



Análisis de Situación de Salud bajo el modelo de Determinantes Sociales en Salud del Municipio de Granada - Antioquia, 2023

DANIEL ANDRES HOYOS YEPES
Alcalde Municipal

ASTRID CAROLINA BOTERO HOYOS
Secretaria General y de Gobierno

Municipio de Granada

Antioquia
2023

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
METODOLOGÍA.....	12
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES.....	15
SIGLAS.....	16
CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	17
1.1 Contexto territorial	17
1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica	17
1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio	29
1.2 Contexto poblacional y demográfico, Población, Población por pertenencia étnica.....	32
1.2.1. Estructura demográfica	35
1.2.2. Dinámica demográfica	39
1.2.3. Movilidad forzada	41
1.2.4 Comunidad LGTBIQ+.....	43
1.2.5 Dinámica Migratoria	44
1.2.6. Población campesina	48
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.....	49
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud.....	52
1.4.1. Políticas Públicas Municipales	52
1.4.2. Agenda 2040.....	53
1.4.3. Cartografía Social	60
1.4.4. Resultados priorización de problemas Método Hanlon	60
Conclusiones.....	69
CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL.....	71
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	71
2.2 Condiciones de vida del territorio	77
2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio	83
Capítulo III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES.....	84
3.1 Análisis de la morbilidad.....	84
3.1.1 Principales causas de morbilidad.....	84

3.1.2. Morbilidad de eventos de alto costo y precursores	93
3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	95
3.1.4 Análisis de la población con discapacidad	96
3.1.5 Identificación de prioridades en la morbilidad	97
Conclusiones.....	98
3.2 Análisis de la mortalidad.....	99
3.2.1 Mortalidad general	99
3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo	108
3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	121
3.2.4 Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno –infantil	135
Conclusiones.....	135
CAPTULO IV: ANALISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	137
CAPÍTULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	143
CAPITULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO PDSP 2022 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	155

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL MUNICIPIO DE GRANADA	19
TABLA 2. TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE Y DISTANCIA EN KILÓMETROS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2023.	26
TABLA 3. TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE, DISTANCIA EN KILÓMETROS. MUNICIPIO DE GRANADA HACIA LOS MUNICIPIOS VECINOS, 2023.....	28
TABLA 4. POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2023.	33
TABLA 5. POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2023.	35
TABLA 6. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CICLO VITAL. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2015, 2023, 2030.....	36
TABLA 7. OTROS INDICADORES DE ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2015, 2023, 2030.....	39
TABLA 8. OTROS INDICADORES DE LA DINÁMICA DE LA POBLACIÓN. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	41
TABLA 9 TASA BRUTA DE NATALIDAD MUNICIPIO DE GRANADA.....	41
TABLA 10. POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE VÍCTIMA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2021.....	43
TABLA 11. PAÍS DE PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN MIGRANTE. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2021.....	44
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN MIGRANTE POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. MUNICIPIO DE GRANADA Y DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, 2021.	45
TABLA 13. OTROS INDICADORES DE ATENCIÓN EN SALUD POBLACIÓN MIGRANTE. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2021. ...	47
TABLA 14. ATENCIONES EN SALUD A POBLACIÓN MIGRANTE. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2021.	47
TABLA 15. AFILIACIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2021.....	48
TABLA 16. SERVICIOS HABILITADOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD. MUNICIPIO DE GRANADA 2022..	49
TABLA 17. OTROS INDICADORES DE SISTEMA SANITARIO. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2015 – 2022	50
TABLA 18. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD -SISTEMA SANITARIO. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2006 – 2021.	50
TABLA 19. PRIORIZACIÓN INDICADORES EAPB MUNICIPIO DE GRANADA 2021.	52
TABLA 20. RESULTADOS TALLERES PARTICIPATIVOS ASIS, MUNICIPIO DE GRANADA	54
TABLA 21 CARTOGRAFÍA SOCIAL - IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMÁTICAS EN SALUD. MUNICIPIO DE GRANADA 2024.	60
TABLA 22. MATRIZ GENERAL DE APLICACIÓN METODOLOGÍA HANLON. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2023.....	63
TABLA 23. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2023.....	66
TABLA 24. TASA DE DESEMPLEO ESTIMADA PARA LOS MUNICIPIOS DEL ORIENTE DE ANTIOQUIA, 2021.....	72
TABLA 25. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - CONDICIONES DE VIDA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2020. ...	78
TABLA 26. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - CONDICIONES DE VIDA, POR ZONA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2020.....	78
TABLA 27. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2006 - 2020.	79
TABLA 28 COBERTURA VACUNACIÓN PAI - GRANADA 2024	80
TABLA 29. TASA DE COBERTURA BRUTA DE EDUCACIÓN. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2003 – 2021.....	82
TABLA 30. NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2018.	83
TABLA 31. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - FACTORES PSICOLÓGICOS Y CULTURALES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2020.	83
TABLA 32. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA, POR CICLO VITAL EN LA POBLACIÓN GENERAL. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2009 – 2022	85
TABLA 33. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA POR CICLO VITAL EN HOMBRES. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2009 – 2022	86
TABLA 34. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA POR CICLO VITAL EN MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2009 – 2022	87
TABLA 35. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR SUBGRUPOS. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2009 – 2022.....	88

TABLA 36. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR SUBGRUPOS EN HOMBRES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2009 – 2022.....	89
TABLA 37. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR SUBGRUPOS EN MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2009 – 2022	90
TABLA 38. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN SALUD MENTAL POR CICLO VITAL. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2009 – 2022.....	91
TABLA 39. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN SALUD MENTAL POR CICLO VITAL EN HOMBRES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2009 – 2022	92
TABLA 40. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN SALUD MENTAL POR CICLO VITAL EN MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2009 – 2022	93
TABLA 41. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LOS EVENTOS DE ALTO COSTO. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2006 – 2020.	94
TABLA 42. EVENTOS PRECURSORES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2006 – 2020.	95
TABLA 43. SEMAFORIZACIÓN DE LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2006 – 2022.	95
TABLA 44. DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTERACIONES PERMANENTES DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2021.	96
TABLA 45. IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES PRINCIPALES EN LA MORBILIDAD. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2022	97
TABLA 46. TABLA DE SEMAFORIZACIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2006 – 2021	121
TABLA 47. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA INFANTIL. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2006 – 2021.....	122
TABLA 48. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO, SEGÚN 16 GRANDES GRUPOS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	127
TABLA 49. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS DEL. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	128
TABLA 50. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN NIÑAS MENORES DE UN AÑO, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	128
TABLA 51. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 A 4 AÑOS SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	129
TABLA 52. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS DE A 1 A 4 SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	129
TABLA 53. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN NIÑAS DE A 1 A 4 SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	130
TABLA 54. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	130
TABLA 55. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	131
TABLA 56. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	131
TABLA 57. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ÁREA DE RESIDENCIA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2009 – 2021 ...	133
TABLA 58. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ÁREA DE RESIDENCIA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2009 – 2021	133
TABLA 59. IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES POR MORTALIDAD GENERAL, ESPECÍFICA Y MATERNO –INFANTIL. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2021	135
TABLA 60 MAPEO DE ACTORES, MUNICIPIO DE GRANADA	140
TABLA 61 PRIORIZACIÓN PROBLEMÁTICA CARTOGRAFÍA SOCIAL.....	143
TABLA 62 CONSTRUCCIÓN DE NÚCLEOS DE INEQUIDAD. MUNICIPIO DE GRANADA	144



TABLA 63 PROPUESTAS DE RESPUESTA Y EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031. MUNICIPIO DE GRANADA..... 155

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 PARROQUIA SANTA BÁRBARA. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2023.....	21
FIGURA 2 PARQUE PRINCIPAL. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2023.....	21
FIGURA 3 SALTO DE LA CASCADA. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2023.	22
FIGURA 4 MUSEO DE CIENCIAS NATURALES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2023	23
FIGURA 5 MUSEO DEL “NUNCA JAMÁS”. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2023.	23
FIGURA 6 FALLA GEOLÓGICA, VÍA COMUNICACIÓN MUNICIPIO DE GRANADA Y EL SANTUARIO – ANTIOQUIA, 2023	25
FIGURA 7 AVANCES VÍA GRANADA – SAN CARLOS. DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, 2023	25
FIGURA 8. PIRÁMIDE POBLACIONAL. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2015, 2023, 2030.	36
FIGURA 9. CAMBIO EN LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO ETARIOS. MUNICIPIO DE GRANADA 2015, 2023, 2030.	37
FIGURA 10. POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2023.....	38
FIGURA 11. COMPARACIÓN ENTRE LA TASA DE CRECIMIENTO NATURAL, TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021.	40
FIGURA 12. ATENCIONES EN SALUD DE MIGRANTES. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2021.	45
FIGURA 13 RECONOCIMIENTO AGENDA ANTIOQUIA 2040 MUNICIPIO DE GRANADA.....	58
FIGURA 14 VISIÓN AGENDA ANTIOQUIA 2040 MUNICIPIO DE GRANADA.....	58
FIGURA 15 ¿CÓMO NOS SENTIMOS? AGENDA ANTIOQUIA 2040 MUNICIPIO DE GRANADA	59
FIGURA 16 INVERSIÓN AGENDA ANTIOQUIA 2040 MUNICIPIO DE GRANADA.....	59
FIGURA 17 SOCIALIZACIÓN PRIORIDADES Y EXPLICACIÓN MÉTODO HANLON – GRUPO ADULTO MAYOR.....	61
FIGURA 18 SOCIALIZACIÓN PRIORIDADES Y EXPLICACIÓN MÉTODO HANLON - COPACO	62
FIGURA 19 SOCIALIZACIÓN PRIORIDADES Y EXPLICACIÓN MÉTODO HANLON - COVE	62
FIGURA 20 GANADERÍA DOBLE PROPÓSITO. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2023.....	75
FIGURA 21 ZONA COMERCIAL. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2023.....	77
FIGURA 22 DOSIS APLICADAS CONTRA COVID-19; MUNICIPIO DE GRANADA, ANTIOQUIA 2023.....	81
FIGURA 23: COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 SEGÚN GRUPO DE EDAD, MUNICIPIO DE GRANADA, ANTIOQUIA 2023	81
FIGURA 24. PROGRESIÓN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA 2020.	94
FIGURA 25. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2021.....	96
FIGURA 26. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA. MUNICIPIO GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021.....	100
FIGURA 27. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LOS HOMBRES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021	101
FIGURA 28. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021	102
FIGURA 29. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	103
FIGURA 30. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN HOMBRES. MUNICIPIO GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	104
FIGURA 31. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN LAS MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	105
FIGURA 32. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 GENERAL. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021 .	106
FIGURA 33. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN HOMBRES. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	107
FIGURA 34. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 AJUSTADA EN MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	108

FIGURA 35 TASA DE MORTALIDAD PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN HOMBRES. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	109
FIGURA 36 TASA DE MORTALIDAD PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021	110
FIGURA 37. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN HOMBRES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021	111
FIGURA 38. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021	112
FIGURA 39 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN HOMBRES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021	113
FIGURA 40. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021	114
FIGURA 41. TASA DE MORTALIDAD TOTAL AJUSTADA POR EDAD PARA CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN LOS HOMBRES. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	115
FIGURA 42. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021.....	116
FIGURA 43. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS CAUSAS EXTERNAS EN HOMBRES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021	117
FIGURA 44. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS CAUSAS EXTERNAS EN MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021	118
FIGURA 45. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS ENFERMEDADES EN HOMBRES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021	119
FIGURA 46. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS ENFERMEDADES EN MUJERES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2005 – 2021	120
FIGURA 47. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	122
FIGURA 48. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	123
FIGURA 49. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	124
FIGURA 50. TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ, GRANADA ANTIOQUIA, 2005- 2021	124
FIGURA 51. TASA DE MORTALIDAD POR EDA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	125
FIGURA 52. TASA DE MORTALIDAD POR IRA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021.....	126
FIGURA 53. TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021.....	126
FIGURA 54: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ETNIA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2009 – 2021.....	132
FIGURA 55: TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ETNIA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2009 – 2021.....	132
FIGURA 56. MORTALIDAD POR TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	134
FIGURA 46. MORTALIDAD POR TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021.....	134
FIGURA 58. MORTALIDAD POR EPILEPSIA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2005 – 2021	134
FIGURA 59. TALLERES CARTOGRAFÍA SOCIAL. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA.....	139



LISTA DE MAPAS

MAPA 1. DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA Y LÍMITES. MUNICIPIO DE GRANADA – ANTIOQUIA, 2023	19
MAPA 3. VÍAS DE COMUNICACIÓN. MUNICIPIO DE GRANADA, 2023	29
MAPA 2. RELIEVE, HIDROGRAFÍA, ZONAS DE RIESGO. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2023	32
MAPA 4. POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA. MUNICIPIO DE GRANADA - ANTIOQUIA, 2023	34

PRESENTACIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP, 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. Con dicha plantilla se pretende dar a conocer una serie de eventos que ha presentado el Municipio de Granada en el marco de la salud, factor que es fundamental ya que es parte de un diagnóstico para observar estrategias que mitiguen las necesidades de la población granadina. De acuerdo con lo anterior, el Municipio de Granada - Antioquia realiza el presente documento de acuerdo a los lineamientos emitidos por el Plan Decenal de Salud Pública, lo cual está amparado en el compromiso adquirido por la Administración Municipal en el Plan de Desarrollo, lo cual evidencia la responsabilidad por mejorar la calidad de vida de la comunidad, tanto en la zona urbana como de sus 52 veredas. Una de las estrategias con la cual se pretende dar cobertura total en el Municipio es la de “Atención Primaria en Salud” ya que en la Ley 1438 está como referente para llegar a los lugares de difícil acceso a la ESE municipal y para este caso, las 52 veredas que comprenden esta localidad se dividen por cuencas y se pretende abarcarlas en su totalidad, con el fin de observar más detenidamente las necesidades principales de las familias que serán intervenidas.

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública, 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.

INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud es una herramienta que permite identificar el perfil salud enfermedad de un territorio; es importante resaltar que los datos empleados para el presente documento son extraídos de fuentes verdíacas como lo son los RIPS, DANE y otros sistemas de información que almacenan dichos registros de ocurrencia dentro de la zona urbana y rural. El resultado de este análisis encamina al Municipio de Granada a buscar soluciones para mitigar algunas causas que requieren de intervención prioritaria con el fin de mitigar eventos que ocasionan enfermedades y en algunos casos, la muerte; además de fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En este análisis se encontrará una ruta de acciones que se deben discutir para buscar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida en salud de la población granadina, basados en los lineamientos expuestos por el Ministerio, el cual consta de anexos, los cuales son interpretados con el fin de establecer un diagnóstico que permitirá identificar necesidades de los habitantes del municipio de Granada.

METODOLOGÍA

La construcción del ASIS del Municipio de Granada es producto de un trabajo conjunto de la secretaria de Salud Departamental, la secretaria general y de Gobierno y el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud desarrollando la guía metodológica para el Análisis de la Situación de Salud con el modelo de los determinantes sociales de la salud aportada por el Ministerio. El documento está conformado por seis capítulos, el primero “Configuración del Territorio”, el segundo “Procesos económicos y circunstancias de la vida social”, el tercero el análisis de “Desenlaces mórbidos y mortales”, el cuarto “Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio”, el quinto capítulo está dedicado a “Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio” y el sexto a “Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco PDSP 2022- 2031 y el modelo de salud preventivo predictivo fundamentado en la atención primaria en salud”

Capítulo I: Territorio y demografía, se describen los aspectos geográficos (relieve, hidrografía, accidentes geográficos, variables climáticas, pisos térmicos), accesibilidad geográfica y los aspectos demográficos se describen la población total por municipios, con urbanización, concentración, tendencias del crecimiento poblacional, la distribución de hogares, viviendas, tipología de las viviendas, servicios básicos y sus coberturas. Los aspectos demográficos desarrollan la estructura demográfica del municipio, la pirámide poblacional, la distribución de la población según grupos de edad, ciclo vital, por sexo, la esperanza de vida al nacer, edad media de fecundidad, la dinámica de la migración y la movilidad forzada

Capítulo II: En este capítulo se profundiza en las condiciones sociales, económicas y de calidad de vida que afectan la salud desde la perspectiva de los determinantes sociales, aplicando enfoques diferenciales y territoriales, se analizan factores como la pobreza, niveles de ingresos, acceso a educación, disponibilidad de servicios públicos básicos, condiciones de vivienda y entorno, equidad de género, oportunidades y condiciones laborales, y otros aspectos económicos, sociales, culturales y ambientales que influyen en la calidad de vida y salud de la población. Se debe aplicar un enfoque diferencial examinando cómo estas condiciones impactan de forma distinta a grupos por etnia, género, ciclo vital, discapacidad, etc. También se considera un enfoque territorial, analizando disparidades entre zonas rurales, urbanas, periferias y otras. Es un análisis profundo de los determinantes estructurales e intermedios que configuran inequidades e inequidades en salud en el territorio.

Capítulo III: se presenta el análisis de la mortalidad general a través de las tasas, según la lista agrupada 6/67 de la OPS, las tasas específicas por sexo por las grandes causas y los años de vida prematura perdidos a través del cálculo de los años de AVPP por sexo y sus respectivas tasas ajustadas. 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 y organizadas por el SISPRO del Ministerio y las estimaciones y proyecciones de la población, presentando las tasas de mortalidad ajustada por edad, los Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP y las 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 en Excel. También se presenta la mortalidad materno-infantil y en la niñez por las tasas específicas de la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad neonatal, la tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE),

la tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE), la tasa de mortalidad por IRA, EDA y desnutrición en menores de 5 años, presentando el método de la semaforización. Para el análisis de la morbilidad por ciclo vital se utilizó la lista de la carga global de la enfermedad por las 67 causas y por las grandes causas, se presentó la distribución proporcional de dicha carga por años y se muestra la diferencia en puntos porcentuales de la proporción arrojada del último año con respecto al año anterior. Se completa esta parte con los eventos de alto costo para la tasa de incidencia de VIH, y las tasas de leucemia aguda mieloide y linfoide en menores de 15 años para el municipio y los eventos de notificación obligatoria por las letalidades ocurridas. La morbilidad utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, las bases de datos de los eventos de alto costo y del Sistema de Vigilancia de Salud Pública SIVIGILA, el periodo del análisis de la morbilidad se dio para el periodo de 2009 al 2022. Se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o proporciones, 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. concluye en la presentación del reporte acumulado de las personas en condición de discapacidad y el desarrollo de la información sobre los determinantes intermedios y estructurales sobre indicadores de pobreza, de ingreso socio-económico, coberturas educativas, población económicamente activa, tasa de desempleo, condiciones laborales, etnia y área.

Capítulo IV: En este capítulo, se examina detalladamente cómo los diversos actores, incluyendo el gobierno, las organizaciones no gubernamentales y las comunidades locales, han respondido a los desafíos de salud prevalentes en el territorio, se analizan así las estrategias, programas y políticas implementadas por cada uno de estos grupos, evaluando su eficacia, alcance e impacto en la población. La sección se divide en tres partes principales, cada una dedicada a un actor clave, en primer lugar, se exploran las iniciativas y medidas adoptadas por las autoridades locales, regionales y nacionales para abordar las problemáticas de salud identificadas. En segundo lugar, se estudian las acciones emprendidas por organizaciones no gubernamentales, asociaciones civiles y grupos comunitarios para complementar los esfuerzos gubernamentales o abordar vacíos en la atención de las necesidades de salud. En tercer lugar, se analiza cómo las propias comunidades han respondido a los retos de salud, ya sea a través de prácticas tradicionales, redes de apoyo mutuo o iniciativas de autogestión.

Capítulo V: En este capítulo, se lleva a cabo un análisis para identificar y priorizar los problemas y necesidades más importantes en materia de salud dentro del territorio estudiado, este proceso de priorización es fundamental para optimizar la asignación de recursos limitados y enfocar los esfuerzos en aquellas áreas que requieren una atención más urgente. El capítulo comienza con una revisión detallada de los hallazgos y conclusiones obtenidos en los capítulos anteriores, donde se exploraron las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan la salud de la población, así como las respuestas y acciones implementadas por diferentes actores para abordar estos desafíos. A partir de esta base, se establecen criterios claros y objetivos para determinar la priorización de los problemas y necesidades identificados. Mediante un proceso participativo que involucra a expertos, autoridades sanitarias, representantes comunitarios y otros actores clave, se evalúa cada problema o necesidad de salud utilizando los criterios establecidos, una vez realizada la evaluación, se elabora una lista priorizada de los problemas y necesidades más apremiantes, acompañada de una justificación detallada de las razones que respaldan su priorización, esta lista servirá como guía para orientar la asignación de recursos, la formulación de políticas y la implementación de intervenciones en el territorio. Se destaca la importancia de

mantener un enfoque flexible y adaptativo en el proceso de priorización, ya que las condiciones y necesidades pueden cambiar con el tiempo.

Capítulo VI: En este capítulo, se presentan propuestas concretas y recomendaciones específicas para abordar los desafíos de salud identificados en el territorio, alineadas con las metas, objetivos y enfoques establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS). Tomando como base los análisis y priorizaciones realizados en los capítulos anteriores, se proponen intervenciones integrales que abordan los determinantes sociales, ambientales y económicos que impactan la salud de la población en el territorio. Estas propuestas se enmarcan en los principios rectores del Plan Decenal y el Modelo de Salud, como la prevención, la atención primaria, la participación comunitaria y la equidad en el acceso a servicios de salud.



AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Agradecemos al MSPS por ser el autor de la Guía metodológica ASIS, de igual manera a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia – SSS Y PSA por su asistencia técnica al municipio, que sin lugar a duda fue indispensable para la construcción del documento ASIS con Enfoque de Determinantes de Salud del Municipio de Granada, Antioquia, 2023

Por otra parte, agradecemos a la Administración Municipal, a su alcalde Daniel Hoyos Yepes, y a las demás dependencias, que con su apoyo y colaboración hicieron posible la elaboración de este análisis.

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dpto.: Departamento
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
MEF: Mujeres en edad fértil
Mpio: Municipio
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
No: Número
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
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



Capítulo 1

CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica

El Municipio de Granada se encuentra ubicado en la subregión oriente del Departamento de Antioquia, a una distancia de referencia con la ciudad de Medellín (Capital del departamento de Antioquia) de 77 kilómetros, por la autopista Medellín - Bogotá; desviándose hacia la izquierda un kilómetro después del Municipio de El Santuario.

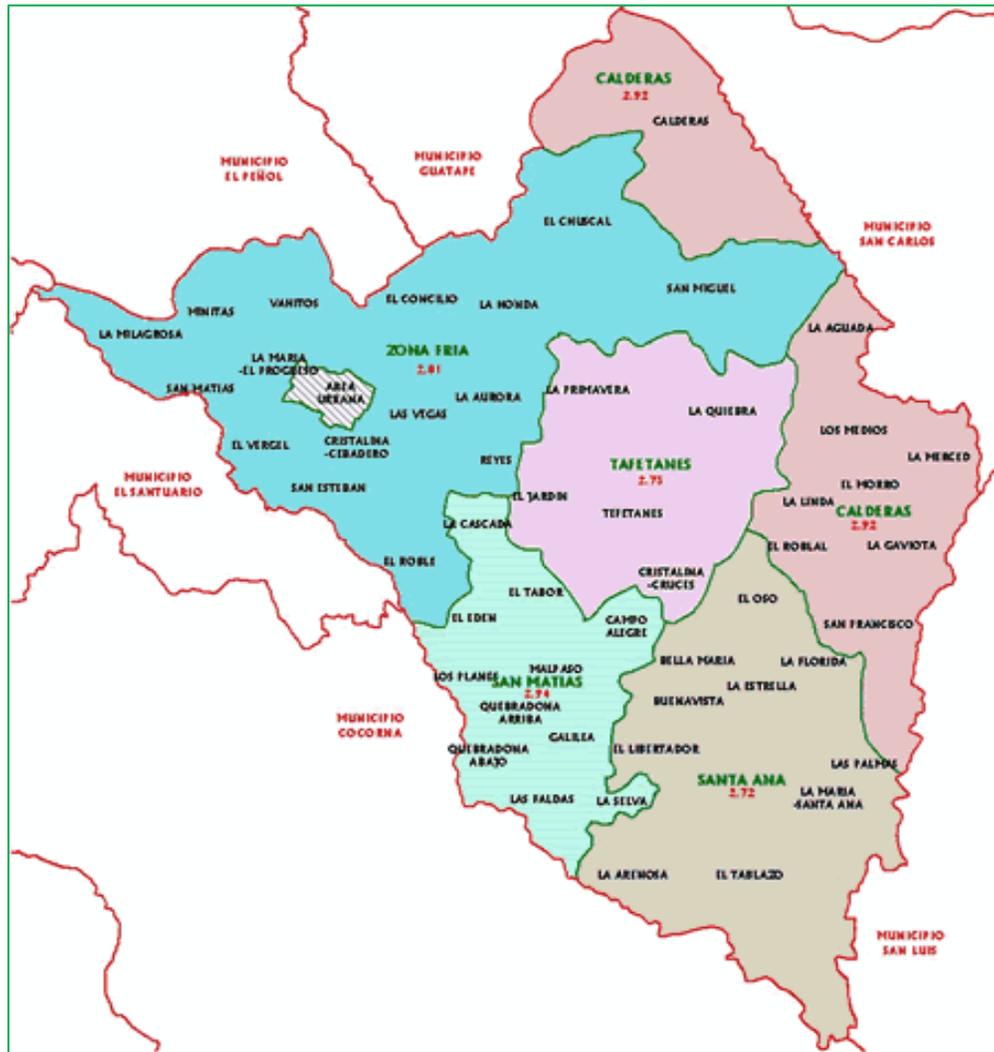
El territorio de Granada en su mayor parte es montañoso y su relieve corresponde a la Cordillera Central, con numerosas ramificaciones que separan las cuencas hidrográficas. El Municipio tiene una red de colinas de escasa elevación en forma rugosa y variada topografía, en cuyas alturas, valles y vertientes se encuentran variedad de climas y cultivos. La más alta de estas cordilleras es la de Minitas; y de ella se desprenden la de Tafetanes, La Honda, La Hondita, El Chuscal, El Roble, La Quebra y San Matías; esta cadena de montañas da origen y sirve de cauce al sistema hídrico municipal que va a engrosar los caudales de los ríos San Matías y Tafetanes, en los límites con los Municipios de El Santuario y Granada. El caudal del Río Calderas en los límites con San Carlos y San Luis, es utilizado para la central hidroeléctrica de Calderas; existen otras corrientes menores que surcan los bosques naturales y que sirven también para la recreación de los habitantes del Municipio.

Los límites del Municipio de Granada son: por el norte, con los Municipios de El Peñol y Granada; por el oriente, con los Municipios de San Carlos y San Luis; por el sur, con el Municipio de Cocorná; y por el occidente con los Municipios de Granada y El Santuario. La cabecera municipal está localizada al noroccidente del Municipio, en un declive de la quebrada Santa Bárbara, con una extensión de 3.7 kilómetros cuadrados. La altura sobre el nivel del mar, de la cabecera municipal es de 2.050 metros, con una temperatura media de 17 grados centígrados.

La zona rural del Municipio está conformada por 52 veredas y el corregimiento de Santa Ana, dividido en cinco cuencas así:

- Cuenca Calderas, corresponde las veredas: Calderas, la Aguada, Los medios, La Merced, El Morro, La Linda, El Roblal, La Gaviota, San Francisco.
- Cuenca Santa Ana, Corresponden las veredas: El Oso, La María Santa Ana, Bella María, El Tablazo, El Libertador, La Florida, la Estrella, Buena vista, Las palma, la Arenosa.
- Cuenca San Matías, corresponden las veredas: La Selva, Las Faldas, Quebradona Abajo, Quebradona Arriba, Galilea, Los Planes, Malpaso, Campo Alegre, El tabor, El Edén y la Cascada.
- Cuenca Zona Fría, Corresponde las veredas: El Chuscal, San Miguel, La Honda, El Concilio, La Aurora, Reyes, las Vegas, Cristalina cebadero, San Esteban, el Vergel, La María El Progreso, San Matías, La Milagrosa, Minitas, Vahitos.
- Cuenca Tafetanes, corresponden las veredas: La Quebra, Jardín, Tafetanes, La Primavera, Cristalina cruces.

Mapa 1. División Político-Administrativa y límites. Municipio de Granada – Antioquia, 2023



Fuente: Alcaldía Municipal, Granada – Antioquia, 2023

Dentro de la extensión territorial del municipio se poseen tres tipos de climas; en zona fría, hay ubicadas 16 veredas que van de los 2.500 los 2.600 m. s. n. m., en la zona templada entre los 1.500 y 1.999 m. s. n. m, existen 24 veredas y en zona caliente entre 1.050 y 1.499 m. s. n. m, se tienen 11 veredas.

Tabla 1 Distribución territorial Municipio de Granada

Municipio	Extensión Urbana (Km2)		Extensión Rural (Km2)		Extensión Total (Km2)	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Granada	0,67	0.85%	194,33	99.14%	195	100

Fuente: CORNARE

Historia

Este territorio fue descubierto en 1540 por el señor Francisco Núñez Pedrozo, conquistador español. Inicialmente el territorio granadino estaba bajo la jurisdicción del Municipio de Marinilla; en 1790 la localidad obtuvo el estatus de pedanía bajo la vigilancia de Marinilla, en 1804 la primera capilla de la población fue construida en lo que hoy hace parte de la vereda Las Vegas, diez años más tarde, la capilla sería trasladada al lugar que hoy ocupa. El Municipio fue erigido en 1817 a categoría de Parroquia, se le conoció como Santa Bárbara de Larisa, Santa Bárbara de los Baos o Vahos, nombre que tuvo hasta que en 1903, la asamblea departamental de Antioquia le cambiara el nombre por Granada.

Sitios de interés

Los siguientes destinos turísticos no solo constituyen el legado invaluable en términos históricos, culturales y ambientales del Municipio de Granada, Antioquia, sino que también enriquecen la experiencia de quienes los visitan con su riqueza y diversidad.

- **Casa del Padre Clemente Giraldo:** monumento histórico departamental, Ubicada en el Parque Principal. Es una casa de estilo colonial que cuenta con un museo de los objetos personales del Padre Clemente Giraldo, quien fue párroco durante 62 años y quien está en proceso de beatificación, fue declarada Monumento Histórico Nacional y actualmente en ella funciona la Fundación Educativa Pedro Antonio Gómez, donde se dictan cursos de artes y oficios, sistemas, peluquería y modistería
- **Iglesia Parroquial:** Ubicada en el Parque Principal. Fue capilla desde 1821, erigida como parroquia en 1944, declarada Monumento Nacional y considerado símbolo de la identidad histórica

Figura 1 Parroquia Santa Bárbara. Municipio de Granada – Antioquia, 2023.



Fuente: Alcaldía Municipal Granada – Antioquia, 2023

- **Parque Principal:** Tiene un monumento al padre Clemente Giraldo, una caseta en su centro y jardineras. Lo rodean la Alcaldía Municipal, la Casa de la Cultura, la Umata, el Templo Filial y locales comerciales.

Figura 2 Parque Principal. Municipio de Granada – Antioquia, 2023

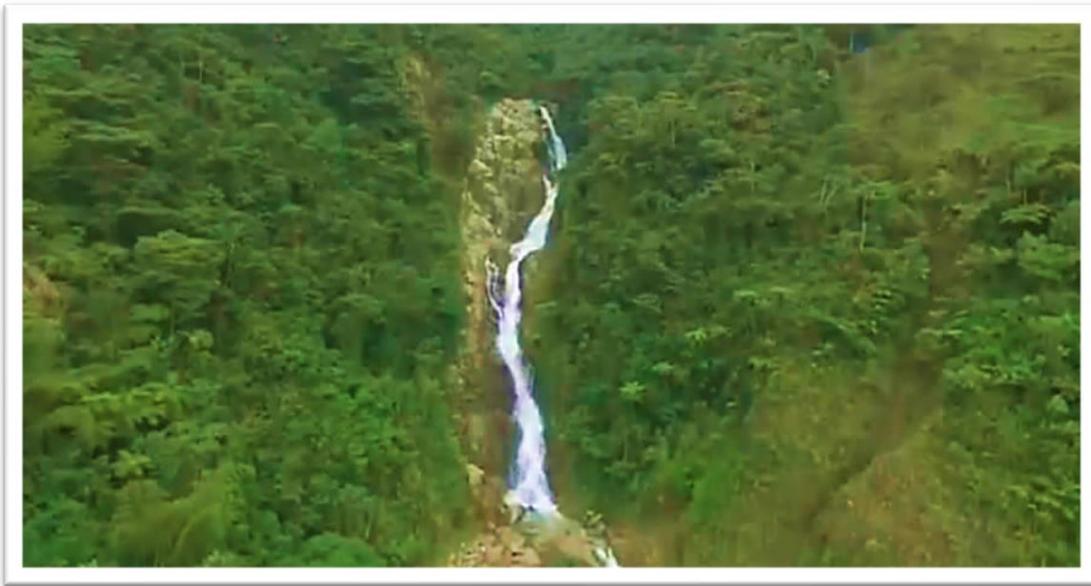


Fuente: Alcaldía Municipal Granada – Antioquia, 2023

- **Casa de la Cultura:** Fue el lugar de residencia de las Hermanas Franciscanas quienes llegaron al Municipio de Granada en el año de 1940 y han liderado la educación en el pueblo.

- **Coliseo Municipal:** El Coliseo Municipal, construido en la época de los 90's, es en la actualidad el escenario donde más se practica el deporte dentro del municipio gracias a su ubicación y confort.
- **Salto de la Cascada:** Caída de agua de más de 100 m. de altura. Allí funcionaba la antigua planta de energía del municipio.
- **Charcos del Ramal:** a 4 kms. del casco urbano, piscinas de aguas cristalinas para disfrutar del baño.
- **Charcos de la Vereda Tefanes:** ubicado en la carretera al Municipio de San Carlos, a 15 kms del casco urbano. Son piscinas naturales, cristalinas y puras, aptas para bañarse y disfrutar del día.
- **Museo de Ciencias Naturales:** Ubicada a 3 cuadras del Parque Principal. Tiene ejemplares embalsamados de la fauna regional, y algunas muestras etnográficas de comunidades de la zona.

Figura 3 Salto de la Cascada. Municipio de Granada – Antioquia, 2023.



Fuente: Alcaldía Municipal Granada – Antioquia, 2023.

Figura 4 Museo de Ciencias Naturales. Municipio de Granada – Antioquia, 2023



Fuente: Alcaldía Municipal Granada – Antioquia, 2023.

- **Finca Comunitaria Tierra Viva:** Salida a Medellín, a 1 km. del casco urbano. Sitio para el disfrute de la naturaleza, cultivos y animales domésticos. Puede disfrutar de piscina y realizar caminatas por un sendero ecológico en el lugar.
- **Museo y Salón del "NUNCA MÁS":** El primer lugar de memoria de Colombia construido por una comunidad. Con series fotográficas que visibilizan los rostros de las víctimas e infografías con datos clave sobre el conflicto armado, han ido alimentando el que hoy se reconoce como uno de los lugares de memoria más importantes del país para dignificar a las víctimas.

Figura 5 Museo del "Nunca Jamás". Municipio de Granada – Antioquia, 2023.



Fuente: Alcaldía Municipal Granada – Antioquia, 2023.

Accesibilidad geográfica

Las vías urbanas presentan una cuadrícula cuyo punto principal y articulador es el parque principal, y la variante (carrera 23 Junín) convirtiéndose en un eje estructurante. El ancho de las calzadas de las vías urbanas varía entre 3.0 y 10.6 m. La iluminación y señalización son deficientes, muchos de los andenes son discontinuos y muy estrechos, lo que les impide cumplir su función. La mayoría de las vías urbanas están pavimentadas, pero un gran porcentaje, presentan un avanzado deterioro.

Las vías terciarias rurales tienen una longitud total de 123 Km, en mal estado, el mantenimiento se realiza en un alto porcentaje a través de convites donde es relevante el compromiso de la comunidad y el apoyo del municipio, con los escasos recursos técnicos y económicos con que cuenta. Las vías no tienen las suficientes obras de arte, lo que hace que el deterioro sea progresivo y la inversión en el mantenimiento ineficaz, también influyen las fuertes pendientes, el tipo de suelos y las condiciones climáticas. Lo anterior genera aumento de los tiempos de recorrido y mayor deterioro de los vehículos.

La comunidad en general reclama mayor mantenimiento de las vías en lo relacionado con limpieza de obras, remoción de derrumbes, afirmado, construcción de más obras de arte, al igual que mantenimiento de caminos. Estas acciones son coordinadas por el municipio, el cual paga jornales a la comunidad para que realicen algunas actividades, pero estos siempre son insuficientes.

A nivel departamental la Autopista Medellín – Bogotá por su estrecha relación con el municipio, influye en las dinámicas sociales y económicas, facilita el intercambio con la Subregión el Departamento y la Nación. En las vías secundarias se tiene: El Santuario- Granada, Granada - San Carlos, Granada – San Luis, Granada – Cocorná, Granada – El Peñol, a través de las cuales se establece comunicación con los municipios vecinos. Este sistema vial secundario requiere de inversión de recursos del orden departamental, por ser de su competencia, para mejorar sus características de transitabilidad (casos patentes: Vía El Santuario- Granada en el KO+800 donde se tiene una gran falla geológica que requiere con urgencia una variante alternativa para prever la incomunicación con el Oriente lejano; la vía Granada por la Sonadora, interrumpida por pérdida de banca).

Figura 6 Falla Geológica, vía comunicación Municipio de Granada y El Santuario – Antioquia, 2023.



Fuente: Alcaldía Municipal Granada – Antioquia, 2023.

En cuanto a la red vial terciaria se tienen un total aproximado de 145 kilómetros, esta red vial, es vital para el desarrollo del municipio y en términos generales, presenta un estado regular o malo, debido en mucha parte a la limitación de recursos y al invierno. Para el municipio es muy importante que se avance en la pavimentación de la vía Granada – San Carlos y por ello adelanta gestiones de manera conjunta con los Municipios de San Carlos y San Luis, a fin de lograr la financiación y ejecución de esta obra.

Figura 7 Avances Vía Granada – San Carlos. Departamento de Antioquia, 2023



Fuente: Alcaldía Municipal Granada – Antioquia, 2023.

En el mes de octubre del año 2022, se reunió la Secretaría de Infraestructura de la Gobernación de Antioquia, el Comité de Seguimiento de las obras de pavimentación de la Vía Granada-San Carlos y las conclusiones son poco alentadoras. Hay ya un retraso de un 13% en la ejecución de los trabajos.

En el Comité de Seguimiento hace presencia la Secretaría de Infraestructura, la Asamblea de Antioquia, las alcaldías de Granada y de San Carlos y los Comités de Veeduría Comunitaria de los dos municipios. Esta información prende las alarmas por cuanto un anterior contratista, San Vicente Idor, incumplió un contrato anterior dejando, además, deudas millonarias con varios proveedores y, por lo menos, cuatro kilómetros sin pavimentar. Las comunidades se reunieron con delegados del Consorcio Vías de Antioquia, en la Escuela de la Vereda La Quiebra y escucharon la propuesta de hacer modificaciones de algunos ítems al contrato inicial y poder así subsanar los plazos y darles celeridad a las obras. De momento, se realizan transversales, pilotes y cajas de cunetas, a la espera que la Gobernación le dé trámite a los cambios propuestos que, según explicaron, se requiere ese aval a la mayor brevedad.

Como se puede observar en la siguiente tabla, existen veredas ubicadas a unas distancias relativamente alejadas del casco municipal, donde además de ser necesario abordar carro, también se debe terminar de acceder a pie o a caballo. Las veredas más alejadas del municipio son: La Arenosa, El Tablazo y la Merced. Las vías de acceso en este momento se encuentran en condiciones favorables, pero hay ocasiones (invierno) que se deterioran notoriamente, perjudicando el desplazamiento hacia estos lugares.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros. Municipio de Granada - Antioquia, 2023.

Veredas	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
LOS MEDIOS	1.30 HORAS	28 km	Vehículo
SANTA ANA POR LA QUIEBRA	2.00 HORAS	30 KM	Vehículo
SANTA ANA POR GALILEA	1.50 HORAS	26 km	Vehículo
LAS PALMAS	2.30 HORAS	39 km	Vehículo
LA MARIA EL PROGRESO	0.05 HORAS	1 km	Vehículo
SAN MATIAS	1.00 HORAS	5 km	Vehículo
EL CONCILIO	0,20 HORAS	8 km	Vehículo
EL VERGEL	0,45 HORAS	12 km	Vehículo
LA PRIMAVERA	1.20 HORAS	14 km	Vehículo
LA AGUADA	1.45 HORAS	28 km	Vehículo
EL EDEN	0.20 HORAS	8 km	Vehículo
LA HONDA	0,15 HORAS	7 km	Vehículo

Veredas	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
BUENA VISTA	1.30 HORAS	28 km	Vehículo
LA AURORA	0,15 HORAS	7 km	Vehículo
LAS FALDAS POR GALILEA	1.50 HORAS	25 km	Vehículo
LA CASCADA	0.45 HORAS	10 km	Vehículo
MINITAS	0.25 HORAS	6 km	Vehículo
EL LIBERTADOR	1.30 HORAS	18 km	Vehículo
LA QUIEBRA	1.00 HORAS	20 km	Vehículo
REYES	0.20 HORAS	7 km	Vehículo
MALPASO	1.10 HORAS	11.5 km	Vehículo
EL ROBLE	0.20 HORAS	6 km	Vehículo
LA ARENOSA	1.45 HORAS	18 km	Vehículo
LA ESTRELLA	1.50 HORAS	26 km	Vehículo
LA GAVIOTA	1.30 HORAS	28 km	Vehículo
LOS PLANES	1.15 HORAS	13 km	Vehículo
EL ROBLAL	1.25 HORAS	25 km	Vehículo
LA SELVA	1.30 HORAS	23 km	Vehículo
CRISTALINA CEBADERO	0.10 HORAS	2 km	Vehículo
EL JARDIN	0.45 HORAS	9 km	Vehículo
BELLA MARIA	1.50 HORAS	26 km	Vehículo
SAN FRANCISCO	2.20 HORAS	31 km	Vehículo
LAS VEGAS	0.15 HORAS	2.5 km	Vehículo
TAFETANES	1.40 HORAS	17 km	Vehículo
LA MILAGROSA	0.30 HORAS	8 km	Vehículo
GALILEA	1.35 HORAS	17 km	Vehículo
SAN ESTEBAN	0.10 HORAS	2 km	Vehículo
LA MERCED	2.35 HORAS	35 km	Vehículo
QUEBRADONA ABAJO	1.30 HORAS	15 km	Vehículo
EL TABOR	1.00 HORAS	10 km	Vehículo
EL TABLAZO	3.00 HORAS	22 km	Vehículo
EL OSO	1.50 HORAS	26 km	Vehículo
EL CHUSCAL	1.20 HORAS	14 km	Vehículo

Veredas	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
VAHITOS	0.30 HORAS	6 km	Vehículo
EL MORRO	1.30 HORAS	23 km	Vehículo

Fuente: Alcaldía Municipal Granada – Antioquia, 2023.

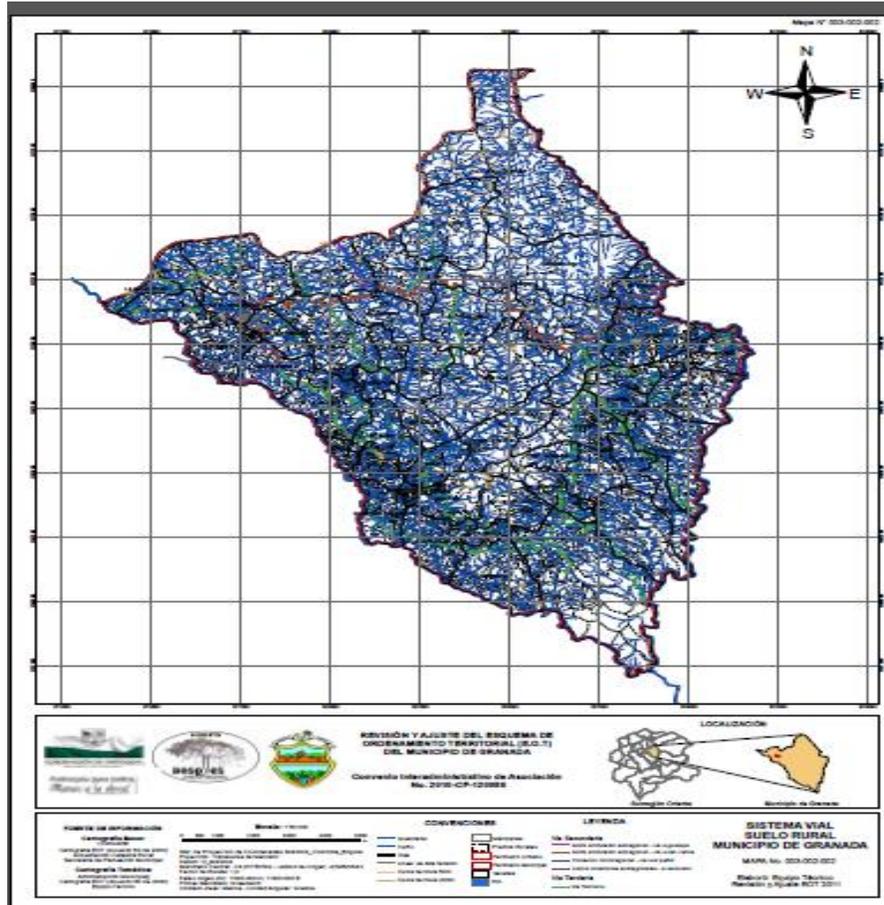
Como se puede apreciar en la siguiente tabla los municipios vecinos de Granada, tienen una distancia corta entre un municipio y otro, en cuanto a las condiciones viales, para los municipios de El Santuario y El Peñol la vía está en buen estado; para el municipio de San Carlos, la vía ha sido de más difícil acceso durante años, aunque es de resaltar que se ha mejorado notoriamente y una parte de esta vía se encuentra pavimentada y se pretende llegar la pavimentación total.

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros. Municipio de Granada hacia los municipios vecinos, 2023.

Municipio	Municipio vecino	Distancia en Kilómetros	Tipo de transporte entre	Tiempo estimado del traslado entre el	
				horas	minutos
Granada	EL SANTUARIO	12	BUS	0	30
Granada	SAN CARLOS	44	BUS	1	30
Granada	EL PEÑOL	25	BUS	1	15
Granada	COCORNA	42	BUS	1	35

Fuente: Alcaldía Municipal Granada – Antioquia, 2023

Mapa 2. Vías de comunicación. Municipio de Granada, 2023



Fuente: Alcaldía Municipal Granada – Antioquia, 2023.

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

Suelos

En el Municipio de Granada debido a la constitución de los suelos y a la alta lluviosidad que se presenta, y de acuerdo con las características del material parental desarrollado sobre granodioritas, cuarzodioritas, aluviones y coluviones, unidos a las pendientes superiores al 50% los suelos se clasifican con alta susceptibilidad a la erosión. La roca sobre la cual está ubicada el Municipio es principalmente ígnea (volcánica), perteneciente al batolito antioqueño, cuya edad aproximada es de 160 millones de años. Usualmente estas rocas son duras, pero debido al clima de Granada sobre todo a las lluvias, han sufrido un proceso de meteorización, al cual se debe que la roca sea blanda y desmoronadle en un espesor hasta de 40 metros en algunos sitios. En otras partes se observan afloramientos rocosos del batolito que corresponde a pedazos de rocas que salen a la superficie debido a la erosión y que se encuentran poco meteorizados. Los suelos desarrollados a partir de esta roca y de la roca volcánica que la cubre se caracterizan por ser ácidos, saturados y con alto contenido de aluminio. Son suelos de arena fina y de drenaje rápido, químicamente tienen deficiencia de fósforo, el cual se

subsidia mediante la aplicación de fertilizantes. En todo el municipio son comunes los procesos erosivos desde leves hasta procesos severos.

Recursos hídricos

Por sus condiciones climáticas y morfológicas, el Municipio de Granada es rico en recursos hídricos. Este territorio se encuentra cruzado por gran cantidad de ríos, quebradas y arroyos cuyos recorridos los definen cinco cadenas montañosas que les dan origen y sirven de cauce. Las características climáticas y de relieve propias del Municipio favorecen la proliferación de pequeñas corrientes que, generalmente, se unen entre sí para formar quebradas de mayor caudal, estas, a su vez, se unen en grandes quebradas que van a desembocar a los ríos San Matías, Calderas y Telefanes y a las quebradas La Honda, y Santa Bárbara.

La red hidrográfica, por tanto, está compuesta por las cuencas de estos dos ríos, cuyas aguas forman parte la cuenca del Río Cocorná y del embalse de Calderas; es importante mencionar que la microcuenca de la quebrada de Minitas afluente del río San Matías, surte el acueducto Urbano y que las quebradas El Panteón, Occidente y La María, afluentes de la quebrada Santa Bárbara, atraviesan la zona urbana del Municipio; el destino final de todas las aguas que corren el Municipio es el río Cocorná.

Algunas de las principales corrientes hídricas del municipio son:

- **Río San Matías:** Este sirve de límites entre el Municipio de Granada y el Municipio de El Santuario. De esta cuenca son tributarias las quebradas Las Pelonas, Ana Vergara, Quebradona y Las Faldas, El Astillero, La Arenosa y Minitas, entre otras. Es un río caudaloso, de topografía muy quebrada en la mayor parte de su recorrido hasta llegar hasta el sector de playas donde disminuye notoriamente su pendiente formando un valle amplio.
- **Río Calderas:** Define el límite entre el Municipio de Granada con los Municipios de San Carlos y San Luis. Son tributarias de este río las quebradas La Aguada, Las Dantas, Calderas, Los Medios, La Merced, Peñoles, El Pajal, Contentos, Las Palmas, El Oso, El Hachito, Buenos Aires y El Zancudo. Es un río muy caudaloso con topografía muy quebrada, sus aguas son captadas hacia el embalse de Calderas en jurisdicción del Municipio de San Carlos.
- **Río Tafetanes:** Es una zona rica en aguas, con topografía muy quebrada al norte y más suave hacia el sur. Sus principales afluentes son las quebradas Santa Bárbara, El Chuscal y Carrizales. Las aguas del río Tafetanes son vertidas al río San Matías en jurisdicción de la vereda Quebradona Abajo. Sus aguas son representadas en la vereda La Quiebra y son conducidas hacia el embalse de Calderas para la producción de energía. Acerca de las represas para la producción de energía eléctrica.
- **Quebrada Santa Bárbara:** El casco Urbano del Municipio está ubicado en la parte media de una vertiente larga, disertada por las quebradas La María, Occidente y Panteón que drena a la quebrada Santa Bárbara la cual cruza en el casco urbano en el borde noroccidental y recoge las aguas residuales de todas las viviendas. Las riberas de estas quebradas están muy erosionadas para lo cual se ha

adecuado obras complementarias como muros, vallados, puentes y canalizaciones para contrarrestar la acción del agua. Durante las crecidas se presentan desbordes de las aguas y por consiguiente inundaciones de viviendas cercanas. La quebrada Santa Bárbara forma una caída alta en la vereda La Cascada y luego vierte sus aguas al río Tafetanes a la altura de la vereda Malpaso.

- **Quebrada Minitas:** Esta quebrada afluente del río San Matías se encuentra al noreste del Municipio en los límites entre el Municipio de Peñol y el Municipio de Granada. Sus aguas son captadas por medio de un dique sumergido, luego por un túnel va hasta el desarenador, pasa a tanques de almacenamiento y de allí se distribuyen a las viviendas por tubería. La importancia de esta quebrada radica precisamente en que abastece al 90% de la población del casco urbano de agua para el consumo y actividades domésticas.

Medio ambiente

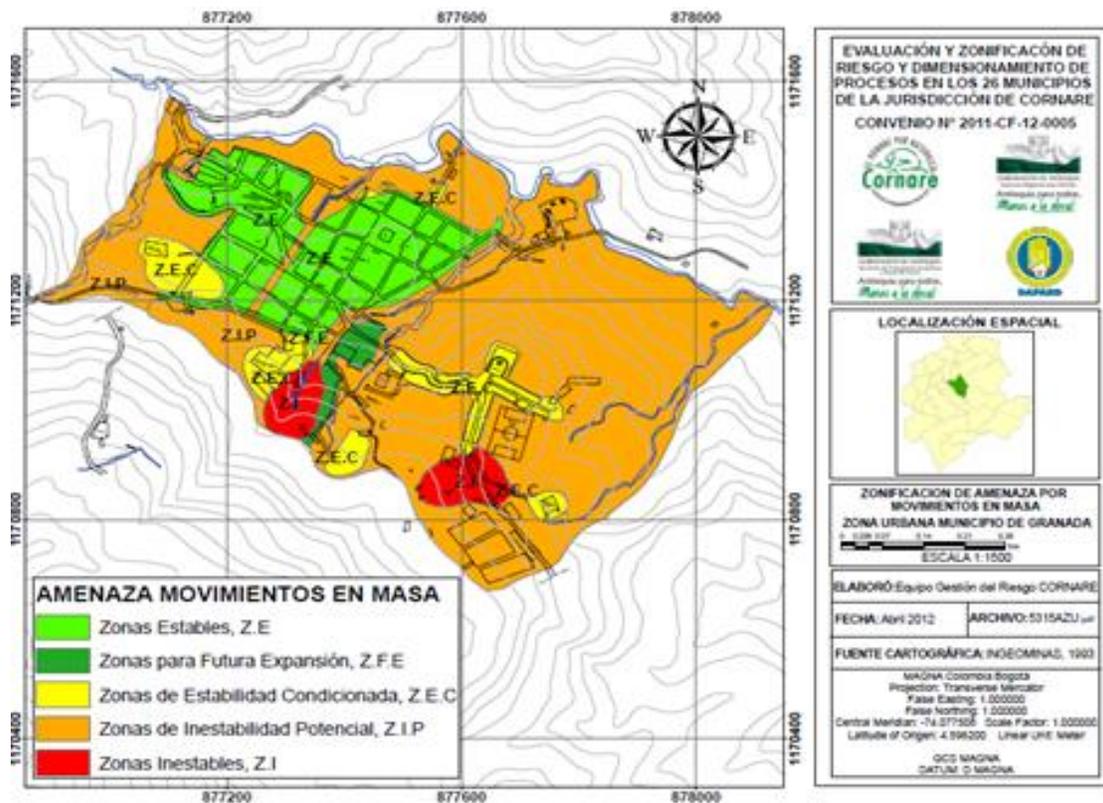
El origen colonizador del territorio donde actualmente se localiza el Municipio, ha provocado la destrucción de los bosques primarios, actualmente solo el 10% del territorio se encuentra cubierto por rastrojos y bosques secundarios, donde prevalecen especies típicas de bosque húmedo. En un estudio realizado durante 1997, dentro del convenio CORNARE – Municipio se hizo el inventario de árboles y arbustos, aves y mamíferos de las áreas que aún se encuentran pobladas con bosques secundarios y rastrojos altos. A pesar de que estos bosques constituyen solo fragmentos boscosos fuertemente intervenidos, son de gran importancia por conformar la fuente de recursos forestales para los campesinos, porque protegen las fuentes de agua y porque albergan especies de fauna y flora conformando la reserva biológica. Una gran cantidad de especies de fauna y flora encontradas, muestran los contrastes climáticos del Municipio, ya que se encuentran desde especies propias del bosque de niebla hasta especies propias del Magdalena Medio; esto corrobora que la diversidad climática trae la diversidad biológica.

Zonas de Riesgo

Actualmente los residuos de bosques secundarios y los rastrojos altos son utilizados para la extracción de varadera usadas en los cultivos, para leña, para elaboración de estacones para los cercos de las fincas. Las consecuencias de dichas prácticas son el deterioro de zonas productoras de agua, disminución de los caudales de las fuentes de agua, alto grado de sedimentación de las orillas de las quebradas, entre otras. Debido a la constitución de los suelos, a la alta pluviosidad, a las pendientes superiores al 50%, los suelos del municipio se clasifican como de alta susceptibilidad a la erosión. También acciones del hombre como obras civiles y prácticas agropecuarias inadecuadas hacen común en el municipio los procesos erosivos desde leves hasta severos. El uso intensivo de agroquímicos, promovido por el programa de desarrollo rural integrado DRI desde la década de los 70, es una práctica continua en los productores agropecuarios. La ausencia de condiciones técnicas y el manejo de estos productos promueven su uso en mezclas, cantidades y frecuencias inapropiadas que ponen en peligro la salud de los campesinos, aumentan los costos de producción y aumentan la resistencia de plagas y enfermedades. También el incremento del uso de madera para la cocción de alimentos, tanto en el área urbana como rural, la incineración de llantas como combustible para el procesamiento de la caña, la aplicación de pinturas en áreas públicas por parte de los trabajadores de talleres y ebanisterías, son factores que

contaminan el aire e inciden en la salud; a la Problemática ambiental se le suma la deficiente cultura, conocimiento y participación social para la acción ambiental de la comunidad granadina.

Mapa 3. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo. Municipio de Granada - Antioquia, 2023



Fuente: Planeación Municipal Granada – Antioquia, 2023.

1.2 Contexto poblacional y demográfico, Población, Población por pertenencia étnica

Población total

Para el año 2023 la población total del Municipio de Granada es de 10.700 habitantes, de acuerdo a las proyecciones poblacionales a partir del censo DANE del 2018. La población del municipio en el 2023, comparado con el 2005 presenta una reducción de 2.26 puntos porcentuales, que puede estar explicado por los ajustes poblacionales realizados por el DANE y se espera que para el 2030 un incremento de 4.21% comparado con el 2023.

Densidad poblacional por km2

La densidad de población es una medida de distribución de población, que es equivalente al número de habitantes dividido entre el área donde habitan. Indica el número de personas que viven en cada unidad de superficie, y normalmente se expresa en habitantes por km2.

El municipio de granada cuenta con una extensión de 185 Km2, en el cual habitan aproximadamente 57.83 personas por cada kilómetro cuadrado. En cuanto a la zona rural existen 25 personas por cada kilómetro cuadrado, dato de gran importancia para los procesos de planeación para la implementación de estrategias de promoción y prevención que se direccionan desde el sector salud y los diferentes procesos de la vida municipal. En cuanto a la zona urabana se encuentran 1.677 personas por kilómetro cuadrado que facilita la focalización de la población pero también brinda alertas sobre las enfermedades transmisibles.

Población por área de residencia

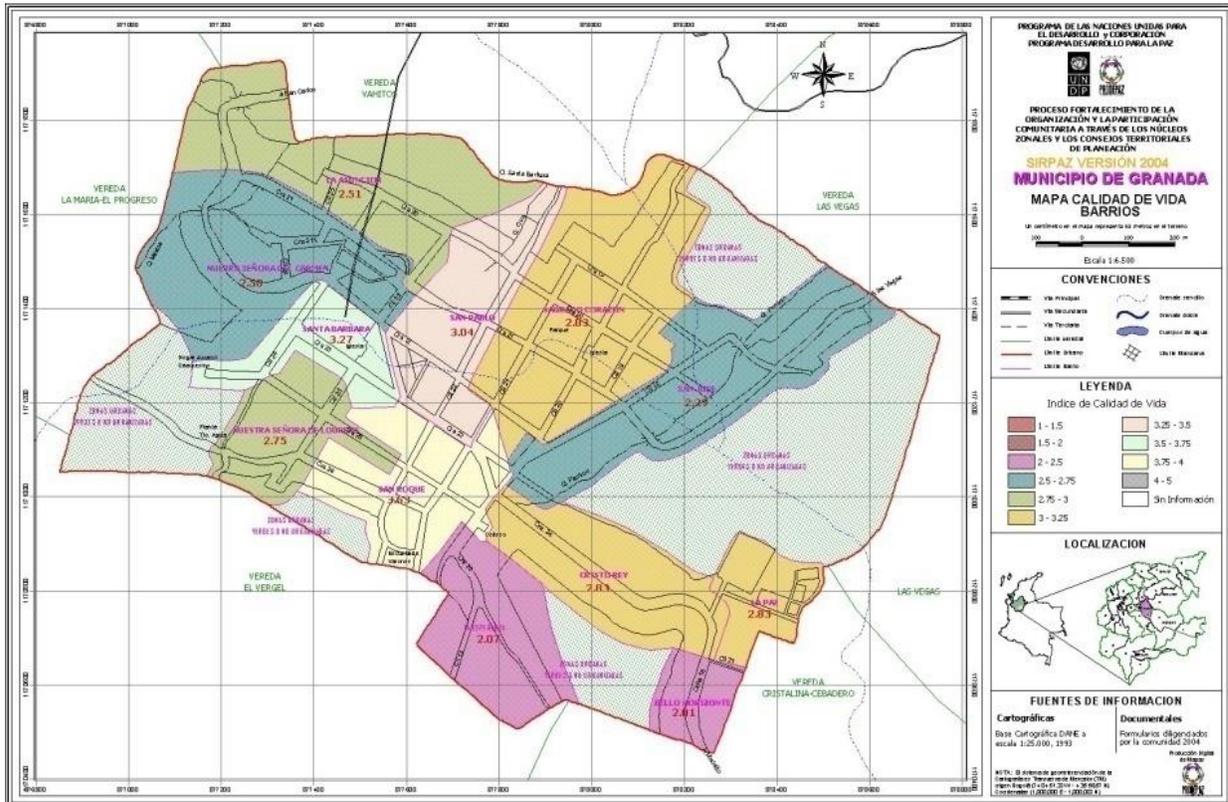
De acuerdo con la distribución de la población por área de residencia en el municipio de Granda el 58% (6.208) de la población reside en la cabecera municipal. Este porcentaje representa una diferencia importante en la distribución de la población según zona de residencia y es de relevancia para la toma de decisiones, asignación de recursos desde un enfoque territorial.

Tabla 4. Población por área de residencia. Municipio de Granada – Antioquia, 2023.

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
N°	%	N°	%		
6.208	58,0	4.492	42,0	10.700	58,0

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Mapa 4. Población por área de residencia. Municipio de Granada - Antioquia, 2023.



Fuente: Planeación Municipal Granada – Antioquia, 2023.

Grado de urbanización

El Municipio de Granada para el año 2023, cuenta con un grado de urbanización del 58%, lo que significa que más de la mitad de la población se ubica en la zona urbana, en sólo 3,7 Km de territorio, lo que puede generar, hacinamiento y que la población esté más cerca y puedan tener más riesgos tanto sociales como un ambiente propicio para enfermedades transmisibles.

Número de viviendas

El Municipio cuenta al año 2022 con 6405 viviendas en total; en la zona urbana cuenta con 337 vivienda y en la zona rural con 3068. En relación con el material predominante de las paredes podemos encontrar que la gran mayoría están construidas con ladrillo, tapia pisada o adobe correspondiente al 97% de las unidades de vivienda y el restante 3% en bahareque. El material predominante en los pisos de las unidades de vivienda del municipio en un 54.5% es cemento o gravilla, el 39,2% es de baldosa, 1.72 en madera burda y 0,84 en tierra o arena. Con lo que se puede concluir que son muy pocas las viviendas que no tienen ningún tipo de material en el piso.

Número de hogares

El municipio de Granada al año 2022, cuenta con 3252 hogares en la zona urbana, y 1349 en la zona rural.

Población por pertenencia étnica

Para el Municipio de Granada en el año 2023, se encuentran 117 personas auto reconocidas como indígenas (1,27%), otras 163 personas como negro(a), mulato(a), afrodescendientes, afrocolombiano(a) equivalente al 1,77% del total de la población y una persona más auto reconocida como Palenquero(a) de san Basilio (0,01%) y un 96.02% refiere no pertenecer a ningún grupo étnico.

Tabla 5. Población por pertenencia étnica. Municipio de Granada - Antioquia, 2023.

Autoreconocimiento étnico	Casos	%
Gitano(a) o Rrom	0	0,00
Indígena	117	1,27
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	163	1,77
Ningún grupo étnico	8.838	96,02
No informa	85	0,92
Palenquero(a) de San Basilio	1	0,01
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0,00
Total	9.204	100

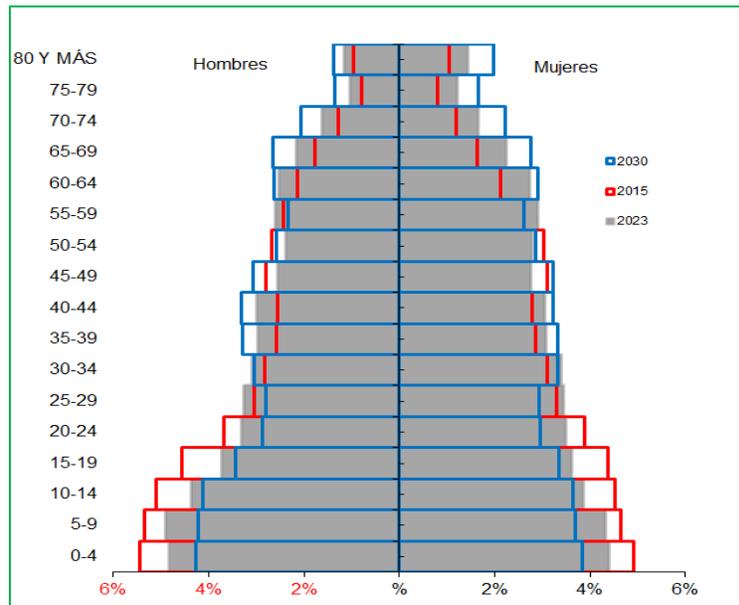
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

1.2.1. Estructura demográfica

La estructura demográfica del municipio de Granda permite evidenciar un proceso de envejecimiento, en la base. Se identifica una reducción importante de la población de 0 a 24 años, en ambos sexos e el año 2023, comparado con el 2015 y se espera este fenómeno se mantenga en el año 2030, conforme a las proyecciones poblacionales.

La población económicamente activa del municipio presenta un crecimiento en el 2023, comparado el 2015, y es preciso por eso proceso de maduración y envejecimiento de la población y que se debe apostar a proceso que aumenten esa fuerza laboral. En cuanto a la población mayor de 65 años se evidencia un crecimiento, el cual se espera que en el 2030 sea mayor en las mujeres que en los hombres. El Municipio debe estar preparado para la atención de la población adulta mayor, ofreciéndoles adecuados servicios de salud, por lo cual la política del adulto mayor debe ser clara y sostenible.

Figura 8. Pirámide poblacional. Municipio de Granada – Antioquia, 2015, 2023, 2030.



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Población por grupo de edad

Al observarse el comportamiento según ciclo vital de la población del Municipio de Granada en los años 2015, 2023 y proyección al año 2030, se indica que el número de personas de todos los ciclos vitales presentaron disminución con respecto al 2015, a excepción de la población adulta y personas mayores; la disminución más notable se dio en el ciclo de la adolescencia; mientras para la proyección al año 2030 frente al año 2023, se espera que ese fenómeno por ciclo vital se mantenga.

Tabla 6. Proporción de la población por ciclo vital. Municipio de Granada – Antioquia, 2015, 2023, 2030.

Ciclo vital	2015		2023		2030	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	1.356	12,4	1.192	11,1	1.083	9,7
Infancia (6 a 11 años)	1.300	11,9	1.151	10,8	1.061	9,5
Adolescencia (12 a 18)	1.421	13,0	1.153	10,8	1.129	10,1
Juventud (19 a 26)	1.306	11,9	1.167	10,9	1.041	9,3
Adulthood (27 a 59)	4.059	37,1	4.130	38,6	4.425	39,7
Persona mayor (60 y más)	1.505	13,7	1.907	17,8	2.412	21,6
TOTAL	10.947	100	10.700	100	11.151	100

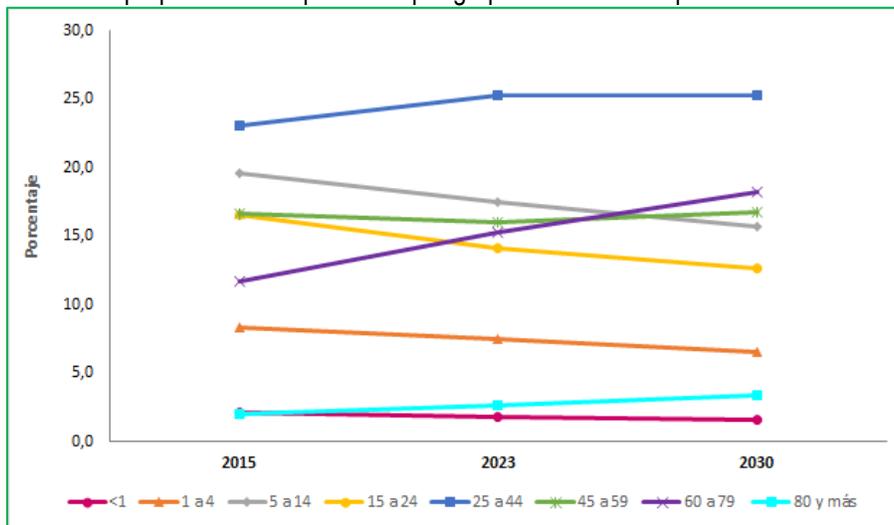
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Cambio en la proporción de la población por grupo etarios

Según el cambio en la proporción de los grupos etarios en el Municipio de Granada, en los años 2015, 2023 y proyección al año 2030, se indica un aumento constante en los grupos de edad de 60 a 79 años (mayor crecimiento) y de 80 años en adelante, que respalda la premisa del proceso de envejecimiento que atraviesa la población del municipio; mientras el grupo de menores de 1 año muestra un descenso constante para cada uno de los años analizados.

Para los años 2015, 2023 y proyección al año 2030, los grupos de edad que más población aglomeran son los de 25 a 44 años y de los 5 a 14 años. Puede indicar esto un panorama favorable para la dinamización económica del municipio, pues es ésta una edad productiva, sin embargo, el fenómeno migratorio continúa, esta vez por la búsqueda de mejores oportunidades laborales y académicas en las ciudades principales; lo anterior sugiere la búsqueda e implementación de acciones que orienten a esta población en la búsqueda de mayores oportunidades educativas en los diferentes rangos de formación, así como mayores posibilidades de acceso a un mundo laboral con sus respectivas garantías.

Figura 9. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios. Municipio de Granada 2015, 2023, 2030.



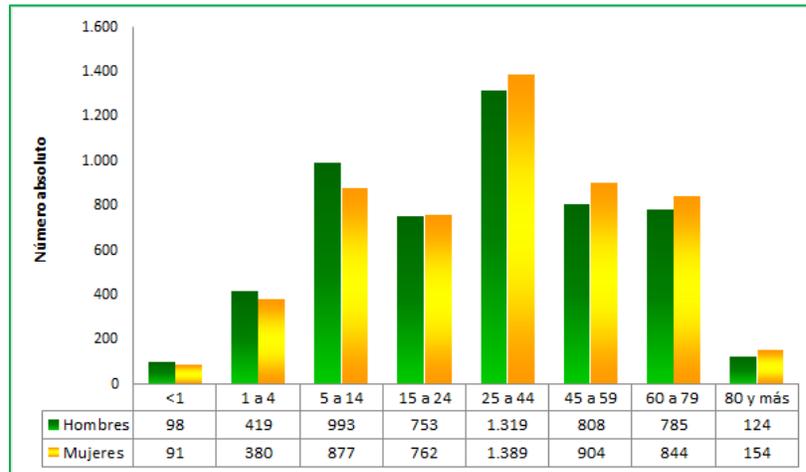
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Población por sexo y grupo de edad

Según el comportamiento de la población por grupos etarios y sexo en el Municipio de Granada para el año 2023, se observa que se cuenta con una mayoría de población femenina con un 50,5%, frente a un 49,5% de población masculina. Esto define la necesidad de definir procesos de planeación con enfoque de género para disminuir las brechas de desigualdad entre hombre y mujeres.

Este análisis también permite inferir que hasta los 14 años existen más hombres que mujeres en el municipio, pero dicha distribución se modifica en el resto de grupos de edad, lo cual puede estar explicado por proceso de migración o muertes en los hombres del municipio más que en las mujeres.

Figura 10. Población por sexo y grupo de edad. Municipio de Granada – Antioquia, 2023



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Otros Indicadores demográficos

Relación hombres/mujer: para el año 2023, en el municipio existen 98 hombres por cada 100 mujeres, este indicador refuerza lo antes relacionado con la distribución por sexo en el municipio y la importancia para los procesos de planeación.

Índice de envejecimiento: En el año 2015 de 100 personas, 46 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 64 personas.

Índice demográfico de dependencia: Para el año 2023, en el municipio de Granada por cada 100 personas en edad económicamente activa existen aproximadamente 65 personas mayores de 65 años o menores de 15 que son dependiente por su inactividad económica. Teniendo en cuenta el aumento de la población adulto y la disminución que registra el municipio en la población menor de 15 años y que se espera que dichas condiciones se mantengan para el 2030, el municipio avanza en la generación de estrategias que permitan la ocupación de la población económicamente activa.

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. Para el caso del Municipio de Granada, este índice al año 2015 mostraba una población joven, para el año 2022 se redujo hasta llegar a una población madura y se proyecta con esta misma tendencia al año 2025.

Tabla 7. Otros indicadores de estructura demográfica. Municipio de Granada - Antioquia, 2015, 2023, 2030.

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2015 por cada 100 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2023 por cada 98 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2015 por cada 44 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2023 por cada 40 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2015 de 100 personas, 30 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 27 personas
Índice de juventud	En el año 2015 de 100 personas, 23 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 21 personas
Índice de vejez	En el año 2015 de 100 personas, 14 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 18 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2015 de 100 personas, 46 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 67 personas
Índice demográfico de dependencia	En el año 2015 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 65 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 65 personas
Índice de dependencia infantil	En el año 2015, 50 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, 16 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 21 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: DANE, SISPRO, MSPS

1.2.2. Dinámica demográfica

Tasa de crecimiento natural: El crecimiento de la población del municipio de Granada presenta un comportamiento fluctuante entre el periodo comprendido entre 2005 a 2021 con tendencia a la disminución en la velocidad del crecimiento para el último de estudio. Para el último periodo se registraron más nacimientos que muertes en el municipio, teniendo en cuenta que el crecimiento natural está constituido por la diferencia entre los nacimientos y las defunciones ocurridas en el periodo de año.

Tasa bruta de natalidad: para el año 2021 en el municipio de Granada se presentaron 13 nacimientos por cada mil habitantes y esta tasa permanece constante con respecto al año inmediatamente anterior. En todo el periodo de estudio ha presentado un comportamiento fluctuante, con una reducción importante en el año 2009, en el cual se presentaron 7.6 embarazos por cada cien mil habitantes.

Tasa bruta de mortalidad: para el Municipio de Granada en el periodo 2005 – 2021, la tasa de mortalidad presenta un comportamiento oscilante, con tendencia al aumento en el 2021(6.1), comparado con todos los años de estudio excepto 2005 en cual se presentó la tasa de mortalidad más alta (8.9).

Figura 11. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural, Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021.



Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Tasas específicas de Fecundidad

- Mujeres de 10 a 14 años:** esta tasa se evidencia en ceros en el 64.7% de los años analizados, con la tasa más alta el año 2011 con 6,62 embarazos por cada mil mujeres; para el año 2020 se indicaron 2,53 embarazos por cada mil mujeres, lo que indica una tendencia al aumento frente al año 2019 (0) y en el año 2021, se registra un incremento importante de embarazos en adolescentes. Es importante que se generen diferentes procesos en sector educación y salud para la implementación de proyectos de vida que permitan posponer los embarazos en esta población, masificar el deporte, los procesos culturales entre otros.
- Mujeres de 15 a 19 años:** esta tasa se evidencia con un comportamiento fluctuante, registrando su mayor tasa en el año 2016 con 89,83 embarazos por cada mil mujeres, mientras su menor cifra se dio en el año 2009 con 43,38 embarazos por cada mil mujeres. Para el año 2021 se registraron 70.5 embarazos por cada mil mujeres, mostrando así una tendencia al aumento frente al año 2020 (59.6).
- Consolidado Mujeres de 10 a 19 años:** Durante el periodo analizado, entre los años 2005 y 2021, en el municipio de Granada, Antioquia, se evidencian fluctuaciones notables en las tasas de fecundidad de los grupos etarios de 10 a 14 años y 15 a 19 años. Se observa una tendencia general a la baja en ambas cohortes a lo largo del tiempo, aunque con ciertas variaciones año tras año. Esta disminución también se refleja en la tasa de fecundidad global para el rango completo de 10 a 19 años. Tales

conclusiones plantean la posible influencia de una diversidad de factores socioeconómicos y de acceso a la educación sexual y reproductiva en las elecciones reproductivas de las mujeres jóvenes de la región.

Es fundamental que el Municipio continúe fortaleciendo las medidas de prevención del embarazo adolescente, centrándose en la mejora de los canales de atención y, sobre todo, en ampliar la cobertura. Asimismo, es crucial reforzar la importancia de denunciar ante los sectores de protección cualquier caso de embarazo en menores de 14 años que se presente.

Tabla 8. Otros indicadores de la dinámica de la población. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

Tasa de fecundidad específica	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10 a 14 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,6	4,5	2,3	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	2,5	7,6
15 a 19 años	55,4	74,1	51,7	67,0	43,4	47,9	65,8	62,0	55,9	82,0	60,2	89,8	72,3	68,6	57,6	59,6	70,5
10 a 19 años	26,6	35,9	25,3	32,9	21,5	23,9	36,3	33,5	29,6	41,8	30,9	47,3	37,0	34,9	28,6	30,7	38,5

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Tasa Bruta de Natalidad

La tasa de natalidad bruta del municipio de Granada muestra una variabilidad moderada a lo largo de los años analizados, en general, se observa una tendencia estable con fluctuaciones menores, donde la tasa oscila entre valores relativamente bajos y moderados, destaca un descenso notable en 2009 seguido de una recuperación gradual en los años subsiguientes, a partir de 2011, la tasa se estabiliza en un rango cercano a los 10 a 13 nacimientos por cada 1,000 habitantes, con ligeras variaciones, sin embargo, en 2021 se registra un repunte con una tasa de natalidad bruta de 13, mostrando un aumento respecto a años anteriores, este análisis destaca la importancia de considerar diversos factores socioeconómicos y demográficos que podrían influir en las fluctuaciones observadas, así como la relevancia de políticas y programas de salud pública dirigidos a la salud materno-infantil en el municipio.

Tabla 9 Tasa Bruta de Natalidad Municipio de Granada

Tasa bruta de natalidad	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Granada	13,1	10,2	10,5	12,1	7,6	9,2	9,9	9,7	10,1	10,9	10,8	12,9	12,8	12,2	12,6	13	13

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

1.2.3. Movilidad forzada

La violencia en el Municipio de Granada ha dejado profundas cicatrices en su tejido social y económico, el desplazamiento masivo de sus habitantes hacia otras regiones ha tenido repercusiones significativas en la demografía local, con una reducción notable en el número de pobladores, este fenómeno ha afectado especialmente a las familias, muchas de las cuales son numerosas en integrantes, y que se han visto obligadas a abandonar sus hogares en busca de seguridad y estabilidad en medio del conflicto, aunque muchos

granadinos han regresado paulatinamente, el proceso de reconstrucción no ha sido fácil, la violencia ha dejado secuelas psicológicas en gran parte de la población, con casi todos los habitantes siendo víctimas de alguna forma de violencia, ya sea la pérdida de seres queridos, el desplazamiento forzado o la exposición directa a actos violentos, este impacto psicosocial ha ralentizado la recuperación del municipio, generando una sensación de vulnerabilidad persistente y dificultando la reintegración de los afectados a la vida cotidiana.

Además de las consecuencias sociales, la violencia también ha afectado gravemente el desarrollo económico y la infraestructura de Granada, la disminución en la población y el desplazamiento de mano de obra han debilitado la economía local, reduciendo las oportunidades de empleo formal y limitando las posibilidades de crecimiento económico, la falta de inversión y desarrollo en infraestructura ha perpetuado la marginalidad del municipio, dificultando el acceso a servicios básicos y obstaculizando el progreso urbano y rural, esta situación se ha traducido en un aumento de la pobreza y la exclusión social, con una población que lucha por satisfacer sus necesidades básicas y que enfrenta dificultades para acceder a servicios de salud, educación y vivienda digna, en conjunto, la violencia ha creado un ciclo de desventajas económicas y sociales que continúa perpetuando el sufrimiento y la marginalización en el Municipio de Granada.

La siguiente tabla muestra, como justamente el grupo de adolescentes y el grupo que corresponde al inicio de la edad productiva se ve fuertemente afectado por la ola de la violencia, siendo estos quienes agrupan el mayor número de personas víctimas del conflicto. Un elemento muy importante para resaltar es que el grupo femenino estuvo más expuesto a algún hecho victimizante en relación con los hombres. Algunos de los desplazamientos se dieron con todo el núcleo familiar o incluso de comunidades rurales enteras, las movilizaciones forzadas dadas en el Municipio hacia las afueras del territorio municipal (generalmente hacia distintas ciudades del territorio nacional o poblaciones de mayor presencia institucional de fuerzas del estado) buscaron evitar la proximidad a zonas que eran foco del conflicto, y todo esto afecta la dimensión cultural, económica, política y psicológica del colectivo; ocasionando además el deterioro y la transformación del tejido social. Este aspecto histórico y característico de la población debe ser siempre tenido en cuenta a fin identificarse plenamente el nivel de afectación generado, para poder reconocer las fracturas y variaciones ocasionadas.

Tabla 10. Población en condición de víctima. Municipio de Granada - Antioquia, 2021.

GE - Quinquenios DANE	FEMENINO	MASCULINO	Total general
De 0 a 04 años	11	7	18
De 05 a 09 años	20	36	56
De 10 a 14 años	46	52	98
De 15 a 19 años	39	40	79
De 20 a 24 años	36	32	68
De 25 a 29 años	22	16	38
De 30 a 34 años	27	12	39
De 35 a 39 años	17	18	35
De 40 a 44 años	13	14	27
De 45 a 49 años	13	7	20
De 50 a 54 años	8	4	12
De 55 a 59 años	11	5	16
De 60 a 64 años	9	6	15
De 65 a 69 años	1	5	6
De 70 a 74 años		3	3
De 75 a 79 años	3	3	6
De 80 años o más	6	7	13
No Reportado	1		1
Total	283	267	550

Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD, 2021.

1.2.4 Comunidad LGTBQ+

El municipio de Granada está consciente de la importancia de garantizar los derechos a la inclusión y la equidad para la comunidad LGTBQ+, por esta razón, se encuentra en proceso de realizar una caracterización de esta población con el objetivo de comprender sus necesidades específicas, desafíos y barreras que enfrentan en diferentes ámbitos de la vida social, económica y cultural.

Esta caracterización permitirá al municipio:

1. Obtener datos demográficos precisos sobre la comunidad LGTBQ+, su distribución por edad, orientación sexual, identidad de género, entre otros factores relevantes.
2. Identificar los principales retos y formas de discriminación que experimentan estas personas en áreas como la educación, el empleo, la salud, la vivienda y la participación ciudadana.
3. Conocer las necesidades particulares en materia de servicios y programas que requiere esta población para lograr una verdadera inclusión social y ejercer plenamente sus derechos.
4. Diseñar e implementar políticas públicas, campañas de sensibilización y acciones afirmativas que promuevan la aceptación, el respeto y la no discriminación hacia la diversidad sexual y de género.

- Fortalecer la articulación con organizaciones y colectivos LGBTIQ+ locales, involucrándolos de manera activa en la toma de decisiones y la formulación de estrategias que impacten positivamente en su calidad de vida.

Esta iniciativa del municipio de Granada demuestra su compromiso con los principios de igualdad y no discriminación, reconociendo la diversidad como un valor fundamental en una sociedad democrática e inclusiva. La caracterización de la comunidad LGBTIQ+ es un paso crucial para garantizar sus derechos y brindarles oportunidades equitativas de desarrollo personal y social.

1.2.5 Dinámica Migratoria

El Plan de Respuesta del Sector Salud para el fenómeno migratorio profundiza las disposiciones y políticas colombianas para contar con fronteras incluyentes, seguras y sostenibles, en lo que compete al Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con los demás agentes del sector; las acciones contenidas en el Plan, se orientan fundamentalmente hacia la atención en territorio colombiano a personas que ingresan en calidad de migrantes al país, ya sean estos nacionales de otros países, o bien, colombianos de origen que están retornando a su patria, así mismo desde el pasado 4 de agosto del año 2021 se estableció la política integral migratoria del estado colombiano, ley 2136, por medio de la cual se establecen las definiciones, principios y lineamientos para la reglamentación y orientación de la Política Integral Migratoria del Estado Colombiano – PIM; en relación con los espacios de direccionamiento, coordinación institucional, fortalecimiento de competencias para la gestión migratoria y desarrollo normativo. En concordancia con lo que la Constitución Política de Colombia establece y, los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos ratificados por el Estado, y demás normas vigentes en la materia.

Dentro del Municipio de Granada - Antioquia se encontró entonces que de las personas migrantes para el año 2021, pertenecen en un 99% a la república bolivariana de Venezuela, mientras el restante 1% a otros países diferentes de Brasil, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela.

Tabla 11. País de procedencia de la población migrante. Municipio de Granada - Antioquia, 2021.

Granada	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Antioquia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia	
		2021	Proporción			2021	Distribución
Entidad territorial	Brasil	0	0%	Entidad territorial de referencia	Brasil	178	0%
	Ecuador	0	0%		Ecuador	449	0%
	Nicaragua	0	0%		Nicaragua	17	0%
	Otros	1	1%		Otros	38372	21%
	Panamá	0	0%		Panamá	206	0%
	Perú	0	0%		Perú	434	0%
	República Bolivariana de Venezuela	129	99%		República Bolivariana de Venezuela	111897	60%
	Sin identificador de país	0	0%		Sin identificador de país	34106	18%
	Total		130		100%	Total	

Fuente: DANE- SISPRO – MSPS

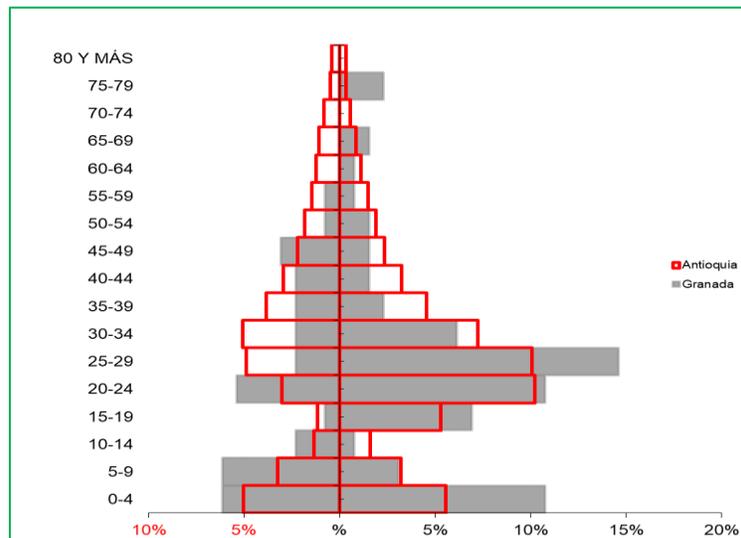
Se encontró entonces dentro del Municipio de Granada para el año 2021, un total de 130 personas migrantes, siendo superior la población femenina con un 65,3%, frente a un 34,7% de los hombres, por grupos de edad se encuentra una mayor aglomeración entre los 0 a 4 años, 25 a 29 años y 20 a 24 años; solo en los grupos de edad de 70 a 74 años y de 80 años en adelante no se encuentran personas de este grupo poblacional.

Tabla 12. Distribución Población Migrante por Sexo y Grupo de Edad. Municipio de Granada y Departamento de Antioquia, 2021.

Grupo de edad	Granada		Antioquia	
	Año		Año	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	45	85	60746	90804
0-4	8	14	7629	8398
05-09	8	4	4909	4845
10-14	3	1	2028	2447
15-19	1	9	1745	8041
20-24	7	14	4559	15490
25-29	3	19	7422	15267
30-34	3	8	7677	10950
35-39	3	3	5832	6896
40-44	3	2	4463	4894
45-49	4	2	3357	3558
50-54	1	2	2774	2862
55-59	1	1	2200	2283
60-64	0	1	1850	1710
65-69	0	2	1669	1312
70-74	0	0	1263	851
75-79	0	3	720	510
80 Y MÁS	0	0	649	490

Fuente: DANE- SISPRO – MSPS

Figura 12. Atenciones en salud de migrantes. Municipio de Granada - Antioquia, 2021.



Fuente: DANE- SISPRO – MSPS

En cuanto a la afiliación al SGSSS, en el municipio de Granada para el año 2022, existían 2021 Migrante Venezolana que han solicitado PPT con un total de 132 venezolanos afiliados al régimen subsidiado correspondiente aún 64.3%. En cuanto al régimen contributivo hay 36 afiliados, alcanzando una cobertura al sistema de 82.09% frente a la población que ha solicitado PPT.

Otros indicadores de Atención en Salud a Población Migrante

Relación hombres/mujer: En el Municipio de Granada para el año 2021 por cada 53 migrantes hombres con atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud, mientras que para el Departamento Antioquia en el año 2021 por cada 67 migrantes hombres que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud.

Razón niños mujer: En el Municipio de Granada para el año 2021 por cada 39 niños y niñas (0 - 4 años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15 -49 años) que recibieron atenciones en salud, en contraste en el Departamento de Antioquia para el año 2021 por cada 25 niños y niñas (0 – 4 años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud.

Índice de infancia: En el Municipio de Granada en el año 2021 de 100 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, 29 correspondían a población migrantes hasta los 14 años, mientras que en el Departamento de Antioquia para el año 2021 este grupo poblacional con atenciones en salud fue de 20 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de juventud: En el Municipio de Granada en el año 2021 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 41 correspondían a población de 15 a 29 años migrante, mientras que en el Departamento de Antioquia en el año 2021 este grupo poblacional fue de 35 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de vejez: En el Municipio de Granada en el año 2021 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 5 correspondían a población migrantes de 65 años y más, mientras que en el Departamento de Antioquia en el año 2021 este grupo poblacional fue de 7 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de envejecimiento: En el Municipio de Granada en el año 2021 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 16 correspondían a población migrante de 65 años y más, mientras que en el Departamento de Antioquia en el año 2021 este grupo poblacional fue de 36 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice demográfico de dependencia: En el Municipio de Granada de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años que recibieron atenciones en salud, hubo 49 personas migrantes menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que en el Departamento de Antioquia este grupo poblacional fue de 33 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de dependencia infantil: En el Municipio de Granada, 44 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 Departamento de Antioquia fue de 27 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de dependencia mayores: En el Municipio de Granada, 6 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 Departamento de 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, si se encuentra entre 60 y 160 se considera madura, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. En el caso del Municipio de Granada para el año 2021, la población se encuentra en un rango considerado como población joven (171,43), mientras para el Departamento de Antioquia es madura (84,07).

Tabla 13. Otros indicadores de atención en salud población migrante. Municipio de Granada - Antioquia, 2021.

Índice Demográfico	Año	
	Granada	Antioquia
Poblacion total	130	151,550
Poblacion Masculina	45	60,746
Poblacion femenina	85	90,804
Relación hombres:mujer	52.94	67
Razón niños:mujer	39	25
Índice de infancia	29	20
Índice de juventud	41	35
Índice de vejez	5	7
Índice de envejecimiento	16	36
Índice demografico de dependencia	49.43	33.14
Índice de dependencia infantil	43.68	26.58
Índice de dependencia mayores	5.75	6.56
Índice de Friz	171.43	84.07

Fuente: DANE- SISPRO – MSPS

En total se realizaron 278 atenciones en salud a la población migrante residente en el Municipio de Granada en el año 2021, distribuidas principalmente en el servicio de consulta externa (34%), procedimientos (31%) y hospitalización (21%), mientras en menores proporciones se encontraron los servicios de nacimientos (6%), urgencias (5%) y medicamentos (3%). Este comportamiento presenta una tendencia similar a la encontrada en el Departamento de Antioquia.

Tabla 14. Atenciones en salud a población migrante. Municipio de Granada - Antioquia, 2021.

Granada	Tipo de atención	Granada		Antioquia		Concentración Granada
		2021	Distribución	2021	Distribución	
Granada	Consulta Externa	95	34%	111.457	37%	0,1%
	Servicios de urgencias	14	5%	19.371	6%	0,1%
	Hospitalización	59	21%	13.029	4%	0,5%
	Procedimientos	86	31%	103.968	35%	0,1%
	Medicamentos	8	3%	47.808	16%	0,0%
	Nacimientos	16	6%	5.310	2%	0,3%
	Total	278	100%	300.943	100%	0,1%

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

En cuanto al régimen de afiliación de la población migrante residente en el Municipio de Granada para el año 2021, se identificó que la mayoría son población no afiliada (54,9%), seguido de la población afiliada al régimen subsidiado o a otro régimen con un 20,8% respectivamente, en menores proporciones se encuentran personas afiliadas al régimen contributivo (2,8%) y al régimen particular (0,7%). Los entes encargados deben de evaluar la carga económica tanto para el migrante como para el municipio en la prestación de servicios de salud a esta población y tomar las medidas de aseguramiento adecuadas.

Tabla 15. Afiliación en salud de la población migrante. Municipio de Granada - Antioquia, 2021.

Regimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud en Granada	%	Total de migrantes con atenciones en salud en Antioquia	%
Contributivo	4	2.8	55721	34.9
Subsidiado	30	20.8	9514	6.0
No afiliada	79	54.9	46767	29.3
Particular	1	0.7	26451	16.6
Otro	30	20.8	20317	12.7
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	0	0.0	316	0.2
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	0	0.0	164	0.1
En desplazamiento no asegurado	0	0.0	345	0.2
Sin dato	0	0.0		0.0
Total de migrantes atendidos	144	100	159595	100

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

1.2.6. Población campesina

El municipio de Granada ha implementado programas de capacitación dirigidos a la comunidad campesina, con el propósito de brindar formación práctica y accesible en el ámbito agrícola, desde la Oficina de Desarrollo Económico, se han distribuido cartillas básicas sobre diversos cultivos como lulo, maracuyá, mora, cacao, café, sachá inchi, frijol y caña panelera, esta última en colaboración con FEDEPANELA, estas cartillas promueven prácticas de producción sostenible y no convencional, minimizando el uso de productos químicos con períodos de carencia cortos para no perjudicar la postcosecha, según lo indica el técnico productivo de la Oficina, Néstor Raúl Giraldo, quien ideó los instructivos. Además, se ha establecido un convenio con CORNARE para impulsar la seguridad alimentaria entre los campesinos mediante la diversificación de parcelas productivas de arroz seco, frijol y maíz, promoviendo el cultivo de semillas ancestrales en el municipio.

En particular, el cultivo de café ha ganado importancia en Granada, lo que ha motivado la implementación de programas y proyectos destinados a mejorar las condiciones de los campesinos dedicados a su producción. Desde la Administración Municipal, a través de la Oficina de Desarrollo Económico, se han promovido iniciativas enfocadas en hacer que la producción cafetera sea más rentable, sostenible y respetuosa con el medio ambiente. La comunidad se ha involucrado activamente en estos proyectos, reconociendo su rol crucial como actores principales en la producción agrícola. Se han llevado a cabo acciones concretas, como la entrega de kits de semillas, abonos y herramientas a familias caficultoras para fortalecer la seguridad alimentaria, así como

la implementación de marquesinas para el secado del café, beneficiando a 10 productores a través de un convenio entre la Alcaldía Municipal y la Federación Nacional de Cafeteros.

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

Servicio habilitado IPS

Como se observa en la siguiente tabla, la Institución Prestadora de Servicios de Salud del Municipio de Granada, ESE Hospital Padre Clemente Giraldo, considerada como nivel 1 de atención, cuenta con varios servicios como: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, hospitalización y procesos, protección específica y detección temprana

Tabla 16. Servicios habilitados de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. Municipio de Granada 2022

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	2	2	2	2	2	2	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías	1	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	2	2	2	2	2	2	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	3	2	2	2	2	2	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	1	1	1	1	1	1	1	1
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	1							
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	1	1	1	1	1	1	1	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1	1	1	1	1	1	1	1
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			2					
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	3	2		2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	1	1	1	1	1	1	1	1	
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	1	1	1	1	1	1	1	1
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Otros indicadores del sistema sanitario

Dada la situación de contingencia actual de salud en el territorio se hace indispensable el aumento de ambulancias medicalizadas, las camas de cuidado intensivo y de cuidado intermedio, con el fin de prestar un servicio más eficiente y oportuno a la comunidad granadina.

Tabla 17. Otros indicadores de sistema sanitario. Municipio de Granada - Antioquia, 2015 – 2022

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,81	0,20
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,81	0,20
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Razón de camas por 1.000 habitantes	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,31	0,20	0,20

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Sistema sanitario

Para el Municipio de Granada en el año 2021 frente a los determinantes del sistema sanitario, se concluye que existe una diferencia estadísticamente significativa negativa en comparación al Departamento de Antioquia, en la cobertura administrativa de vacunación con BCG para nacidos vivos, además frente al año 2020 se evidencia una tendencia al descenso. Es importante indicar también la tendencia al aumento para el año 2021 frente al año 2020, en la cobertura de afiliación al SGSS. Las coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año y las coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año, están en mejor situación que el promedio departamental.

Tabla 18. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario. Municipio de Granada - Antioquia, 2006 – 2021.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Granada	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	2,1																		
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE)	4,5	3,7																		
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	99,6	86,1																		
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	89,6	11,1																		
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	85,4	104,9																		
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	84,6	104,9																		
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	84,1	98,6																		
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	87,2	92,6																		
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	99,1	99,3																		
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	99,2	100,0																		

Fuente: DANE – SISPRO – MPS

Caracterización EAPB

El Ministerio de Salud y Protección Social emitió en el año 2015 la Resolución 1536, estableciendo disposiciones sobre el proceso de Planeación Integral para la Salud, en esta misma resolución se brinda la base normativa para realizar los Análisis de Situación en Salud territoriales y la Caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); definiéndose la Caracterización Poblacional como

una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas que orientan la gestión del riesgo, la identificación de prioridades y el desarrollo de estrategias de intervención; uno de los aportes de este proceso es la articulación de los actores en salud con el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) caracterizando su población con un enfoque de gestión del riesgo que le permite anticiparse a la enfermedad o si se presenta tratarla precozmente para impedir o acortar su evolución y sus traumatismos o consecuencias (Resolución 3202 de 2016); de igual forma facilita el especificar las acciones dirigidas a la población desde lo individual, colectivo y poblacional, garantizando el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y contribuyendo a la planeación en salud acorde con la situación del territorio donde se encuentre la población, orientando las estrategias de intervención para producir efectos positivos en salud.

En la Resolución 1536 de 2015, se define que las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, tienen dentro de sus responsabilidades, elaborar la caracterización poblacional de toda la población a su cargo en los departamentos, distritos y municipios donde tenga población afiliada, cada año; gestionar el riesgo de sus afiliados, trabajar y articularse con las IPS y las entidades territoriales concertando acciones conjuntas teniendo en cuenta la priorización territorial; conociendo que la información resultante de la caracterización debe integrarse al Análisis de la Situación de Salud territorial y que la priorización de la caracterización de la población afiliada a las EAPB forma parte del proceso de formulación del Plan Territorial de Salud y a su vez es insumo para la priorización en salud pública que deben realizar las entidades territoriales utilizando la metodología de la "Estrategia PASE a la Equidad en Salud" del Plan Decenal de Salud Pública.

Para el municipio de Granada con corte al mes de octubre del 2023 tenía como EPS suscritas al Municipio tanto en el régimen subsidiado como en el Contributivo a Savia salud, Nueva EPS y Sura EPS, la población estaba distribuida en 6629 personas en el régimen subsidiado (4.552 activos en Savia salud, 1665 activos en Sura EPS y 412 activos en Nueva EPS), 1754 en el régimen contributivo (1168 activos en Nueva EPS, 441 activos en Savia Salud y 145 activos en Sura) y 206 en el régimen especial y de excepción (Policía, ejercito Magisterio, Entre otras).

Según la normatividad vigente las EPS activas en los territorios deben de identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones. Difícilmente algún sistema sanitario dispondrá algún día de recursos suficientes para atender todas las necesidades sanitarias de su población, el objetivo de la priorización por parte de las EAPB es identificar los procedimientos, las metodologías y los criterios que permitan seleccionar las intervenciones que maximicen los beneficios de salud , se verifico la información disponible en el Ministerio de salud respecto a las priorizaciones y se encontró los siguientes indicadores para el municipio de Granada por régimen y EAPB.

- La Nueva EPS priorizó la Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix en los usuarios del régimen contributivo, para los afiliados en el régimen subsidiado se enfocó en la Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años.
- Savia Salud priorizo para la población activa tanto en el régimen contributivo como subsidiado del Municipio de Granada durante el año 2021 la Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer

- Sura EPS priorizo para la población activa tanto en el régimen contributivo como subsidiado del Municipio de Granada durante el año 2021 Tasa General de Fecundidad

Se hace necesario por parte de la secretaria de salud realizar seguimiento a los indicadores periódicos de protección específica y detección temprana entregados por las EPS activas en el municipio verificando la línea base y los resultados en el próximo año.

Tabla 19. Priorización indicadores EAPB Municipio de Granada 2021.

EPS	REGIMEN	INDICADOR
NUEVA EPS	CONTRIBUTIVO	Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix
	SUBSIDIADO	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
SAVIA SALUD EPS	CONTRIBUTIVO	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
	SUBSIDIADO	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
SURA EPS	CONTRIBUTIVO	Tasa General de Fecundidad
	SUBSIDIADO	Tasa General de Fecundidad

Fuente: Caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/caracterizacion-de-la-poblacion-afiliada-a-las-EAPB.aspx>

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

1.4.1. Políticas Públicas Municipales

- Acuerdo Municipal 72 de 30 de agosto de 2015: “Por el cual se adopta la Política Pública de Equidad de Género para las mujeres del municipio de Granada”
- Acuerdo Municipal 04 de 27 de agosto de 2022: “Por medio del cual se actualiza y adopta la Política Pública de Juventudes del municipio de Granada, Antioquia, y se dictan otras disposiciones”
- Acuerdo Municipal 67 de 31 de mayo de 2015: “Por medio del cual se adopta la Política Pública de discapacidad para el municipio de Granada”
- Acuerdo Municipal 20 de 31 de agosto de 2012: “Por medio del cual se abroga el Acuerdo Municipal 056 del 2007 y el Acuerdo 05 de 2008 y se adopta el Plan Único para la población víctima del conflicto armado en el municipio de Granada – Antioquia”

- Acuerdo Municipal 08 de 28 de agosto de 2016: “Por medio del cual se adopta y se implementa la política pública de envejecimiento y vejez, en el municipio de Granada y se deroga el Acuerdo 64 del 27 de febrero de 2015”
- Acuerdo Municipal 15 de 30 de agosto de 2020: “Por el cual se actualiza la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Granada – Antioquia”
- Acuerdo Municipal 10 de 22 de junio de 2020: “Por el cual se adopta e implementa el Plan Territorial de Salud del Municipio de Granada, Antioquia”
- Acuerdo Municipal 02 de 01 de junio de 2019: “Por medio del cual se adopta la Política Pública para la economía social y solidaria en el municipio de Granada”
- Acuerdo Municipal 13 de 25 de noviembre de 2017: “Por medio del cual se adopta la Política Pública de Salud Mental en el Municipio de Granada
- Acuerdo Municipal 74 de 29 de noviembre de 2015: “Por el cual se crea la Política Pública Municipal del parque educativo Maria Dolores Giraldo Aristizabal, por la Educación Pública de calidad en el Municipio de Granada”
- Acuerdo Municipal 01 de 23 de febrero de 2019: “Por medio del cual se crea la Política Pública para promover el uso de la bicicleta en el Municipio de Granada y se acoge la ordenanza departamental de Antioquia 018 del 2018”
- Acuerdo Municipal 08 de 30 de noviembre de 2023: “Por medio del cual se adopta la Política Pública de Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar para el Municipio de Granada, Antioquia 2023 – 2033”

1.4.2. Agenda 2040

Agenda Antioquia 2040

La Agenda Antioquia 2040 de la Gobernación de Antioquia, en su búsqueda de construir un sueño en común para Antioquia se plantea el reto de “promover la deliberación, materializar consensos, valorar los disensos, y lograr que como sociedad Antioqueña volvamos a pensarnos y a dialogar sobre nuestro Departamento de forma prospectiva, constructiva, optimista, soñadora, pero sobre todo comprometida”. Es así como a través del diálogo social en las regiones se plantea un ejercicio de planeación estratégica territorial por medio de actividades participativas que incluyen los diferentes sectores de los municipios.

La Dirección Local de Salud del municipio de Granada, promueve según la ruta trazada por la Agenda Antioquia 2040 el “Taller Análisis situacional Granada – ASIS 2022” con el que busca por medio de la participación comunitaria la construcción de propuestas dirigidas a las acciones enfocadas en el Plan Territorial de Salud, el taller se enfocó en el dialogo con diferentes sectores del municipio, tales como: Grupo de adulto mayor, COMPOS municipal (Consejo municipal de política social), COVE (Comité de Vigilancia Epidemiológica), COPACO (Comité de Políticas de Participación Comunitaria) y representantes de la Veeduría en salud; el taller propuso 6 preguntas estratégicas, que se presentan a continuación con sus respectivos aportes consolidados.

Tabla 20. Resultados talleres participativos ASIS, Municipio de Granada.

Preguntas	Respuestas
<p>Si usted pudiera distribuir \$100 en los siguientes temas ¿Cómo lo haría?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación y formación • Agricultura y desarrollo rural • Protección Social, salud y vivienda • Desarrollo económico, emprendimiento y empleo • Protección del medio ambiente • Cultura, recreación y deporte • Infraestructura y transporte • Acuerdos de paz y reconciliación • Ciencia, tecnología e innovación • Seguridad • Otros 	<p>Los representantes de los grupos asistentes al Taller proponen priorizar en gran medida las dimensiones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación y formación • Protección Social, salud y vivienda • Desarrollo económico, emprendimiento y empleo <p>Dimensiones precursoras del desarrollo integral, socioeconómico y sostenible del municipio de Granada.</p>
<p>Según usted, ¿Cuál sería la prioridad para intervenir en las siguientes dimensiones?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud ambiental • Convivencia social y salud mental • Seguridad alimentaria y nutricional • Sexualidad y Derechos sexuales y reproductivos • Vida saludable y Enfermedades transmisibles • Salud pública en emergencias y desastres • Vida saludable y Enfermedades no transmisibles • Salud pública en emergencias y desastres • Grupos vulnerables 	<p>Se proponen las siguientes prioridades según las dimensiones propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud ambiental: Educación y sentido de pertenencia • Convivencia social y salud mental: Educación, más profesionales, atención oportuna y personalizada. • Seguridad alimentaria y nutricional: Crear un fondo para ayudar, que cada institución maneje los recursos, educación, actualización de base de datos, vigilancia y control, generación de empleo, priorizar a la población más vulnerable y producción limpia. • Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: Educación, no sólo enseñar a planificar, trabajar con los padres de familia y orientación adecuada. • Vida saludable y enfermedades transmisibles: Educación, más acompañamiento a los casos de enfermedades transmisibles y prevención de Infecciones de transmisión sexual.

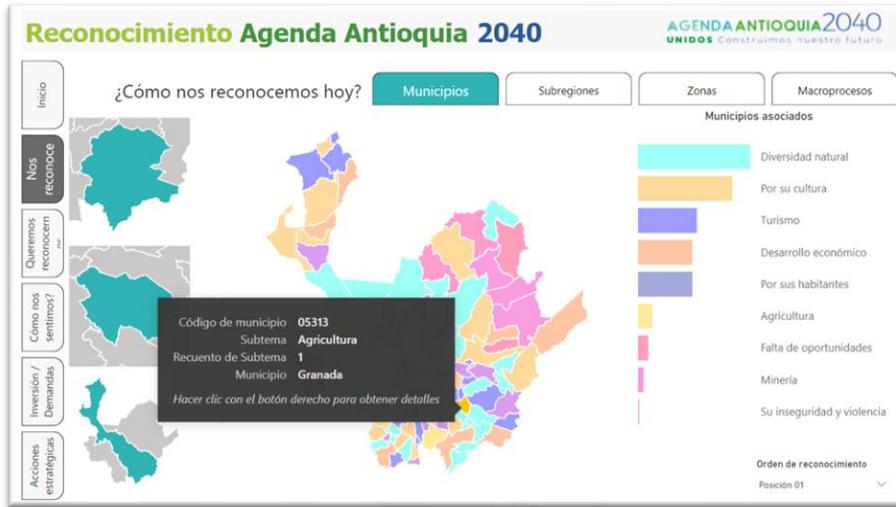
Preguntas	Respuestas
	<ul style="list-style-type: none"> • Salud y ámbito laboral: Generar más fuentes de empleo, más oportunidades laborales, prevención de riesgos, manejo de estrés y promover las pausas activas. • Grupos poblacionales vulnerables: Ayudas económicas. <p>Fortalecimiento de la autoridad sanitaria: Mejor la prestación de los servicios de salud, educación, promoción de la afiliación y promover la actividad física</p>
<p>¿Con qué palabra asocia al municipio de Granada?</p>	<p>Las palabras que predominan en la actividad de pensarse como municipio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paternalista • Solidaridad • Resiliencia • Emprendimiento • Tranquilidad • Proyección • Paz y reconciliación • Perseverancia • Pujanza
<p>¿Cuál considera usted que ha sido el evento más negativo para el municipio de Granada en los últimos 20 años?</p>	<p>En los últimos años los eventos negativos más reconocidos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paternalismo por parte del estado. • La violencia y las secuelas económicas y sociales • La destrucción del municipio por hechos violentos • El impacto social de la violencia y la afectación psicológica de los habitantes de Granada. • La revictimización

Preguntas	Respuestas
<p>¿Cuál considera usted que ha sido el evento más positivo para el municipio de Granada en los últimos 20 años?</p>	<p>Como comunidad se acuerda que los eventos positivos más significativos de los últimos 20 años se resumen en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salir adelante. • Unión y trabajo en equipo • La reconstrucción del pueblo • Aceptación al cambio • El reconocimiento y retorno de los desplazados. • El cumplimiento de la ley que permitió seguir siendo municipio. • El mantenimiento de la seguridad y el orden público. • La inversión social en salud y la vida económica del municipio • La transformación del tejido social que se ha venido gestando y la motivación de la comunidad frente al desarrollo individual y colectivo. • El apoyo a los retornados. • Creación del espacio del “Nunca Más”

Preguntas	Respuestas
<p>¿Con qué se compromete usted para alcanzar el Granada que sueña?</p>	<p>Los participantes de los talleres en representación de la comunidad se comprometen con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer y dar lo mejor desde el rol que desempeño en la sociedad. • Mejorar y apoyar las iniciativas siempre en pro de mejorar el municipio • Trabajar en equipo • Seguir capacitándome para replicar mis conocimientos • Atender con más responsabilidad y defender los derechos a los que no tienen vos. • Siendo una granadina ejemplar. • Educando a la familia. • Cambiar de mentalidad de acuerdo con los nuevos cambios. • Abocar sus potencialidades a favor de la humanidad • Entrega de conocimiento • Ser buen ciudadano • Hacer mi trabajo lo mejor posible. • Continuar siendo una ciudadana activa y proactiva • Promoviendo la sana convivencia • Acompañamiento incluyente a todas las instituciones. • Apoyar, promover y hacer seguimiento a los programas y proyectos sociales. • Trabajo con conciencia y responsabilidad, procurando hacer el menor mal en cada actuación. • Educación, compromiso y disciplina. • Trabajo constante y desinteresado para cubrir efectivamente las necesidades de la comunidad • Disposición de aportar desde mi saber al crecimiento progresivo de la comunidad granadina.

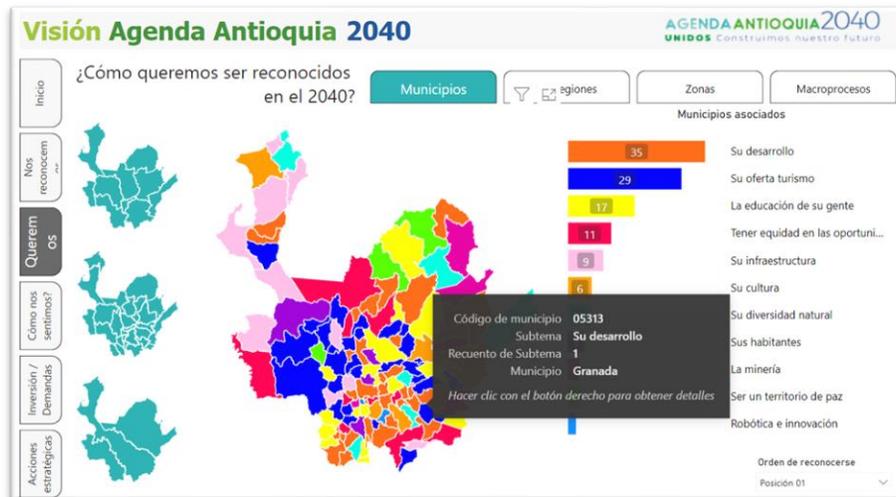
La metodología de la Agenda Antioquia 2040 propuesta por la Gobernación de Antioquia, ha sido generar una gran convocatoria que “permita la escucha activa, la reflexión, la validación, el acuerdo social y una estructura técnica que soporte dicho proceso” es así como ha planteado una serie de talleres con las comunidades con el fin de pensarse como municipio y establecer prioridades y metas con respecto a la visión 2040, a la fecha Granada se reconoce desde la dimensión de su “agricultura” y aspira destacarse en 2040 desde “su desarrollo” próspero, integral y sostenible.

Figura 13 Reconocimiento Agenda Antioquia 2040 Municipio de Granada



Fuente: Agenda Antioquia 2040 - Gobernación de Antioquia

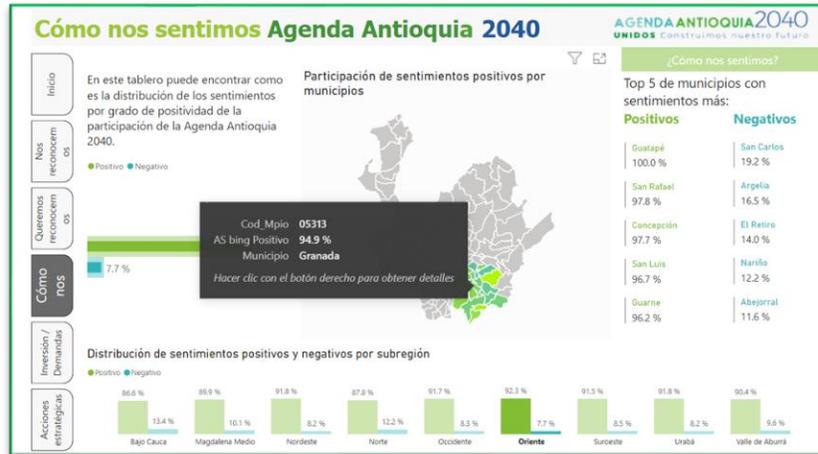
Figura 14 Visión Agenda Antioquia 2040 Municipio de Granada



Fuente: Agenda Antioquia 2040 - Gobernación de Antioquia

La Agenda Antioquia 2040 de la Gobernación de Antioquia invita a los municipios a pensarse sobre las palabras que los identifican, la visión actual y a futuro, así como los sentimientos percibidos por sus habitantes, Granada se identifica desde la dimensión de los pensamientos positivos con una marcación del 94,9%.

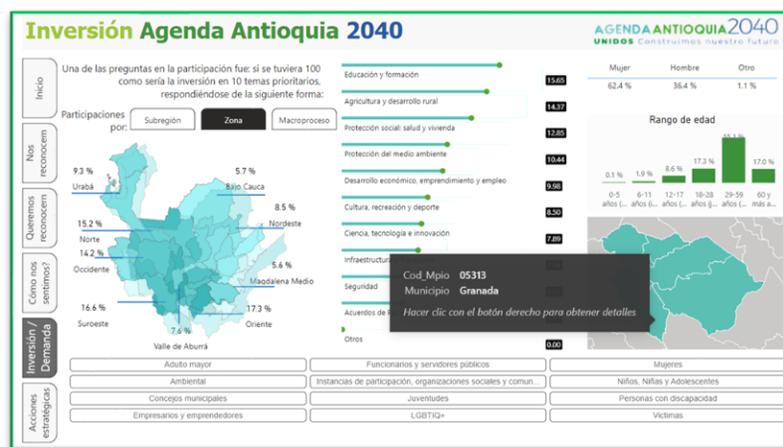
Figura 15 ¿Cómo nos sentimos? Agenda Antioquia 2040 Municipio de Granada



Fuente: Agenda Antioquia 2040 - Gobernación de Antioquia

En cuanto a la pregunta generada en los talleres de la Agenda Antioquia 2040, sobre la propuesta en inversión de \$100 en 10 temas prioritarios, la comunidad del municipio de Granada perteneciente a la zona embalses, plantea priorizar la inversión en las categorías de: Educación y formación, agricultura y desarrollo rural, protección social (salud y vivienda) y cultura, recreación y deporte.

Figura 16 Inversión Agenda Antioquia 2040 Municipio de Granada



Fuente: Agenda Antioquia 2040 - Gobernación de Antioquia

1.4.3. Cartografía Social

El municipio de Granada llevó a cabo la actividad de Cartografía Social con grupos representativos de la comunidad, con el fin de identificar las problemáticas de salud percibidas por sus habitantes y ubicarlas en su contexto geográfico. Durante esta actividad, se pudo evidenciar una variedad de aspectos relacionados con la salud pública local.

Tabla 21 Cartografía social - Identificación de problemáticas en salud. Municipio de Granada 2024.

Problemáticas de salud	Oficios que generan afectaciones	Factores que afectan la salud de la comunidad	Riesgos que afectan a corto plazo	Propuesta para mejorar dichas problemáticas
Salud mental	Agricultura Riesgo por los químicos	Ambientales	Intoxicación	Mejorar la disposición de los medicamentos
Enfermedades respiratorias	Oficinas	Socioeconómicos	Malnutrición	Invertir en la alimentación de los niños
Consumo SPA	Amas de casa	Culturales	ITS	Realizar campañas de reciclaje
Cancer	Dolores musculares en campesinos	Depresión y Ansiedad	Enfermedades mentales	Aplicar comparendos
Escasez de medicamentos		Falta de conciencia al reciclar	Agroquímicos	Implementar brigadas de salud
Enfermedades orales		Falta de conocimiento de manejo de residuos sólidos	Intentos de suicidio	Implementar capacitaciones
Enfermedades crónicas		Soledad	Estado del clima	Utilizar espacios de la emisora para campañas de prevención
Tenencia irresponsable de mascotas		Falta de empleo	Cambio climático	Implementar estrategias para promover la tenencia responsable de mascotas
Enfermedades cardiovasculares		Falta de programas de salud ocupacional y bioseguridad	Contaminación	Promover la actividad física y las buenas prácticas de cuidado
Enfermedades huérfanas		Falta de atención en psiquiatría		Promover la alimentación saludable
Enfermedades de la piel		Agroquímicos		Talleres de promoción de la salud mental
Hipertensión		Mala alimentación		
		Estrés		

Fuente: Elaboración propia

1.4.4. Resultados priorización de problemas Método Hanlon

Se han llevado a cabo diversos encuentros en los que se han reunido representantes de distintos sectores y miembros de la comunidad del municipio. El propósito de estas reuniones ha sido compartir y debatir las prioridades en salud pública del municipio, al mismo tiempo que se ha presentado y explicado la metodología Hanlon, el objetivo fundamental es promover la colaboración y la cooperación activa entre los participantes, involucrándolos de manera activa y efectiva en el proceso de priorización. Los asistentes incluyen a figuras clave en salud pública, líderes comunitarios, representantes de comités municipales y otros miembros importantes de la comunidad, estas reuniones sirven como cimiento sólido para la formulación de estrategias

efectivas que aborden las prioridades identificadas, con el fin de lograr una mejora significativa en la salud y el bienestar de nuestros ciudadanos.

Este proceso involucró la participación de los siguientes participantes:

- COPACO
- Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE
- Consejo de Gobierno
- Comité de discapacidad -Población diferencial
- Grupo de adulto mayor
- Dirección Local de Salud

La implementación de la metodología Hanlon en la priorización de problemas de salud pública en el municipio de Granada ha demostrado ser un enfoque eficaz y valioso. A través de este proceso, se logró identificar y analizar de manera sistemática las principales preocupaciones de salud que afectan a la comunidad local.

La metodología Hanlon facilitó la recopilación de datos epidemiológicos, demográficos y sociales, proporcionando así una base sólida para comprender la magnitud y la naturaleza de los problemas de salud en el municipio. Además, este enfoque participativo involucró a diversos actores clave, como profesionales de la salud, representantes comunitarios y funcionarios gubernamentales, en el proceso de identificación y evaluación de los problemas de salud, situación que promovió una mayor conciencia y compromiso en la comunidad para abordar estas cuestiones de manera colaborativa.

Figura 17 Socialización prioridades y explicación método Hanlon – Grupo Adulto Mayor



Fuente: Dirección Local de Salud Granada

Figura 18 Socialización prioridades y explicación método Hanlon - COPACO



Fuente: Dirección Local de Salud Granada

Figura 19 Socialización prioridades y explicación método Hanlon - COVE



Fuente: Dirección Local de Salud Granada

Tabla 22. Matriz general de aplicación metodología Hanlon. Municipio de Granada - Antioquia, 2023

DIMENSIONES	PRIORIDAD EN SALUD PÚBLICA	MAGNITUD	SEVERIDAD	MAGNITUD + SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	GRADO DE PRIORIZACION
Salud Ambiental	Las coberturas de los servicios de acueducto y alcantarillado, presentan diferencias estadísticamente significativas negativas para la zona rural frente a la zona urbana del Municipio de Granada en el año	5	3	8	0,5	0	0
	El porcentaje de Hogares con inadecuada eliminación de excretas, presenta una diferencia estadísticamente significativa negativas para el Municipio de Granada frente al Departamento de Antioquia en el año 2020.	5	4	9	0,5	1	4,5
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Las Enfermedades Isquémicas del corazón, constituyen la primera causa de muerte por enfermedades del sistema circulatorio en la población granadina para año 2020.	5	6	11	0,5	1	5,5
	Las Enfermedades hipertensivas, aumentaron la mortalidad al año 2020 en las mujeres del municipio de Granada.	4	7	11	0,5	1	5,5
	La Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, aumento la mortalidad al año 2020 en las mujeres del municipio de Granada.	4	6	10	0,5	1	5
	El Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, aumento la mortalidad al año 2020 en la población del municipio de Granada.	4	7	11	0,5	1	5,5
	El Tumor maligno de la mama de la mujer, aumento la mortalidad al año 2020 en las mujeres del municipio de Granada.	4	8	12	0,5	1	6
	Las Enfermedades del sistema urinario, aumentaron la mortalidad al año 2020 en la población del municipio de Granada.	3	7	10	0,5	1	5
	Las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, aumentaron la mortalidad al año 2020 en los hombres del municipio de Granada.	2	7	9	0,5	1	4,5
	Las neoplasias malignas, aumentaron la consulta de las mujeres en los servicios de salud en el año 2021 frente al año 2020 en el Municipio de Granada en un 2,48%	2	7	9	0,5	1	4,5
	Las enfermedades de los órganos de los sentidos, aumentaron la consulta de los hombres en los servicios de salud en el año 2021 frente al año 2020 en el Municipio de Granada en un 6,22%	2	6	8	0,5	1	4
	Las enfermedades musculoesqueléticas, aumentaron la consulta de las mujeres en los servicios de salud en el año 2021 frente al año 2020 en el Municipio de Granada en un 3,23%	1	5	6	0,5	1	3
	La prevalencia de diabetes Mellitus y de hipertensión arterial para el Municipio de Granada se evidencian con tendencia al aumento desde el año 2016.	3	7	10	0,5	1	5
	Para el año 2020 frente al año 2019 se evidencia una diferencia estadísticamente significativa negativa para el Municipio de Granada frente al Departamento de Antioquia en la tasa de mortalidad por tumor maligno de estómago.	8	5	13	0,5	1	6,5
	Convivencia social y salud mental	En el Municipio de Granada para el año 2020 se evidenciaron casos de mortalidad en hombres por Eventos de intención no determinada, Caídas y Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios).	5	9	14	0,5	1
Las Causas externas, registran un aumento en los AVPP al año 2019 en el Municipio de Granada.		2	5	7	0,5	1	3,5
Las condiciones neuropsiquiátricas, aumentaron la consulta en los servicios de salud en el año 2021 frente al año 2020 en la población del Municipio de Granada en un 5,76%		3	6	9	0,5	1	4,5
Los eventos de Intención no determinada, aumentaron la mortalidad al año 2020 en hombres del municipio de Granada.		3	6	9	0,5	1	4,5
En el Municipio de Granada, para el año 2021 frente al año 2020 se evidenciaron aumentos en las consultas por trastornos mentales y del comportamiento en los ciclos de primera infancia, adolescencia, y adultez		4	7	11	0,5	1	5,5
En el Municipio de Granada, para el año 2021 frente al año 2020 se evidenciaron aumentos en las consultas por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en las mujeres jóvenes		3	8	11	0,5	1	5,5
En el Municipio de Granada, para el año 2021 frente al año 2020 se evidenciaron aumentos en las consultas por epilepsia en los ciclos de infancia, juventud y vejez		2	7	9	0,5	1	4,5

Seguridad alimentaria y nutricional	En el Municipio de Granada, para el año 2021 frente al año 2020, las Deficiencias nutricionales aumentaron la consulta en los hombres en un 1,97% y en las mujeres en un 4,12%.	2	5	7	0,5	1	3,5
	Promover los patrones de alimentación saludable y consumo de frutas y verduras.	6	5	11	0,5	1	5,5
	Promover la actualización de la caracterización de la comunidad beneficiada de los programas alimentarios	6	4	10	0,5	1	5
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	. La tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años y de 15 a 19 años en el Municipio de Granada presenta una tendencia al aumento para el año 2020 frente al año 2019.	2	8	10	0,5	1	5
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Las enfermedades infecciosas intestinales, aumentaron la mortalidad en las mujeres del Municipio de Granada al año 2020.	2	6	8	0,5	1	4
	En el Municipio de Granada, para el año 2021 frente al año 2020, las infecciones respiratorias aumentaron la consulta en los hombres en un 20,05%.	2	5	7	0,5	1	3,5
	Presencia de casos de COVID19 en el municipio.	1	2	3	0,5	1	1,5
Salud pública en emergencias y desastres	Amenaza por movimientos de tierra	6	1	7	0,5	1	3,5
	Mal estado de las vías tanto a nivel interno como en comunicación con otros Municipios, debido a la temporada invernal intensificada en el año 2021	8	4	12	0,5	1	6
Salud y Ámbito laboral	Alto porcentaje de empleados informales en el municipio, es necesaria su caracterización y velar por un ingreso al ARL.	2	6	8	0,5	1	4
	Poco conocimiento sobre derechos y deberes en salud.	2	4	6	0,5	1	3
Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	El sistema nervioso es la primera causa de discapacidad en el Municipio de Granada en el año 2021, representando el 24% de todas las alteraciones permanentes	2	7	12	0,5	1	12
	Las coberturas de vacunación por BCG, DPT, polio y triple viral en menores de un año en el Municipio de Granada se evidencian con tendencia al descenso para el año 2021.	2	8	10	1	1	12
	No se cuenta con información sobre la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar en el Municipio de Granada para el año 2020	2	7	12	1	1	8
	En el Municipio de Granada, para el año 2021 frente al año 2020 se evidenciaron aumentos en las consultas por lesiones en mujeres mayores de 60 años.	1	7	8	0,5	1	8
	Para el año 2021 frente al año 2020 se evidencia una diferencia estadísticamente significativa negativa para el Municipio de Granada frente al Departamento de Antioquia en el Porcentaje de Hogares con Analfabetismo	1	6	8	1	1	8
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Contar con el apoyo profesional que fortalezca cada una de las dimensiones propuestas desde el PDSP, hace falta una reestructuración en la planta de cargos de la administración municipal que permita la creación de la secretaria de salud.	1	4	5	1	1	5
	Para el año 2021 frente al año 2020 se evidencia una diferencia estadísticamente significativa negativa para el Municipio de Granada frente al Departamento de Antioquia en la cobertura de vacunación con BCG para nacidos vivos	1	5	6	1	1	6
	Para el año 2021 se evidencia que la mayoría de la población migrante asentada en el Municipio de Granada no se encuentra afiliada a ningún régimen de salud (54,9%).	1	3	4	0,5	1	2

Elaboración propia Dirección Local de Salud de Granada

Las priorizaciones realizadas están orientadas desde las directrices del PDSP, teniendo en cuenta cada una de las dimensiones. De igual modo se indica el grupo de riesgo MIAS, para cada una de las prioridades que como municipio se considera necesario abordar. La siguiente priorización se realiza en base a las problemáticas

identificadas frente a la mortalidad y morbilidad en el Municipio de Granada - Antioquia, de acuerdo con la información y los reportes desde los cuales se soporta la elaboración del ASIS 2023; de igual modo se adicionan algunas prioridades que no se lograron identificar con los reportes e información trabajada, pero que hace parte de la recopilación de información obtenida en los talleres participativos realizados con la comunidad.

Se priorizan situaciones importantes en la mortalidad, tales como el riesgo de morir por Enfermedades infecciosas intestinales, Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, Tumor maligno de la mama de la mujer, Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, Enfermedades isquémicas del corazón, Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, Eventos de intención no determinada, Diabetes mellitus, Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, Resto de enfermedades del sistema digestivo, Enfermedades del sistema urinario, y Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Para los AVPP se indica un aumento por neoplasias, tanto en hombres como en mujeres. Con respecto a la mortalidad en los menores de cinco años, en el municipio la primera causa de muerte en este grupo fueron las afecciones originadas en el período perinatal; es importante aumentar las coberturas en promoción y prevención con los equipos de salud dispuestos en el municipio, principalmente en la zona rural, pues al ser un municipio pequeño, las cifras comparadas con el departamento se aprecian elevadas.

En cuanto a los determinantes sociales evidencia una escasa cobertura en servicios domiciliarios como el acueducto, alcantarillado en la zona rural del Municipio; es aquí donde los entes territoriales involucrados se deben de articular para analizar la situación y disponer los recursos para el mejoramiento de estos indicadores, que pueden incidir directamente en la problemática evidenciada con las enfermedades transmisibles. El indicador de vacunación con BCG, debe ser mejorado, ya que impacta directamente en una población vulnerable como lo son los niños y niñas. También es de vital importancia el análisis y mejoramiento de las coberturas en educación en todas las categorías ya que sus coberturas se evidencian en descenso desde hace varios años, así como impactar en los hogares con analfabetismo.

Preocupa la situación evidenciada en el componente de salud mental, donde las muertes en hombres por las lesiones autoinfligidas (suicidios) siguen siendo una causa predominante, mientras las atenciones por condiciones neuropsiquiátricas aumentaron en un 5,76% frente al año 2020, tendencia similar en las atenciones por trastornos mentales y del comportamiento en los ciclos de primera infancia, adolescencia y adultez, por Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas en la adolescencia, y por epilepsia en la infancia, juventud y vejez; por lo que se invita al municipio a trabajar en grupos focales que intervengan de una manera más continua y profunda la política de salud mental.

Es así como el municipio se enfrenta a grandes retos con la salubridad de la población granadina, disponiendo de todos sus recursos en pro de modificar y mejorar el riesgo de morir y de enfermar.

Priorización de los problemas de salud

Los siguientes problemas de salud reflejados por dimensiones, fueron el resultado de las tensiones presentes en el territorio, las cuales se identificaron con trabajo articulado entre diferentes instancias del municipio, reflejando un alto grado de problemas en salud en los componentes de la mortalidad, la morbilidad y la salud mental. Muchas de estas situaciones redundan a que es complejo lograr remisiones de forma oportuna. Es importante resaltar que desde el municipio se han realizado acciones para mejorar prioridades, no obstante, el cambio es lento.

Tabla 23. Priorización de los problemas de salud. Municipio de Granada - Antioquia, 2023

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1. Salud Ambiental	1. Las coberturas de los servicios de acueducto y alcantarillado	13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente
	2. Alto El porcentaje de Hogares con inadecuada eliminación de excretas	
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	1. Las Enfermedades Isquémicas del corazón	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Las Enfermedades hipertensivas	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	3. El Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	7. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer
	4. El Tumor maligno de la mama de la mujer	7. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer
	5. Prevalencia de Diabetes	00
3. Convivencia social y salud mental	1. Agresiones (homicidios)	12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
	2. Trastornos mentales y del comportamiento	5. RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
	3. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4. RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
	4. Violencia de Genero	12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
4. Seguridad alimentaria y nutricional	1. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (< 5 años)	3. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
	2. Educación en hábitos de alimentación saludable	
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. Incidencia de VIH	9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	2. Embarazo en Adolescentes	8. RIAS para población materno-perinatal
	3. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8. RIAS para población materno-perinatal
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1. Incidencia de Tuberculosis	9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
	2. Infecciones respiratorias	2. RIAS para población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas 13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente
	3. Enfermedades infecciosas y parasitarias	9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
7. Salud pública en emergencias y desastres	1. Amenaza por movimientos de tierra	13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente
	2. Mal estado de las vías tanto a nivel interno como en comunicación con otros Municipios, debido a la temporada invernal intensificada en el año 2021	13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente
8. Salud y Ambito laboral	1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades laborales	11. RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales
	2. Alto porcentaje de empleados informales en el municipio, es necesaria su caracterización y velar por un ingreso al ARL.	11. RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales
9. Gestion diferencial en poblaciones vulnerables	1. Adulto Mayor	00
	2. Discapacidad	00
	3. Migrantes	00
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1. Procesos de contratación continuos que respondan a las necesidades de atención a problemáticas en salud	00

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
	2. Incrementar coberturas de afiliación al SGSSS de la población del municipio y migrantes	00
	3. Alcanzar coberturas de vacunación del 95%	00

Fuente: Elaboración propia – Municipio de Granada, Antioquia. 2023

Conclusiones

- ✓ La población del municipio de Granada para el año 2023, comparado con el 2005 presenta una reducción de 2.26 puntos porcentuales, que puede estar explicado por los ajustes poblacionales realizados por el DANE, se espera que para el 2030 un incremento de 4.21% comparado con el 2023.
- ✓ Para el Municipio de Granada en el año 2023, se encuentran personas auto reconocidas como indígenas, negro(a), mulato(a), afrodescendientes, afrocolombiano(a) y como Palenquero(a) de san Basilio; lo cual es de gran importancia para generar procesos de planeación estratégica con enfoque diferencial en el reconocimiento de procesos culturales, costumbres, creencias y cosmovisión de dichas comunidades para la satisfacción de sus necesidades.
- ✓ La estructura poblacional del municipio pone de cara el proceso de envejecimiento que atraviesa la población, la necesidad de instaurar en el territorio modelos de envejecimiento saludable y activo. El generar en la población envejeciente dinámicas de acceso a procesos educativos y laborales para asegurar una vejez digna.
- ✓ Según el cambio en la proporción de los grupos etarios en el Municipio de Granada, en los años 2015, 2023 y proyección al año 2030, se indica un aumento constante en los grupos de edad de 60 a 79 años (mayor crecimiento) y de 80 años en adelante, mientras el grupo de menores de 1 año muestra un descenso constante para cada uno de los años analizados.
- ✓ Según el comportamiento de la población por grupos etarios y sexo en el Municipio de Granada para el año 2023, se observa que se cuenta con una mayoría de población femenina, mientras por grupos de edad son más las mujeres desde los 25 años en adelante, y en los grupos de edad de menores de 1 año hasta los 24 años son más los hombres. Lo anterior refiere la creación y ejecución de políticas públicas que permita disminuir las brechas de desigualdad de género en el municipio, asociados al acceso de servicios de educación, salud, política, vivienda, empleo, entre otros.
- ✓ Se presentaron 7.6 embarazos por cada mil niñas de 10 a 14 años. El embarazo en adolescentes se considera un problema de salud pública a causa de los efectos nocivos en la salud y el bienestar de la madre y sus hijos, la mayoría relacionados con la exposición de las adolescentes a las muertes maternas y a los abortos inseguros. Adicional a los efectos en la salud, el embarazo en adolescentes

también ocasiona múltiples problemas sociales, tales como: conflictos familiares, deserción escolar, cambio de proyectos de vida, discriminación, matrimonio servil o a temprana edad, reducción de ingresos y pobreza, al tiempo que desestimula la productividad y el crecimiento económico de una sociedad (ONU, 2010, p. 6). Es necesario la implementación de acciones que permita la reducción a cero de este indicador.

- ✓ El proceso de recuperación psicosocial de las personas víctima de violencia, ha sido lento, ya que cerca de un 100% de la población resultó afectada, bien sea por pérdida de familia, desplazamiento forzado o por cualquier otro hecho victimizante, caracterizándose, como un municipio vulnerable. El impacto de este fenómeno llegó hasta el sector económico, reduciendo considerablemente las posibilidades de un crecimiento o un desarrollo urbanístico, cultural, de infraestructura y en un mercado mucho más plural y diverso, todo esto se combina para dar paso a un alto índice de pobreza y bajas oportunidad de empleo formal. Se evidencia entonces como la violencia y sus efectos se despliegan en un efecto dominó, por las diferentes dimensiones, generando problemas no solo a nivel económico, sino también dificultando la garantía de una vida digna
- ✓ Para el Municipio de Granada, se evidencia que es el grupo de adolescentes y el grupo que corresponde al inicio de la edad productiva el más fuertemente afectado por la ola de la violencia, siendo estos quienes agrupan el mayor número de personas víctimas del conflicto. Un elemento muy importante para resaltar es que el grupo femenino estuvo más expuesto a algún hecho victimizante en relación con los hombres.
- ✓ Dentro del Municipio de Granada - Antioquia se encontró que de las personas migrantes para el año 2021, pertenecen en su mayoría a Venezuela; además que prima la población femenina y por grupos de edad se encuentra una mayor aglomeración entre los 0 a 4 años, 25 a 29 años y 20 a 24 años; solo en los grupos de 70 a 74 años y de 80 años en adelante, no se encuentran personas de este grupo poblacional.
- ✓ En cuanto a la afiliación al SGSSS, en el municipio de Granada para el año 2022, existían 2021 Migrante Venezolana que han solicitado PPT con un total de 132 venezolanos afiliados al régimen subsidiado correspondiente aún 64.3%. En cuanto al régimen contributivo hay 36 afiliados, alcanzando una cobertura al sistema de 82.09% frente a la población que ha solicitado PPT.
- ✓ La metodología Hanlon ha facilitado significativamente la recopilación de datos epidemiológicos, demográficos y sociales, lo cual ha proporcionado una base sólida para comprender la magnitud y la naturaleza de los problemas de salud en el municipio. Este enfoque participativo ha involucrado a diversos actores clave, tales como profesionales de la salud, representantes comunitarios y funcionarios gubernamentales, en el proceso de identificación y evaluación de los problemas de salud. Esta participación ha fomentado una mayor conciencia y compromiso en la comunidad para abordar colaborativamente estas cuestiones.



Capítulo 2

CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

Ocupación

Según los datos de desempleo del boletín económico municipal elaborado por el grupo de investigación de macroeconomía aplicada de la facultad de ciencias económicas de la Universidad de Antioquia el comportamiento de la tasa de desempleo para el municipio de Granada para el año 2021 fue del 5.04% ocupando el puesto dieciocho dentro de los municipios del Oriente Antioqueño.

Según dicho boletín y Analizando la evolución de la tasa de desempleo del municipio de Granada, se observa que paso de un nivel del 3.44% en 2019 al 6.61% en 2020 y el 5.04% en 2021, permitiendo observar una recuperación de empleo relativa en el año 2021, pero aún está por encima de los niveles observados antes de la pandemia.

Se ha venido dando una recuperación del empleo en Granada, igualmente se requieren estrategias que permitan reactivar los sectores más afectados en el municipio.

Se ha intensificado la informalidad laboral en el municipio, pues porcentualmente se perdieron más empleos formales que informales, estos empleos son más difíciles de recuperar, pero se pueden realizar programas de concientización que ayuden a entender a los empresarios y trabajadores la ventaja de emplearse formalmente.

Tabla 24. Tasa de desempleo estimada para los municipios del Oriente de Antioquia, 2021.

Municipio	Tasa de desempleo 2021
San Luis	13,3
Alejandro	12,39
Rionegro	12,01
San Francisco	11,42
Argelia	10,52
San Carlos	10,42
Guarne	9,87
Marinilla	9,86
Sonson	9,58
El Retiro	8,96
San Rafael	8,21
La Ceja	6,94
Cocorna	6,67
Concepcion	6,46
El Carmen de Viboral	5,93
San Vicente Ferrer	5,81
La Union	5,48
Granada	5,04
El Peñol	3,63
Nariño	3,58
El Santuario	3,36
Guatapé	3,12
Abejorral	2,71

Fuente: Boletín Económico municipal Antioquia 2021 – Grupo de investigación de macroeconomía aplicada, Facultad de ciencias económicas – Universidad de Antioquia

Economía

La actividad económica del Municipio de Granada se centra en el sector primario, en el cual se desarrollan diferentes explotaciones productivas, con un claro predominio de la producción agropecuaria con el café, la caña, la mora de castilla y el frijol como principales productos en el área agrícola y la ganadería de doble propósito y las especies menores en sector pecuario. Los frutales de clima frío como la uchuva, el lulo, el tomate de árbol, la mora, la granadilla, y los de clima cálido como maracuyá, piña, Papaya, aguacate y cítricos están siendo estimulados para su siembra, teniendo en cuenta lo que ofrece el Municipio por la diversidad de climas

y la cercanía al Altiplano y al área metropolitana del Valle de Aburrá y la zona franca que le ofrece grandes ventajas comparativas, en general los cultivos que se establecen en el municipio se caracterizan por presentar un bajo nivel tecnológico como lo que hace que su producción presente unos altos costos y baja rentabilidad.

- **Café:** presenta un grado de tecnificación adecuado, en los actuales momentos sufre los rigores del mercado internacional, viéndose sometido a una gran incertidumbre por los precios, lo cual repercute negativamente en el manejo del cultivo. El Municipio ocupa el 35 lugar en el área plantada en el Departamento y el tercer lugar en el centro regional, después de los Municipios de San Carlos, San Roque y San Rafael. En lo que se refiere a rendimiento por Hectárea se encuentra en el quinto lugar en el departamento con 2.142 kilogramos por Hectárea y el primer lugar en el centro regional, su producción equivale al 70% de la producción más alta. El volumen de producción del municipio está ubicado en el 13 lugar en el departamento y el primero en el centro regional con 2.496 Toneladas representando además el 1% de la producción total del departamento. Los problemas de producción del café son de carácter fitosanitario (Broca) y la poca tecnificación del cultivo.
- **Caña:** Basados en el área sembrada y el significado tanto económico como social y cultural de la caña, esta representa el segundo renglón agrícola del municipio, Granada ocupa el sexto puesto en el área plantada en el departamento y el segundo renglón en el centro regional, después del Municipio de Cocorná. El rendimiento por Hectárea ocupa el 18° lugar en el departamento con una producción promedio de 2.600 Kilogramos por Hectárea y tercer lugar en el centro regional después de los Municipios de San Rafael y San Carlos, en cuanto a volumen de producción ocupa el 8° lugar en el departamento y el tercer lugar en el centro regional después de los Municipios de San Roque y Cocorná; además tiene 3.3% de la producción total de la panela en el departamento. Los problemas básicos son debido a la precaria tecnología tanto en el cultivo como en la beneficiadora.
- **Frijol:** El cultivo del frijol es una de los más rentables y de menos problemas en el mercado ya que tiene garantizado una buena demanda a buen precio, sin embargo, presenta problemas fitosanitarios y al requerir de muchos insumos especialmente agroquímicos.
- **Papa:** Ocupa el 4 lugar en el área en el departamento y el primer lugar en el centro regional, en rendimiento por Hectárea ocupa el 17 lugar en el departamento con 12.000 kilogramos por Hectárea. Este cultivo tiene problemas Fitosanitarios (palomilla) y alto uso de insumos, especialmente agroquímicos. El proceso de comercialización es desarrollado a través de los intermediarios o en el Municipio de El Santuario, su principal problema es la variación constante en los precios.
- **Tomate:** Ocupa el tercer lugar en el área plantada en el departamento, después de Marinilla y el Peñol. Con respecto al rendimiento por Hectárea ocupa el segundo lugar en el departamento y el primero en el centro regional con 39.000 Kilogramos por Hectárea. Este cultivo presenta problemas fitosanitarios en su producción debido al alto uso de insumos.
- **Mora:** El Cultivo de la mora ha venido en auge desde el año 2000 en el oriente antioqueño; el Municipio de Granada no es ajeno a esta circunstancia y en la actualidad se tienen plantadas 90 hectáreas de las cuales solo el 35% están en producción con un volumen de 20.000 kilos de mora mensuales y se esperan 52.000 kilos mensuales con el 100% de la producción

Sistema Productivo Pecuario

En este sector la principal actividad es la ganadería de doble propósito seguido en su orden por la avicultura, la porcicultura y en menor escala la apicultura. La ganadería cuenta con 5.000 cabezas de ganado entre los que se destacan animales de doble propósito. Esta actividad se ejerce en un sistema muy rudimentario, caracterizándose por la baja calidad de sus animales que en su mayoría provienen de cruces entre cebú y Holstein, blanco orejinegro o pardo suizo, estos animales por su deficiente nutrición, presentan bajos rendimientos en leche y carne, aunado los problemas genéticos del pie de cría, en el Municipio no se hace un eficiente manejo de pastos los que en su mayoría son grama nativa, que los campesinos completan con pasto de corte de las variedades Imperial 60, Imperial 90 y King Grass, entre los pastos establecidos se destacan unas pocas Hectáreas en pasto Estrella, Kikuyo y Brachiaria Decumbens. La ganadería es desarrollada en forma intensiva con una capacidad de carga por Hectárea en grama nativa de 0.7 U.G.G. Es de destacar que en el municipio se realiza la feria de ganado con una periodicidad semanal donde se comercializan entre 150 y 200 cabezas de ganado por feria, actividad que cumple un papel importante en la dinamización de la economía local con transacciones que superan \$100.000.000 semanales.

- **Leche:** La oferta diaria de leche en el Municipio está en 1000 kilos. Esto implica una producción semanal promedio de 7.000 kilos. La producción se comercializa entre PARMALAT (Unos 700 kilos al día) y las ventas tradicionales de leche cruda en tiendas y graneros (unos 300 kilos al día) (fuente Asociación de Ganaderos de Granada).
- **Quesito:** En el municipio tanto para el consumo familiar como para panadería, con prioridad del primero, se consumen 286 kilos al día. La leche que se cuaja en el campo y se vende como quesito envuelto en hoja, son alrededor de 1.790 kilos al día. (fuente Asociación de Ganaderos de Granada).
- **Avicultura:** Esta actividad que en pasado representaba una fuente adicional de ingresos, hoy en el municipio no representa un área importante de ingresos teniendo en cuenta que la mayoría de los huevos y la carne de pollo que se consume en el municipio es traída de los municipios vecinos, se calcula que se tienen 6.500 aves y se requieren para cubrir la demanda del municipio unos 40.000 huevo semanales y 150 pollos de engorde.
- **Porcicultura:** En el municipio la porcicultura se desarrolla en una escala muy pequeña y es realizada por algunas amas de casa como una fuente adicional de ingresos. Su alimentación y manejo no es realizado en las mejores condiciones, lo que hace que los rendimientos no sean los mejores.
- **Piscicultura:** (Estanques) El municipio cuenta con 25 estanques en los que se cultivan especies como cachama y tilapia principalmente.

Figura 20 Ganadería doble propósito. Municipio de Granada – Antioquia, 2023



Fuente: <https://www.antioquiacritica.com/>

Explotación de Bosques

El bosque plantado se encuentra en explotación en la vereda Tafetanes con una extensión aproximada de 220 Hectáreas, en la vereda la Quebra 40 hectáreas y en la vereda Cristalina-Cruces 160 hectáreas en variedades como pino Tecunumani, pino Cipres, pino patula y eucalipto, entre otras variedades.

Sector Secundario

Este sector está conformado por las actividades de transformación dentro de los que destacamos las actividades industriales a pequeña escala. El sector de la manufactura viene tomando fuerza en los últimos años con el establecimiento de talleres de confección, talleres de maquila de Murano y la fábrica de balones.

Sector Terciario

Este sector está representado por los servicios tanto financieros como comerciales destacándose en el primer grupo el Banco Agrario De Colombia, Creafam Y Coogranada. En el sector comercial se destacan las Tiendas de abarrotes, los almacenes de ropa y de insumos agropecuarios y las cacharrerías.

Sistema Productivo Agroindustrial

Esta actividad, aunque incipiente tiene algunos desarrollos y potencialidades en el municipio, en la actualidad se realizan las siguientes actividades:

- **Acopio y enfriamiento de leche:** Los productores de leche del Municipio en alianza estratégica con la Asociación de ganaderos, acopian y enfrían la leche en tanques adecuados para ello.
- **Transformación Panelera:** La panela es un producto proveniente de la caña azúcar siendo esta actividad de gran importancia en el municipio, por la gran cantidad de trapiches o ramadas que son los sitios donde se transforman los productos, convirtiéndose en un importante generador de empleo en la zona más cálida del municipio. En este Municipio se cuenta con más de 350 trapiches que en su mayoría son muy rudimentarios pero que en los últimos años a través de la conformación de grupos comunitarios, se han mecanizado 45 de ellos, de los cuales solo tres trapiches en las Veredas La Cascada y El Tabor se acercan al cumplimiento de la normatividad vigente (resolución 2546 del 2004 y 779 del 2006).
- **Frutas en Conserva:** Algunas veredas y en el Corregimiento de Santa Ana, fueron en otra época productores de frutas (papaya, guanábana, lulo, otros cítricos, guayabas, etc.) en cantidades suficientes para el mercado local y algunos mercados externos de la región y el departamento, por razones de orden fitosanitario, plagas, carencia de asistencia técnica, falta de recursos económicos problemas de vías de transporte y de mercadeo, la mayor parte de estos cultivos desaparecieron o han disminuido hasta niveles poco rentables y/o comercializables. Algunos de estos cultivos empiezan a recobrar una importancia hoy se plantea la necesidad de implementar una planta para el procesamiento de fruta, especialmente de la mora que está en pleno auge.

Otros Productos

La actividad industrial del municipio se caracteriza por tener 31 industria artesanales, en las cuales se incluyen: talabarterías, ebanisterías, cerrajerías, marquetorías, y colchonerías, que ocupan en promedio 2 personas por local y usualmente de tipo familiar, En la industria de las confecciones se cuentan con algunos grupos a nivel rural en las veredas el Roble, la Cascada, las Vegas y los Medios además algunas sastrerías en la zona urbana que se dedican a la producción de camisas y pantalones. Existen proyectos pequeños e informales que, en muchos casos, no son soluciones de fondo para los problemas como el desempleo, la falta de vivienda, la falta de ingresos para satisfacer necesidades básicas e incluso, no son contribuciones fundamentales al desarrollo social. Sin embargo, en una población como Granada, algunos productos tienen las peculiaridades culturales y costumbristas, además de posibilidades de mercado un poco más amplias en las colonias de granadinos, que permiten pensar en la viabilidad de la ejecución para pequeños grupos organizados de mujeres campesinas y del casco urbano, así como el aprovechamiento semiindustrial de algunos insumos y materias primas.

Sector Terciario: Esta es una de las principales actividades que se desarrolla en la zona urbana del municipio teniendo en cuenta que se producen bienes manufacturados para la satisfacción de las demandas locales de sus pobladores, por lo que estos productos tienen que ser importados de los centros más cercanos para sus distribuidores en el comercio granadino. En cuanto al comercio de productos agrícolas, estos se realizan los días viernes, sábado y domingo en la plaza principal en el caso del Tomate, la Papa, el frijol, la zanahoria etc. es de destacar que buena parte de estos productos se comercializan en el Santuario donde el mercado se realiza todos los días. En el caso de la panela su comercialización se realiza los días sábados y domingos en el casco urbano. El Café es comercializado en la Cooperativa de Caficultores de Antioquia. Cuando presenta

buena calidad también es comprado por particulares seco y verde, obteniendo estos últimos un valor agregado con el secado.

Figura 21 Zona Comercial. Municipio de Granada – Antioquia, 2023.



Fuente: <https://orienteantioqueno.com/granada/>

2.2 Condiciones de vida del territorio

Análisis de los determinantes intermedios de la salud

El análisis de los determinantes intermedios de la salud se realizará utilizando las medidas de desigualdades sencillas, como la diferencia relativa, la diferencia absoluta; y para las medidas complejas, como el índice de concentración, los índices basados en comparaciones de dos a dos. Las medidas de desigualdad tan solo se estimarán para los indicadores que resulten en peor estado, utilizando variables que causen gradiente como pobreza, ingreso, nivel educativo y otras variables que estén disponibles. También se van a estimar una categoría de indicadores que corresponde a circunstancias materiales que está conformada por cinco subgrupos, condiciones de vida; disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales y psicológicos y culturales y sistema sanitario.

Condiciones de vida

Las condiciones de vida presentadas en el Municipio de Granada para el año 2021, muestra que la cobertura de acueducto, alcantarillado y la calidad del agua para el consumo humano (IRCA), presenta una diferencia estadísticamente significativa negativa para el Municipio frente al Departamento de Antioquia. Para el mismo año, las coberturas de servicios de electricidad, el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada, aunque la cobertura de los servicios de electricidad y el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes

de agua mejorada y el porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas están por encima de los promedios departamentales, aunque estas no constituyen una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 25. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida. Municipio de Granada - Antioquia, 2020.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Granada
Cobertura de servicios de electricidad	99,4	99,9
Cobertura de acueducto	90,3	48,1
Cobertura de alcantarillado	80,9	41,0
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	6,7	27,1
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	13,1	13,7
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	14,3	15,2

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

En la siguiente tabla de condiciones de vida, se observa que existe una diferencia estadísticamente significativa negativa entre la zona urbana y la rural del Municipio de Granada para los indicadores de cobertura de acueducto y alcantarillado, presentando una peor situación en la zona rural.

Tabla 26. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida, por zona. Municipio de Granada - Antioquia, 2020.

Determinantes intermedios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	100.0	99.9
Cobertura de acueducto	80.4	18.7
Cobertura de alcantarillado	80.4	5.1

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Disponibilidad de alimentos

Con respecto al determinante intermedio de seguridad alimentaria y nutricional, se observa que la situación para el Municipio de Granada en el año 2020, en cuanto al porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, aunque se encuentra por debajo de la medida departamental, con un 8,1% frente a un 9,2%, esta no constituye una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 27. Determinantes intermedios de la salud - disponibilidad de alimentos. Municipio de Granada – Antioquia, 2006 - 2020.

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	Granada	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	8.1	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘			

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Cobertura de vacunación PAI

Niños menores de 1 año

El municipio de Granada cuenta con una población de 151 niños menores de 1 año para el año 2022, los datos revelan una cobertura de vacunación altamente satisfactoria para la mayoría de las vacunas, la vacuna contra la polio y la DPT (difteria, tétanos y tos ferina) muestran una cobertura del 96% en su tercera dosis, lo que indica una buena cobertura de estas vacunas esenciales; asimismo, la cobertura de la vacuna BCG contra la tuberculosis es del 96%, mientras que la vacuna contra la hepatitis B y la vacuna contra Haemophilus influenzae b también alcanzan el 96% de cobertura para la tercera dosis. En cuanto a las vacunas contra el rotavirus y el neumococo, la cobertura es ligeramente menor, pero aún significativa, con un 88,1% y un 86,1% de los niños que han recibido esta dosis, respectivamente, sin embargo, la cobertura de la vacuna contra la influenza estacional para niños de 6 a 11 meses es relativamente baja, con solo el 64,2% de los niños habiendo recibido la dosis, en general, los datos sugieren una alta adherencia a los programas de vacunación en Granada, pero también destacan la necesidad de mejorar la cobertura de la vacuna contra la influenza.

Niños de 1 año

Para una población de 147 niños de 1 año, se observa una cobertura excepcional en varias vacunas, la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SRP) muestra una cobertura del 100,7%, lo que sugiere que incluso algunos niños de otros municipios pudieron ser vacunados en Granada, asimismo, las vacunas contra la hepatitis A y el neumococo también alcanzan una cobertura del 100,7% para la dosis única y el refuerzo, respectivamente. No obstante, la cobertura de la vacuna contra la fiebre amarilla es relativamente baja, con solo el 89,8% de los niños habiendo recibido la dosis única; adicional, la cobertura de la vacuna contra la influenza para niños de 12 a 23 meses es preocupantemente baja, con solo el 63,9% de los niños habiendo recibido la segunda dosis y el refuerzo. Por otro lado, la cobertura de la vacuna contra la varicela es muy alta, alcanzando el 103,4% para la dosis única, esta cifra superior al 100% podría explicarse por la vacunación de niños de otros municipios o por una discrepancia en los datos de población.

Niñas de 9 años

Para una población de 83 niñas de 9 años en 2022, solo el 56,6% ha recibido la segunda dosis de la vacuna contra el VPH, esta cobertura de vacunación es relativamente baja, ya que no alcanza ni siquiera el 60% de las niñas en este grupo de edad. La vacuna contra el VPH es importante para prevenir el cáncer cervical y otros tipos de cáncer relacionados con este virus, por lo tanto, una cobertura del 56,6% para la segunda dosis en

niñas de 9 años es insuficiente y representa un riesgo potencial para su salud futura. Es fundamental reforzar las campañas de vacunación y la concientización sobre la importancia de completar el esquema de vacunación contra el VPH en esta población. Una mayor cobertura de vacunación en esta edad temprana puede prevenir efectivamente el desarrollo de cánceres relacionados con el VPH en el futuro.

Gestantes

Para una población de 151 gestantes para el año 2022, la cobertura de la vacuna contra la difteria, tétanos y tosferina (DPaT) es del 60,3%, lo cual es relativamente baja, esta vacuna es esencial para proteger tanto a la madre como al bebé durante el embarazo y después del nacimiento, una cobertura por debajo del 60% representa un riesgo significativo para la salud de las gestantes y sus hijos. Por otro lado, la cobertura de la vacuna contra la influenza en gestantes es más alta, alcanzando el 75,5% para la dosis única, si bien esta cifra es mejor que la de la vacuna DPaT, aún queda un 24,5% de gestantes sin vacunar contra la influenza, lo cual las expone a complicaciones potencialmente graves durante el embarazo. Es fundamental reforzar las campañas de vacunación y la concientización sobre la importancia de la vacunación en esta población vulnerable. Una mayor cobertura de vacunación en gestantes no solo protege a la madre, sino también al bebé en desarrollo y al recién nacido, especialmente en los primeros meses de vida.

Tabla 28 Cobertura Vacunación PAI - Granada 2024

MUNICIPIO	POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO	POLIO		DPT		BCG		HEPATITIS B		Haemophilus Influenzae b		ROTAVIRUS		NEUMOCOCCO		INFLUENZA 6 A 11 MESES	
		2a Dosis	%	3a Dosis	%	Dosis Única	%	3a Dosis	%	2a Dosis	%	3a Dosis	%	2a Dosis	%	2a Dosis	%
GRANADA	151	145	96,0%	145	96,0%	6	4,0%	145	96,0%	145	96,0%	133	88,1%	130	86,1%	97	64,2%

POBLACIÓN DE 1 AÑO	SRP		FIEBRE AMARILLA		HEPATITIS A		NEUMOCOCCO		INFLUENZA 12 A 23 MESES		VARICELA	
	Dosis Única	%	Dosis Única	%	Dosis Única	%	Revisado	%	2a Dosis + Revisado	%	Dosis Única	%
147	148	100,7%	132	89,8%	148	100,7%	148	100,7%	94	63,9%	152	103,4%

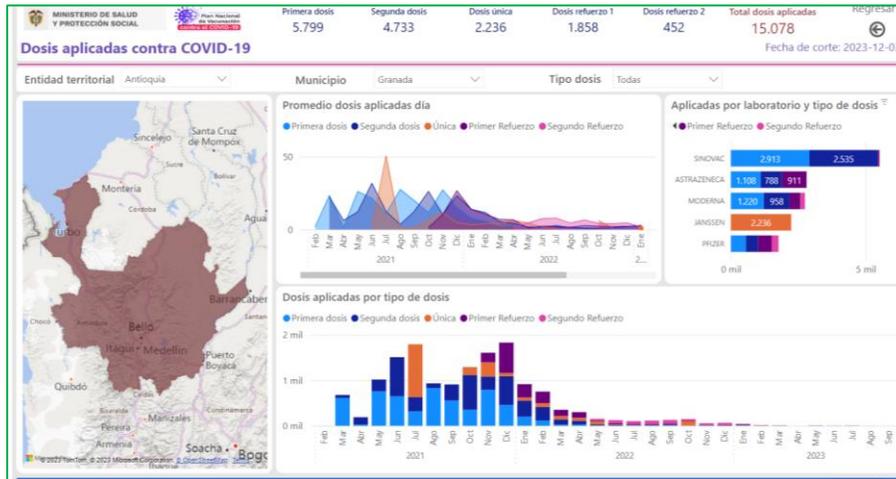
Población de 9 años	Virus del Papiloma Humano VPH (1)		Gestantes	Difteria, tétanos y tosferina DPaT		Influenza	
	2a Dosis	%		Dosis Única	%	Dosis Única	%
83	47	56,6%	151	91	60,3%	114	75,5%

Fuente: DSSA

Cobertura de la vacunación contra el COVID-19

Con corte a diciembre de 2023, en el municipio de Granada se han aplicado 15.078 dosis contra el COVID-19, de las cuales el 36.6% corresponden a biológicos del laboratorio SINOVAC, un 18.32% de AstraZeneca, un 18.22% de Moderna, un 14.83% de Janssen y el restante de Pfizer.

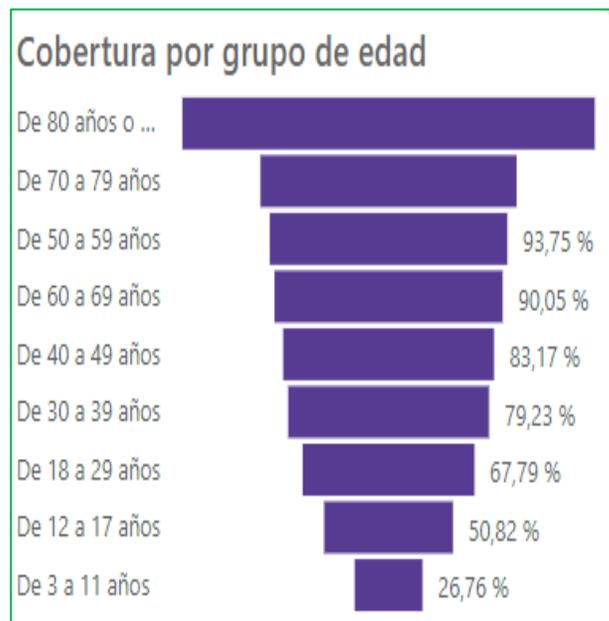
Figura 22 Dosis aplicadas contra COVID-19; Municipio de Granada, Antioquia 2023



Fuente: PAIWEB

El municipio a 2023, cuenta con una cobertura de vacunación con esquema completo de un 68.15%. el grupo de edad con mayor cobertura de vacunación son los mayores de 80 años, seguidos de los de 70 a a79 años que presentan una cobertura de 90.05%. En cuento a la población más joven que presentaban mayor escepticismo frente al proceso de vacunación se ha avanzado en la aplicación de dosis, pero aún no se alcanzan coberturas óptimas.

Figura 23: Cobertura de vacunación contra COVID-19 según grupo de edad, Municipio de Granada, Antioquia 2023



Fuente: PAIWEB

Cobertura Bruta de educación

Analizando la cobertura de educación según la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza en año 2021 en el Municipio de Granada, se evidencia que el porcentaje de hogares con analfabetismo, presenta una diferencia estadísticamente significativa negativa frente a promedio departamental. La tasa de cobertura de educación categoría media también se encuentra en peor situación que el promedio departamental, lo que debe llevar al municipio a adoptar medidas urgentes en pro de brindar atención a esta problemática e incrementar las coberturas.

Tabla 29. Tasa de cobertura bruta de educación. Municipio de Granada - Antioquia, 2003 – 2021.

Eventos de Notificación Obligatoria	Antioquia	Granada	Comportamiento																		
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	8,5	14,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	105,4	96,7	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	119,6	100,6	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	90,7	65,6	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗

Fuente: DANE – SISPRO – MPS

Necesidades Básicas Insatisfechas

Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es un método directo para identificar carencias críticas en una población y caracterizar la pobreza. Usualmente utiliza indicadores directamente relacionados con áreas de necesidades básicas de las personas (vivienda, servicios sanitarios, hacinamiento, dependencia económica), disponibles en los censos de población y vivienda. En la tabla siguiente se relaciona los datos de NBI para el municipio de Granada según el DANE para el año 2018, se observa que el 11,04% de la población total del municipio presentaba necesidades básicas insatisfechas en el año 2018 indicador en mejor situación que el promedio departamental (19.73%)

El componente de vivienda expresa las características físicas de viviendas consideradas impropias para el alojamiento humano, para el municipio de Granada en el año 2018 según el DANE fue del 0,75% indicador en mejor situación que el promedio departamental (3.53%). El indicador de hacinamiento busca captar los niveles críticos de ocupación de los recursos de la vivienda por el grupo que la habita. Se consideran en esta situación las viviendas con más de tres personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje), para el Municipio de Granada en el año 2018 según el DANE fue de 4,24% indicador en peor situación si se compara con el promedio departamental (2.77%)

Tabla 30. Necesidades básicas insatisfechas. Municipio de Granada - Antioquia, 2018.

Código Municipio	Nombre Municipio	Necesidades Básicas Insatisfechas por Categorías %						
		Prop. de Personas en NBI (%)	Prop. de Personas en miseria	Componente vivienda	Componente Servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia	Componente dependencia económica
313	GRANADA	11,04	2,19	0,75	3,33	4,24	1,51	5,04

Fuente: DANE

2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

Condiciones factores, psicológicos y culturales

Según la semaforización de los factores psicológicos y culturales del Municipio de Granada en el año 2020, no se evidencia diferencias estadísticamente significativas frente al Departamento de Antioquia, sin embargo, es importante anotar que es necesario disponer de manera clara y oportuna con estos índices ya que sirven como base para la definición de lineamientos futuros en esta dimensión tan importante a nivel Municipal, dado que para el año 2020 no se dispone de la información de la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar, en el caso de la violencia contra la mujer la medida municipal esta por debajo de medida departamental, sin embargo, no se evidencia una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 31. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales. Municipio de Granada – Antioquia, 2020.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Granada
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Intituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2020	35.3	SD
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Intituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2019	118.9	100.7

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Capítulo III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES

3.1 Análisis de la morbilidad

Con el objetivo de ampliar las principales causas de morbilidad, se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad, que agrupa los códigos CIE10 y modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas, como son: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones (donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externa); y condiciones mal clasificadas.

3.1.1 Principales causas de morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad se utilizó la lista del estudio de carga de la enfermedad, que agrupa los códigos CIE10 y modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas, como son: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones (donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externa); y condiciones mal clasificadas. En esta sección se realizará el análisis descriptivo de las frecuencias relativas de las principales causas de morbilidad del municipio de Granada, por ciclo vital y sexo, utilizando la lista adaptada por la Guía ASIS del MSPS y la fuente información que corresponde a los RIPS a lo largo del periodo 2009 - 2021. En este apartado se busca realizar una valoración a nivel general del comportamiento de las causas de morbilidad de la población en general, teniendo en cuenta el ciclo vital y posteriormente se procederá analizar esto mismo en la población de hombres y mujeres, a fin de entender de que se está enfermando la población y si existen variaciones propias de cada sexo y del ciclo vital, que pudiesen aportar al reconocimiento de factores de riesgo, susceptibles ser contrarrestados mediante acciones preventivas.

Primera infancia: En la población de 0 a 5 años del municipio, el 45% de las atenciones en salud estuvieron asociadas a las condiciones no transmisibles, como principal causa de consulta. Esto amerita desde los primeros años de vida implementar estilos de vida saludable. Seguido se encuentra las Condiciones transmisibles y nutricionales que representaron el 24.73% de las consultas con un incremento de 6.70 puntos porcentuales comparado en año 2021.

Juventud: El 15.24% de las atenciones del 2021 en la población jóvenes del municipio estuvieron asociados con las lesiones, que presenta un comportamiento fluctuante con tendencia al aumento. Las Condiciones maternas representaron un 23.91% de las consultas y que está asociado a las altas tasa de embarazos en adolescentes.

Persona mayor: Al igual que el resto de los cursos de vida, las enfermedades no transmisibles representaron el 89.97% del motivo de consulta en esta población. Teniendo en cuenta el crecimiento que se evidencia de la población adulta del municipio y el motivo de consulta, es importante mejorar las estrategias en esta población para mejorar la adherencia a los tratamientos y mejorar las condiciones de vida.

Tabla 32. Principales causas de morbilidad atendida, por ciclo vital en la población general. Municipio de Granada – Antioquia, 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total													Δ pp 2021-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	50,35	47,15	34,00	32,14	40,86	40,52	28,84	40,36	29,93	25,69	20,28	17,24	18,03	24,73	6,70	
	Condiciones perinatales	2,01	4,89	8,15	5,32	3,83	5,86	5,17	3,17	5,48	3,53	2,56	10,34	21,89	12,47	-9,42	
	Enfermedades no transmisibles	29,46	33,03	32,80	37,21	39,14	38,13	44,76	40,36	42,94	43,58	56,49	42,07	43,35	45,30	1,95	
	Lesiones	5,67	5,22	8,35	8,90	4,81	4,27	5,99	4,76	7,25	6,09	5,88	18,16	4,29	5,91	1,62	
	Condiciones mal clasificadas	12,51	9,71	16,70	16,44	11,36	11,22	15,24	11,34	14,41	21,11	14,79	12,18	12,45	11,60	-0,85	
		100,00															
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,41	25,63	19,24	12,92	16,43	18,43	17,48	12,43	9,88	6,93	6,50	3,61	4,29	11,93	7,55	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	0,00	0,00	0,00	0,80	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	49,11	54,51	51,90	53,59	55,17	53,70	51,11	59,17	56,51	69,16	66,03	60,24	67,14	64,20	-2,94	
	Lesiones	10,42	9,75	10,13	14,43	13,18	10,16	12,17	15,38	16,47	9,05	12,41	20,88	12,86	10,23	-2,63	
	Condiciones mal clasificadas	16,06	10,11	18,73	18,96	15,21	17,71	19,25	12,43	17,13	14,86	15,07	14,46	15,71	13,64	-2,08	
		100,00															
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,64	17,21	11,55	7,99	12,57	9,67	8,17	11,97	5,62	5,40	5,33	1,60	1,01	4,80	3,39	
	Condiciones maternas	1,32	1,01	3,54	7,00	5,70	3,70	5,71	3,55	2,94	3,04	4,34	11,01	8,05	1,60	-6,45	
	Enfermedades no transmisibles	56,78	52,64	51,05	48,48	56,14	52,00	52,95	60,09	57,39	54,46	55,89	54,53	68,46	65,80	-2,66	
	Lesiones	7,92	13,38	12,60	14,63	11,55	12,94	13,09	7,76	15,56	14,15	17,66	16,87	11,74	15,20	3,46	
	Condiciones mal clasificadas	19,34	15,77	21,26	21,91	14,04	21,69	20,08	16,63	18,50	22,95	16,79	15,99	10,74	12,80	2,06	
		100,00															
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,14	13,65	10,33	8,48	7,70	7,35	8,91	7,92	5,67	7,47	3,71	8,10	4,70	8,10	3,31	
	Condiciones maternas	6,18	5,94	13,86	16,81	12,70	9,89	11,79	24,38	10,94	12,77	16,25	22,13	27,07	23,91	-3,16	
	Enfermedades no transmisibles	57,10	58,58	48,66	48,08	56,66	54,14	52,93	43,79	57,07	53,14	57,76	44,08	44,75	46,84	2,09	
	Lesiones	7,36	8,18	8,35	8,33	10,08	11,87	12,64	11,49	10,39	7,81	8,47	9,06	12,15	15,42	3,26	
	Condiciones mal clasificadas	16,23	13,65	18,81	18,29	12,86	16,75	13,74	12,42	15,93	18,81	13,82	16,64	11,33	5,73	-5,59	
		100,00															
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,49	7,50	5,80	5,00	5,70	5,92	4,52	3,03	4,44	3,88	3,46	3,96	4,17	5,82	1,65	
	Condiciones maternas	1,95	1,16	2,26	1,86	3,29	2,10	2,09	1,63	1,85	1,92	2,27	3,34	3,29	3,00	-0,29	
	Enfermedades no transmisibles	77,27	79,67	73,88	71,65	76,06	73,83	77,69	84,64	77,64	77,27	77,19	73,33	79,26	73,28	-5,98	
	Lesiones	4,52	3,85	5,88	7,29	4,49	6,57	7,16	5,28	5,62	4,95	6,15	8,69	5,43	10,17	4,75	
	Condiciones mal clasificadas	8,77	7,81	12,18	14,19	10,45	11,58	8,54	5,42	10,44	11,97	10,93	10,69	7,85	7,72	-0,13	
		100,00															
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,87	5,85	4,26	2,91	5,15	5,37	4,93	1,13	3,37	3,47	2,29	2,38	3,71	2,41	-1,30	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,10	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	86,67	86,20	84,43	80,62	84,20	82,14	83,88	93,43	85,12	86,12	88,62	87,19	86,77	89,97	3,20	
	Lesiones	2,19	2,15	3,15	5,33	2,55	4,56	6,17	2,59	3,25	3,35	2,95	3,01	3,71	3,81	0,10	
	Condiciones mal clasificadas	6,27	5,79	8,16	11,14	8,07	7,83	4,97	2,85	8,25	7,06	6,14	7,42	5,80	3,81	-1,99	
		100,00															

Fuente: RIPS, SISPRO- MPS

Hombres

En los hombres del Municipio de Granada en el periodo 2009 a 2022, se observa que la principal causa de uso de servicios de salud en todos los ciclos vitales fueron las enfermedades no transmisibles, situación similar para el año 2020, siendo el ciclo vital de persona mayor quienes más accedieron a estas atenciones con un 90.78%, lo cual podría estar explicado por el diagnóstico asociado a enfermedades como hipertensión y diabetes.

En los hombres de 6 a 11 años, Condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 14.47% de las atenciones en esta población, es importante procesos de higiene, lavado de los alimentos. El comportamiento de este indicador es fluctuante y con tendencia al aumento.

En cuanto las lesiones, en el curso de vida que más consulta por esta causa son los jóvenes, lo que puede estar asociado por lo arriesgado que son los hombres en la juventud y por el tipo de deportes que practican.

Tabla 33. Principales causas de morbilidad atendida por ciclo vital en hombres. Municipio de Granada - Antioquia, 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres														Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		Δ pp 2021-2022
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	49,73	48,21	30,00	29,83	35,53	42,01	31,61	27,88	28,02	27,36	22,98	14,35	17,24	20,91	3,77	
	Condiciones perinatales	1,95	0,00	6,09	7,08	6,09	3,05	9,81	3,10	6,83	4,37	0,35	16,03	30,17	22,73	-7,45	
	Enfermedades no transmisibles	29,08	34,36	32,17	41,20	43,65	38,06	34,60	48,67	46,23	43,02	54,21	42,62	37,93	41,82	3,90	
	Lesiones	7,78	5,70	13,04	9,87	5,33	5,39	7,90	6,19	5,60	4,37	6,14	15,19	4,31	6,82	2,63	
	Condiciones mal clasificadas	11,46	11,73	18,70	12,02	9,39	11,49	16,08	14,16	13,31	20,87	16,32	11,81	10,34	7,73	-2,62	
		100,00															
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,17	27,63	22,41	8,20	17,65	17,13	22,01	16,48	11,21	7,88	4,80	3,29	2,78	14,47	11,70	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	45,56	49,88	50,62	59,94	52,94	51,40	43,63	62,64	52,80	68,67	66,67	61,18	75,00	60,53	-14,47	
	Lesiones	14,25	13,45	11,62	16,09	18,82	14,64	16,22	10,99	21,53	9,19	14,90	24,34	16,67	13,16	-3,51	
	Condiciones mal clasificadas	14,02	9,05	15,35	15,77	10,59	16,82	18,15	8,79	14,45	14,26	13,64	11,18	5,56	11,84	6,29	
		100,00															
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,52	15,04	11,22	8,25	12,82	10,20	10,45	12,78	5,74	4,66	5,99	0,52	1,12	5,13	4,10	
	Condiciones maternas	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	53,22	48,82	50,68	52,22	55,04	42,60	43,28	58,24	53,80	52,90	57,58	56,48	82,02	72,85	-9,17	
	Lesiones	16,94	24,65	21,43	25,71	22,74	24,02	28,06	16,11	24,47	22,92	22,93	27,46	13,48	19,66	6,17	
	Condiciones mal clasificadas	14,21	13,49	16,67	13,81	9,40	22,91	18,21	11,67	16,38	19,52	13,50	15,54	3,37	2,56	-0,81	
		100,00															
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,44	15,21	11,24	8,95	5,06	7,41	11,88	11,71	6,91	8,80	4,04	11,63	9,73	12,77	3,03	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,58	1,03	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	53,39	55,63	50,89	53,67	56,65	47,37	55,20	47,32	55,76	56,87	63,08	44,96	40,71	44,68	3,72	
	Lesiones	19,92	20,00	23,08	24,60	29,75	26,71	22,28	24,88	23,27	18,49	18,85	18,09	33,63	36,88	3,79	
	Condiciones mal clasificadas	15,25	9,17	14,79	12,78	8,54	18,52	10,15	16,10	14,06	15,85	13,46	24,29	15,93	5,67	-10,26	
		100,00															
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,60	7,79	9,22	4,64	5,62	6,07	3,86	4,88	5,07	3,36	3,51	2,61	6,04	4,14	-1,90	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	72,57	75,91	65,50	71,91	74,38	68,03	74,56	77,93	70,80	73,74	74,15	71,16	73,90	69,73	-4,17	
	Lesiones	10,76	8,08	12,72	14,41	9,56	13,74	15,23	11,72	13,51	11,55	13,19	17,08	10,16	16,40	6,23	
	Condiciones mal clasificadas	10,07	8,22	12,56	9,04	10,34	12,15	6,32	5,47	10,34	11,35	9,15	9,14	9,89	9,73	-0,16	
		100,00															
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,97	5,68	4,84	3,07	4,64	4,94	6,31	1,16	4,41	3,89	2,27	1,63	2,92	2,81	-0,12	
	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	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	84,82	84,47	80,43	79,66	83,91	81,57	78,62	90,71	81,53	83,23	88,58	87,33	87,68	90,78	3,15	
	Lesiones	2,62	3,21	4,16	6,75	2,39	4,88	9,27	4,21	3,58	4,96	2,83	3,65	3,97	2,91	-1,06	
	Condiciones mal clasificadas	6,58	6,64	10,57	10,51	9,07	8,61	5,80	3,92	10,48	7,91	6,32	7,39	5,43	3,51	-1,92	
		100,00															

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

Mujeres

En las mujeres del Municipio de Granada en el periodo 2009 a 2022, se observa que la principal causa de uso de servicios de salud en todos los ciclos vitales fueron las enfermedades no transmisibles, situación similar para el año 2021, siendo el ciclo vital de persona mayor quienes más accedieron a estas atenciones con un 89,34% con un incremento de 3.14 puntos porcentuales en el 2022.

En los adolescentes y la población adulta se registró una leve disminución en las consultas por condiciones no transmisibles, pero sigue siendo la principal causa de consulta en todos los ciclos vitales.

Tabla 34. Principales causas de morbilidad atendida por ciclo vital en mujeres. Municipio de Granada - Antioquia, 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2021-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	51,11	46,08	37,36	35,28	48,91	38,67	26,09	53,49	32,08	23,79	17,11	20,71	18,80	28,27	9,47	
	Condiciones perinatales	2,08	9,80	9,89	2,92	1,88	9,33	0,54	3,26	3,96	2,57	5,15	3,54	13,68	2,95	-10,72	
	Enfermedades no transmisibles	29,91	31,70	33,33	31,78	34,86	38,22	54,89	31,63	39,21	44,21	59,18	41,41	48,72	48,52	-0,19	
	Lesiones	3,12	4,74	4,40	7,58	4,33	2,99	4,08	3,26	9,11	8,04	5,57	21,72	4,27	5,06	0,79	
	Condiciones mal clasificadas	13,78	7,68	15,02	22,45	13,22	10,89	14,40	8,37	15,64	21,38	12,99	12,63	14,53	15,19	0,66	
														100,00			
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,23	23,70	14,29	18,28	15,13	19,57	11,40	7,69	8,21	5,52	8,90	4,12	5,88	10,00	4,12	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,06	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	51,49	59,00	53,90	46,59	57,56	55,71	61,14	55,13	61,19	69,89	65,12	58,76	58,82	67,00	8,18	
	Lesiones	7,85	6,16	7,79	12,54	7,14	6,25	6,74	20,51	10,07	8,84	8,90	15,46	8,82	8,00	-0,82	
	Condiciones mal clasificadas	17,43	11,14	24,03	22,58	20,17	18,48	20,73	16,67	20,52	15,75	17,08	19,59	26,47	15,00	-1,47	
														100,00			
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,11	18,69	11,75	7,77	12,39	9,26	7,05	11,44	5,53	6,10	4,70	2,16	0,96	4,51	3,55	
	Condiciones maternas	2,05	1,69	5,77	12,61	9,96	6,39	8,52	5,90	4,95	5,86	8,44	16,76	11,48	3,01	-8,48	
	Enfermedades no transmisibles	58,84	56,80	51,28	45,48	56,96	59,43	57,71	60,52	60,12	55,92	54,28	53,51	62,68	59,40	-3,28	
	Lesiones	2,45	5,70	7,05	5,73	3,19	4,19	5,73	2,21	9,46	5,98	12,67	11,35	11,00	11,28	0,27	
	Condiciones mal clasificadas	22,45	17,32	24,15	28,41	17,50	20,73	21,00	19,93	19,94	26,14	19,90	16,22	13,88	21,80	7,93	
														100,00			
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,75	12,93	10,04	8,34	8,55	7,33	7,35	6,15	5,15	6,95	3,58	6,31	2,41	6,30	3,89	
	Condiciones maternas	8,40	8,69	18,22	21,86	16,79	14,48	17,68	35,76	15,55	17,71	22,21	32,85	39,36	33,15	-6,21	
	Enfermedades no transmisibles	58,44	59,84	47,96	46,40	56,66	57,29	51,74	42,14	57,63	51,70	55,73	43,63	48,59	47,67	-1,08	
	Lesiones	2,83	2,70	3,72	3,45	3,76	4,98	7,61	5,24	4,96	3,68	4,53	4,47	2,41	7,12	4,71	
	Condiciones mal clasificadas	16,58	15,73	20,07	19,94	14,24	15,93	15,61	10,71	16,72	19,96	13,95	12,75	9,24	5,75	-3,48	
														100,00			
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,78	7,41	4,61	5,15	5,73	5,86	4,79	2,47	4,20	4,10	3,43	4,76	3,14	6,69	3,54	
	Condiciones maternas	2,58	1,54	3,05	2,63	4,45	2,93	2,98	2,12	2,46	2,71	3,28	5,35	5,09	4,55	-0,54	
	Enfermedades no transmisibles	78,81	80,92	76,80	71,54	76,67	76,13	79,02	86,66	80,29	78,72	78,53	74,82	82,19	75,12	-7,07	
	Lesiones	2,49	2,45	3,50	4,39	2,67	3,72	3,71	3,35	2,57	2,24	3,04	3,65	2,84	6,96	4,12	
	Condiciones mal clasificadas	8,34	7,68	12,04	16,29	10,49	11,36	9,49	5,41	10,48	12,23	11,72	11,61	6,74	6,69	-0,05	
														100,00			
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,20	5,96	3,86	2,80	5,47	5,66	4,01	1,11	2,68	3,21	2,30	2,91	4,18	2,12	-2,05	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,16	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	87,77	87,23	87,23	81,23	84,39	82,53	87,39	95,31	87,51	87,88	88,65	87,09	86,24	89,38	3,14	
	Lesiones	1,93	1,52	2,44	4,42	2,65	4,35	4,11	1,46	3,04	2,37	3,03	2,57	3,56	4,47	0,91	
	Condiciones mal clasificadas	6,09	5,29	6,46	11,55	7,45	7,30	4,42	2,12	6,77	6,54	6,02	7,44	6,02	4,03	-1,99	
														100,00			

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

Morbilidad específica por subgrupo

Para la población del Municipio de Granada en el periodo 2009 – 2022, se indican las atenciones por subgrupo así:

- Condiciones transmisibles y nutricionales:** Para el año 2022, fueron las infecciones respiratorias la causa principal de atención (63.28%) presentando un incremento de 10.72 puntos porcentuales comparado con el año 2021 con un comportamiento fluctuante. Seguida de las Enfermedades infecciosas y parasitarias que para el 2022 representaron el 27.16% con un comportamiento fluctuante con tendencia a la disminución.
- Enfermedades no transmisibles:** se observa como principales las atenciones en el periodo por enfermedades cardiovasculares con el 29.84% de las consultas en el año 2022, presentando un comportamiento fluctuante y un incremento de 6.40 puntos porcentuales en las consultas comparado el año 2021. Seguido se encuentran las enfermedades musculo-esqueléticas que representaron el 10.56% de las consultas con una leve disminución comparado el año 2021.

- **Lesiones:** se identificó tanto para el periodo como para el año 2022 que la mayoría de las atenciones se dieron por Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas, representando el 95.12% de las consultas.

Tabla 35. Principales causas de morbilidad por subgrupos. Municipio de Granada – Antioquia, 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ PP 2021-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	32,59	29,18	32,76	33,75	31,32	30,50	43,59	30,32	28,68	31,11	36,42	45,48	37,82	27,16	-10,66	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	66,90	69,26	65,05	60,98	66,76	66,07	54,13	65,53	66,74	65,97	57,44	47,52	52,56	63,28	107,2	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	0,51	1,56	2,18	5,26	1,92	2,84	2,28	4,16	4,59	2,91	6,14	7,00	9,62	9,55	-0,06	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	88,25	73,91	79,19	90,87	91,02	73,42	82,18	93,30	83,00	90,20	94,71	89,73	80,79	81,09	0,29	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	11,75	26,09	20,81	9,13	8,98	26,58	17,82	6,70	17,00	9,80	5,29	10,27	19,21	18,91	-0,29	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E55-E88, F01-F99, G05-G08, I400-H61, H68-H83, I00-I99, J30-J98, K00-K32, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,79	1,24	2,01	2,34	2,39	2,94	3,15	1,99	2,25	1,57	2,91	5,67	6,88	5,27	1,61	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,45	0,63	2,19	1,15	1,08	1,16	0,80	1,42	0,73	0,80	1,34	1,92	1,72	1,75	0,03	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,65	0,53	1,58	2,00	1,79	1,60	1,96	2,69	2,41	2,66	2,79	3,58	3,52	2,78	4,74	
	Trastornos endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E55-E88)	1,10	2,15	3,46	3,66	3,21	3,26	3,82	2,69	3,26	2,84	4,40	4,25	4,65	4,47	-1,18	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G08)	4,44	4,71	4,65	6,39	5,56	7,11	7,78	6,79	5,66	5,21	5,60	7,87	13,79	8,63	5,17	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H83)	4,70	4,00	5,24	5,66	7,04	7,30	7,43	6,88	6,63	5,58	6,84	5,53	9,01	9,98	0,97	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	46,70	43,45	41,65	34,90	34,76	30,48	39,09	54,07	41,51	45,66	37,57	33,44	23,44	29,84	6,40	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,55	4,38	3,46	4,53	4,51	4,69	4,46	3,92	4,29	3,60	4,75	4,10	3,31	5,69	2,91	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5,73	6,38	4,50	6,73	6,26	5,37	7,78	4,04	4,99	3,73	5,26	7,73	7,76	5,94	5,81	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,51	7,68	7,03	7,47	7,26	7,85	6,01	4,73	5,98	5,41	6,07	5,79	5,87	5,43	-4,44	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,35	5,38	4,59	4,40	5,59	5,47	3,37	1,49	2,55	2,57	3,30	2,58	3,06	3,36	0,80	
	Enfermedades músculo-esqueléticas (M00-M99)	9,30	8,48	6,92	8,78	9,94	10,91	8,22	6,34	8,72	7,93	7,88	9,41	10,57	10,56	-0,01	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,27	0,44	0,43	0,35	0,37	0,58	0,66	0,69	0,75	0,39	0,54	0,78	1,26	1,01	-2,24	
Condiciones orales (K00-K14)	9,48	10,55	10,28	11,65	10,24	11,28	5,47	2,25	9,27	12,04	10,65	7,35	5,16	5,29	0,13		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	2,71	3,11	1,56	2,69	2,73	3,58	3,30	5,00	4,64	3,83	3,95	2,26	6,44	4,88	-1,55	
	Lesiones intencionales (X80-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,50	1,34	0,00	0,48	0,99	0,40	0,56	0,00	1,36	0,09	0,00	0,50	0,00	-0,50	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,40	0,00	0,00	0,32	0,00	0,00	0,00	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	97,29	96,39	97,10	97,31	96,81	95,43	96,20	94,44	94,96	94,80	95,96	97,42	93,07	95,12	2,05	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00		

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

Hombres

Para los hombres del Municipio de Granada en el periodo 2009 – 2022, se indican las atenciones por subgrupo así:

- **Condiciones transmisibles y nutricionales:** fueron las infecciones respiratorias la causa principal de atención representando el 61.36% con un incremento de 13.54 puntos porcentuales y con un comportamiento fluctuante. Un 31.06% de las consultas fueron por las Enfermedades infecciosas y parasitarias presentando una disminución de 16.77 puntos porcentuales comparado con el 2021.
- **Condiciones maternas perinatales:** Las atenciones por condiciones derivadas del periodo perinatal representaron el 100% de las consultas presentando un comportamiento constante en los últimos dos años.
- **Enfermedades no transmisibles:** En los hombres para el año 2022 las Enfermedades cardiovasculares representaron el 29.35% de las consultas, con un comportamiento fluctuante con tendencia a la disminución, seguido de las Enfermedades de los órganos de los sentidos que causaron el 10.62% de las consultas médicas, con una reducción de 1.23 puntos porcentuales.

- **Lesiones:** durante todo el periodo de análisis los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externa han representado la principal causa de consulta, para el año 2022 representaron el 94.68% de las consultas con una tendencia fluctuante.

Tabla 36. Principales causas de morbilidad por subgrupos en hombres. Municipio de Granada – Antioquia, 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres													Tendencia		
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		2022	Δ pp 2021-2022
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-E54)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	30,04	29,42	32,25	38,89	32,83	31,85	49,07	39,76	31,41	31,52	37,43	69,84	47,83	31,06	-16,77	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	69,48	69,44	65,22	55,85	66,17	66,37	49,07	57,83	63,05	64,40	56,43	27,78	47,83	61,36	15,52	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E54)	0,48	1,14	2,54	5,26	1,00	1,78	1,86	2,41	5,54	4,09	6,14	2,38	4,35	7,58	3,23	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	0,00	# DIVIDI	0,00	0,00	0,00	0,00	5,26	0,00	9,30	0,00	0,00	11,90	0,00	0,00	0,00	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	100,00	# DIVIDI	100,00	100,00	100,00	100,00	94,74	100,00	90,70	100,00	100,00	88,10	100,00	100,00	0,00	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,56	2,48	2,40	3,55	3,33	6,31	4,95	2,88	2,33	1,98	5,27	8,51	7,78	10,36	2,58	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,40	0,75	2,40	0,53	0,93	0,98	0,47	2,06	0,88	1,03	1,16	0,85	1,23	1,59	0,33	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,88	0,19	0,96	2,02	2,25	1,92	2,86	2,26	2,00	1,97	3,32	3,28	4,07	3,23	-0,84	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	0,61	2,24	4,05	4,27	2,36	1,92	2,46	2,42	1,79	1,92	2,60	3,22	5,19	2,05	-3,13	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,13	5,30	5,77	9,80	5,07	7,09	8,59	9,32	6,17	5,92	6,41	10,14	16,54	9,70	-6,85	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	5,26	4,61	6,18	6,40	8,01	7,73	7,78	7,00	7,96	5,52	7,59	5,07	11,85	10,62	-1,23	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	42,74	39,10	38,64	30,77	32,02	29,09	36,14	48,94	39,14	43,65	35,13	31,70	23,83	29,35	5,52	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7,03	6,24	5,22	7,32	7,05	6,18	5,89	6,90	7,55	5,79	6,90	6,02	3,33	6,72	3,39	
	Enfermedades digestivas (K00-K92)	6,00	6,35	4,32	6,33	7,01	6,74	11,08	4,68	6,74	3,25	6,56	7,40	7,78	7,13	-0,65	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	1,55	4,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,90	5,18	5,97	5,68	6,35	6,14	3,20	2,11	3,41	2,68	4,12	3,05	2,84	2,72	-0,12	
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	10,85	8,20	10,50	8,69	10,72	11,07	8,52	6,48	9,39	8,85	7,13	10,67	8,02	8,98	0,96	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,52	0,47	0,62	0,30	0,46	0,84	0,57	1,80	1,14	0,74	0,78	0,79	0,99	1,08	0,09	
Condiciones orales (K00-K14)	12,56	13,52	12,97	14,33	14,44	14,98	7,48	3,14	11,69	16,69	13,03	9,30	6,54	6,46	-0,08		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-Y89, Y40-Y86, Y88, Y89)	1,42	1,74	1,44	2,83	1,17	3,40	3,13	4,05	4,67	3,84	3,70	3,58	6,84	5,32	-1,51	
	Lesiones intencionales (X80-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,78	0,00	0,00	0,00	0,62	0,00	0,90	0,00	0,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	98,58	97,48	98,56	97,17	98,83	95,99	96,87	95,05	95,33	95,50	96,30	96,42	93,16	94,68	1,52	
	Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

Mujeres

Para las mujeres del Municipio de Granada en el periodo 2009 – 2022, se indican las atenciones por subgrupo así:

- **Condiciones transmisibles y nutricionales:** En el año 2022, las mujeres presentan un comportamiento similar que, en los hombres, la principal causa de consulta fueron las Infecciones respiratorias que representaron el 64.53% de las consultas con un incremento de 8.21 puntos porcentuales comparado el año 2021.
- **Condiciones maternas perinatales:** Las condiciones maternas representaron el 96.92% de las consultas en el año 2022, presenta un comportamiento fluctuante con un incremento en las consultas comparado 2021 de 3.43 puntos porcentuales.
- **Enfermedades no transmisibles:** En el año 2022, las enfermedades cardiovasculares representaron la principal causa de consulta, situación similar en los hombres y que da cuenta de la necesidad de mejorar hábitos y lograr adherencia a los tratamiento farmacológicos y no farmacológicos en la población. En segundo lugar con una representación del 11.55% de las consultas encontramos las Enfermedades musculo-esqueléticas que presentan un comportamiento fluctuante con una leve disminución en el 2022 comparado el 2021.

- **Lesiones:** durante todo el periodo de análisis los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externa han representado la principal causa de consulta, para el año 2022 representaron el 95.67% de las consultas con una tendencia fluctuante.

Tabla 37. Principales causas de morbilidad por subgrupos en mujeres. Municipio de Granada – Antioquia, 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres													Tendencia		
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		2022	Δ pp 2021-2022
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-E54)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	34,32	29,02	33,15	30,45	30,45	29,48	38,78	23,87	26,43	30,81	35,61	31,34	29,89	24,63	5,25	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	65,16	69,13	64,93	64,29	67,10	66,99	68,57	70,78	69,77	67,15	68,25	68,99	66,32	64,53	8,31	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E54)	0,52	1,85	1,92	5,26	2,45	3,63	2,65	5,35	3,80	2,03	6,13	9,68	13,79	10,84	-2,96	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	93,92	73,91	84,54	68,08	97,07	77,29	92,15	96,76	93,42	96,30	95,61	97,78	93,49	99,92	3,44	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	6,08	26,09	15,46	1,92	2,93	22,71	7,85	3,24	6,58	3,70	4,39	2,22	6,51	3,08	-3,43	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88), E85-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N88, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,89	0,67	1,83	1,70	1,94	1,30	2,28	1,54	2,21	1,38	1,59	3,93	6,41	2,04	4,37	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,48	0,58	2,09	1,47	1,16	1,25	0,96	1,10	0,76	0,69	1,44	2,58	1,97	1,85	0,12	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,55	0,69	1,87	1,99	1,67	1,45	1,52	2,90	2,61	3,01	2,49	3,77	3,24	2,50	0,74	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1,32	2,11	3,19	3,34	3,62	3,91	4,48	2,82	3,99	3,33	5,42	4,87	4,38	6,00	1,62	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,57	4,43	4,14	4,56	5,79	7,12	7,39	5,51	5,40	4,84	5,14	6,48	12,38	7,95	4,43	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	4,45	3,71	4,81	5,26	6,57	7,09	7,26	6,82	5,98	5,61	6,41	5,80	7,56	9,57	1,99	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	48,44	45,50	43,03	37,11	36,09	31,16	40,52	56,68	42,68	46,70	38,94	34,50	23,24	30,15	6,91	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,46	3,51	2,66	3,03	3,29	3,96	3,77	2,40	2,67	2,46	3,55	2,93	3,20	5,03	1,83	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5,61	6,39	4,58	6,94	5,90	5,20	6,18	3,71	4,12	3,96	4,53	7,93	7,75	5,19	2,55	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N88)	8,70	9,22	10,28	11,48	10,76	11,68	8,92	7,13	8,93	8,22	9,48	9,32	8,89	8,86	-0,03	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4,67	5,00	3,65	3,71	5,23	5,15	3,46	1,18	2,13	2,51	2,84	2,29	3,17	3,77	0,59	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	8,61	8,61	8,19	8,82	9,56	10,84	8,07	6,27	9,88	7,46	8,46	8,64	11,87	11,55	0,32	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,16	0,43	0,35	0,37	0,32	0,43	0,70	0,13	0,56	0,21	0,40	0,77	1,40	0,97	0,42	
Condiciones orales (K00-K14)	8,09	9,15	9,04	10,21	8,22	9,47	4,50	1,80	8,08	9,63	9,31	6,16	4,44	4,54	0,10		
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,97	5,57	1,75	2,47	5,60	3,91	3,59	6,52	4,58	3,82	4,32	0,00	5,88	4,33	-1,56	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	3,51	0,00	1,29	1,68	1,10	0,00	0,00	2,63	0,22	0,00	1,18	0,00	-1,18	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	1,02	0,00	0,00	0,88	0,00	0,00	0,00	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,03	94,43	94,74	97,53	93,10	94,41	95,03	93,48	94,40	93,56	95,46	99,12	92,94	95,67	2,73	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

Morbilidad específica en salud mental

Trastornos mentales y del comportamiento: En todos los cursos de vida, los trastornos mentales y del comportamiento fue la principal causa de consulta con porcentajes superiores a 92. En la población adulta mayor representó el 99% de las consultas y esto podría estar explicado por la falta de red de apoyo familiar, por temas de superación de duelos entre otras.

En los jóvenes representó el 92% de las consultas, y esto habla de la necesidad de generar procesos de acompañamiento a esta población desde lo familiar, la creación de procesos de emprendimientos, accesos a procesos de educación superior y actividades deportivas, culturales y recreativas para el aprovechamiento del tiempo libre.

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas: En los diferentes cursos de vida, esta causa no fue muy relevante en las consultas durante todo el periodo de análisis, para la vigencia 2022 representaron en los jóvenes el 6.49% de las consultas, con un comportamiento fluctuante y una reducción de 3.26 puntos porcentuales. En el resto de los cursos de vida la proporción de consultas no alcanzó un 1%.

Tabla 38. Principales causas de morbilidad en salud mental por ciclo vital. Municipio de Granada - Antioquia, 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total													Δ pp 2021 2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	66,67	15,38	42,86	50,00	76,92	62,50	41,67	75,00	46,43	86,67	86,21	90,00	95,16	97,37	2,21	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	33,33	84,82	57,14	50,00	23,08	37,50	58,33	25,00	53,57	113,33	113,79	10,00	4,84	2,63	-2,21	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	85,29	71,43	81,82	85,37	80,00	90,38	88,89	100,00	95,65	99,02	89,66	100,00	88,89	97,44	8,55	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,72	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	14,71	28,57	18,18	14,63	20,00	9,62	11,11	0,00	4,35	0,98	8,62	0,00	11,11	2,56	-8,55	
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	81,82	69,57	100,00	77,78	84,21	82,09	96,59	96,97	43,75	75,00	96,77	84,00	85,71	96,92	11,21	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	7,41	5,26	0,00	1,14	0,00	0,00	0,00	9,09	1,61	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	18,18	30,43	0,00	14,81	10,53	17,91	2,27	3,03	56,25	15,91	1,61	16,00	14,29	3,08	-11,21	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,07	77,36	64,29	71,11	87,80	92,50	87,25	70,59	84,31	62,28	77,78	91,89	80,49	92,21	11,72	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,85	3,77	0,00	0,00	0,00	0,00	1,96	0,00	1,96	31,14	17,54	5,41	9,76	6,49	-3,26	
	Epilepsia	24,07	18,87	35,71	28,89	12,20	7,50	10,78	29,41	13,73	6,59	4,68	2,70	9,76	1,30	-8,46	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	77,73	80,66	86,98	79,82	88,61	88,26	94,57	89,27	87,46	84,74	84,62	83,45	91,30	89,76	-1,54	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,93	0,41	1,18	0,00	0,84	0,81	0,00	0,00	1,57	0,00	5,35	0,72	0,43	0,79	0,85	
	Epilepsia	18,34	18,93	11,83	20,18	10,55	10,93	5,43	10,73	10,97	15,26	10,03	15,83	8,26	9,45	1,19	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	95,38	91,78	90,20	67,80	87,65	84,75	94,94	88,18	92,57	94,48	98,06	96,77	88,04	99,12	11,07	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	1,23	0,00	2,53	0,91	2,03	2,76	0,78	0,00	0,00	0,88	0,88	
	Epilepsia	4,62	8,22	9,80	32,20	11,11	15,25	2,53	10,91	5,41	2,76	1,16	3,23	11,96	0,00	-11,96	

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

Hombres

Los hombres presentan un comportamiento similar que el resto de la población, la principal causa de consulta fueron los Trastornos mentales y del comportamiento, representando el 100% de las consultas en la primera infancia, en la infancia y la vejez con un comportamiento fluctuante y con tendencia al aumento en estos cursos de vida.

En cuanto a la Epilepsia, se presentaron consultas en los adolescentes y los adultos, representando en este último, el 9.26% de las consultas en el año 2022 con un leve incremento de 0.36 puntos porcentuales comparado el 2021.

Tabla 39. Principales causas de morbilidad en salud mental por ciclo vital en hombres. Municipio de Granada – Antioquia, 2009 – 2022

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres														Δ pp 2021-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	50,00	0,00	100,00	50,00	87,50	50,00	64,29	0,00	52,94	88,89	82,35	83,33	100,00	100,00	0,00	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	50,00	100,00	0,00	50,00	12,50	50,00	35,71	100,00	47,06	11,11	17,85	16,67	0,00	0,00	0,00	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	79,17	80,00	100,00	83,33	77,27	93,33	88,24	100,00	94,44	98,41	87,18	100,00	88,89	100,00	11,11	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	20,83	20,00	0,00	16,67	22,73	6,67	11,76	0,00	5,56	1,59	12,82	0,00	11,11	0,00	-11,11	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	73,33	71,43	100,00	77,78	83,33	71,43	96,43	100,00	75,00	58,82	92,86	81,25	53,85	93,33	39,49	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	16,67	0,00	3,57	0,00	0,00	0,00	3,57	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	26,67	28,57	0,00	22,22	0,00	28,57	0,00	0,00	25,00	41,18	3,57	18,75	46,15	6,67	-38,49	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,23	76,47	63,64	68,97	100,00	95,74	82,35	33,33	83,33	57,02	87,30	87,50	100,00	94,29	-5,71	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	11,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,56	42,98	3,17	8,33	0,00	5,71	5,71	
	Epilepsia	30,77	11,76	36,36	31,03	0,00	4,26	17,65	66,67	11,11	0,00	9,52	4,17	0,00	0,00	0,00	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	67,33	80,39	89,86	75,49	89,53	82,02	96,12	89,86	82,50	91,62	78,81	84,71	90,41	88,89	-1,52	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8,91	0,98	0,00	0,00	2,33	2,25	0,00	0,00	0,83	0,00	10,60	1,18	0,68	1,85	1,17	
	Epilepsia	23,76	18,63	10,14	24,51	8,14	15,73	3,88	10,14	16,67	8,38	10,60	14,12	8,90	9,26	0,66	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	85,71	89,19	82,14	41,38	41,67	75,86	86,67	80,95	89,55	86,17	96,70	94,23	97,44	100,00	2,16	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,89	1,59	4,48	9,57	2,20	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	14,29	10,81	17,86	58,62	58,33	24,14	4,44	17,46	5,97	4,26	1,10	5,77	2,56	0,00	-2,56	

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

Mujeres

En las mujeres del Municipio de Granada en el periodo 2009 a 2022, se observa que la principal causa de uso de servicios de salud por salud mental en todos los ciclos vitales fueron los trastornos mentales y del comportamiento. Para el año 2022, en los jóvenes representó el 90,48% de las consultas, con un comportamiento fluctuante con un incremento de 12,10 puntos porcentuales comparados el año 2021.

Tabla 40. Principales causas de morbilidad en salud mental por ciclo vital en mujeres. Municipio de Granada - Antioquia, 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2020-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,00	25,00	0,00	#DNV/0!	80,00	100,00	10,00	100,00	36,36	83,33	91,67	100,00	94,55	96,55	2,91	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	#DNV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	20,00	75,00	100,00	#DNV/0!	40,00	0,00	90,00	0,00	63,64	16,67	8,33	0,00	5,45	3,45	-2,01	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	50,00	50,00	90,91	87,50	86,36	90,00	100,00	100,00	94,74	100,00	#DNV/0!	95,65	#DNV/0!		
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,26	0,00	#DNV/0!	0,00	#DNV/0!		
	Epilepsia	0,00	50,00	50,00	9,09	12,50	13,64	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DNV/0!	4,35	#DNV/0!		
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	68,75	100,00	77,78	84,62	86,96	96,67	93,75	25,00	85,19	100,00	88,89	97,22	100,00	2,98	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	22,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	0,00	31,25	0,00	0,00	15,38	13,04	3,33	6,25	75,00	0,00	0,00	11,11	2,78	0,00	-2,78	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	78,57	77,78	66,67	75,00	83,87	87,88	92,16	90,91	84,85	76,09	72,22	100,00	78,38	90,48	12,10	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,92	0,00	0,00	0,00	25,93	0,00	10,81	7,14	-6,67	
	Epilepsia	17,86	22,22	33,33	25,00	16,13	12,12	3,92	9,09	15,15	23,91	1,85	0,00	10,81	2,38	-6,43	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	85,94	80,85	85,00	81,74	88,08	91,77	93,22	88,89	90,45	78,19	90,54	81,48	92,86	90,41	-2,45	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	14,06	19,15	13,00	18,26	11,92	8,23	6,78	11,11	7,54	21,81	9,46	18,52	7,14	9,59	2,95	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	98,04	94,44	100,00	93,33	95,65	93,33	98,23	97,87	95,06	97,84	98,80	98,61	81,13	98,28	17,14	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	1,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,72	1,72	
	Epilepsia	1,96	5,56	0,00	6,67	2,90	6,67	1,77	2,13	4,94	2,16	1,20	1,39	18,87	0,00	-16,87	

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

3.1.2. Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

Morbilidad de eventos de alto costo

Con respecto a la comparación del Municipio de Granada frente al Departamento de Antioquia, por eventos de alto costo en el año 2020, se indica una diferencia estadísticamente significativa positiva municipal en la Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, aunque frente al año 2019 se indica una tendencia al aumento; en el caso de la tasa de incidencia de VIH notificada, aunque la cifra municipal es superior a la departamental, esta no presenta una diferencia estadísticamente significativa. Lo que implica al Municipio seguir trabajando en la continuidad de las medidas adoptadas para el control de estas patologías.

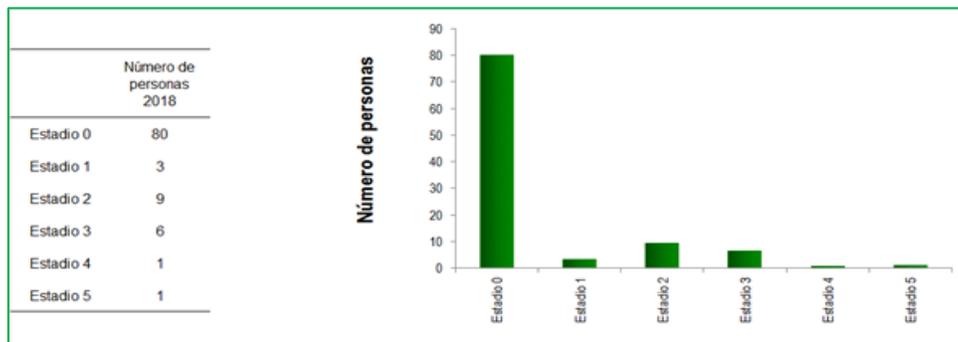
Tabla 41. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Municipio de Granada – Antioquia, 2006 – 2020.

Evento	Antioquia 2021	Granada	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	20.33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗			
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	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↗			
Tasa de incidencia de VIH notificada	24.14	24.27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘			
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: RIPS, SISPRO- MSPS

Para el Municipio de Granada en el año 2020, la progresión de la enfermedad renal crónica señala que se encuentran casos en cada uno de los estadios de la enfermedad, para el año 2020 podría decirse que continúa presentando la mayor prevalencia el estadio 0 que da cuenta de población identificada con riesgo de desarrollar ERC. Cabe señalar que el estadio 0 representa el 80% del total de casos relacionados, le sigue en proporción el estadio 2 con el 9% de los casos, mientras en lo que respecta a la menor proporción de casos se encuentra en el estadio 4 y 5 que para el año 2019 represento el 1% respectivamente.

Figura 24. Progresión Enfermedad Renal Crónica. Municipio de Granada - Antioquia 2020.



Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

Morbilidad de eventos precursores

Como se observa en la siguiente tabla, para el Municipio de Granada en el año 2020, tanto la prevalencia de la diabetes mellitus como la de hipertensión arterial presentan cifras inferiores a las departamentales, aunque con tendencia al aumento desde el año 2016, sin embargo, no constituyen una diferencia estadísticamente significativa. Esto indica que existe la necesidad de continuar fortaleciendo acciones encaminadas a la prevención del riesgo y control de la enfermedad; así como también a la promoción de estilos de vida saludables que de forma temprana ayuden a que la población incorpore conductas que les hagan menos vulnerables a las afecciones de este tipo.

Tabla 42. Eventos precursores. Municipio de Granada – Antioquia, 2006 – 2020.

Evento	Antioquia 2021	Granada	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Prevalencia de diabetes mellitus	3.63	2.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Prevalencia de hipertensión arterial	11.54	10.87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Según la siguiente tabla de morbilidad de eventos de notificación obligatoria para el Municipio de Granada en el año 2022, se puede observar que para ningún evento que registro cifras, se cuenta con una tendencia a la disminución respecto de las cifras del año 2017 para la letalidad por infección respiratoria aguda e intoxicaciones. Para el caso de incidencias al igual que para las letalidades no se presentaron casos para el año 2021 y 2022.

Tabla 43. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria. Municipio de Granada - Antioquia, 2006 – 2022.

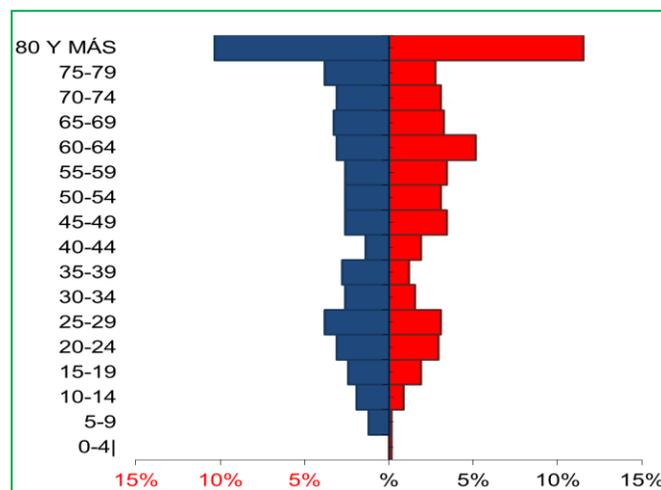
Causa de muerte	Antioquia 2022	Granada 2022	Comportamiento																			
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022			
Causas externas																						
Accidentes biológicos																						
Accidente ofídico	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lesiones y muerte por accidentes de tránsito	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ambientales																						
Vigilancia de la exposición a contaminantes atmosféricos relacionados con ERA	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eventos adversos de los servicios de salud																						
Infecciones asociadas a la atención salud	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Intoxicaciones																						
Exposición a flúor	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Laboral																						
Lesiones en menor trabajador	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mental																						
Conducta suicida	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Violencia escolar	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Violencia																						
Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Violencia intrafamiliar, sexual y de la mujer	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Trasmisibles																						
Transmisión aérea y contacto directo																						
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Infección Respiratoria Aguda	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Infección respiratoria aguda grave (irag inusitado)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lepra	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tuberculosis pulmonar	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tuberculosis extrapulmonar	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tuberculosis Todas las formas	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Meningitis tuberculosa	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasas de incidencia PDSP																						
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	31,10	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de dengue grave según municipio de ocurrencia	0,80	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de leptospirosis	0,40	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de Chagas	0,01	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,50	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Fuente: RIPS, SISPRO- MSPS

3.1.4 Análisis de la población con discapacidad

Al analizar la población en situación de discapacidad para el Municipio de Granada en el año 2021, se registra un total de 581 personas, teniendo una mayor participación masculina con el 50,4%, frente a un 49,6% de población femenina. Los grupos de edades en las cuales se presenta más población en situación de discapacidad son los adultos mayores de 80 años, seguido del grupo de 60 a 64 años y de 25 a 29 años; aunque en todos los grupos de edad se encuentra esta población se evidencia en menor proporción en los grupos de 0 a 4 años y 5 a 9 años. Esta población debe estar incluida y caracterizada en la política de discapacidad del municipio con el fin de ofrecer una mayor calidad de vida.

Figura 25. Pirámide poblacional de la población en situación de discapacidad. Municipio de Granada – Antioquia, 2021.



Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Con respecto a los tipos de discapacidades, se encuentra que del total de personas con discapacidad en el Municipio de Granada para el año 2021, el 24,22% posee una discapacidad en el sistema nervioso central, un 21,77% tiene dificultades en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, y otro 14,73% en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas.

Tabla 44. Distribución de las alteraciones permanentes de la población en situación de discapacidad. Municipio de Granada – Antioquia, 2021.

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	266	21.77
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	180	14.73
El sistema genital y reproductivo	29	2.37
El sistema nervioso	296	24.22
La digestión, el metabolismo, las hormonas	66	5.40
La piel	18	1.47
La voz y el habla	100	8.18
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	11	0.90
Los oídos	85	6.96
Los ojos	171	13.99
Ninguna	0	0.00
Total	1222	

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

3.1.5 Identificación de prioridades en la morbilidad

Tabla 45. Identificación de prioridades principales en la morbilidad. Municipio de Granada – Antioquia, 2022

Morbilidad	Prioridad	Granada 2022	Antioquia 2022	Tendencia 2005 a 2021	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles: Adolescencia	65,6	47,3	Disminución	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Condiciones transmisibles y nutricionales (Infancia)	24,73	33,94	Aumento	3. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
	3. Lesiones (Jovenes)	15,42	12,6	Aumento	12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	4. Trastornos mentales y del comportamiento (infancia)	97,44	79,35	Aumento	4. RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades no transmisibles: Enfermedades cardiovasculares	29,84	18,78	Aumento	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Enfermedades no transmisibles: Enfermedades musculoesqueléticas	10,56	13,19	Disminución	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	3. Condiciones transmisibles y nutricionales: Infecciones respiratorias	63,28	41,82	Aumento	3. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
	4. Condiciones transmisibles y nutricionales: Enfermedades infecciosas y parasitarias	27,16	51,26	Disminución	3. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
	5. Lesiones: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	95,12	94,25	Aumento	12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
Alto Costo	1. Tasa de Incidencia de VIH (2020)	24,27	24,14	Disminución	9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
Precusores	Prevalencia Hipertensión Arterial (2020)	10,87	11,54	Aumento	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Sífilis Congenita	0	2,5	Disminución	9. RIAS para población con riesgo o presencia de
Discapacidad	1. Sistema Nervioso	24,22	53,7	Constante	16. RIAS para población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.
	2. Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	21,77	50,26	Constante	

Fuente: Elaboración propia – Municipio de Granada – Antioquia, 2023

Conclusiones

- En el Municipio de Granada en el periodo 2009 a 2022, se observa que la principal causa de uso de servicios de salud en todos los ciclos vitales fueron las enfermedades no transmisibles, condición que se relaciona con la principal causa de mortalidad en el municipio. Siendo de gran importancia la implementación de nuevos hábitos más saludables, generar procesos de adherencia a los tratamientos.
- En el Municipio de Granada, para las Condiciones transmisibles y nutricionales, en el periodo 2009 – 2022, fueron las infecciones respiratorias la causa principal de atención, situación similar para el año 2022, además de registrar frente al año 2021 una tendencia a la disminución en consultas, tendencia similar para las deficiencias nutricionales; mientras en las atenciones por enfermedades infecciosas y parasitarias, la tendencia fue al aumento
- En el Municipio de Granada, para las enfermedades no transmisibles, en el periodo 2009 – 2022, se observa como principales las atenciones por enfermedades cardiovasculares, que presenta un comportamiento fluctuante con tendencia al aumento y las enfermedades musculo esqueléticas como segunda causa de consulta, presenta una tendencia a la disminución comparado el año 2021.
- En el Municipio de Granada, para las lesiones, se identificó tanto para el periodo 2009 – 2022 como para el último año de análisis, que la mayoría de las atenciones se dieron por Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas, aunque frente al año 2021 se evidencia un aumento en consultas, en especial en la población joven del municipio.
- En el Municipio de Granada en el periodo 2009 a 2022, se observa que la principal causa de uso de servicios de salud por salud mental en todos los ciclos vitales fueron los trastornos mentales y del comportamiento, situación similar para el año 2022, siendo el ciclo vital de infancia quienes más accedieron a estas atenciones; es importante resaltar que respecto a las consultas en el año 2021. Es importante precisar la importancia de avanzar en los programas de salud mental en todos los cursos de vida.
- Con respecto a la comparación del Municipio de Granada frente al Departamento de Antioquia, por eventos de alto costo en el año 2020, se indica una diferencia estadísticamente significativa positiva municipal en la Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, aunque frente al año 2019 se indica una tendencia al aumento; en el caso de la tasa de incidencia de VIH notificada, aunque la cifra municipal es superior a la departamental, esta no presenta una diferencia estadísticamente significativa. Lo que implica al Municipio seguir trabajando en la continuidad de las medidas adoptadas para el control de estas patologías.
- Para el Municipio de Granada en el año 2020, tanto la prevalencia de la diabetes mellitus como la de hipertensión arterial presentan cifras inferiores a las departamentales, aunque con tendencia al aumento desde el año 2016, sin embargo, no constituyen una diferencia estadísticamente significativa.

Esto indica que existe la necesidad de continuar fortaleciendo acciones encaminadas a la prevención del riesgo y control de la enfermedad; así como también a la promoción de estilos de vida saludables que de forma temprana ayuden a que la población incorpore conductas que les hagan menos vulnerables a las afecciones de este tipo.

- Del total de atenciones en salud a la población migrante residente en el Municipio de Granada en el año 2021, la mayoría se dieron en el servicio de consulta externa, seguido de procedimientos y hospitalización; este comportamiento presenta una tendencia similar a la encontrada en el Departamento de Antioquia. En cuanto al régimen de afiliación, se identificó que la mayoría pertenece a población no afiliada, seguido de la población afiliada al régimen subsidiado u otro régimen; por ello, los entes encargados deben de evaluar la carga económica tanto para el migrante como para el municipio en la prestación de servicios de salud a esta población y tomar las medidas de aseguramiento adecuadas.
- Al analizar la población en situación de discapacidad para el Municipio de Granada en el año 2021, se registra una mayor participación masculina, mientras por grupos de edades son los adultos mayores de 80 años, seguido del grupo de 60 a 64 años y de 25 a 29 años los que más población aglomeran; aunque en todos los grupos de edad se encuentra esta población se evidencia en menor proporción en los grupos de 0 a 4 años y 5 a 9 años. Esta población debe estar incluida y caracterizada en la política de discapacidad del municipio con el fin de ofrecer una mayor calidad de vida. Además, se indica que el tipo de discapacidad predominante es el del sistema nervioso central, seguido del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, así como dificultades en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas.

3.2 Análisis de la mortalidad

Para el análisis de mortalidad se toman como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, esto es, las muertes por enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del sistema circulatorio; signos y síntomas mal definidos; causas externas; y las demás enfermedades. Este análisis se desagregará por cada 100.000 habitantes y sexo en el periodo 2005 - 2021.

3.2.1 Mortalidad general

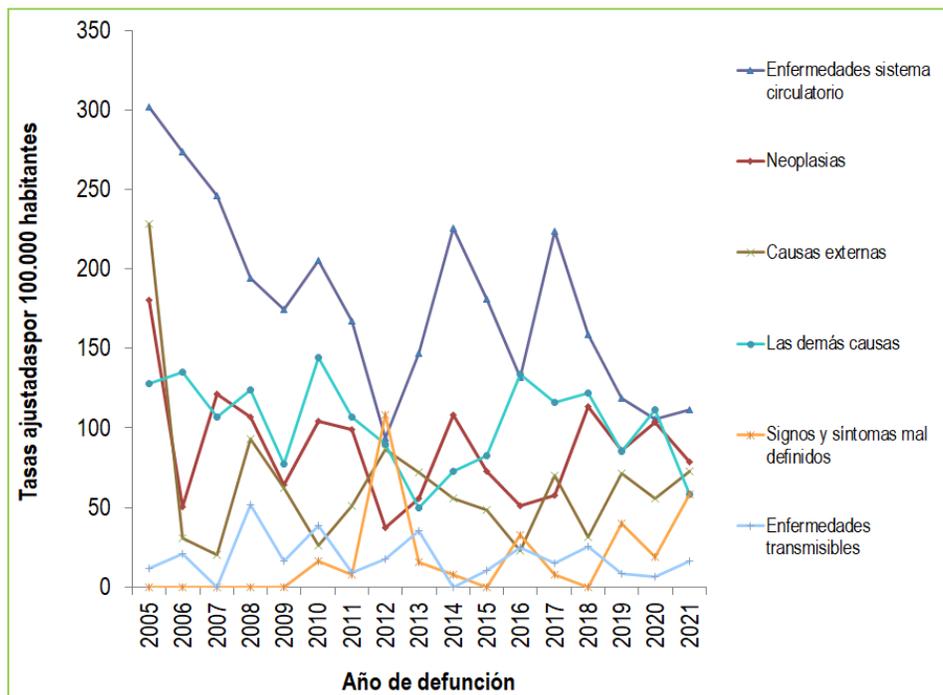
Para el año 2021, las tres principales causas de muertes en el municipio de Granada fueron; Enfermedades sistema circulatorio, las Neoplasias y las causas externas respectivamente.

En cuanto a las enfermedades del sistema circulatorio, presentan un comportamiento fluctuante y para el año 2021 el riesgo de morir a causa de esta enfermedad en la población de Granada fue de 111,3 por cada cien mil habitantes y el riesgo de muerte presenta una marcada tendencia a la disminución comparado con el registrado en el 2005 (302,2). Es de gran relevancia el fortalecimiento de los programas direccionados en el municipio a la creación de una cultura de hábitos saludables, relacionados con una mejor alimentación y masificación de las actividades deportivas y recreativas en todos los cursos de vida.

Las Neoplasias causaron en el 2021, 78.6 muertes por cada cien mil habitantes del municipio, este indicador presenta un comportamiento oscilante con tendencia a la disminución comparado con el año inmediatamente anterior en el cual la tasa se registró en 103.5.

Las causas externas provocaron 72.8 muertes por cada cien mil habitantes, denotando un aumento importante en el 2021, comparado con las cifras registradas en el 2020. En todo el periodo de estudio con mayor afección en la población masculina.

Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada. Municipio Granada – Antioquia, 2005 – 2021.



Fuente: SISPRO, DANE, MSPS

Hombres

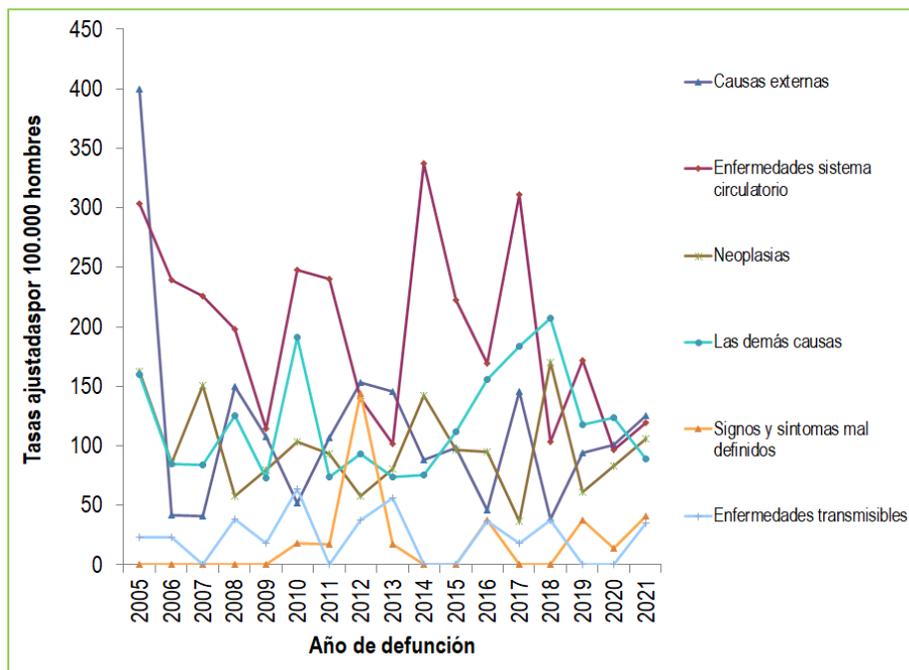
Para el año 2021, las tres principales causas de muertes en los hombres del municipio de Granada fueron; las causas externas, las Enfermedades sistema circulatorio y las Neoplasias respectivamente.

En cuanto a las causas externas durante el periodo de estudio ha presentado un comportamiento fluctuante, el mayor riesgo de muerte por esta causa se presentó en el 2005 (399.4) desde entonces se registra un importante descenso, provocando en el 2021 125.3 muertes por cada cien mil hombres del municipio.

Las enfermedades del sistema circulatorio presentan un comportamiento fluctuante con tendencia a la disminución, registrando su tasa más alta en el año 2014, aportando 337,2 muertes por cada cien mil hombres, comparando la cifra registrada en el 2021, el riesgo de muerte se redujo a 119,6.

Referente a las Neoplasias, en el 2021 el riesgo de muerte fue de 105.8 por cada cien mil hombres, es importante indicar que el comportamiento de este indicador ha sido fluctuante con una tendencia a la disminución. Además, el riesgo de muerte durante el periodo de estudio ha sido mayor en esta población que en las mujeres.

Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres. Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: SISPRO, DANE, MSPS

Mujeres

Para el año 2021, las tres principales causas de muertes en las mujeres del municipio de Granada fueron; las Enfermedades sistema circulatorio, las Neoplasias y las demás causas.

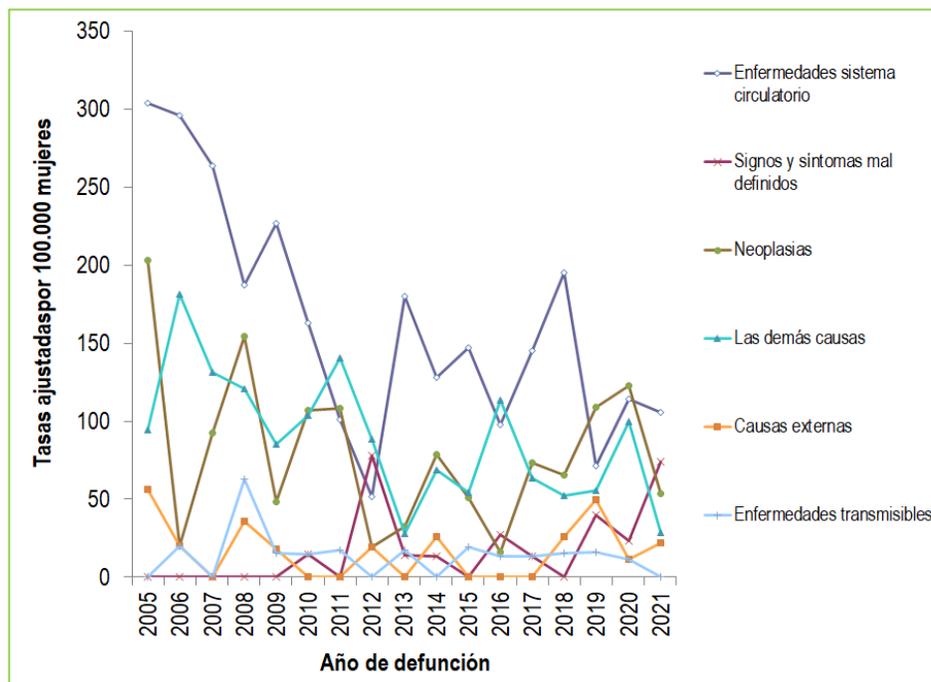
En cuanto a las enfermedades del sistema circulatorio, presentan un comportamiento fluctuante y para el año 2021 el riesgo de morir a causa de esta enfermedad fue de 105.4 por cada cien mil mujeres y el riesgo de muerte presenta una marcada tendencia a la disminución comparado con el registrado en el 2005 (304,1). Es de gran relevancia el fortalecimiento de los programas direccionados en el municipio a la creación de una cultura de hábitos saludables, relacionados con una mejor alimentación y masificación de las actividades deportivas y

recreativas en todos los cursos de vida con enfoque de género debido al impacto que causa en las mujeres comparado con el resto de la población.

Las Neoplasias causaron en el 2021, 53.8 muertes por cada cien mil mujeres del municipio, este indicador presenta un comportamiento oscilante con tendencia a la disminución comparado con el año inmediatamente anterior en el cual la tasa se registró en 122.5.n

Es importante avanzar con los responsables de la prestación de los servicios en salud para mejorar en la calidad del dato, dado que, para el año 2021 se registra un total de 73.7 muertes por cada cien mujeres clasificadas como signos y síntomas mal definidos.

Figura 28. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres. Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: SISPRO, DANE, MSPS

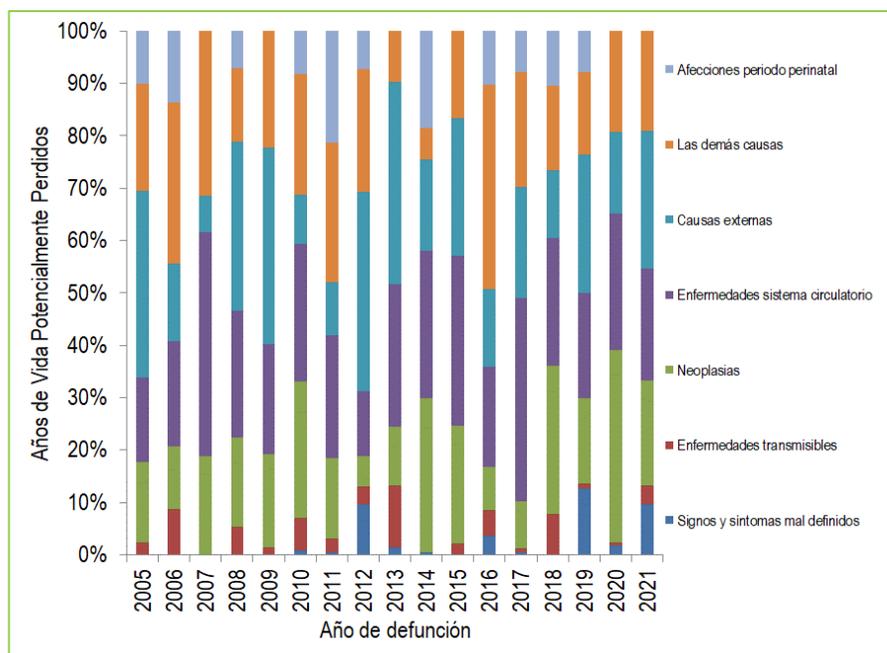
Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

El uso del índice de años de vida perdidos permite relacionar la mortalidad de determinadas causas a ciertas edades, con el cambio de la esperanza de vida al nacimiento o entre edades seleccionadas, el índice reemplaza el uso de tablas de múltiple decremento para analizar el impacto sobre las esperanzas de vida que producen los cambios de mortalidad por causa de muerte y edad, además, los años de vida perdidos permiten analizar históricamente la mortalidad por causas sin la necesidad de utilizar tasas brutas estandarizadas. Finalmente, este índice mide en forma aceptable el cambio del nivel de la mortalidad por causas, esta última característica puede utilizarse para detectar causas de muerte que cambian rápidamente, aunque el nivel de mortalidad sea relativamente bajo.

En el Municipio de Granada durante el periodo 2005 – 2020, las causas que más ocasionaron AVPP fueron las enfermedades sistema circulatorio, seguido de las causas externas y las demás causas. Para el año 2020, fueron las neoplasias las que más aportaron AVPP con 282 años, seguido de las enfermedades del sistema circulatorio con 201 años perdidos y las demás causas con 148 años perdidos; aunque en las causas anteriormente mencionadas se evidencia una tendencia al descenso respecto de los años perdidos en el 2019, a excepción de las neoplasias que aumentaron (166); también se evidenciaron descensos en los años perdidos por las enfermedades transmisibles, las afecciones del periodo perinatal, las causas externas y los signos y síntomas mal definidos.

Para el año 2021, se registró un total de 919 años de vida potencialmente perdidos en el municipio de Granada, de estos el 26.2% (241) son atribuidos a las causas externas, seguido de las enfermedades del sistema circulatorio que generaron 196 AVPP representando un 21.4% del total

Figura 29. Distribución porcentual de años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

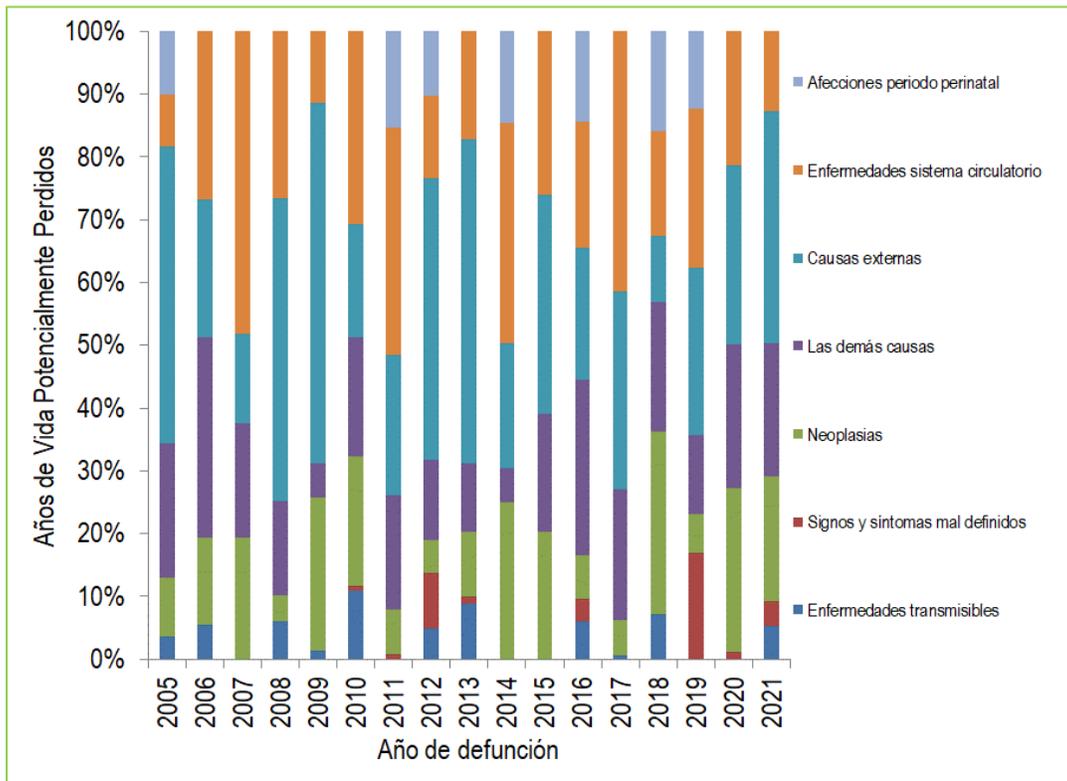
Hombres

En los hombres del Municipio de Granada durante el periodo 2005 - 2020, las causas que más ocasionaron AVPP, fueron las causas externas, seguido de las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas. Para el año 2020, fueron las causas externas las que más aportaron AVPP con 115 años, seguido de las neoplasias con 105 años perdidos y las demás causas con 92 años perdidos; en todos los casos se evidencia una tendencia al aumento respecto de los años perdidos en el 2019, a excepción de las causas externas, esta

misma tendencia al descenso se evidencio en los años perdidos por enfermedades del sistema circulatorio, afecciones del periodo perinatal y signos y síntomas mal definidos, mientras los años perdidos por enfermedades transmisibles permanecen constantes en ceros desde el año 2019.

Para el año 2021, en los hombres del municipio se registraron 629 años de vida potencialmente perdidos, siendo atribuidos a las causas externas un 36.88% de estos, a partir de eso se podría inferir que las muertes ocurrieron en hombres jóvenes del municipio.

Figura 30. Distribución porcentual años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres. Municipio Granada - Antioquia, 2005 – 2021



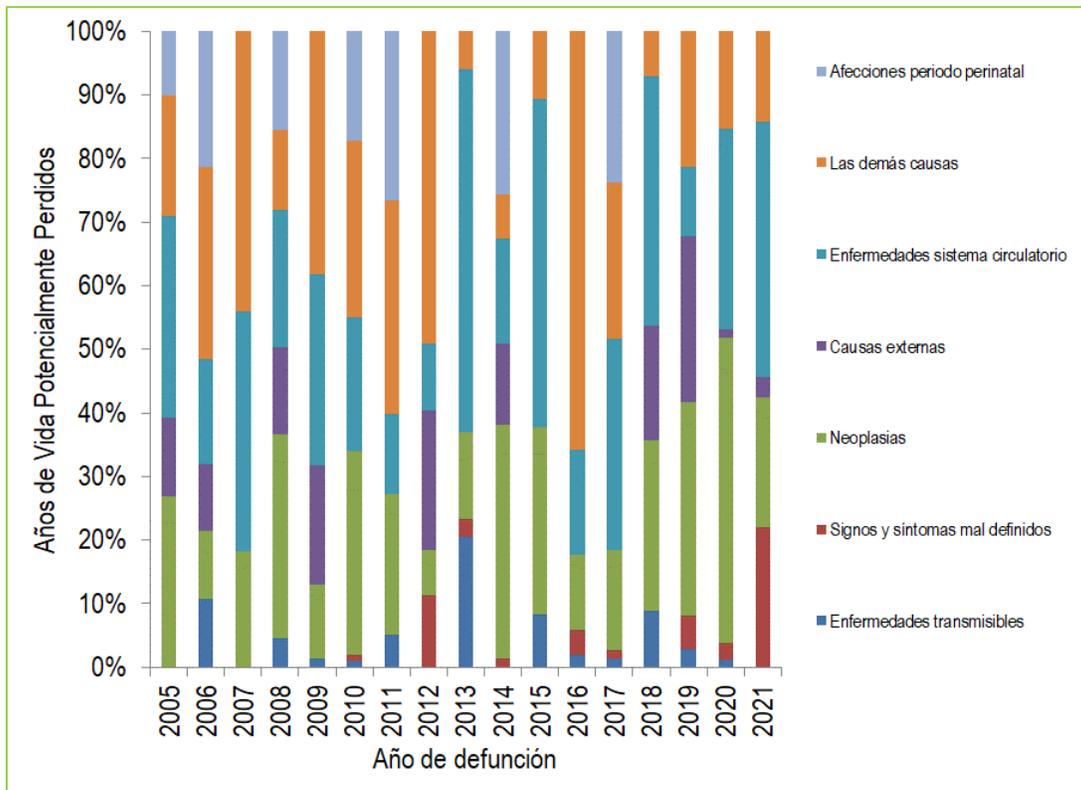
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Mujeres

En las mujeres del Municipio de Granada durante el periodo 2005 – 2021 se han producido 6.897 años de vida potencialmente perdidos, siendo el año 2005 donde se registró el mayor número de AVPP representando un 11.89% del total.

Para el año 2021, las enfermedades del sistema circulatorio generaron un total de 117 AVPP que representan el 40.24% del total presentado en este periodo. Seguido se encuentran las neoplasias con un 20.54% de AVPP. Las demás causas han generado el 25,92% de los AVPP en todo el periodo de estudio, en específico para el año 2021 se registró 41 años de vida potencialmente perdidos.

Figura 31. Distribución porcentual años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

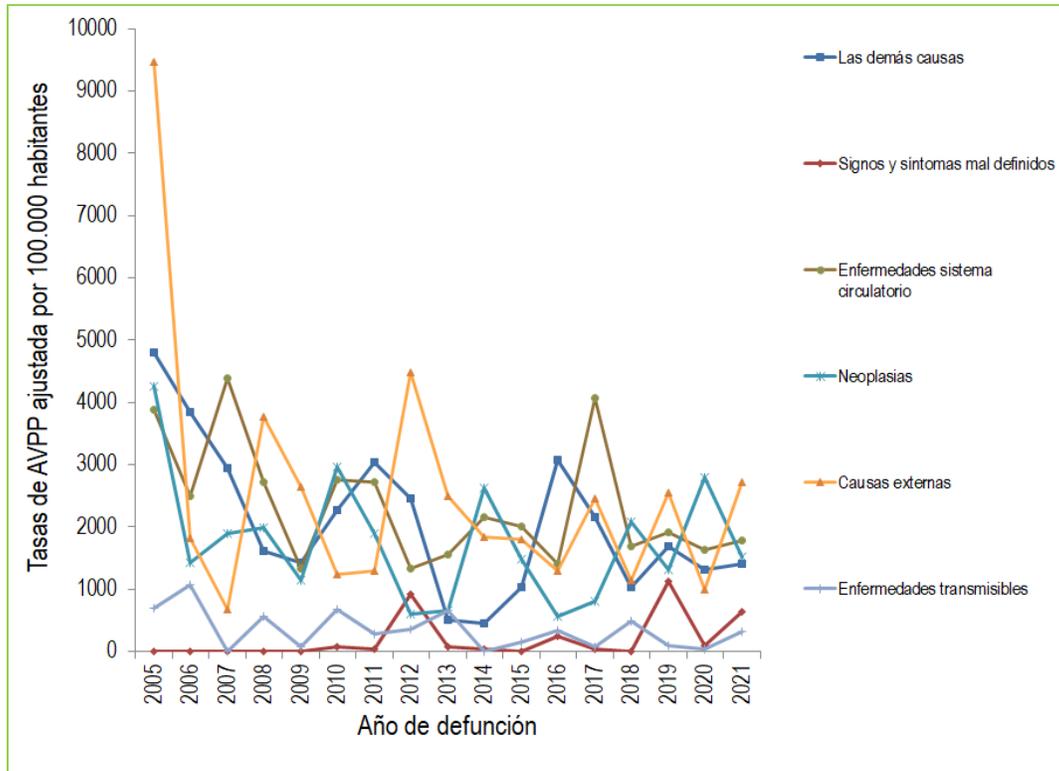
Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Para el año 2021, las principales causas que generaron las mayores tasas de AVPP en el municipio respectivamente fueron; Las Causas externas, las Enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias.

En cuanto a las causas externas su comportamiento ha sido fluctuante registrando 2712,7 AVPP por cada cien mil habitantes, presentando un incremento importante en comparación al año inmediatamente anterior en el cual la tasa se registró en 998.7. La tendencia de AVPP por causas externas al 2021 es a la disminución comparado con el 2005, donde se registraron 9466,3 AVPP por cada cien mil habitantes.

Las enfermedades del sistema circulatorio en el 2021, registraron una tasa de 1782,6 AVPP por cada cien mil habitantes, este indicador presenta un comportamiento oscilante con una tendencia marcada a la disminución en el 2021, comparado con el inicio del periodo de estudio.

Figura 32. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

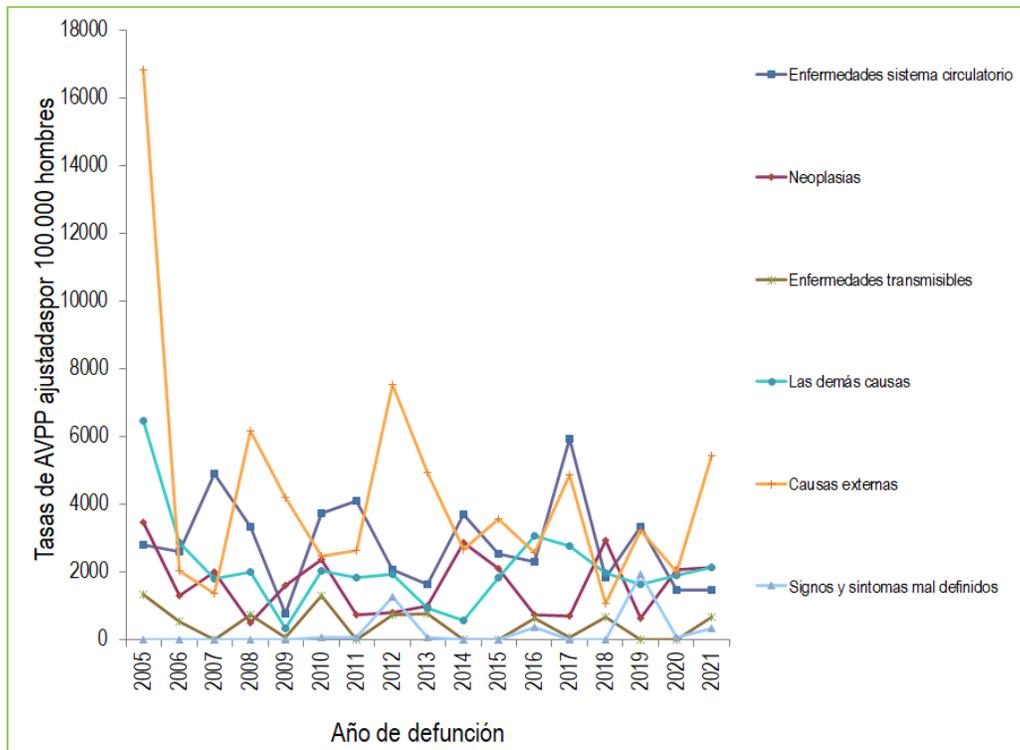
Hombres

En los hombres del Municipio de Granada durante el periodo 2005 – 2021, se observa que las causas externas, fueron la principal causa de AVPP con su tasa más alta en el año 2005, aportando 16.841,4 años perdidos por cada cien mil hombres y su menor cifra en el año 2018 con 1073 años perdidos por cada cien mil hombres, para el año 2021 se registró 5445.3 AVPP siendo esta la tasa que registra el quinto pico más representativo.

En segundo lugar, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, con su mayor tasa de 5929 años perdidos por cada cien mil hombres en el año 2007, desde entonces se registra una tendencia a la disminución registrándose en el 2021 una tasa de 1482,4 AVPP por cada cien mil hombres.

Finalmente se encuentran las demás causas con 6474,4 años perdidos por cada cien mil hombres en el año 2005, presentando un comportamiento oscilante, con un segundo pico en el año 2016 en el cual se registró un total de 3069,3 AVPP por cada cien mil hombres y para el 2021 se registra un leve incremento comparado con los AVPP para el 2020.

Figura 33. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

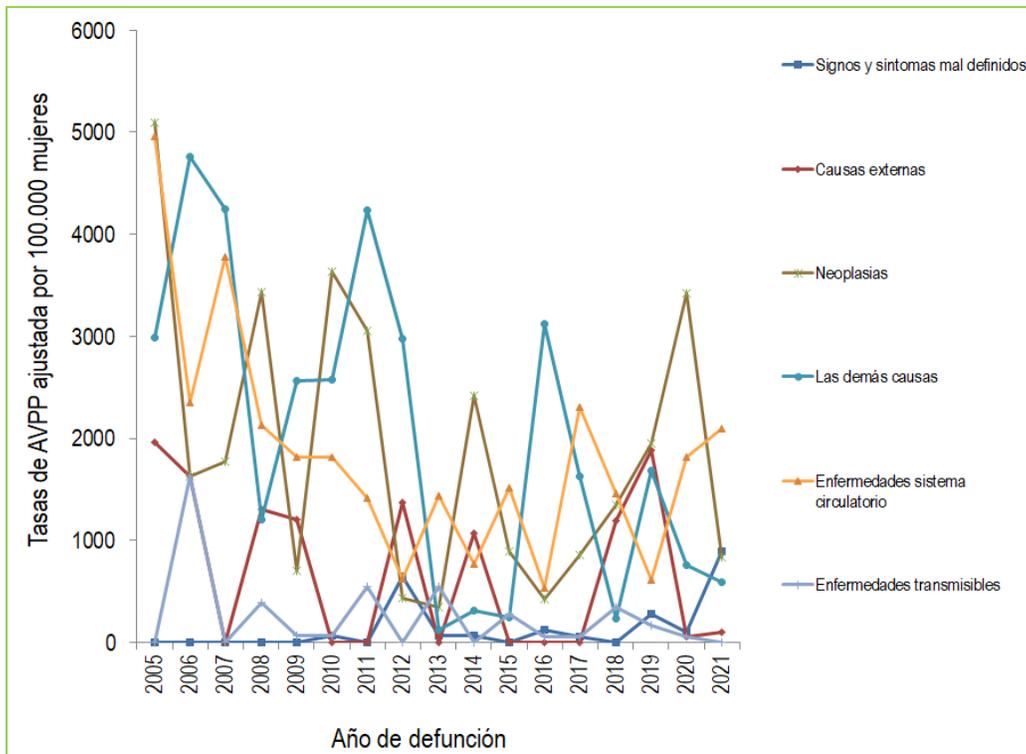


Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Mujeres

En las mujeres del Municipio de Granada durante el periodo 2005 – 2021, se observa que las demás causas, fueron el principal motivo de AVPP registrando su tasa más alta en 2006, aportando 4.757,8 años perdidos por cada cien mil mujeres y su menor cifra en el año 2013 con 126,9 años perdidos por cada cien mil mujeres, en segundo lugar se encuentran las neoplasias, con su mayor tasa de 5.097,5 años perdidos por cada cien mil mujeres en el año 2005, y finalmente se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con 4.960,2 años perdidos por cada cien mil mujeres en el año 2005. Para el año 2021, las principales causas de aportar AVPP en las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias con tasas de 2097,2 y 835,2 AVPP por cada cien mil mujeres respectivamente.

Figura 34. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en mujeres. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

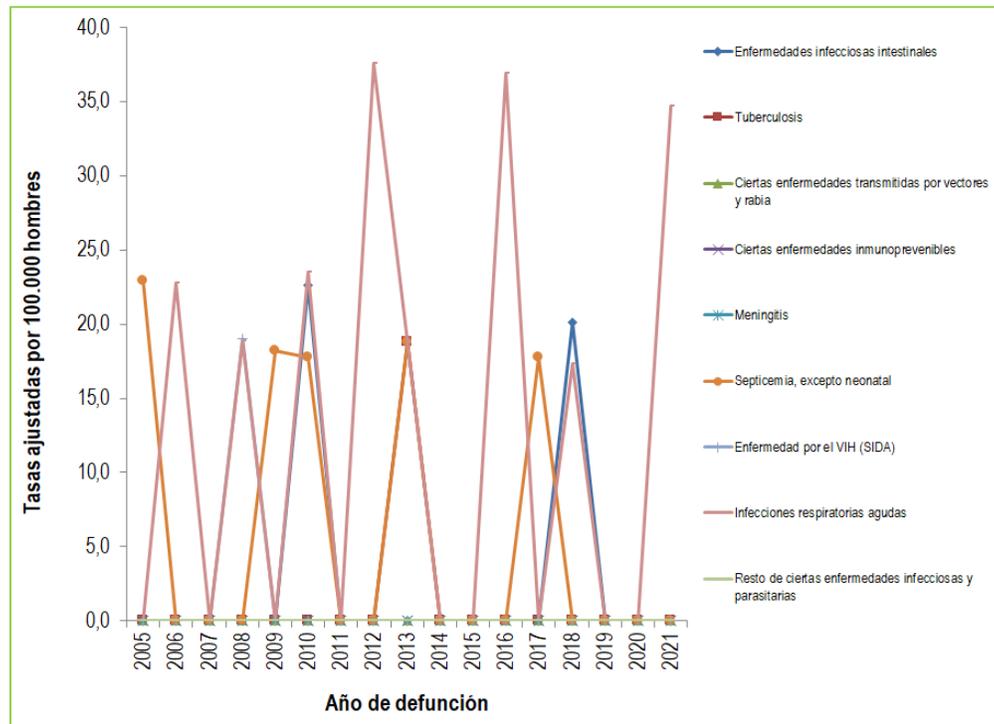
3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo

Enfermedades transmisibles

Hombres

Al analizar la mortalidad específica por subgrupo de las enfermedades transmisibles en los hombres del Municipio de Granada durante el período 2005 - 2021, se observa que la principal causa fueron las infecciones respiratorias agudas, con la mayor tasa en 2012, aportando 37,6 muertes por cada cien mil hombres, seguido de la septicemia, excepto neonatal con su mayor tasa en el año 2005, indicándose 22,9 muertes por cada cien mil hombres y finalmente las enfermedades infecciosas intestinales con 22,6 muertes por cada cien mil hombres en el año 2010. Desde el año 2019 no se registran muertes en este subgrupo. Para el 2021 se registraron 34.7 muertes por cada cien mil hombres a causas de las Infecciones respiratorias agudas.

Figura 35 Tasa de mortalidad para las enfermedades transmisibles en hombres. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021



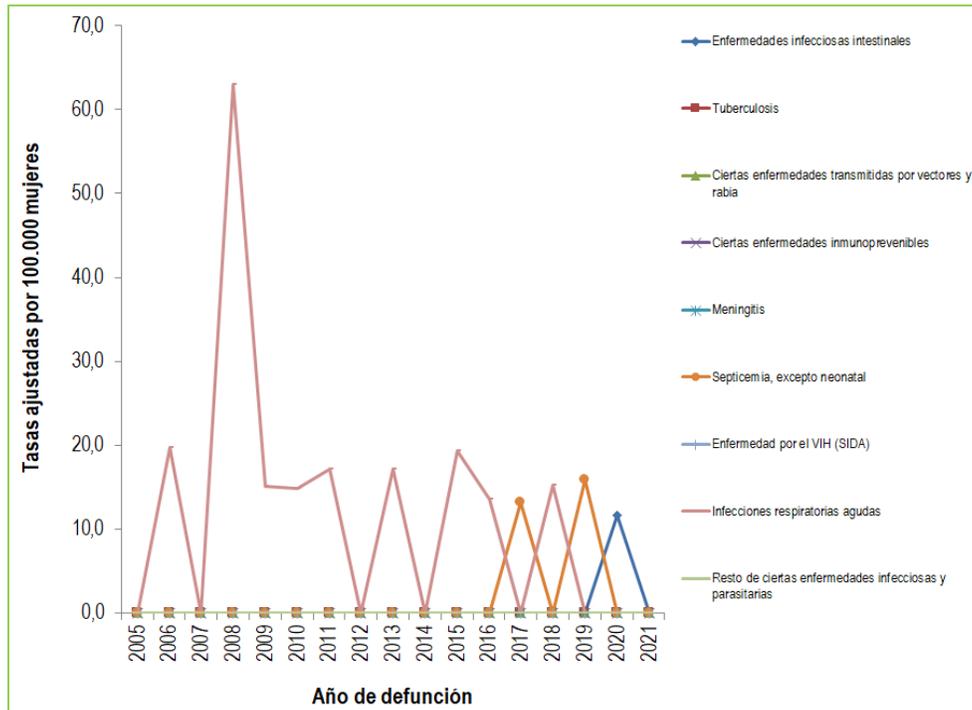
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Mujeres

Al analizar la mortalidad específica por subgrupo de las enfermedades transmisibles en las mujeres del Municipio de Granada durante el período 2005 - 2020, se observa que la principal causa fueron las infecciones respiratorias agudas, con mayor impacto en el año 2008, aportando 62,9 muertes por cada cien mil mujeres, seguido de la septicemia, excepto neonatal con su mayor tasa en el año 2019, indicándose 15,8 muertes por cada cien mil mujeres, y las enfermedades infecciosas intestinales con su pico en el año 2020, aportando 11,6 muertes por cada cien mil mujeres; siendo a su vez esta última la única causa de muerte en este subgrupo para el año 2020, además de evidenciarse una tendencia al aumento respecto del año 2019 (0); es importante destacar que las muertes por septicemia, excepto neonatal, presentaron una tendencia a la disminución, pasando de 15,8 muertes por cada cien mil mujeres en el año 2019 a cero en el año 2020.

Para el año 2021 el riesgo de muertes en las mujeres del municipio por las enfermedades transmisible se redujo a cero.

Figura 36 Tasa de mortalidad para las enfermedades transmisibles en mujeres. Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Neoplasias

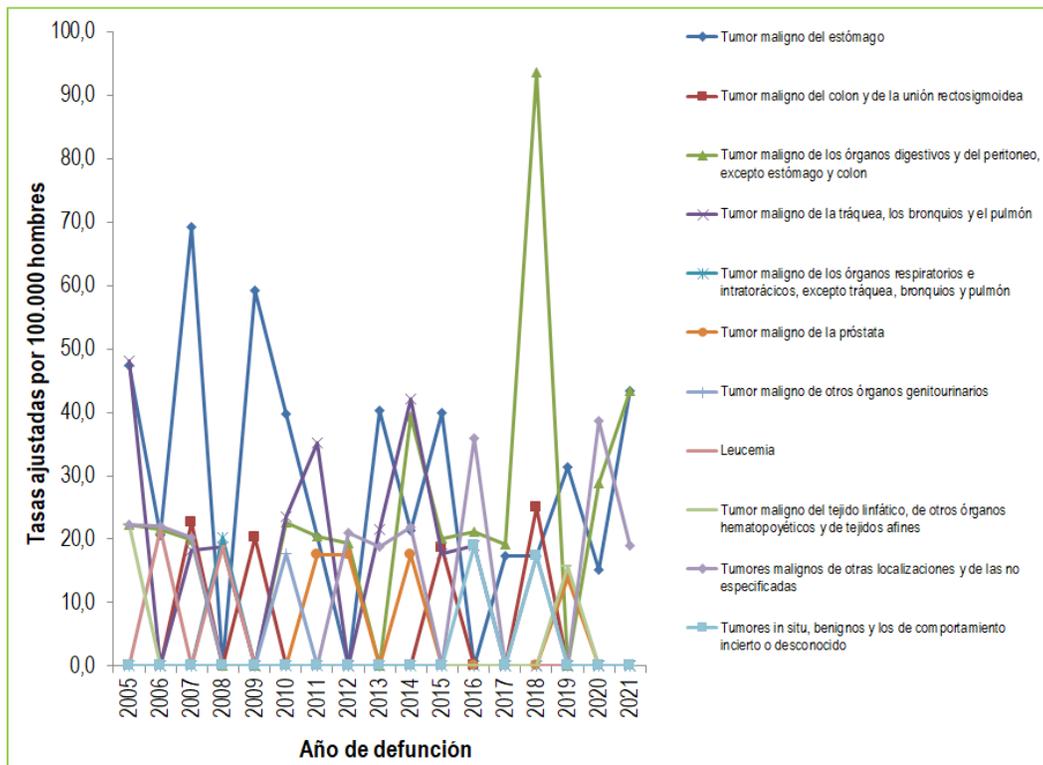
Hombres

En los hombres granadinos, para el periodo 2005 – 2021, se destaca como causa principal de mortalidad por neoplasias el tumor maligno del estómago, presentando el mayor riesgo (69.7) de muerte en esta población en el año 2007, su comportamiento es fluctuante y se evidencia una leve tendencia a la disminución del riesgo de muerte registrado en el 2021 (43,4) comparado con el presentado en el 2005.

En segundo lugar, encontramos el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, con su pico en el año 2018, indicándose 93,5 muertes por cada cien mil hombres, y finalmente el Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón con 48,1 muertes por cada cien mil hombres en el año 2005, para el último periodo de estudio se evidencia un incremento importante de este indicador, registrando 43,4 muertes por cada cien mil hombres del municipio.

En los hombres el tumor que se presenta con mayor frecuencia es en primera instancia el de próstata, en los hombres del municipio este tumor no registra mayor representatividad en las causas de muertes, en 13 de los 17 años de estudio el riesgo de muerte por este tumor ha sido cero.

Figura 37. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres. Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



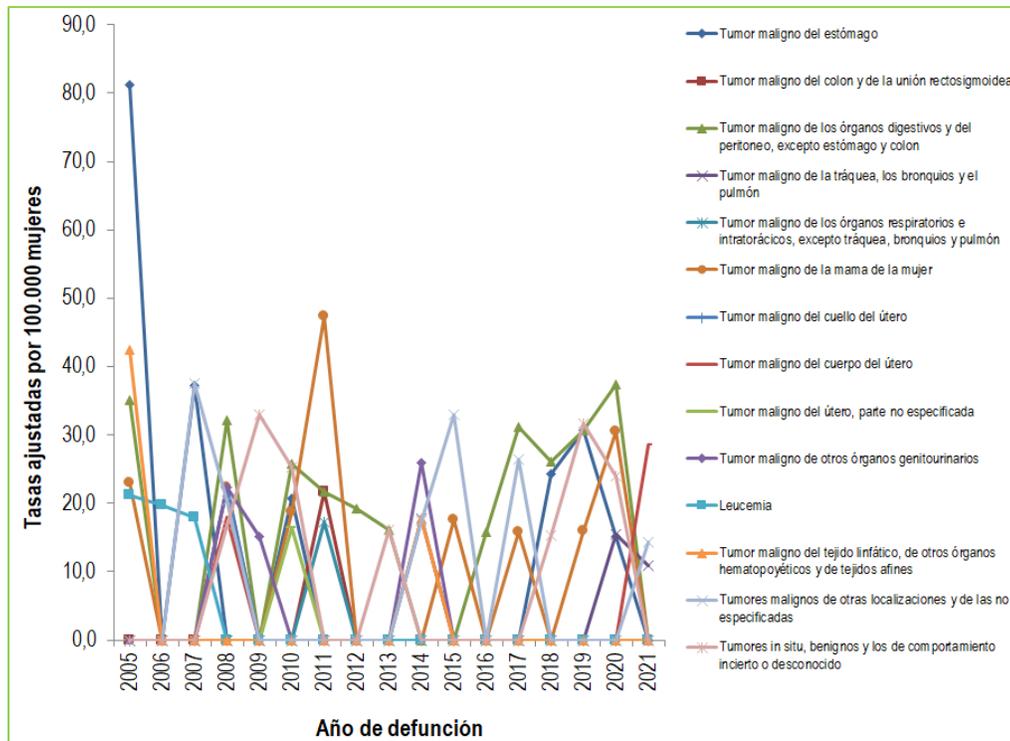
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Mujeres

En las mujeres del Municipio de Granada, para el periodo 2005 – 2021, se destaca como causa principal de mortalidad por neoplasias el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, presentando su mayor aporte de muertes en el año 2020, con 37,3 defunciones por cada cien mil mujeres y para el año 2021 el riesgo de muerte se redujo a cero. Seguido del tumor maligno de estómago, con su pico en el año 2005, indicándose 81,2 muertes por cada cien mil mujeres presentando un comportamiento fluctuante en todo el periodo de estudio y para el 2021 el riesgo de muerte en las mujeres por esta causa se redujo a cero.

Finalmente, el Tumor maligno de la mama de la mujer, uno de los tumores con alta posibilidad de detección de manera temprana a través de los procesos de educación a la población, en el municipio el riesgo de muerte en las mujeres más alto, se registró en el 2007 (47,4) ha presentado un comportamiento fluctuante con tendencia a la disminución, registrando cero muertes en el 2021.

Figura 38. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres. Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

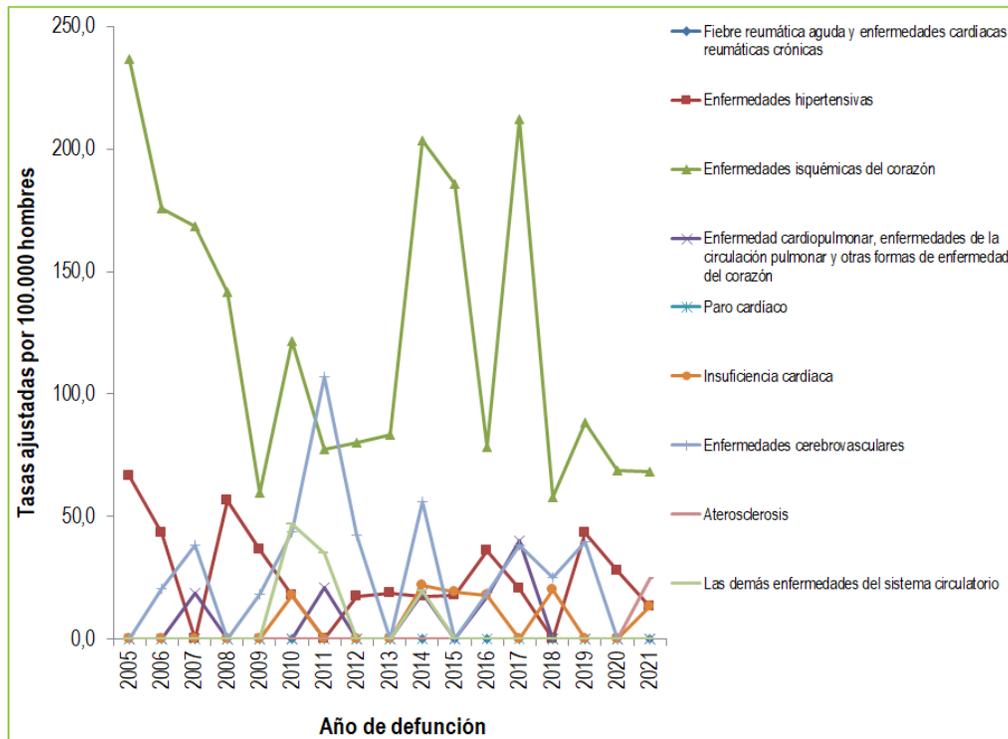
Enfermedades del sistema circulatorio

Hombres

Como se observa en la siguiente figura, en los hombres del Municipio de Granada, para el periodo 2005 – 2021, en el subgrupo de las enfermedades del sistema circulatorio, fueron las enfermedades isquémicas del corazón la causa principal, en el 2005 se presentó el pico más importante con un riesgo de muerte de 236,7, en el 2017 se presentó el segundo pico más importante con 212,2 muertes por cada cien mil hombres, a partir de este año se evidencia una notable reducción del riesgo de muerte, siendo en el 2021 de 68.4

Las enfermedades hipertensivas han sido la segunda causa de muerte entre las enfermedades del sistema circulatorio, presenta un comportamiento oscilante con tendencia a la disminución para el año 2021, siendo la menor tasa presentada (13,2) excepto con los dos periodos que el riesgo de muerte por esta causa ha sido cero. Es importante reforzar las acciones para lograr adherencia a los tratamientos y el mejoramiento en hábitos de vida saludable en los hombres del municipio.

Figura 39 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres. Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



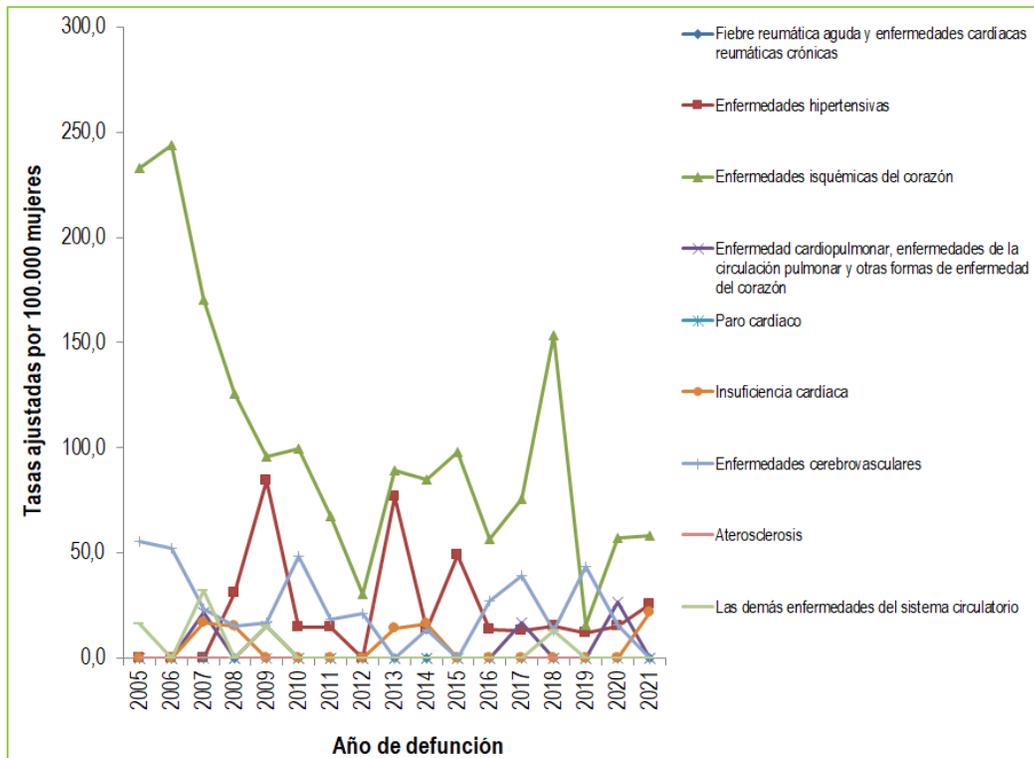
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Mujeres

En las mujeres del Municipio de Granada, para el periodo 2005 – 2021, en el subgrupo de las enfermedades del sistema circulatorio, fueron las enfermedades isquémicas del corazón la causa principal, las cuales, en el año 2006, hicieron su mayor aporte de muertes con 244 defunciones por cada cien mil mujeres; seguido de las enfermedades cerebrovasculares, aportando 55,2 muertes por cada cien mil mujeres en el año 2005, y finalmente se encuentran las enfermedades hipertensivas con su pico en el año 2009, indicando 84,2 muertes por cada cien mil mujeres.

Para el año 2021, las Enfermedades isquémicas del corazón presentaron el mayor riesgo (58,4) de muerte en las mujeres, con un leve incremento frente a la tasa presentada en el 2020. seguido, tal como se evidencio en los hombres, se encuentran las enfermedades hipertensivas con un registro de 25,3 muertes por cada cien mil mujeres.

Figura 40. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres.
Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

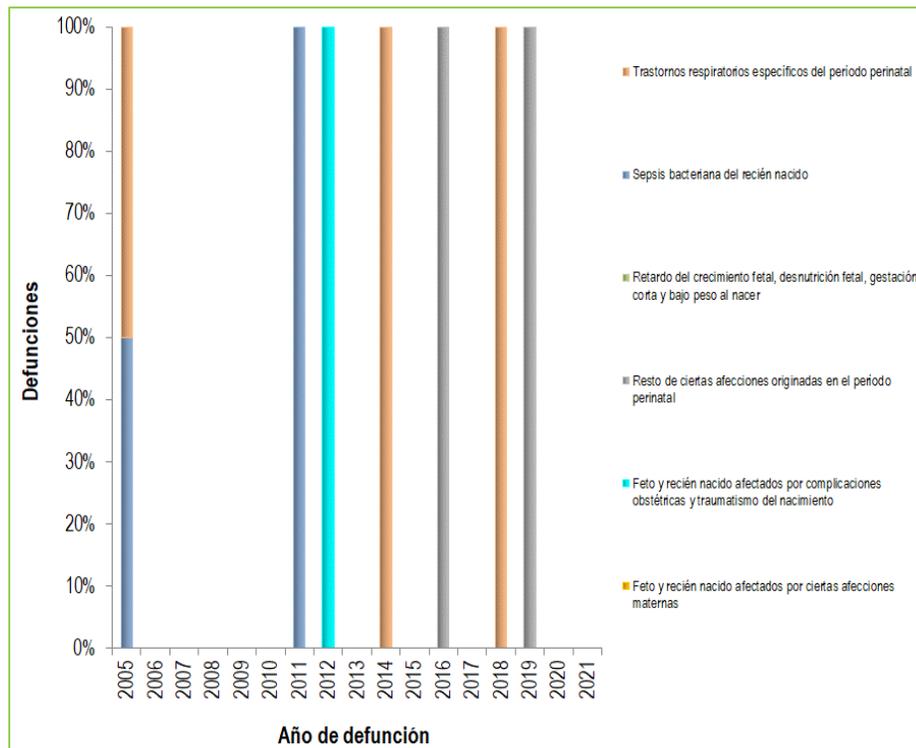
A nivel municipal se han detectado ciertas dificultades que conllevaron posiblemente a que se presentaran los casos, considerando como el más importante, la dificultad en la canalización a los servicios de salud, específicamente en los servicios de control prenatal para los casos donde se conoce fueron madres multi gestantes o con antecedente de riesgo obstétrico, y si bien el trabajo intersectorial permite la educación en una significativa cantidad de mujeres gestantes en el municipio, y la atención en salud en zonas rurales permite identificar tempranamente los riesgos, es de igual importancia continuar con las labores de prevención para disminuir aún más los impactos de estos subgrupos en la población.

Hombres

Como se observa en la siguiente figura, las muertes perinatales en los hombres del Municipio de Granada en el periodo 2005 – 2021, están dadas principalmente por los trastornos respiratorios específicos del período perinatal, con eventos en los años 2005, 2014 y 2018; por la sepsis bacteriana del recién nacido (2005 y 2011), por el resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal (2016 y 2019) así como el Feto y recién

nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento (2012). Para los años 2020 y 2021 el riesgo de muerte por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal se redujo a cero.

Figura 41. Tasa de mortalidad total ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en los hombres. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

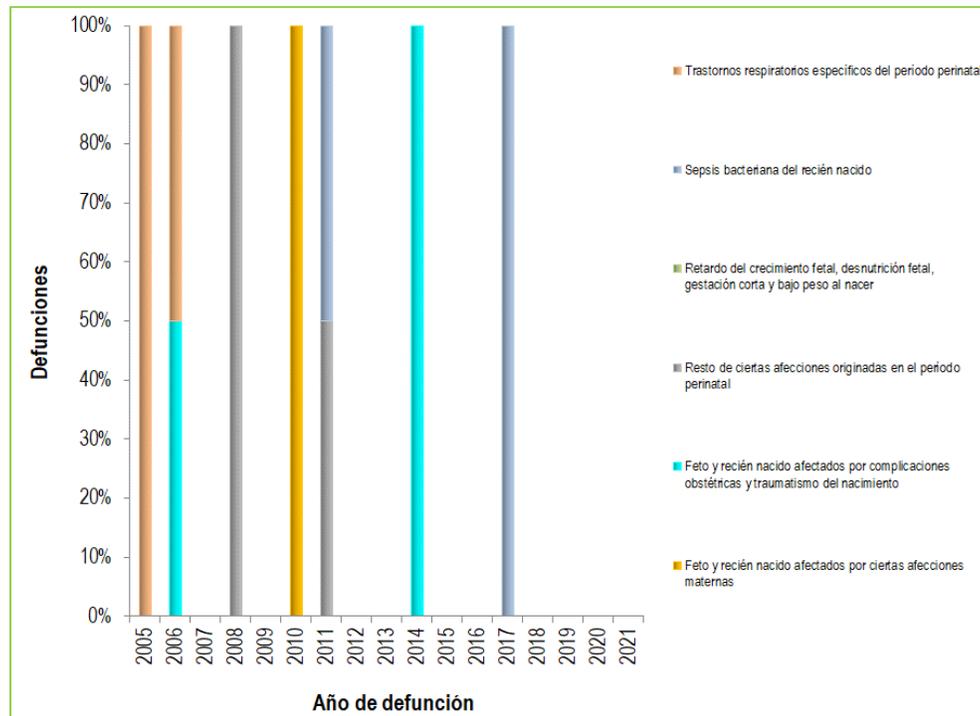


Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Mujeres

Las muertes perinatales en las mujeres del Municipio de Granada en el periodo 2005 – 2020, están dadas principalmente por el feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento (2006 y 2014), los trastornos respiratorios específicos del período perinatal (2005 y 2006), la sepsis bacteriana del recién nacido (2011 y 2017), el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (2008 y 2011), así como por Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas (2010). Para los últimos cuatro años de análisis el riesgo de muerte por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal se redujo a cero.

Figura 42. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres. Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Causas externas

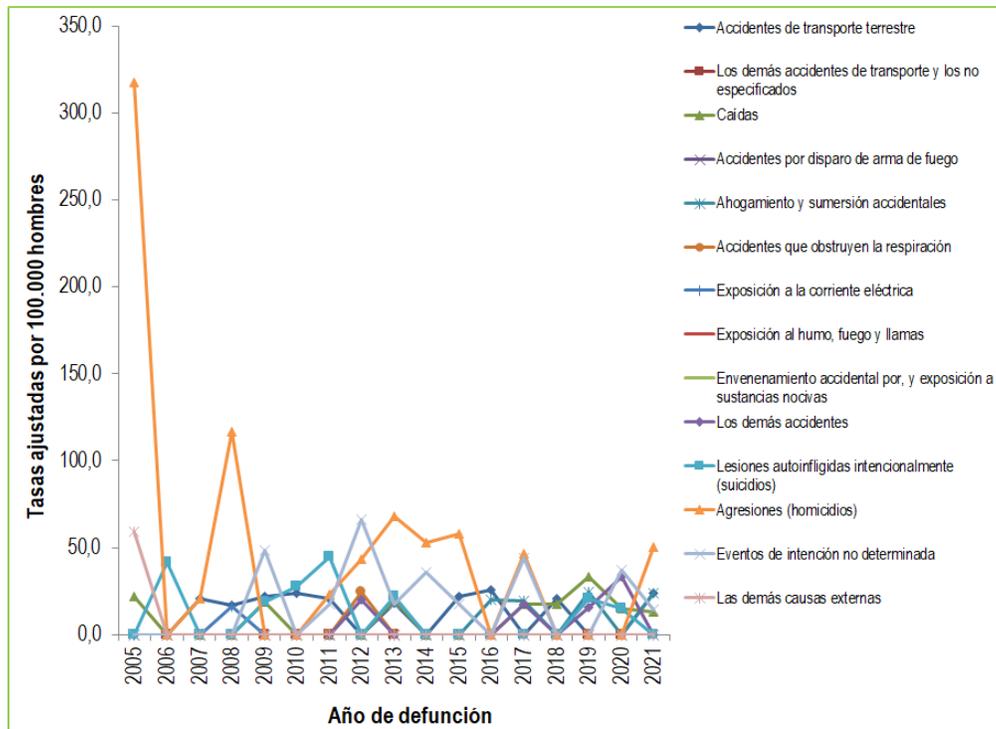
Hombres

Las causas externas muestra para los hombres del Municipio de Granada en el periodo 2005 – 2021, que las agresiones (homicidios) fueron la causa principal de mortalidad, donde en el año 2005, se presentó su tasa más alta con 317,7 muertes por cada cien mil hombres, en segundo lugar se observan los eventos de intención no determinada con su cifra más alta en el año 2012, aportando 66 muertes por cada cien mil hombres, y finalmente se encuentran los accidentes de transporte terrestre, con 25,9 defunciones por cada cien mil hombres en el año 2016.

Para el año 2021, el riesgo (50.4) más alto de muerte en los hombres se presentó a causa de los homicidios, desde el año 2017 no se presentaban muertes por esta causa en los hombres. Los accidentes de transporte terrestre y el Ahogamiento y sumersión accidentales presentaron el mismo número de muertes, 23,7 por cada cien mil hombres del municipio.

En los últimos cinco periodos de estudios las caídas han generado riesgo de muerte en los hombres del municipio.

Figura 43. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres. Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

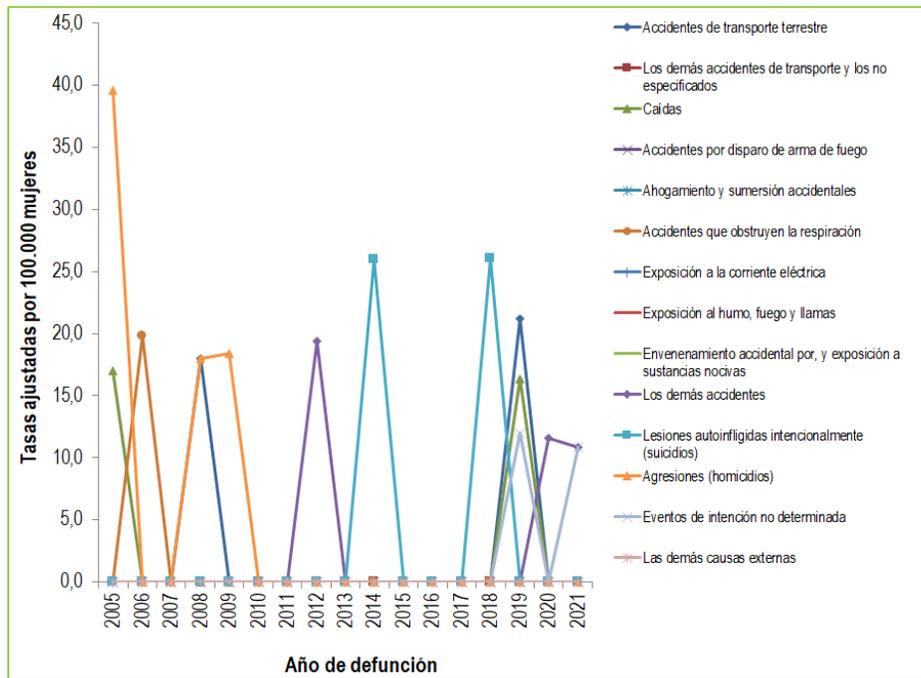
Mujeres

Las causas externas muestra para las mujeres del Municipio de Granada en el periodo 2005 – 2021, que las agresiones (homicidios) fueron la causa principal de mortalidad, donde en el año 2005, se presentó su mayor número de defunciones por este evento, con 39,6 muertes por cada cien mil mujeres, en segundo lugar se observan las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con su cifra más alta en el año 2018, aportando 26 muertes por cada cien mil mujeres, y finalmente se encuentran los accidentes de transporte terrestre, con 21,2 defunciones por cada cien mil mujeres en el año 2019.

Para el año 2020, solo se registraron eventos por Los demás accidentes, con 11,6 muertes por cada cien mil mujeres, lo que evidencia una tendencia al aumento respecto a los casos en el año 2019 (0); es importante resaltar la tendencia a la disminución en las muertes por Accidentes de transporte terrestre, Caídas y Eventos de intención no determinada, que pasaron de 21,2; 16,4 y 12 muertes respectivamente por cada cien mil mujeres en el año 2019 a cero casos en el año 2020.

Para el año 2021, se registró el mismo número de muertes (10,9) por cada cien mil mujeres por eventos de intención no determinada y los demás accidentes.

Figura 44. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres. Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Las demás enfermedades

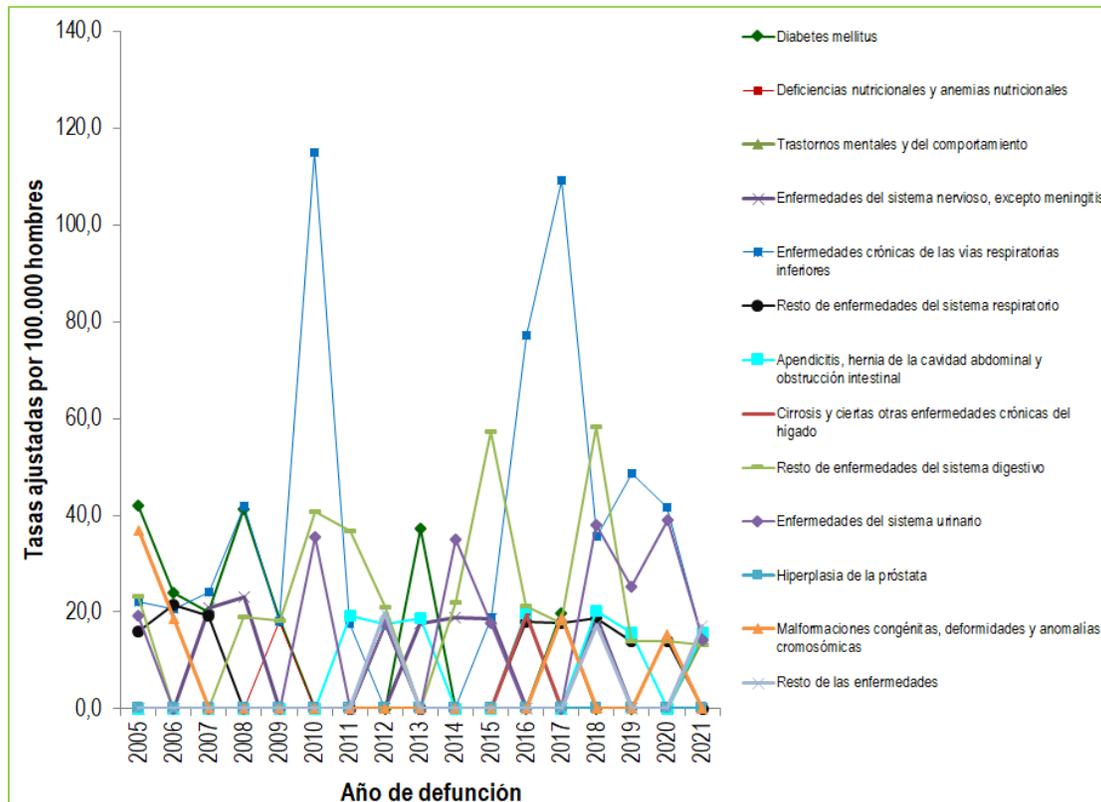
Hombres

Las muertes causadas por las demás enfermedades en los hombres del Municipio de Granada en el periodo 2005 – 2021, están principalmente representadas por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con mayor impacto en el año 2010, aportando 114,9 muertes por cada cien mil hombres, le sigue el resto de enfermedades del sistema digestivo las cuales indican su tasa más alta de defunciones al año 2018 con 58,3 muertes por cada cien mil hombres; y en tercer lugar, se encuentran las enfermedades del sistema urinario, con 39,1 muertes por cada cien mil hombres en el año 2020.

Para el año 2020, se presentaron eventos por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, Enfermedades del sistema urinario, Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, el Resto de enfermedades del sistema digestivo y el Resto de enfermedades del sistema respiratorio, con 41,6; 39,1; 15,2; 13,9 y 13,9 muertes respectivamente por cada cien mil hombres, en todos los casos con tendencia al descenso frente a las muertes del año 2019, a excepción de las Enfermedades del sistema urinario y las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Es importante anotar también para el año 2020 frente al año 2019 el descenso en las tasas de mortalidad por Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal, pasando de 15,7 muertes por cada cien mil hombres a cero.

Para la vigencia 2021, se presentaron 15.8 muertes por cada cien mil hombres a causa de Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal, seguido encontramos las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores que presentaron un riesgo de muerte de 14,5 por cada cien mil mujeres, presentando una reducción importante a lo reportado en el año 2020. Comportamiento similar al evidenciado en las Enfermedades del sistema urinario.

Figura 45. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres. Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



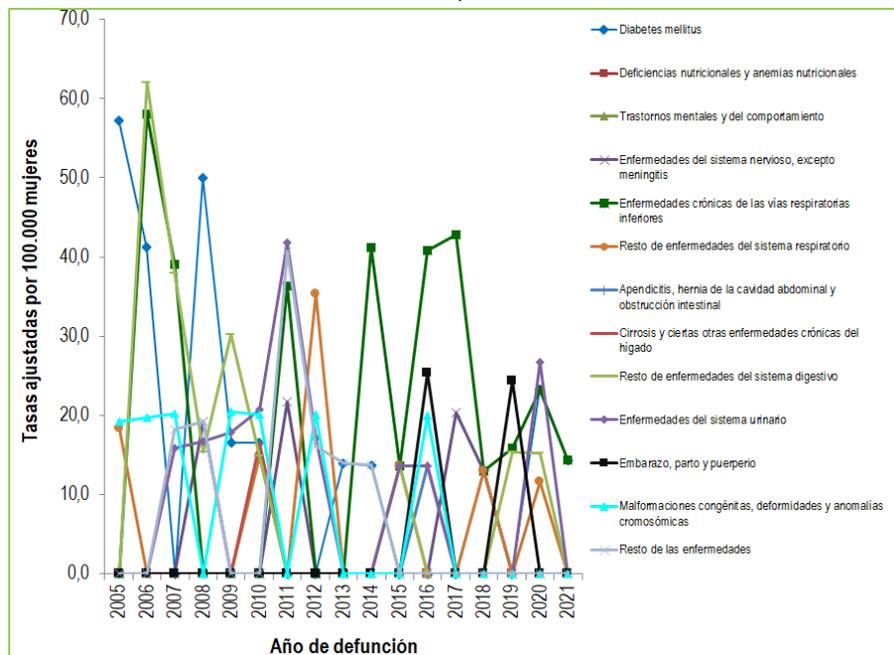
Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Mujeres

Las muertes causadas por las demás enfermedades en las mujeres del Municipio de Granada en el periodo 2005 - 2020, están principalmente representadas por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con su pico en el año 2006, aportando 58 muertes por cada cien mil mujeres, le sigue la diabetes mellitus, la cual indica su tasa más alta de defunciones al año 2005 con 57,2 muertes por cada cien mil mujeres; y en tercer lugar, se encuentran el resto de enfermedades del sistema digestivo, con 62,1 muertes por cada cien mil mujeres en el año 2006.

Para el año 2020, se presentaron eventos por Enfermedades del sistema urinario, Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores,, diabetes mellitus, el Resto de enfermedades del sistema digestivo y el Resto de enfermedades del sistema respiratorio, con 26,7; 23,2; 23,2; 15,2 y 11,6 muertes respectivamente por cada cien mil mujeres, en todos los casos con tendencia al aumento frente a las muertes del año 2019, a excepción de las muertes por Resto de enfermedades del sistema digestivo. Es importante anotar también para el año 2020 frente al año 2019 el descenso en las tasas de mortalidad por Embarazo, parto y puerperio, pasando de 24,3 muertes por cada cien mil mujeres a cero. Para el año 2021, las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores provocaron 14.4 muertes por cada cien mil mujeres del municipio, registrándose una reducción importante comparado el año 2020. la Diabetes Mellitus registro un riesgo de muerte para las mujeres de 14,3 por cada cien mil de ellas. El resto de sub- causas en el 2021 presentaron un riesgo de muerte en cero.

Figura 46. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres. Municipio de Granada – Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Semaforización de las tasas de mortalidad PDSP

Al observar esta semaforización para el año 2021, se indica que la tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama y por tumor maligno de estómago, presentan diferencias estadísticamente significativas entre el municipio y el departamento, presentándose una condición desfavorable para el municipio de Granada, es decir, el riesgo de muerte a causa del tumor maligno del estómago es mayor en el municipio frente al riesgo de muerte del departamento, presentando un comportamiento fluctuante con tendencia al aumento.

En cuanto a la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento el municipio también presenta diferencias estadísticamente significativas en comparación al departamento, siendo además un riesgo de muerte por esta causa mayor en el municipio a la registrado en todo el departamento.

En cuanto a las muertes por enfermedades transmisibles el municipio cuenta con condiciones favorables comparadas con el departamento, es decir, el riesgo de muerte por esta causa es menor en el municipio.

El municipio debe de trabajar en pro de hábitos de vida saludable como la sana alimentación, la consulta a tiempo a los servicios de salud y las actividades físicas con el fin de prevenir enfermedades; con respecto al suicidio, al ser una enfermedad mental, requiere el hacer un perfil epidemiológico de este evento, llegando con charlas y actividades a la población más afectada por este fenómeno individual y social.

Tabla 46. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Municipio de Granada - Antioquia, 2006 – 2021

Causa de muerte	Antioquia	Granada	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	11,6	-	☑	☑	☒	☑	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,2	0,0	☒	-	☑	☒	☑	☑	☒	☒	-	-	☑	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	4,9	0,0	-	-	☑	☒	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	13,7	0,0	-	-	-	-	-	-	☑	-	☒	☒	-	-	-	-	☑	☒	☒	-	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	9,1	20,5	☒	☑	☒	☑	☑	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	12,5	7,1	☒	☒	☑	☒	☒	☒	☒	-	☑	☒	☒	-	☑	☒	☒	☒	☒	☒	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinflingidas intencionalmente	6,8	0,0	☑	☒	-	☑	☑	☑	☒	☒	☒	☒	-	-	☑	☒	☒	☒	☒	☒	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,3	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	☑	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	30,2	24,5	☒	☑	☑	☒	☒	☑	☑	☑	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	-	☑	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	32,2	16,0	☑	☒	☑	☒	☑	☒	☒	☑	☑	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

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

Luego de identificar las causas de muerte que se presentan con mayor frecuencia en la infancia y niñez, se realizó un análisis materno-infantil en el cual se observan los indicadores donde se evidencian las respectivas magnitudes en el periodo 2006 - 2021, su tendencia y la comparación con el referente (Departamento de Antioquia)

Para el año 2021, no existen condiciones desfavorables en el municipio comparado con el departamento en las diferentes tasas relacionadas con la mortalidad materno infantil. Lo anterior da cuenta de los resultados obtenidos en la ejecución de los programas asociados a mantener condiciones de vida y salud optimas en la población infantil del municipio y las maternas.

Tabla 47. Semaforización y tendencia de la mortalidad materna infantil. Municipio de Granada – Antioquia, 2006 – 2021

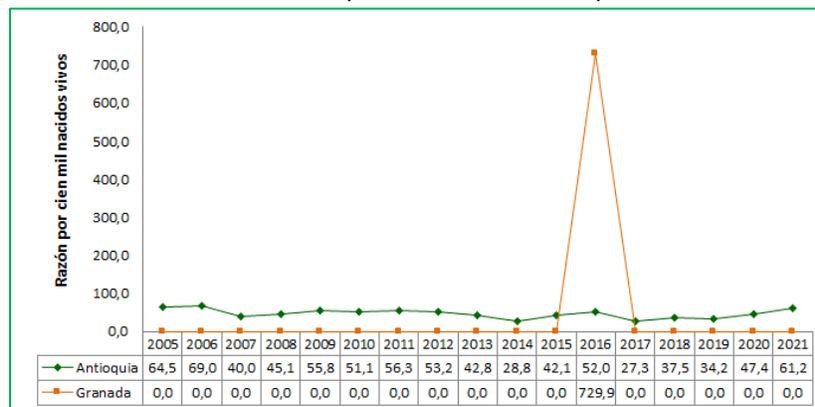
Causa de muerte	Antioquia	Granada	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Razón de mortalidad materna	61,2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	☑	☑	-	-	-	-	
Tasa de mortalidad neonatal	6,1	0,0	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	-
Tasa de mortalidad infantil	9,5	0,0	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	-
Tasa de mortalidad en la niñez	11,5	7,4	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
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

Razón mortalidad materna

La razón de mortalidad materna en el Municipio de Granada en el periodo 2005 – 2021, muestra que se ha mantenido en cero, a excepción del año 2016 donde se presentó una tasa de 729,9 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, esta cifra fue ampliamente superior a la medida departamental, que en ese año fue de 52 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos; desde entonces el riesgo de muerte en las maternas se redujo a cero en el municipio. El Departamento de Antioquia, muestra una tendencia constante a la baja, con su cifra más alta en el año 2006 (69) y la más baja en el año 2017 (27,3), sin embargo, para el año 2021 se evidencia con tendencia al aumento frente al año 2018 y 2019.

Figura 47. Razón de mortalidad materna. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

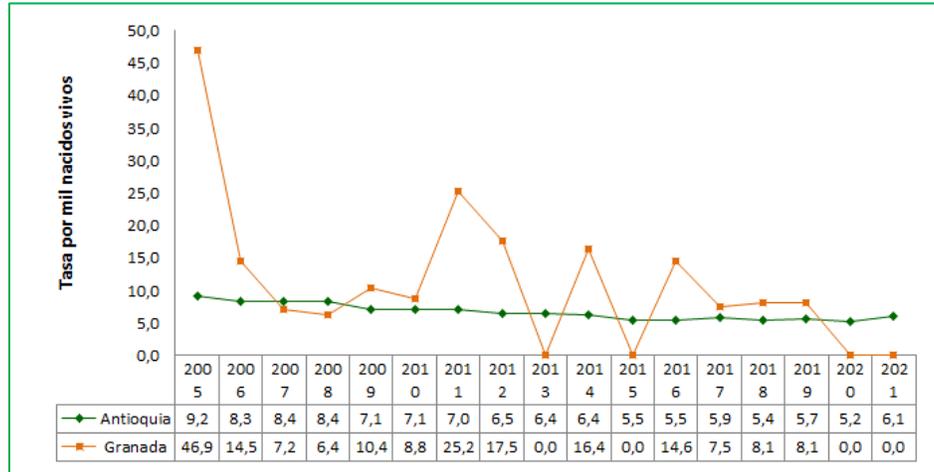


Fuente: DANE – SISPRO - MSPS

Mortalidad Neonatal

La tasa de mortalidad neonatal en el Municipio de Granada durante el período 2005-2021 ha mostrado un comportamiento variable. Destaca que en los años 2013, 2015, 2020 y 2021, esta tasa se mantuvo en cero, indicando una tendencia marcada hacia la reducción en comparación con el pico registrado en 2005, el cual fue el más alto en la historia del municipio y significativamente superior a las cifras reportadas en el departamento.

Figura 48. Tasa de mortalidad neonatal. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

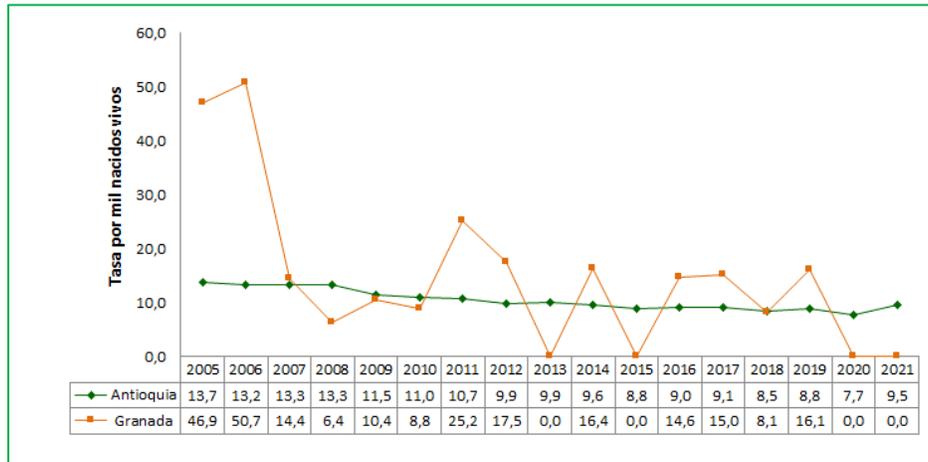


Fuente: DANE – SISPRO - MSPS

Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil en el Municipio de Granada en el periodo 2005 – 2021, ha tenido un comportamiento fluctuante, y solo en los años 2013, 2015, 2020 y 2021 esta tasa se presentó en ceros, mientras en 9 de los 13 años donde presento cifras la medida Municipal fue superior a la departamental. Su mayor tasa se dio en el año 2005 con 46,9 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos; para el año 2020 se evidencio una tendencia al descenso, pasando de 16,1 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos en el año 2019 a cero. A nivel departamental esta tasa se encuentra en el periodo analizado entre 8 y 14 defunciones infantiles por cada mil nacidos vivos.

Figura 49. Tasa de mortalidad infantil. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

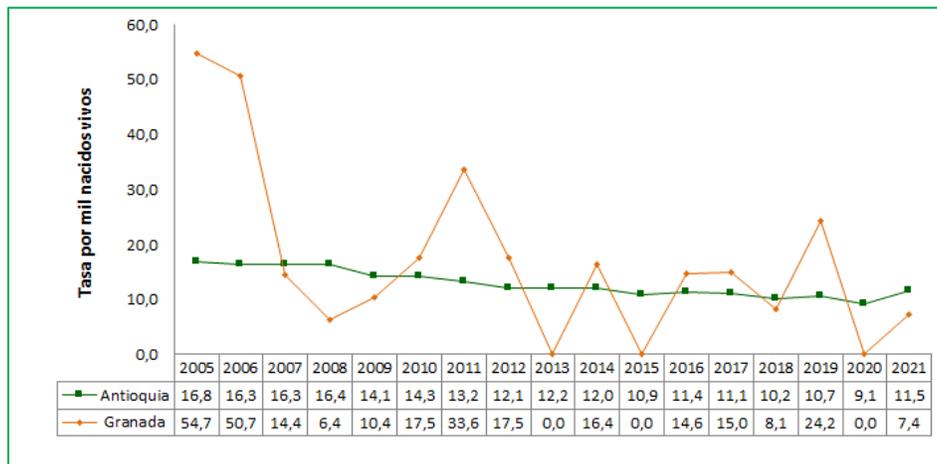


Fuente: DANE – SISPRO - MSPS

Mortalidad en la niñez

El comportamiento de la tasa de mortalidad en la niñez para el Municipio de Granada en el periodo 2005 – 2021, presenta su tasa más alta en el año 2005, con 54,7 muertes por cada mil nacidos vivos, de allí se evidencia una tendencia al descenso, aunque con picos importantes en los años 2011 (36), 2014 (16,4), 2016 (14,6) y 2019 (24,2); además, se evidencia una tendencia al descenso, pasando de 24,2 muertes por cada mil nacidos vivos en el año 2019 a cero en el año 2020. En el año 2021, se registró 7,4 muertes por cada mil nacidos vivos. Es importante anotar que la cifra municipal fue superior a la departamental en 9 de los 13 años donde se evidenciaron casos; para el Departamento de Antioquia estas tasas se presentaron entre 9 a 17 muertes por cada mil nacidos vivos en el periodo.

Figura 50. Tasa de mortalidad en la niñez, Granada Antioquia, 2005- 2021



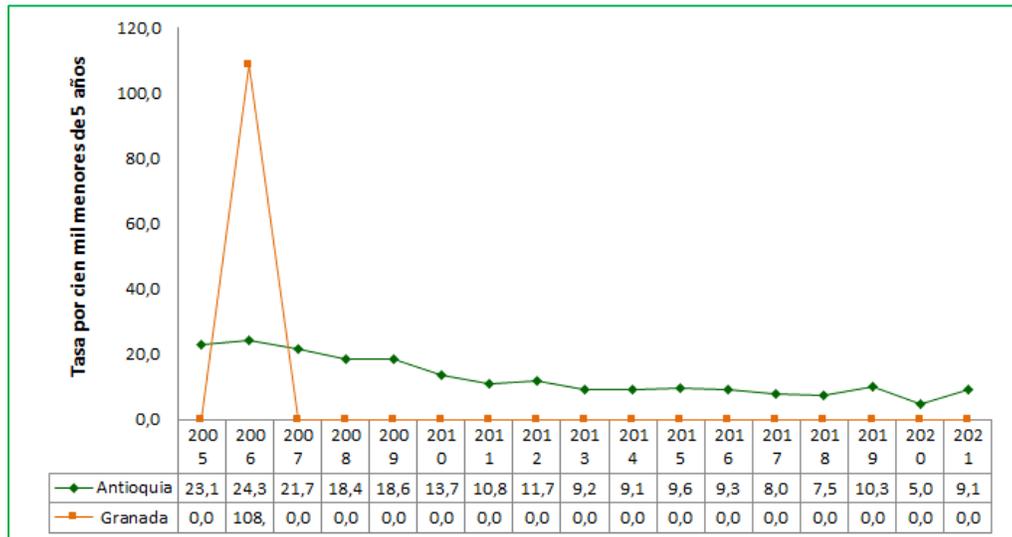
Fuente: DANE – SISPRO - MSPS

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

Se puede concluir que, si bien para el Municipio de Granada, la Enfermedad Diarreica Aguda es una constante en la consulta semanal de acuerdo con la información epidemiológica, no se cuenta con mayor incidencia de muertes provocadas por este tipo de enfermedad, ya que normalmente acuden a la ESE del Municipio con el fin de ser atendidos y llevar a cabo las instrucciones para su manejo, así mismo su prevención, especialmente en los menores. Se han intensificado campañas de hábitos de estilo de vida saludable, aunque el Municipio cuenta con óptima calidad del agua en el casco urbano, se recomienda tener las medidas necesarias y de forma especial en las veredas que no cuentan con agua potable; así mismo se hace énfasis en lo importante que es el lavado de manos antes de comer, entre otros aspectos que son importantes para gozar de buena salud.

El municipio se encuentra con tasas en mortalidad cero por EDA en el periodo 2005 – 2021, mostrando condiciones más favorables en los menores de 5 años, que el departamento.

Figura 51. Tasa de mortalidad por EDA. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

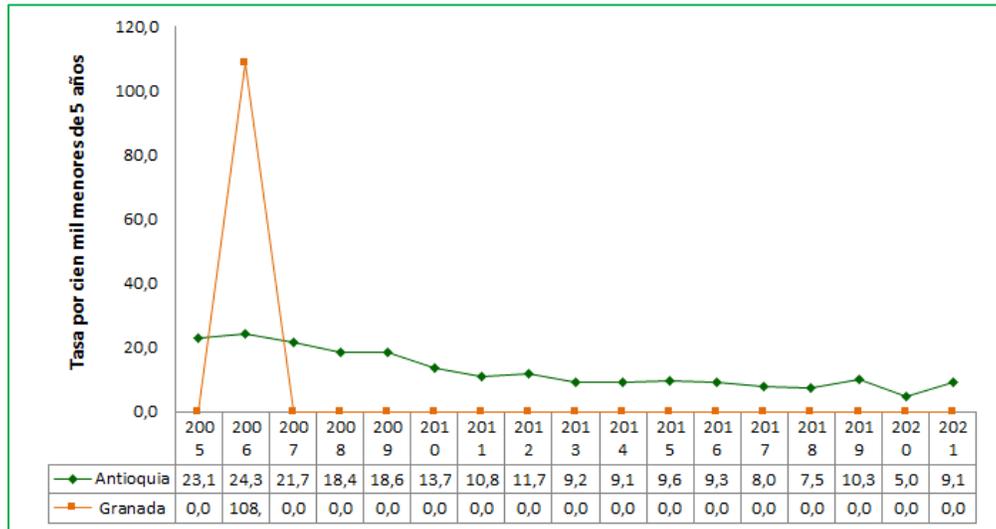


Fuente: DANE – SISPRO - MSPS

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

El municipio se encuentra con tasas en mortalidad cero por IRA en el periodo 2005 – 2021, mostrando condiciones más favorables en los menores de 5 años, que el departamento; el cual presenta tasas con un comportamiento fluctuante con tendencia al aumento.

Figura 52. Tasa de mortalidad por IRA. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

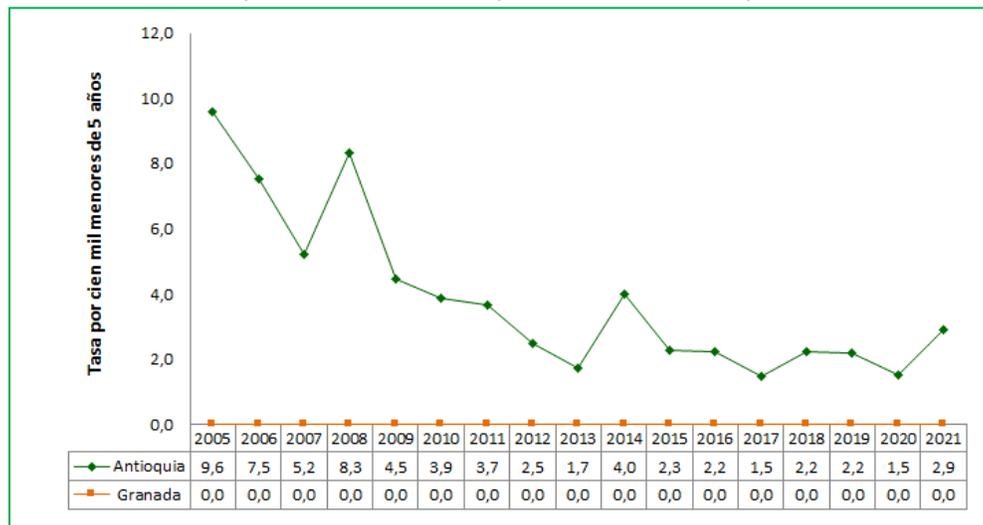


Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Mortalidad por desnutrición

La tasa de mortalidad por desnutrición para el Municipio de Granada en el periodo 2005 – 2021, se mantuvo siempre en tasas cero; mientras a nivel departamental se evidencio su tasa más alta en el año 2005 con 9,6 defunciones por cada cien mil menores de 5 años, a partir de dicho año se evidencia una tendencia al descenso, aunque con algunos picos en los años 2008 (8,3), 2014 (4,0) y 2019 (2,2).

Figura 53. Tasa de mortalidad por desnutrición. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO - MSPS

Por el análisis de la muerte infantil y en la niñez se utilizarán la lista de los 16 grandes grupos ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave.

Tasa de Mortalidad en menores de un año

En el total de las muertes en los menores de un año durante el período 2005 – 2021, en el Municipio de Granada, se evidencia que la causas más frecuentes se relaciona con las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con eventos en todos los años del periodo, a excepción del 2007, 2009, 2013, 2015 y 2020; y por las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en los años 2005, 2006, 2007, 2009, 2012, 2016 y 2017; en menores proporciones se encontraron muertes por Tumores (neoplasias) (2006), Enfermedades del sistema circulatorio (2007), Enfermedades del sistema respiratorio (2006), Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio (2019) y Causas externas de morbilidad y mortalidad (2006).

Para el año 2021 el riesgo de muerte en menores de un año en el municipio de Granada fue cero.

Tabla 48. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 año, según 16 grandes grupos. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)		7,25											0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio			7,19										0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio		7,25											0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	23,44	14,49		6,37		8,77	25,21	8,77		16,39		7,30	7,52	8,13	8,06		0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	23,44	14,49	7,19		10,42			8,77				7,30	7,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio													0,00	0,00	8,06	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad		7,25											0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Niños

En el total de las muertes en los niños menores de un año durante el período 2005 – 2021, en el Municipio de Granada, se evidencia que la causas más frecuentes se relaciona con las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con eventos en los años 2005, 2011, 2012, 2014, 2016, 2018 y 2019; y por las Malformaciones

congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en los años 2005, 2006 y 2017; en menores proporciones se encontraron muertes por Enfermedades del sistema circulatorio (2007), y por Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio (2019).

Para el año 2021 el riesgo de muerte en niños menores de un año en el municipio de Granda fue cero.

Tabla 49. Tasas específicas de mortalidad en niños menores de un año, según la lista de las 16 causas del Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio			3,16										0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	27,78						16,67	15,87		7,24		14,71	0,00	15,63	16,67	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	27,78	12,35											15,38	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio													0,00	0,00	16,67	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Niñas

En el total de las muertes en las niñas menores de un año durante el período 2005 – 2020, en el Municipio de Granada, se evidencia que la causas más frecuentes se relaciona con las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con eventos en los años 2005, 2006, 2008, 2010, 2011, 2014 y 2017; y por las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en los años 2005, 2006, 2007, 2009, 2012 y 2016; en menores proporciones se encontraron muertes por Tumores (neoplasias) (2006), Enfermedades del sistema respiratorio (2006), y Causas externas de morbilidad y mortalidad (2006). Para el año 2021 el riesgo de muerte en niñas menores de un año en el municipio de Granada fue cero.

Tabla 50. Tasas específicas de mortalidad en niñas menores de un año, según la lista de las 16 causas. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias														0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)		17,54												0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos														0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas														0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso														0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides														0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio														0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio		17,54												0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo														0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario														0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	17,86	35,09		13,89		17,24	33,90			15,63			14,71	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	17,86	17,54	15,87		20,00			19,61				14,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio														0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades														0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad		17,54											0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasa de Mortalidad en menores de 1 a 4 años.

En el total de las muertes en los menores de 1 a 4 años durante el período 2005 – 2021, en el Municipio de Granada, se evidenciaron muertes por Enfermedades del sistema digestivo (2011), Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (2010), Enfermedades del sistema circulatorio (2005) y por Causas externas de morbilidad y mortalidad (2019).

Para el año 2021, las Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas provocaron 126,90 muertes por cada cien mil menores de 1 a 4 años del municipio.

Tabla 51. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años según la lista de las 16 causas. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas													0,00	0,00	0,00	0,00	126,90
Enfermedades del sistema circulatorio	131,58												0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo							140,25						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas						139,47							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad													0,00	0,00	124,84	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Niños

En el total de las muertes en los niños menores de 1 a 4 años durante el período 2005 – 2020, en el Municipio de Granada, se evidenciaron muertes por Enfermedades del sistema digestivo (2011), y por Causas externas de morbilidad y mortalidad (2019). Para el año 2021, las Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas provocaron 240,38 muertes por cada cien mil niños de 1 a 4 años del municipio.

Tabla 52. Tasas específicas de Mortalidad en niños de a 1 a 4 según la lista de las 16 causas. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas													0,00	0,00	0,00	0,00	240,38
Enfermedades del sistema respiratorio													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo							273,97						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad													0,00	0,00	237,53	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Niñas

En el total de las muertes en las niñas menores de 1 a 4 años durante el período 2005 – 2020, en el Municipio de Granada, se evidenciaron muertes por Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (2010), y por Enfermedades del sistema circulatorio (2005). A partir del 2010, el riesgo de muerte en niñas de 1 a 4 años del municipio de Granada se redujo a cero.

Tabla 53. Tasas específicas de Mortalidad en niñas de a 1 a 4 según la lista de las 16 causas. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfermedades del sistema circulatorio	268,82												0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas						284,90							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tasa de Mortalidad en menores de 5 años.

En el total de las muertes en los menores de 5 años durante el período 2005 – 2020, en el Municipio de Granada, se evidencia que la causas más frecuentes se relaciona con las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con eventos en todos los años del periodo, a excepción del 2007, 2009, 2013, 2015 y 2020; y por las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en los años 2005, 2006, 2007, 2009, 2010, 2012, 2016 y 2017; en menores proporciones se encontraron muertes por Tumores (neoplasias) (2006), Enfermedades del sistema circulatorio (2005, 2007), Enfermedades del sistema respiratorio (2006), Enfermedades del sistema digestivo (2011), Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio (2019) y Causas externas de morbilidad y mortalidad (2006, 2019).

Para el año 2021, las Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas provocaron 101,52 muertes por cada cien mil menores de 5 años del municipio.

Tabla 54. Tasas específicas de mortalidad en menores de 5, según la lista de las 16 causas. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tumores (neoplasias)		108,46											0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas													0,00	0,00	0,00	0,00	101,52
Enfermedades del sistema circulatorio	106,27		110,25										0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio		108,46											0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo							110,99						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	318,81	216,92		111,23		110,86	332,96	111,11		220,99		109,77	109,53	109,41	99,80	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	318,81	216,92	110,25		111,61	110,86		111,11				109,77	109,53	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio													0,00	0,00	99,80	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad		108,46											0,00	0,00	99,80	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Niños

En el total de las muertes en los niños menores de 5 años durante el período 2005 – 2020, en el Municipio de Granada, se evidencia que la causas más frecuentes se relaciona con las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con eventos en los años 2005, 2011, 2012, 2014, 2016, 2018 y 2019; y por las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en los años 2005, 2006 y 2017; en menores proporciones se encontraron muertes por Enfermedades del sistema circulatorio (2007), Enfermedades del

sistema digestivo (2011), Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio (2019) y Causas externas de morbilidad y mortalidad (2019).

Para el año 202, las Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas provocaron 192,68 muertes por cada cien mil niños menores de 5 años del municipio.

Tabla 55. Tasas específicas de Mortalidad en niños menores de 5 años, según la lista de las 16 causas. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas													0,00	0,00	0,00	0,00	92,68
Enfermedades del sistema circulatorio			213,22										0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo							216,92						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario													0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	416,67						216,92	217,39		215,98		214,13	0,00	213,22	190,11	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	416,67	210,97											213,68	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio													0,00	0,00	190,11	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad													0,00	0,00	190,11	0,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Niñas

En el total de las muertes en las niñas menores de 5 años durante el período 2005 – 2020, en el Municipio de Granada, se evidencia que la causas más frecuentes se relaciona con las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con eventos en los años 2005, 2006, 2008, 2010, 2011, 2014 y 2017; y por las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en los años 2005, 2006, 2007, 2009, 2010, 2012 y 2016; en menores proporciones se encontraron muertes por Tumores (neoplasias) (2006), Enfermedades del sistema circulatorio (2005), Enfermedades del sistema respiratorio (2006) y Causas externas de morbilidad y mortalidad (2006). Desde el 2017 el riesgo de muerte en niñas menores de 5 años en el municipio se redujo a cero.

Tabla 56. Tasas específicas de Mortalidad en niñas menores de 5 años, según la lista de las 16 causas. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tumores (neoplasias)		223,21											0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	216,92												0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio		223,21											0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	216,92	446,43		230,95		227,27	454,55			226,24			224,72	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	216,92	223,21	228,31		230,95	227,27		227,27				225,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad		223,21											0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

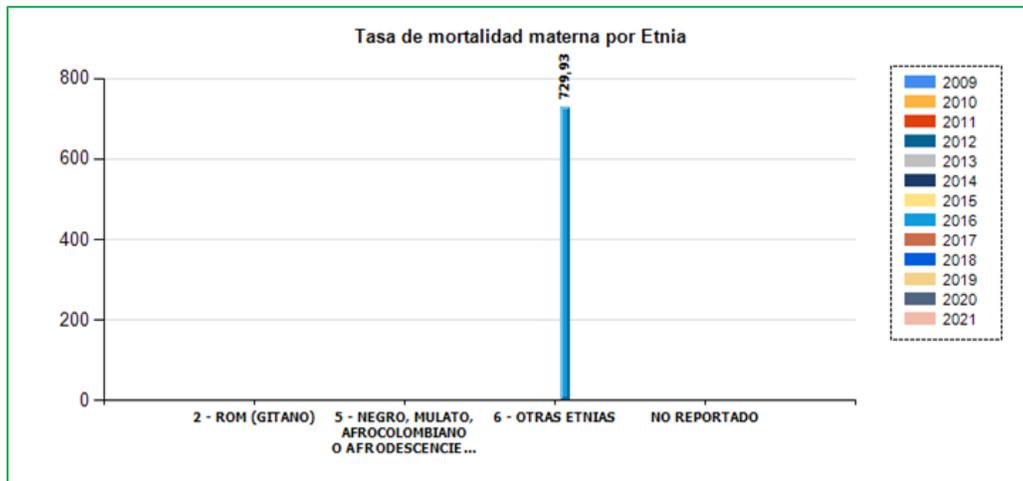
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

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

La razón de mortalidad materna en el Municipio de Granada en el periodo 2009 – 2021, indica que se presentaron casos en el año 2016 para otras etnias, con una tasa de 729,93 defunciones por cada cien mil nacidos vivos; mientras la mortalidad neonatal indica eventos para otras etnias en todos los años del periodo a

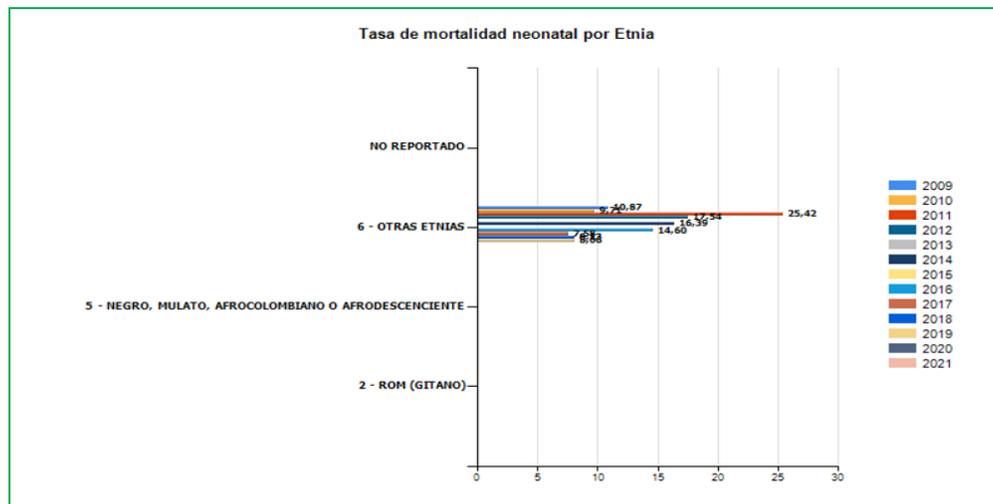
excepción de los años 2013, 2015, 2020 y 2021. presentando entre 8 a 25 defunciones por cada mil nacidos vivos.

Figura 54: Razón de mortalidad materna por etnia. Municipio de Granada - Antioquia, 2009 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Figura 55: Tasa de mortalidad neonatal por etnia. Municipio de Granada - Antioquia, 2009 – 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Área de residencia

En cuanto a la razón de mortalidad materna por área de residencia en el Municipio de Granada en el periodo 2009 - 2021, se encontraron casos en el año 2016 en la cabecera Municipal, (1351,4). Mientras para la mortalidad neonatal se registró información tanto en la cabecera, en los años 2010, 2011, 2012, 2014, 2017 y 2019; como en la zona rural dispersa en los años 2009, 2011, 2012, 2014, 2016 y 2018.

Tabla 57. Razón de mortalidad materna por área de residencia. Municipio de Granada - Antioquia, 2009 – 2021

Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - CABECERA								1.351,35					
2 - CENTRO POBLADO													
3 - AREA RURAL DISPERSA SIN INFORMACION													
Total General								729,93					

Fuente: DANE – SISPRO - MSPS

Tabla 58. Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Municipio de Granada - Antioquia, 2009 – 2021

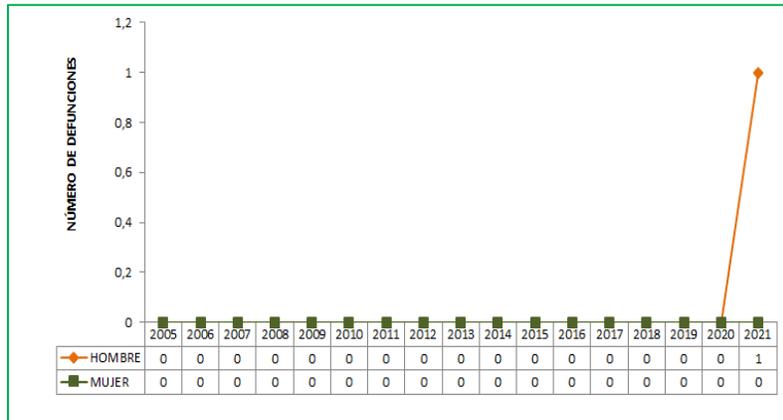
Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - CABECERA		19,61	31,25	19,23		13,51			13,16		14,49		
2 - CENTRO POBLADO													
3 - AREA RURAL DISPERSA	22,73		19,23	16,95		22,73		33,33		16,95			
SIN INFORMACION													
Total General	10,42	8,77	25,21	17,54		16,39		14,60	7,52	8,13	8,06		

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Mortalidad relacionada con salud mental

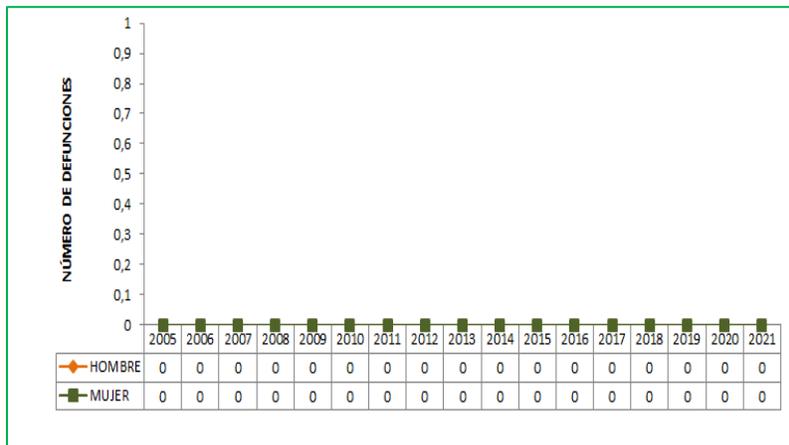
Durante el período de 2005 a 2021, se han registrado casos de muertes relacionadas con enfermedades mentales en el Municipio de Granada, presentando un análisis detallado de esta situación. Dentro del espectro de salud mental, se ha observado que la epilepsia ha sido la única causa de mortalidad, con dos casos registrados: una mujer en el año 2011 y un hombre en el año 2015. Además, en el año 2021 se reportó una muerte relacionada con trastornos mentales y del comportamiento en hombres. Estos hallazgos subrayan la necesidad de continuar fortaleciendo los programas de salud mental en el municipio, enfocándose en la prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de estas condiciones para evitar futuras pérdidas de vidas humanas.

Figura 56. Mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021



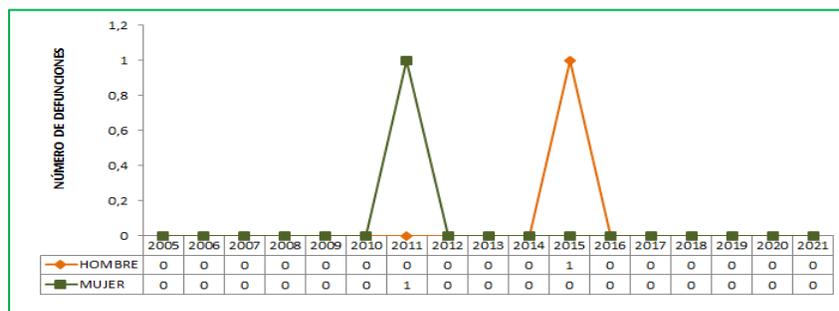
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Figura 57. Mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Figura 58. Mortalidad por Epilepsia. Municipio de Granada - Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.4 Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno –infantil

Tabla 59. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno –infantil. Municipio de Granada – Antioquia, 2021

Mortalidad	Prioridad	Granada 2021	Antioquia 2021	Tendencia 2005 a 2021	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades sistema circulatorio	111,3	147,9	Aumento	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardiovascular - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Neoplasias	78,6	96,9	Disminución	7. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer
	3. Causas externas (Hombres)	125,3	119,5	Aumento	12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	4. Las demás causas (Hombres)	89,3	125,1	Disminución	9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades sistema circulatorio: Enfermedades isquémicas del corazón	62,3	73,9	Disminución	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardiovascular - vascular - metabólicas manifiestas
	1. Enfermedades sistema circulatorio: Enfermedades hipertensivas	19,4	23,3	Disminución	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardiovascular - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Neoplasias: Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto	20,5	17,3	Disminución	7. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer
	3. Causas externas (Hombres): Agresiones (homicidios)	50,4	56,7	Aumento	12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	4. Las demás causas (Hombres): Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	14,5	29,7	Disminución	9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas 13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (< 5 años)	101,52	4,98	Aumento	3. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Razón de mortalidad materna	0	61,2	Constante	8. RIAS para población materno –perinatal
	2. Tasa de mortalidad en la niñez	7,4	11,5	Aumento	

Fuente: Elaboración propia. Alcaldía Municipal Granada – Antioquia, 2023

Conclusiones

- Las enfermedades del sistema circulatoria representaron 111.3 muertes por cada cien mil habitantes del municipio para el año 2021, con una tendencia al aumento, es imperante mejorar los procesos de educación en salud, motivar a la población a generar cambios en sus estilos de vida, provocando una mayor participación en procesos deportivos y recreativos en los diferentes cursos de vida.
- Las tasas ajustadas por edad de los Años de Vida Potencialmente Perdidos durante el periodo 2005 – 2021; indica que las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y las demás causas provocando en todo el periodo más de 11.777 AVPP.

- Las neoplasias generaron 78.6 muertes en la población del municipio, presentando una disminución comparada en el año inmediatamente anterior. Durante todo el periodo de estudio el Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon son los que han generado muertes año tras año en el municipio, con afectación en hombres y mujeres.
- El Tumor maligno de la mama de la mujer, uno de los tumores con alta posibilidad de detección de manera temprana a través de los procesos de educación a la población, en el municipio el riesgo de muerte en las mujeres más alto, se registró en el 2007 (47,4) ha presentado un comportamiento fluctuante con tendencia a la disminución, registrando cero muertes en el 2021.
- Para el año 2021, el riesgo (50.4) más alto de muerte en los hombres se presentó a causa de los homicidios, desde el año 2017 no se presentaban muertes por esta causa en los hombres. Los accidentes de transporte terrestre y el Ahogamiento y sumersión accidentales presentaron el mismo número de muertes, 23,7 por cada cien mil hombres del municipio.
- Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades isquémicas del corazón han estado en las principales causas de muertes en la población del municipio, enmarcadas en las enfermedades no transmisibles que hacen parte de la dimensión de vida saludable y condiciones no trasmisibles del plan decenal de salud pública y que se puede modificar a través de grandes esfuerzos para la modificación de hábitos de vida saludable, en los diferentes cursos de vida y con énfasis en los adultos mayores que ya presentan diagnósticos para mejorar dichas condiciones.
- Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores se han comportado como la principal causa de muerte dentro de las demás causas. Son muchos los factores que influyen en su diagnóstico y que pueden ser modificados por la población y por la sumatoria de diferentes acciones intersectoriales en el municipio; como lo es el consumo de tabaco, la contaminación ambiental, Inhalación de polvo y productos químicos en el medio laboral; entre otros.
- El municipio de Granada cumple de manera satisfactoria a las metas propuestas de ordena municipal, departamental, nacional y mundial para la reducción de la mortalidad materna, tenido en cuenta que, la mortalidad materna es inaceptable y cada día incrementa sus niveles. En todo el periodo de análisis el municipio cuenta con cero muertes maternas apuntando al cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible.

CAPTULO IV: ANALISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

La información extraída de la cartografía social permite llevar a cabo un análisis exhaustivo de las principales problemáticas de salud detectadas en el municipio, así como de los factores y riesgos asociados, junto con las propuestas sugeridas para abordar estas cuestiones.

Problemáticas de salud y factores asociados:

Problemas de salud mental: Incluyen trastornos como depresión, ansiedad, estrés y otros, estos pueden estar relacionados con factores como la soledad, la falta de empleo, las condiciones socioeconómicas precarias y el estrés laboral.

Enfermedades respiratorias: Pueden ser causadas por la contaminación ambiental, el cambio climático y las condiciones climáticas adversas, como altas temperaturas o sequías prolongadas que generan partículas en el aire.

Consumo de sustancias psicoactivas (SPA): Esta problemática puede estar asociada a factores sociales, económicos y culturales, como la falta de oportunidades, la pobreza y la normalización del consumo en ciertos grupos.

Cáncer: Algunos tipos de cáncer pueden estar relacionados con la exposición a químicos agrícolas utilizados en las labores del campo, así como con otros factores ambientales y estilos de vida poco saludables.

Escasez de medicamentos: Esta situación puede estar vinculada a problemas de acceso y disponibilidad de medicamentos, lo cual puede afectar el tratamiento adecuado de diversas enfermedades.

Enfermedades orales: Estas afecciones pueden estar asociadas a hábitos alimenticios poco saludables, falta de acceso a servicios odontológicos y prácticas de higiene bucal deficientes.

Enfermedades crónicas: Incluyen afecciones como diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, entre otras. Estos padecimientos pueden estar relacionados con factores de riesgo como la mala alimentación, el sedentarismo, el tabaquismo y la obesidad.

Tenencia irresponsable de mascotas: Esta problemática puede generar riesgos de enfermedades zoonóticas (transmitidas de animales a humanos), así como problemas de salud pública relacionados con la higiene y el control de plagas.

Enfermedades cardiovasculares: Pueden estar asociadas a factores de riesgo como la hipertensión, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y la mala alimentación.

Enfermedades huérfanas: Son enfermedades raras o poco frecuentes que pueden tener causas genéticas o ambientales, y su tratamiento y diagnóstico puede ser un desafío debido a la falta de conocimiento y recursos.

Enfermedades de la piel: Pueden estar relacionadas con factores ambientales, como la exposición a sustancias químicas, la contaminación o las condiciones climáticas adversas, así como con problemas de higiene y prácticas de cuidado personal inadecuadas.

Hipertensión: Esta afección puede estar vinculada a factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo, el consumo excesivo de sal, el estrés y otros estilos de vida poco saludables.

En cuanto a las afectaciones específicas relacionadas con ciertas actividades laborales, como la agricultura, el trabajo de oficina, las labores del hogar y el trabajo físico en el campo, se pueden mencionar dolores musculares, lesiones por esfuerzos repetitivos, problemas posturales, estrés y otros trastornos asociados al tipo de trabajo realizado.

Riesgos a corto plazo y propuestas de mejora:

A corto plazo, se han identificado riesgos potenciales que pueden agravar la situación de salud en la comunidad, como intoxicaciones por agroquímicos, malnutrición, infecciones de transmisión sexual, depresión, ansiedad, intentos de suicidio y el riesgo de desarrollar enfermedades mentales.

Para abordar estas problemáticas y riesgos, se han propuesto diversas acciones de mejora, entre las que se encuentran:

- Mejorar la disponibilidad y acceso a medicamentos.
- Invertir en programas de alimentación saludable para niños.
- Implementar campañas de reciclaje y manejo adecuado de residuos sólidos.
- Aplicar sanciones y comparendos para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.
- Organizar brigadas de salud para abordar la escasez de medicamentos.
- Capacitar a la comunidad sobre el manejo adecuado de residuos sólidos.
- Utilizar medios de comunicación locales para difundir campañas de prevención y promoción de la salud.
- Promover la tenencia responsable de mascotas.
- Fomentar la actividad física y las buenas prácticas de cuidado personal.
- Promover la alimentación saludable mediante talleres y eventos comunitarios.
- Realizar talleres de promoción de la salud mental y prevención de trastornos emocionales.

Estas propuestas buscan abordar de manera integral las diversas problemáticas identificadas, involucrando a la comunidad y fomentando estilos de vida saludables y entornos seguros.

Figura 59. Talleres cartografía Social. Municipio de Granada - Antioquia



Fuente: Dirección Local de Salud

Tabla 60 Mapeo de Actores, Municipio de Granada

Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales	Actores Sociales y Comunitarios	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales	Respuesta Social	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos
Trastornos mentales y del comportamiento	Gobernación de Antioquia Hospital Mental secretaria Seccional de Salud y Protección social de Antioquia Administración Municipal Personería ESE Hospital Padre Clemente Giraldo Savia Salud Nueva EPS Sura EPS Policía Nacional	Lideres comunales Alcohólicos Anónimos Instituciones Educativas Junta de Padres de Familia Grupos Juveniles	Fortalecer el trabajo articulado transectorial para la activación efectiva de rutas de atención en salud buscando las canalizaciones efectivas, adherencias a tratamiento y empoderamiento de las redes de apoyo y rehabilitación basada en comunidad.	Campañas de sensibilización, educación y empoderamiento comunitario	Beneficiarios cooperantes	Incrementar factores protectores de la salud mental en la población, para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.	Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida
Enfermedades Respiratorias	Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Administración Municipal ESE Hospital Padre Clemente Giraldo Savia Salud EPS Nueva EPS Sura EPS Instituciones educativas municipales	Lideres comunales escuela de padres Grupos juveniles	Fortalecer las estrategias de Informar, educar y comunicar a toda la comunidad para la prevención de infecciones respiratorias	Participación activa en los talleres de sensibilización y prevención	Beneficiarios cooperantes	Incrementar la prevención de infecciones respiratorias mediante educación a la comunidad en general	Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida en prevención de infecciones respiratorias
Consumo de sustancias psicoactivas	Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Hospital Mental ESE Carisma Administración Municipal Personería ESE Hospital Padre Clemente Giraldo Savia Salud EPS Nueva EPS Sura EPS Policía Nacional Instituciones educativas municipales	Lideres comunales Alcohólicos Anónimos Junta de acciones comunales Grupos Juveniles	Garantizar la disponibilidad de servicios de atención y rehabilitación para consumidores, con enfoque de reducción de daños. mediante centros de atención primaria. fortalecer programas de integración social y productiva para jóvenes en riesgo Promover alianzas con el sector privado y facilitar la vinculación laboral de población en riesgo o en proceso de rehabilitación. Evaluar y ajustar periódicamente las estrategias implementadas con base en indicadores de consumo, incautaciones, atenciones y caracterización de la población afectada.	Campañas de sensibilización, educación y empoderamiento comunitario	Beneficiarios cooperantes	Incrementar factores protectores de la salud mental en la población, para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.	Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida

Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales	Actores Sociales y Comunitarios	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales	Respuesta Social	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos
Cáncer	Gobernación de Antioquia Secretaría Seccional de Salud y Protección social de Antioquia Administración Municipal Dirección Local de Salud Personería ESE Hospital Padre Clemente Giraldo Savia Salud Nueva EPS Sura EPS	Líderes comunales Junta de acciones comunales Grupos Juveniles Comité de vigilancia epidemiológica COPACO COVECOM	Implementar programas de educación y sensibilización sobre prevención de cáncer en escuelas, centros comunitarios y lugares de trabajo. Promover campañas de concientización sobre factores de riesgo modificables, como el tabaquismo, la obesidad, la inactividad física y la exposición a sustancias cancerígenas. fortalecer las políticas públicas que promuevan estilos de vida saludables,	Participación activa en los talleres de sensibilización y prevención	Beneficiarios cooperantes	Incrementar la prevención y control del cáncer en la comunidad	Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida en prevención del cáncer
Escasez de medicamentos	Gobernación de Antioquia secretaría Seccional de Salud y Protección social de Antioquia Administración Municipal Dirección Local de Salud Personería ESE Hospital Padre Clemente Giraldo Savia Salud Nueva EPS Sura EPS	Asociación de Usuarios Liga de usuarios Veedores COPACO Líderes comunales	fortalecer la rectoría y gobernanza del sistema de salud, promoviendo políticas y legislaciones que garanticen el acceso equitativo a medicamentos esenciales como un componente fundamental del derecho a la salud. La participación activa y coordinada de diversos sectores, incluyendo salud, educación, industria, transporte y sociedad civil, es esencial para abordar de manera efectiva la escasez de medicamentos y asegurar que la población de Granada tenga acceso oportuno y asequible a los medicamentos que necesita.	Participación activa en los talleres de sensibilización y prevención	Beneficiarios cooperantes	Se mejora el acceso a los medicamentos en la comunidad Granadina	Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida en suministro de medicamentos
Enfermedades Orales	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Administración Municipal ESE Hospital Padre Clemente Giraldo Savia Salud EPS Nueva EPS Sura EPS Instituciones educativas municipales	Líderes comunales escuela de padres Grupos juveniles Grupos del adulto mayor	Fortalecer las estrategias de Informar, educar y comunicar a toda la comunidad para la prevención de enfermedades orales	Participación activa en los talleres de sensibilización y prevención	Beneficiarios cooperantes	Incrementar la prevención de enfermedades orales mediante educación a la comunidad en general	Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida en prevención de enfermedades orales

Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales	Actores Sociales y Comunitarios	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales	Respuesta Social	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos
Enfermedades crónicas	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Administración Municipal ESE Hospital Padre Clemente Giraldo Savia Salud EPS Nueva EPS Sura EPS	Juntas de acción comunal Programas de Adulto Mayor Líderes comunales	Fortalecer los programas de estilos de vida saludable, acciones de protección específica y detención temprana logrando prevención y control de enfermedades.	Participación activa en los programas de estilos de vida saludable, campañas de sensibilización y conocimiento de los factores de riesgo	Beneficiarios cooperantes	Incrementar estilos de vida saludable y adherencia a programas de detención y protección específica	Diagnóstico, activación de rutas, comunidad sensibilizada y fortalecida
Tenencia irresponsable de mascotas	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia secretaría de Salud secretaría de Medio Ambiente secretaría de Gobierno Comisaría de Familia Personería ESE Hospital Padre Clemente Giraldo Instituciones educativas municipales	Líderes sociales Junta de acción comunal COPACO Grupos juveniles Veeduría Ciudadana CMSSS	Implementar programas de educación y concientización sobre la tenencia responsable de mascotas, dirigidos a diferentes públicos (escuelas, comunidades, etc.). Estos programas deben abordar temas como la importancia de la esterilización, la vacunación, la identificación, el cuidado adecuado, entre otros.	Participación activa en los talleres de sensibilización y prevención	Beneficiarios cooperantes	Incrementar la tenencia responsable de mascotas en la comunidad	Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida en tenencia responsable de mascotas
Enfermedades por Agroquímicos	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Administración Municipal ESE Hospital Padre Clemente Giraldo Savia Salud EPS Nueva EPS Sura EPS	Líderes sociales Junta de acción comunal COPACO Grupos juveniles Veeduría Ciudadana CMSSS	Fortalecer los programas de estilos de vida saludable, acciones de protección específica y detención temprana logrando prevención y control de enfermedades por agroquímicos	Participación activa en los programas de estilos de vida saludable, campañas de sensibilización y conocimiento de los factores de riesgo de los agroquímicos	Beneficiarios cooperantes	Incrementar estilos de vida saludable y adherencia a programas de detención y protección específica	Diagnóstico, activación de rutas, comunidad sensibilizada y fortalecida

Fuente: Elaboración propia

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

El análisis de priorización de las problemáticas identificadas en el municipio de Granada se ha realizado utilizando la metodología Hanlon, la cual permite evaluar múltiples dimensiones de cada problema para determinar su nivel de prioridad. Al considerar factores como la magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia, factibilidad de intervención y viabilidad de intervención, hemos obtenido una visión integral de la situación de salud en la comunidad.

Tras aplicar la metodología Hanlon, se ha observado que las enfermedades crónicas es una problemática que se destaca por su alta magnitud, trascendencia y pertinencia social e intercultural. Estas enfermedades representan un desafío significativo para la salud pública del municipio y requiere de intervenciones efectivas y sostenidas para su abordaje.

Asimismo, se ha identificado que las afectaciones en la salud mental y del comportamiento, también tienen una alta prioridad debido a su impacto en el bienestar psicológico y emocional de la población. Estos problemas requieren de una atención especial y programas de apoyo psicosocial para su prevención y tratamiento.

Por último, se destaca la importancia de considerar la factibilidad y viabilidad de las intervenciones propuestas para cada problemática. Esto garantizará que los recursos disponibles se utilicen de manera eficiente y que se puedan implementar medidas efectivas que mejoren la salud y el bienestar de la comunidad de granadina.

Tabla 61 Priorización problemática Cartografía Social

Problemas	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Trascendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la intervención
Salud mental	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Alto
Enfermedades respiratorias	Medio	Alta	Alto	Alto	Alto
Consumo SPA	Medio	Alta	Muy alto	Medio	Alto
Cancer	Medio	Muy alta	Muy alto	Alto	Alto
Escasez de medicamentos	Bajo	Alto	Alto	Medio	Medio
Enfermedades orales	Medio	Medio	Alto	Bajo	Bajo
Enfermedades crónicas	Alto	Alto	Muy alto	Alto	Alto
Tenencia irresponsable de mascotas	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio
Enfermedades cardiovasculares	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto
Enfermedades huérfanas	Bajo	Medio	Medio	Medio	Medio
Enfermedades de la piel	Bajo	Medio	Alto	Medio	Medio
Hipertensión	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Alto
Enfermedades por agroquímicos	Bajo	Medio	Medio	Medio	Medio

Fuente: Elaboración propia

Tabla 62 Construcción de núcleos de inequidad. Municipio de Granada

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
Trastornos mentales y del comportamiento	<p>Estrés: Los altos niveles de estrés relacionados con el trabajo, finanzas, relaciones interpersonales o traumas pueden desencadenar o agravar cuadros de ansiedad, depresión u otros trastornos mentales.</p> <p>Sedentarismo y aislamiento social: La falta de actividad física y la carencia de interacciones sociales, impactan negativamente en la salud mental.</p> <p>Consumo de sustancias: El abuso en el consumo alcohol, tabaco, drogas o ciertos medicamentos puede desencadenar directamente cuadros de ansiedad, psicosis y otros padecimientos mentales.</p> <p>Situación económica precaria: La pobreza, la falta de oportunidades y el desempleo son fuertes predictores de mala salud mental por la sensación de desesperanza, frustración y falta de control.</p> <p>Violencia y trauma: Haber sufrido o presenciado situaciones de violencia física, verbal o abusos durante la niñez o edad adulta puede causar daños mentales significativos como Trastorno de Estrés Post Traumático, depresión o trastornos de personalidad.</p>	<p>Pobreza y desigualdad económica: La pobreza, la falta de oportunidades y la marginación están fuertemente ligadas a cuadros de ansiedad, depresión y adicciones.</p> <p>Nivel educativo: Un mayor nivel educativo suele ser un factor protector, mientras que el analfabetismo o la deserción escolar temprana se asocian a mayor prevalencia de enfermedades mentales.</p> <p>Desempleo: La falta de empleo estable y bien remunerado conlleva incertidumbre, estrés y sensación de falta de control que repercuten negativamente.</p> <p>Falta de apoyo social: El no contar con vínculos socio-afectivos sólidos y redes de apoyo confiables que promuevan la resiliencia</p> <p>Violencia social: Vivir en entornos con altas tasas de violencia y criminalidad genera miedo, trauma psicológico y sensación de inseguridad que precipitan cuadros mentales.</p> <p>Discriminación: Ser sujeto de discriminación ya sea por género, orientación sexual, origen étnico, discapacidad u otros factores exacerba problemas de autoestima, depresión y ansiedades.</p> <p>Acceso a servicios de salud: No contar con servicios de salud mental accesibles y de calidad dificulta la prevención, detección temprana y manejo de padecimientos mentales.</p>	<p>Personas en situación de pobreza: Tienen un acceso limitado a servicios de salud, mayor exposición a situaciones generadoras de estrés y menos recursos para manejarlos.</p> <p>Minorías étnicas y culturales: Pueden sufrir discriminación y exclusión social, además de tener diferencias culturales que dificulten el acceso a tratamiento.</p> <p>Inmigrantes y refugiados: Al trauma que puede implicar migrar, se suma la barrera cultural, desarraigo social y dificultades para acceder a servicios.</p> <p>Población LGBTQI+: Sufren altas tasas de discriminación, acoso, violencia y rechazo familiar, con el consecuente impacto en salud mental.</p> <p>Personas con discapacidad: Tienen más barreras para educación, empleo y servicios de salud. Son también más vulnerables al abuso y aislamiento.</p> <p>Personal médico: Alto desgaste emocional por las situaciones que enfrentan puede desencadenar ansiedad, depresión o trastornos de estrés postraumático.</p> <p>Habitantes de zonas rurales: Menor cobertura y accesibilidad geográfica a los servicios de atención especializada en salud mental.</p>	<p>Incrementar factores protectores de la salud mental en la población, para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.</p>	<p>Invertir en prevención con campañas de concientización, promoción del bienestar emocional y detección temprana de trastornos mentales, especialmente en escuelas y centros de trabajo.</p> <p>Aumentar el acceso a servicios de salud mental de calidad integrándolos a la atención primaria y con programas públicos gratuitos o muy bajo costo, especialmente para poblaciones vulnerables.</p> <p>Capacitación a médicos de atención primaria en salud mental.</p> <p>Crear redes comunitarias de apoyo conformadas por líderes sociales, organizaciones locales y servicios sociales para identificar casos, proporcionar ayuda inicial y facilitar referencias.</p> <p>Desarrollar servicios de líneas telefónicas de ayuda para contención de crisis como riesgo suicida o ataques de pánico, con personal especializado.</p> <p>Impulsar políticas de protección laboral y apoyo económico y educativo para personas con trastornos mentales.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
Enfermedades Respiratorias	<p>Altos niveles de partículas y gases contaminantes provenientes de fuentes industriales, vehículos, quema de combustibles, etc.</p> <p>Presencia de humo de leña o carbón utilizado en los hogares.</p> <p>Cambios bruscos de temperatura y épocas de frío intenso.</p> <p>Alta humedad ambiental que favorece la proliferación de agentes patógenos.</p> <p>Desconocimiento sobre medidas de prevención y prácticas de higiene respiratoria.</p> <p>Creencias y mitos que dificultan la adopción de conductas saludables.</p> <p>Falta de programas de prevención y control de enfermedades respiratorias.</p> <p>Viviendas con espacios reducidos y sobrepoblados.</p> <p>Falta de ventilación adecuada en hogares, escuelas y lugares de trabajo.</p>	<p>Nivel socioeconómico y pobreza: Familias de bajos ingresos con viviendas precarias, hacinamiento y mala ventilación.</p> <p>Dificultades para acceder a servicios de salud, medicamentos y tratamientos.</p> <p>Desnutrición y deficiencias nutricionales que debilitan el sistema inmunológico.</p> <p>Nivel educativo: Bajo nivel de instrucción y conocimientos sobre medidas de prevención e higiene respiratoria.</p> <p>Prevalencia de creencias y mitos que dificultan la adopción de conductas saludables.</p> <p>Factores culturales y étnicos: Prácticas tradicionales con leña o carbón en comunidades rurales.</p> <p>Ruralidad y dispersión geográfica: Comunidades rurales alejadas con dificultades de acceso al Hospital</p> <p>Falta de programas de prevención y control de enfermedades respiratorias en zonas apartadas.</p> <p>Discapacidad y grupos vulnerables: Personas con discapacidad o enfermedades crónicas con mayor riesgo de complicaciones.</p>	<p>Núcleo económico: Poblaciones en situación de pobreza con viviendas precarias, hacinamiento y mala ventilación. Dificultades económicas para acceder a servicios de salud, medicamentos y tratamientos adecuados.</p> <p>Inseguridad alimentaria y desnutrición que debilitan el sistema inmunológico.</p> <p>Núcleo geográfico: Comunidades rurales y zonas apartadas con acceso limitado a centros de salud y programas de prevención.</p> <p>Núcleo de género: Mujeres en situación de vulnerabilidad, con mayores cargas de trabajo doméstico y exposición a contaminantes.</p> <p>Acceso limitado a recursos y servicios de salud para madres y niños.</p> <p>Núcleo etario: Niños y adultos mayores con mayor susceptibilidad a infecciones respiratorias graves.</p> <p>Falta de atención especializada para estos grupos etarios vulnerables.</p> <p>Núcleo de discapacidad y enfermedades crónicas: Personas con discapacidad, enfermedades pulmonares o inmunodeficiencias con mayor riesgo de complicaciones.</p> <p>Dificultades de acceso a servicios de salud adaptados a sus necesidades.</p>	Incrementar la prevención de infecciones respiratorias mediante educación a la comunidad en general	<p>Crear y mantener áreas verdes y arbolado urbano que ayuden a purificar el aire.</p> <p>Capacitar y contratar personal médico y de enfermería para atención respiratoria.</p> <p>Implementar programas de vacunación contra la influenza y otras enfermedades respiratorias.</p> <p>Implementar programas de mejoramiento de viviendas precarias, ventilación e higiene en los hogares.</p> <p>Desarrollar campañas de educación sobre medidas de prevención, higiene respiratoria y signos de alarma.</p> <p>Involucrar a líderes comunitarios, escuelas y organizaciones locales en la difusión de información.</p> <p>Promover estilos de vida saludables y una alimentación nutritiva que fortalezca el sistema inmunológico.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
Consumo de sustancias psicoactivas	<p>Influencia social y presión de grupo: el deseo de encajar y ser aceptado por amigos o compañeros que ya consumen drogas.</p> <p>Búsqueda de nuevas sensaciones y experimentación</p> <p>Facilidad de acceso y bajo costo: disponibilidad y asequibilidad de sustancias legales (alcohol, tabaco, fármacos) e ilegales en determinados contextos.</p> <p>Escape de problemas personales: búsqueda de alivio transitorio frente a problemas como abuso, violencia intrafamiliar, fracaso escolar, desempleo, entre otros.</p> <p>Curiosidad: por experimentar los efectos sobre la percepción y el estado de ánimo producidos por las drogas.</p>	<p>Pobreza y exclusión: la marginalidad y falta de oportunidades incrementan la exposición al consumo.</p> <p>Desigualdad económica: puede incentivar el microtráfico en zonas empobrecidas.</p> <p>Entornos violentos: vecindarios con violencia e inseguridad favorecen la venta y el uso de drogas.</p> <p>Desintegración familiar: falta de apoyo y supervisión familiar se asocia al inicio del consumo.</p> <p>Bajo nivel educativo: se relaciona con inicio a más temprana edad y mayor dependencia.</p> <p>Edad: el inicio en la adolescencia se vincula a mayor riesgo de dependencia.</p> <p>Entorno social: amistades o familiares consumidores incrementan el riesgo individual.</p> <p>Disponibilidad de sustancias: mayor acceso facilita el consumo de drogas legales e ilegales.</p>	<p>Jóvenes y adolescentes en situación de pobreza: Tienen mayor exposición temprana por entornos y dinámicas familiares disfuncionales.</p> <p>Población LGBTQI+: Por factores como depresión, exclusión social y falta de apoyo familiar, presentan prevalencias más altas de consumo.</p> <p>Personas con trastornos mentales: Alto riesgo de consumo problemático como automedicación ante la enfermedad mental.</p> <p>Mujeres víctimas de violencia basada en género: Pueden iniciar consumo como mecanismo de afrontamiento ante el abuso.</p> <p>Migrantes: El desarraigo social y familiar los pone en situación de mayor vulnerabilidad frente al consumo de sustancias.</p> <p>Personas en situación de prostitución: Altos niveles de consumo se asocian a su actividad y entornos de alto riesgo.</p> <p>Pacientes con dolor crónico: Riesgo incrementado de derivar en dependencia de opioides y otras drogas con fines analgésicos.</p>	<p>Incrementar factores protectores de la salud mental en la población, para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.</p>	<p>Implementar programas de prevención universal dirigidos a toda la comunidad, con énfasis en niños, adolescentes y jóvenes. Pueden incluir estrategias educativas, detección temprana y fortalecimiento familiar.</p> <p>Realizar intervenciones de prevención selectiva enfocadas en grupos con factores de riesgo: terapias cognitivo-conductuales, asesoría familiar, actividades extracurriculares, etc.</p> <p>Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de tratamiento y rehabilitación, incluyendo comunidad terapéutica, grupos de apoyo, reducción de daños, etc.</p> <p>Generar alternativas de recreación, deporte y cultura que alejen a la población joven del contacto con el consumo de sustancias.</p> <p>Fortalecer las capacidades parentales y vínculos familiares protectores frente al consumo de drogas.</p> <p>Promover la sensibilización sobre los riesgos del consumo y la inclusión social de personas con trastornos por uso de sustancias.</p> <p>Establecer alianzas con autoridades, empresas y organizaciones sociales para un abordaje integral del problema desde diferentes frentes.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
Cáncer	<p>Tabaquismo: El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo para varios tipos de cáncer, como el cáncer de pulmón, de boca, de laringe, de esófago, entre otros.</p> <p>Hábitos alimenticios poco saludables: Una dieta alta en grasas, carnes procesadas y baja en frutas y verduras puede contribuir al desarrollo de cáncer, especialmente de colon, recto y mama.</p> <p>Inactividad física y obesidad: La falta de actividad física y el exceso de peso están asociados con un mayor riesgo de cáncer de mama, colon, endometrio, riñón y esófago.</p> <p>Consumo excesivo de alcohol: El consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo para el cáncer de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon y mama.</p> <p>Infecciones crónicas: Algunas infecciones crónicas, como las causadas por el virus del papiloma humano (VPH), el virus de la hepatitis B y C, y la bacteria <i>Helicobacter pylori</i>, pueden aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino, hígado y estómago, respectivamente.</p> <p>Factores ambientales: La contaminación del aire, del agua y del suelo con sustancias cancerígenas puede contribuir a la incidencia de cáncer en la población.</p>	<p>Nivel socioeconómico y pobreza: Las comunidades con menores recursos suelen tener un acceso limitado a servicios de salud, incluyendo programas de detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer. La pobreza también puede estar asociada con una mayor exposición a factores de riesgo como la contaminación ambiental, el tabaquismo y la desnutrición.</p> <p>Nivel educativo y conocimientos sobre salud: Un bajo nivel educativo puede estar relacionado con una menor comprensión de los factores de riesgo y la importancia de la detección temprana del cáncer. La falta de conocimientos sobre estilos de vida saludables y prácticas preventivas también puede contribuir a una mayor incidencia.</p> <p>Condiciones laborales y exposición ocupacional: Ciertas ocupaciones, como la minería, la industria química o la construcción, pueden implicar una mayor exposición a sustancias cancerígenas si no se implementan medidas de seguridad adecuadas.</p> <p>Entorno ambiental y contaminación: La exposición a contaminantes en el aire, el agua o el suelo, como resultado de actividades industriales o prácticas insostenibles, puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer.</p> <p>Acceso a servicios de salud y programas de detección: Las comunidades con un acceso deficiente a servicios de salud preventiva, pruebas de detección y tratamiento oncológico pueden presentar una mayor incidencia de cáncer en etapas avanzadas.</p> <p>Factores culturales y estilos de vida: Ciertas tradiciones o creencias culturales pueden influir en los hábitos alimenticios, el consumo de tabaco y alcohol, y otras prácticas que pueden</p>	<p>Inequidad socioeconómica: Las poblaciones de bajos ingresos y en situación de pobreza suelen tener un acceso limitado a servicios de salud preventivos, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer. Además, estas comunidades pueden estar más expuestas a factores de riesgo como la contaminación ambiental, el tabaquismo y la desnutrición. Inequidad en el acceso a servicios de salud: Las comunidades marginadas o alejadas geográficamente pueden tener mayores dificultades para acceder a centros de atención oncológica, programas de tamizaje y tratamientos especializados.</p> <p>Inequidad en la exposición ocupacional: Los trabajadores de ciertos sectores, como la industria, la minería o la construcción, pueden enfrentar una mayor exposición a sustancias cancerígenas si no cuentan con las medidas de seguridad adecuadas.</p> <p>Inequidad por género: Las mujeres, especialmente en contextos de pobreza y marginación, pueden tener un acceso más limitado a los programas de detección temprana de cánceres como el de mama y el cervicouterino.</p> <p>Inequidad étnica y cultural: Ciertos grupos étnicos o culturales pueden enfrentar barreras de acceso a servicios de salud, así como creencias y prácticas que aumentan su exposición a factores de riesgo de cáncer.</p> <p>Inequidad territorial: Las zonas rurales o alejadas del municipio pueden carecer de infraestructura y recursos adecuados para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer.</p>	Incrementar la prevención y control del cáncer en la comunidad	<p>Fortalecer los programas de detección temprana: Implementar campañas masivas de tamizaje para los tipos de cáncer más prevalentes, como el de mama, cervicouterino, colorrectal y de próstata. Mejorar el acceso y la cobertura de las pruebas de detección, especialmente en comunidades vulnerables y zonas rurales. Capacitar al personal de salud en técnicas de detección temprana y derivación oportuna.</p> <p>Promover estilos de vida saludables: Desarrollar campañas de concientización sobre los factores de riesgo modificables, como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad y la inactividad física. Fomentar una alimentación saludable y el aumento de la actividad física en la población. Implementar políticas públicas que restrinjan la publicidad de productos nocivos y promuevan entornos saludables.</p> <p>Mejorar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento: Fortalecer la infraestructura y los recursos para el diagnóstico y tratamiento oncológico en el sistema de salud local. Facilitar el acceso a servicios especializados, como radioterapia y quimioterapia, especialmente para las poblaciones vulnerables.</p> <p>Abordar los determinantes sociales y ambientales: Implementar políticas y programas para mejorar las condiciones de vida, reducir la pobreza y la contaminación ambiental. Fortalecer la regulación y el control de la exposición a sustancias cancerígenas en el entorno laboral y comunitario. Promover la equidad en el acceso a servicios de salud y</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
	<p>Antecedentes familiares y genéticos: Las mutaciones genéticas heredadas o adquiridas pueden aumentar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de mama, de ovario y el cáncer colorrectal.</p>	<p>aumentar o disminuir el riesgo de cáncer.</p>	<p>Inequidad en la calidad de la atención: Las personas de menores recursos pueden tener acceso a servicios de salud de menor calidad, con retrasos en el diagnóstico y tratamientos subóptimos.</p> <p>Inequidad en la información y concientización: Las comunidades con menor nivel educativo pueden tener un conocimiento limitado sobre los factores de riesgo, la detección temprana y la prevención del cáncer.</p>		<p>programas de prevención del cáncer.</p> <p>Fortalecer la vigilancia epidemiológica y la investigación: Establecer un sistema de vigilancia efectivo para monitorear la incidencia, prevalencia y mortalidad por cáncer.</p> <p>Fomentar la investigación sobre los factores de riesgo y las estrategias de prevención adaptadas al contexto local. Recopilar y analizar datos para identificar grupos de riesgo y enfocar las intervenciones.</p> <p>Promover la colaboración intersectorial y la participación comunitaria: Fomentar la coordinación entre autoridades locales, sector salud, educación, organizaciones comunitarias y grupos de apoyo a pacientes. Involucrar a la comunidad en las estrategias de prevención, detección temprana y concientización. Establecer alianzas con organizaciones no gubernamentales y grupos de investigación en el área del cáncer.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
<p>Escasez de medicamentos</p>	<p>Problemas en la cadena de suministro y distribución de medicamentos, incluyendo falta de coordinación y planificación.</p> <p>Insuficiente financiamiento y asignación de recursos para la adquisición de medicamentos esenciales.</p> <p>Falta de regulación y control de precios de medicamentos, lo que puede llevar a precios elevados y dificultad de acceso.</p> <p>Prescripción y uso irracional de medicamentos, que puede agotar existencias rápidamente.</p>	<p>Pobreza y desigualdad económica que limitan la capacidad de las personas para adquirir medicamentos, especialmente aquellos que no están cubiertos por el sistema de salud.</p> <p>Debilidad del sistema de salud pública y falta de cobertura universal, lo que dificulta el acceso a medicamentos esenciales.</p> <p>Baja inversión en investigación y desarrollo de medicamentos para enfermedades prevalentes en la región.</p> <p>Políticas farmacéuticas y de propiedad intelectual que pueden limitar la disponibilidad y asequibilidad de medicamentos genéricos.</p>	<p>Estatus socioeconómico: las personas con menores ingresos tienen mayor dificultad para acceder a medicamentos, especialmente aquellos de alto costo.</p> <p>Ubicación geográfica: las comunidades rurales y alejadas pueden enfrentar barreras adicionales para acceder a medicamentos debido a problemas de distribución y transporte.</p> <p>Tipo de enfermedad: las personas con enfermedades crónicas, raras o de alto costo pueden verse más afectadas por la escasez de medicamentos específicos.</p> <p>Edad: los niños, adultos mayores y mujeres embarazadas pueden tener necesidades especiales de medicamentos que no son adecuadamente atendidas durante situaciones de escasez.</p>	<p>Se mejora el acceso a los medicamentos en la comunidad Granadina</p>	<p>Fortalecimiento de la gestión y planificación de la cadena de suministro</p> <p>Regulación de precios y promoción de medicamentos genéricos</p> <p>Expansión de la cobertura del aseguramiento, buscando la cobertura universal</p> <p>Uso racional de medicamentos y educación a prescriptores y pacientes</p> <p>Atención prioritaria a grupos vulnerables y enfermedades de alto impacto</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
Enfermedades Orales	<p>Higiene oral deficiente: La falta de cuidado dental regular, como el cepillado y el uso de hilo dental, contribuye al desarrollo de caries y enfermedades de las encías.</p> <p>Dieta alta en azúcares y carbohidratos refinados: El consumo frecuente de alimentos y bebidas azucaradas favorece la proliferación de bacterias que causan caries y erosionan el esmalte dental.</p> <p>Falta de acceso a servicios de salud oral: La escasez de profesionales dentales y la limitada cobertura de atención odontológica en el sistema de salud dificultan el acceso a tratamientos preventivos y curativos.</p> <p>Tabaquismo y consumo excesivo de alcohol: Estos hábitos aumentan el riesgo de enfermedades periodontales, cáncer oral y otros problemas de salud bucal.</p>	<p>Pobreza y desigualdad económica: Las personas con bajos ingresos a menudo enfrentan barreras para acceder a servicios de salud oral de calidad y pueden tener dificultades para costear productos de higiene dental y una dieta saludable.</p> <p>Nivel educativo: Un bajo nivel de educación puede limitar el conocimiento sobre la importancia de la salud oral y las prácticas adecuadas de higiene dental.</p> <p>Normas culturales y creencias: Algunas creencias y prácticas culturales pueden influir en la búsqueda de atención dental y en la adopción de hábitos saludables.</p> <p>Entorno físico y social: La falta de acceso a agua potable y saneamiento adecuado, así como la exposición a contaminantes ambientales, pueden afectar negativamente la salud oral. Además, las redes sociales y el apoyo comunitario pueden influir en los comportamientos relacionados con la salud oral.</p> <p>Políticas públicas: La ausencia de políticas y programas integrales de salud oral, así como la falta de regulación de la industria alimentaria y tabacalera, pueden contribuir a la carga de enfermedades orales.</p>	<p>Estatus socioeconómico: Las personas con menores ingresos y nivel educativo tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades orales debido a un acceso limitado a servicios de salud dental, productos de higiene y una dieta saludable.</p> <p>Ubicación geográfica: Las comunidades rurales y alejadas pueden enfrentar barreras para acceder a servicios de salud oral debido a la escasez de profesionales dentales y la falta de transporte adecuado.</p> <p>Edad: Los niños, adolescentes y adultos mayores pueden ser más vulnerables a las enfermedades orales debido a factores biológicos, cambios en la dieta y dificultades para mantener una buena higiene bucal.</p> <p>Situación de discapacidad: Las personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales pueden tener dificultades adicionales para mantener una buena salud oral y acceder a servicios dentales adaptados a sus necesidades.</p>	Incrementar la prevención de enfermedades orales mediante educación a la comunidad en general	<p>Fortalecer la atención primaria de salud oral: Integrar la salud oral en los servicios de atención primaria, con énfasis en la prevención, educación y detección temprana de enfermedades bucodentales.</p> <p>Expandir los programas de salud oral en escuelas: Implementar programas de educación y prevención en escuelas, incluyendo cepillado supervisado, aplicación de flúor y exámenes dentales regulares.</p> <p>Promover políticas intersectoriales: Trabajar con otros sectores, como educación, desarrollo social y agricultura, para abordar los determinantes sociales de la salud oral, como la pobreza, la desnutrición y el acceso a agua potable y saneamiento.</p> <p>Fomentar la participación comunitaria: Involucrar a la comunidad en el diseño, implementación y evaluación de programas de salud oral, reconociendo sus conocimientos y prácticas tradicionales y adaptando las intervenciones a sus necesidades y preferencias.</p> <p>Fortalecer la vigilancia y la investigación: Mejorar los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de las enfermedades orales, y promover la investigación sobre los determinantes sociales y las intervenciones efectivas para reducir las inequidades en salud oral.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
Enfermedades crónicas	<p>Tabaquismo: El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo para enfermedades cardíacas, respiratorias y cáncer, entre otras.</p> <p>Dieta no saludable: Dietas con exceso de azúcares, grasas saturadas, sal y baja ingesta de frutas y verduras contribuyen a obesidad, diabetes, hipertensión y dislipidemias.</p> <p>Inactividad física: El sedentarismo está asociado con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y ciertos tipos de cáncer.</p> <p>Consumo excesivo de alcohol: Puede provocar cirrosis hepática, pancreatitis, cáncer y contribuir a hipertensión, accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares.</p>	<p>Pobreza: La pobreza se asocia a mayor prevalencia de factores de riesgo como tabaquismo, obesidad, sedentarismo, etc. Limita el acceso a alimentación saludable, medicamentos y servicios de salud.</p> <p>Nivel educativo: Menor nivel educativo se relaciona con estilos de vida menos saludables y menor adherencia a tratamientos médicos.</p> <p>Ocupación: Algunos trabajos conllevan mayor exposición a contaminantes ambientales, carcinógenos, riesgos cardiovasculares, etc.</p> <p>Lugar de residencia: Vivir en áreas marginales o contaminadas aumenta la exposición a factores ambientales nocivos para la salud.</p> <p>Cultura y etnicidad: Algunas tradiciones y patrones culturales pueden promover conductas poco saludables como dietas hipercalóricas, tabaquismo, etc</p>	<p>Adultos mayores en situación de pobreza: Tienen dificultades de acceso a alimentación saludable, medicamentos y atención médica. Además presentan mayor prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.</p> <p>Personas con bajo nivel educativo: Adoptan con mayor frecuencia hábitos de vida poco saludables como tabaquismo, mala alimentación y sedentarismo.</p> <p>Trabajadores del sector informal: Carecen de condiciones laborales saludables y seguridad social en salud para la detección y tratamiento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.</p> <p>Personas con discapacidad: Tienen barreras de acceso a servicios de salud, programas de detección y rehabilitación.</p>	Incrementar estilos de vida saludable y adherencia a programas de detección y protección específica	<p>Mejorar la educación y concientización sobre hábitos saludables. Campañas en medios de comunicación, escuelas y lugares de trabajo sobre la importancia de una buena alimentación, actividad física, evitar el tabaco y el alcohol en exceso.</p> <p>Facilitar el acceso a alimentos saludables. velar para que frutas, verduras y otros alimentos nutritivos sean más asequibles. Promover la eliminación de grasas trans en alimentos procesados.</p> <p>Incrementar espacios e infraestructura que promuevan la actividad física. Construcción de parques, ciclovías, instalaciones deportivas públicas, etc. Programas comunitarios de ejercicio guiado.</p> <p>Mejorar la cobertura y calidad de la atención médica preventiva. Detección temprana de hipertensión, diabetes, colesterol alto, etc. con exámenes periódicos. Asegurar tratamiento adecuado y seguimiento a pacientes.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
<p>Tenencia irresponsable de mascotas</p>	<p>Falta de educación y concientización: Desconocimiento de las responsabilidades y cuidados que implica tener una mascota. Falta de programas educativos sobre tenencia responsable de animales de compañía.</p> <p>Abandono y maltrato animal: Abandono de mascotas por parte de dueños que no pueden o no quieren hacerse cargo de ellas. Maltrato animal debido a la falta de conocimiento o sensibilidad hacia las necesidades de los animales.</p> <p>Reproducción descontrolada: Falta de esterilización o castración de mascotas, lo que contribuye al aumento de la población de animales callejeros. Crianza indiscriminada de animales con fines comerciales sin control adecuado.</p> <p>Falta de recursos económicos: Familias de bajos recursos que adquieren mascotas sin tener los medios para su cuidado y mantenimiento adecuados. Incapacidad para costear servicios veterinarios, alimento y otros gastos relacionados.</p> <p>Falta de regulación y control: Ausencia o deficiencia en las normativas y leyes que regulen la tenencia responsable de mascotas. Falta de inspecciones y sanciones efectivas para los casos de tenencia</p>	<p>Nivel socioeconómico: Las familias de bajos recursos pueden tener dificultades para costear los gastos asociados al cuidado de una mascota, como alimentos, atención veterinaria y accesorios. La falta de recursos económicos también puede limitar el acceso a servicios de esterilización y castración.</p> <p>Nivel educativo: Un bajo nivel educativo puede estar relacionado con un menor conocimiento sobre la tenencia responsable de mascotas y los cuidados que requieren. La falta de programas de educación comunitaria sobre este tema puede perpetuar las prácticas inadecuadas.</p> <p>Factores culturales y creencias: Ciertas tradiciones o creencias arraigadas en algunas comunidades pueden no promover el respeto y el cuidado adecuado de los animales de compañía. El estigma o la visión de las mascotas como bienes de propiedad puede influir en su trato.</p> <p>Acceso a servicios y programas: La disponibilidad y accesibilidad limitada a servicios veterinarios, programas de esterilización y campañas de concientización pueden dificultar la tenencia responsable.</p> <p>Entorno comunitario: Comunidades con altos niveles de pobreza, marginalidad y problemas sociales pueden tener una menor prioridad en la tenencia responsable de mascotas. La falta de cohesión comunitaria y participación ciudadana puede dificultar la implementación de iniciativas al respecto.</p> <p>Normativas y regulaciones: La ausencia o debilidad en las normativas y leyes que regulan la tenencia de mascotas puede contribuir a prácticas irresponsables. La falta de monitoreo y cumplimiento efectivo de las regulaciones existentes puede perpetuar el problema.</p>	<p>Inequidad socioeconómica: Las familias de bajos recursos tienen mayores dificultades para acceder a servicios veterinarios, alimentos adecuados y procedimientos como la esterilización/castración de sus mascotas. La falta de recursos económicos limita las opciones para una tenencia responsable.</p> <p>Inequidad en el acceso a servicios y programas: Las zonas marginadas o rurales del municipio pueden tener un acceso limitado a campañas de concientización, programas de esterilización y servicios veterinarios. La distribución desigual de estos recursos dificulta la tenencia responsable en ciertas áreas.</p> <p>Inequidad en educación y concientización: Las comunidades con menores niveles educativos pueden tener un conocimiento limitado sobre la tenencia responsable de mascotas y sus implicaciones. La falta de programas de sensibilización adaptados a diferentes contextos socioculturales perpetúa la desinformación.</p> <p>Inequidad en la aplicación de normativas: Las comunidades más desfavorecidas pueden enfrentar una menor vigilancia y aplicación de las normativas sobre tenencia de mascotas. La falta de recursos para el monitoreo y las sanciones puede permitir prácticas irresponsables.</p> <p>Inequidad territorial: Las zonas rurales o alejadas del municipio pueden carecer de infraestructura adecuada (como albergues o centros de atención) para abordar la tenencia responsable de mascotas. La distribución desigual de</p>	<p>Incrementar la tenencia responsable de mascotas en la comunidad</p>	<p>Educación y concientización comunitaria: Implementar campañas educativas en escuelas, centros comunitarios y medios de comunicación locales sobre los beneficios y responsabilidades de la tenencia de mascotas. Promover la sensibilización sobre el trato ético y el respeto hacia los animales desde edades tempranas.</p> <p>Acceso a servicios de esterilización y atención veterinaria: Organizar jornadas periódicas de esterilización y castración a bajo costo o gratuitas en diferentes zonas del municipio. Facilitar el acceso a servicios veterinarios asequibles, especialmente en comunidades de bajos recursos.</p> <p>Fortalecimiento de la normativa y su aplicación: Revisar y actualizar las normativas locales sobre la tenencia responsable de mascotas, incluyendo regulaciones sobre abandono, maltrato y reproducción descontrolada. Fortalecer los mecanismos de inspección, monitoreo y aplicación de sanciones para los casos de incumplimiento.</p> <p>Programas de adopción y albergues temporales: Establecer programas de adopción que promuevan la tenencia responsable y faciliten el acceso a mascotas esterilizadas y vacunadas. Crear albergues temporales para animales abandonados o maltratados, con opciones de adopción y concientización.</p> <p>Participación comunitaria y colaboración intersectorial: Involucrar a líderes comunitarios, organizaciones locales y voluntarios en las</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
	<p>irresponsable.</p> <p>Accesibilidad limitada a servicios de esterilización: Falta de campañas masivas y asequibles de esterilización y castración de mascotas.</p> <p>Dificultades para acceder a estos servicios en algunas zonas del municipio.</p> <p>Factores culturales y sociales:</p> <p>Creencias y costumbres arraigadas que no promueven la tenencia responsable de animales.</p> <p>Falta de sensibilidad y respeto hacia los derechos de los animales en ciertos sectores de la población.</p>	<p>Políticas públicas:</p> <p>La falta de políticas públicas integrales y sostenidas para abordar la tenencia responsable de mascotas desde un enfoque multisectorial puede dificultar su prevención y control.</p>	<p>recursos y programas en el territorio municipal genera disparidades.</p> <p>Inequidad por género:</p> <p>Las mujeres, especialmente las jefas de hogar en situación de vulnerabilidad, pueden enfrentar mayores dificultades económicas y sociales para la tenencia responsable de mascotas.</p> <p>Inequidad étnica y cultural:</p> <p>Ciertas comunidades étnicas o culturales pueden tener creencias o prácticas arraigadas que dificulten la adopción de la tenencia responsable de mascotas.</p> <p>La falta de enfoque intercultural en los programas puede perpetuar estas inequidades.</p>		<p>iniciativas de tenencia responsable de mascotas.</p> <p>Fomentar la colaboración entre autoridades municipales, sector salud, educación y organizaciones de protección animal.</p> <p>Políticas públicas integrales:</p> <p>Desarrollar e implementar políticas públicas integrales que aborden la tenencia responsable de mascotas desde un enfoque multisectorial, incluyendo aspectos educativos, de salud pública, ambientales y de bienestar animal.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
<p>Enfermedades por Agroquímicos</p>	<p>Uso excesivo y mal manejo de agroquímicos: La aplicación frecuente y en dosis inadecuadas de pesticidas, herbicidas y fertilizantes aumenta la exposición de los trabajadores agrícolas y la comunidad a sustancias tóxicas.</p> <p>Falta de equipos de protección personal: Los trabajadores agrícolas a menudo carecen de equipos adecuados, como máscaras, guantes y ropa protectora, lo que aumenta su riesgo de intoxicación por agroquímicos.</p> <p>Almacenamiento y eliminación inadecuados de agroquímicos: El almacenamiento inseguro y la eliminación inapropiada de envases y residuos de agroquímicos pueden contaminar el suelo, el agua y los alimentos, exponiendo a la comunidad a sustancias peligrosas.</p> <p>Deriva de agroquímicos: La aplicación de agroquímicos en condiciones climáticas desfavorables, como viento o lluvia, puede provocar que las sustancias se desplacen a áreas no objetivo, afectando a comunidades cercanas y ecosistemas.</p> <p>Falta de alternativas sostenibles: La escasez de conocimientos y apoyo para adoptar prácticas agrícolas más sostenibles, como el manejo integrado de plagas y la agroecología, perpetúa la dependencia de agroquímicos.</p>	<p>Pobreza y precariedad laboral: Los trabajadores agrícolas a menudo enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social, lo que los hace más vulnerables a los riesgos de los agroquímicos.</p> <p>Bajo nivel educativo: Un menor acceso a educación y capacitación limita el conocimiento de los agricultores sobre los riesgos de los agroquímicos y las prácticas seguras de manejo.</p> <p>Políticas agrarias y modelos de producción: Las políticas que promueven la agricultura intensiva y el uso de agroquímicos, así como la falta de apoyo a la agricultura sostenible, contribuyen a la dependencia de estos productos.</p> <p>Debilidad de los sistemas de salud: La falta de servicios de salud ocupacional, vigilancia epidemiológica y atención especializada para intoxicaciones por agroquímicos dificulta la prevención, el diagnóstico y el tratamiento adecuados.</p> <p>Normas culturales y percepciones: Las creencias y prácticas culturales arraigadas, así como la percepción de que los agroquímicos son necesarios para una mayor productividad, pueden influir en su uso excesivo.</p>	<p>Trabajadores agrícolas: Los jornaleros y pequeños agricultores, especialmente aquellos en situación de pobreza, están más expuestos a los riesgos de los agroquímicos debido a su trabajo directo con estos productos.</p> <p>Mujeres y niños: Las mujeres embarazadas y los niños son particularmente vulnerables a los efectos tóxicos de los agroquímicos, ya que pueden afectar el desarrollo fetal y infantil.</p> <p>Comunidades campesinas: Las poblaciones campesinas cercanas a campos agrícolas pueden verse afectadas por la deriva de agroquímicos y la contaminación de agua y alimentos.</p> <p>Grupos étnicos minoritarios: Las comunidades indígenas y afrodescendientes pueden enfrentar barreras adicionales para acceder a información y servicios de salud relacionados con los agroquímicos.</p> <p>Personas con enfermedades crónicas: Aquellos con afecciones respiratorias, neurológicas o inmunológicas preexistentes pueden ser más susceptibles a los efectos adversos de los agroquímicos.</p>	<p>Incrementar estilos de vida saludable y adherencia a programas de detención y protección específica</p>	<p>Fortalecer las regulaciones y el control: Implementar y hacer cumplir normas más estrictas sobre el registro, venta y uso de agroquímicos, así como mejorar la vigilancia y las sanciones por incumplimiento.</p> <p>Promover alternativas sostenibles: Fomentar la adopción de prácticas agrícolas sostenibles, como el manejo integrado de plagas, la agroecología y la agricultura orgánica, a través de capacitación, incentivos y apoyo técnico a los agricultores.</p> <p>Mejorar la educación y la capacitación: Brindar programas de educación y capacitación a agricultores, trabajadores y comunidades sobre los riesgos de los agroquímicos, el manejo seguro y las alternativas sostenibles.</p> <p>Fortalecer los servicios de salud: Mejorar la capacidad de los servicios de salud para la prevención, diagnóstico y tratamiento de intoxicaciones por agroquímicos, así como la vigilancia epidemiológica y la notificación de casos.</p> <p>Promover la participación comunitaria: Involucrar a las comunidades en la toma de decisiones, la vigilancia y el monitoreo de los impactos de los agroquímicos, y fomentar su participación en la transición hacia prácticas agrícolas más sostenibles.</p>

Fuente: Elaboración propia

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

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

Tabla 63 Propuestas de respuesta y en el marco del PDSP 2022-2031. Municipio de Granada

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	RECOMENDACIONES
Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, 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 con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	SALUD INTEGRAL: UN DERECHO DE TODOS	La implementación del Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud implica para su desarrollo compromiso de todos los actores del sistema de salud en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, en el ejercicio de la Gobernabilidad, Gobernanza y Rectoría del sistema. Se evidencia grandes retos de articulación intersectorial y transectorial para que las acciones propuestas realmente impacten los determinantes sociales de la salud y se mejoren las condiciones de bienestar de la comunidad, donde los individuos y sus familias deben también asumir grandes corresponsabilidades en el autocuidado de su salud y del ambiente
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.					
	Vigilancia en Salud Pública					
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.					
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud	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,	Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina,	SALUD INTEGRAL: UN DERECHO DE TODOS	

Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad		mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación. 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.	
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.				
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad			Entorno económico favorable para la salud	
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud				
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.	Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	SALUD INTEGRAL: UN DERECHO DE TODOS
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.				
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y	Eje 4. Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y	SALUD INTEGRAL: UN DERECHO DE TODOS

	gestión de las RIIS.		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.	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	
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud				
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.		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.		
Integridad del Sector Salud					
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública				
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 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias		Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública,	SALUD INTEGRAL: UN DERECHO DE TODOS

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	SALUD INTEGRAL: UN DERECHO DE TODOS
	Soberanía Sanitaria				
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.	Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	SALUD INTEGRAL: UN DERECHO DE TODOS

Fuente: Elaboración propia