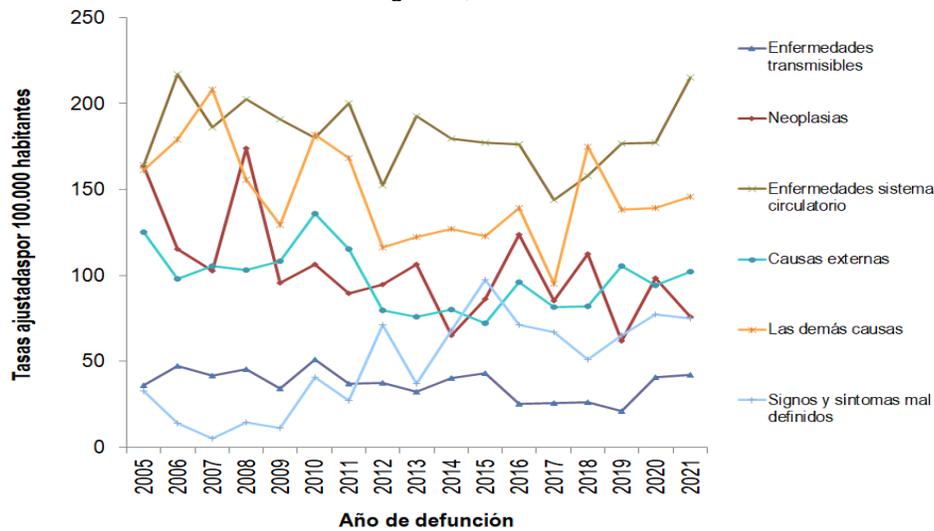
3.2 Análisis de la mortalidad

3.2.1 Mortalidad general

El comportamiento de la mortalidad general por grandes causas en el municipio de Chigorodó es oscilante, la principal causa de mortalidad durante el periodo de análisis son las enfermedades del sistema circulatorio, cuyos factores de riesgo pueden variar, dependiendo de la enfermedad específica, algunos de los más comunes

incluyen los antecedentes familiares, el sedentarismo, la edad, la mala alimentación entre otros. El mejoramiento de los hábitos y estilos de vida saludable influyen en gran medida en la aparición de diferentes enfermedades que pueden evitarse, con el simple hecho de cuidarse.

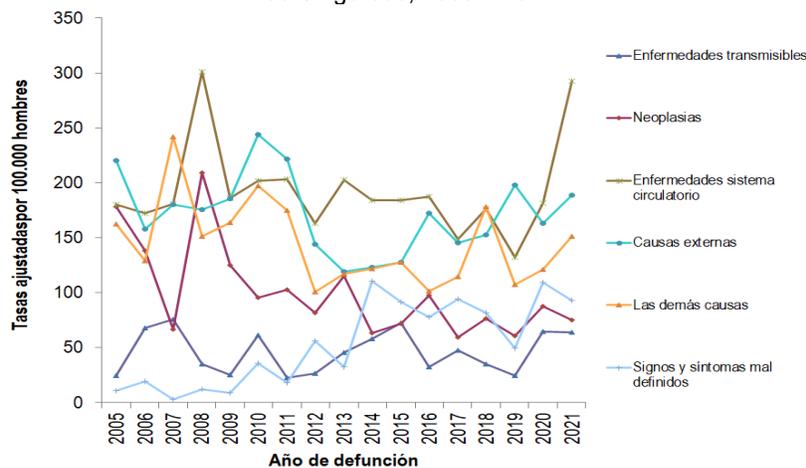
Figura 99. Tasa de mortalidad general según grandes grupos de causas listado 6/67 para el municipio de Chigorodó, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

La principal causa de mortalidad en los hombres para el año 2021 son las enfermedades sistema circulatorio principalmente las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, que están directamente relacionadas con estilos y hábitos de vida saludable, con lo cual se deben fortalecer las diferentes estrategias de IEC para que la población mejore sus hábitos de vida.

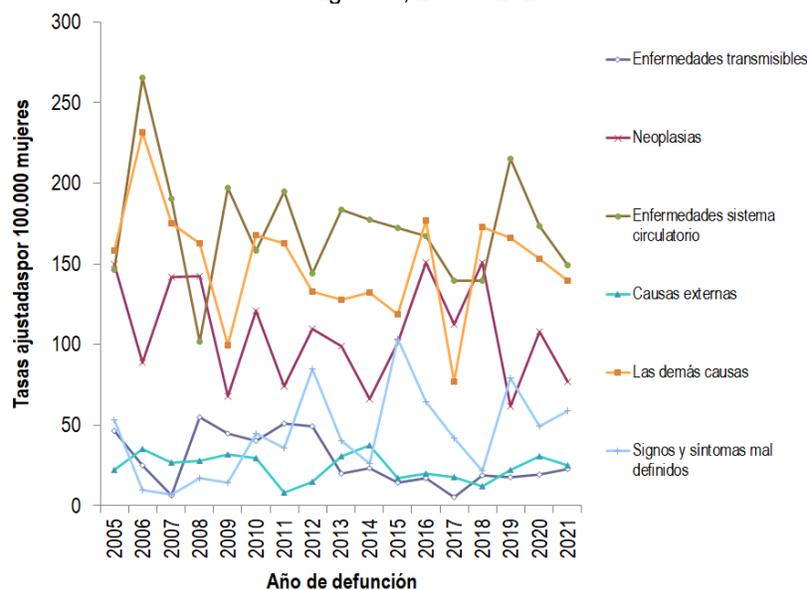
Figura 1010. Tasa de mortalidad en hombres según grandes grupos de causas listado 6/67 para el municipio de Chigorodó, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Igual que en los hombres la principal causa de mortalidad en las mujeres del municipio de Chigorodó son las enfermedades del sistema circulatorio, con mayor afectación en hombres. Esta causa aporta significativamente al indicador de la mortalidad y es una causa de discapacidad por accidente cerebrovascular, algunos de los síntomas no se pueden controlar, pero hay muchos que sí. La tarea radica en aprender sobre ellos puede bajar su riesgo de tener una enfermedad cardíaca.

Figura 1111. Tasa de mortalidad en mujeres según grandes grupos de causas listado 6/67 para el municipio de Chigorodó, 2005 – 2021



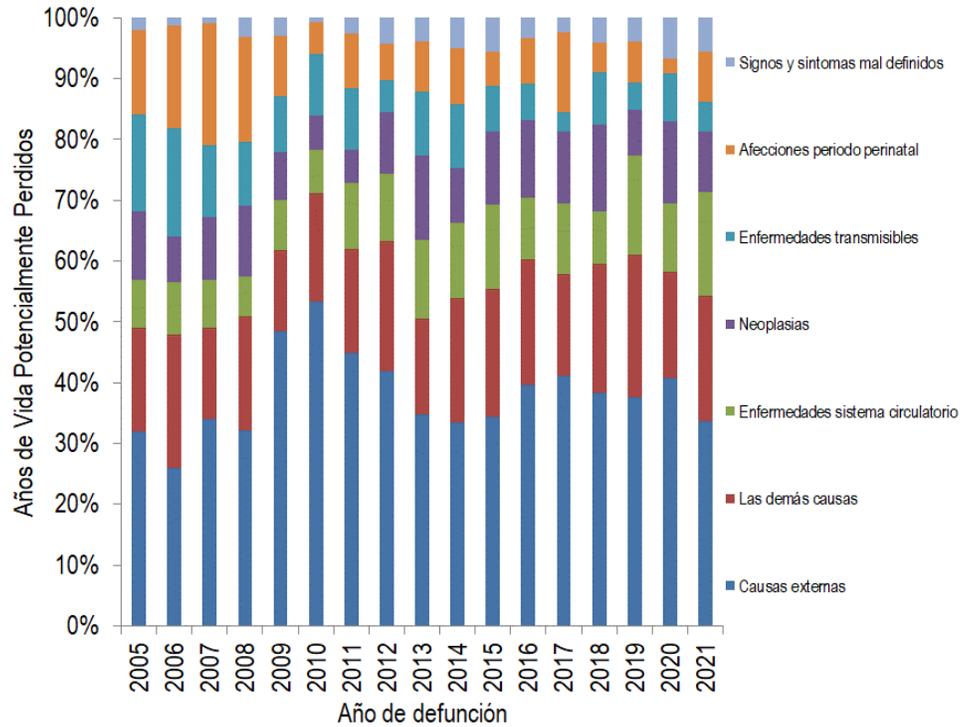
Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Los AVPP son una medida resumen que ilustra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de defunciones prematuras. Así mismo, permite identificar la importancia relativa de cada causa de defunción y en particular las causas de muerte prematura. Además, son útiles para determinar las prioridades de intervención en salud pública, orientar recursos económicos o comparar la efectividad de las intervenciones.

Las principales causas que afectan el indicador de AVPP, están relacionadas con las causas externas, especialmente los homicidios y los accidentes de transporte terrestre mayor en hombres que en las mujeres; los homicidios está relacionado con el conflicto imperante en la zona y el fenómeno del pandillismo y consumo de sustancias psicoactivas, este es un fenómeno creciente en toda la región, para mitigar este fenómeno es necesario, fortalecer las oportunidades económicas y educativas para la población joven del municipio; al igual que establecer campañas educativas en educación vial para instaurar una cultura de movilidad segura y responsable.

Figura 1212. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 municipio de Chigorodó, 2005 – 2021

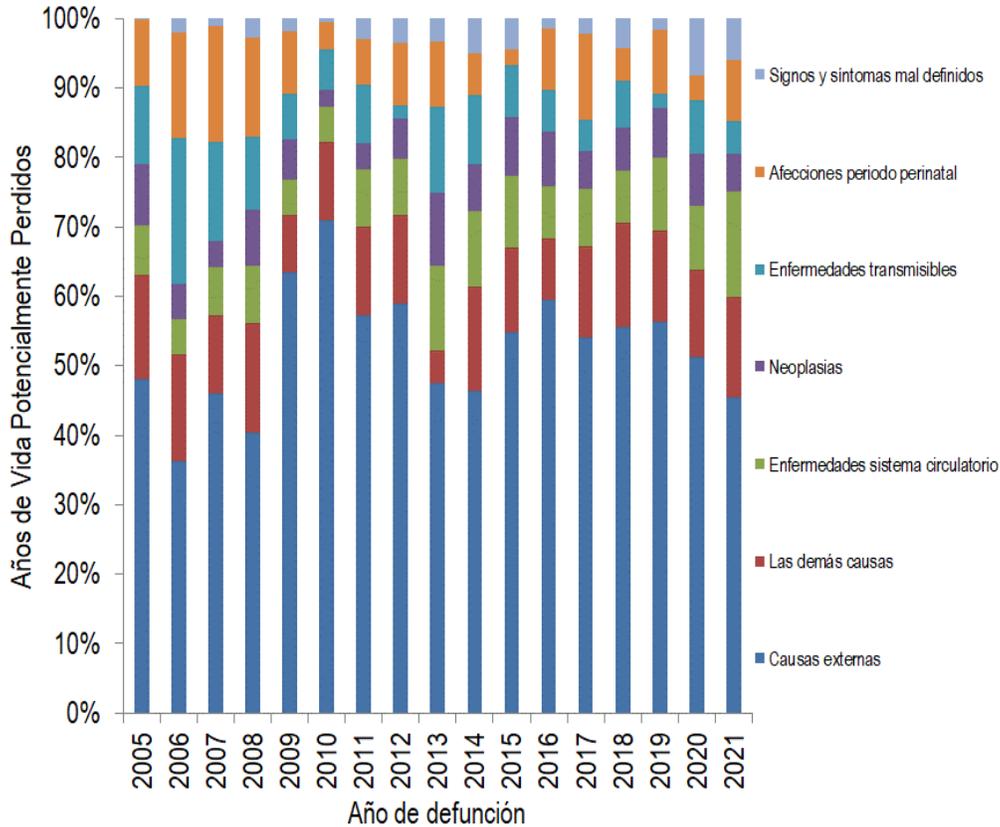


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

La causa principal de muerte temprana en los hombres del municipio de Chigorodó, son las causas externas, debido a que la mortalidad en ellos está asociada a las agresiones (homicidios) y a los accidentes de transporte terrestre. Las causas externas son el factor que más afecta el indicador de años de vida potencialmente perdidos, debido a que las defunciones por esta causa se presentan mayoritariamente en la población joven del municipio.

El municipio de Chigorodó de establecer parámetros para identificar una serie de situaciones de riesgo que son causas básicas en el proceso de ocurrencia de los accidentes de tránsito, y generar estrategias de intervención. Estos accidentes, como cualquier otro evento, son de origen multicausal y por ello es necesario identificar oportunamente aquellos riesgos propios de los sistemas estructurales o comportamentales, que tienen el potencial de causar accidentes.

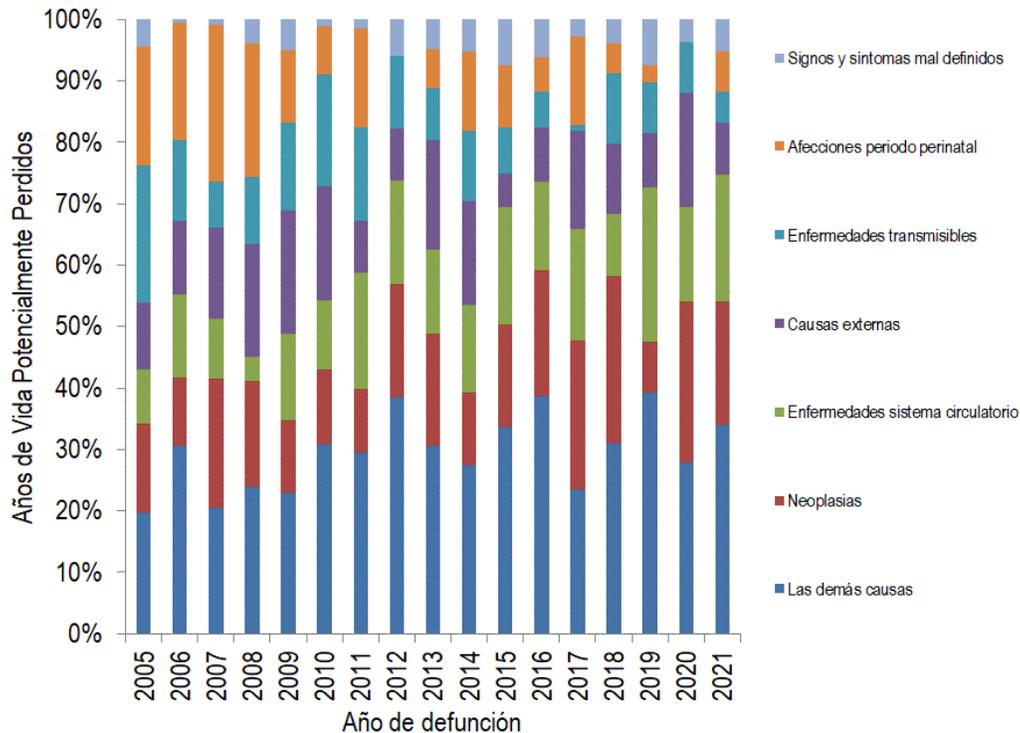
Figura 1313. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres.
Chigorodó, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Durante el periodo de análisis la principal casusa de AVPP en las mujeres del municipio de Chigorodó son las demás causas, específicamente por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la diabetes mellitus. Las enfermedades respiratorias se pueden prevenir, si se evitan la exposición al humo de tabaco y a los contaminantes del aire, tanto de interiores como de exteriores. Dejar de fumar es la parte más importante del tratamiento para los fumadores que reciben un diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica.

Figura 1414. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres, Chigorodó 2005 – 2021



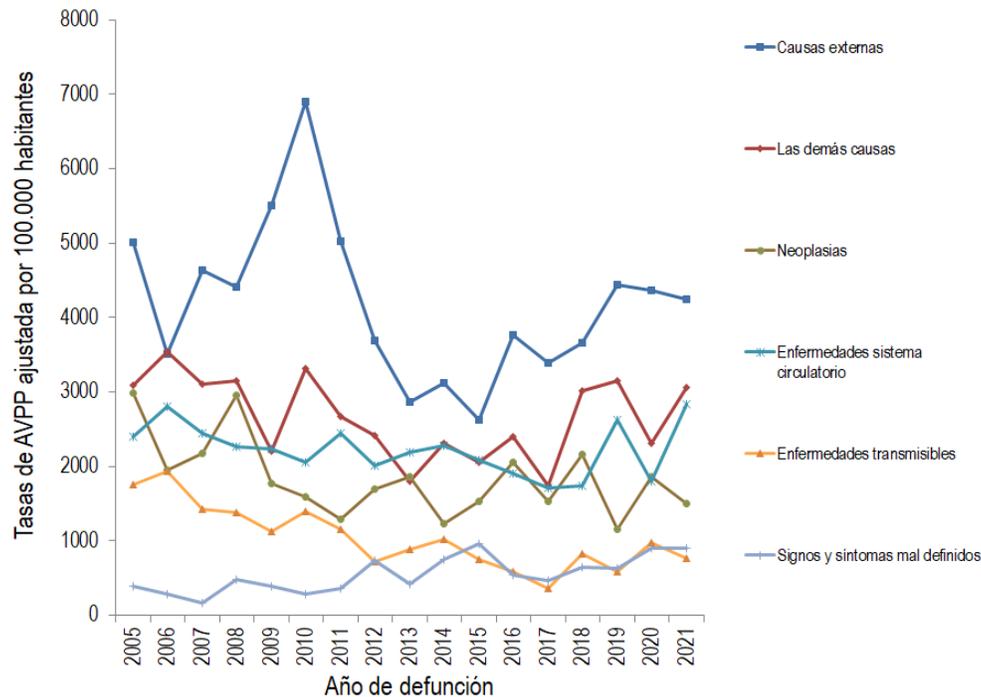
Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

El análisis de tendencia de los AVPP en el periodo entre 2005 - 2021, muestra un descenso, comparado con el año 2019, aunque la cifra es considerada como alta este indicador, es debido precisamente al conflicto interno, por los grupos al margen de la ley y el pandillismo. Mientras que los accidentes de tránsito son debido a que la población más joven, puede acceder fácilmente a un vehículo como las motocicletas sin cumplir con las normas de tránsito y transporte y por conducir bajo los efectos de las sustancias psicoactivas y el alcohol.

Esta situación requiere de intervenciones interinstitucionales e intersectoriales que impacten en los determinantes, siendo necesarias políticas de estado específicas y continuas.

Figura 1515. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio Chigorodó, 2005 – 2021

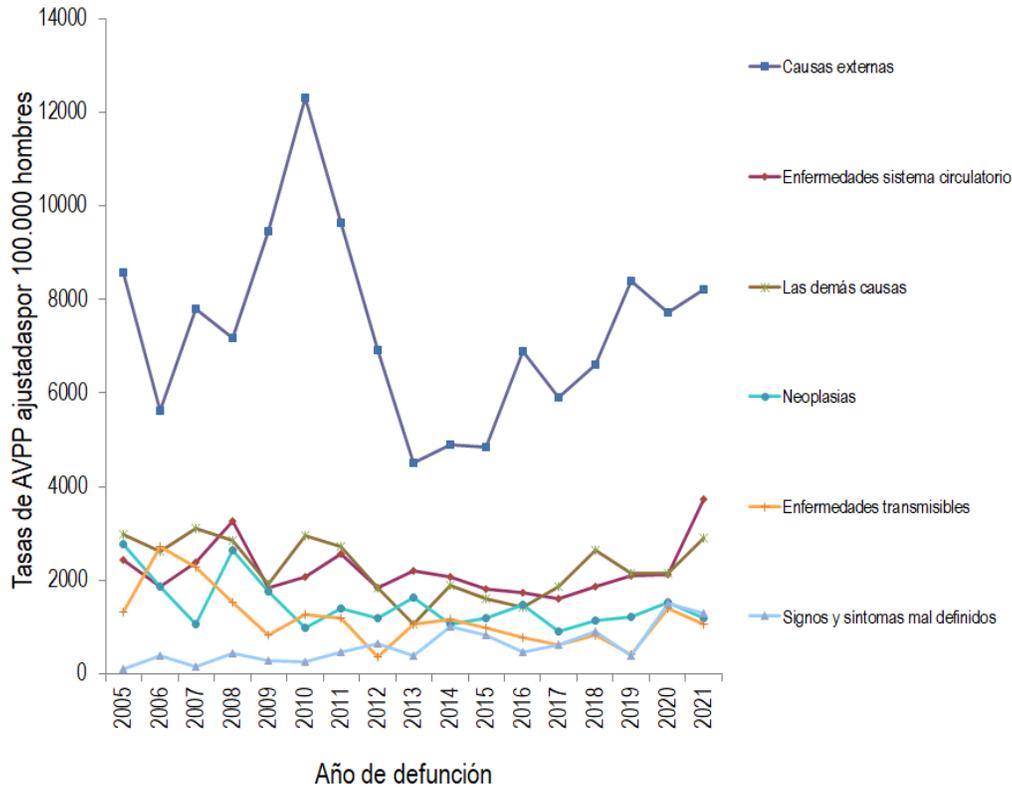


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Tasa de AVPP ajustada por edad en los hombres

Con relación a los hombres, el comportamiento de los AVPP permite ver mantiene la misma tendencia de la gráfica general, donde las causas externas proporcionan el mayor número de defunciones, principalmente homicidios y accidentes de transporte terrestre. Es importante destacar que la información registrada sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, permiten orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; y así optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones.

Figura 1616. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio Chigorodó, 2005 – 2021

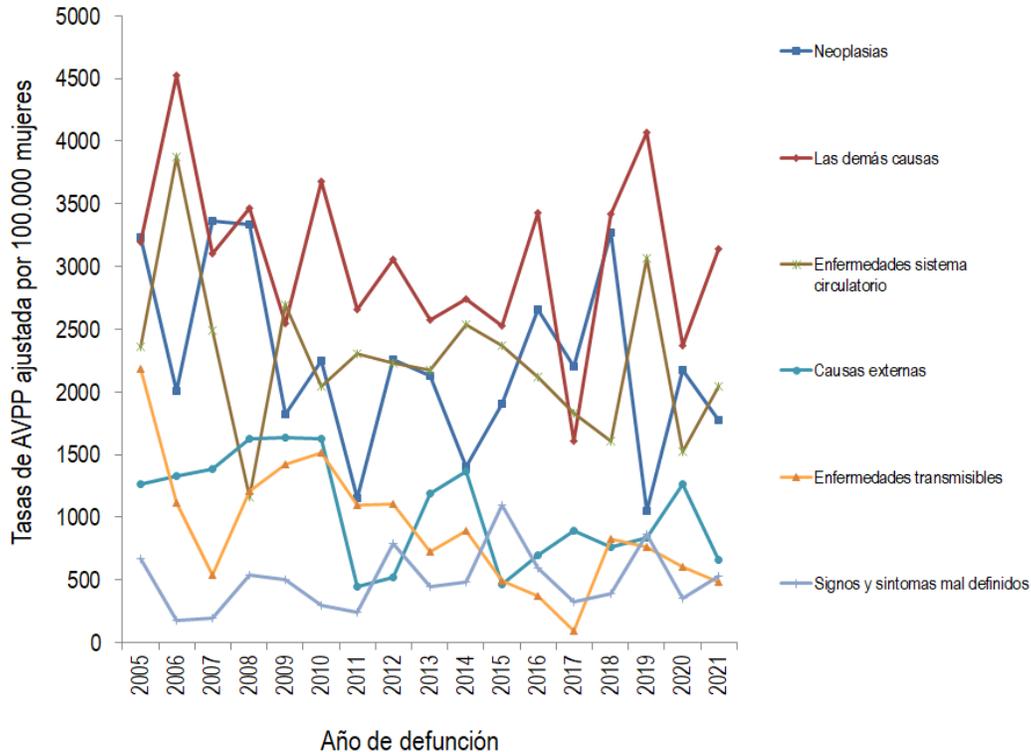


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Tasa de AVPP ajustada por edad en las mujeres

En las mujeres, el evento que mayor cantidad de AVPP aporta, son las demás causas y las neoplasias, condiciones que deben abordarse de mejor manera desde las diferentes estrategias de salud pública, ya que son causas de muertes relacionadas con las demás causas son evitables con estilos de vida saludables y la práctica de actividad física recurrente.

Figura 1717. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del municipio Chigorodó, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

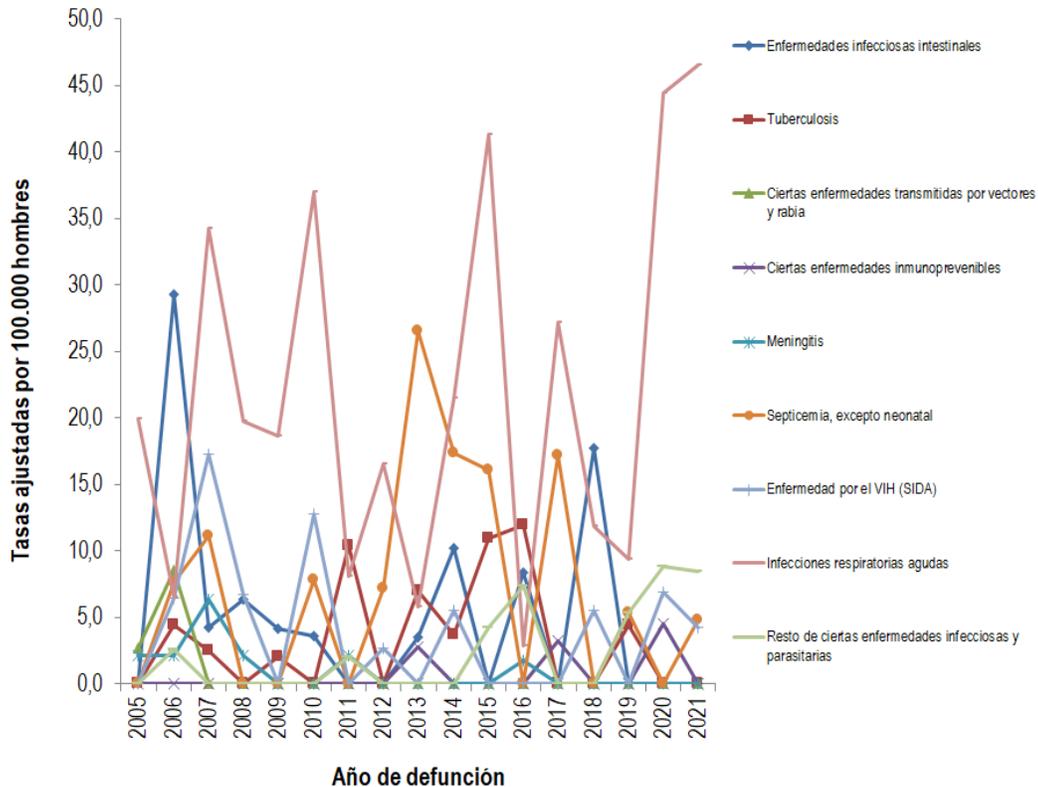
3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo

Enfermedades transmisibles

Cuando se analiza la información de las enfermedades transmisibles en los hombres, se observa la principal causa son las infecciones respiratorias agudas, seguida del Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias que presentan una tendencia al aumento para el año 2021.

Cabe resaltar que, las enfermedades transmisibles siguen siendo un problema que afecta a la salud de la población del municipio de Chigorodó, estas reflejan la necesidad de fortalecer las estrategias de Información, Educación y Comunicación – IEC e implementar programas de educación continua y fortalecer la auditoría a los protocolos de manejo.

Figura 1818. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres.
Chigorodó, 2005 – 2021

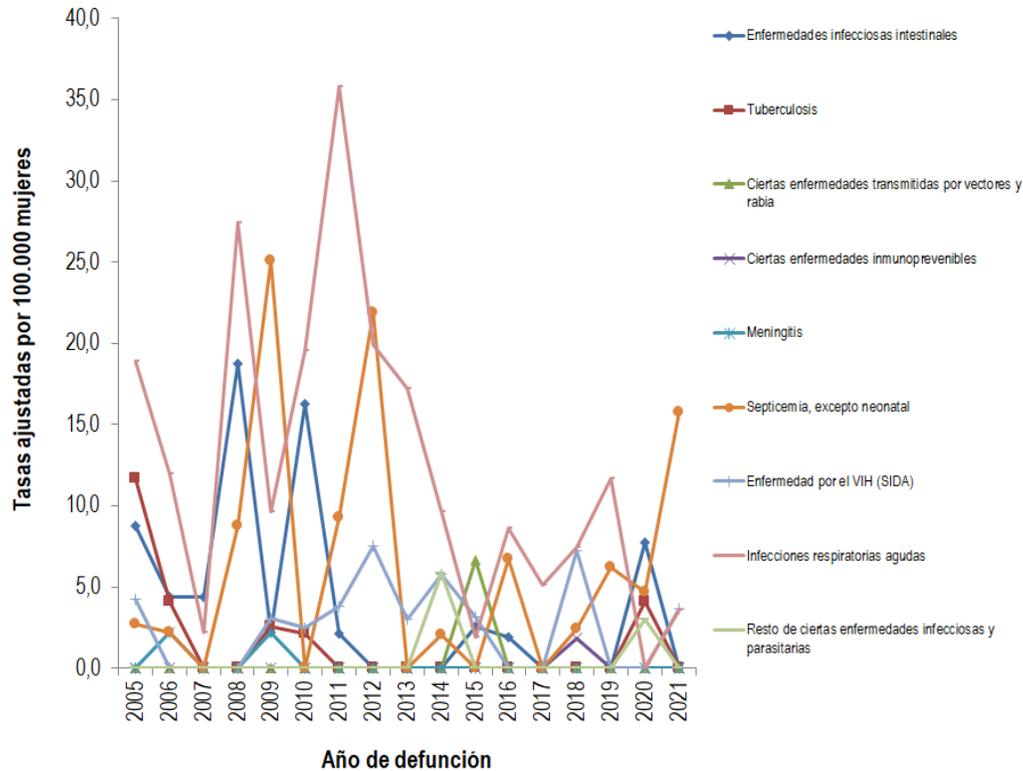


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

En las mujeres, el subgrupo de las enfermedades transmisibles que mayor tasa de mortalidad presentan durante el periodo de estudio, son las Enfermedades infecciosas intestinales y la septicemia excepto neonatal. Es importante destacar que el municipio de Chigorodó debe reforzar el monitoreo del comportamiento de estas enfermedades y generar acciones que permitan dar cumplimiento a las metas de los programas de prevención y mantenimiento de la salud que reduzcan la posibilidad de ocurrencia de brotes, complicaciones y/o desenlaces fatales.

Con relación a las enfermedades infecciosas intestinales, pueden ser prevenidas manteniendo una higiene adecuada, esa es la clave para evitar la aparición de parásitos, mantener la higiene en la preparación de los alimentos; cocinar bien las carnes; lavar bien las frutas y verduras antes de consumirlas y el consumo de agua potable.

Figura 1919. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres.
Chigorodó, 2005 – 2021

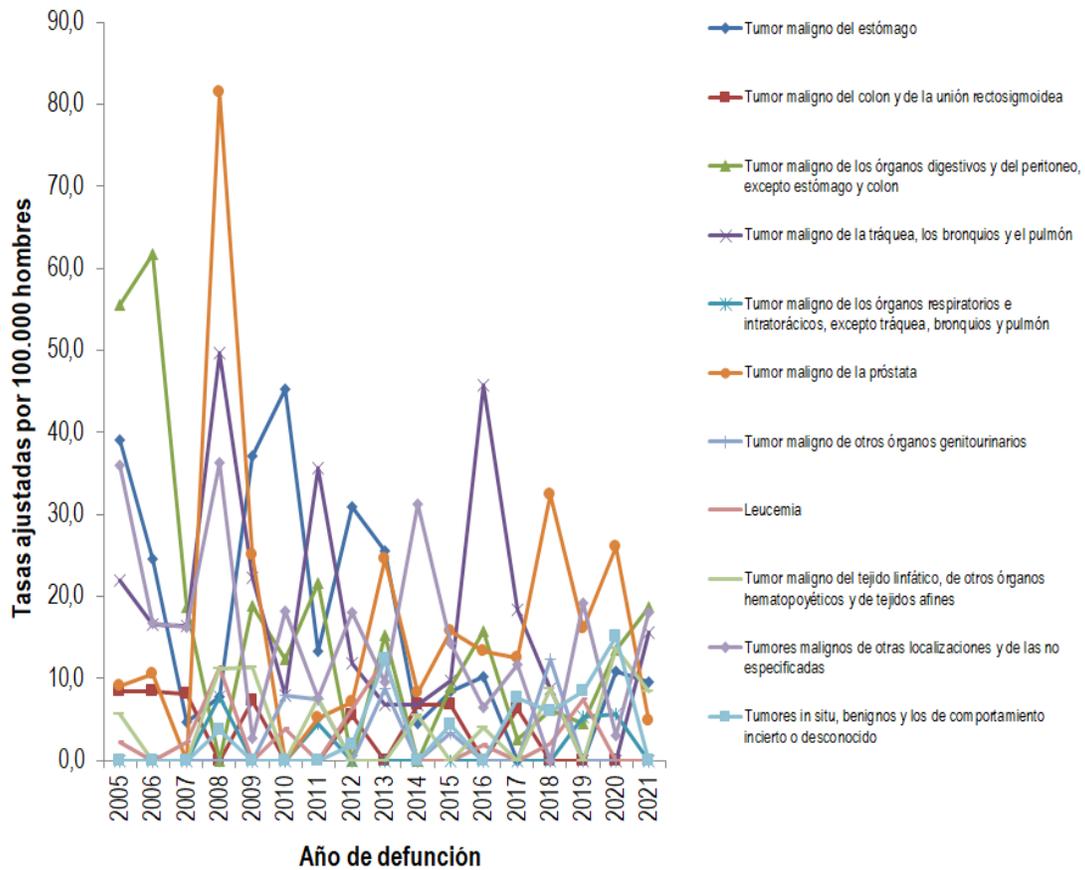


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Neoplasias

La primera causa de mortalidad en el subgrupo de las neoplasias en los hombres, son la mortalidad por los tumores malignos de la próstata, seguido del tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón. Es preocupante el aumento de casos por el tumor maligno de próstata, teniendo en cuenta que el examen del antígeno prostático específico - PSA es realizado en sangre y se hace para ayudar a detectar y hacerle seguimiento al cáncer de próstata, quiere decir que, aunque existe un método diferente al tacto rectal y la ecografía transrectal, los hombres no son conscientes de la importancia de consulta a tiempo.

Figura 2020. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres. Chigorodó 2005 – 2021

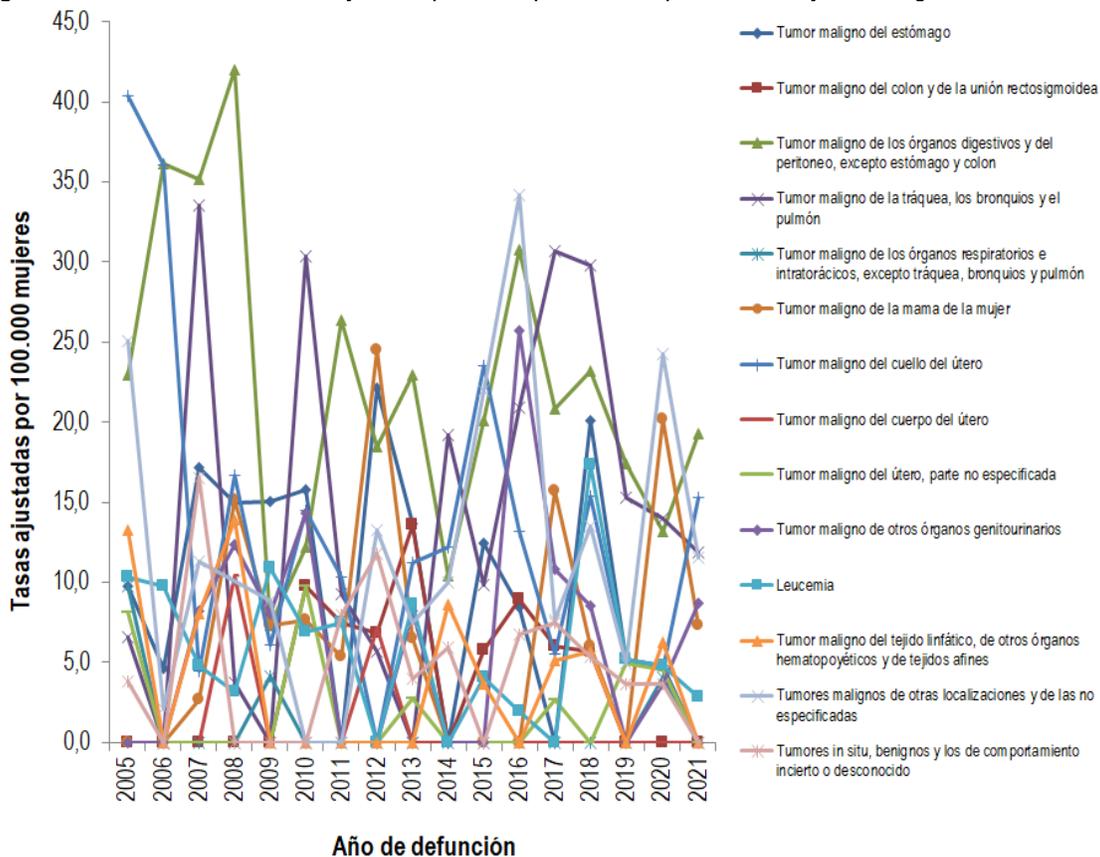


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

En el subgrupo de las neoplasias en las mujeres, el comportamiento durante el periodo de estudio ha sido fluctuante, la principal causa de mortalidad es el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, aunque hay medidas que puede tomar y que podrían reducir su riesgo de padecerlo, como realizar cambios en los estilos de vida pueden marcar la diferencia.



Figura 2121. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres. Chigorodó 2005 – 2021

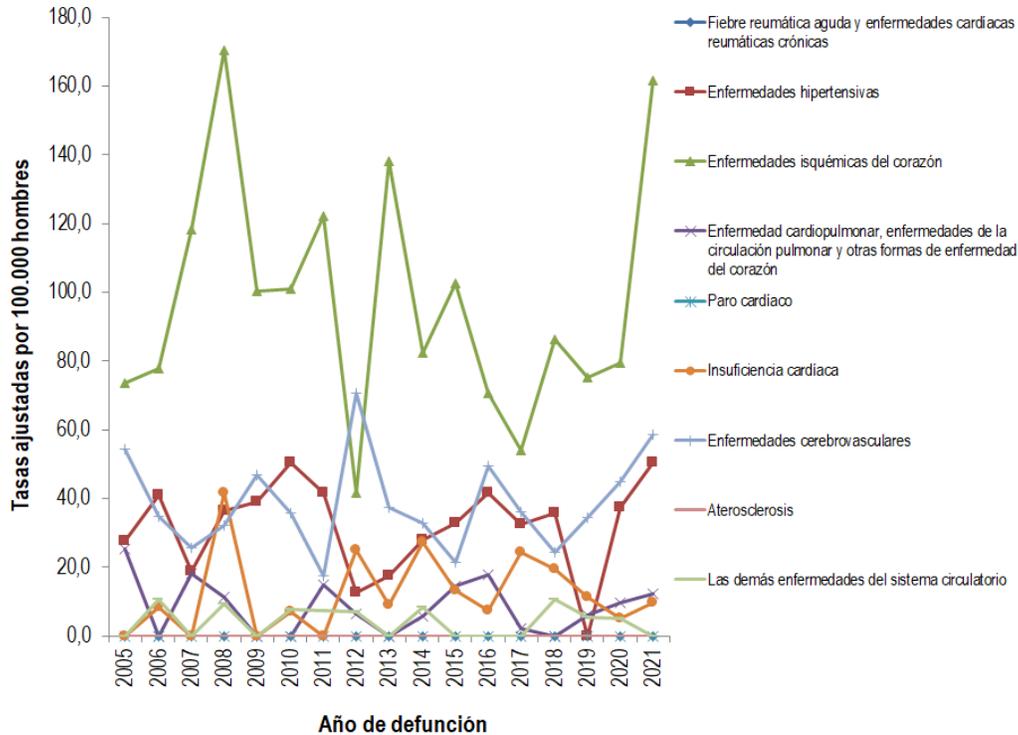


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Enfermedades del sistema circulatorio

Entre las muertes por enfermedades del sistema circulatorio que se presentaron para el sexo masculino entre los años 2005 al 2021, se encuentra como principal causa de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón. Teniendo en cuenta que, la mayoría de estas pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas nocivas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, y utilizando estrategias que abarquen a toda la población.

Figura 2222. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres. Chigorodó 2005 – 2021

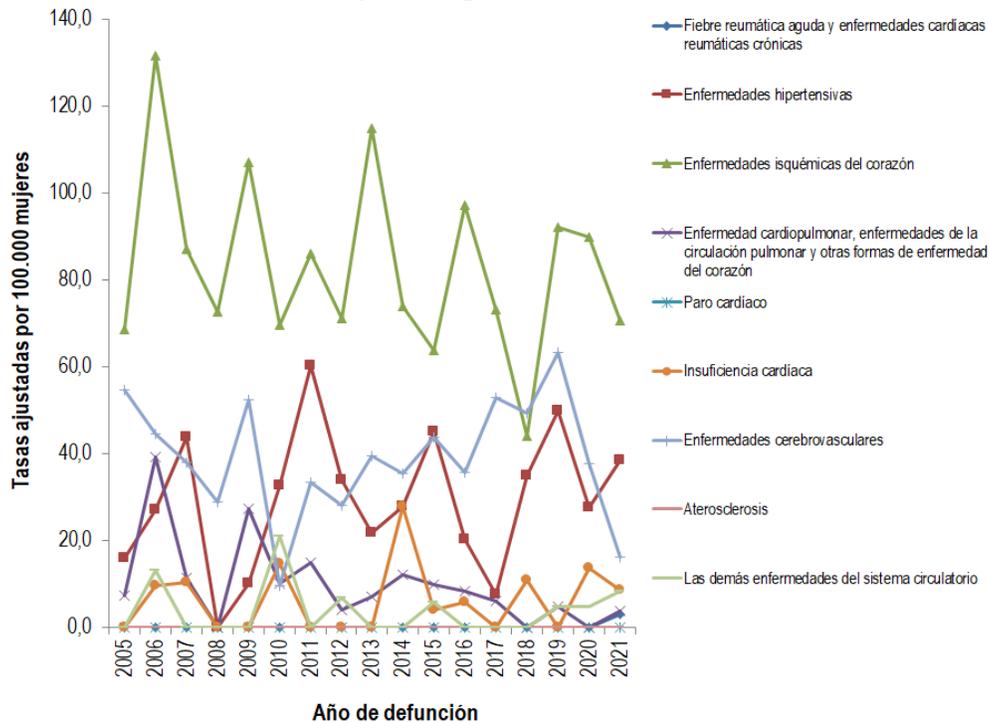


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Igual que en los hombres las principales causas de muerte por enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres, en el periodo comprendido entre 2005 al 2021, son las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, con una afectación menor en mujeres.

Con alto riesgo cardiovascular es importante consultar al médico a tiempo, debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada, son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano.

Figura 2323. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres. Chigorodó 2005 – 2021

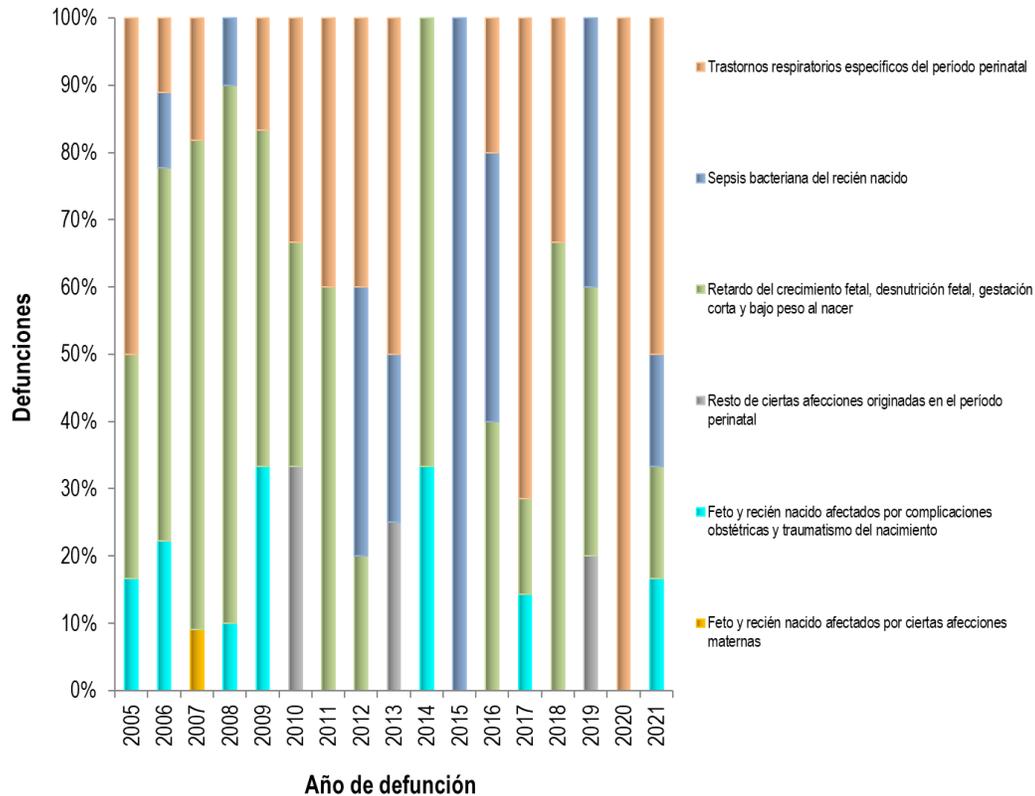


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Como principal causa de muerte en hombres por las afecciones originadas en el periodo perinatal son el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 3 casos repostados para el año 2021. Cabe resaltar que la prevención del contagio perinatal requiere de técnicas de prevención y tamizajes oportunos. Para ello, su sumamente importante que se detecte la patología en la madre de forma temprana, y se realice un seguimiento adecuado durante el embarazo, en el momento del nacimiento y durante la lactancia.

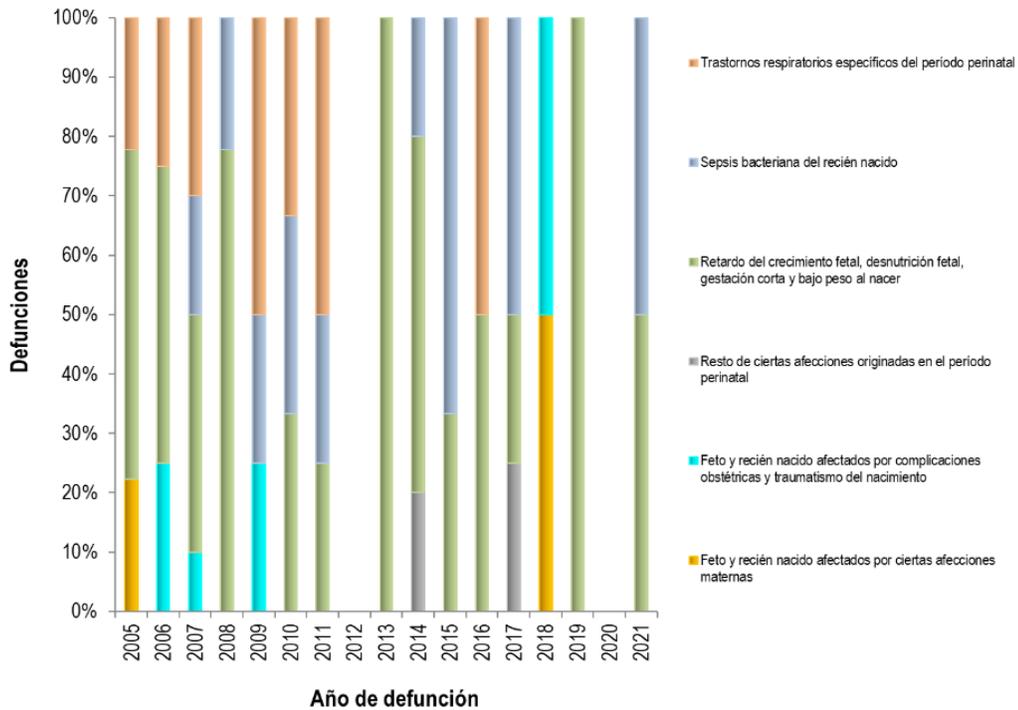
Figura 2424. Casos de muerte por tasas ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres. Chigorodó 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

En el caso de las mujeres se registraron 2 casos de muerte reportados por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Sin embargo, la causa principal en las mujeres son los trastornos respiratorios específicos del período perinatal con una tendencia fluctuante. En busca de la prevención de este tipo de patologías, se debe fortalecer la instrucción sobre las medidas preventivas que todas las mujeres deben seguir para evitar una infección aguda que pueda ponerla en riesgo de transmitir la infección a su hijo durante el embarazo. Así mismo, la adherencia de los profesionales del área de la salud a los protocolos y guías de atención en los programas de promoción y mantenimiento de la salud durante la gestación. Esto incluye la utilización de los métodos de tamizaje sistemáticos, en la detección de las infecciones maternas que podrían afectar al feto para que puedan diagnosticarse a tiempo.

Figura 2525. Casos de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres. Chigorodó 2005 – 2021

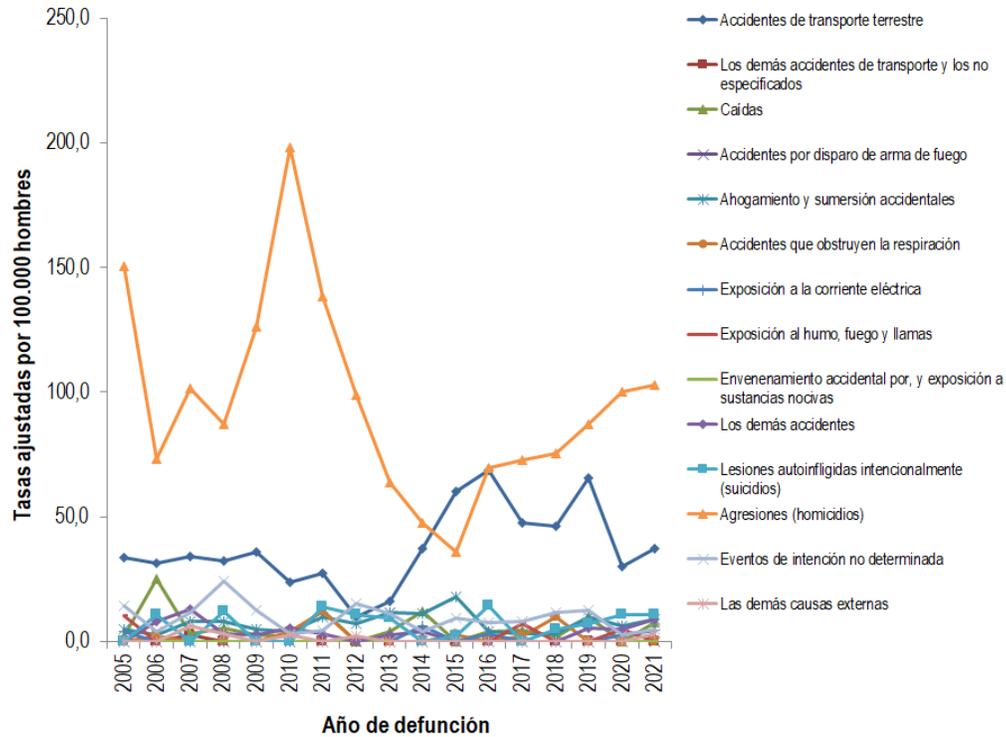


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Causas externas

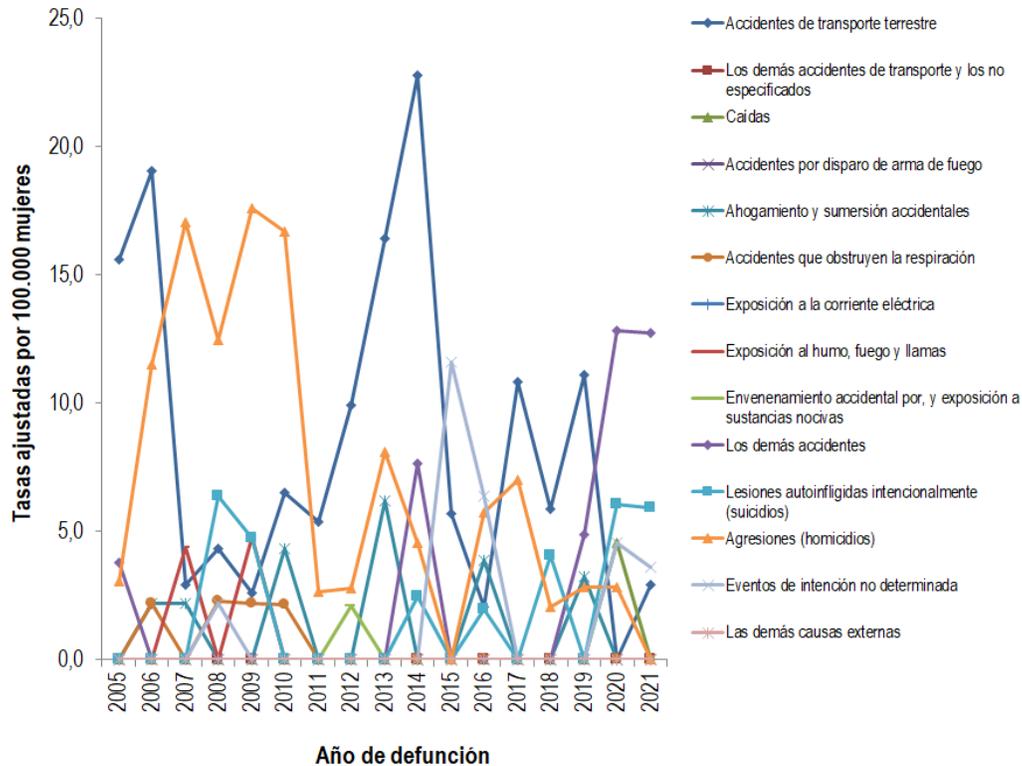
En el comportamiento de las defunciones por causas externas en hombres en el municipio de Chigorodó, la principal causa de muerte durante el periodo de análisis han sido las agresiones (homicidios) el principal aportante a este indicador son los jóvenes, debido a el abuso de sustancias psicoactivas y el pandillismo.

Figura 2626. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres. Chigorodó 2005 – 2021



La principal causa de muerte por causas externas en mujeres en el periodo comprendido entre el año 2005 al 2021 son los accidentes de transporte terrestre, seguido de las agresiones (homicidios). El cumplimiento de las normas de tránsito es un factor importante en la prevención de accidentes así como contar con un vehículo en óptimas condiciones.

Figura 2727. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres. Chigorodó 2005 – 2021



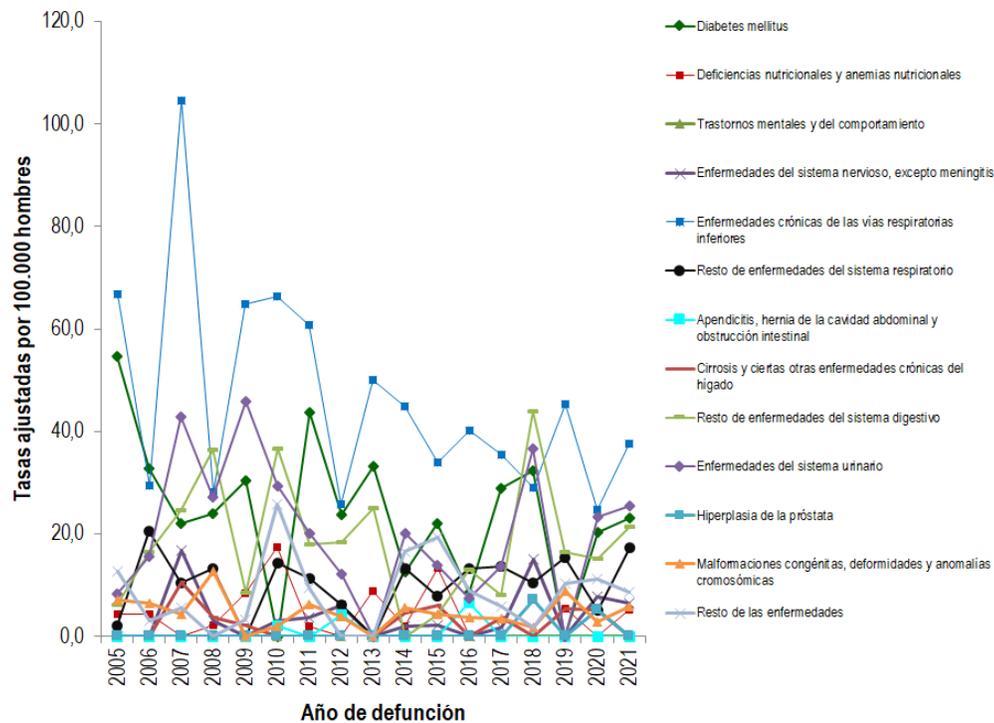
Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Las demás enfermedades

Con relación a la tasa de mortalidad para las demás enfermedades en hombres, se evidenció en el periodo comprendido entre 2005 a 2021, que las principales causas de muerte fueron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la diabetes mellitus con un comportamiento fluctuante.

Las enfermedades respiratorias se pueden prevenir, si se evitan la exposición al humo de tabaco y a los contaminantes presentes en el aire que pueda producir las infecciones respiratorias, e irritar, inflamar o destruir los tejidos del pulmón. La detección temprana de enfermedades respiratorias puede cambiar el curso y el avance de la enfermedad. Por medio de una prueba llamada espirometría, para medir la función pulmonar y detectar la EPOC en cualquier persona que tenga problemas respiratorios.

Figura 2828. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres. Chigorodó 2005 – 2021

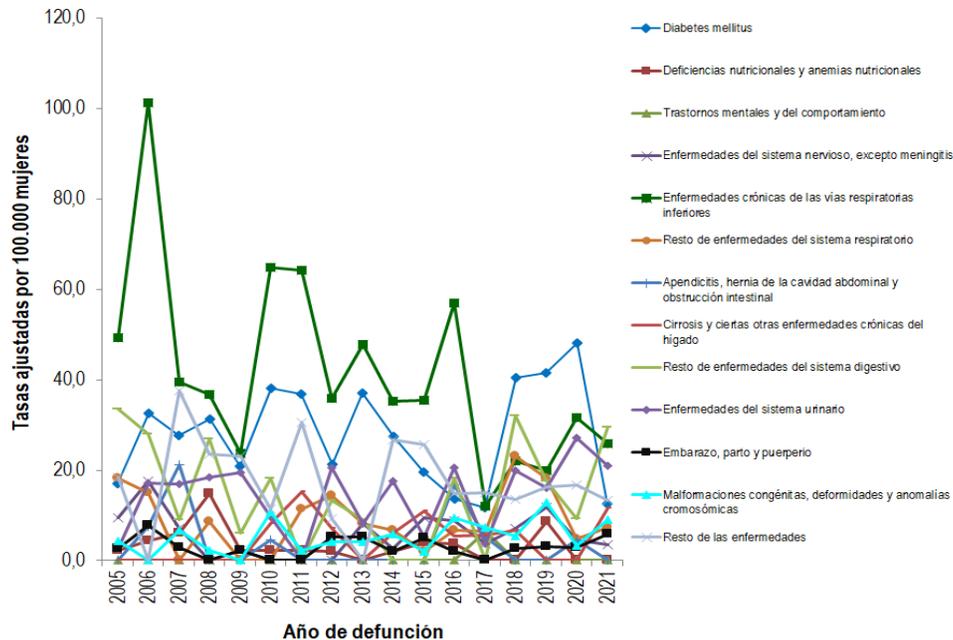


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

En el comportamiento de la mortalidad por las demás enfermedades en mujeres, se evidenció en el periodo comprendido entre 2005 a 2019, que las principales causas de muerte fueron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, seguido de la diabetes mellitus que para el año 2019 fue la principal causa de mortalidad presentando un aumento respecto al año 2018.

A pesar de que el número de fallecidos a causa de esta enfermedad ha aumentado en el último año, su índice de mortalidad sigue siendo demasiado elevado; esto la convierte en un verdadero problema de salud pública que debemos atender para que el número de muertes por esta enfermedad vaya en descenso. Los habitantes del municipio de Chigorodó deben reducir los factores de riesgo asociados. El humo de tabaco es un factor clave en el desarrollo y la progresión de enfermedades respiratorias, evitar el humo como fumador y fumador pasivo, así como la exposición a contaminantes de interiores y exteriores, puede ayudar a prevenir la enfermedad respiratoria crónica.

Figura 2929. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres. Chigorodó 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

En la tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, la mayoría de los indicadores municipales son superiores a los estándares departamentales, el indicador que más aporta son las agresiones (homicidios), que es superior al indicador departamental en 21 muertes por cada 1000 habitantes. Este panorama es atribuido a múltiples factores, las desigualdades sociales y económicas, el acceso a armas de fuego, una educación sin fomento en valores, altos niveles de criminalidad y consumo de sustancias psicoactivas y la prevalencia de pandillas. Así mismo, existen factores culturales, reciben la violencia como la manera aceptable de resolver conflictos hasta llegar a desenlaces fatales.

Tabla 4229. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Chigorodó 2006-2021

Causa de muerte	Antioquia	Chigorodó	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	11,3	19,1	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,2	7,3	-	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	4,9	15,3	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	13,7	4,9	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	9,1	4,4	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	12,5	17,4	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinflingidas intencionalmente	6,8	8,2	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	🟢	🟢	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	30,2	48,3	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	32,2	42,2	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡		

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Tasa de muertes en los menores de 1 año

En los menores de 1 año en el municipio de Chigorodó, en el periodo comprendido entre 2005 a 2021, se encontró que, las afecciones originadas en el periodo perinatal fueron la causa principal de muerte en hombres y mujeres. Para el año 2021 se presentó una disminución en ambos géneros en hombres (3,41) mujeres (0,0), respecto al año 2019. Se debe continuar fortaleciendo el monitoreo desde el programa de promoción y manteniendo de la salud de las gestantes, dado que los factores de riesgos pueden tener un origen genético, infeccioso o ambiental, pueden ser detectadas durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida, de ahí radica la importancia de una alimentación adecuada durante la gestación y acudir al servicio de vacunación.

Tabla 4330. Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) por sexo, según la lista de las 67 causas. Chigorodó, 2005– 2021

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
		Valor Tasa																
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	3,82	1,35	1,36		1,45	4,83							0	1,91	0	0	0
	MASCULINO			1,28	2,61						1,6			0	0	0	0	0
	TOTAL	1,85	0,64	1,32	1,32	0,7	2,45				0,86			0	0,9	0	0	0
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO													0	0	0	0	0
	MASCULINO								1,61					0	0	0	0	0
	TOTAL								0,85					0	0	0	0	0
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO													0	0	0	0	0
	MASCULINO													0	0	0	0	0
	TOTAL													0	0	0	0	0
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO	1,27	2,7	1,36	2,68	1,45	1,61	1,66					2,01	0	0	0	0	0
	MASCULINO	3,6	2,4		1,31									0	0	0	1,7	0
	TOTAL	2,47	2,54	0,66	1,98	0,7	0,82	0,84					0,98	0	0	0	0,88	0
	FEMENINO		1,35			1,45								0	0	0	0	0



05 - ENFERMEADES DEL SISTEMA NERVIOSO	MASCULINO	1,2	1,2	1,28	1,31									0	0	0	0	0
	TOTAL	0,62	1,27	0,66	0,66	0,7									0	0	0	0
06 - ENFERMEADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	FEMENINO													0	0	0	0	0
	MASCULINO													0	0	0	0	0
	TOTAL													0	0	0	0	0
07 - ENFERMEADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO													0	0	0	0	0
	MASCULINO							1,68						0	0	0	0	0
	TOTAL							0,84						0	0	0	0	0
08 - ENFERMEADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	3,82	2,7		2,68		1,61	3,33		1,8	1,86	3,42	2,01	0	0	0	0	0
	MASCULINO	7,2	2,4	2,57	2,61	1,37	1,66	5,03	1,61	5,07	1,6			0	0	0	1,7	0
	TOTAL	5,56	2,54	1,32	2,65	0,7	1,64	4,18	0,85	3,48	1,72	1,7	0,98	0	0	0	0,88	0
09 - ENFERMEADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	1,27							1,79	1,8				0	0	0	0	0
	MASCULINO		1,2				1,66							0	0	0	0	1,61
	TOTAL	0,62	0,64				0,82		0,85	0,87				0	0	0	0	0,82
10 - ENFERMEADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO				1,34									0	0	0	0	0
	MASCULINO					1,37								0	0	0	1,7	0
	TOTAL				0,66	0,7								0	0	0	0,88	0
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	11,45	10,81	13,55	12,06	5,81	4,83	6,66		3,6	9,31	5,14	4,02	6,8	3,82	1,75	0	3,38
	MASCULINO	7,2	10,82	14,12	13,05	8,2	4,98	8,39	8,04	6,76	4,79	1,69	9,62	12,37	5,15	8,58	3,41	9,65
	TOTAL	9,27	10,81	13,84	12,57	7,04	4,91	7,52	4,24	5,23	6,88	3,41	6,88	9,53	4,52	5,19	1,77	6,6
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	2,54		4,07	1,34		8,05	1,66	3,58		5,59	1,71	8,05	3,4	3,82	5,24	1,83	3,38
	MASCULINO	2,4	3,61	2,57	7,83		1,66	1,68	3,22		3,19	1,69	3,85	3,53	1,72	3,43	1,7	1,61
	TOTAL	2,47	1,91	3,3	4,63		4,91	1,67	3,39		4,3	1,7	5,89	3,47	2,71	4,33	1,77	2,47
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS	FEMENINO				1,34	1,45				1,8	1,86			0	0	0	0	0



ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	MASCULINO			1,31	1,37		1,61				0	0	0	0	0
	TOTAL			1,32	1,41		0,85	0,87	0,86		0	0	0	0	0
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO										0	0	0	0	0
	MASCULINO					1,68					0	0	0	0	0
	TOTAL					0,84					0	0	0	0	0
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	1,35	1,36		1,45	1,61					0	0	0	0	0
	MASCULINO					1,68		1,6			0	0	0	1,7	0
	TOTAL	0,64	0,66		0,7	0,82	0,84		0,86		0	0	0	0,88	0

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Tasa de muertes en menores de 1 a 4 años

Igual que en lo menores de 1 año, la principal causa de mortalidad en menores de 1 a 4 años en el municipio de Chigorodó, durante el periodo de estudio estuvieron asociados a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal aportando una tasa de 67 muertes por cada cien mil niños menores de 1 a 4 años para el año 2021, mientras que en las niñas no registran casos. La segunda casusa de muerte en menores de 1 a 4 años estuvo relacionada con las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas la cual registró una disminución tanto en hombres como en mujeres, paso de una tasa de 100,87 en el año 2019 a 33,32 en el año 2021 y en mujeres paso de una tasa de 145,14 en el 2019 a 35,87 en el año 2021.

Tabla 4431. Tasa de mortalidad en menores de 1 a 4 años por sexo, según la lista de las 67 causas.
Chigorodó, 2005–2021

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
		Valor Tasa																	
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	62.56	62.79	31.30			30.49	29.93			28.19			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO		61.90	30.54	30.14	89.21		28.83						25.34	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	31.25	62.34	30.92	15.31	45.41	14.95	29.37			13.82			12.93	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO						30.49				28.19			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO													0.00	0.00	41.98	0.00	41.39	0.00
	TOTAL						14.95				13.82			0.00	0.00	21.78	0.00	21.42	0.00
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO										28.19			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO													0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL										13.82			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO								29.34		28.19	55.28	26.99	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO						29.33	28.83			27.09			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL						14.95	14.68	14.39		27.63	27.07	13.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	21.34
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO		31.40							28.77				0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO												25.89	25.34	0.00	0.00	0.00	41.39	0.00
	TOTAL		15.59							14.11			13.22	12.93	0.00	0.00	0.00	21.42	0.00
06 - ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	FEMENINO														0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO													0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL													0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO													0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO										27.09			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL										13.82			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
08 - ENFERMEDADES	FEMENINO	31.28	31.40	31.30	31.10	30.83								0.00	25.91	45.27	0.00	0.00	44.17



DEL SISTEMA RESPIRATORIO	MASCULINO		30.95	30.54			29.33	28.83					0.00	24.84	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	15.63	31.17	30.92	15.31	15.14	14.95	14.68					0.00	25.36	21.78	0.00	0.00	21.34
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO		31.40										0.00	0.00	45.27	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO							28.25					0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL		15.59					14.39					0.00	0.00	21.78	0.00	0.00	0.00
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO					30.83							0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO												0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL					15.14							0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO												0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO												0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL												0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO								57.54		26.99	52.81	25.91	45.27	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO						28.83		27.09			0.00	0.00	41.98	0.00	41.39	0.00	
	TOTAL						14.68		28.21	13.82	13.22	25.86	12.68	43.56	0.00	21.42	0.00	
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO										26.99	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	MASCULINO								27.68			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	41.29	
	TOTAL								14.11		13.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	21.34	
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO												0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	MASCULINO												0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	TOTAL												0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	31.28	31.40		62.21		60.98		28.77	28.19			0.00	25.91	45.27	44.68	0.00	0.00
	MASCULINO	62.46	92.85	61.09		59.47	87.98	57.65	27.68				0.00	24.84	41.98	41.53	82.78	82.58
	TOTAL	46.88	62.34	30.92	30.61	30.27	74.74	29.37	28.21	13.82			0.00	25.36	43.56	43.05	42.84	42.68

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Tasa de muertes en menores de 5 años

La causa principal de mortalidad en la niñez en el municipio de Chigorodó, entre el periodo 2005 a 2021, fueron ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una disminución para el año 2021, presentando una tasa en hombres de 168,12 en el 2019 y para el año 2021 una tasa de 66,64. En las mujeres en el año 2019 se presentó una tasa de 36,28 mientras que en el año 2021 no se presentaron casos.

La segunda causa de mortalidad en la niñez la ocasionaron las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, causa que presentó para el año 2019 una tasa en hombres de 100,87 y en el año 2021 bajo a una tasa de 33,32 y en mujeres paso de una tasa de 145,14 en el año 2019 a una tasa de 35,87 en el año 2021.

Tabla 4532. Tasa de mortalidad en la niñez en menores de 5 años por sexo, según la lista de las 67 causas. Chigorodó, 2005– 2021

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Grupo	Sexo	Valor Tasa																
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	124.04	74.93	49.84		24.61	97.44	23.88			22.35			0.00	20.54	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO		49.14	48.48	71.79	70.87		22.89			21.42			20.03	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL	61.87	61.93	49.15	36.53	48.21	47.68	23.38			21.88			10.23	10.05	0.00	0.00	0.00
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO						24.36				22.35			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO								22.41					0.00	0.00	33.62	0.00	33.26
	TOTAL						11.92		11.44		10.94			0.00	0.00	17.45	0.00	17.21
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO										22.35			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO													0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL										10.94			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO	24.81	49.95	24.92	49.59	24.61	24.36	23.88	23.36		22.35	43.73	42.72	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO	74.07	49.14		23.93		23.34	22.89			21.42			0.00	0.00	0.00	33.32	0.00
	TOTAL	49.50	49.54	12.29	36.53	12.05	23.84	23.38	11.44		21.88	21.38	20.90	0.00	0.00	0.00	17.27	0.00
05 - ENFERMEDADES	FEMENINO		49.95			24.61				22.86				0.00	0.00	0.00	0.00	0.00



Municipio de Chigorodó

Municipio de Chigorodó
Departamento de Antioquia

Secretaría de Salud
y Protección Social

DEL SISTEMA NERVIOSO	MASCULINO	24.69	24.57	24.24	23.93								20.45	20.03	0.00	0.00	0.00	33.26	
	TOTAL	12.37	37.16	12.29	12.18	12.05				11.19			10.45	10.23	0.00	0.00	0.00	17.21	
06 - ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	FEMENINO													0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	MASCULINO													0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	TOTAL													0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO													0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	MASCULINO							22.89		21.42				0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	TOTAL							11.69		10.94				0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	99.23	74.93	24.92	74.39	24.61	24.36	47.76		22.86	22.35	43.73	21.36	0.00	20.54	36.28	0.00	0.00	
	MASCULINO	148.15	73.71	72.73	47.86	23.62	46.67	91.58	22.41	65.75	21.42			0.00	19.67	0.00	33.32	0.00	
	TOTAL	123.75	74.31	49.15	60.89	24.11	35.76	70.13	11.44	44.75	21.88	21.38	10.45	0.00	20.09	17.45	17.27	0.00	
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO	24.81	24.98						23.36	22.86				0.00	0.00	36.28	0.00	0.00	
	MASCULINO		24.57					23.34	22.41					0.00	0.00	0.00	0.00	33.26	
	TOTAL	12.37	24.77					11.92	22.88	11.19				0.00	0.00	17.45	0.00	17.21	
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO				24.80	24.61								0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	MASCULINO					23.62								0.00	0.00	0.00	33.32	0.00	
	TOTAL				12.18	24.11								0.00	0.00	0.00	17.27	0.00	
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	223.27	199.80	249.19	223.16	98.43	73.08	95.51		45.71	111.76	65.59	42.72	83.65	41.08	36.28	0.00	71.35	
	MASCULINO	148.15	221.13	266.67	239.29	141.74	70.01	114.47	112.06	87.66	64.27	20.92	102.27	140.22	59.01	168.12	66.64	199.53	
	TOTAL	185.62	210.55	258.05	231.37	120.53	71.51	105.19	57.20	67.13	87.51	42.77	73.14	112.54	50.24	104.71	34.55	137.69	
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	49.62		74.76	24.80			121.80	23.88	46.73	45.71	67.05	21.86	106.79	83.65	61.61	145.14	35.87	71.35
	MASCULINO	49.38	73.71	48.48	143.58			23.34	45.79	44.82		64.27	20.92	40.91	40.06	19.67	100.87	33.32	66.51
	TOTAL	49.50	37.16	61.44	85.24			71.51	35.06	45.76	22.38	65.63	21.38	73.14	61.39	40.19	122.16	34.55	68.85
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES	FEMENINO				24.80	24.61							22.86	22.35		21.36	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO				23.93	23.62				22.41	21.92					0.00	0.00	0.00	0.00

CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	TOTAL				24.35	24.11			11.44	22.38	10.94		10.45	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO													0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	MASCULINO							22.89						0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TOTAL							11.69						0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	24.81	49.95	24.92	49.59	24.61	73.08			22.86	22.35			0.00	20.54	36.28	35.87	0.00
	MASCULINO	49.38	73.71	48.48		47.25	70.01	68.68		21.92	21.42			0.00	19.67	33.62	66.64	66.51
	TOTAL	37.12	61.93	36.86	24.35	36.16	71.51	35.06		22.38	21.88			0.00	20.09	34.90	51.82	34.42

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Mortalidad relacionada con salud mental

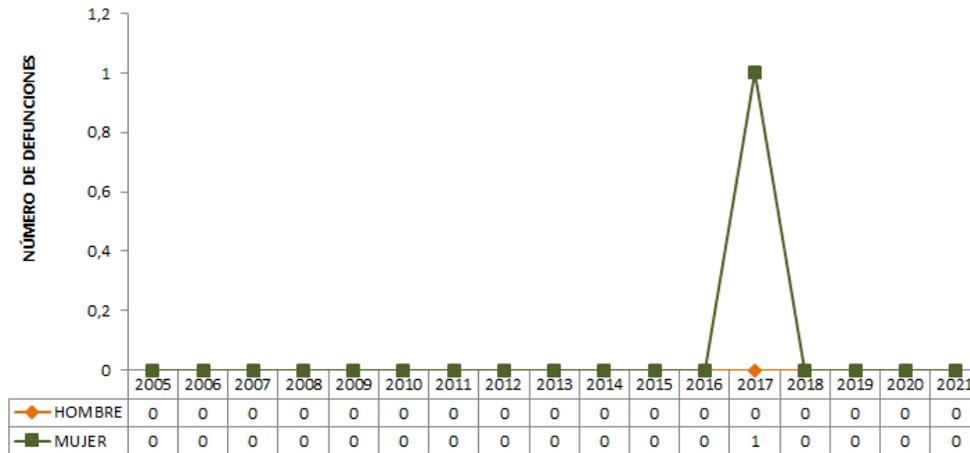
Las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento, tienen mayor probabilidad de presentar conducta suicida, al igual que quienes han tenido eventos críticos en su vida, como pérdidas de un ser querido, del empleo, han tenido experiencias relacionadas con conflictos, peleas con los padres, separación, rompimiento con la pareja, con relación a los adolescentes los episodios de bullying, el abuso sexual, el maltrato, historia familiar de suicidios o los factores genéticos o biológicos que se asocian con mayor frecuencia del evento. El municipio de Chigorodó se ha presentado una muerte de una mujer en el año 2017, los casos son pocos en razón de que el municipio viene brindando la prestación de los servicios en salud mental desde los componentes de la promoción, prevención y mantenimiento de la salud a través de la Ruta integral de atención en salud- RIAS para eventos específicos. Esta ruta busca el logro de la atención integral en salud de las personas con problemas mentales, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, y sus familiares o cuidadores.

Garantizando en la red de prestación de servicios de salud, el acceso a los procedimientos, medicamentos, consultas y demás tecnologías en salud contempladas en la RIA con cercanía, calidad, suficiencia, resolutivez, oportunidad, pertinencia cultural, complementariedad y los mecanismos de referencia y contrarreferencia para la población con problemas mentales, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, reconociendo en el marco de los acuerdos de voluntades la incorporación de los enfoques diferenciales y los recursos necesarios para dicha adaptación.¹

¹ Rutas integrales de atención en salud – RIAS. Modelo de Atención Integral en Salud - MIAS

Durante el periodo de análisis por la mortalidad relaciona con salud mental por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, municipio de Chigorodó 2005-2021, no se registraron casos.

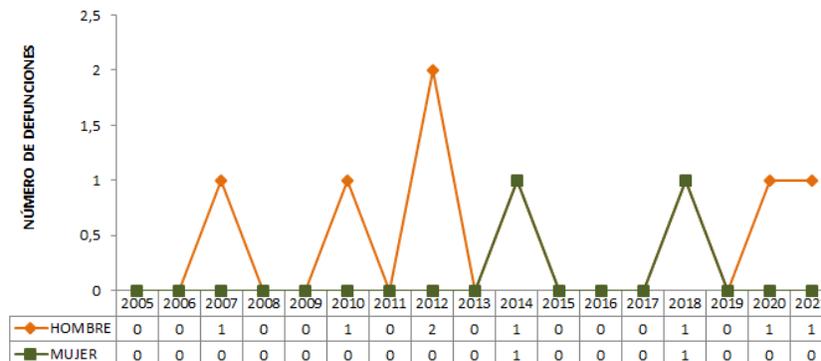
Figura 3030. Mortalidad relaciona con salud mental por trastornos mentales y de comportamiento, municipio de Chigorodó 2005-2021



Fuente: DANE SISPRO MSPS

En el periodo de estudio ocurrieron diez (10) muertes relacionadas con salud mental y por epilepsia. Siendo más recurrentes los decesos en personas de sexo masculino. La muerte en la epilepsia se define como la muerte súbita, inesperada, con o sin evidencia de una crisis convulsiva y en la que el examen posmortem no muestra otra causa de muerte. Dadas las condiciones de la persona se debe realizar acompañamiento continuo a través de su red familiar y seguir el tratamiento indicado por el médico.

Figura 3131. Mortalidad relaciona epilepsia, municipio de Chigorodó 2005-2021



Fuente: DANE SISPRO MSPS

Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez

La tabla de semaforización muestra el comportamiento de la razón y tasas de mortalidad por distintas causas y compara los datos del municipio con la referencia del departamento, este análisis nos permite establecer que las principales causas a intervenir (amarillo y rojo) dado que presentan tasas por igual o encima del nivel departamental. El indicador de razón de mortalidad materna muestra que el indicador es significativamente más alto que el del departamento, esto genera una alerta para reforzar la prestación de servicios de salud y reforzar las acciones para lograr una atención oportuna para la prevención de patologías que puedan significar un peligro para la vida de la gestante y su bebé para lograr que ocasionen menos o ningún daño su salud o en las diferentes situaciones que puedan presentarse antes, durante y después del parto.

Con relación a la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, están por encima de la cifra departamental, por tal razón se deben fortalecer las actividades educativas para la identificación de signos y síntomas que nos permitan mitigar la ocurrencia de esta patología.

Tabla 4633. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez 2206-2022

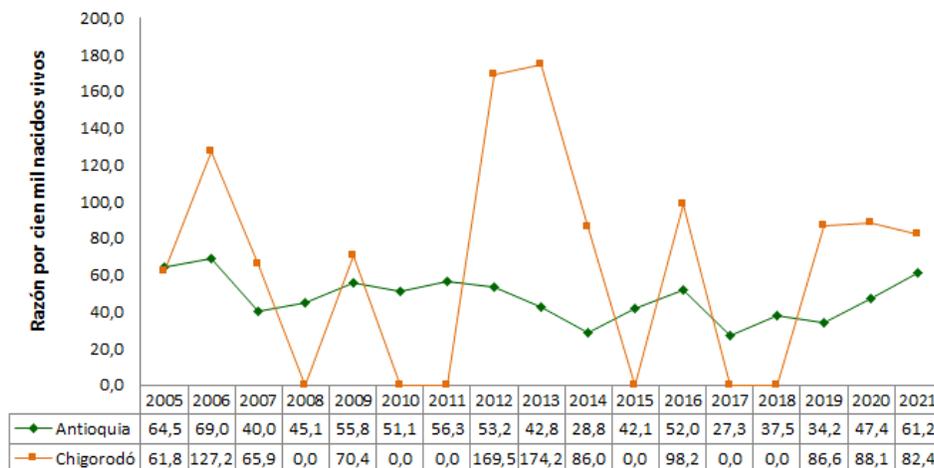
Causa de muerte	Antioquia	Chigorodó	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Razón de mortalidad materna	61.2	82.4	↗	↘	↘	↗	↘	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	-	↗	↗	↘			
Tasa de mortalidad neonatal	6.1	6.6	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗			
Tasa de mortalidad infantil	9.5	9.9	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗				
Tasa de mortalidad en la niñez	11.5	14.8	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗				
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	9.1	0.0	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘				
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3.8	0.0	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	-	↗	↘	↗	↗	↘	-	-				
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	2.9	0.0	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	-	-	-				

Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Mortalidad materna

El comportamiento de este indicador ha sido variable durante el periodo de análisis ha sido variable, en municipio en diferentes años ha tenido valores por encima del referente departamental. La mayoría de las muertes maternas son evitables, la detección temprana juega un papel importante, el acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto, definen la salud de la materna y el neonato debido a que están estrechamente relacionadas.

Figura 3232. Razón de mortalidad materna. Departamento de Antioquia y municipio de Chigorodó, 2005 - 2021



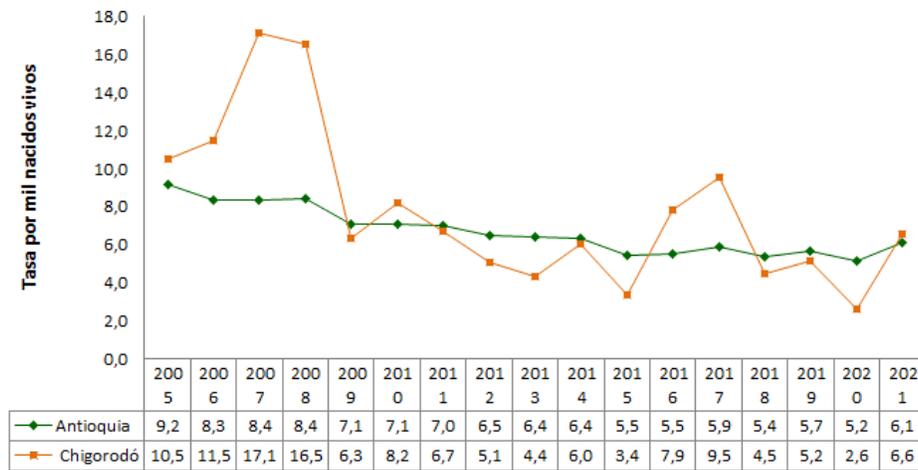
Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Mortalidad Neonatal

El indicador de la tasa de mortalidad neonatal muestra que durante el periodo de análisis presentó un comportamiento variable. La mortalidad neonatal es un indicador ligado a la reproducción y refleja la atención preconcepcional, prenatal, durante el parto y postparto. Es un marcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de las condiciones biológicas, sociales y de salud de la madre.

Para evitar estas muertes son esenciales buenas prácticas clínicas y un adecuado cuidado del parto y el puerperio. Con base en lo anterior se puede decir, que la muerte llega por complicaciones relacionadas con el embarazo o padecimientos curables, el municipio de Chigorodó debe aunar esfuerzos para la reducción de la mortalidad neonatal con medidas eficaces y de gran impacto. La protección de la vida del recién nacido es una prioridad ética que demanda un trabajo concertado y multisectorial.

Figura 3333. Tasa de mortalidad neonatal, departamento de Antioquia y municipio de Chigorodó, 2005 -2021

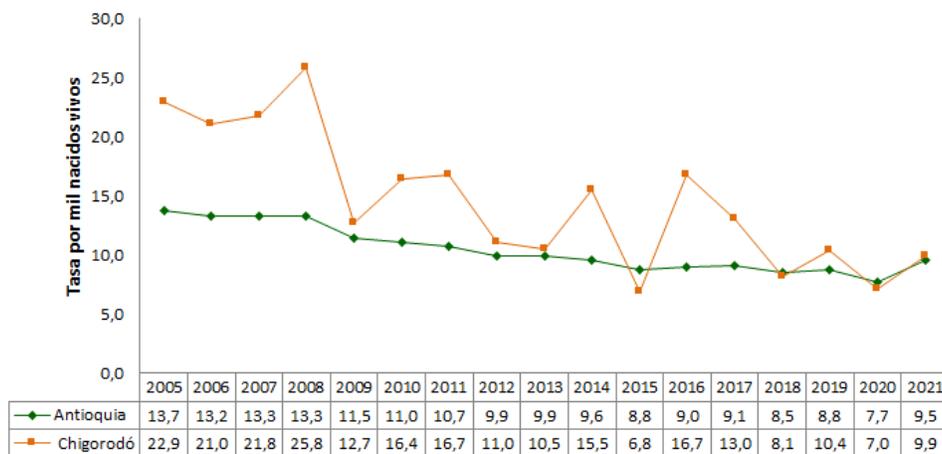


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil en el municipio de Chigorodó es un indicador demográfico señala el número de defunciones en niños y niñas en una población por cada 1.000 nacidos vivos registrados, durante el primer año de vida. Para el año 2021 se presentó una disminución en la tasa, sin embargo, el municipio de Chigorodó, debe continuar reforzando las estrategias tendientes a reducir la mortalidad infantil de manera oportuna como lo plantea la OMS, atención completa y oportuna para la madre y su hijo en condiciones de calidad.

Figura 3434. Tasa de mortalidad infantil, departamento de Antioquia y municipio de Chigorodó, 2005 - 2021



Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Mortalidad en la niñez

En la mortalidad en la niñez, se muestra que el municipio de Chigorodó presenta una reducción en esta tasa para el año 2021, por cada mil nacidos vivos murieron 14 menores de cinco años en el municipio de Chigorodó, mientras que el departamento fallecieron 11 menores de cinco años por cada mil nacidos vivos en ese año.

El municipio de Chigorodó, debe generar estrategias que garanticen el acceso de la comunidad a agua potable y saneamiento básico, las condiciones de nutrición de la mujer y los niños y niñas, las prácticas de higiene y alimentación, el nivel educativo de las madres y el acceso a los servicios sociales básicos, incluyendo servicios de salud y vacunación, estas condiciones de vida y están estrechamente relacionadas con la pobreza

Figura 3535. Tasa de mortalidad en la niñez. Departamento de Antioquia y municipio de Chigorodó, 2005 - 2021



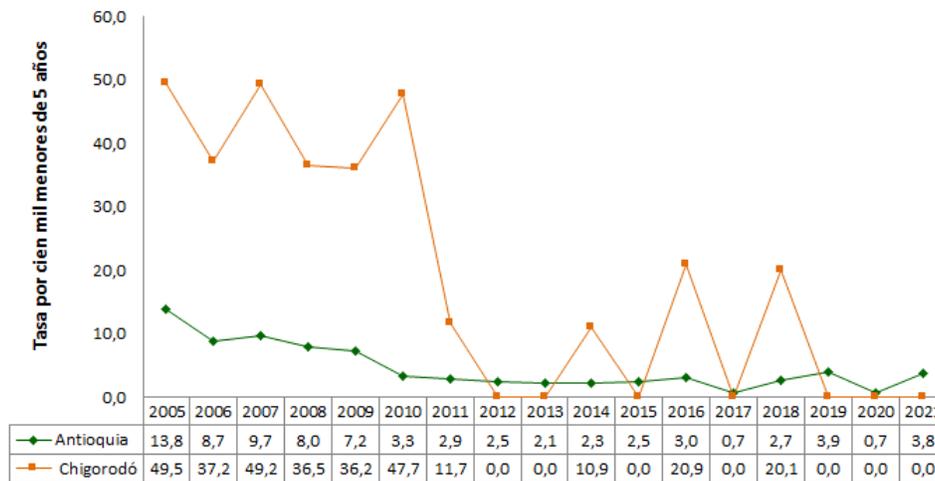
Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda - EDA

El municipio de Chigorodó las tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años están por encima de las del departamento, sin embargo, en los años 2019 y 2021 no se presentaron casos; situación que podría deberse, a los esfuerzos realizados por ente municipal, en materia de accesibilidad al agua potable y el saneamiento básico en el sector rural.

La tasa de mortalidad por EDA afecta a los menores de 5 años, las deposiciones sueltas o líquidas que hace una persona por fuera de los parámetros normales hacen que el cuerpo se descompense y se deshidrate. Estas infecciones generalmente se dan por el consumo de agua o alimentos contaminados, aunque también pueden estar asociadas con la inadecuada higiene que ponen en peligro su salud y que pueden llevarlos a la muerte, sobre todo cuando existen condiciones de salud previas como la malnutrición.

Figura 3636. Tasa de mortalidad por EDA. Departamento de Antioquia y municipio de Chigorodó, 2005 -2021

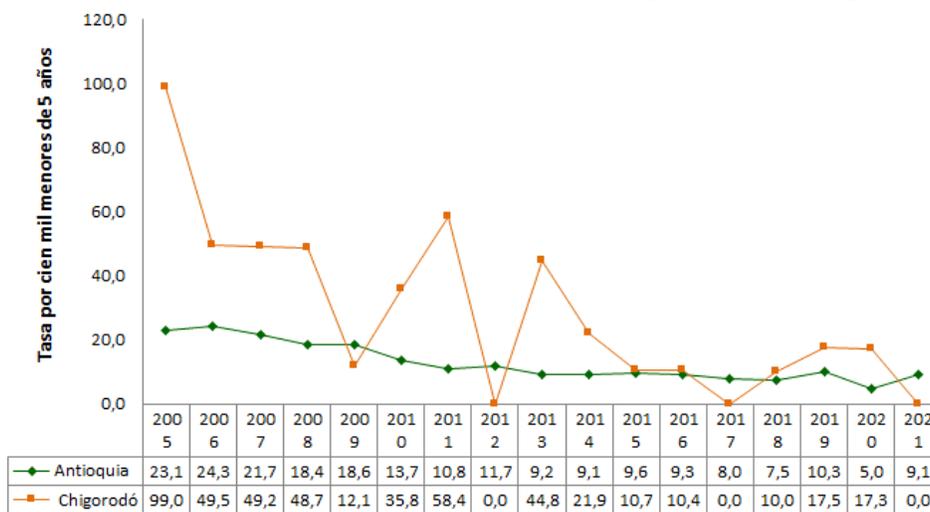


Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA

La tasa de mortalidad por IRA es un indicador que ha sido superior a la referencia departamental, aunque se mantiene estable comparado con el año 2019. Sin embargo, La IRA es un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, estas pueden darse por diferentes causas dado que el organismo entra en contacto con microorganismos como virus y bacterias, y que pueden ocasionar los conocidos resfriados comunes. Que, junto a otros factores como enfermedades crónicas, bajo peso al nacer, edad, cambios climáticos, la falta un esquema completo de vacunación, la desnutrición, la malnutrición y contacto con personas infectados tienden a generar complicaciones.

Figura 3737. Tasa de mortalidad por IRA. Departamento de Antioquia y municipio de Chigorodó, 2005 -2021



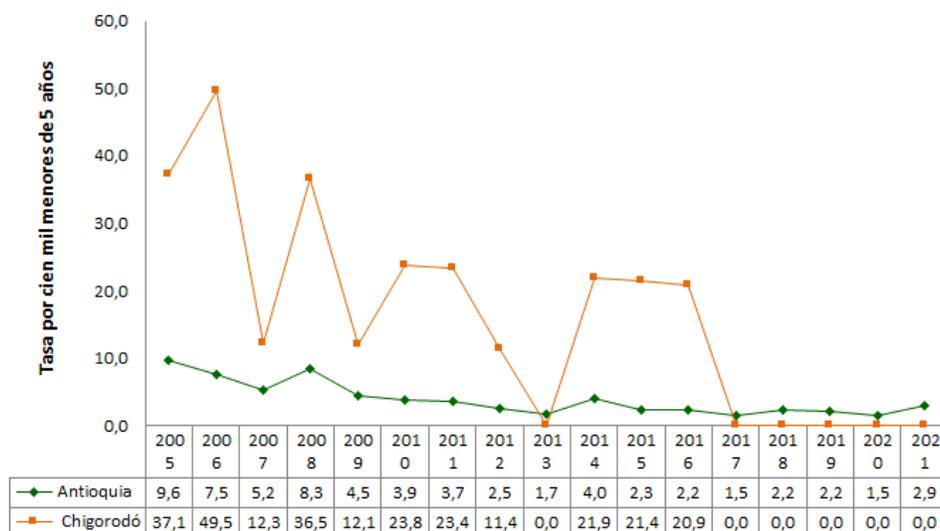
Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Mortalidad por desnutrición crónica

La mortalidad por desnutrición crónica es un indicador que muestra una condición multicausal que evidencia las carencias acumuladas a lo largo del tiempo a nivel nutricional, la falta de acceso a servicios de salud y de saneamiento básico, las condiciones de inseguridad alimentarias en que se encuentran muchas familias en el municipio de Chigorodó, las condiciones de pobreza, la calidad de vida y la cobertura de servicios públicos.

Este indicador a partir del año 2017 se ha mantenido en cero (0), lo que invita a el municipio a continuar en el fortalecimiento de atención a esta población en la disminución de los factores de riesgo. Cabe resaltar que, la desnutrición afecta el desarrollo durante la primera infancia, este se refleja en la pérdida del potencial humano en la adultez y tiene un impacto negativo en el capital social y la desigualdad en el país, este es irreversible.

Figura 3838. Tasa de mortalidad por desnutrición. Departamento de Antioquia y municipio de Chigorodó, 2005 -2021



Fuente: DANE, SISPRO- MSPS

Determinantes estructurales

El comportamiento los Indicadores de razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal por etnia municipio de Chigorodó, muestra un incremento en las muertes por esta causa en la población indígena y en otras etnias. En la población indígena existe un mayor factor de riesgo, por las condiciones geográficas donde habitan y las barreras culturales e idiomáticas que dificultan su atención, por lo que deben sostener en el tiempo las estrategias que permitieron la reducción de este indicador.



En cuanto al indicador de mortalidad neonatal se presentaron caos en la población negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente y en otras etnias. Cabe resaltar, que la mortalidad neonatal es un indicador que está estrechamente relacionado con la reproducción y refleja la atención preconcepcional, prenatal, durante el parto y postparto.

Tabla 4734. Indicadores de razón de mortalidad materna y neonatal por etnia municipio de Chigorodó, Antioquia 2009-2021

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - INDÍGENA												5,555.56	
2 - ROM (GITANO)													
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)													
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO													
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE								1,785.71					1,250.00
6 - OTRAS ETNIAS				179.86	183.32	90.91					90.33		
NO REPORTADO	854.70												
Total General	70.37			169.49	174.22	85.98		98.23			86.58	88.11	82.44

FUENTE: DANE, SISPRO- MSPS

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - INDÍGENA		52.63								55.56			60.61
2 - ROM (GITANO)													
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)													
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO													
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	30.93		28.57			46.51		17.86	73.17			11.36	



6 - OTRAS ETNIAS	3.36	4.52	6.08	5.40	4.58	4.55	3.54	7.47	7.29	3.78	5.42	1.95	5.45
NO REPORTADO	17.09	222.22											
Total General	6.33	8.18	6.68	5.08	4.36	6.02	3.41	7.86	9.53	4.52	5.19	2.64	6.60

FUENTE: DANE, SISPRO- MSPS

Tabla 4835. Indicadores de Razón de mortalidad materna y neonatal por área de residencia Chigorodó, Antioquia 2009-2021

Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - CABECERA				206.19	213.68	103.31		118.06			104.82		101.32
2 - CENTRO POBLADO													
3 - AREA RURAL DISPERSA SIN INFORMACION	502.51											588.24	
Total General	70.37			169.49	174.22	85.98		98.23			86.58	88.11	82.44

FUENTE: DANE, SISPRO- MSPS

Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - CABECERA	3.42	7.04	7.01	5.15	4.27	7.23	3.14	5.90	11.25	4.33	5.24	2.13	5.07
2 - CENTRO POBLADO											26.32		33.33
3 - AREA RURAL DISPERSA SIN INFORMACION	20.10	15.00	5.43	5.03	5.21		5.29	21.28		6.85		5.88	10.20
Total General	6.33	8.18	6.68	5.08	4.36	6.02	3.41	7.86	9.53	4.52	5.19	2.64	6.60

3.2.4. Identificación de prioridades en la mortalidad

Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil

A continuación, se listan las prioridades identificadas en la mortalidad general por las grandes causas, mortalidad específica por subgrupo y la mortalidad materno – infantil y niñez, de acuerdo a las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes sociales de la salud.

Tabla 4936. Identificación de prioridades en salud municipio de Chigorodó 2023

Mortalidad	Prioridad	Chigorodó 2021	Antioquia 2021	Tendencia 2005 a 2021	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades sistema circulatorio (Hombres)	181,51	170,94	Fluctuante	001
	2. Las demás causas (Mujeres)	153,09	92,63	Fluctuante	002
	3. Causas Externas (Hombres)	163,22	106,15	Fluctuante	012
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades isquémicas del corazón (Mujeres)	89,82	11,8	Fluctuante	001
	2. Diabetes mellitus (Mujeres)	48,21	11,78	Fluctuante	001
	3. Agresiones (homicidios)(Hombres)	100,38	52,46	Fluctuante	012
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (Hombres)	66,6	73,98	Fluctuante	008
	2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Mujeres)	35,87	36,76	Fluctuante	008
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Razón de mortalidad materna	88,11	47,36	Creciente	008
	2. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años.	17,27	4,97	Fluctuante	008

FUENTE: DANE, SISPRO- MSPS

Conclusiones

En el periodo de estudio en el municipio de Chigorodó, se encontró que la principal causa de muerte por grandes causas, son las enfermedades del sistema circulatorio, tanto en hombres como en mujeres; mostrando un comportamiento fluctuante. La mayoría de las muertes relacionadas con esta causa tiene su origen en los factores de riesgo que pueden controlarse, tratarse o modificarse, tales como hipertensión, los altos niveles de glucosa en la sangre, el colesterol alto, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y consumo excesivo alcohol.

Con relación a los AVPP el mayor porcentaje de aporte en la mortalidad prematura debido a las causas externas, principalmente por agresiones (homicidios) y los accidentes de transporte terrestre son los hombres. Este fenómeno afecto principalmente a los hombres dado que la violencia en el municipio es perpetrada predominantemente por hombres jóvenes.

De manera específica, las ventajas de utilizar los AVPP, permiten definir con mayor precisión las prioridades y la asignación de recursos; así como la planeación y evaluación de las intervenciones. Además, el análisis de tendencia de los AVPP permite medir el impacto de las políticas públicas sobre el acceso y protección de grupos vulnerables.

En el análisis por subgrupo, las enfermedades isquémicas del corazón, siguen siendo la causa de mayor peso en la mortalidad general. El riesgo de una cardiopatía y de un accidente cerebrovascular se ve incrementado por las dietas poco saludables, sobre todo las que tienen un alto contenido en sal, grasas y azúcares, y por los bajos niveles de actividad física y el consumo de tabaco aumentan el riesgo de fallecer por un ECV.

Para la tasa de mortalidad por IRA, se encontró que el municipio de Chigorodó presenta tasa muy elevadas con relación al departamento, lo que indica que es de suma importancia la inmunización, una alimentación adecuada y mediante el control de factores ambientales en este grupo población, siendo los mayores afectados los inmunodeprimidos por el alto riesgo de contraer este tipo de enfermedades.

Este capítulo hace un análisis principalmente a las causas de mortalidad general en el municipio de Chigorodó y los factores de riesgo tales como inadecuados estilos de vida saludable, lo que incluye sedentarismo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, dietas ricas en carbohidratos, grasas saturadas y poca ingesta de verduras y frutas, manifestándose en obesidad o sobrepeso, hipertensión arterial, diabetes e hiperlipidemia, también existen determinantes que vienen inherentes a los cambios sociales, económicos y culturales tales como la globalización, el envejecimiento de la población, el estrés y la pobreza.

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

Durante este capítulo se realizará un análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el municipio de Chigorodó. Este análisis es gran importancia para comprender las intervenciones realizadas por los diferentes actores, identificar brechas en la atención de salud y las estrategias más costo-efectivas para abordar las necesidades existentes. Es un proceso que implica examinar cómo diversos grupos e instituciones abordan y responden a los desafíos relacionados con la salud en una comunidad.

Aspectos claves que incluye la metodología del Ministerio de salud para este tipo de análisis:

1. **Identificación de Actores:** Se identifican los diferentes actores involucrados en la promoción de la salud y la respuesta a las necesidades sociales y ambientales. Esto puede incluir entidades gubernamentales a nivel local, regional y nacional, organizaciones no gubernamentales, instituciones de salud, líderes comunitarios, grupos de la sociedad civil, entre otros.
2. **Análisis de Respuestas:** Se examinan las acciones y respuestas de cada actor ante las problemáticas y necesidades identificadas. Esto implica evaluar programas, políticas, intervenciones y prácticas implementadas por cada actor para abordar los desafíos de salud en el territorio.
3. **Identificación de Fortalezas y Debilidades:** Se analizan las fortalezas y debilidades de las respuestas de los diferentes actores. Esto incluye identificar qué aspectos de las intervenciones son efectivos y exitosos, así como áreas donde se pueden mejorar o necesitan mayor atención.
4. **Detección de Brechas:** Se identifican las brechas en la respuesta a las problemáticas y necesidades de salud. Esto puede incluir áreas donde no se están abordando adecuadamente ciertos problemas de salud, falta de recursos o acceso limitado a servicios de salud, entre otros.
5. **Análisis de Coordinación y Colaboración:** Se evalúa el nivel de coordinación y colaboración entre los diferentes actores. Esto implica examinar cómo se están trabajando juntos los diferentes sectores y organizaciones para abordar los problemas de salud de manera integral y eficaz.
6. **Desarrollo de Estrategias:** Basado en el análisis, se desarrollan estrategias para mejorar la respuesta a las problemáticas y necesidades identificadas. Esto puede incluir recomendaciones para fortalecer la coordinación entre actores, mejorar el acceso a servicios de salud, aumentar la conciencia pública sobre ciertos problemas de salud, entre otros.

Tabla 37: Mapeo de Actores, Chigorodó 2024



Municipio de Chigorodó

Municipio de Chigorodó

Departamento de Antioquia

Secretaría de Salud y Protección Social

Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucional, e Intersectorial (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: ¿que punto aporta?)
Incremento de los factores de riesgo que afectan la salud mental de la población de Chigorodó generando conductas suicidas, adictivas y vicinias de género e intrafamiliar.	<p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Defensoría del Pueblo</p> <p>Policia Nacional - ejercicio- infancia y adolescencia Comisarias de Familia</p> <p>ICBF Policia Judicial (CTI, SUJIN, Fiscalía General de la Nación Juzgados Procuraduría Personerías Contraloría</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora EPS e IPS</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes Secretaría de Gobierno Programa de mujeres Programa de Jóvenes Programa de primera infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar Secretaría Educación para la Cultura</p>	<p>Familias Asociación Juntas de Acción Comunal Asociación de usuarios Covocom COPACOS Programa de mujeres Programa de Jóvenes</p>	<p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Defensoría del Pueblo</p> <p>Policia Nacional - ejercicio- infancia y adolescencia Comisarias de Familia</p> <p>ICBF Policia Judicial (CTI, SUJIN, Fiscalía General de la Nación Juzgados Procuraduría Personerías Contraloría</p> <p>Lineas de atención (123 línea de atención social, 106 de salud mental, 141Protección de niñas, niños y adolescentes, 155 violencia contra las mujeres</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora EPS e IPS</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes</p>	<p>USAID AGNUR</p> <p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora EPS e IPS</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes</p>	Cooperantes y Beneficiarios	<p>Disminuir los factores de riesgo que afectan la salud mental de la población de Chigorodó, disminuyendo las conductas adictivas y terminando con las conductas suicidas y de violencia de género e intrafamiliar.</p>	<p>Propiciar discusiones abiertas sobre normas y actitudes de género, desarrollar procesos pedagógicos y dialógicos y estimular la reflexión crítica propiciando la construcción de entornos comprensivos y respetuosos.</p>
Incremento de los factores de riesgo que afectan los indicadores sociodemográficos y de sexualidad como el embarazo en adolescente en comunidad general	<p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Defensoría del Pueblo</p> <p>Policia Nacional - ejercicio- infancia y adolescencia Comisarias de Familia</p> <p>ICBF Policia Judicial (CTI, SUJIN, Fiscalía General de la Nación Juzgados Procuraduría Personerías Contraloría</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora EPS e IPS</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes Secretaría de Gobierno Programa de mujeres Programa de Jóvenes Programa de primera infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar Secretaría Educación para la Cultura</p>	<p>Familias Asociación Juntas de Acción Comunal Asociación de usuarios Covocom COPACOS Programa de mujeres Programa de Jóvenes</p>	<p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Defensoría del Pueblo</p> <p>Policia Nacional - ejercicio- infancia y adolescencia Comisarias de Familia</p> <p>ICBF Policia Judicial (CTI, SUJIN, Fiscalía General de la Nación Juzgados Procuraduría Personerías Contraloría</p> <p>Lineas de atención (123 línea de atención social, 106 de salud mental, 141Protección de niñas, niños y adolescentes, 155 violencia contra las mujeres</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora EPS e IPS</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes</p>	<p>USAID AGNUR</p> <p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora EPS e IPS</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes</p>	Cooperantes y Beneficiarios	<p>Disminuir los factores de riesgo que afectan los indicadores sociodemográficos y de sexualidad como el embarazo en adolescente en comunidad general</p>	<p>Propiciar discusiones abiertas sobre normas y actitudes de género, desarrollar procesos pedagógicos y dialógicos y estimular la reflexión crítica propiciando la construcción de entornos comprensivos y respetuosos.</p>
Incremento de los factores de riesgo que afectan los indicadores sociodemográficos y de sexualidad como el embarazo en adolescente en comunidad indígena	<p>Organización Mundial de la Salud - OMS Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Defensoría del Pueblo</p> <p>Policia Nacional - ejercicio- infancia y adolescencia Comisarias de Familia</p> <p>ICBF Policia Judicial (CTI, SUJIN, Fiscalía General de la Nación Juzgados Procuraduría Personerías Contraloría</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora AIC EPSI</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes Secretaría de Educación y cultura Secretaría de Gobierno Programa de mujeres Programa de Jóvenes Cabildo Mayor indígena Programa de primera infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar Secretaría Educación para la Cultura</p>	<p>Familias Asociación de usuarios Covocom COPACOS Programa de mujeres Programa de Jóvenes Cabildo mayor indígena Promotores indígenas</p>	<p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Defensoría del Pueblo</p> <p>Policia Nacional - ejercicio- infancia y adolescencia Comisarias de Familia</p> <p>ICBF Policia Judicial (CTI, SUJIN, Fiscalía General de la Nación Juzgados Procuraduría Personerías Contraloría</p> <p>Lineas de atención (123 línea de atención social, 106 de salud mental, 141Protección de niñas, niños y adolescentes, 155 violencia contra las mujeres</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora AIC EPSI</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes Cabildo Mayor indígena Programa de primera infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar</p>	<p>USAID AGNUR CIM</p> <p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Defensoría del Pueblo Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora EPS e IPS</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes</p>	Cooperantes y Beneficiarios	<p>Disminuir los factores de riesgo que afectan los indicadores sociodemográficos y de sexualidad como el embarazo en adolescente en comunidad indígena</p>	<p>Desarrollar procesos reflexivos que generen conocimiento y la apropiación de los adolescentes sobre los derechos humanos, sexuales y reproductivo en las comunidades indígenas.</p>
Mejorar la atención integral a las comunidades indígenas del municipio de Chigorodó	<p>Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Defensoría del Pueblo</p> <p>Policia Nacional - ejercicio- infancia y adolescencia Comisarias de Familia</p> <p>ICBF Policia Judicial (CTI, SUJIN, Fiscalía General de la Nación Juzgados Procuraduría Personerías Contraloría</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora AIC EPSI CIM</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes Secretaría de Educación y cultura Secretaría de Gobierno Programa de mujeres Programa de Jóvenes Cabildo Mayor indígena Programa de primera infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar Secretaría Educación para la Cultura</p>	<p>Familias Covocom COPACOS Programa de mujeres Programa de Jóvenes Cabildo mayor indígena Promotores indígenas</p>	<p>Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Defensoría del Pueblo</p> <p>Policia Nacional - ejercicio- infancia y adolescencia Comisarias de Familia</p> <p>ICBF Policia Judicial (CTI, SUJIN, Fiscalía General de la Nación Juzgados Procuraduría Personerías Contraloría</p> <p>Lineas de atención (123 línea de atención social, 106 de salud mental, 141Protección de niñas, niños y adolescentes, 155 violencia contra las mujeres</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora AIC EPSI CIM</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes Secretaría de Educación y cultura Secretaría de Gobierno Programa de mujeres Programa de Jóvenes Cabildo Mayor indígena Programa de primera infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar</p>	<p>USAID AGNUR CIM</p> <p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Justicia y del Derecho Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Chigorodó ESE Hospital María Auxiliadora EPS e IPS</p> <p>Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes</p>	Cooperantes y Beneficiarios	<p>Programa para las comunidades indígenas del municipio, para el mejoramiento de sus resguardos lo que posibilite el mejoramiento de las condiciones mismas para su autogestión, evitando la desintegración de los núcleos tradicionales y estableciendo prácticas sociales y productivas adecuadas en su propio beneficio.</p>	<p>Se brinda una atención integral a las comunidades indígenas del municipio de Chigorodó</p>
Cualificación del talento humano encargado de la vigilancia epidemiológica de la administración municipal en el territorio	<p>Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia</p> <p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS</p>	<p>Familias Asociación Juntas de Acción Comunal Asociación de usuarios Covocom CTSSS COPACOS Mesa de TB Programas para la población vulnerable</p>	<p>Ministerio de Salud y Protección Social Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia</p> <p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS</p>	<p>Organización Panamericana de la Salud - OPS Organización Mundial de la Salud - OMS Ministerio de Salud y Protección Social Alcaldías Municipales</p> <p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia</p>	Cooperantes y Beneficiarios	<p>Talento humano suficiente y cualificado para realizar las actividades de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública del territorio</p>	<p>Fortalecer el Sistema de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, para la generación de información epidemiológica, protocolos, lineamientos y la evaluación de riesgo, a través de actividades de capacitación y formación del talento humano en Salud Pública de manera oportuna, pertinente, eficaz y clara que promueva la capacidad técnica y operativa del Sistema Nacional de Vigilancia.</p>

Fuente: Elaboración propia

El municipio de Chigorodó cuenta con múltiples actores que apoyan su gestión, actores de origen nacional e internacional, actores que apoyan los temas de migración, población LGBTIQ+ y diversidad de género, actores que apoyan el sector agrícola, el sector salud, entre otros, pero se deben fortalecer los procesos participativos, en especial de las comunidades vulnerables y se debe fortalecer la comunicación intersectorial entre los actores, dado que cada uno desarrolla sus actividades de manera independiente sin generar espacios en los que todos puedan aportar a cada acción y con ello brindar integralidad a los habitantes del municipio. Es necesario que los problemas de la comunidad sean abordados desde todos los determinantes sociales y no sólo desde la salud, porque desde salud sólo se puede trabajar por la rehabilitación y la prevención desde el autocuidado, pero hay acciones que fortalecen los entornos protectores y que son desarrollados por otros actores diferentes a salud.

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

Durante el presente capítulo se analizará la matriz de priorización entregada por el Ministerio de salud, la cual permite presentar los diferentes criterios para definir un proceso prioritario a resolver, es un proceso mediante el cual se priorizan, se clasifican las necesidades y demandas más relevantes en salud municipal.

El proceso participativo se realizó a través de la herramienta Hanlon en reunión con el COPACO municipal el 13 de octubre de 2023, reunión en la que interactúan diferentes actores, como autoridades de salud, profesionales sanitarios, organizaciones comunitarias, líderes locales y miembros de la sociedad civil. La idea fue recopilar información, datos epidemiológicos, percepciones y opiniones de la comunidad para determinar qué problemas de salud son más urgentes y merecen una atención prioritaria.

De acuerdo a los efectos de salud identificados en los capítulos uno y dos se realizaron la priorización en salud, para esto se hizo el reconocimiento de los problemas de salud. A continuación, se presentan los problemas priorizados de acuerdo a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP.

Tabla 5138. Priorización de los problemas de salud. Chigorodó 2023



Ejes Estratégicos Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1. Gobierno y Gobernanza en Salud Pública	1. Priorización en la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades prioritarias	000
	2. Fortalecimiento de las acciones de vigilancia, inspección y control	000
	3. Fortalecer la capacidad del talento humano de acuerdo a los competencias de las Dirección Local de salud	000
2. Gestión Intersectorial de los determinantes sociales de la salud	1. Mejorar el acceso en la vía al Municipio	000
	2. Violencia Intrafamiliar	009
3. Gestión Integral de la Atención primaria en Salud	1. Embarazos en adolescentes	008
	2. Atención integral a las Comunidades indígena de Nuestro Territorio	006
	3. Embarazos en adolescentes	008
4. Gestión Integral del Riesgo en la Salud Pública	1. Fortalecimiento del talento humano encargado de la vigilancia epidemiológica en el territorio	008
	2. Articulación con las EAPB y las IPS que operan en el municipio	000
	3. Dificultad para acceder a los servicios de mediana y alta complejidad	000
5. Gestión del Conocimiento para la Salud Pública	1. Priorizar las acciones planteadas en el ASIS	000
	2. Definir acciones estratégicas en el plan de acción en salud	000
	3. Fortalecimiento del equipo de salud pública	000
6. Gestión y Desarrollo del Talento Humano en la Salud Pública	1. Educación continua del talento humano en salud	000
	2. Baja remuneración del Talento Humano en Salud	000
	3. Fortalecimiento del equipo de trabajo en salud pública	000

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la herramienta Hanlon se armoniza con la matriz de priorización que plantea el Ministerio de salud y que tiene la siguiente descripción:

Magnitud: Criterio que permite determinar el tamaño de un problema o necesidad. Se refiere a qué tan grande e importante es un problema de salud y se puede medir a través de tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas. Se definió de la siguiente manera:

Baja: (0 a 25%)

Medio: (26 a 50%)

Alto: (51 a 75%)

Muy Alto: (Mayor a 75%)

Pertinencia: Es la medición entre una necesidad real de interés en salud pública, ante una percepción formal de la comunidad obtenida a través del ASIS participativo.



En este caso la pregunta a responder es: ¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy Alto

Trascendencia: Permite valorar las consecuencias biológicas, psicosociales, socioeconómicas, socioculturales de los daños en salud en las personas, las familias, las comunidades y el territorio.

En este caso la pregunta a responder es: ¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?

Se definió de la siguiente manera:

Baja: (0 a 25%)

Medio: (26 a 50%)

Alto: (51 a 75%)

Muy Alto: (Mayor a 75%)

Capacidad de intervención: Se determina a partir de dos categorías: Factibilidad y Viabilidad.

Factibilidad: Se refiere a las posibilidades desde el punto de vista político, a través de las autoridades regionales, el ministerio de salud, agencias, voluntarios y/o otras fuentes de intervenir y jerarquizar la resolución de los problemas en salud.

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy Alto

Viabilidad: Posibilidad de llevar un programa de salud con la voluntad política. Hace referencia al personal humano capacitado, recursos materiales e infraestructura, capacidad física instalada, capacidades básicas para la gestión de la salud pública.

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy Alto



Tabla 5239. Matriz de Priorización. Chigorodó 2024

Problemas	Criterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Trascendencia (Severidad)	Facilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención
		¿Cuántas personas son afectadas por el problema?	¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?	¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?	¿Es posible la intervención?	¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?
Incremento de los factores de riesgo que afectan la salud mental de la población de Chigorodó generando conductas suicidas, adictivas y violencias de género e intrafamiliar.		75	ALTA	75	MEDIO	BAJO
Incremento de los factores de riesgo que afectan los indicadores sociodemográficos y de sexualidad como el embarazo en adolescente en comunidad general		50	MEDIO	75	MEDIO	MEDIO
Incremento de los factores de riesgo que afectan los indicadores sociodemográficos y de sexualidad como el embarazo en adolescente en comunidad indígena		50	ALTA	75	MEDIO	MEDIO
Mejorar la atención integral a las comunidades indígenas del municipio de Chigorodó		75	MUY ALTA	75	MEDIO	MEDIO
Cualificación del talento humano encargado de la vigilancia epidemiológica de la administración municipal en el territorio.		25	BAJO	25	ALTO	ALTO

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de realizar la homologación de los criterios de priorización entre la herramienta Hanlon y la Matriz de priorización, se establecieron problemas o necesidades según el contexto del Plan Decenal de Salud Pública del municipio de Chigorodó, teniendo en cuenta la actividad de cartografía social realizada el 14 de febrero de 2024. Para lograr la homologación se siguieron los siguientes pasos:

1. **Definición de criterios de priorización:** Se identificaron y definieron los criterios que serían utilizados para evaluar la importancia de los problemas de salud. Estos criterios podrían incluir magnitud del problema, impacto en la población, urgencia, factibilidad de intervención, entre otros.
2. **Participación de los interesados:** Se convocó al equipo de profesionales de la secretaria de salud y protección social, para participar en el proceso de homologación.
3. **Discusión y consenso:** Se llevó a cabo una reunión en la que los participantes discutieron y revisaron los criterios propuestos. Se buscó llegar a un consenso sobre los criterios que mejor reflejaran las necesidades y prioridades de salud en el municipio.
4. **Validación de los criterios:** Una vez establecidos los criterios, se validaron a través de un proceso de retroalimentación con los participantes y otras partes interesadas relevantes. Se realizaron ajustes si fuera necesario para garantizar que los criterios fueran claros, relevantes y aplicables.

Los criterios homologados se utilizaron luego para evaluar y priorizar los problemas de salud en el Municipio de Chigorodó, con el objetivo de orientar la planificación de intervenciones para mejorar la salud y el bienestar de la población.

A través de la matriz de priorización se identificó lo siguiente: Es Muy importante mejorar la atención integral en salud de las comunidades indígenas, garantizando las atenciones oportunas de los programas que buscan la Promoción de la salud y, a través de ello, la Prevención de la enfermedad, pero la factibilidad y las circunstancias de intervención son complejas, debido a la amplitud del territorio y su distancia de la cabecera municipal, a las barreras económicas de la IPS, la EAPB y la misma comunidad y a la barrera del idioma y la cultura. Seguidamente se identifica como un problema de gran magnitud el embarazo en adolescentes de las comunidades indígenas, pero también se identifica la cultura como una barrera para disminuir el indicador, dado que para ellos es indispensable la procreación para aumentar su población. Los problemas causados por la violencia vivida desde la década de los 80 y hasta la fecha, sumado al micro-tráfico de estupefacientes, conductas agresivas de los menores de edad, desintegración familiar, han traído problemas de intentos de suicidio, adicciones y violencias de género e intrafamiliar, que tiene como barrera de intervención los mismos problemas de orden público del País y la falta de control al narcotráfico, por lo que se calificó como factibilidad media y viabilidad baja.

Construcción de Núcleos de inequidad sociosanitaria a nivel territorial.

Esta construcción implica identificar y analizar las disparidades significativas existentes en el acceso a los servicios de salud del municipio de Chigorodó y los determinantes sociales que lo afectan, con el fin de apoyar la orientación de políticas públicas y programas de salud pública hacia la población más vulnerable en las intervenciones que ellos consideran más necesarias para garantizar la calidad de vida.

Tabla 5340. Matriz Núcleos de Inequidad Sociosanitaria. Chigorodó 2024

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
Incremento de los factores de riesgo que afectan la salud mental de la población de Chigorodó generando conductas suicidas, adictivas y violencias de género e intrafamiliar.	-Falta de espacios para el sano esparcimiento. -Falta de comunicación al interior de las familias. -Madres cabeza de familia o trabajadoras que dejan los hijos al cuidado de terceros. -Espacios inseguros dentro de las instituciones educativas (Bullying, sexting, cutting) -Violencias causadas por el conflicto armado. -Patrones sociales de conducta que resaltan la inequidad de géneros.	-Género -Edad -Territorio -Condiciones de empleo y trabajo -Cultura y valores -Políticas del estado de bienestar -Ingresos y situación económica -Vivienda y situación material -Entorno residencial -Factores Psicosociales, conductuales y biológicos	-Injusticia Socioeconómica -Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico.	Disminuir los factores de riesgo que afectan la salud mental de la población de Chigorodó, disminuyendo las conductas adictivas y terminando con las conductas suicidas y de violencia de género e intrafamiliar.	-Generar más espacios para el sano esparcimiento de la población de todas las edades. -Implementar estrategias intersectoriales. -Fortalecer los procesos psico-orientadores al interior de las IE. -Fortalecer las escuelas de padres y los líderes comunitarios en salud. -Fortalecer la educación en salud. -Buscar nuevos métodos de enseñanza de la salud y la prevención de la enfermedad. -Aumentar cobertura en las instituciones que ofrecen el servicio de cuidado de niños de primera infancia. -Fortalecer la educación sobre resolución de conflictos. -Fomentar la cultura del autocuidado desde la primera infancia. -Conformación de redes de apoyo comunitarios. -Promoción de la participación comunitaria. -Fortalecer los programas de APS y Servicio
Incremento de los factores de riesgo que afectan los indicadores sociodemográficos y de sexualidad como el embarazo en adolescente en comunidad general	-Falta de comunicación al interior de las familias. -Madres cabeza de familia o trabajadoras que dejan los hijos al cuidado de terceros. -Espacios inseguros dentro de las instituciones educativas (Bullying, sexting, cutting) -Violencias causadas por el conflicto armado. -Patrones sociales de conducta que resaltan la inequidad de géneros.	-Género -Edad -Condiciones de empleo y trabajo -Cultura y valores -Políticas del estado de bienestar -Ingresos y situación económica -Vivienda y situación material -Entorno residencial -Factores Psicosociales, conductuales y biológicos	-Injusticia Socioeconómica -Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico.	Disminuir los factores de riesgo que afectan los indicadores sociodemográficos y de sexualidad como el embarazo en adolescente en comunidad general	-Implementar estrategias intersectoriales. -Fortalecer los procesos psico-orientadores al interior de las IE. -Fortalecer las escuelas de padres -Fortalecer las escuelas de padres y los líderes comunitarios en salud -Fortalecer la educación sobre plan de vida. -Fomentar la cultura del autocuidado desde la primera infancia. -Fortalecer la red de servicios. -Creación y/o fortalecimiento de líderes comunitarios en salud y redes de apoyo. -Promover la diversidad cultural y de género. -Promover el diálogo de saberes ancestrales en la comunidad campesina, afro e indígena, garantizando un diálogo horizontal y respetuoso.
Incremento de los factores de riesgo que afectan los indicadores sociodemográficos y de sexualidad como el embarazo en adolescente en comunidad indígena	-Patrones sociales de conducta que resaltan la inequidad de géneros y la necesidad de aumentar el número de la población. -Falta de comunicación al interior de las familias. -Madres trabajadoras que dejan los hijos al cuidado de terceros. -Violencias causadas por el conflicto armado.	-Género -Edad -Territorio -Cultura y valores -Políticas del estado de bienestar -Ingresos y situación económica -Vivienda y situación material -Entorno residencial -Factores Psicosociales, conductuales y biológicos	-Injusticia Socioeconómica -Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico. -Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas.	Disminuir los factores de riesgo que afectan los indicadores sociodemográficos y de sexualidad como el embarazo en adolescente en comunidad indígena	-Implementar estrategias intersectoriales. -Fortalecer los procesos psico-orientadores al interior de las IE. -Fortalecer las escuelas de padres y los líderes comunitarios en salud -Fortalecer la educación sobre plan de vida. -Fomentar la cultura del autocuidado desde la primera infancia. -Fortalecimiento de capacidades en salud. -Fortalecer la atención con enfoque diferencial en la ET, IPS y EAPBs. -Fortalecer el uso del dialecto de las comunidades indígenas en las IPS. -Creación y/o fortalecimiento de líderes comunitarios en salud y redes de apoyo. -Promover la diversidad cultural y de género. -Promover el diálogo de saberes ancestrales en la comunidad campesina, afro e indígena, garantizando un diálogo horizontal y respetuoso.
Mejorar la atención integral a las comunidades indígenas del municipio de Chigorodó	-Distancia de la IPS con el territorio indígena. -Diferencias interculturales y de comunicación. -Voluntad para atender con enfoque diferencial. -Falta de recursos para que la IPS preste atención desde los territorios.	-Gobierno y tradición política -Etnia -Territorio -Ingresos y situación económica -Factores conductuales y biológicos	-Injusticia Socioeconómica -Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico. -Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas.	Se brinda una atención integral a las comunidades indígenas del municipio de Chigorodó	-Mejorar la infraestructura y dotación del hospital y los puestos de salud. -Fortalecer la red de servicios y las estrategias intersectoriales. -Ampliar los servicios que se prestan en los puestos de salud. -Aumentar las brigadas de salud con énfasis en enfoque diferencial. -Fortalecer la atención humanizada e intercultural al interior de la ESE.
Cualificación del talento humano encargado de la vigilancia epidemiológica de la administración municipal en el territorio.	-Falta de personal que apoye las acciones de vigilancia epidemiológica en salud pública. -Falta de tiempo para atender de manera adecuada las capacitaciones ofrecidas por el estado. -Exceso de trabajo. -Falta de oferta educativa por parte de la ET.	-Gobierno y tradición política -Políticas del estado de bienestar -Condiciones de empleo y trabajo	-Injusticia Socioeconómica -Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico.	Talento humano suficiente y cualificado para realizar las actividades de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública del territorio	-Aumentar el personal de apoyo para la VSP. -Organizar programa de capacitaciones para el personal nuevo. -Cualificar al personal en el uso de los sistemas de información y el análisis de los datos. -Mejorar las herramientas tecnológicas. -Fortalecer la infraestructura física y los equipos. -Fortalecer la preparación para emergencias y desastres. -Fortalecimiento de capacidades en salud. -Promover la participación activa de las comunidades. -Fortalecer la autoridad sanitaria con enfoque integral. -Dotación y mantenimiento biomédico de la IPS

Fuente: Elaboración propia

En esta matriz se plantea como se lograría superar los problemas priorizados por la comunidad y los diferentes actores sociales, teniendo en cuenta los determinantes a los que afecta, los núcleos de la inequidad, pero sobre todo, las causas directas de cada problema. Se plantean actividades puntuales y recomendaciones para mejorar, superar o disminuir los indicadores de cada problema planteado. Dentro de las sugerencias repetitivas se encuentra el fortalecimiento de los procesos Psico-orientadores en las Instituciones Educativas, fortalecer las escuelas de padres y la cultura del autocuidado en la primera infancia.

6. 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

En este capítulo se encontrará el planteamiento de propuestas como respuesta y recomendaciones realizadas por los actores participantes en las diferentes actividades planteadas en los capítulos anteriores, en coherencia con el modelo de salud preventivo y predictivo, propuestas que podrán ser tomadas en cuenta para la planeación en salud municipal y para el plan de desarrollo municipal que se está gestando en el municipio de Chigorodó.

Tabla 5441. MPPR y PDSP. Chigorodó 2024

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031		
				PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)	
Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Aumentar el personal de apoyo para la VSP. Organizar programa de capacitaciones para el personal nuevo.	Generar espacios de inducción y re-inducción al personal en los sistemas de información que le correspondan. Educación a la comunidad para fomentar el uso de las herramientas tecnológicas.
	Sistema único público de información en salud.			Cualificar al personal en el uso de los sistemas de información y el análisis de los datos. Mejorar las herramientas tecnológicas.	Transparencia y acceso a la información. Mejorar la capacidad y velocidad del internet y los equipos de computo.	
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transeccionalidad.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogerión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Mejorar la infraestructura y dotación del hospital y los puestos de salud. Ampliar los servicios que se prestan en los puestos de salud. Aumentar las brigadas de salud con énfasis en enfoque diferencial. Fortalecer la atención humanizada e intercultural al interior de la ESE.	Mejorar la infraestructura y dotación del hospital y los puestos de salud. Ampliar los servicios que se prestan en los puestos de salud. Aumentar las brigadas de salud con énfasis en enfoque diferencial. Fortalecer la atención humanizada e intercultural al interior de la ESE.
	Vigilancia en Salud Pública			Organizar programa de capacitaciones para el personal nuevo y para líderes comunitarios	Generar espacios de capacitación al personal y a los líderes municipales. Buscar nuevas metodologías para impactar en los cambios culturales de la población, con apoyo de otras entidades.	
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transeccionalidad.			Creación y/o fortalecimiento de líderes comunitarios en salud y redes de apoyo. Fortalecer el uso del dialecto de las comunidades indígenas en las instituciones que atienden servicios de salud. Fomentar la atención con enfoque diferencial en la ET, IPS y EAPBs	Brindar educación en salud para estas comunidades. Educar y supervisar sobre el uso del dialecto de las comunidades indígenas y la atención con enfoque diferencial. Fomentar los espacios de participación comunitaria	



Temoralización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud		Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	Promover la diversidad cultural y de género. Promover el diálogo de saberes ancestrales en la comunidad campesina, afro e indígena.	Gestionar el autoconocimiento de los pueblos e integrar sus conocimientos para superar brechas. Fortalecer la atención primaria en salud.	
Temoralización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el diálogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales y transectoriales. Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	Promover la participación activa de las comunidades. Fortalecer la autoridad sanitaria con enfoque integral. Promover el diálogo de saberes ancestrales en la comunidad campesina, afro e indígena. Promover espacios de participación ciudadana, garantizando un diálogo horizontal y respetuoso.	Sensibilización y capacitación a líderes comunitarios. Promover la incorporación de enfoques culturales, generacionales, étnicos y demás. Realizar monitoreo participativo. Fortalecer los programas de información, educación y comunicación de salud pública. Crear espacios acervivos para generar un diálogo fluido y claro que garantice la interseccionalidad.
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.		Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Creación y/o fortalecimiento de líderes comunitarios en salud y redes de apoyo, valorando sus conocimientos autodóctos. Fomentar la atención con enfoque diferencial en la ET, IPS y EAPB.	Binar educación en salud para estas comunidades. Educar y supervisar sobre el uso del dialecto de las comunidades indígenas y la atención con enfoque diferencial en IPS y EAPB.	
Temoralización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad		Entorno económico favorable para la salud	Alianzas estratégicas e interseccionalidad.	Inversión en programas sociales de apoyo a la creación de empresas. Políticas de empleo y desarrollo económico.	
Temoralización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud		Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	Fortalecer la educación en salud. Buscar nuevos métodos de enseñanza de la salud y la prevención de la enfermedad.	Fortalecer el programa de Servicio Amigable. Fortalecer el equipo de salud pública. Apoyarse en la interseccionalidad.	
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.	Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Temoríos saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia. Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	Implementación de estrategias intersectoriales. Líderes comunitarios fortalecidos. Integración de la salud ambiental en la planificación territorial. Promover la equidad en el acceso a los servicios de salud ambiental. Fortalecer la educación a las comunidades, en especial las campesinas, para el cuidado del medio ambiente.	Monitoreo y evaluación continua. Transparencia y rendición de cuentas.
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.				Capacitación y sensibilización. Cooperación de otras entidades. Participación comunitaria.	



Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Temoralización, conformación, coordinación y gestión de las RISS.	Eje 4. Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	Conformación de redes de apoyo comunitarios. Promoción de la participación comunitaria.	Fortalecer la Atención Primaria en Salud. Fomentar la cultura en salud y el liderazgo participativo.
	Temoralización, conformación, coordinación y gestión de las RISS.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud – APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	Mejorar la infraestructura y dotación del hospital y los puestos de salud. Ampliar los servicios que se prestan en los puestos de salud. Aumentar las brigadas de salud con énfasis en enfoque diferencial. Fortalecer la atención humanizada e intercultural al interior de la ESE.	Revisar la viabilidad financiera de las intervenciones en la infraestructura y la prestación de servicios. Articular con otros organismos y realizar gestión para alcanzar la meta.
	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	Fortalecer los programas de APS y servicio amigable. Generar más espacios para el sano esparcimiento de la población de todas las edades. Implementar estrategias intersectoriales. Fortalecer los procesos psico-orientadores al interior de las IE. Fortalecer las escuelas de padres y los líderes comunitarios en salud. Fortalecer la educación en salud. Buscar nuevos métodos de enseñanza de la salud y la prevención de la enfermedad. Aumentar cobertura en las instituciones que ofrecen el servicio de cuidado de niños de primera infancia. Fortalecer la educación sobre resolución de conflictos. Fomentar la cultura del autocuidado desde la primera infancia.	Educar en humanización del servicio con enfoque diferencial. Fortalecer procesos al interior de IE. Fortalecer programas de primera infancia.
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.	Mejorar la infraestructura y dotación del hospital y los puestos de salud. Aumentar las brigadas de salud con énfasis en enfoque diferencial. Fortalecer la atención humanizada e intercultural al interior de la ESE.	Educar en humanización del servicio con enfoque diferencial. Garantizar el talento humano necesario.
	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RISS			Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.	Mejorar la infraestructura y dotación del hospital y los puestos de salud. Aumentar las brigadas de salud con énfasis en enfoque diferencial. Fortalecer la atención humanizada e intercultural al interior de la ESE. Fortalecer la telemedicina.	Revisar la viabilidad financiera de las intervenciones en la infraestructura y la prestación de servicios. Articular con otros organismos y realizar gestión para alcanzar la meta.
Temoralización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	Fortalecer la coordinación intersectorial entre entidades de salud, comunidad general, cooperantes y entidades medioambientales.	Implementación de medidas para reducir el impacto de las emergencias y desastres.
	Participación social en salud			Promover la participación comunitaria en la protección y prevención de áreas vulnerables.	Capacitación a líderes comunitarios. Creación de políticas públicas.	
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.			Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	Fortalecer la infraestructura física y los equipos.	Incorporar en la planeación territorial, medidas específicas para mitigación y adaptación al cambio climático. Establecer alianzas con el sector privado, academia, ONGs y demás para acceder a recursos financieros y tecnológicos.
Temoralización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública			Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica y de alertas tempranas. Desarrollo de capacidades.		
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública.	Fortalecimiento de la red de servicios. Preparación para emergencias y desastres. Adaptación al cambio climático.	Alianzas intersectoriales. Fortalecer la participación comunitaria. Apoyar la investigación y el monitoreo.



Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.	Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades.	Promoción de la producción local dentro del plato saludable. Apoyo a los procesos investigativos	Acceso a la información actualizada en salud. Alianzas intersectoriales. Fortalecer la participación comunitaria Apoyar la investigación y el monitoreo.
	Soberanía Sanitaria			Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública	Fortalecimiento de capacidades en salud.	Capacitar al TH de IPS, EAPB, comunidad y ET.
				Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.	Fortalecer el TH en salud Dotación y mantenimiento biomédico de la IPS	Inversión en infraestructura y equipamiento en salud. Capacitaciones continuas al TH en salud.
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud	Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.	Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública	Organizar programa de capacitaciones para el personal nuevo.	Sensibilización y capacitación al personal de salud. Realizar monitoreo participativo y evaluación continua.
				Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	Cualificar al personal en el uso de los sistemas de información y el análisis de los datos.	
				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios,	Promover el diálogo de saberes ancestrales en la comunidad campesina, afro e indígena. Promover espacios de participación ciudadana, garantizando un diálogo horizontal y respetuoso.	Sensibilización y capacitación a los líderes comunitarios en salud. Realizar monitoreo participativo y evaluación continua.

Fuente: Elaboración propia