

# ASIS

## Análisis de Situación de Salud

Actualización 2022

Profundización

## étnica



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

**ANÍBAL GAVIRIA CORREA**  
Gobernador de Antioquia

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

**TATIANA MARÍA QUICENO IBARRA**  
Subsecretaria Salud Pública

**LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELÁSQUEZ**  
Subsecretario Planeación para la Atención en Salud

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

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

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

**ALEXANDER HERRERA ZAPATA**  
Director Salud Colectiva

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

**BEATRIZ IRLENE LOPERA MONTOYA**  
Directora (E) Calidad y Red de Servicios

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

**ÉRIKA HERNÁNDEZ BOLÍVAR**  
Directora Asuntos Legales

**ÉLIDA MARÍA MUÑOZ MARTÍNEZ**  
Directora Operativa

## **EQUIPO TÉCNICO SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD**

### **Subsecretaría Planeación para la Atención en Salud**

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

### **Dirección Salud Colectiva**

Beatriz Carmona Monsalve  
Claudia Lucía Bañol Alarcón

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

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

### **Equipo de Comunicaciones y Prensa**

Natalia Ospina Vélez  
Laura Muñoz López  
Melissa Saldarriaga Durán  
Juan Sebastián Mora Eusse  
Miguel Ángel Silva Valero

### **Agradecimientos**

Natalia Montoya Palacio  
Yuliana Andrea Barrientos Valencia

### **Consentimiento Informado**

Todas las fotografías utilizadas en esta cartilla cuentan con autorización previa por parte de las personas que en ella aparecen.

# Contenido

Profundización Étnica	9
1.1. Fundamentos de la identidad cultural	9
1.1.1. Grupos étnicos y diferenciales	9
1.1.1.1. Comunidades y Pueblos Indígenas	13
1.1.1.2. Negros, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueros (NARP)	14
1.1.1.2.1. Comunidades Negras y Afrocolombianas	14
1.1.1.2.2. Palenqueros	14
1.1.1.2.3. Raizales del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	15
1.1.1.3. Pueblo Rrom o Gitano	15
1.2. Comunidades étnicas en Antioquia	15
1.2.1. Caracterización de la población	16
1.2.2. Identidad cultural de los grupos étnicos en Antioquia	21
1.2.2.1. Indígenas	21
1.2.2.1.1. Pueblo Embera	21
1.2.2.1.2. Pueblo Senú	24
1.2.2.1.3. El pueblo Guna-dule	26
1.2.2.2. Comunidades negras y afrocolombianas	28
1.2.2.3. Rrom o Gitanos	29
1.2.2.3.1. Político organizativo: identificación de procesos propios	30
1.3. Estado actual de los procesos interculturales en salud	31
1.3.1. Aspectos del cuidado de la salud: conceptos salud y enfermedad	31
1.3.2. Total, de personas aseguradas al Sistema General de Seguridad Social	33
1.4. Encuentros de saberes: Indígenas, Negros y Afrodescendientes	35
1.4.1. Indígenas	36
1.4.2. Comunidades negras y Afrocolombianas de Urabá	41
1.4.3. Rrom o Gitanos	45
1.5. Análisis de situación de salud desde lo institucional	47
1.5.1. Identificación de las causas de mortalidad	47
1.5.1.1. Indígenas	48
1.5.1.2. Afrodescendientes	48
1.5.2. Identificación de la mortalidad materno - infantil y en la niñez	49
1.5.2.1. Indicadores salud materna	49
1.5.2.2. Indicadores salud infantil	52
1.5.2.3. Etnia y área de residencia	55
1.5.3. Identificación de las diez primeras causas de consulta en Antioquia	56
1.5.3.1. Rrom o Gitanos	57
1.5.3.2. Negros, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueros (NARP)	59
1.5.3.3. Indígena	60
1.6. Reporte de población con discapacidad	62
Bibliografía	65

## Lista de tablas

Tabla 1. Población censada por subregión, municipio y grupo étnico, Antioquia, 2018	17
Tabla 2. Estados de afiliación activo y suspendido a octubre 2022, Antioquia	34
Tabla 3. Estados de afiliación activa y suspendida, Antioquia, 2012-2022	34
Tabla 4. Número de defunciones - población Indígena, Antioquia 2008-2021	48
Tabla 5. Número de defunciones - población Afrodescendiente, Antioquia 2008-2021	49
Tabla 6. Indicadores de salud materna por pertenencia étnica, Antioquia 2020	52
Tabla 7. Indicadores de salud infantil por pertenencia étnica, Antioquia 2020	55
Tabla 8. Indicadores de razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Antioquia, 2019-2020	56
Tabla 9. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Rrom, Antioquia	58
Tabla 10. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Negra, Afro, Raizal y Palenquera, Antioquia	60
Tabla 11. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Indígena, Antioquia	62
Tabla 12. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo étnico, Antioquia, 2021	63

## Lista de figuras

Figura 1. Distribución de frecuencia de atención de la población étnica en el municipio de Envigado, 2021	46
Figura 2. Pirámide de la población en condición de discapacidad, Grupos étnicos, Antioquia 2022.	64




# Profundización Étnica

## 1.1. Fundamentos de la identidad cultural

### 1.1.1. Grupos étnicos y diferenciales

El enfoque de derechos para la atención diferencial es una forma de abordar, comprender e identificar alternativas de respuesta a las necesidades de una población específica que genere condiciones para garantizar el ejercicio de sus derechos individuales y colectivos y el restablecimiento de los derechos vulnerados. Este enfoque se sustenta en tres puntos fundamentales: (a) Reconocimiento de los grupos de población como titulares (sujetos) de derechos y deberes individuales y colectivos; (b) Diseño de mecanismos que aseguren el ejercicio de los derechos; (c) Generación de condiciones que propendan por el desarrollo integral y armónico, reconociendo la igualdad y dignidad humana, fortaleciendo lo social y lo comunitario. Desde esta perspectiva se reconoce que en la población colombiana existen grupos que por sus particularidades requieren que el gobierno desarrolle acciones que hagan efectivo el ejercicio pleno de sus derechos.

La diversidad étnica y cultural de nuestro país se manifiesta con la presencia de comunidades y pueblos indígenas, negros, afros, raizales, palenqueros y Rrom. La diversidad y diferencia cultural obedece a realidades sociales y culturales que cohabitan el territorio colombiano que conlleva a relaciones interculturales, lo que implica el reconocimiento de sus diferencias; de acuerdo con la Sentencia T-349 (1996) la definición de un pueblo étnico contempla dos condiciones: una subjetiva y otra objetiva. La primera, está relacionada con la conciencia de la identidad étnica, es decir; “(...) *La conciencia que tienen los miembros de su especificidad, es decir, de su propia individualidad a la vez que, de su diferenciación de otros grupos humanos, y el deseo consciente, en mayor o menor grado, de pertenecer a él, es decir, de seguir siendo lo que son y han sido hasta el presente*”.




La segunda se refiere a los elementos materiales que distinguen al grupo, comúnmente reunidos en el concepto de *“cultura”*; este término hace relación básicamente al conjunto de creaciones, instituciones y comportamientos colectivos de un grupo humano. (...) *“y el sistema de valores que caracteriza a una colectividad humana.”* En este conjunto se entienden agrupadas, entonces, características como la lengua, las instituciones políticas y jurídicas, las tradiciones y recuerdos históricos, las creencias religiosas, las costumbres (folklore) y la mentalidad o psicología colectiva que surge como consecuencia de los rasgos compartidos.

El enfoque de derechos para la atención diferencial tiene como fin último la garantía del ejercicio de derechos de los grupos poblacionales, procurando la inclusión y el reconocimiento de sus características y situaciones particulares; el Departamento Nacional de Planeación ha propuesto definir el enfoque diferencial como una forma de analizar, actuar, valorar y garantizar el desarrollo de una población basada en sus características diferenciales desde una perspectiva de equidad y diversidad.

En ese sentido, se considera la diversidad de la población que se encuentra en un territorio determinado, y desde allí comprender sus necesidades y requerimientos, a partir de lo cual se asumen como sujetos de desarrollo que se deben atender mediante políticas diferenciales promoviendo así una visión múltiple de las opciones de desarrollo que respetan la diversidad de género, momento del ciclo de vida, situación de discapacidad y/o pertenencia étnica.

El enfoque diferencial étnico remite a una perspectiva integrada de análisis, reconocimiento, respeto y garantía de los derechos individuales y colectivos de todos los grupos étnicos existentes en el país, haciendo énfasis en la igualdad de oportunidades desde la diferencia, la diversidad y la no discriminación.

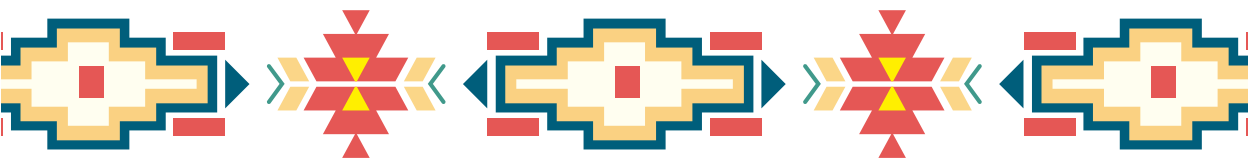
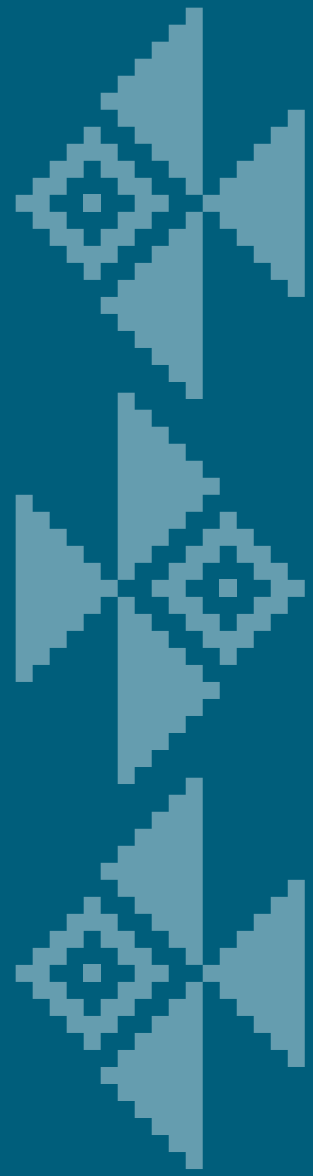
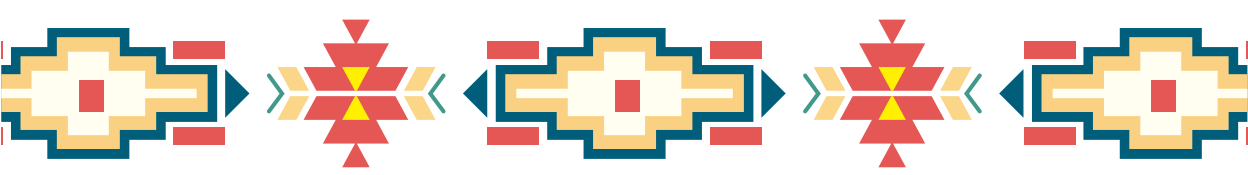


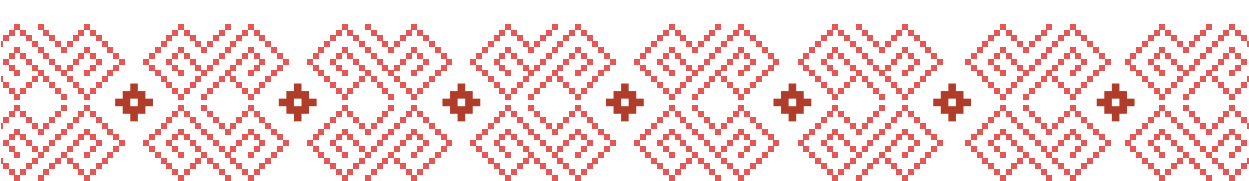
El enfoque diferencial étnico está en concordancia con la Visión de futuro contemplada en el punto 8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en la cual se contempla “... un mundo en el que sea universal el respeto de los derechos humanos y la dignidad humana, el estado de derecho, la justicia, la igualdad y la no discriminación; donde se respeten las razas, el origen étnico y la diversidad cultural y en el que exista igualdad de oportunidades para que pueda realizarse plenamente el potencial humano y para contribuir a una prosperidad compartida; un mundo que invierta en su infancia y donde todos los niños crezcan libres de la violencia y la explotación; un mundo en el que todas las mujeres y niñas gocen de la plena igualdad entre los géneros y donde se hayan eliminado todos los obstáculos jurídicos, sociales y económicos que impiden su empoderamiento; un mundo justo, equitativo, tolerante, abierto y socialmente inclusivo en el que se atiendan las necesidades de los más vulnerables”.

El enfoque diferencial étnico se sustenta en la Constitución Política de 1991, que reconoce al país como pluriétnico y multicultural, y consagra derechos fundamentales relacionados con la diversidad cultural y lingüística, la identidad, la participación y la autonomía de los grupos étnicos. De esta manera el Estado consagra, el derecho a ser reconocidos y protegidos en el marco de la diversidad étnica y cultural del país (Art. 7); el derecho a ser reconocidas dignamente sus manifestaciones culturales, en igualdad a los demás que conviven en el país como fundamento de la nacionalidad (Art. 70), y oficializa las lenguas y dialectos de los grupos étnicos en sus territorios (Art. 10).

En Colombia la diversidad étnica hace referencia al reconocimiento y existencia de tres grupos étnicos, a saber: Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras- NARP, Pueblos Indígenas y el Pueblo Rrom o Gitano.







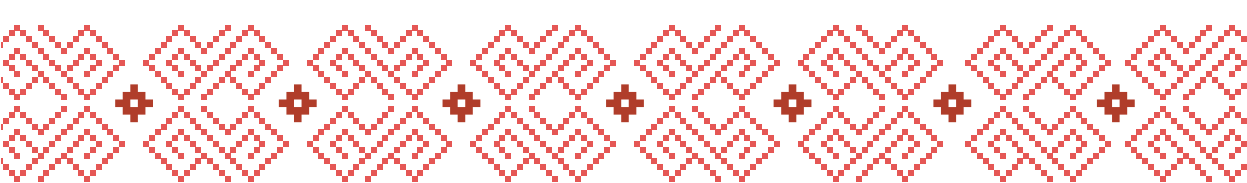
### 1.1.1.1. Comunidades y Pueblos Indígenas

El Artículo 2.14.7.1.2, del Decreto 1071 (2015), define a la comunidad o parcialidad indígena como el grupo o conjunto de familias de ascendencia amerindia, que tienen conciencia de identidad y comparten valores, rasgos, usos o costumbres de su cultura, per sé como formas de gobierno, gestión, control social o sistemas normativos propios que la distinguen de otras comunidades, tengan o no títulos de propiedad, o que no puedan acreditarlos legalmente, o que sus resguardos fueron disueltos, divididos o declarados vacantes.

Para los pueblos indígenas el territorio se define como el eje central donde se desarrolla la vida, en el cual está la garantía de pervivencia y supervivencia física, espiritual, material y cultural, también es un espacio cosmogónico porque se genera una interacción del ser humano con el cosmos el cual determina el orden social, cultural, productivo, reproductivo y político de los pueblos indígenas que allí habitan, pero también de aquellos que no siendo indígenas se relacionan y benefician de este y de todos los elementos que en él convergen, es un organismo vivo que constituye la *“madre tierra”* o *“pacha mama”* y tiene relación profunda con la comunidad la familia y el individuo; allí está el origen, la vida los alimentos, la historia, los recursos de la sabiduría ancestral, los sitios sagrados las representaciones sociales y culturales, los mitos, las leyendas las formas de autoridad y gobierno propio, la sacralidad, la lucha y resistencia de los pueblos indígenas en sus procesos; además proporciona el soporte y las condiciones para la armonía, el equilibrio y el *“buen vivir o vivir bien”*, es así como las desarmonías y todo lo que afecte son causas generadoras de problemas de salud.

Con relación a la Identidad Cultural indígena, está asociada con el sentido de pertenencia que tienen los pueblos indígenas con un conjunto de elementos materiales e inmateriales tales como humores, energías, vida espiritual, idiomas propios que crean y le dan simbolismo especial a la cultura propia de determinado pueblo indígena, determina el modo de vida propio que tienen las comunidades, estudia los procesos socioculturales, territoriales, políticos, productivos, creencias y los usos y costumbres.





## 1.1.1.2. Negros, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueros (NARP)

### 1.1.1.2.1. Comunidades Negras y Afrocolombianas

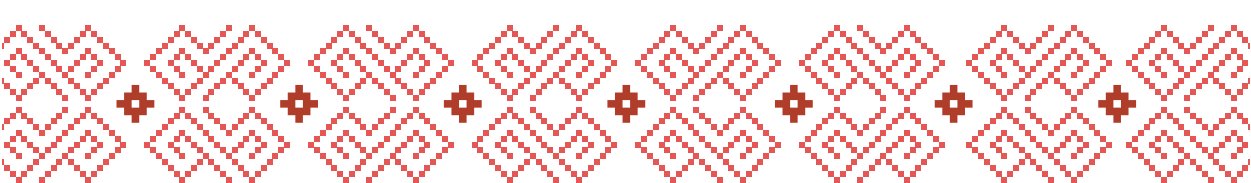
En Colombia se emplean dos (2) categorías para referirse a las poblaciones de origen africano que llegaron a América por las rutas de la esclavitud: comunidades negras o afrocolombianas. De acuerdo con el Artículo 2 de la Ley 70 (1993), una comunidad negra la constituye un conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, que revelan y conservan conciencia de identidad que las distinguen de otros grupos étnicos. Esta misma ley establece que la forma de organización social y política de las comunidades negras se da a partir de Consejos Comunitarios. De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación - DNP (2019) los territorios colectivos de las comunidades negras tienen una extensión aproximada de 5.762.081,38 hectáreas, titulada a 207 consejos comunitarios.

### 1.1.1.2.2. Palenqueros

Los Palenqueros habitan en el Consejo Comunitario Makankamana en el Corregimiento de San Basilio de Palenque, del municipio de Mahates, departamento de Bolívar el cual fue declarado por la Unesco Patrimonio Oral e Inmaterial de la Humanidad en 2005.

Actualmente los Palenqueros cuentan con un título colectivo, una organización social y familiar que revela huellas de africanía y una lengua criolla afrocolombiana (el palenquero) que mezcla raíces africanas con el castellano.





### 1.1.1.2.3. Raizales del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

La denominación de raizales obedece a la necesidad de diferenciación de los indígenas, quienes son referenciados como “*nativos*”. La identidad de los raizales del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina es producto de las relaciones entre culturas africanas, antillanas y anglosajonas. Los raizales habitan principalmente en el Archipiélago, hablan el creole, como lengua propia y su religión originaria es la protestante.

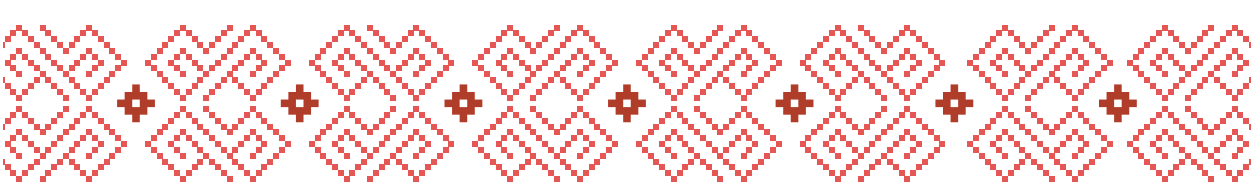
### 1.1.1.3. Pueblo Rrom o Gitano

Son un pueblo de origen nor-índico y transnacional que habita en todos los rincones del planeta. A pesar de sus orígenes (Europa y Asia), han hecho parte de la historia del país, incluso desde tiempos coloniales; este pueblo constituye una sociedad patrilineal cuya autoridad recae en el padre cabeza de familia (Seró Rom), el conjunto de padres (Seré romange) conforman la autoridad de la Kumpania y se encargan de solucionar los conflictos y mantener la armonía; este pueblo cuenta con su propia lengua, conocida como Romaní. El Estado Colombiano los reconoció como un pueblo étnico de este país, por medio de la Resolución 022 (1999) expedida por el Ministerio del Interior. El marco normativo para la protección de los derechos del pueblo Rrom lo constituye el Decreto 2957 (2010), posteriormente unificado en el Decreto 1066 (2015).

## 1.2. Comunidades étnicas en Antioquia

En el presente apartado se tratan dos aspectos claves, el primero se configura cómo el abordaje, caracterización y reconocimiento de los diversos grupos étnicos y diferenciales que habitan en los territorios de Antioquia, a partir de aspectos como su organización social, cosmovisión, sistema de salud, entre otros; al mismo tiempo, el segundo aspecto trata de todos aquellos conceptos requeridos para lograr entender de una manera más amplia las realidades de estas comunidades, sus concepciones y necesidades para garantizar su bienestar.





### 1.2.1.1. Caracterización de la población

El censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 planteó la pertenencia a los diferentes grupos étnicos conforme al auto - reconocimiento de cada persona registrada. Dada esta característica sólo el 5,46% de la población se auto reconoció como parte de un grupo étnico, el 1,1% se abstuvo de responder y el 93% expresó no pertenecer a ninguna de las etnias. De aquellos que indicaron formar parte de alguna etnia se autorreconocieron 311.289 como Negro, Mulato, Afrodescendiente, 37.628 Indígena, 640 Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 183 Palenquero de San Basilio y 140 Gitano o Rrom; no obstante, en Junio de 2021 el DANE realiza estimación de población étnica omitida a niveles subnacionales, en donde se identifica un incremento en las cifras departamentales así: 348.095 como Negro, Mulato, Afrodescendiente, 38.811 Indígena, 640 Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 183 Palenquero de San Basilio y 140 Gitano o Rrom, sin embargo esta información no ha sido suministrada al departamento desde el nivel nacional, por esta razón se relaciona cifras censo sin ajustes.



Tabla 1. Población censada por subregión, municipio y grupo étnico, Antioquia, 2018

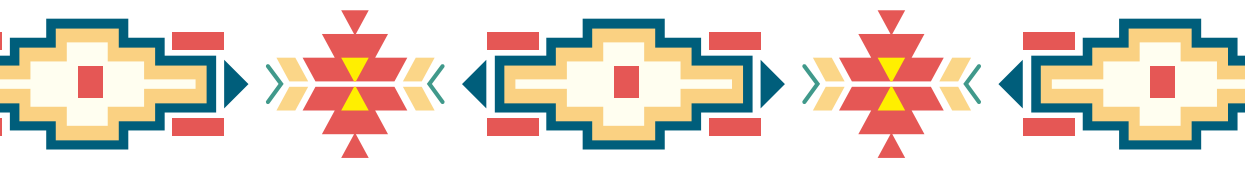
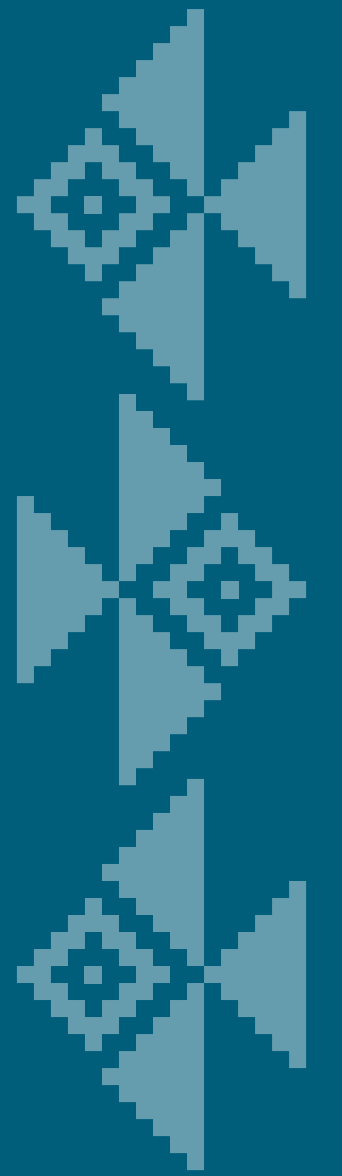
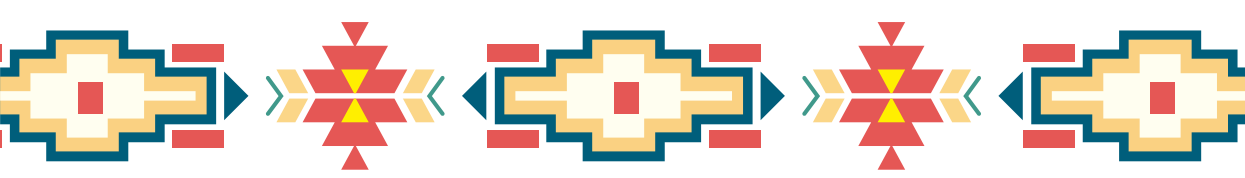
Subregión	Municipio	Gitano(a) o Rrom	Indígena	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	No informa	Palenquero(a) de San Basilio	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Ningún grupo étnico	Total general
BAJO CAUCA	Cáceres		1674	594	365		3	23.824	26.460
	Caucasia	1	1077	3.442	506	1	4	79.020	84.717
	El Bagre	4	880	2.211	203	1	4	44.339	47.642
	Nechí		93	2.977	54		1	20.941	24.066
	Tarazá		83	451	186	1	1	22.104	22.826
	Zaragoza		1.965	7.885	56		6	14.155	24.067
<b>Total BAJO CAUCA</b>		<b>5</b>	<b>5.772</b>	<b>17.560</b>	<b>1.430</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>204.989</b>	<b>229.776</b>
MAGDALENA MEDIO	Caracolí			12	12			3.943	3.967
	Maceo		8	52	21			7.216	7.297
	Puerto Berrio		59	1.450	647	2	5	34.638	36.801
	Puerto Nare		20	362	82		4	11.693	12.161
	Puerto Triunfo		8	158	46			17.019	17.231
Yonó		22	648	85	11	2	16.829	17.597	
<b>Total MAGDALENA MEDIO</b>			<b>117</b>	<b>2.682</b>	<b>893</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>91.338</b>	<b>96.064</b>
NORDESTE	Amalfi	1	2	102	117			20.043	20.265
	Anorí		167	244	89			14.002	14.502
	Cisneros		6	110	75			8.719	8.910
	Remedios	1	96	120	121			22.192	22.530
	San Roque		1	55	67			17.669	17.792
	Santo Domingo		3	53	21			9.700	9.786
	Segovia	1	574	880	516		1	31.718	33.690
	Yegachí		45	96	50			10.943	11.134
	Yalí		10	39	43			6.142	6.234
Yolombó		6	106	100			18.798	19.010	
<b>Total NORDESTE</b>		<b>3</b>	<b>910</b>	<b>1.805</b>	<b>1.199</b>		<b>1</b>	<b>159.935</b>	<b>163.853</b>

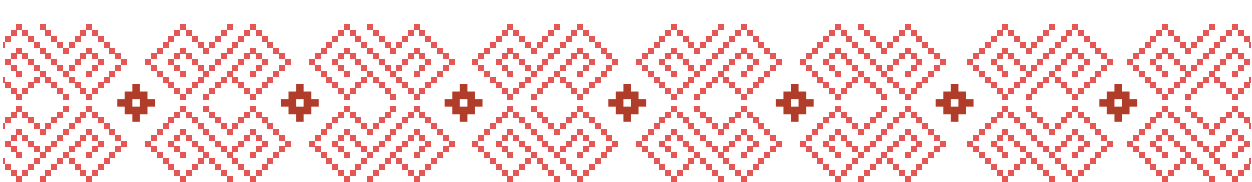
Subregión	Municipio	Gitano(a) o Rom	Indígena	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	No informa	Palenquero(a) de San Basilio	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Ningún grupo étnico	Total general
NORTE	Angostura	4		49	24	4		10 419	10 500
	Belmira		1	2 058	22			3 228	5 349
	Bribeño		3	30	21	1		5 891	5 946
	Carripento			22	82			7 348	7 432
	Carolina	1	8	38	29			3 267	3 343
	Don Matías			64	31			14 113	14 208
	Entrenos		7	31	43			8 739	8 820
	Gómez Plata		1	66	59			8 109	8 235
	Guadalupe		5	29	23			5 395	5 452
	Itango	1	477	126	5 396		14	17 770	23 784
	San Andrés de Cuerquia		1	45	24			6 225	6 295
	San José de La Mortaja			28	32			2 892	2 925
	San Pedro de Los Milagros		5	57	132			16 925	17 119
	Santa Rosa de Osos		12	140	229			30 686	31 067
Toledo		12	30	10			4 878	4 930	
Valdivia		2	67	39			11 383	11 511	
Yarumal		13	148	291		1	35 884	36 337	
<b>Total NORTE</b>		<b>6</b>	<b>547</b>	<b>3 088</b>	<b>6 467</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>193 152</b>	<b>203 280</b>
OCCIDENTE	Abroquí	1		43	24			2 091	2 159
	Anzá		2	22	36			6 328	6 388
	Armenia		3	7	5			3 804	3 819
	Buriticá			27	49			7 333	7 400
	Caicedo		1	16	71			6 930	7 018
	Cañasgordas	1	3	45	87		1	13 458	13 595
	Dabeiba		4 747	116	253			17 601	22 717
	Ebéjico	1	2	47	58			10 230	10 338
	Frontino		3 812	104	199		1	16 040	20 156
	Giraldó			15	18			5 024	5 057
	Heliconia	1	6	21	19			4 682	4 709
	Liborina		1	34	31			7 862	7 928
	Diata		1	32	22			2 664	2 719
	Peque			58	29			7 068	7 155
	Sabanalarga	2	4	109	40		1	7 077	7 833
	San Jerónimo		9	36	59			13 054	13 158
	Santafé de Antioquia		24	705	174		64	22 249	23 216
Sopetrán	1	3	1 674	80		2	11 986	13 748	
Uramita		110	52	17			6 344	6 523	
<b>Total OCCIDENTE</b>		<b>7</b>	<b>8 728</b>	<b>3 163</b>	<b>1 271</b>	<b>69</b>	<b>172 407</b>	<b>185 645</b>	
ORIENTE	Abejorral		2	62	107			17 428	17 599
	Alejandría			12	30			3 797	3 839
	Argelia		2	57	85			6 620	6 752
	Cocorná			85	89	1		14 588	14 743
	Concepción			12	19			3 905	3 936
	El Carmen de Viboral		28	156	135			63 630	63 949
	El Peñol		13	73	40			17 884	18 010
	El Retiro		2	59	81			20 558	20 700
	El Santuario	3	3	61	96			30 148	30 311
	Grenada		117	163	95	1		8 836	9 204
	Guarne		40	190	298	1	2	41 999	42 500
	Guatapé		4	29	80			6 925	7 038
	La Ceja	1	17	203	381		1	58 793	59 396
	La Unión		2	49	152		1	20 565	20 769
	Marinilla		40	182	318		2	54 688	55 230
	Nariño	1	2	27	32			8 541	8 603
	Rionegro	1	48	716	1 350	1	6	114 276	116 400
	San Carlos		10	47	175			14 248	14 480
	San Francisco		1	33	20			5 311	5 365
San Luis		2	51	27		3	11 037	11 120	
San Rafael			57	53	6		12 462	12 578	
San Vicente			27	77			17 947	18 051	
Sonsón		7	173	158			31 523	31 881	
<b>Total ORIENTE</b>		<b>6</b>	<b>340</b>	<b>2 524</b>	<b>3 818</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>575 711</b>	<b>582 424</b>

Subregión	Municipio	Gitano(a) o Rom	Indígena	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	No informa	Palenquero(a) de San Basilio	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Ningún grupo étnico	Total general
SUROESTE	Amagá	2	9	125	74	3		26 608	26 821
	Andes		248	225	523	1	2	37 145	38 144
	Angelópolis		3	27	10			4 987	5 027
	Betania		32	64	22			8 471	8 589
	Betulia		27	71	87			14 912	15 097
	Caramanta		1	15	20			4 233	4 269
	Ciudad Bolívar		255	191	86			22 829	23 361
	Concordia			61	108			15 925	16 095
	Fredonia		15	157	58	1		18 558	18 790
	Hispania		11	39	19			4 881	4 950
	Jardín		1 487	67	38			11 949	13 541
	Jericó		2	24	64			11 167	11 257
	La Pintada		9	87	41			7 837	7 974
	Montebello		7	13	40			5 821	5 881
	Pueblo Rico		167	29	34			6 972	7 202
	Salgar		7	98	53			15 624	15 782
	Santa Bárbara		6	93	65			21 866	22 030
	Támesis		156	76	169	2		14 609	15 012
	Tarso			18	36			5 608	5 663
	Titiribí		2	30	39			8 245	8 316
Urao		1 726	1 192	277	1		25 805	29 004	
Valparaiso		288	15	12			5 116	5 431	
Venecia		8	44	71			10 156	10 280	
<b>Total SUROESTE</b>		<b>2</b>	<b>4.466</b>	<b>2.761</b>	<b>1.946</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>309.324</b>	<b>318.516</b>
URABA	Apartadó	2	810	42 854	800	8	32	68 963	113 469
	Arboletes	2	958	7 100	120	3	8	18 098	26 289
	Carepa	1	68	11 371	909	1	1	33 585	45 936
	Chigorodó	1	2 220	27 532	256	3	1	25 551	55 564
	Murindó		1 925	2 411	254	2	1	49	4 642
	Mutatá		2 115	1 187	44		1	9 280	12 607
	Necoclí	1	1 495	18 358	123	8	1	18 434	38 420
	San Juan de Urabá		211	10 253	102	12	5	9 409	19 992
	San Pedro de Urabá	16	572	326	569			29 044	30 527
	Turbo	2	2 322	72 550	478	3	11	39 068	114 434
Vigía del Fuerte		1 035	6 675	386	4	4	35	8 139	
<b>Total URABA</b>	<b>25</b>	<b>13.731</b>	<b>200.617</b>	<b>4.041</b>	<b>44</b>	<b>65</b>	<b>251.496</b>	<b>470.019</b>	
VALLE DE ABURRA	Barbosa	1	20	230	227			44 279	44 757
	Bello	9	303	9 272	6 447	17	58	465 795	481 901
	Caldas		49	408	690	5		75 108	76 260
	Copacabana	5	52	679	797	1	4	74 941	76 479
	Enviado	16	99	1 386	2 718	6	11	208 201	212 437
	Girardota		46	2 975	392	1	3	45 628	49 045
	Itagüí	5	319	2 138	2 778	4	31	258 057	263 332
	La Estrella		13	366	528		3	66 971	67 881
	Medellín	48	2 071	59 064	31 165	63	314	2 279 605	2 372 330
Sabaneta	2	45	571	823	3	12	80 341	81 797	
<b>Total VALLE DE ABURRA</b>	<b>86</b>	<b>3.017</b>	<b>77.089</b>	<b>46.565</b>	<b>100</b>	<b>436</b>	<b>3.598.926</b>	<b>3.726.219</b>	
<b>Total general</b>		<b>140</b>	<b>37.628</b>	<b>311.289</b>	<b>67.630</b>	<b>183</b>	<b>640</b>	<b>5.557.278</b>	<b>5.974.788</b>

Fuente: - Censo DANE, 2018







## 1.2.2. Identidad cultural de los grupos étnicos en Antioquia

### 1.2.2.1. Indígenas

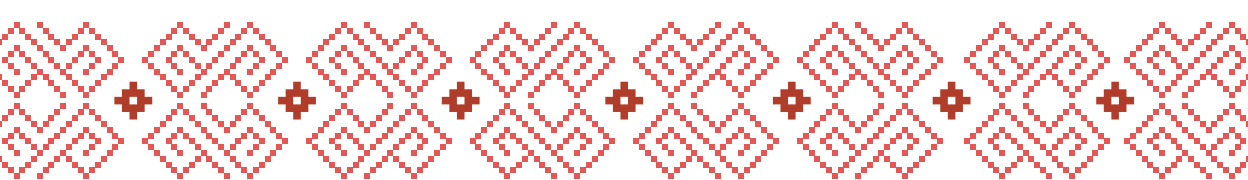
En Antioquia se reconocen tres pueblos Indígenas:

#### 1.2.2.1.1. Pueblo Emberá

La palabra Emberá en idioma Emberá significa “*gente*”, para la cual la madre naturaleza es el punto cero de la cosmogonía, una revisión de las lógicas de los asentamientos muestra una tendencia a organizarse en forma dispersa, a partir de allí son desplegados todos los relatos, los simbolismos y la actividad social, cultural y económica; la organización social Emberá tiene como elemento base y estructurante a la familia o parentela; la cual se compone tradicionalmente de un padre, una madre y su respectiva descendencia. La autoridad es ejercida por el jefe de familia, el cual en la mayoría de los casos está representado por una persona mayor. La familia Emberá, es considerada la unidad social más importante ya que desde ella se toman las decisiones trascendentales de la comunidad y se resuelven los conflictos internos.

Con el nacimiento de las organizaciones indígenas regionales, como es el caso de la OIA (Organización Indígena de Antioquia) en el departamento de Antioquia en el año de 1985, pueblos originarios como el Emberá alcanzaron a consolidar procesos socio - políticos como la creación de resguardos, la inclusión de un sistema educativo cultural propio, el impulso a la producción comunitaria y la formación de cabildos, entre otros. De esta manera los cabildos se han convertido en la institución política primordial dentro de las comunidades Emberá, aclarando que son una figura histórica surgida desde la época colonial pero que en décadas anteriores ha tomado un peso importante dentro de la realidad política de dicho pueblo. Los cabildos están conformados por diferentes miembros de la comunidad los cuales ejercen el cargo de autoridades; de esta forma los cabildos Emberá tiene como objetivo principal entablar relaciones entre las comunidades y el estado (Upme, 2015).

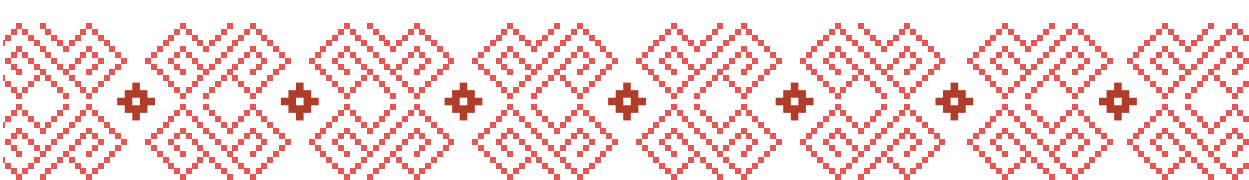




Un aspecto importante dentro de la organización social Emberá es la existencia de la figura del “*Jaibaná*”, el cual se configura como un sabio tradicional no hereditario que aprende los conocimientos de su labor por medio de maestros experimentados en la naturaleza, la salud, la subsistencia, la regulación de la vida y el poder mágico espiritual. El Jaibaná, mantiene relación y comunicación con los Jai (espíritus) para mantener el equilibrio de la naturaleza y la vida. Dentro de sus actividades en la sociedad Emberá se encuentra, la curación de enfermedades, la curación de la tierra, las zonas de cultivo y las viviendas, guiar espiritualmente a la comunidad y fungir como consejero, entre otros (Jimenez., 2019).

Las familias Emberá poseen un carácter monogámico, razón por la cual suelen ser nucleares (Madre, Padre e hijos) o extensas (nietos, tíos, abuelos, entre otros) y habitar en una vivienda construida por ellos mismos denominada “*tambo*”, que es una edificación de forma circular o rectangular hecha en madera y elevada con pilotes a la cual se accede a través de un tronco con muescas. La parentela, es la unidad laboral que se encarga de la siembra, obtención de alimentos y materias primas, transporte de recursos, entre otros. Las mujeres en su diario vivir se encargan del cuidado del hogar, la crianza de los hijos y la elaboración de vestidos y bisutería como collares y manillas en chaquiras de diversos colores, las cuales tradicionalmente representan en sus motivos mitos, historias y leyendas de su cosmovisión, también elaboran canastos en fibra vegetal y objetos en arcilla. Por su parte, los hombres se encargan del desmonte, deshierbe, limpieza, carga y almacenamiento de los productos agrícolas. De igual manera, se dedican a las labores de pesca, cacería y recolección de madera. Son los encargados de realizar las transacciones comerciales, la talla de madera y la fabricación de herramientas. (Gobierno de Colombia, 2017).



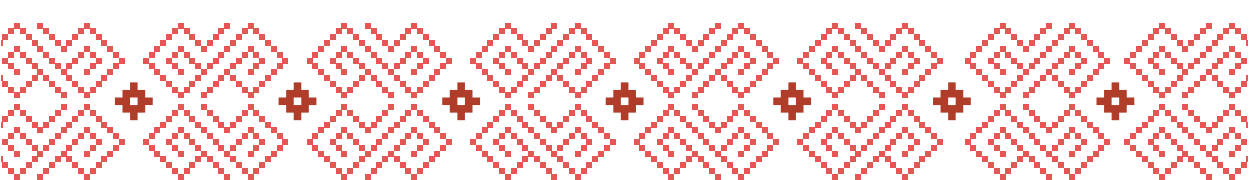


La economía Emberá anteriormente era de subsistencia soportada en la recolección, pesca y cacería, sin embargo, en los últimos años la agricultura ha tomado un papel importante dentro de su economía, siendo los productos más cultivados el maíz, el plátano, el arroz, el café, el cacao y la caña de azúcar. Al ser los ríos un elemento importante de la cosmovisión Emberá los patrones de asentamiento de los cultivos se realizan en las riberas de los ríos. Para la cacería, hacen uso de perros y cerbatanas con dardos venenosos; al mismo tiempo que en algunas regiones se dedican a la extracción maderera y a la minería. Tradicionalmente la pintura corporal y facial, junto con la realización de bisutería ha representado una fuente de reconocimiento e identidad dentro de las comunidades Emberá, ya que dichas expresiones exponen ciclos vitales y estados emocionales en ceremonias, ritos religiosos, procesos de curación e incluso en la cotidianidad.

El pueblo emberá se constituyen como un grupo originario presente en la República de Colombia, especialmente en los departamentos de la zona occidental del país entre los cuales se incluye al territorio de Antioquia; se reconoce la presencia de 3 (tres) de estos grupos, los cuales son:

- **Emberá Eyabida:** También conocidos como Katíos; cuyo nombre significa “*gente de la montaña*”, es el grupo más numeroso dentro del departamento la cual se concentra especialmente en las subregiones de Urabá y de Occidente; los Eyabida practican como actividades económicas la agricultura con el cultivo de maíz y plátano, la pesca, la cría de especies menores y la recolección debido a su estilo de vida semi - nómada; entre los rasgos comunes están su lengua nativa, la cosmovisión jaibaná, la movilidad territorial, la cultura selvática, y la forma de organización social y política, elaboran vasijas de barro y canastos de bejuco. (ONIC, 2020).
- **Emberá Chamí:** Son el segundo grupo en cuanto a población se refiere, este grupo se localiza sobre todo en las subregiones de suroeste y nordeste; los Chamí se dedican a la agricultura en parcelas donde se cultivan una gran variedad de productos que van desde el café, plátano, maíz, frijol, caña de azúcar, acompañado de la pesca la caza y la recolección; otras actividades realizadas son la extracción de oro y madera. (ONIC a, 2020).





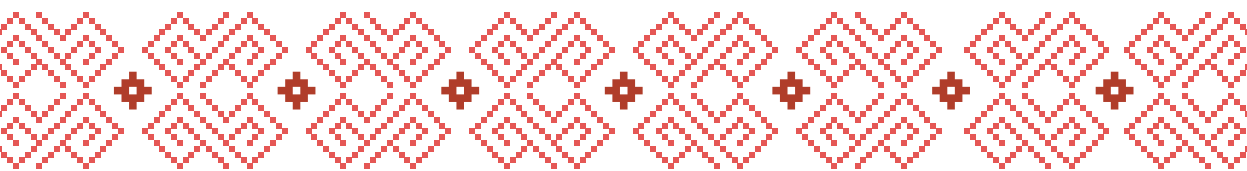
- **Emberá Dobidá:** Su nombre significa “*hombres de río*”, son el grupo más reducido en el departamento. A partir de las estadísticas oficiales, el epicentro geográfico de los Dobidá es el municipio de Vigía del Fuerte, en la subregión de Urabá. Los Dobidá se dedican al cultivo de plátano, maíz y frijol, también a la caza, a la pesca y a la recolección. Son personas o “*gente*” que viven a orilla del río, cuyo eje de vida gira en torno al río, sus casas y huertos están a la orilla del río donde la pesca es una actividad permanente.

Los Jaibanás y las parteras cumplen un papel muy importante son los encargados de enseñar a conservar la vida es decir se enseñaba a vivir a través de diferentes actividades vitales como la pesca, la cacería, la recolección, la agricultura, utilizando como recursos pedagógicos la danza, el canto, la artesanía la pintura, los juegos tradicionales (ONIC b, 2020).

#### 1.2.2.1.2. Pueblo Senú

Los Senú, Sinú o Zenú cuyos miembros son denominados como “*los hijos de la caña flecha*”, son un pueblo indígena que se ubica especialmente en las Subregiones de Urabá y Bajo Cauca, se configuran como el segundo pueblo indígena más numeroso del departamento después de los Emberá. El núcleo original de este grupo está asentado en el resguardo de San Andrés de Sotavento, en el departamento de Córdoba, desde donde han migrado hacia Antioquia en busca de tierras para cultivar. En épocas más recientes, el pueblo Senú ha estado sufriendo un proceso exponencial de aculturación debido a fenómenos como el desplazamiento, la apertura socio - cultural y el desarraigo a sus territorios ancestrales, lo cual ha generado que hayan tenido que integrarse a la cultura occidental de una manera más acelerada que otros pueblos. Razón por la cual, factores importantes de su identidad como su lengua, se han extinguido.





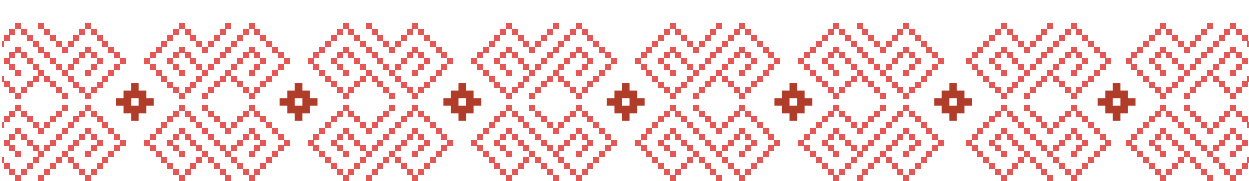
Las familias suelen ser numerosas, el hombre Senú se encarga de la pesca y de la caza de forma artesanal en los bosques y ríos de su territorio habitacional. También se encargan de labores agrícolas, manufactureras y de “*jornaleo*” en fincas de la región (Ministerio de la cultura, 2010). La cosmovisión Senú es el resultado de un sincretismo cultural que une las creencias católico - cristianas y sus creencias tradicionales, son devotos al Dios cristiano al mismo tiempo que posee un panteón de santos como San Simón de Juego y San Simón Blanco, a los cuales les brindan tributos y les hacen ofrendas para el bienestar de la comunidad (ONIC c, 2020).

El sistema médico Senú es un elemento vital dentro de su composición social, estando fundamentada en el uso de plantas con las cuales se realizan brebajes y esencias para diferentes propósitos como santificar lugares, ayudar en los partos y ahuyentar a los malos espíritus. Las plantas son cultivadas en huertos cercanos a las viviendas o recolectadas en los bosques y entre las más utilizadas se encuentran el tabaco, la hierbabuena, el orégano y la mata -ratón. Dichas ceremonias son acompañadas con rezos y conjuros (ONIC c, 2020).

En cuanto a la música, el pueblo Senú ha reemplazado los ritmos y los instrumentos tradicionales que imitaban los sonidos de la naturaleza por ritmos con influencia occidental como la cumbia. En la actualidad, los hombres visten con pantalón, camisa y sombrero “*vueltaio*”, mientras que las mujeres utilizan faldas y blusas coloridas (ONIC c, 2020).

Las principales actividades económicas de los Senú son en primera instancia la agricultura, ya que cultivan plátano, frijol, cacao, ñame, ajonjolí, hierbas medicinales y maíz, entre otros. La actividad agrícola en estas comunidades se destina generalmente al autoconsumo y subsistencia de sus integrantes. Las artesanías, son otro elemento importante de la economía Senú; tradicionalmente esta comunidad ha sido considerada muy hábil en la producción de elementos artesanales a partir de la tejeduría de la caña flecha (fibra vegetal), siendo el producto más emblemático el sombrero *vueltaio* o Senú.





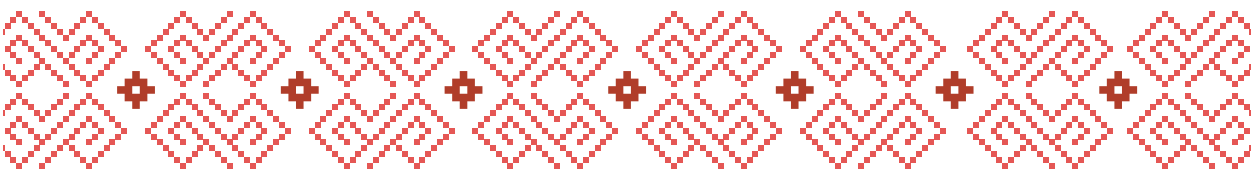
La esencia cultural del sombrero radica tanto en las técnicas de trenzado de las fibras que han sido traspasadas de generación en generación como en los dibujos y símbolos que los componen, los cuales identifican el trabajo de una familia o comunidad determinada. Por último, el “*jornaleo*” o el trabajo asalariado en fincas y haciendas cercanas a sus territorios, se ha convertido en otra actividad económica para dicho pueblo.

### 1.2.2.1.3. El pueblo Guna-dule

Los Gunadule, Tule, Cuna o Tacarcuna, son un pueblo indígena ubicado en el oriente de Panamá y el occidente de Colombia incluyendo al departamento de Antioquia en la subregión de Urabá. Este pueblo históricamente ha migrado por diferentes territorios colindantes a la región del Darién a causa de distintos conflictos bélicos con otros pueblos indígenas y con los exploradores europeos. En épocas posteriores, los procesos de colonización y de explotación de recursos naturales en sus territorios ancestrales han motivado el desplazamiento de algunas de estas comunidades a otras regiones que tradicionalmente no ocupaban (Universidad Nacional, 2017).

Dichos fenómenos socio - históricos, han generado que el pueblo Gunadule genere fuertes procesos de cohesión comunitaria en los cuales el cacicazgo es el eje fundamental de su organización política. De igual manera, han creado un sistema educativo y un plan de salvaguarda cultural junto con la realización de congresos generales para analizar aspectos políticos y diplomáticos de su sociedad.





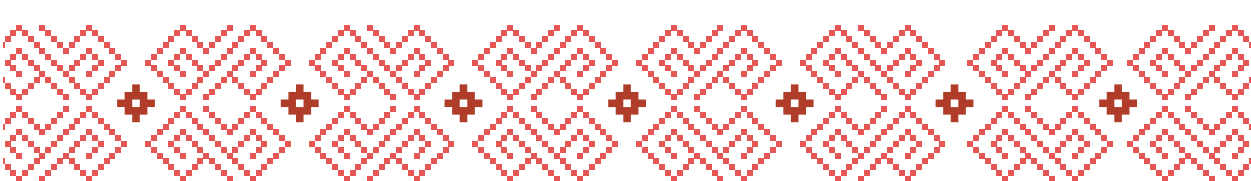
En la cultura Gunadule la familia extensa es la asociación básica productora, el trabajo agrícola es compartido por hombres y mujeres en el caso de la cacería, son exclusivamente los hombres los que se encargan de este oficio, que es considerado netamente masculino y se ejecuta por medio de arcos pequeños de madera, trampas o armas de fuego como escopetas. El alto nivel de cohesión social de los Gunadule ha permitido que un gran porcentaje de sus manifestaciones culturales hayan permanecido intactas a lo largo del tiempo, sin desconocer que han adoptado algunos elementos occidentales a su cosmovisión, dentro de la comunidad, las ceremonias del ciclo vital son más marcadas para las mujeres debido al papel simbólico que poseen dentro de su cosmovisión; entre los ritos más importantes están el entierro del cordón umbilical del recién nacido y su posterior baño con ungüentos vegetales para protegerlo de los espíritus, en la niñez se impone la nariguera de oro a las niñas al realizar una apertura nasal por parte de un hombre mayor o sabio. Cuando el individuo entra en la etapa de la pubertad, se realizan las fiestas de Surba inna y Naobed inna (fiestas de la pubertad), en las cuales se realizan bailes y se cuentan historias; teniendo como objetivo representar simbólicamente el paso del individuo de la niñez a la adultez.

Cuando el individuo fallece se le suele cubrir con una manta y enterrarlo bajo su vivienda, colocando huesos en su tumba para que el difunto pueda distraer a los espíritus malignos de camino hacia la otra vida (Upme a, 2015).

Las actividades económicas se centran en el cultivo, del plátano, el arroz, la yuca y el maíz, de los mencionados cultivos, todos son de autoconsumo y de comercialización, como es el caso del plátano, puesto que diversas comunidades han generado iniciativas de exportación de este alimento el cual es sembrado en grandes extensiones de tierra. (ONIC d, 2020).







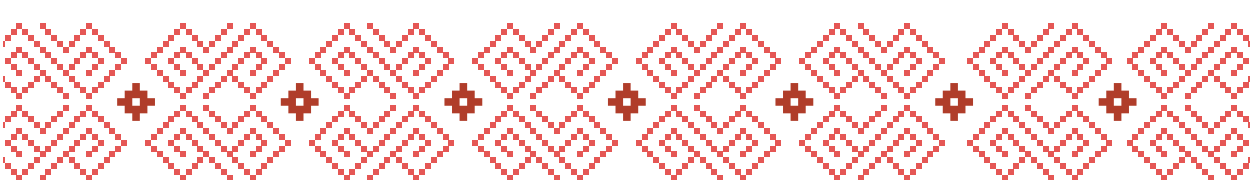
### 1.2.2.2. Comunidades negras y afrocolombianas

En el departamento Antioquia, se pueden encontrar miembros de las comunidades Afro y Negras en todos sus municipios, sin embargo, las Subregiones del Bajo Cauca y de Urabá presentan un porcentaje alto de representantes de dicha comunidad. En este apartado se mencionarán los territorios colectivos pertenecientes al pueblo afrocolombiano dentro del departamento, teniendo presente que estos espacios son constituidos legalmente por grupos de personas afrocolombianas, los cuales poseen no solo un componente económico, sino que también un componente social, territorial y cultural que fortalece su identidad.

Los títulos colectivos corresponden y representan a los Consejos Comunitarios de las comunidades afrocolombianas en el departamento; la figura de Consejo Comunitario fue creada por medio de la ley 70 de 1993 en su artículo 5, el cual expone que *“Toda comunidad negra podrá constituirse en consejo comunitario, que como persona jurídica ejercerá la máxima autoridad de administración interna dentro de las tierras de las comunidades negras, de acuerdo con los mandatos legales y constitucionales que lo rigen”* (Ministerio de agricultura, 2014). En el caso de Antioquia, la Gobernación departamental adoptó la Ordenanza 10 de 2007, la cual busca reconocer y garantizar los derechos de las comunidades negras por medio de políticas públicas; entre los diversos objetivos concentrados allí se encuentra el fortalecimiento de las organizaciones de base afrocolombianas y la promoción de la compra y titulación de tierras por parte de las citadas comunidades (Asamblea departamental de Antioquia a, 2018).

Dentro de los espacios territoriales para las comunidades afrocolombianas y negras, los lugares donde se desarrollan las diferentes actividades están identificados con los roles de género de mujeres y hombres; por tal razón las actividades que requieren de mayor esfuerzo físico como la minería o la cacería son reservadas para los hombres, y el resto de las actividades son desarrolladas por las mujeres. Para las y los afrocolombianos, el lugar donde habitan expresa formas organizativas alrededor de actividades como la agricultura, la minería, la pesca y la caza; estas son un reflejo de su tradición y ancestralidad.





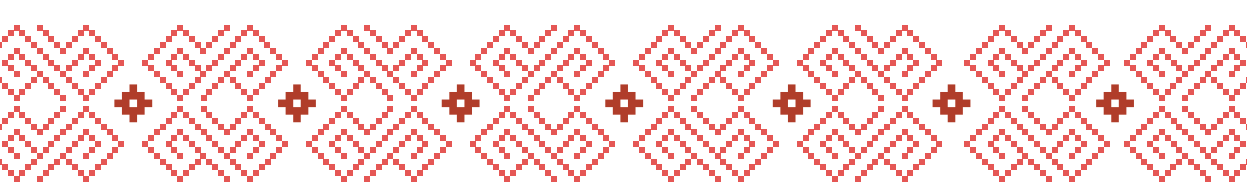
Las tradiciones afrocolombianas son transversalizadas por su resistencia ancestral, lo que significó que muchos de sus parámetros culturales y saberes ancestrales permanecieran a lo largo del tiempo. Esto se debió a que, en muchas ocasiones, sus actos culturales fueron condenados por motivos religiosos, sociales e incluso morales; sin embargo, una importante cantidad de representaciones de su cultura pueden ser observadas en la actualidad, desde danzas como el sainete, el currulao o el bambuco, hasta instrumentos musicales tales como los tambores y la marimba que han repercutido en el nacimiento de muchos ritmos musicales no solo en el departamento sino en todo el país. Los relatos de tradición oral (forma de transmisión de conocimiento predominante en las comunidades afrocolombianas) se han convertido en una forma de memoria colectiva, que reconocen, visibilizan y empoderan las raíces africanas, afianzando sus sentidos de pertenencia e identidad (Ministerio de la Cultura a, 2010).

### 1.2.2.3. Rrom o Gitanos

El origen de los Rrom o Gitanos se remonta a más de 1.000 años, provienen del norte de la India, conservan un bagaje cultural diferenciado. Fueron reconocidos como grupo étnico colombiano mediante la Resolución No. 022 del 2 de septiembre de 1999 expedida por la Dirección General de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia, y luego por el Decreto 2957 del 6 de agosto de 2010 el Estado colombiano reconoce sus derechos, las características de su propia identidad y de la conciencia étnica particular, su forma organizativa social específica y la definición histórica de sus propias instituciones políticas y sociales.

Las kumpanias son denominadas como el conjunto de grupos familiares configurados patrilinealmente (patrigrupos), que a partir de alianzas de diverso orden optan por compartir espacios para vivir cerca o para itinerar de manera conjunta. En Colombia, se ubican generalmente en sitios específicos de centros urbanos, ciudades principales e intermedias del País; actualmente se identifican 11 Kumpanias, una de ellas en Antioquia





denominada “Kumpania Envigado”, compuesta actualmente por 32 personas que residen en los municipios de Envigado, Medellín, Copacabana y Angostura, según Censo propio de fecha 2 de septiembre de 2022<sup>1</sup>.

### 1.2.2.3.1. Político organizativo: identificación de procesos propios

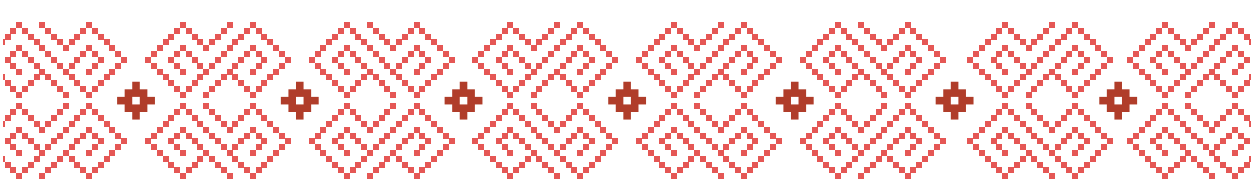
Los grupos étnicos han construido instrumentos propios de planeación (Planes de Vida - Pueblos Indígenas, Planes de Etnodesarrollo - Comunidades Negras, Plan del Buen Largo Camino - Pueblo Rrom), que incorporan acciones para garantizar su pervivencia en el territorio y el mejoramiento de su calidad de vida. Estos instrumentos pueden estar plasmados por escrito o en forma oral.

**Los planes de vida** son ejercicios de planeación orientados a la pervivencia física y cultural de los pueblos indígenas, que se caracterizan por partir de dinámicas comunitarias y construcciones colectivas donde los mismos integrantes de los pueblos realizan autodiagnósticos, identifican sus problemáticas y formulan sus propuestas de desarrollo, programas y estrategias desde su propia visión. Los Planes de Vida son definiciones para la vida de la comunidad o el pueblo, sus principios son la cosmovisión, la territorialidad, la memoria histórica, la espiritualidad, la cultura, la identidad, la autonomía, la colectividad; orientados hacia la pervivencia e integridad física y cultural de los pueblos.

**Los planes de Etnodesarrollo** de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras de Colombia se pueden considerar como instrumentos de gestión y planificación que pretenden reflejar las perspectivas y preferencias sobre el propio desarrollo desde la visión particular de cada comunidad que pertenezca a la población NARP (tienen que ver con la manera de habitar su territorio y su cosmogonía y su visión particular del desarrollo.)

<sup>1</sup> Población gitana o Rrom de Colombia, disponible en <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-poblacion-gitana-rrom-2019.pdf>





**El Plan del Buen Largo Camino -O´lasho Lungo Dromo** las propuestas de desarrollo propio para el Pueblo Rrom representan oportunidades de desarrollo, mediante un proceso en permanente construcción, que parte de sus exigencias para ser reconocidos en el contexto cultural, social, político, económico de sus lugares de asentamiento como grupo étnico, en condiciones de equidad frente a los derechos reconocidos a los demás grupos étnicos en el país.

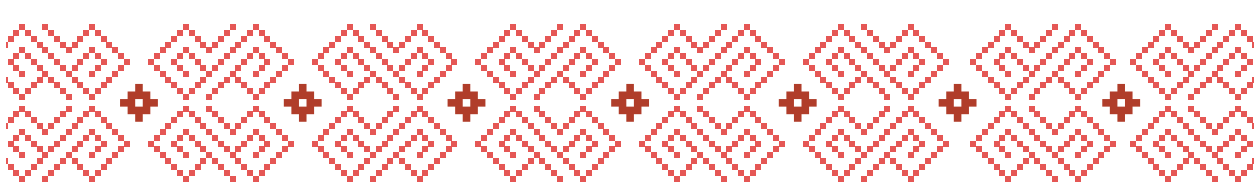
### 1.3. Estado actual de los procesos interculturales en salud

#### 1.3.1. Aspectos del cuidado de la salud: conceptos salud y enfermedad

Puede definirse como la coexistencia de las culturas propias de la salud como modalidades diferenciadas en la atención en salud de las poblaciones y la visión de una salud alopática, donde ambas interactúan y coordinan esfuerzos terapéuticos, manteniendo su identidad y autonomía integradas por mutuo acuerdo en la gestión territorial integral de actividades, intervenciones, procedimientos y servicios en salud y atención en salud (MSPS,2017;Suarez,2010), la práctica de la interculturalidad permite establecer como elementos estratégicos de la gestión integral territorial en salud con cada grupo étnico cultural los Marcos Estratégicos Interculturales, que se definen como el encuadre metodológico fundamentado en los principios propios de cada pueblo y comunidad.

La salud pública más que la atención clínica reconoce la relación estrecha entre cosmovisiones y comportamientos, identifica que las personas se comportan y se comprometen en acciones y toman las decisiones sobre su salud de acuerdo a la percepción que tengan sobre el tipo, la gravedad y los riesgos relacionados con la enfermedad o el malestar.





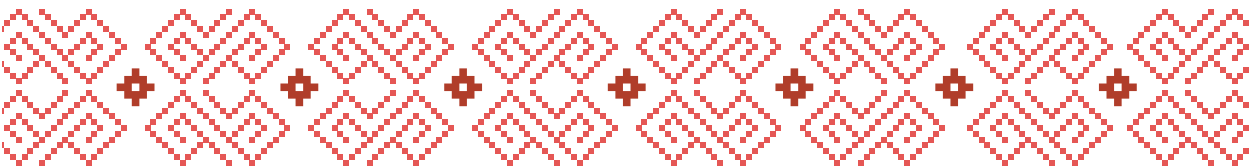
**Salud para el grupo étnico indígena:** La salud *“es la armonía y el equilibrio entre el cuerpo, la mente, el espíritu y la naturaleza para el Buen Vivir, y, en este sentido, se manifiesta como bienestar integral que abarca lo biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y su comunidad (en condiciones de equidad)”* (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación- MPC) EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 19).

Esta armonía y equilibrio también debe darse en la relación de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio y comprende procesos y acciones orientados al fomento, protección y recuperación de la salud (Subcomisión de Salud de la MPC), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, pág. 5).

**Enfermedad para el grupo étnico indígena:** La enfermedad es el desequilibrio y desarmonía entre cuerpo, mente, espíritu y naturaleza, que ocurre cuando se rompe la relación con todo lo que existe (uno mismo, la familia, la comunidad, el territorio, los elementos de la naturaleza, las fuerzas cósmicas). Las causas son: no respetar la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio; no reconocer la cosmovisión y la cosmogonía; no reconocer la interdependencia con todos los seres y la naturaleza; no respetar la autodeterminación indígena; no preservar el saber ancestral; no garantizar la soberanía y la seguridad alimentaria; no respetar los derechos de la comunidad indígena (no tener garantizados los derechos).

Se manifiesta en diferentes formas: *“desorden fisiológico (biológico) del cuerpo humano, perturbación de las relaciones con los otros y con la naturaleza, perturbación espiritual, emocional y mental que conlleva a la necesidad de reequilibrarse, lo que pasa por la identificación de lo que está y el restablecimiento de la unidad y la armonía en el individuo y entre él y el mundo que lo rodea”* (Subcomisión de Salud de la MPC), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 19).





**Medicina Ancestral Indígena:** La medicina indígena representa “*los conocimientos, habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias indígenas de diferentes culturas, utilizadas en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico, mejora o tratamiento de enfermedades físicas y mentales*”, mucha de la fuerza y capacidad de supervivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, claro está, para combatir enfermedades propias. **Ayuda a mantener el equilibrio entre la mente, el cuerpo y el espíritu del ser humano y su entorno**, desde su cosmovisión y cosmogonía (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 20).

**Buen Vivir:** Desde la salud, el buen vivir implica no sólo la tenencia de la tierra como espacio físico, sino **la garantía de un territorio sano y en armonía** que de manera holística garantice la protección y pervivencia de los pueblos indígenas que lo habitan (...). (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 8).

### 1.3.2. Total, de personas aseguradas al Sistema General de Seguridad Social

De acuerdo con la información suministrada por el Ministerio de Salud y protección social a través de SISPRO corte octubre 2022, es posible identificar en Antioquia que, de 349.880 habitantes reconocidos como población étnica, están afiliados al Sistema General de Seguridad Social el 12%, siendo las poblaciones de Indígenas y Rrom las de mayor proporción (95% y 54% respectivamente) y los Raizales los de menor con un 0.2%.



Tabla 2. Estados de afiliación activo y suspendido a octubre 2022, Antioquia

Autoreconocimiento étnico	Total	Afiliación SGSSS	% Afiliados
Indígena	37.628,00	35.851,00	95%
Gitano(a) o Rrom	140,00	76,00	54%
Palenquero(a) de San Basilio	183,00	40,00	22%
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	311.289,00	4.943,00	2%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	640,00	1,00	0%
<b>Total</b>	<b>349.880,00</b>	<b>40.911,00</b>	<b>12%</b>

Raizal, Afrodescendiente y Palenqueros: Información disponible hasta 2017

Fuente: SISPRO - Cubo BDUA, Octubre 2022.

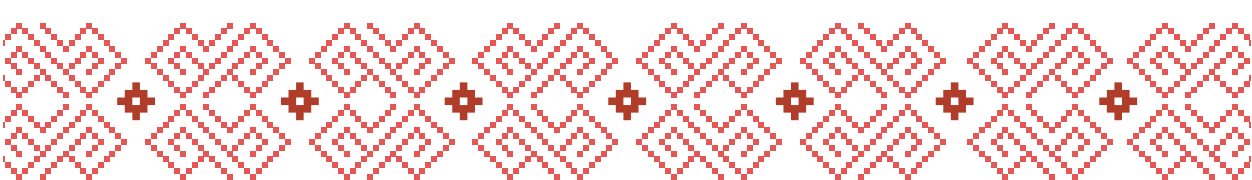
Aquí es importante mencionar que el aseguramiento en población indígena ha incrementado un 21.22% con respecto al 2012 (Afiliados al SGSSS en 2012:29.574) a diferencia del resto de grupos, en donde la disminución promedio de personas aseguradas ha sido 60.9%.

Tabla 3. Estados de afiliación activa y suspendida, Antioquia, 2012-2022

Autoreconocimiento étnico	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Cambio porcentual %
INDIGENA	29574	31164	32567	32865	33122	34233	34834	34858	35734	35972	35851	21,22
RROM	998	881	883	788	687	590	331	206	181	133	76	-92,38
RAIZAL	4	4	4	1	1	1						-75,00
AFRODESCENDIENTE	11377	10877	10477	9235	8368	4943						-56,55
PALENQUERO	50	47	40	45	42	40						-20,00

Raizal, Afrodescendiente y Palenqueros: Información disponible hasta 2017

Fuente: SISPRO - Cubo BDUA, Octubre 2022.



## 1.4. Encuentros de saberes: Indígenas, Negros y Afrodescendientes

Se llevaron a cabo 9 encuentros interculturales de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, el cual pretendió validar elementos técnicos de la salud propia e intercultural de las comunidades Indígenas, Negras y Afrodescendientes, para identificar las prioridades de atención en salud con base en el perfil de morbilidad y mortalidad del territorio donde viven, así mismo los problemas que causan esta situación y sus posibles soluciones; se orientaron las actividades manteniendo las siguientes premisas: el privilegio del punto de vista y la construcción de la realidad émica, la aprehensión de lo extraño para convertirlo en familiar, la observación y construcción de los nexos entre lo general, particular y singular y el uso de la teoría social para la guianza y consolidación de las propias observaciones<sup>2</sup>; hubo participación de personas que son figuras representativas en los Cabildos y comunidades indígenas tales como autoridades, líderes y lideresas, guardias, médicos tradicionales (jaibanás y botánicos), parteras, docentes, artesanos y artesanas, entre otros.

Los municipios donde se ejecutaron estas actividades fueron: Andes, Arboletes, Cauca, Frontino, Ituango, Puerto Berrío, Vegachí, Chigorodó y Urrao.

<sup>2</sup> Wilcox K. La etnografía como una metodología y su aplicación al estudio de la escuela: una revisión. En: Velasco H, García J, Díaz de Rada A, editores. Lecturas de antropología para educadores: el ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar. Madrid: Editorial Trotta; 1993. p.97







### 1.4.1. Indígenas

Inicialmente y en concordancia a la metodología implementada para el desarrollo de los diálogos de saberes, los pueblos indígenas reconocen el territorio como parte fundamental para mantener la salud de sus comunidades, ya que este determina las condiciones en que los pobladores nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen.

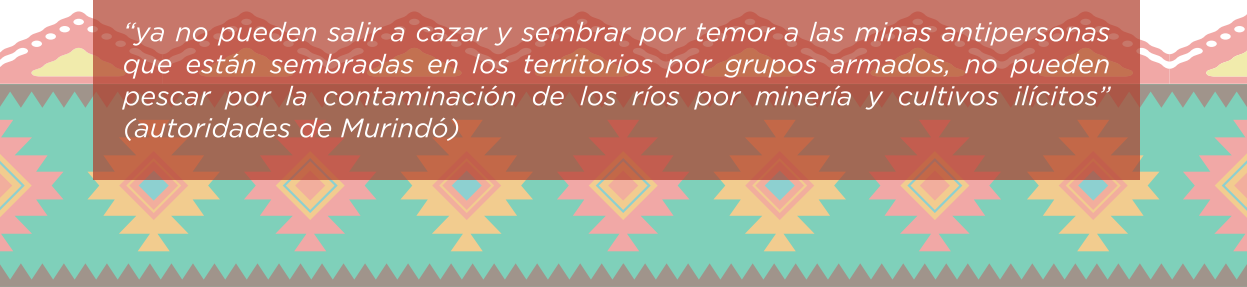
La salud intercultural puede ser interpretada de distintas maneras según las posiciones que se asuman, algunas veces es una herramienta útil en los procesos de cambio; en otros momentos resulta ser un campo donde se dirimen los conflictos; y en otros escenarios, es un reconocimiento de dominio y sojuzgamiento de la cultura médica dominante ante los saberes populares subordinados. Desde nuestra posición teórica, la interculturalidad debe ser entendida como un proceso, dado que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias económicas y sociales, pero sobre todo de las culturales, en donde la salud y la enfermedad, la muerte y el accidente ocupan un lugar preponderante.

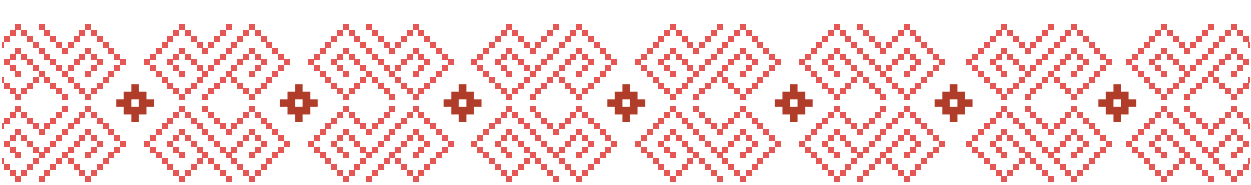
En este sentido, las concepciones indígenas en torno a la salud y la enfermedad, así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria y, a veces, de síntesis con la medicina occidental son objeto de nuestra orientación intercultural en materia de salud.

Con relación al territorio los indígenas Embera eyabida de Occidente coinciden en afirmar.

*“...donde hay un territorio armonizado, sin ningunas enfermedades, donde hay un territorio armonizado no hay enfermedad, donde hay territorios fortalecidos la comunidad vive sano, tiene su alimentaciones, tiene su sitio sagrado...” (Indígenas, Chigorodo).*

*“ya no pueden salir a cazar y sembrar por temor a las minas antipersonas que están sembradas en los territorios por grupos armados, no pueden pescar por la contaminación de los ríos por minería y cultivos ilícitos” (autoridades de Murindó)*





*“el territorio ya no es libre, vivimos constantemente confinados por los grupos armados, los caminos se dañan por la lluvia y los ríos se crecen, es difícil salir al pueblo” (indígenas de Urrao)*

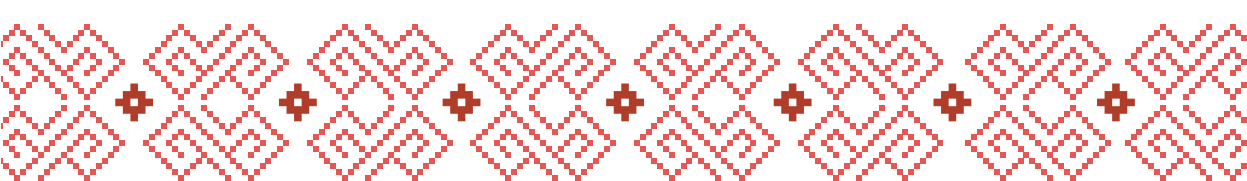
*“El territorio es vida, es alimento, pero el desplazamiento forzado de las comunidades hace daño, las mujeres quedan solas con los hijos y muchas veces los niños son abandonados” (autoridades Mutatá)*

Referente a las enfermedades, los Emberá Eyabida manifiestan que “actualmente se presentan más enfermedades que antes, la población que más se enferma son los niños y las personas mayores, primero acuden al médico tradicional Jaibaná y/o botánico y si no mejora su salud acuden a la ESE-hospital más cercano, es así que los indígenas de Urrao manifiestan que *“la gente se enferma mucho, a los niños les da mucha gripa, vómito, diarrea, granos en la piel, a los adultos les da paludismo, sufren accidentes en los ríos y en los caminos, también por picadura de culebra”*.

Los líderes de Frontino expresan que *“el conflicto armado y la entrada de la minería a los territorios se han agudizado los problemas de salud ya no es suficiente con la intervención de los médicos tradicionales jaibaná y/o botánicos y deben acudir al centro de salud más cercano para la atención con medicina occidental, la malaria, dengue y las gripas son muy frecuentes entre niños y adultos, al igual que enfermedades en la piel, vómito y diarrea otras enfermedades que se han vuelto comunes en la gente adulta es la hipertensión y la diabetes”*.

Con relación a la muerte, los Emberá Eyabida de occidente dicen que está asociada en su gran mayoría a los “jais”, lo que significa para ellos *“algo invisible”, “el espíritu que solo el jaibaná puede ver”,* a esta creencia aducen las muertes por ahorcamiento de adolescentes y jóvenes, otras muertes ocurren por mordedura de serpientes, homicidios y accidentes por diversos eventos entre ellos por artefactos explosivos como minas antipersonales sembradas en sus territorios por grupos al margen de la ley, también ocurren fallecimientos por enfermedades que no son atendidas oportunamente por la medicina occidental especialmente en los niños y las gestantes.





Para los indígenas Embera Chamí de la subregión de suroeste el territorio es:

*“...es la madre para nosotros, es la que nos da vida y es la que nos mantiene en una cadena de existencia y el tiempo, el territorio, que es lo más sagrado que hay y es la que nos une, es la que nos mantiene y es la que nos está dirigiendo a nosotros...” (Indígenas, Andes).*

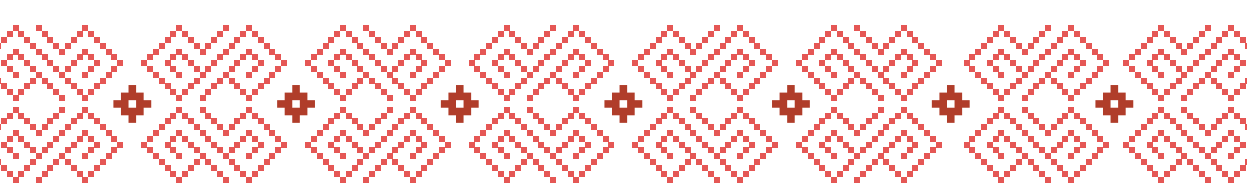
La enfermedad para los Emberá Chamí es “la desarmonización del cuerpo y el espíritu, que se produce por los “jais” que si no se atiende oportunamente puede causar la muerte” *“...las medicinas occidentales no tienen en cuenta las creencias de eso, entonces, viene la familia, no, eso no lo mató un Jaibaná, el examen médico dice que lo mató un paro cardíaco, entonces son 2 cosas que no nos estamos entendiendo.”* (Indígenas, Andes). Las enfermedades más frecuentes dicen los Embera Chamí son respiratorias (asfixia, fiebre) y las diarreicas (vómito y desnutrición de los niños), enfermedades que muchas ocasiones ocasionan la muerte, entre los jóvenes se presenta con frecuencia la muerte por ahorcamiento y muertes materno perinatales.

Para los Emberá el médico tradicional “jaibaná” es una figura muy importante para la curación de las enfermedades, los indígenas anteponen el cuidado de la salud en su sistema médico propio *“...primero llevamos donde un médico tradicional, si ese médico tradicional no es capaz, lo llevamos a un centro de salud a un hospital...”*(Indígenas Frontino y Urrao).

Para los indígenas Senú de Urabá y Bajo Cauca, el territorio representa:

*“...Es el centro de la vida, está siendo destruida por la siembra de cultivos ilícitos y por la minería, afectando la vida y la salud de los comuneros también por la contaminación del agua”* (Indígenas del Bagre y Zaragoza).





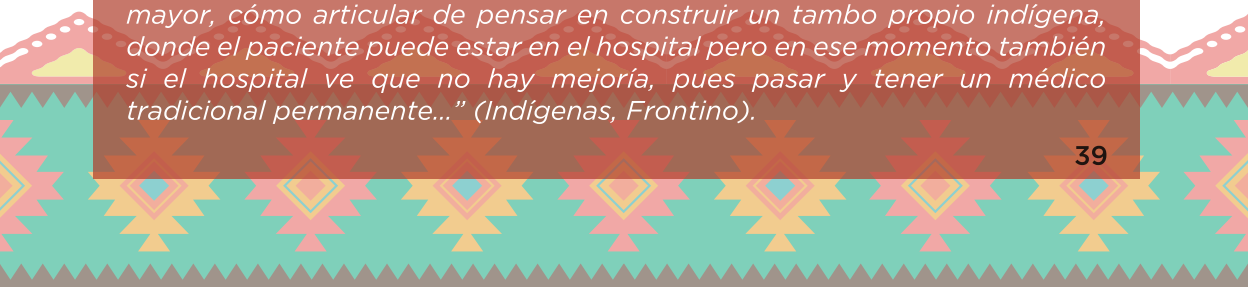
Dicen los indígenas Senues que la alimentación y el medio ambiente incide directamente en su salud, *“actualmente se presentan más enfermedades que antes, por la falta de acceso a una alimentación adecuada y por la contaminación del territorio por minería y cultivos ilícitos, la malaria, el dengue, diarrea, y gripas, afectan constantemente la población, también se presenta un alto índice de violencia intrafamiliar por el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, el embarazo a temprana edad es muy frecuente, situación que pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres especialmente de las niñas y adolescentes; los homicidios también son una causa de muerte”* (indígenas de Caucasia y el Bagre).

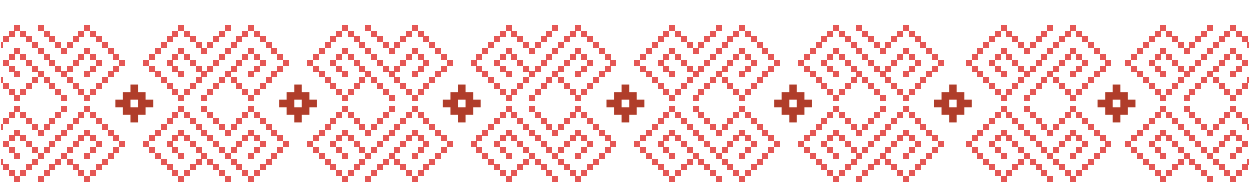
Ante las enfermedades los Senues acuden con más frecuencia a la medicina occidental, por las facilidades de acceso a los servicios de salud en centros de salud y hospitales, no obstante, aquellas comunidades ubicadas en zonas lejas acuden a su sistema propio de salud con médicos botánicos y parteras.

Sumado a lo anterior, hay un reclamo de apoyo en el manejo y cuidado en salud de los indígenas cuando son atendidos desde la medicina tradicional, siendo necesaria la articulación de saberes entre los sistemas etnomédicos y biomédico; entendiéndose como un complemento o engranaje, que favorecerá la recuperación por enfermedad en las comunidades:

*“...crear rutas de atención en salud pública a través de conocimiento ancestral con énfasis en psicosocial, o sea salud pública nos abarca todos, que nos atiendan, que en la salud pública le hagan seguimiento a todas esas enfermedades que hay en las comunidades indígenas y que no las dejen ahí como siempre”. (Indígenas, Caucasia).*

*“...yo creo que la alcaldía tiene toda la voluntad y nosotros como cabildo mayor, cómo articular de pensar en construir un tambo propio indígena, donde el paciente puede estar en el hospital pero en ese momento también si el hospital ve que no hay mejoría, pues pasar y tener un médico tradicional permanente...” (Indígenas, Frontino).*

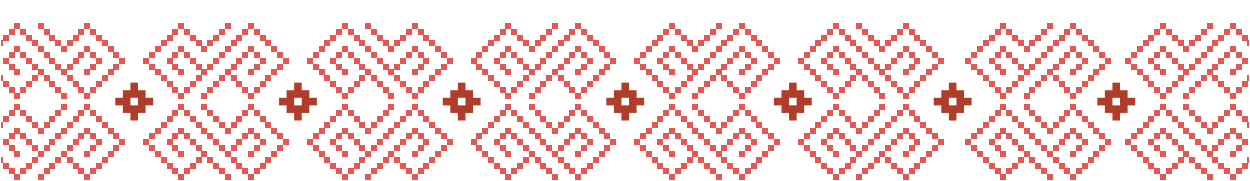




Otro punto en común entre las comunidades indígenas, fue la importancia de ejecutar estrategias de forma multisectorial para superar la inequidades en salud, reconociendo como causas: la violencia en los territorios (violencia intrafamiliar, conflicto armado) “...llegar a un acuerdo con los grupos ilegales para que no nos siembren minas anti persona ya que esto nos causa daño físico o la muerte...”(Indígena, Vegachí)”... a nosotros nos llegó un mensaje de que dejáramos el territorio, que tiene 5 o 6 selvas para que desocupen todas, no sé quién, o qué, ni porqué...”(Indígena, Ituango), la educación “...construcción de escuelas, por qué lo tomamos como una, buscamos una solución desde ahí, la escuela de nosotros los indígenas también es multicultural porque allá no solamente no enseñamos lo que es lo básico desde, lo ustedes, español, matemáticas, nosotros también articulamos muchas cosas, lo que es la cultura, lo que es la danza, lo que es remedio tradicional, entonces siempre vemos que desde la educación necesitamos también la estructura para la escuela para que los niños estén más adecuadamente en ellos, para que se les pueda mejorar la educación a ellos...”(Indígena, Frontino), el daño ambiental generado por la mala disposición de residuos, deforestación y minería “...la minería está contaminando las quebradas y los ríos, nos está contaminando el territorio en general...”(Indígena, Frontino) “...los territorios ha afectado mucho los sitios sagrados por el debido de talación de bosques, como han venido tumbando mucho bosque los colonos entonces nos afecta mucho como los sitios sagrados que tenemos en estos resguardos...”(Indígena, Urrao); y el acceso al sistema sanitario (alcantarillado, agua potable).

Aquí es importante mencionar que enfermedades se identifican como frecuentes en los territorios, aquellas como las enfermedades respiratorias (resfriado común, SARSCOV-2) y gastrointestinales (diarrea), enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria), eventos relacionados con la salud mental (violencia, maltrato intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas), cáncer, desnutrición, accidentes ofídicos; siendo estas patologías acordes a las más prevalentes según el perfil de morbilidad y mortalidad de los municipios visitados.





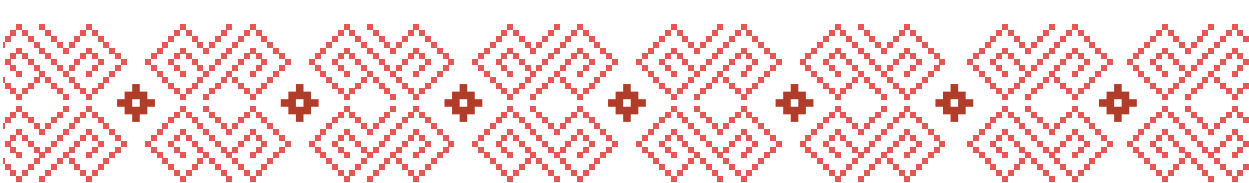
### 1.4.2. Comunidades negras y Afrocolombianas de Urabá

La interculturalidad en la gestión integral territorial integral de la salud pública conlleva a la conservación y pervivencia del sistema de conocimientos tradicionales del pueblo afrocolombiano el cual tiene conexión directa con la conservación de la diversidad biológica en sus territorios. La sabiduría ancestral es clave para generar un autocuidado, sanación y bienestar en la salud de todos incluyendo la salud del territorio, es decir que hay una salud integral cuando están en buenas condiciones físicas, mentales y espirituales de los habitantes, el medio ambiente y el territorio.

La medicina y saberes ancestrales: se refiere a los saberes, creencias y costumbres de la tradición cultural, relacionada con la salud, las técnicas terapéuticas, los recursos naturales tales como las plantas medicinales y agentes comunitarios que desempeñan funciones como médicos tradicionales, parteras, hierbateros, sobanderos, entre otros; estas son las personas autorizadas en la comunidad para curar y sanar por ser consideradas con un don especial y otros aprendieron de sus mayores lo cual hace parte de sus saberes ancestrales. Para la población negra y afrocolombiana el “arte de parrear” es muy importante hace parte de su sistema de creencias, se compone de un conjunto de prácticas de cuidado que se da en el marco de las relaciones de confianza y amor, dicen las parteras que para traer una vida al mundo se “requiere de tiempo, paciencia y mucha energía”.

Con relación al territorio, las comunidades manifiestan que “el territorio es vida, es el lugar donde transcurre todas sus actividades cotidianas” reviste una importancia especial para la cultura y los valores espirituales; las prácticas tradicionales son definidas como actividades y técnicas agrícolas, mineras, de extracción forestal, pecuarias, de caza, pesca y recolección de productos naturales en general que han utilizado consuetudinariamente las comunidades negras para garantizar la conservación de la vida y el desarrollo auto sostenible. Actualmente





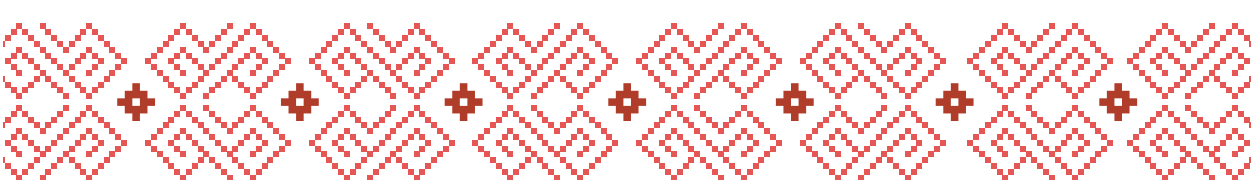
muchos de ellos habitan en zonas urbanas a causa del desplazamiento forzado por el conflicto armado, en contextos urbanos han logrado fortalecer los espacios colectivos para la gobernanza y para su desarrollo su identidad cultural.

Son las condiciones ambientales, la agricultura, la identidad como colombianos, la disponibilidad de recursos naturales, son los que propician un estado de bienestar para sus poblaciones; un aspecto clave es que se identifican como colombianos reconociendo los símbolos patrios y a las fuerzas militares:

“...como podemos observar esto es una palmera, una palmera donde tiene cultivo de coco, esto es una mariposa, que ya cumplió su metamorfosis, ustedes saben que primero se es gusano y ya luego mariposa, como quien dice de niña a mujer, algo así, estos son los gallinazos, las casas cerca de los ríos, más que todo pa las orillas, esta es una iglesia, donde asistimos todos los peregrinos, aquí como pueden observar esto es una chamba... como todo colombiano tricolor, vean amarillo, azul y rojo, es una falda campesina y está lista y preparada para bailar, acá abajo se encuentra un señor, un hombre pescador; se dirigió para la playa a pescar, a buscar el sustento de su hogar, una alimentación para sus hijos” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes).

Además, reconocen los efectos causados por la deforestación y contaminación ambiental, traducidos en inundaciones y deslizamientos, generan barreras de acceso a los servicios centralizados en la cabecera municipal “...Desembocan en los ríos y genera mucha contaminación, aquí vemos las carreteras que por medio de las lluvias que hoy en día nos están afectando mucho, hay bastante deforestación y se ruedan las bancadas y las carreteras...” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes).





Fue posible identificar a través de los testimonios experienciales de la población afrodescendiente participante, una mejor adaptación a los procesos coloniales en cuanto a la aplicación de sus terapéuticas y nosologías etnomedicinas con las del sistema biomédico; la medicina tradicional de la comunidad afrocolombiana de Urabá, utiliza diversos métodos de curación relacionados con el uso de hierbas para la preparación de remedios (emplastos e infusiones), rezos, rituales. Reconociendo a las personas de una manera holística para sanar y cuidar la salud. La relación entre la medicina tradicional y la religiosidad, hace referencia al ambiente y el espacio que se utiliza para las prácticas, imágenes religiosas, altares, flores, oraciones, así mismo la imposición de manos le da gran valor al contacto entre el cuerpo y el mundo espiritual. Se da gran valor a las plantas y los ancestros africanos ayudan en los rituales de sanación. También aparecen el uso de amuletos y rezos para la "protección" y representando a Dios como el que ayuda a curar las enfermedades, ya que por medio de la oración y la fe las personas consiguen la sanación. (Cartilla adaptabilidad étnica).

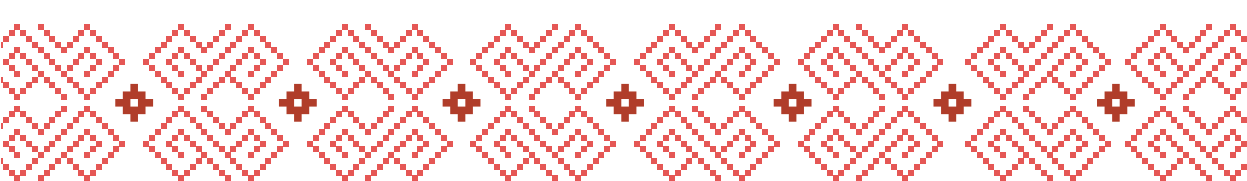
Desde las voces de las comunidades NARP se resalta como reconocen como un factor determinante para la presencia de enfermedades tales como las infecciones respiratorias y gastrointestinales y el acceso y calidad de los servicios de salud, la ubicación geográfica:

*"...es muy factible en una región de esta, de clima cálido, existen casi todas estas enfermedades y que los recursos médicos y de salud sean tan precarios..." (Negro/Afrodescendiente, Arboletes).*

Dentro de las enfermedades que se mencionan, el cáncer en mujeres (mama, ovario y cérvix) los de mayor afectación en la población negra y afrodescendiente de la región; por otra parte enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión y diabetes, también los trastornos hipertensivos en el embarazo, son identificados por los participantes:







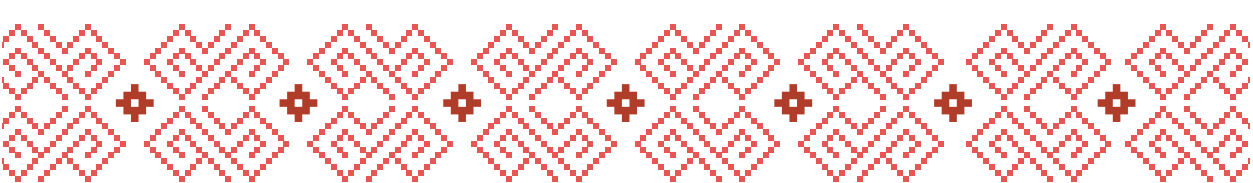
*“...es muy común la diabetes en esta región, la diabetes es quizás más peligrosa que el cáncer, ¿por qué? Porque es que la diabetes no avisa... colapsan los órganos principales, los riñones, entonces es una enfermedad sumamente grave... cáncer de ovarios, esto también es prevenible...a las mujeres como se hacen el auto reconocimiento del cáncer de mama, la mano contraria revisa los módulos que tenga y ese es un detonante que cuando ya tiene esos módulos, esa persona tiene que asistir inmediatamente a hacerse los exámenes respectivos” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes).*

Un elemento central fue los problemas relacionados con la salud mental, como lo son prostitución, drogadicción, maltrato intrafamiliar, los cuales están afectando la dinámica individual, familiar y colectiva de estas comunidades, siendo algunas de las causas de esta situación las condiciones desigualdad como pobreza, desempleo y poca educación; para ello sugieren dentro de las estrategias intersectoriales de solución la implementación de programas productivos y de autogestión que permita fortalecer las capacidades de las familias y superar las mayores inequidades en las comunidades:

*“...esto puede tener muchos factores, muchas causas, problemas entre la pareja, deudas, problemas psicológicos, drogadicción, estar en un estado de esos es facilitar de que esta determinación recurre...” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes).*

*“...enfoque en las mujeres vulnerables, ideas de empleo, perder el miedo en enfrentar los obstáculos, solucionar problemas sin conflictos, ejecutar en casa ideas productivas, como por ejemplo, un criadero de pollos, hacer postres, rellenas, hacer mazamorra, tejer, etc...” (Negro/Afrodescendiente, Arboletes).*





Se hace indispensable fortalecer la red de atención médica disponible en la región, favoreciendo una mejor oportunidad en la atención en salud, mayor acceso al portafolio de servicios de consulta médica especializada, diagnóstico e imagenología y disponibilidad de tratamientos médicos:

*“...los hospitales hoy en día se aglomeran mucho las personas, uno pide una cita médica y se la dan a determinado tiempo, no que venga tal día, una semana, no puede ser así porque se puede morir la persona, tiene que madrugar uno a las 3:00 de la mañana para coger un ficho a las 7:00...”*  
*“...una de las soluciones es dotar de profesionales especializados para una mejor oferta, debieron de tener todo eso para nosotros, esos especialistas que se necesitan para el buen cuidado de lo físico, cuerpo, mental de cada individuo...”* (Negro/Afrodescendiente, Arboletes).

### 1.4.3. Rrom o Gitanos:

De acuerdo con lo identificado en el *“Diagnóstico y medición de indicadores que ayuden al reconocimiento de las condiciones de salud, retos de atención y la generación de planes de acción en salud en el Municipio de Envigado para las minorías étnicas”*, según la información disponible para 2021 de población étnica atendida en el sistema de salud de Envigado, la distribución por sexo fue equiparable entre hombres y mujeres, destacándose las edades entre 35 y 39 años como aquellas de mayor frecuencia en consultas, a excepción del rango entre 15 a 19 y 25 a 29 años quienes no registran atenciones.



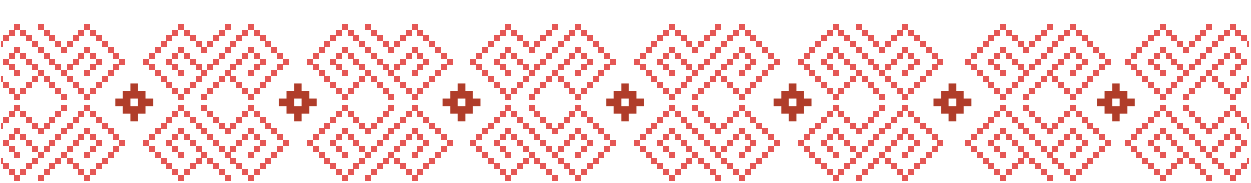
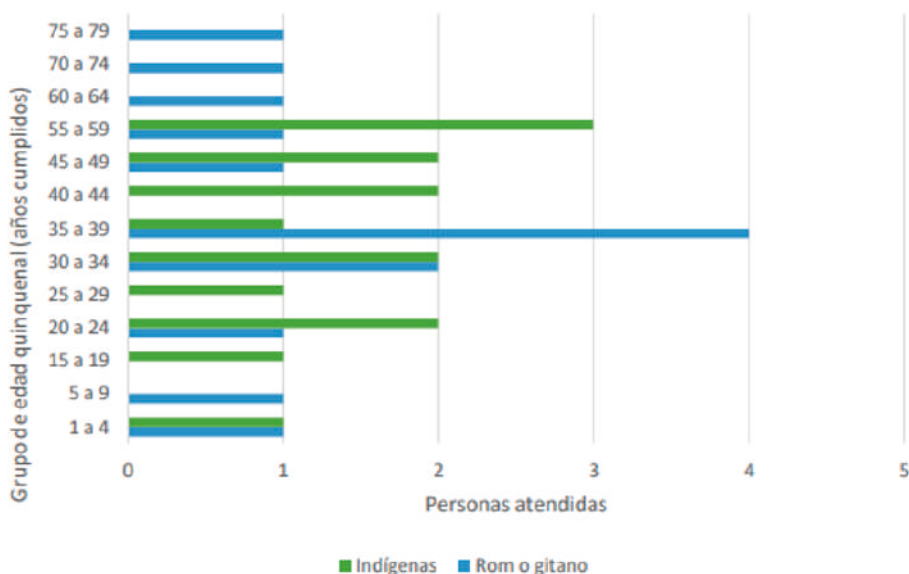


Figura 1. Distribución de frecuencia de atención de la población étnica en el municipio de Envigado, 2021

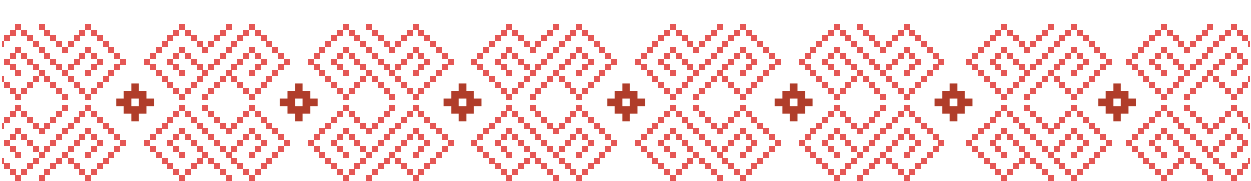


Fuente: Diagnóstico y medición de indicadores que ayuden al reconocimiento de las condiciones de salud, retos de atención y la generación de planes de acción en salud en el Municipio de Envigado para las minorías étnicas

También fue posible en esta investigación, recopilar testimonios sobre la perspectiva del pueblo Rrom sobre el talento humano en salud de Envigado- quienes los describen como “difíciles y cerrados”- ellos por el contrario se asumen como amables y dispuestos, en sus propias palabras: “Nosotros somos amables, somos abiertos para el diálogo, somos los más tratables (...) la parte difícil, difícil es con nosotros y costumbre, por eso es que nosotros somos diferentes”. Lo anterior, debe entender también como una barrera de paciente, ya que como Kumpania hay una suerte de apertura/limitación con occidente que por supuesto tiene un correlato en salud y en la garantía efectiva de sus derechos constitucionales étnicos<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Diagnóstico y medición de indicadores que ayuden al reconocimiento de las condiciones de salud, retos de atención y la generación de planes de acción en salud en el Municipio de Envigado para las minorías étnicas.





## 1.5. Análisis de situación de salud desde lo institucional

El análisis de los efectos en salud en las poblaciones étnicas de Antioquia se realizará a través de las medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión para mortalidad y morbilidad, considerando los siguientes aspectos:

- Mortalidad: se agrupará por grandes causas y subgrupo de causas y mortalidad materno infantil y en la niñez.
- Morbilidad: se agrupará de acuerdo a la lista propuesta la OMS la cual agrupa los CIE 10 en las siguientes categorías: condiciones transmisibles, maternas perinatales y nutricionales; enfermedades no transmisibles; y lesiones.

Si bien desde el Ministerio de Salud y protección social se dispone de información para las poblaciones Raizal y Palenquero de San Basilio, el análisis se centrará en aquellas que registran asentamiento en el departamento, tal es el caso de los Negros, Afrodescendientes, Rrom e Indígenas.

### 1.5.1. Identificación de las causas de mortalidad

Entre 2008 y 2021 se registraron 13.891 muertes en poblaciones étnicas, con una mediana de 10 fallecimientos (RIC 91). El mayor número de casos se concentró en las poblaciones Negras, Afrodescendientes (89%) seguido de los Indígenas (8%).



### 1.5.1.1. Indígenas

Las causas externas de mortalidad fueron el grupo de enfermedades con mayor prevalencia en la población indígena de Antioquia entre 2008-2021 siendo las agresiones las de mayor frecuencia; las enfermedades del sistema circulatorio se ubican como la segunda causa de muerte y en tercer lugar los tumores. Adicionalmente, se identifica un incremento en el número de casos de un 3% entre 2008 y 2020. Para 2021, hubo 38 muertes de las cuales las afecciones del periodo perinatal y las enfermedades del sistema circulatorio representan las causas más prevalentes para ese año.

Tabla 4. Número de defunciones - población Indígena, Antioquia 2008-2021

CAUSAS BÁSICAS DE DEFUNCIÓN POBLACIÓN INDÍGENA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>AGRESIONES CERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS</b>	3	12	10	4	3	3	10	7	21	4	7	3	3	2
<b>COD 048 TUMORES</b>	10	22	6	3	12	2	6	11	6	5	12	12	10	8
<b>000-090 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOIETICOS, Y CERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD</b>	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0
<b>000-100 ENFERMEDADES ENDOCRINALES, METABOLICAS Y METABOLICAS</b>	8	7	3	5	5	4	13	12	5	4	11	7	2	3
<b>000-090 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO</b>	5	4	1	3	1	1	0	2	2	4	3	3	3	0
<b>000-100 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO</b>	15	14	15	14	11	6	12	6	5	10	9	16	18	7
<b>000-100 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO</b>	9	10	12	11	8	11	7	8	11	7	6	12	8	2
<b>000-100 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO</b>	6	10	3	3	2	0	2	2	3	2	9	2	6	1
<b>L00-L99 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TUBERO SUCRIFEROSO</b>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
<b>M00-M99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOARTICULAR Y DEL TUBERO CONNEXIVO</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0
<b>N00-N99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITO-URINARIO</b>	4	5	4	3	0	2	0	1	2	3	2	2	0	0
<b>O00-O99 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO</b>	0	1	2	1	0	1	0	3	1	0	0	0	1	2
<b>P00-P99 CERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL</b>	0	11	5	8	6	2	7	2	7	5	8	9	3	7
<b>Q00-Q99 MALFORMACIONES CONGENITAS, DESORDENES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS</b>	2	8	2	1	1	1	4	1	4	8	6	1	3	4
<b>R00-R99 SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE</b>	1	3	4	1	1	5	3	1	1	0	2	3	5	0
<b>S00-S99 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD</b>	27	26	18	24	12	12	22	20	10	15	21	15	21	5
<b>W00-W99 CODICION PARA INVESTIGACION ESPECIALES</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	2	

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 30/11/2022

### 1.5.1.2. Afrodescendientes

Las causas básicas de defunción en la población Afrodescendiente de Antioquia son las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de las causas externas de morbilidad y mortalidad y los tumores. Para cada uno de estos grandes grupos son más representativas las siguientes agrupaciones de enfermedades: enfermedades isquémicas del corazón, agresiones y tumores de órganos digestivos respectivamente. Entre 2008 y 2021 ha habido una disminución del 61% de los fallecimientos para este grupo étnico, siendo el 2009 y el 2010 los años donde más muertes se acumularon en esta población.

Tabla 5. Número de defunciones - población Afrodescendiente, Antioquia 2008-2021

ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIÓN	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
200 000 ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	17	16	15	12	10	13	18	13	12	11	10	10	10	9
C00-D48 TUMORES	140	223	177	138	135	130	173	140	140	155	163	155	156	138
050 000 ENFERMEDADES DE LA SANABRE Y DE LOS ORGANOS HERMANOS/FOFOTECOS, Y CERROS TRACTORIOS QUE AFECTAN EL MELANISMO DE LA PUNNIDAD	5	10	7	7	3	2	7	3	5	2	2	2	3	0
000 000 ENFERMEDADES INOCENTIA, NEUROLÓGICAS Y PSICOMÉDICAS	148	108	101	101	117	141	111	124	118	117	117	117	114	9
F00-F10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0	0	1	0	0	3	1	2	1	0	1	2	3	0
060 000 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	16	18	15	7	17	12	21	14	15	5	11	14	13	9
080 000 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	262	306	323	317	329	350	350	357	345	335	342	344	344	319
I00-I99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	186	196	186	176	176	181	180	186	176	181	174	174	174	156
090 000 ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	51	52	41	20	36	29	26	43	33	46	38	30	30	0
K00-K93 ENFERMEDADES DE LA BIEL Y DEL TUBO DIGESTIVO	6	10	5	4	4	0	10	5	2	0	1	1	1	1
000 000 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO Y DEL TUBO CONDUCTIVO	7	12	7	4	7	4	9	10	6	5	3	4	1	1
J00-J99 ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITAL MASCULINO	32	44	38	23	22	16	21	37	28	25	32	18	11	11
000 000 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	2	10	1	3	6	4	4	5	3	3	5	3	0	0
P00-P09 CERTALES Y CEROS CONGENITOS EN EL PERIODO PERINATAL	21	19	21	17	24	19	19	21	19	17	11	10	14	4
000 000 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMACIONES Y ANOMALIAS CROMOSÓMICAS	13	17	10	12	10	11	10	8	12	11	3	7	3	0
000 000 INTOXICACIONES Y LESIONES Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	17	23	25	28	14	19	37	44	38	31	21	24	24	10
Y90-Y99 CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD Y DE INMORTALIDAD	129	162	156	113	112	107	208	175	180	167	142	115	119	118
000 000 CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD Y DE INMORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

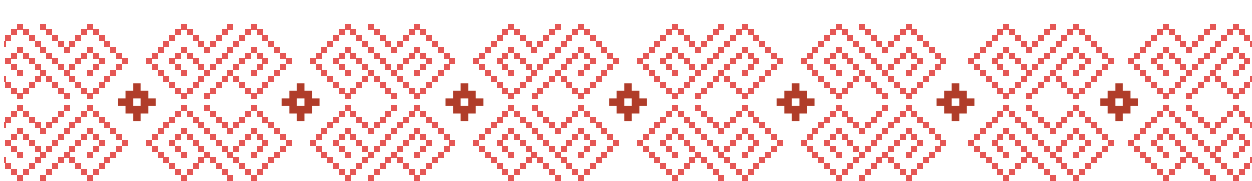
Fuente: Cubo de indicadores del SISPRO. Consultado el 30/11/2022.

## 1.5.2. Identificación de la mortalidad materna – infantil y en la niñez

### 1.5.2.1. Indicadores salud materna

Mejorar la salud materna sigue siendo una prioridad para las regiones, aún más cuando siguen presentándose altas cifras de mortalidad materna, especialmente en los pueblos indígenas quienes continúan registrando incremento en los casos. La OPS/OMS y CEPAL han identificado a los grupos étnicos como aquellos en situación más desfavorable con respecto a sus condiciones de vida, y en particular de salud. Del mismo modo, el no contar con suficiente información que permita identificar a esta población en las estadísticas vitales, se considera una limitación importante para el diseño de programas y políticas en salud pertinentes.

Los factores sociales que más influyen en la salud materna infantil son el nivel escolar, ingresos económicos y pertenecer a un grupo étnico, los cuales producen inequidades en salud, especialmente durante el embarazo y parto, lo cual puede ser evidenciado en:

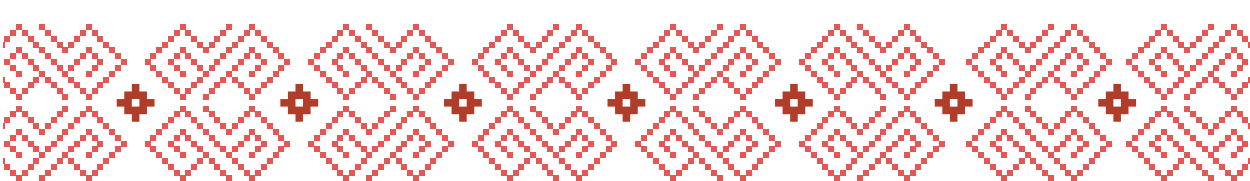


**Razón de mortalidad materna:** Las mujeres indígenas están en clara desventaja respecto a la salud sexual y reproductiva con el resto de la población, al calcular la razón de mortalidad materna en población indígena sobre la base de datos suministrada por el DANE, obteniendo razones en 2020 de 230.41 y 47.36 por 100.000 nacidos vivos para la población indígena y general respectivamente, implica una brecha igual a 4.8, es decir que una mujer indígena tiene 5 veces el riesgo de morir durante el embarazo, parto o puerperio que el que tiene una mujer antioqueña en promedio.

**Porcentaje nacidos vivos con bajo peso al nacer:** Las poblaciones étnicas tienen menor acceso a los servicios de planificación familiar y a métodos anticonceptivos seguros, lo cual incrementa el riesgo de embarazo adolescente y la multiparidad, siendo estos factores de riesgo para el bajo peso al nacer; en Antioquia al 2020, la población negra e indígena reportan el mayor porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer entre los demás grupos étnicos con un incremento promedio entre 2019 y 2020 de 35%.

**Partos atendidos por personal cualificado:** Las muertes maternas en un alto porcentaje son causadas por complicaciones derivadas cerca del parto (hemorragias, retención fetal, infección, eclampsia, es por esta razón que se debe asegurar que en cada parto haya presencia de un agente en salud capacitado que atienda el alumbramiento y que identifique en qué momento desplazarse a otro establecimiento de salud cuando se requiera la remisión de emergencia. Las mujeres indígenas o afrodescendientes, tienen menor probabilidad de dar a luz con asistencia del parto cualificada; en Antioquia, entre 2015 y 2020 se identifica a la población indígena como aquella con menor porcentaje de partos atendidos por personal calificado, pasando de 75.23% en 2015 a 63.59% en 2020, lo cual representa una disminución en la proporción del 15.47% entre un período y otro.





**Acceso a servicios de salud con calidad durante el embarazo y parto:** La población indígena y afrodescendiente muestran una salud más deficiente y menor acceso a los servicios de salud durante el embarazo y parto; una de las estrategias de mayor importancia para mejorar la atención del parto y aumentar las probabilidades de salud de las poblaciones, es la mejora de las instituciones de salud, entiéndase como el mejoramiento de la calidad de los servicios ofertados y el reconocimiento por parte de las comunidades para de esta manera aumentar su demanda; existe una asociación entre el maltrato a la mujer debido a la actitud inadecuada del personal sanitario y cómo esta repercute negativamente en los resultados en salud.

- En 2020, el porcentaje promedio de nacidos vivos con 4 o más consultas de control en grupos étnicos fue de 35%, siendo menor en la población Afrodescendiente, Indígena y Palenquera (9.92%, 14.24% y 25%).
- El porcentaje de partos atendidos en instituciones de salud es bajo entre las minorías étnicas, siendo aún menor en población indígena, quienes en promedio el 70% de los partos son atendidos institucionalmente; es pertinente evaluar los procesos de atención materna en las instituciones de salud al servicio de poblaciones indígenas, asegurando una mayor sensibilización del personal de salud en las normas culturales relativas al parto, permitiendo aplicar aquellas que no comprometan el proceso de atención, como por ejemplo la presencia de una persona de confianza de la paciente durante el parto, así como la posibilidad de que la parturienta escoja la posición vertical para el parto o la posibilidad de deambular durante el trabajo de parto.





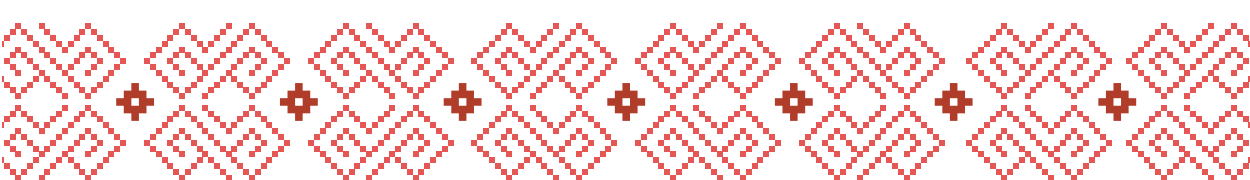
Tabla 6. Indicadores de salud materna por pertenencia étnica, Antioquia 2020

INDICADOR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Cambio % 2015-2020	Minigráfico
<b>PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL</b>								
1- INDIGENA	43,17	50,00	42,46	39,24	44,99	44,48	3,04	
2- ROM (GITANO)	18,67	80,00	50,00		100,00	40,00	140,00	
3- RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)	85,71	100,00	86,87	83,33	83,33	100,00	16,87	
4- PALENQUERO DE SAN BASILIO	87,50	50,00	100,00	75,00	100,00	75,00	-14,29	
5- NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	76,82	79,07	79,61	79,56	81,15	76,69	-0,16	
6- OTRAS ETNIAS	91,87	91,79	91,17	90,89	90,67	87,68	-4,56	
<b>PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO</b>								
1- INDIGENA	75,23	75,71	72,03	61,49	67,83	63,59	-15,47	
2- ROM (GITANO)	18,67	100,00	100,00		100,00	33,33	100,00	
3- RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
4- PALENQUERO DE SAN BASILIO	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
5- NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	98,57	98,78	98,74	98,61	97,89	96,51	-2,10	
6- OTRAS ETNIAS	99,63	99,59	99,55	99,56	99,57	99,45	-0,18	
<b>PORCENTAJE DE PARTOS INSTITUCIONALES</b>								
1- INDIGENA	74,84	76,68	71,72	62,39	67,03	63,29	-15,43	
2- ROM (GITANO)	18,67	100,00	100,00		100,00	40,00	140,00	
3- RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
4- PALENQUERO DE SAN BASILIO	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
5- NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	98,46	98,90	98,67	98,43	97,91	96,36	-2,14	
6- OTRAS ETNIAS	99,58	99,53	99,48	99,53	99,54	99,39	-0,19	
<b>RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA A 42 DIAS</b>								
1- INDIGENA	305,81	315,46				230,41	-24,85	
5- NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	178,57	140,79	45,15	143,61	60,42		-100,00	
6- OTRAS ETNIAS	38,81	48,24	28,95	34,89	33,85	47,30	28,49	

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 30/11/2022.

### 1.5.2.2. Indicadores salud infantil

Dentro de las acciones implementadas para medir el comportamiento de la mortalidad infantil frente al desarrollo de estrategias que buscan disminuir los casos, se ha logrado observar que aquellas que son evitables, por ejemplo, las muertes por causas vinculadas al entorno tal es el caso de los fallecimientos por diarrea y enfermedades respiratorias, suelen disminuir primero; cuando estas muertes disminuyen, aumenta la mortalidad neonatal asociada a factores no modificables, como por ejemplo las malformaciones congénitas y los problemas asociados al embarazo y parto.

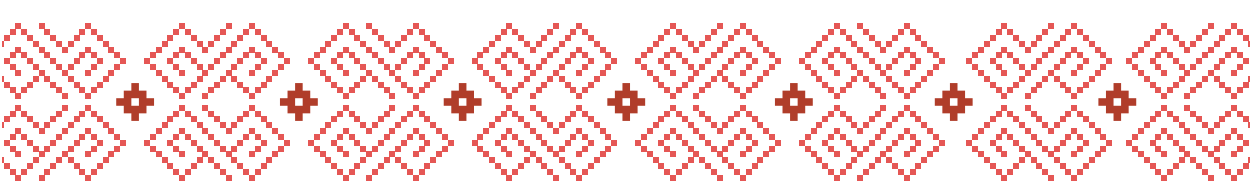


Sin embargo, la mortalidad infantil y en la niñez de los grupos indígenas y afrodescendientes es más alta que en la población que no pertenece a estas minorías, esta diferencia refleja las inequidades que sufren estos grupos sociales en todo el mundo, pues esta sobremortalidad no es exclusiva de países pobres como Perú, Brasil e India, si no también se presenta en países desarrollados como Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda<sup>4</sup>. En América latina, la mortalidad infantil en las poblaciones indígenas es de un 60% mayor a las comunidades no indígenas. Otros estudios han puesto en evidencia la relación entre la inequidad, etnia y otros factores, tal es el caso de los menores afrodescendientes en quienes se asocia la mortalidad neonatal con altos niveles de segregación espacial, pobreza y bajos niveles de poder político (Krieger, 2000). En América Latina, las mayores diferencias identificadas en la mortalidad infantil se relacionan con la riqueza y educación de la madre, siendo las poblaciones indígenas y afrodescendientes quienes por los niveles altos de pobreza, bajo nivel educativo, menor uso de los servicios de atención prenatal y además lejanía geográfica.

Es relevante analizar además del comportamiento de los indicadores de mortalidad en este curso de vida, también las causas de aquellas muertes consideradas evitables, ya que condiciones de vida adecuada y acceso oportuno a los servicios sanitarios podrían agudizarse en la medida en que el niño y la niña crecen. Así mismo reconocer que se han aunado esfuerzos desde todos los actores que participan en el proceso de atención infantil (educación, salud, vivienda, seguridad, alimentación etc.) para disminuir las barreras de atención y favorecer el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y niñas de todo el territorio nacional, sin embargo, los esfuerzos no son suficientes pues persisten brechas de acceso según origen étnico y área de residencia.

<sup>4</sup> Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes. CEPAL, Santiago de Chile.





Por lo anterior es necesario que se aumente el acceso a los servicios sanitarios y haya un mejoramiento en la calidad de la atención médica, además se requiere que las acciones sean direccionadas equitativamente entre todos los grupos poblacionales, ampliando las coberturas en programas que salvan vidas, dirigidos al recién nacido y población de bajo peso y enfermos, como canguro, reanimación del recién nacido, tratamiento de sepsis neonatal (Unicef, 2018).

**Tasa de mortalidad perinatal:** La tasa de mortalidad perinatal disminuyó un 75% entre 2014 y 2020, pasando de 18.93 casos a 4.63 fallecimientos en población indígena.

**Tasa de mortalidad neonatal:** Los indígenas presentaron un incremento de la tasa de mortalidad neonatal del 88.36% con respecto al 2020. Al comparar estas cifras con las generadas en la población general, es posible identificar que, por cada muerte ocurrida en el periodo neonatal en población general, se presentan 2 muertes en población Indígena.

**Tasa de mortalidad en menores de 1 año de edad:** entre 2015 y 2020 ha disminuido un 16% en promedio en todos los grupos étnicos, evidenciado un mejor comportamiento en la población indígena, quien pasó de una tasa de 45.87 casos en 2015 a 27.65 fallecimientos por cada 1000 nacidos vivos en 2020.



Tabla 7. Indicadores de salud infantil por pertenencia étnica, Antioquia 2020.

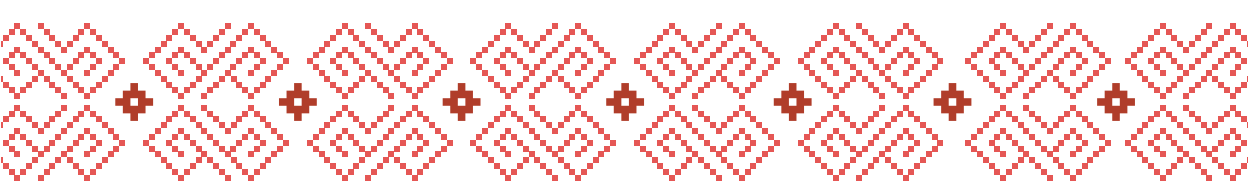
INDICADOR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Cambio % 2016-2020	Minigráfico
<b>TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO DE EDAD</b>								
1- INDIGENA	45,87	34,04	37,13	45,95	39,39	27,85	-39,72	
2- ROM (GITANO)								
3- RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)								
4- PALENQUERO DE SAN BASILIO								
5- NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	15,63	15,02	14,90	11,01	10,68	15,88	1,65	
6- OTRAS ETNIAS	8,37	8,45	8,79	8,17	8,50	7,43	-11,31	
<b>TASA DE MORTALIDAD NEONATAL</b>								
1- INDIGENA	0,12	22,08	24,75	28,26	10,54	11,52	88,98	
2- ROM (GITANO)								
3- RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)								
4- PALENQUERO DE SAN BASILIO								
5- NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	9,82	10,32	10,84	7,18	4,83	8,89	-9,44	
6- OTRAS ETNIAS	5,30	5,33	5,63	5,23	5,64	5,06	-4,60	
<b>TASA DE MORTALIDAD PERINATAL</b>								
1- INDIGENA		18,93	12,38	13,13	6,56	4,61	-75,65	
2- ROM (GITANO)								
3- RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)								
5- NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	0,25	6,57	8,13	4,31	3,02	0,59	11,82	
6- OTRAS ETNIAS	3,74	3,74	3,69	3,65	3,91	3,77	0,91	

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 30/11/2022.

### 1.5.2.3. Etnia y área de residencia

En 2020, se observa un descenso en la razón de la mortalidad materna en la cabecera municipal y un marcado aumento en el área rural, predominando el riesgo en centros poblados. Una vez más, se corrobora que el área de residencia habitual, se comporta como un determinante importante para la ocurrencia de la muerte materna.

En 2020, se observa un aumento en la razón de la mortalidad materna en la cabecera municipal pasando de un 26.7 a 34.8 (diferencia de 8.05 puntos) y un marcado aumento en el área rural, predominando el riesgo en centros poblados. Una vez más, se corrobora que el área de residencia habitual, se comporta como un determinante importante para la ocurrencia de la muerte materna.



Para la mortalidad neonatal se evidencia un discreto aumento en todas las áreas de residencia. Para el año 2020, se presentó la tasa de mortalidad más alta en el área rural dispersa.

Tabla 8. Indicadores de razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Antioquia, 2019-2020

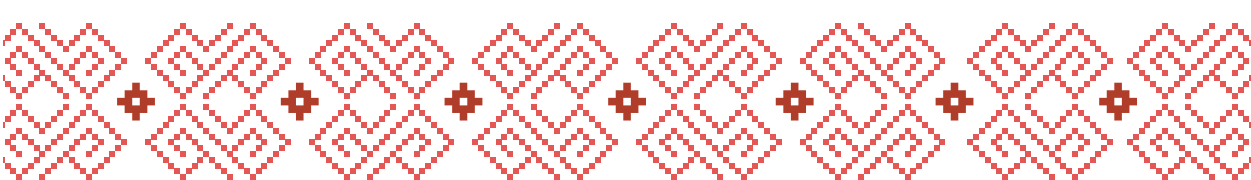
Área	2019	2020	Cambio	Resumen gráfico	
<b>Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos</b>					
Cabecera	26,7	34,8	8,05	Cabecera	
Centro Poblado	71,7	92,3	20,64	Centro Poblado	
Área rural dispersa	55,6	86,1	30,49	Área rural dispersa	
<b>Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos</b>					
Cabecera	5,2	4,7	-0,5	Cabecera	
Centro Poblado	6,9	4,6	-2,28	Centro Poblado	
Área rural dispersa	7,1	7,4	0,3	Área rural dispersa	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) - Registro de Estadísticas Vitales - DANE

### 1.5.3. Identificación de las diez primeras causas de consulta en Antioquia

Estudiar la morbilidad en los grupos étnicos es necesaria puesto que permite identificar el comportamiento de las condiciones de salud y enfermedad de los mismos, así como las posibles causas de su comportamiento y con ello planear las acciones que se implementarán en los territorios en función de la promoción y mantenimiento de la salud de las comunidades.





Es importante mencionar que al transcurrir el tiempo, se han ido incrementando las atenciones según grandes causas, lo cual podría ser explicado por las acciones de sensibilización para la identificación étnica en los registros en salud, entendiéndose como una necesidad a resolver para la búsqueda de estrategias que promuevan acciones más equitativas en la distribución de recursos según las regiones y poblaciones; se debe continuar trabajando en el fortalecimiento en la calidad de los registros en salud generados asegurando la mayor concordancia entre las diferentes fuentes de información disponibles y la dinámica social de las comunidades con un especial énfasis en las poblaciones rurales, siendo estas las de menor cobertura por los programas estatales (partos no institucionalizados, registro civil tardío, pocos o ausencia de control prenatal, etc)<sup>5</sup>.

### 1.5.3.1. Rrom o Gitanos

Entre 2009 y 2021 se atendieron 148.798 motivos de consulta en este grupo étnico, de las cuales el 64% correspondieron a enfermedades no transmisibles, el 18% a signos y síntomas mal definidos, 9% condiciones transmisibles y nutricionales, lesiones y condiciones maternas perinatales las de menor frecuencia (6% y 3%).

- Enfermedades no transmisibles con 95.800 consultas de las cuales el 18.65% correspondió a condiciones orales y el 17.24% a enfermedades cardiovasculares; entre 2020 y 2021 se evidencia un incremento del 3.29% en las atenciones por condiciones orales, mientras que las atenciones por Diabetes Mellitus tuvieron una disminución del 4.58% en ese mismo periodo.
- Signos y síntomas mal definidos con 27.226 atenciones lo cual corresponde a un 18% del total de consultas.

<sup>5</sup> Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia disponible en <https://www.paho.org/col/dmdocuments/Equidad%20en%20salud.pdf>

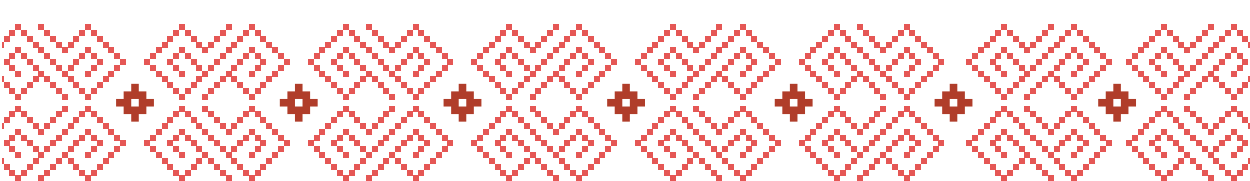


- Condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 9% del total de atenciones del departamento es decir 12.995 consultas en el periodo, siendo las de mayor frecuencia las enfermedades infecciosas y parasitarias (50.99%) y las infecciones respiratorias (40.47%).
- Lesiones con 8.481 atenciones, de las cuales el 3% correspondieron a Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas.
- Condiciones materno perinatales, 4.296 atenciones que representaron el 98.16% de las consultas en este grupo étnico, siendo las condiciones maternas las de mayor frecuencia 98.16%.

Tabla 9. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Rrom, Antioquia

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total de atenciones en la Población Rrom											Tendencia			
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		2020	2021	Δ PP 2020-2021
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, C00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H05-H06, E00-E02, E40-E44, E50, D50-D53, D64.9, E51, E54)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, C00, G03-G04 (N70-N73))	38,05	39,47	47,09	48,14	55,40	40,53	61,11	60,94	53,31	55,90	51,16	58,58	55,98	56,40	↑
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H05-H06)	51,06	51,79	45,39	45,65	29,91	53,75	31,79	31,12	34,50	35,95	39,10	37,87	39,37	40,47	↑
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E44, E50, D50-D53, D64.9, E51-E54)	10,25	8,75	6,50	0,21	14,80	5,72	7,90	7,94	12,19	8,15	7,65	5,56	5,05	6,89	↑
Condiciones materno perinatales (O00-O99, P00-P99)	Condiciones maternas (O00-O99)	39,85	39,25	39,22	34,69	34,13	34,40	34,43	30,00	30,54	30,00	30,54	30,00	30,73	30,77	↑
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P99)	0,37	0,75	2,78	5,31	0,87	0,80	1,57	0,00	1,32	0,00	1,06	0,00	1,27	1,27	↑
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D50-D64 (menor D64.9), D65-D88, E00-E07, E10-E16, E20-E34, E85-E88, F01-F99, G00-G98, H00-H61, H68-H99, I00-I99, J00-J98, K00-K82, N00-N94, N70-N98, L90-L98, M00-M99, O00-O99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	82,18	84,87	1,56	1,28	0,99	1,04	3,72	1,61	2,68	1,16	2,14	1,62	1,86	0,62	↓
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,47	0,80	2,33	4,34	1,63	1,46	2,73	2,04	0,67	0,93	0,91	1,22	2,80	1,47	↑
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,22	0,86	4,73	1,77	3,99	2,85	1,86	5,05	4,04	3,78	4,20	10,00	5,41	6,58	↑
	Disturbios endocrinos (D50-D64 excepto D64.9, D65-D88, E00-E07, E10-E16, E20-E34, E85-E88)	2,17	1,48	3,16	2,79	4,23	4,01	4,23	4,41	3,89	4,50	6,03	5,00	6,58	1,58	↑
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G00-G98)	1,11	1,10	1,90	1,38	1,52	2,02	4,67	5,14	6,86	5,42	6,87	5,10	6,42	1,32	↑
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H91, H93-H93)	3,65	5,28	4,81	3,83	5,49	5,57	0,80	7,38	7,16	6,00	5,44	5,68	7,46	1,48	↑
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12,15	11,37	10,13	13,68	17,76	18,49	13,21	13,36	17,73	22,63	17,51	23,11	19,47	20,85	↑
	Enfermedades respiratorias (J00-J98)	3,69	2,01	4,70	2,45	8,86	9,48	7,16	3,31	3,33	2,70	3,23	2,42	2,00	2,82	↑
	Enfermedades digestivas (K00-K93)	4,25	5,56	6,97	5,27	7,29	5,28	4,05	4,62	5,06	6,74	5,00	5,47	6,77	1,30	↑
	Enfermedades genitourinarias (N00-N94, N70-N98)	10,53	8,82	13,92	10,48	9,21	9,18	16,00	13,45	12,78	10,55	12,34	11,08	9,26	10,82	↑
Enfermedades de la piel (L00-L98)	3,48	3,18	5,38	3,50	5,01	4,04	4,32	3,80	3,06	3,93	3,29	3,82	3,36	3,47	↑	
Enfermedades músculo-esqueléticas (M00-M99)	8,41	6,50	13,65	9,55	12,81	14,45	14,88	12,50	15,17	12,48	12,44	13,41	14,04	0,63	↑	
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,24	0,22	0,20	0,04	0,77	0,36	0,21	4,82	0,48	0,29	0,49	0,17	0,19	0,62	↑	
Condiciones otras (K00-K14)	15,08	10,81	17,11	28,23	20,02	23,75	17,67	18,40	10,87	18,66	21,13	11,29	14,58	5,26	↑	
Lesiones (V01-V99, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-V99, Y40-Y96, Y68, Y69)	3,92	2,26	3,78	5,44	1,42	2,90	13,27	4,33	2,88	3,00	8,00	8,04	5,75	5,89	↑
	Lesiones intencionales (X00-X09, Y30-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24	0,13	0,00	0,00	0,00	1,70	0,69	0,00	0,69	↑
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	↑	
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	36,08	37,74	39,22	34,56	35,50	36,89	36,61	35,57	37,11	39,20	31,40	33,37	34,25	0,00	↑	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	6 (1)	

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 15/01/2022.



### 1.5.3.2. Negros, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueros (NARP)

Durante los años transcurridos entre 2009 y 2021 se generaron en Antioquia 572.804 atenciones en la población NARP, en donde predominaron los diagnósticos asociados a las enfermedades no transmisibles (64%), seguido de signos y síntomas mal definidos (18%), condiciones transmisibles y nutricionales (8%) y en menor proporción lesiones y condiciones materna perinatales (5% y 4% respectivamente).

- Enfermedades no transmisibles con 1.840.864 consultas de las cuales el 21.75% correspondió a enfermedades cardiovasculares y el 17.16% a condiciones orales; entre 2020 y 2021 se evidencia un incremento del 3.17% en las atenciones por condiciones orales, a diferencia de las enfermedades cardiovasculares las cuales tuvieron una disminución del 3.88% en ese mismo periodo.
- Signos y síntomas mal definidos con 522.615 atenciones lo cual corresponde a un 18% del total de consultas.
- Condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 8% del total de atenciones del departamento es decir 241.988 consultas en el periodo, siendo las de mayor frecuencia las enfermedades infecciosas y parasitarias (50.33%) y las infecciones respiratorias (39.81%), las cuales registraron un incremento del 10.41% y una disminución del 10.70% respectivamente entre 2020 y 2021.
- Lesiones con 148.817 atenciones, de las cuales el 94.52% correspondieron a Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas.
- Condiciones materno perinatales, 109.738 atenciones que representaron el 4% de las consultas en este grupo étnico, siendo las condiciones maternas las de mayor frecuencia 97.33%.





Tabla 10. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Negra, Afro, Raizal y Palenquera, Antioquia

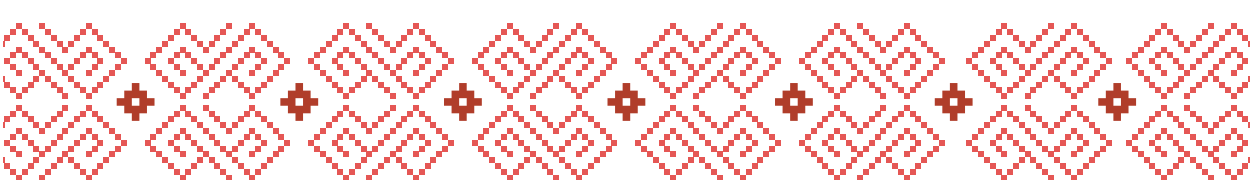
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total de atenciones en la Población Negra, Afro, Raizal y Palenquera													Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Condiciones cardiovasculares y respiratorias (A00-B99, C00-C84, N70-N73, J10-J18, J19-J21, J20-J22, H65-H93, E40-E43, E44, E45, D30-D33, D34-D37, E70)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, C00-C84, N70-N73)	39,78	45,29	42,26	49,69	45,97	49,75	55,12	54,33	52,04	51,26	52,51	55,13	65,54	10,41
	Infecciones respiratorias (J10-J18, J19-J21, J20-J22, H65-H93)	51,09	47,48	49,34	42,17	44,15	41,21	39,40	37,39	35,93	35,96	36,09	34,08	23,38	-10,70
	Deficiencias nutricionales (E40-E42, E43-E45, E44, E45, D30-D33, D34-D37, E70)	6,13	7,24	8,35	8,14	8,88	9,04	8,40	8,28	11,95	11,87	11,90	10,80	11,66	0,86
	Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P90-P96)	26,87	21,84	24,85	27,21	27,01	26,33	26,92	26,12	26,93	26,90	26,54	26,83	26,31	-0,52
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D50-D84 (menos D84.0), D49-D83, E50-E67, E70-E73, E20-E24, E50-E58)	Condiciones maternas (O00-O99)	4,53	6,30	3,25	2,70	2,99	4,07	4,10	0,88	0,27	6,10	0,46	0,47	0,50	0,03
	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,75	1,44	1,68	4,02	2,80	2,64	2,31	2,31	1,84	2,03	1,61	3,37	4,13	0,76
	Otras neoplasias (C00-D48)	1,33	1,90	2,53	2,12	2,23	1,86	1,77	2,42	1,58	1,40	1,44	1,48	2,03	0,55
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,14	3,90	4,51	2,45	4,75	3,89	3,59	4,10	5,68	5,35	5,72	6,36	6,87	0,50
	Trastornos endocrinos (E50-E67, E70-E73, E20-E24, E50-E58)	3,25	3,98	4,54	4,17	4,19	4,55	4,36	4,53	4,32	4,83	5,07	5,44	5,20	-0,17
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F39, G00-G28)	1,01	1,61	1,41	1,51	1,36	1,87	5,37	5,50	4,71	4,85	5,16	5,09	5,37	0,27
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H59)	4,41	4,63	4,38	4,76	5,75	4,80	5,49	6,21	5,71	5,45	5,08	5,15	5,98	0,83
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	110,91	122,47	122,79	116,20	123,48	121,36	118,12	121,21	122,01	122,51	121,38	127,60	125,85	18,25
	Enfermedades respiratorias (J10-J18)	5,18	5,33	4,42	3,75	4,35	4,46	4,34	3,20	2,76	2,96	2,67	2,34	2,50	0,16
	Enfermedades digestivas (K00-K93)	8,14	7,50	8,41	7,44	5,04	6,63	6,22	5,31	4,86	4,63	5,23	5,25	5,01	-0,24
Enfermedades genitourinarias (N00-N99, K50-K59)	10,08	10,26	10,85	11,40	9,50	10,29	14,70	13,78	12,73	13,21	11,56	11,07	11,86	0,79	
Enfermedades de la piel (L00-L99)	8,16	4,98	5,27	4,12	4,42	4,16	4,22	3,76	3,63	3,66	3,17	3,05	3,29	0,24	
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,47	12,61	13,16	11,60	11,76	12,69	13,77	14,19	13,09	12,32	12,54	12,24	12,21	-0,03	
Atenías congénitas (Q00-Q99)	0,47	0,40	0,32	0,29	0,31	0,36	0,43	0,47	0,33	0,29	0,27	0,14	0,22	0,08	
Condiciones otras (S00-S14)	25,13	18,73	18,42	27,30	28,80	19,75	17,32	16,99	18,48	16,76	16,07	8,68	11,85	3,17	
Lesiones (A00-Y89, Z00-Z99)	Lesiones no infecciosas (T00-T89, Y40-Y89, Y90, Y91)	2,30	2,31	4,17	2,71	3,01	4,12	3,82	4,69	4,16	6,73	7,18	5,06	6,06	1,00
	Lesiones infecciosas (S00-S99, T50-T89, Y90, Y91)	0,26	0,27	0,20	0,38	0,10	0,46	0,24	0,13	0,63	0,89	0,76	0,85	0,96	0,10
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y85-Y89, Y92)	0,00	0,37	0,00	0,24	0,09	0,14	0,15	0,06	0,00	0,18	0,06	0,02	0,02	0,01
	Trasfusiones, quemaduras o algunas otras consecuencias de causas externas (S00-S99)	97,44	127,65	14,83	18,67	16,81	16,28	16,75	16,93	16,21	12,20	12,00	14,17	12,45	-1,72
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	0,00

Fuente: Cubo de indicadores SISPPO. Consultado el 15/01/2022.

### 1.5.3.3. Indígena

Entre 2009 y 2021, en los indígenas de Antioquia las atenciones por grandes causas se comportaron de la siguiente manera:

- Enfermedades no transmisibles con 363.116 consultas, es decir el 60% de las atenciones realizadas por los prestadores de salud del departamento; de las cuales el 21.3% correspondió a condiciones orales y el 17.37% a enfermedades cardiovasculares; entre 2020 y 2021 se evidencia un incremento del 3.45% en las atenciones por condiciones orales, a diferencia de las enfermedades cardiovasculares las cuales tuvieron una disminución del 3.80% en ese mismo periodo.



- Signos y síntomas mal definidos con 106.181 atenciones lo cual corresponde a un 18% del total de consultas.
- Condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 12% del total de atenciones del departamento es decir 69.806 consultas en el periodo, siendo las de mayor frecuencia las enfermedades infecciosas y parasitarias (48.66%) y las infecciones respiratorias (40.33%), las cuales registraron una disminución del 7.57% y un incremento del 8.47% respectivamente entre 2020 y 2021.
- Lesiones con 40.215 atenciones, de las cuales el 92.14% correspondieron a traumatismos, envenenamientos o algunas otras consecuencias de causas externas.
- Condiciones materno perinatales, 22.473 atenciones que representaron el 4% de las consultas en este grupo étnico, siendo las condiciones maternas las de mayor frecuencia 92.68%.



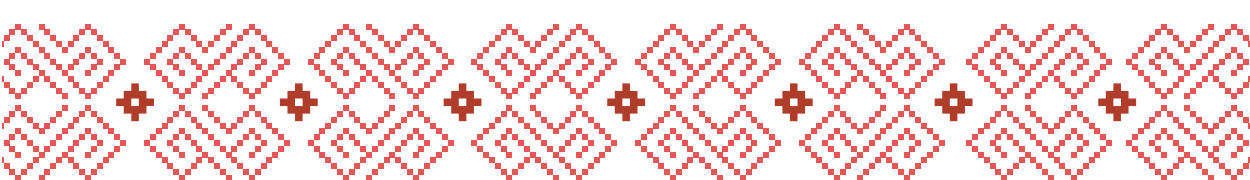
Tabla 11. Principales causas de morbilidad atendida por curso de vida, Población Indígena, Antioquia

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total de atenciones en la Población Indígena												Tendencia	
		2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		2021
Condiciones transmisibles y no transmisibles (A00-B99, C00-C94, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H96, E00-E02, E80-E86, E50, D60-D63, D64.9, E51, E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, C00, C03, C04, N70, N73, J00, J06, J10-J18, J20-J22, H65-H96)	40.36	45.03	36.90	35.15	43.77	45.26	49.23	52.73	47.82	52.76	53.09	134.45	155.68	175.57
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H96)	47.91	55.17	36.44	30.33	47.81	43.67	42.16	40.26	42.66	38.70	37.26	25.60	39.06	5.18
	Defecciones transmisibles (E00-E02, E40-E43, E50, D60-D63, D64.9, E51-E64)	11.71	18.80	26.66	11.51	8.43	11.73	8.67	6.99	11.95	8.51	9.03	10.96	10.06	0.80
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-C06)	95.31	86.02	84.19	82.00	85.63	90.22	91.67	98.41	98.91	97.24	94.99	95.15	99.50	1.18
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	4.68	15.98	15.61	15.00	10.17	9.73	8.33	3.53	1.00	0.70	5.01	4.85	0.50	0.33
Enfermedades no transmisibles (C00-C87, D00-D48, D65-D94 (excluye D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E19, E20-E34, E65-E88, F01-F30, G00-G08, H00-H61, H88-H93, I00-I09, J30-J38, K00-K02, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, O00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0.56	1.10	2.83	5.29	0.00	3.92	4.35	1.93	2.03	1.70	3.32	5.95	3.24	10.71
	Otros neoplasias (D00-D48)	0.77	1.68	2.02	1.72	1.84	1.10	1.15	1.20	1.10	0.94	1.31	1.19	2.16	0.80
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2.61	3.20	5.64	2.89	3.89	3.41	3.25	3.28	3.13	3.49	3.33	5.18	4.95	10.23
	Distonías endocrinas (E65-D94 excluye D64.9, D65-D89, E60-E07, E10-E19, E20-E34, E65-E88)	4.64	5.08	5.99	4.95	4.39	6.12	4.47	4.53	4.07	4.27	5.19	4.81	5.51	6.30
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F30, G00-G38)	1.44	1.80	1.52	1.01	1.57	1.98	5.98	6.88	6.03	5.72	5.08	6.47	6.07	6.00
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H88-H93)	5.27	5.75	5.44	5.14	5.97	5.18	5.96	7.04	6.04	4.97	4.54	4.50	5.31	6.17
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I09)	14.82	21.74	21.02	16.67	15.20	17.42	15.15	14.67	15.67	15.50	16.96	21.27	17.47	18.21
	Enfermedades respiratorias (J30-J38)	3.17	6.51	3.69	4.22	5.08	4.75	4.14	3.13	3.72	2.78	2.61	2.40	2.53	6.13
	Enfermedades digestivas (K00-K30)	6.45	8.07	6.53	6.58	5.83	8.56	6.06	6.01	5.69	7.01	6.00	6.34	6.85	6.17
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10.43	8.15	8.48	9.77	10.25	10.14	12.74	11.96	13.68	12.97	12.48	13.74	12.71	11.33
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5.64	5.52	4.52	4.83	5.00	4.53	4.00	4.00	4.12	3.35	3.45	4.29	3.78	4.53
	Enfermedades músculo-esqueléticas (M00-M99)	12.49	12.35	10.71	9.68	11.73	11.52	11.98	13.57	13.11	12.62	11.55	11.80	12.58	11.19
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.15	0.62	2.24	1.01	0.64	0.48	0.73	0.62	0.44	0.29	0.47	0.23	0.35	0.13
	Condiciones óseas (M80-M84)	30.74	18.35	19.34	26.85	23.54	21.67	20.38	21.60	20.28	24.83	23.73	12.83	19.28	3.88
Lesiones (T01-T99, S00-T98)	Lesiones no intencionales (T01-T98, Y40-Y89, Y90, Y92)	1.80	7.53	2.66	3.38	15.63	3.27	17.26	7.75	4.80	5.38	6.44	6.43	6.27	4.18
	Lesiones intencionales (S00-Y39, Y35-Y36, Y80, Y87)	0.60	0.00	1.83	0.00	0.40	0.19	0.95	0.45	0.22	1.56	0.79	1.44	0.95	0.49
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (T10-Y34, Y87Z)	0.00	0.43	0.00	0.11	0.04	0.00	0.00	0.00	0.22	0.00	0.17	0.00	0.02	0.12
	Traumatismos, envenenamientos e algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	16.20	12.94	15.51	16.51	14.54	16.54	12.65	11.79	14.96	13.00	12.61	12.13	12.70	6.59
Ejemplos y síntomas más 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

Fuente: Cubo de indicadores Sistema SISPRO. Consultado el 15/01/2022.

## 1.6. Reporte de población con discapacidad

Es importante señalar que los grupos étnicos no tienen una visión unificada respecto a la discapacidad; por ejemplo, en algunas lenguas indígenas, no existe la expresión “personas con discapacidad”, o los términos que existen son peyorativos o solo abarcan determinados tipos de discapacidad, o algunos otros, tienen una visión muy positiva frente a sus miembros con discapacidad por considerar que tienen dones especiales como una fuente de sabiduría o un contacto positivo con los espíritus o la vida espiritual o filosófica. Sin embargo, por efecto



del contacto e influencia ejercida por la cultura occidental, pareciera ser que en algunas comunidades dicha actitud positiva se ha ido tornando cada vez más negativa (ONU, 2013). Es por esta razón, que se debe favorecer las condiciones en el territorio para que la atención en salud sea culturalmente competente y que promueva la inclusión de estos individuos en la comunidad, respetando su cosmovisión, tradiciones y características del territorio. Así mismo, las poblaciones étnicas tienen más probabilidades de experimentar discapacidad debido a las condiciones de desigualdad a comparación de la población general, a razón de: altos niveles de pobreza, mayor exposición a la degradación del medio ambiente, alto impacto por grandes proyectos de desarrollo (represas o actividades mineras), mayor riesgo a ser víctimas de violencia; así como el riesgo de exposición a los desastres y emergencias ya que en su mayoría las poblaciones étnicas viven en zonas de riesgo (cambio climático, medio ambiente, conflictos armados, militarización etc.)<sup>6</sup> A 2021, se reportaron 5.951 discapacidades en 3.159 personas<sup>7</sup>. El tipo de alteración permanente más frecuente identificada en los grupos étnicos para este periodo fueron las relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con un 27.6% en promedio, seguido de aquellas del sistema nervioso con un promedio del 23.7%.

Tabla 12. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo étnico, Antioquia, 2021

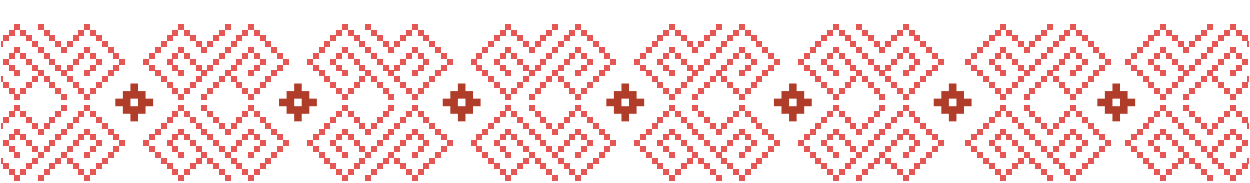
Tipo de discapacidad	Rrom		Indígena		NARP	
	N° Personas	%	N° Personas	%	N° Personas	%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	88	28,76	339	25,47	1240	28,74
El sistema nervioso	75	24,51	304	22,84	1025	23,76
Los ojos	44	14,38	197	14,8	681	15,79
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	14	4,58	97	7,29	332	7,7
Los oídos	26	8,5	104	7,81	265	6,14
La voz y el habla	29	9,48	168	12,62	418	9,69
La digestión, el metabolismo, las hormonas	11	3,59	47	3,53	121	2,8
El sistema genital y reproductivo	9	2,94	42	3,16	120	2,78
La piel	3	0,98	18	1,35	59	1,37
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	7	2,29	15	1,13	53	1,23

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 01/08/2022.

<sup>6</sup> Enfoque diferencial y discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social.

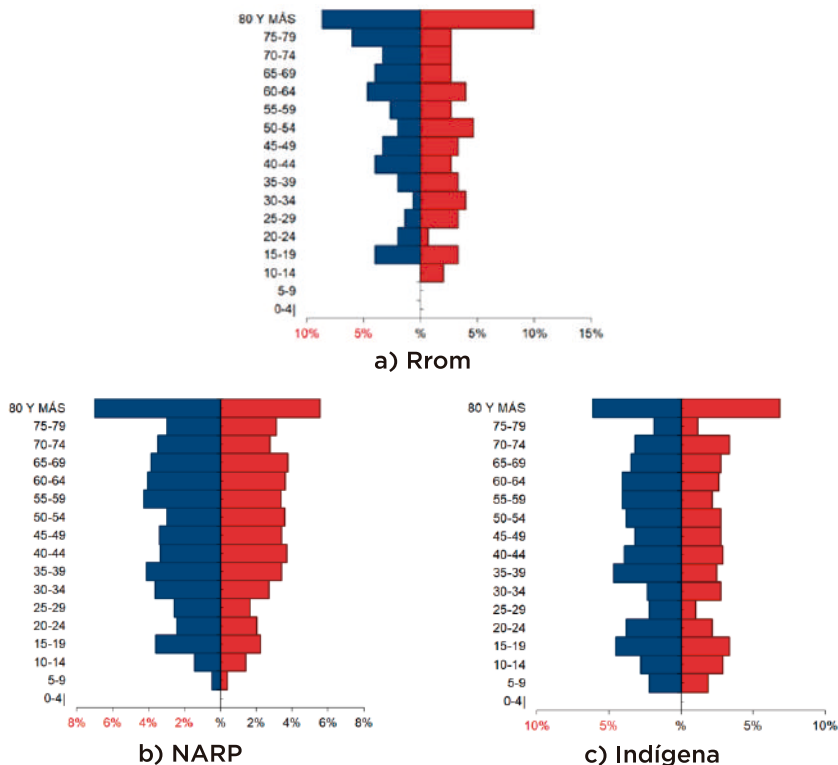
<sup>7</sup> Una persona puede tener más de una discapacidad.





Con relación a la edad, a pesar de que se registren casos en cada una de las agrupaciones, es importante destacar que son los mayores de 80 años los más afectados por esta condición, siendo aún más marcado este comportamiento en el grupo étnico NARP e Indígenas; lo anterior explicado por el deterioro progresivo asociado al envejecimiento y adicionarle a esto las consecuencias físicas que generan enfermedades crónicas como lo es la diabetes e hipertensión no controladas.

Figura 2. Pirámide de la población en condición de discapacidad, Grupos étnicos, Antioquia 2022.



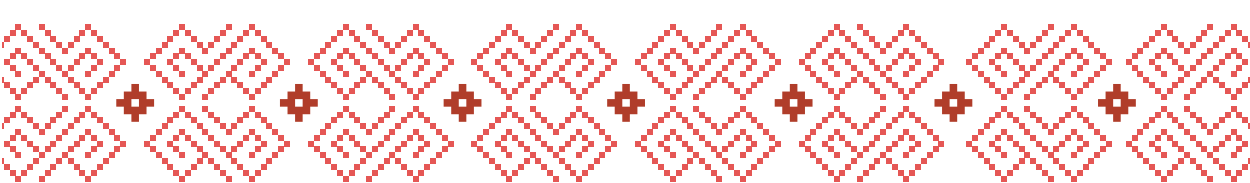
Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 01/08/2022.





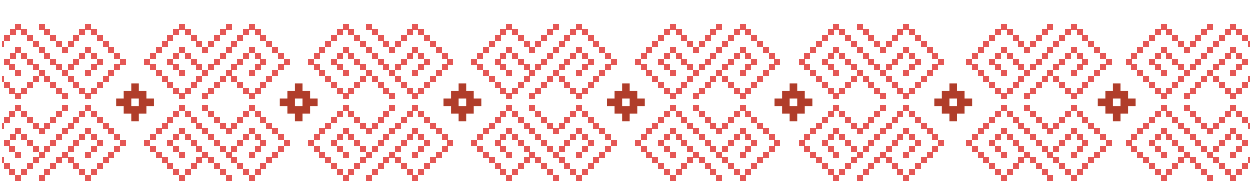
## Bibliografía

- Álvarez-Díaz DA, Laiton-Donato K, Franco-Muñoz C, Mercado-Reyes M. Secuenciación del SARS-CoV-2: la iniciativa tecnológica para fortalecer los sistemas de alerta temprana ante emergencias de salud pública en Latinoamérica y el Caribe.
- Biomédica. 2020;40(Supl. 2):188-197. Published 2020 Oct 30. doi:10.7705/biomedica.5841.
- Li, F. (2016). Structure, Function, and Evolution of Coronavirus Spike Proteins. *Annual Review of Virology*, 3(1), 237-261. <https://doi.org/10.1146/annurev-virology-110615-042301>.
- Li, B., Deng, A., Li, K., Hu, Y., Li, Z., Xiong, Q., Lu, J. (2021). Viral infection and transmission in a large, well-traced outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant. *MedRxiv*, 2021.07.07.21260122. <https://doi.org/10.1101/2021.07.07.21260122>.
- Greaney, A. J., Loes, A. N., Crawford, K. H. D., Starr, T. N., Malone, K. D., Chu, H. Y., & Bloom, J. D. (2021). Comprehensive mapping of mutations in the SARS-CoV-2 receptor-binding domain that affect recognition by polyclonal human plasma antibodies. *Cell Host & Microbe*, 29(3), 463-476.e6. <https://doi.org/10.1016/J.CHOM.2021.02.003>.
- Laiton-Donato, K., Franco-Muñoz, C., Álvarez-Díaz, D. A., Ruiz-Moreno, H. A., Usme-Ciro, J. A., Prada, D. A., ... Mercado-Reyes, M. (2021). Characterization of the emerging B.1.621 variant of interest of SARS-CoV-2. *Infection, Genetics and Evolution*, 95, 105038. <https://doi.org/10.1016/J.MEEGID.2021.105038>.
- Infecciosas, C. para el control y prevención de enfermedades. (2021). SARS-CoV-2 Variant Classifications and Definitions. Retrieved December 2, 2021, from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-info.html>
- Emily Stephenson (2021). Single-cell multi-omics analysis of the immune response in COVID-19. *Nature Medicine* volume 27, pages904-916 (2021).
- Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). *Boletín Epidemiológico*. 1999, 1-3.
- Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. *Diario Oficial* 48241, Presidencia de la República (2 de noviembre de 2011).



- Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2018.
- Ministerio de salud y protección social. Envejecimiento demográfico Colombia. 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá. Junio de 2013.
- Gobernación de Antioquia. Encuesta calidad de vida 2019. Informe de indicadores. Universidad Nacional. Área metropolitana del valle de aburra.
- Plan integral de desarrollo agropecuario y rural con enfoque territorial. Tomo II, departamento de Antioquia. Caracterización multidimensional del desarrollo agropecuario y rural departamental.
- Análisis de situación de salud departamento de Antioquia. Actualización 2019. Secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia. Equipo asís Antioquia.
- BIA. boletín información para la acción. Pueblos indígenas de Antioquia. Contexto sociodemográfico. Gobernación de Antioquia.
- Perfiles socioeconómicos de las subregiones de Antioquia. Cámara de comercio de Medellín. Marzo 2019.
- Plan de desarrollo Unidos por la vida 2020 - 2023.
- DANE. Encuesta nacional de calidad de vida. 2019. Resultados julio de 2020.
- Plan municipal de gestión de desastres 2015-2030.
- DANE: boletín técnico. Pobreza multidimensional departamental 2018.
- Plan departamental para la gestión de riesgos de desastres. DAPARD.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Antioquia, 2019.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Antioquia, 2017.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia, 2019.
- Plan territorial en salud 2020-2023.
- Anuario estadístico de Antioquia 2018.
- Encuesta calidad de vida 2019-Informe de indicadores.
- Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.
- Fenómeno de migrantes venezolanos y SGSS.
- Alcaldía de Medellín. (23 de 12 de 2020). <https://www.medellin.gov.co>. Obtenido de Efectos económicos y sociales por COVID-19 y alternativas de política pública: [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/COVID 19/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos /2020/AnalisisEfectosEconomicosCovid19.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/COVID%2019/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos/2020/AnalisisEfectosEconomicosCovid19.pdf).

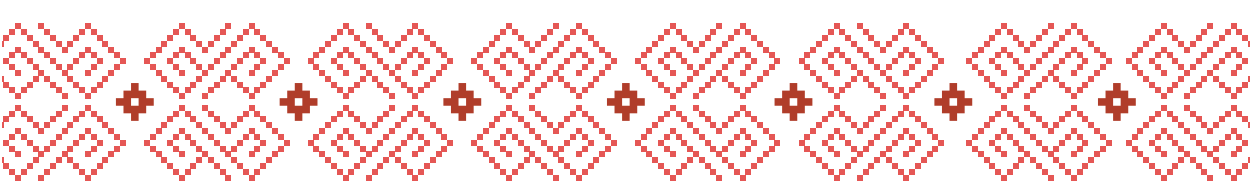




- DNP, S. T. (18 de 02 de 2016). <https://colaboracion.dnp.gov.co>. Obtenido de RECOMENDACIONES PARA LA PROYECCIÓN Y ESTIMACIÓN: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/Documento%20Recomendaciones%20proyecciones%20SGP%202017-2019.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (20 de 01 de 2020). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5865](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5865). Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5865](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5865):
- Ministerio de salud y protección social. (23 de 12 de 2020). Régimen subsidiado población pobre no asegurada. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubsidado/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx>.
- Organización Mundial de la Salud. El Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud a través de acciones intersectoriales: cinco casos de política pública de México. México; 2013. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6291> [ Links ]
- Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos de Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=F1A51668C6D78085735778FODA17BFDO?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F1A51668C6D78085735778FODA17BFDO?sequence=1) [ Links ]
- Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. Capítulo 2 Determinantes e Inequidades en Salud. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en) [ Links ]
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008. Disponible en: [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category\\_slug=equidad-en-salud&Itemid=493](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category_slug=equidad-en-salud&Itemid=493) [ Links ]

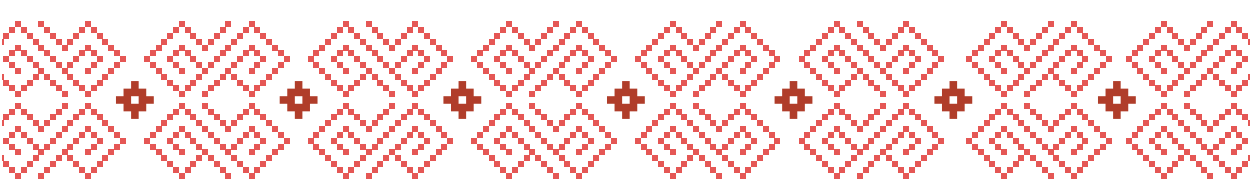






- Navarro V. Concepto actual de salud pública. En Martínez F., Castellanos P. L., Navarro, V., Salud Pública. Mc Graw-Hill. (pp. 49-54). Ciudad de México.
- Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999, 1-3.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, A novel coronavirus outbreak of global health concern. The Lancet [Internet]. 2020 [citado 18 mar 2020]. 35(10223). Disponible en: URL doi:10.1016/s0140-6736(20)30185-9.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. El Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna hace un llamado a la acción para reducir la mortalidad materna. [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/25-5-2021-grupo-trabajo-regional-para-reduccion-mortalidad-materna-hace-llamado-accion>.
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/es/millennium-development-goals.html>.
- Departamento Nacional de Planeación. Objetivos de Desarrollo del Milenio [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/pol%C3%ADticas-sociales-transversales/Paginas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio.aspx>.
- Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 3918. Estrategia para la implementación de los Objetivos de desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia [Consultado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Consultado 22 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.ods.gov.co/es>
- Banco Mundial. Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos). [Consultado 22 Oct 2021]. Disponible en: [https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?most\\_recent\\_value\\_desc=false](https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?most_recent_value_desc=false)
- Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. [Consultado 22 Oct 2021]. Disponible en: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/who\\_rhr\\_15.23\\_spa.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/who_rhr_15.23_spa.pdf)





- Equipo de Maternidad Segura – Instituto Nacional de Salud. Mortalidad Materna. [Consultado 05 May 2021]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Mortalidad%20materna%202005.pdf>
- Equipo de Maternidad Segura – Instituto Nacional de Salud. Informe del Evento Mortalidad Materna, Colombia, 2016. [Consultado 05 May 2021]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Mortalidad%20materna%202016.pdf>
- Resolución 2465 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016 [Internet]. República de Colombia; 14 de junio 2016 [Consultado 12 de diciembre noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion\\_no.\\_2465\\_del\\_14\\_de\\_junio\\_de\\_2016.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no._2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf)
- Resolución 2350 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2350 de 2020 [Internet]. República de Colombia; 17 de diciembre de 2020 [Consultado 10 de diciembre 2022]. Disponible [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf)
- WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A joint statement. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf), página consultada el 10 de diciembre de 2014).
- WHO. Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A joint statement. [Internet]. Ginebra; 2009 [Consultado 19 noviembre 2014]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf)





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



**UNIDOS**