



**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD MUNICIPIO DE AMAGÁ
ACTUALIZACIÓN 2023**

WILSER DARIO MOLINA MOLINA
Alcalde Municipal

JULIETH ALEJANDRA BEDOYA RAMIREZ
Secretaria de Salud y Bienestar Social

Amagá – Antioquia

2024

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS	5
LISTA DE MAPAS	7
PRESENTACIÓN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
METODOLOGÍA.....	10
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES.....	13
SIGLAS.....	14
CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	15
1.1 Contexto territorial	16
1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica	16
1.1.2. Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio.....	21
1.2. Contexto poblacional y demográfico - Población - Población por pertenencia étnica	25
1.2.1. Estructura demográfica.....	27
1.2.2. Dinámica demográfica	32
1.2.3. Movilidad forzada.....	34
1.2.4. Población LGTBIQ+.....	35
1.2.5. Población Migrante.....	36
1.2.6. Población campesina.....	39
1.3. Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.....	39
1.4. Gobierno y gobernanza en el sector salud.....	44
1.4.1. Políticas Públicas Municipales.....	44
1.4.2. Agenda Antioquia 2040	45
1.4.3. Cartografía social.....	48
1.4.4. Resultados priorización de problemas Método Hanlon	53
Conclusiones territoriales y demográficas	55
2. CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL	57
2.1. Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	57
2.2. Dinámicas de convivencia en el territorio	64
3. CAPITULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES.....	66
3.1. Análisis de la morbilidad.....	66
3.1.1. Principales causas de morbilidad	66
3.1.2. Morbilidad de eventos de alto costo	77
3.1.3. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	78

3.1.4.	Análisis de la población en condición de discapacidad	81
3.1.5.	Identificación de prioridades principales en la morbilidad.....	82
	Conclusiones	82
3.2.	Análisis de la mortalidad	84
3.2.1.	Mortalidad general por grandes causas	84
3.2.2.	Mortalidad específica por subgrupo	90
3.2.3.	Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	98
3.2.4.	Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno –infantil	110
	Conclusiones	110
4.	CAPITULO IV: ANALISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	113
5.	CAPÍTULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO	117
6.	CAPITULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO PDSP 2022 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	135

LISTA DE TABLA

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ POR EXTENSIÓN TERRITORIAL Y ÁREA DE RESIDENCIA, AÑO 2020.	17
TABLA 2. TABLA DE TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE Y DISTANCIA EN KILÓMETROS A LA CAPITAL. AMAGÁ 2023.	19
TABLA 3. TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE Y DISTANCIA EN KILÓMETROS DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2023	20
TABLA 4. TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE, DISTANCIA EN KILÓMETROS DESDE EL MUNICIPIO DE AMAGÁ HACIA LOS MUNICIPIOS VECINOS, 2023	20
TABLA 5. ZONAS DE VIDA MUNICIPIO DE AMAGÁ	23
TABLA 6 . POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA MUNICIPIO DE AMAGÁ. 2023.....	26
TABLA 7. NÚMERO DE HOGARES Y VIVIENDAS, MUNICIPIO DE AMAGÁ. 2023.....	26
TABLA 8. POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2023	27
TABLA 9. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CICLO VITAL, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2015, 2023 Y 2030.....	29
TABLA 10. OTROS INDICADORES DE ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA EN EL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2015, 2023, 2030	32
TABLA 11. OTROS INDICADORES DE LA DINÁMICA DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2021.....	34
TABLA 12 TASA BRUTA DE NATALIDAD - MUNICIPIO DE AMAGÁ 2021	34
TABLA 13. VÍCTIMAS DESPLAZAMIENTO POR SEXO. AMAGÁ 2022	35
TABLA 14. ATENCIONES EN SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE AMAGÁ 2021.....	37
TABLA 15. ATENCIONES EN SALUD DE POBLACIÓN MIGRANTE SEGÚN PROCEDENCIA. AMAGÁ 2021	38
TABLA 16. AFILIACIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE AMAGÁ 2021	38
TABLA 17. SERVICIOS HABILITADOS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2022.....	39
TABLA 18. OTROS INDICADORES DE SISTEMA SANITARIO EN EL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2022.	40
TABLA 19. PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER SEGÚN EAPB DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AMAGÁ 2021	43
TABLA 20. PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER SEGÚN EAPB DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. AMAGÁ 2021 .	43
TABLA 21. PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MÁS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL POR EAPB CONTRIBUTIVO. AMAGÁ 2021.....	43
TABLA 22. PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MÁS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL POR EAPB SUBSIDIADO. AMAGÁ 2021.....	44
TABLA 23. TASA DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 10 A 14 AÑOS POR EAPB SUBSIDIADO. AMAGÁ 2021	44
TABLA 24. PRIORIDADES METODOLOGÍA HANLON. AMAGÁ 2023	53
TABLA 25. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2023.	54
TABLA 26. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - CONDICIONES DE VIDA DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2021	59
TABLA 27. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005-2020.....	60
TABLA 28. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - SISTEMA SANITARIO DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2006 – 2021.....	61
TABLA 29. TASA DE COBERTURA BRUTA DE EDUCACIÓN DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005–2021.	63
TABLA 30. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - FACTORES PSICOLÓGICOS Y CULTURALES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2020	65
TABLA 31. MORBILIDAD ATENDIDA MUNICIPIO DE AMAGÁ 2009-2022.	67
TABLA 32. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOMBRES, DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ ANTIOQUIA 2009 – 2022.	68
TABLA 33. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MUJERES, DEPARTAMENTO DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2009 – 2022.	70
TABLA 34. MORBILIDAD ESPECÍFICA ATENDIDA MUNICIPIO DE AMAGÁ 2009-2022.....	71
TABLA 35. MORBILIDAD ESPECÍFICA POR SUBGRUPO DE CAUSAS EN HOMBRES MUNICIPIO DE AMAGÁ 2009-2022	72
TABLA 36. MORBILIDAD ESPECÍFICA POR SUBGRUPO DE CAUSAS EN MUJERES MUNICIPIO DE AMAGÁ 2009-2022	73
TABLA 37. MORBILIDAD POR SALUD MENTAL ATENDIDA MUNICIPIO DE AMAGÁ 2009-2022.....	74
TABLA 38. MORBILIDAD POR SALUD MENTAL ATENDIDA EN HOMBRES MUNICIPIO DE AMAGÁ 2009-2022.....	75
TABLA 39. MORBILIDAD POR SALUD MENTAL ATENDIDA EN MUJERES MUNICIPIO DE AMAGÁ 2009-2022.....	77
TABLA 40. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LOS EVENTOS DE ALTO COSTOS, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2006 – 2020.	78
TABLA 41. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LOS EVENTOS DE ALTO COSTOS, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2009 – 2020.	78
TABLA 42. SEMAFORIZACIÓN DE LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2006 – 2022	79

TABLA 43. ANÁLISIS DE LA PEOR SITUACIÓN EN SALUD. AMAGÁ 2022	80
TABLA 44. DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTERACIONES PERMANENTES DE LAS PERSONAS DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2022.	81
TABLA 45. PRIORIDADES IDENTIFICADAS EN LA MORBILIDAD ATENDIDA, EVENTOS DE ALTO COSTO Y EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA. AMAGÁ 2022	82
TABLA 46. TABLA DE SEMAFORIZACIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECIFICAS MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005-2021.	98
TABLA 47. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y NIÑEZ, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005-2021	99
TABLA 48. TASA ESPECIFICA DE MUERTES EN LA INFANCIA Y NIÑEZ EN MENORES DE UN AÑO, AMAGÁ ANTIOQUIA, 2005 – 2021.	104
TABLA 49. TASA ESPECIFICA DE MUERTES EN LA INFANCIA Y NIÑEZ EN MENORES DE UN AÑO EN NIÑOS, AMAGÁ ANTIOQUIA, 2005 – 2021.	104
TABLA 50. TASA ESPECIFICA DE MUERTES EN LA INFANCIA Y NIÑEZ EN MENORES DE UN AÑO EN NIÑAS, AMAGÁ ANTIOQUIA, 2005 – 2021	105
TABLA 51. TASA ESPECIFICA DE MUERTES EN LA INFANCIA Y NIÑEZ EN NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 1 Y 4 AÑOS, AMAGÁ ANTIOQUIA, 2005 – 2021.....	105
TABLA 52. TASA ESPECIFICA DE MUERTES EN LA INFANCIA Y NIÑEZ ENTRE 1 Y 4 AÑOS EN NIÑOS, MUNICIPIO DE AMAGÁ ANTIOQUIA, 2005 – 2021.	105
TABLA 53. TASA ESPECIFICA DE MUERTES EN LA INFANCIA Y NIÑEZ ENTRE 1 Y 4 AÑOS EN NIÑAS, MUNICIPIO DE AMAGÁ ANTIOQUIA, 2005 – 2021	106
TABLA 54. TASA ESPECIFICA DE MUERTES EN LA INFANCIA Y NIÑEZ MENORES DE 5 AÑOS, MUNICIPIO DE AMAGÁ ANTIOQUIA, 2005 – 2021.....	106
TABLA 55. TASA ESPECÍFICA DE MUERTES EN LA INFANCIA Y NIÑEZ MENORES DE 5 AÑOS EN NIÑOS, AMAGÁ ANTIOQUIA, 2005 – 2021.	106
TABLA 56. TASA ESPECÍFICA DE MUERTES EN LA INFANCIA Y NIÑEZ MENORES DE 5 AÑOS EN NIÑAS, AMAGÁ ANTIOQUIA, 2005 – 2021.	107
TABLA 57. INDICADORES TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ETNIA DEL MUNICIPIO AMAGÁ, 2009 – 2021.	107
TABLA 58 INDICADORES DE RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ETNIA MUNICIPIO AMAGÁ, 2009 – 2021.....	107
TABLA 59 INDICADORES DE RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ÁREA DE RESIDENCIA MUNICIPIO AMAGÁ, 2009 – 2021	108
TABLA 60 INDICADORES TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ÁREA DEL MUNICIPIO AMAGÁ, 2009 – 2021	108
TABLA 61. IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES POR MORTALIDAD EN SALUD MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005-2021.....	110
TABLA 62 MAPEO DE ACTORES, MUNICIPIO DE AMAGA.....	114
TABLA 63 PRIORIZACIÓN PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS CARTOGRAFÍA SOCIAL, MUNICIPIO DE AMAGA.....	118
TABLA 64 CONSTRUCCIÓN DE NÚCLEOS DE INEQUIDAD. MUNICIPIO DE AMAGA	119
TABLA 65 PROPUESTAS DE RESPUESTA Y EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031. MUNICIPIO DE AMAGA	135

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 PARQUE PRINCIPAL MUNICIPIO DE AMAGÁ	15
FIGURA 2 VISTA AÉREA MUNICIPIO DE AMAGÁ	25
FIGURA 3. PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2015, 2023, 2030	28
FIGURA 4. CAMBIO EN LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO ETARIOS DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2015, 2023, 2030.	30
FIGURA 5. POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPO DE EDAD DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2023	30
FIGURA 6. COMPARACIÓN ENTRE LAS TASAS BRUTAS DE CRECIMIENTO NATURAL, MORTALIDAD Y NATALIDAD DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005, 2021	33
FIGURA 7. POBLACIÓN MIGRANTE, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2023	37
FIGURA 8. ATENCIONES EN SALUD POBLACIÓN MIGRANTE - SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. AMAGÁ 2021	38
FIGURA 8. COBERTURA EN ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN. AMAGÁ NOVIEMBRE 27 DE 2023	41
FIGURA 9. AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL POR EAPB. AMAGÁ SEPTIEMBRE 2023.....	42
FIGURA 10. AFILIADOS POR EDAD Y EPS. AMAGÁ SEPTIEMBRE 2023	42
FIGURA 11. AGENDA ANTIOQUIA 2040 PILAR TERRITORIO EQUITATIVO. AMAGÁ 2023	46
FIGURA 12. AGENDA ANTIOQUIA 2040 PILAR TERRITORIO EDUCADO. AMAGÁ 2023.....	47
FIGURA 13. INVERSIÓN AGENDA 2040. AMAGÁ 2023	47
FIGURA 14. ACCIONES ESTRATÉGICAS AGENDA 2040. AMAGÁ 2023.....	48
FIGURA 15. CARTOGRAFÍA SOCIAL APLICADO A LOS GRUPOS ORGANIZADOS MUNICIPIO DE AMAGÁ	51
FIGURA 17. OCUPACIÓN E INGRESOS POBLACIÓN MUNICIPIO DE AMAGÁ. 2023	57
FIGURA 16. ESQUEMAS COMPLETOS APLICADOS VACUNACIÓN COVID-19, MUNICIPIO DE AMAGÁ 2023.....	61
FIGURA 17. COBERTURA VACUNACIÓN CONTRA COVID-19, MUNICIPIO DE AMAGÁ 2023	62
FIGURA 18. DOSIS APLICADAS CONTRA COVID – 19, MUNICIPIO DE AMAGÁ VACUNACIÓN COVID-19.....	62
FIGURA 19. ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL. AMAGÁ 2023	64
FIGURA 21. PIRÁMIDE POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2022.....	81
FIGURA 22. TASA DE MORTALIDAD TOTAL SEGÚN GRANDES CAUSAS DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005–2021	85
FIGURA 23. TASA DE MORTALIDAD EN HOMBRES SEGÚN GRANDES CAUSAS DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005–2021	85
FIGURA 24. TASA DE MORTALIDAD EN MUJERES, SEGÚN GRANDES CAUSAS DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005–2021	86
FIGURA 25. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005–2021	87
FIGURA 26. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005–2021	87
FIGURA 27. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN LAS MUJERES DEL MUNICIPIO DE AMAGA, 2005–2021	88
FIGURA 28. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 GENERAL DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005, 2021	88
FIGURA 29. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 AJUSTADO EN LOS HOMBRES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005– 2021	89
FIGURA 30. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 AJUSTADA EN LAS MUJERES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ. 2005– 2021	89
FIGURA 31. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005–2021	90
FIGURA 32. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005–2021.....	91
FIGURA 33. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005– 2021	91
FIGURA 34. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005– 2021	92
FIGURA 35. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005-2021	93

FIGURA 36. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005–2021.	93
FIGURA 37. NÚMERO DE CASOS PARA CIERTAS ENFERMEDADES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005–2021.	94
FIGURA 38. NÚMERO DE CASOS PARA CIERTAS ENFERMEDADES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005–2021.	95
FIGURA 39. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS CAUSAS EXTERNAS EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005 – 2021.....	95
FIGURA 40. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS CAUSAS EXTERNAS EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005–2021.	96
FIGURA 41. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS ENFERMEDADES EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005–2021.....	97
FIGURA 42. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS ENFERMEDADES EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005–2021.....	97
FIGURA 43. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005–2021.	99
FIGURA 44. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005 - 2021.	100
FIGURA 45. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005–2021.	101
FIGURA 46. TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005- 2021	101
FIGURA 47. TASA DE MORTALIDAD POR IRA, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005- 2021.....	102
FIGURA 48. TASA DE MORTALIDAD POR EDA, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005- 2021.	103
FIGURA 49. TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN CRÓNICA, MUNICIPIO DE AMAGÁ, 2005- 2021	103
FIGURA 50. MORTALIDAD POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. MUNICIPIO DE AMAGÁ 2005-2021	108
FIGURA 51. MORTALIDAD POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. AMAGÁ 2005-2021	109
FIGURA 52. MORTALIDAD POR EPILEPSIA. MUNICIPIO AMAGÁ 2005-2021.....	109



LISTA DE MAPAS

MAPA 1. DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA Y LÍMITES, MUNICIPIO DE AMAGÁ -2020.....	17
MAPA 2. VÍAS DE COMUNICACIÓN, MUNICIPIO DE AMAGÁ.	20
MAPA 3. MAPA HIDROGRÁFICO, MUNICIPIO DE AMAGÁ.	22
MAPA 4. MAPA DE RELIEVE, MUNICIPIO DE AMAGÁ.....	22
MAPA 5. ZONAS DE AMENAZAS, MUNICIPIO DE AMAGÁ.....	25

PRESENTACIÓN

La Secretaría de Salud y Bienestar Social del municipio de Amagá presenta y dispone el documento de Análisis de Situación de Salud – ASIS con el fin de contribuir al conocimiento de la situación de salud de sus habitantes, lo que le permitirá conocer la dinámica de la población y los determinantes sociales de la salud que inciden en el proceso salud enfermedad de sus habitantes, orientara las intervenciones locales orientadas a disminuir las inequidades en salud y facilitará la toma de decisiones del gobierno local.

En ese sentido el ASIS del municipio se constituye en el insumo fundamental para orientar y complementar la fase diagnóstica de los procesos de planeación en salud en conjunto con los sectores y actores del municipio con base en la política nacional del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2022- 2031, y para los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP).

El documento del ASIS está estructurado en 6 partes: la primera, hace referencia a la configuración de los contextos territorial y demográfico; la segunda, corresponde al abordaje de los procesos económicos y circunstancias de la vida social; la tercera son los desenlaces mórbidos y mortales; la cuarta parte se centra en el análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio, la quinta se centra en la priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio y la sexta parte presenta la propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco PDSP 2022 2031 y el modelo de salud preventivo predictivo fundamentado en la atención primaria en salud.

De acuerdo con los lineamientos técnicos y metodológicos desarrollando el modelo de los determinantes sociales de la salud para la valoración de las inequidades en salud del municipio suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social. El ASIS como proceso continuo de mejoramiento se continuará actualizando y profundizando con los aportes y disponibilidad de los sistemas de información nacional y local, para la Secretaría de Salud y Bienestar Social se consolida en la línea de base del Análisis de la Situación de Salud del municipio, en el seguimiento y evaluación de las metas en salud orientadas a la disminución de las inequidades en salud del municipio de Amagá y como espacio para la construcción de capacidad local del Recurso Humano del municipio que contribuye en la construcción del análisis.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la definición de la Organización Panamericana de la salud, los Análisis de Situación de Salud (A.S.I.S.), son “procesos analítico-sintéticos que abarcan diferentes tipos de análisis, permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños, problemas de salud, así como sus determinantes de cualquier sector. Se basan fundamentalmente en la interacción de las condiciones de vida y el proceso salud-enfermedad”.

El propósito fundamental del ASIS es la identificación y priorización de los diferentes problemas de salud de la comunidad, con el fin de desarrollar acciones que contribuyan a la solución de los mismos, orientando procesos de planificación, líneas de base para la elaboración de políticas públicas, toma de decisiones, acciones de regulación y de inspección, vigilancia y control.

El análisis de Situación de Salud del municipio de Amagá ha sido construido teniendo en cuenta el enfoque poblacional, de derechos y diferencial definido por el Ministerio de Salud y Protección Social como: el “método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población en situación o en riesgo de desplazamiento, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria”. Involucra las condiciones y posiciones de los actores sociales como sujetos de derecho, desde una mirada de grupo socioeconómico, género, pertenencia étnica e identidad cultural, y de los aspectos del ciclo vital - niñez, juventud, adultez y vejez.

METODOLOGÍA

La construcción del ASIS del municipio de Amagá es producto de un trabajo conjunto de la secretaria de Salud Departamental, la Secretaría de Salud Municipal y el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud desarrollando la Guía metodológica para el Análisis de la Situación de Salud con el modelo de los determinantes sociales de la Salud aportada por el Ministerio. El documento está conformado por tres capítulos, el primero Territorial y demográfico, el segundo el Abordaje de los determinantes sociales de la salud y el tercero la priorización.

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

El Capítulo II del ASIS (Análisis de Situación de Salud) aborda aspectos fundamentales relacionados con los procesos económicos, las condiciones laborales y de vida del territorio en cuestión. En su sección 2.1, se detallan los procesos económicos y las condiciones de trabajo, destacando la ocupación y el empleo como factores clave. Además, se examinan las condiciones de vida en el territorio mediante tablas que contienen siete indicadores que abarcan diversos aspectos socioeconómicos. También se incluye una tabla específica sobre seguridad alimentaria, evaluando el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer y la cobertura de la vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que ahora también incluye la vacunación contra el Covid-19. Asimismo, se analiza la cobertura educativa mediante tres indicadores, así como la medición de la pobreza a través de indicadores como el NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) o el IPM (Índice de Pobreza Multidimensional). En la sección 2.3, se exploran las dinámicas de convivencia en el territorio, destacando factores psicológicos y culturales que influyen en la salud y el bienestar de la población.

El Capítulo III del informe contiene un análisis exhaustivo de la morbilidad y la mortalidad en el territorio, abordando diversas dimensiones de la salud pública. En la sección 3.1 se examina detalladamente la morbilidad, comenzando por las principales causas y subcausas de enfermedades, divididas por ciclo vital y género. Se incluyen tablas que muestran la morbimortalidad específica por subgrupo y la salud mental, así como la incidencia de eventos de alto costo y precursores, con su respectiva semaforización y tendencia. Además, se analiza la morbilidad relacionada con eventos de notificación obligatoria, como la IRAG por virus nuevo, con un enfoque en identificar las prioridades en la morbilidad. La sección también profundiza en el análisis de la población con discapacidad, utilizando la pirámide poblacional para visualizar la distribución de las alteraciones permanentes. Finalmente, se identifican prioridades en la morbilidad a través de tablas específicas y se presentan conclusiones basadas en los hallazgos. Posteriormente, se aborda el análisis de la mortalidad, evaluando tasas ajustadas y años de vida potencialmente perdidos (AVPP) tanto en general como por subgrupo, incluyendo la mortalidad materno-infantil y en la niñez. Se presentan figuras que ilustran la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad neonatal, infantil y en la niñez, así como las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRA) y desnutrición en menores

de 5 años. Además, se proporcionan tablas desglosadas por edad, género, etnia y área de residencia para una comprensión más completa de los patrones de mortalidad en la población. En última instancia, se identifican prioridades en la mortalidad para orientar las acciones de salud pública.

También se presenta la mortalidad materno-infantil y en la niñez por las tasas específicas de la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad neonatal, la tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE), la tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE), la tasa de mortalidad por IRA, EDA y DESNUTRICIÓN en menores de 5 años, presentando el método de la semaforización. Respecto al método de la semaforización se tuvo en cuenta el método de la razón de tasas y el cálculo de sus respectivos intervalos de confianza con el fin de orientar por resultados la ubicación de los colores del semáforo verde, amarillo y rojo por los criterios siguientes:

- Si la razón de tasas es menor de uno y el intervalo de confianza no pasa por el uno indica que el indicador de la entidad territorial es significativamente más bajo que el nacional y no requiere intervención, no es inmediata (semáforo color verde).
- Si la razón de tasas es uno o el intervalo de confianza pasa por el uno indica que el indicador de la entidad territorial no difiere significativamente del nacional y requiere intervención, es mediata (semáforo color amarillo).
- Si la razón de tasas es mayor de uno y el intervalo de confianza no pasa por el uno indica que el indicador de la entidad territorial es significativamente más alto que el nacional y requiere intervención inmediata (semáforo color rojo).

Para el análisis de la morbilidad por ciclo vital se utilizó la lista de la carga global de la enfermedad por las 67 causas y por las grandes causas, se presentó la distribución proporcional de dicha carga por años y se muestra la diferencia en puntos porcentuales de la proporción arrojada del último año con respecto al año anterior. Se completa esta parte con los eventos de Alto Costo para la tasa de incidencia de VIH, y las tasas de Leucemia aguda mieloide y linfoide en menores de 15 años para el municipio y los eventos de notificación obligatoria por las letalidades ocurridas en el periodo del 2009 al 2021.

Para el análisis de mortalidad y morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, el Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud. Se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o Proporción, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad para estas medidas se les estimó los intervalos de confianza al 95%, la priorización de las necesidades en salud se considera de acuerdo con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP. El capítulo II concluye en la presentación del reporte acumulado de las personas en condición de discapacidad y el desarrollo de la información sobre los determinantes intermedios y estructurales sobre indicadores de pobreza, de ingreso socioeconómico, coberturas educativas, población económicamente activa, tasa de desempleo, condiciones laborales, etnia y área.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN), el Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFREC), el Estudio

Nacional de Salud Bucal (ENSAB), el Estudio Nacional de Salud Mental, las Encuestas Anuales de Calidad de Vida y la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2007), la Superintendencia Nacional de Servicios Públicos, el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua - IRCA y Observatorio de coberturas de educación y el Índice Multidimensional de la Pobreza del DNP, forman parte de las fuentes de consulta del ASIS.

El capítulo IV se dedica al análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio. En este capítulo, se examinan las acciones, políticas, programas o intervenciones llevadas a cabo por diversos actores, como gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas, empresas, entre otros, en respuesta a las problemáticas identificadas en el ámbito de la salud y el ambiente. Este análisis puede incluir una evaluación de la efectividad de las medidas implementadas, los recursos asignados, las alianzas establecidas entre los diferentes actores, así como los desafíos y obstáculos encontrados en la implementación de estas respuestas. El objetivo principal de este capítulo es comprender cómo se están abordando las problemáticas sociales y ambientales relacionadas con la salud en el territorio, identificar buenas prácticas y lecciones aprendidas, y proponer recomendaciones para mejorar las respuestas existentes y promover la salud y el bienestar en la comunidad.

Al utilizar la metodología Hanlon en el Capítulo V, se puede seguir un proceso riguroso que implica la recopilación y análisis de datos epidemiológicos y socioeconómicos pertinentes, así como la consulta a expertos y la comunidad. A través de este proceso, se pueden identificar los problemas de salud más urgentes y relevantes que afectan a la población en el territorio específico. Luego, se pueden aplicar los criterios y criterios de selección de la metodología Hanlon para priorizar estos problemas de salud, teniendo en cuenta factores como la carga de enfermedad, el impacto en la calidad de vida, la equidad en el acceso a la atención médica y la viabilidad de las intervenciones. Con la priorización de los problemas de salud establecida, se pueden desarrollar planes de acción estratégicos que incluyan objetivos específicos, actividades a realizar, recursos necesarios y un cronograma de implementación. Estos planes de acción pueden ayudar a orientar la asignación de recursos y la toma de decisiones para abordar eficazmente los desafíos de salud identificados y mejorar el bienestar de la población en el territorio.

En el Capítulo 6, se presentan propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan de Desarrollo de la Salud Pública (PDSP) 2022-2031 y el Modelo de Salud Preventivo Predictivo Fundamentado en la Atención Primaria en Salud. Este capítulo se centra en ofrecer soluciones concretas y acciones específicas para abordar los problemas y necesidades prioritarios identificados en el territorio, utilizando como marco de referencia el PDSP y el Modelo de Salud Preventivo Predictivo Fundamentado en la Atención Primaria en Salud.



AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

A los funcionarios y profesionales de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, por su arduo empeño en el acompañamiento, asesoría en la realización del análisis de situación de salud a los municipios de Antioquia, a la secretaria de Salud y Bienestar Social, Julieth Alejandra Bedoya Ramírez y al alcalde municipal Wilser Darío Molina Molina por la confianza.

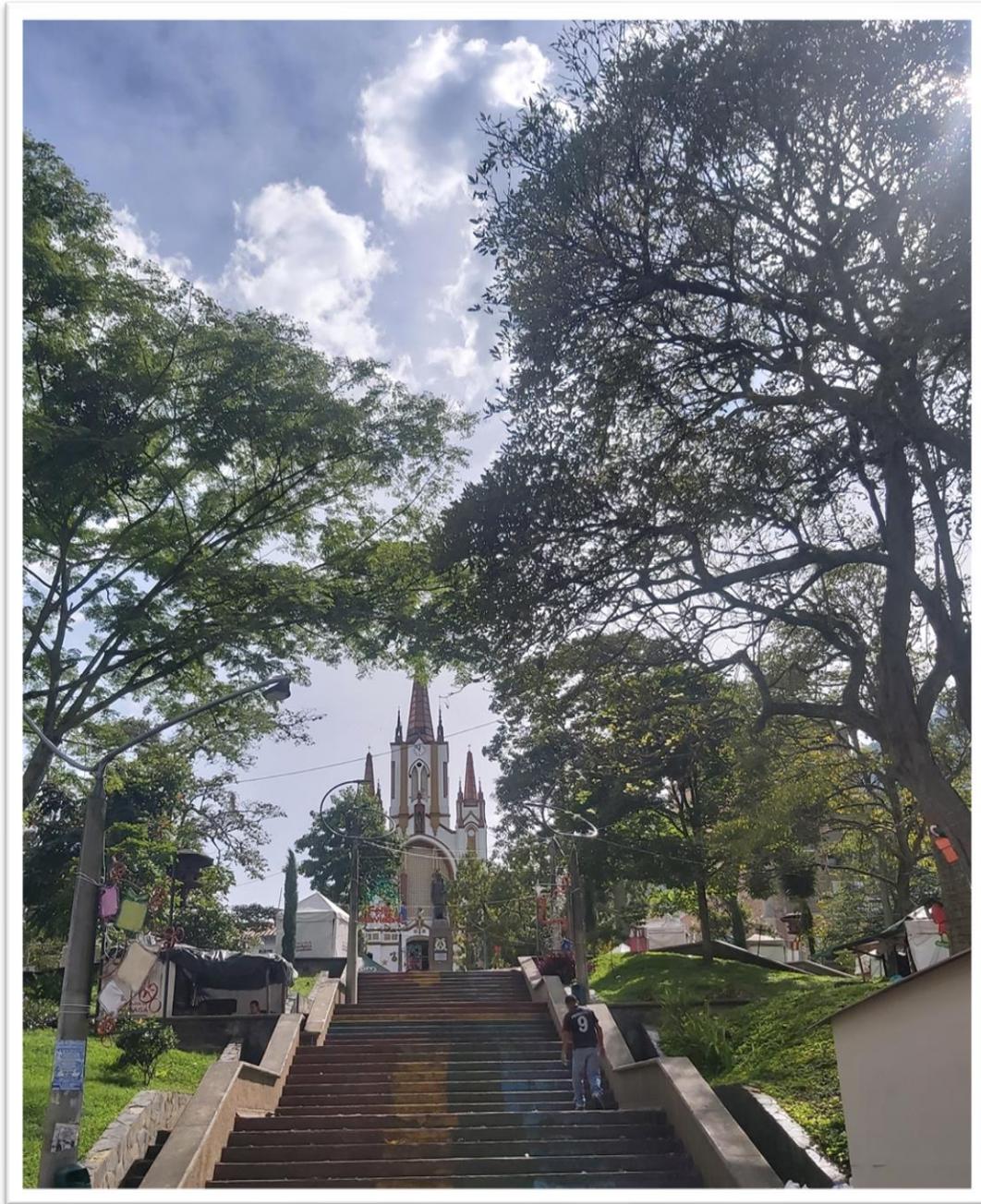
Al Ministerio de Salud y Protección Social y a la secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, por brindar las herramientas necesarias para la elaboración del ASIS.

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC: Cuenta de Alto Costo
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ESI: Enfermedad Similar a la Influenza
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
LI: Límite inferior
LS: Límite superior
MEF: Mujeres en edad fértil
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional
PIB: Producto Interno Bruto
SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB: Tuberculosis
TGF: Tasa Global de Fecundidad
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano

CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

Figura 1 Parque Principal Municipio de Amagá



Fuente: Alcaldía de Amagá

1.1 Contexto territorial

La región se sitúa principalmente sobre la cordillera Central y Occidental, presentando una topografía abrupta que se ve marcada por la presencia del río Cauca, el cual la atraviesa de sur a norte; su geología se caracteriza por la existencia de diversas fallas, incluyendo las de Romeral y Sabanalarga; los movimientos sísmicos han ocasionado daños considerables, siendo más notorios en las zonas donde estas fallas geológicas se encuentran. El suroeste es especialmente vulnerable a hundimientos y deslizamientos, especialmente en áreas como los municipios de Amagá, Angelópolis y Titiribí, donde la explotación subterránea de carbón carece de tecnificación adecuada.

El municipio de Amagá, tiene claramente definida su jurisdicción territorial, su perímetro urbano, sus corregimientos y sus veredas en ella se constituyen algunas formas de organizaciones de base tales como: Juntas de acción comunal, grupos asociativos, y comités, con quien la Administración Municipal por medio de sus funcionarios coordina actividades extramurales para hacer presencia institucional en las zonas, prestar servicios, identificar problemas y necesidades, fortalecer procesos de autogestión y participación, canalizar recursos que el estado otorga para los comunidades mediante procesos de concertación y priorización de la inversión en aspectos específicos, ésta relación constituye una herramienta social administrativa fundamental para la proyección del desarrollo territorial y para acercar la sociedad civil con el estado.

1.1.1. Localización y accesibilidad geográfica

Amagá es un municipio de la República de Colombia, situado en la subregión Suroeste del departamento de Antioquia. Limita al norte con el municipio de Angelópolis, al sur con los municipios de Fredonia y Venecia, al oriente con el municipio de Caldas y al occidente con el municipio de Titiribí. Su cabecera municipal está a 36 km de Medellín.

Las cabeceras municipales de la región se caracterizan por estar en un piso térmico templado es decir entre 1.000 y 2.000 metros de altura sobre el nivel del mar, con una temperatura entre 21°C y 25°C, con tendencia al calor y al frío en sus límites superiores e inferiores. Además, la presencia de la cordillera Central y Occidental, los movimientos de masa de aire procedentes de las cuencas hidrográficas de costa pacífica son factores que determinarán una ecología que comprende desde las zonas muy secas hasta las zonas muy húmedas o lluviosas.

Límites del municipio: Amagá pertenece a la zona Sur – Oeste del Departamento de Antioquia limitando por el norte con el municipio de Angelópolis, por el oriente con Caldas por el sur con Fredonia y Venecia y por el occidente con Titiribí.

Veredas del municipio: el área rural del municipio de Amagá se divide en 18 veredas (El Cedro, El Morro, Guaymaral, La Delgadita, La Ferrería, La Gualí, Malabrigo, Maní de las Mangas, Maní del Cardal, Nechí, Nicanor Restrepo, Pasonivel las peñas, Piedecuesta, Pueblito de los Bolívares, Pueblito de los Sánchez,

Pueblito de San José, Travesías y Yarumal) y 2 centros poblados (Camilo C, Minas), de acuerdo con el Esquema de Ordenamiento Territorial.

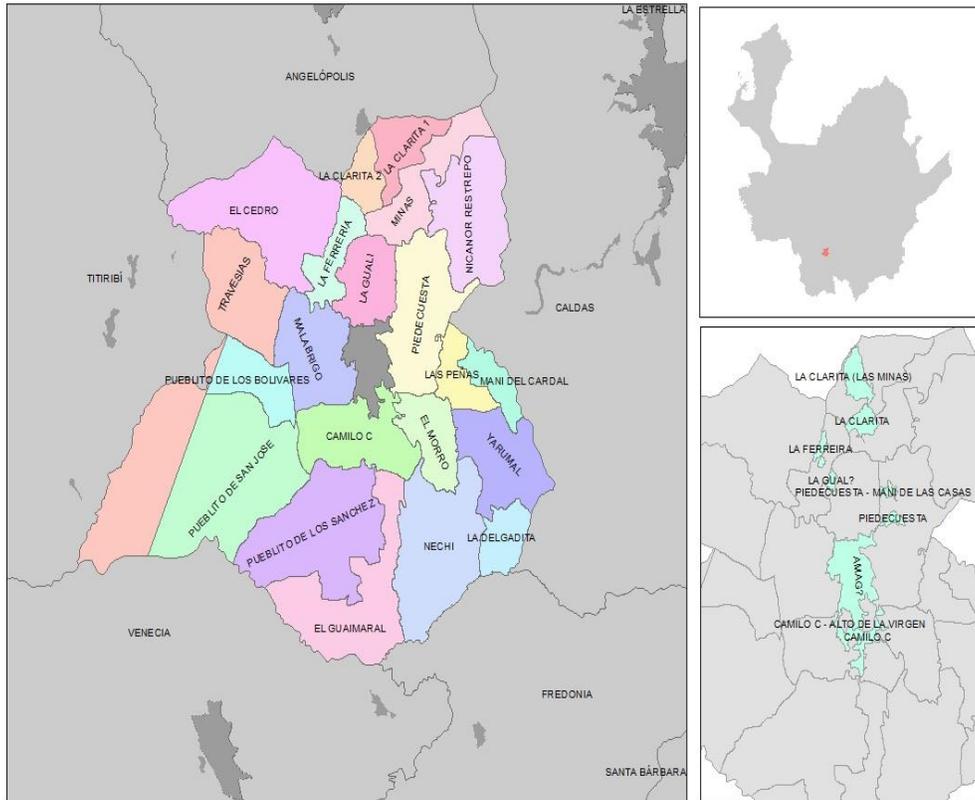
El municipio de Amagá tiene una extensión territorial total de 85km²; la zona urbana tiene una extensión de 83.6 km², que corresponde al 99.5% y la zona rural tiene una extensión de 0.4 km² que corresponde al 0.47% de la extensión total del municipio.

Tabla 1. Distribución del Municipio de Amagá por extensión territorial y área de residencia, año 2020.

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
AMAGÁ	0.4 Km ²	0.47%	83.6 Km ²	99.50%	85km ²	100%

Fuente: secretaria de Planeación

Mapa 1. División política administrativa y límites, Municipio de Amagá -2020.



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación

Vías

El municipio de Amagá tiene una extensión territorial total de 84km²; la zona rural tiene una extensión de 83.6 km², que corresponde al 99.5% y la zona urbana tiene una extensión de 0.4 km² que corresponde al 0.47% de la extensión total del municipio. Durante el año 2016, se realizaron todas las gestiones necesarias para iniciar la etapa de ejecución del Plan Maestro de acueducto y alcantarillado. Esta ejecución ha permitido la rehabilitación de pavimento en diferentes vías del área urbana del Municipio. Con este plan maestro se han rehabilitado de manera parcial aproximadamente 1.000 metros lineales de vías entre el año 2017 y 2019.

En el año 2017 se realizó la pavimentación de la Carrera 54 entre calles 51 y 52 para un total de 110 metros lineales. También en el año 2017 se realizó la pavimentación de Campiñas de San Fernando incluyendo el sector la Virgen con 400 metros lineales, también la Carrera 52 entre calles 48 y 49 con 110 metros lineales, y Barrio Arrayanes con 150 metros lineales. El proyecto más importante en pavimentación de vías urbanas se viene desarrollando desde el año 2018 en conjunto con la Gobernación de Antioquia el cual tiene una meta física de 3.900 metros lineales.

Las especificaciones de las vías entregadas recomiendan que cualquier tipo de reposición o reparación que se deba realizar en las placas de concreto se debe hacer con los lineamientos de los estudios y diseños que pertenecen al contrato de obra (144 del 2018) esto, con el fin de garantizar la durabilidad de la vía. El municipio viene avanzando en cuanto a vías, transporte y movilidad, el estado de la infraestructura vial del área urbana se encuentra en buen estado en su mayoría por pavimento rígido. Implementación para la ejecución del plan de señalización, ajuste de proceso contractual por nuevas especificaciones de Colombia Compra Eficiente. Expedición del decreto 075 de 2021 por medio del cual se adoptan medidas de movilidad con el propósito de mejorar la movilidad en el Municipio y propender por el respeto a las normas de tránsito y garantizar la restitución del espacio público. Señalización mediante donaciones hechas al Municipio por el sector transporte y vinculación de mano de obra.

Dentro del plan estratégico de seguridad vial se está implementando actividades como: El Proyecto para la creación del organismo de tránsito en el Municipio, estrategias con medios de comunicación, aliados en la construcción de una cultura de educación vial mediante programas radiales y televisivos. Mantenimiento preventivo de tapas de alcantarillas y corrección de vías cuando se realizan intervenciones. Sensibilización y capacitación a estudiantes del Municipio en normas de seguridad vial. Implementación de actividades del plan tales como: Control al servicio público de descargue de pasajeros, controles pedagógicos de gases contaminantes con Corantioquia, control de gases sancionatorio (43 vehículos con sanción de 300 inspeccionados)

Vías Secundarias

Es importante aclarar que las vías de segundo orden están a cargo de la Gobernación de Antioquia, pero el Municipio de Amagá en varias oportunidades realizó la gestión necesaria para poder realizar el mantenimiento de la vía que comunica el Municipio de Amagá con el Municipio de Angelópolis. En el año 2016 se realizó el mantenimiento de la vía desde Amagá hasta el límite con el Municipio de Angelópolis donde la Gobernación de Antioquia dispuso de maquinaria y personal para esta labor de mantenimiento y el Municipio de Amagá dispuso del material necesario para este mantenimiento.

En el año 2017 también se realizó esta misma acción en conjunto con la Gobernación de Antioquia y para el año 2018, se inició la gestión ante la Gobernación de Antioquia y en conjunto con el Municipio de Angelópolis y el sector empresarial privado para lograr la pavimentación de dicha vía. Este proyecto fue viabilizado en el año 2019 donde se destinaron más de \$23.000.000.000 para un proceso de selección que será iniciado en el

mes de octubre del presente. La otra vía de carácter secundario es la que comunica el Municipio de Fredonia con el Municipio de Amagá vía en la que también se han realizado diferentes gestiones debido al colapso que se presentó en esta vía en el sector conocido como “La Bonita” en época de invierno del año 2017.

Vías Terciarias

La Gobernación de Antioquia dentro de su Plan de desarrollo coincidió con el Municipio de Amagá para realizar la construcción de obras como Placa Huella a fin de mejorar la red terciaria de los Municipios de Antioquia. Durante el año 2016, se realizó el primer convenio entre la Secretaría de Infraestructura Física de la Gobernación y el Municipio de Amagá para la pavimentación de red vial terciaria para un total de 1.000 metros lineales. En el año 2017 se llevó a cabo un segundo convenio de pavimentación de vías terciarias con 1.000 metros lineales y en el año 2018, se firmó un último convenio de pavimentación de vías terciarias por 2.560 metros lineales, para un total de 4.500 metros lineales pavimentados en sistema Placa Huella. Adicional a esto, también se han desarrollado contrataciones de mantenimiento preventivo de las vías terciarias para un total de 17.000 metros lineales en mantenimiento y rehabilitación.

La red vial terciaria del municipio abarca una extensión de 82.6 kilómetros. La Ruta 60 Paso Nivel – Amagá – La Clarita Angelópolis y los límites de Amagá (El Cedro) Angelópolis están bajo la responsabilidad del Departamento, mientras que la troncal del café, que atraviesa el municipio, corresponde a 2 kilómetros y está a cargo de Invias. El mantenimiento de diversas vías, como el camino hacia el morro Yarumal, la vía delgadita hacia el viaducto, el tramo desde Nicanor hasta el puente de la paja y el límite con don Caldas, así como los caminos hacia los pueblitos de los Sánchez y San José y la vía Guaymaral, también se lleva a cabo. Además, se está interviniendo el camino ancestral de la Tigra mediante un convenio de rocería y limpieza de obras transversales realizado con EPAMA.

Tránsito y transporte

El municipio de Amagá cuenta con un sistema de transporte de buses intermunicipales que conecta con Medellín y ofrece servicios hacia el municipio de Caldas. Asimismo, dispone de vehículos que se destinan a las veredas y corregimientos como Camilo C, La Clarita y Minas, facilitando su acceso al centro del municipio.

La movilidad inteligente en Amagá se caracteriza por un enfoque educativo que promueve la seguridad de los habitantes en sus distintos roles, ya sea como peatones, conductores o ciclistas. En este sentido, se están implementando estrategias conjuntas para fortalecer la seguridad, mediante la elaboración de planes de movilidad estratégicos y la creación de redes integradas con un enfoque en la sostenibilidad.

Tabla 2.Tabla de Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros a la capital. Amagá 2023.

	Distancia	Tiempo
Distancia entre Amagá y Medellín	24.89 km	50 min

Fuente: Planeación municipal

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros del municipio de Amagá, 2023

Veredas	Tiempo de llegada desde la vereda más alejada a la cabecera municipal en minutos.	Distancia en Kilómetros desde la vereda más alejada a la cabecera municipal	Tipo de transporte desde la vereda más alejada a la cabecera municipal
Pueblito de los Bolívares	90	16 km	Terrestre
Pueblito de San José	80	14 km	Terrestre
Pueblito de los Sánchez	60	12 km	Terrestre

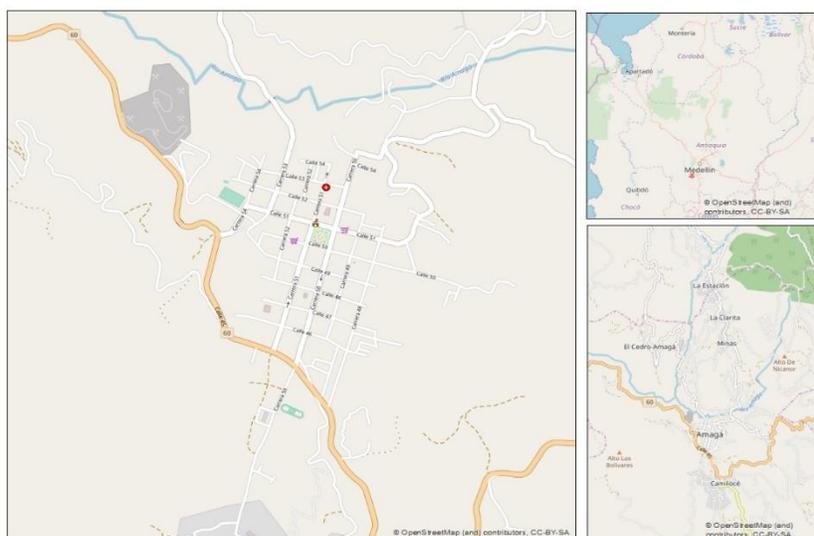
Fuente: Planeación Departamental

Tabla 4. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Amagá hacia los municipios vecinos, 2023

Amagá	Municipio vecino	Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino*	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino	
				horas	minutos
Municipio 1	Angelópolis	14,507	Terrestre	1	60
Municipio 2	Caldas	16,732	Terrestre	0.7	40
Municipio 3	Fredonia	25,318	Terrestre	1	60
Municipio 4	Titiribí	19,875	Terrestre	1.5	90
Municipio 5	Venecia	23,328	Terrestre	1	60

Fuente: Planeación Departamental

Mapa 2. Vías de comunicación, Municipio de Amagá.



Fuente: ESRI, OpenStreetMap

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

Altitud

La altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar) es de: 1.400 msnm.

Hidrografía

En cuanto a las aptitudes de explotación de suelos la región presenta 5 de las 7 clases de suelo en las que se encuentra clasificado en departamento de Antioquia.

Sus condiciones hidrográficas son interesantes ya que en la región se asienta dos de las más importantes hoyas hidrográficas colombianas: la hoya del río Cauca y la del Atrato. Al cauca afluye el río San Juan, y al Atrato los ríos Apartadó, El Salado, Guaguandó, Rulero, Arquía y El Penderisco.

La laguna de Nechí, se encuentra en la Vereda Nechí, alimentada por varias fuentes de aguas. Fue balneario, lugar de pesca y recreo de los habitantes de Amagá y es muy atractivo por su vegetación.

En cuanto a recursos forestales, la región tiene en los límites con el Chocó y los municipios de Betania, Andes y Jardín, una gran riqueza de bosques naturales. A nivel de recursos mineros, se han realizado explotaciones de oro especialmente en el municipio de Titiribí, y en la actualidad el principal mineral explotado es el carbón, aunque también cuenta con otros minerales de explotación como arenas, gravas y arcilla. Igualmente han identificado otros potenciales como el cobre, mármol, zinc, yeso y sílice.

Cuencas: La Sinifaná y Río Amagá

Sub Cuentas: Cajones, Cascaos, Sabaletas, La Honda, La Maní, La Paja y Las Peñas.

Microcuencas: La María, La Cascajosa, La Tigre, La Arenera, La Seca, La Huilata, La Clarita, La Manizala, El Venado, El Guamal, Yarumal, Maní del Cardal, El Morro, Pringamosa y Sinaí.

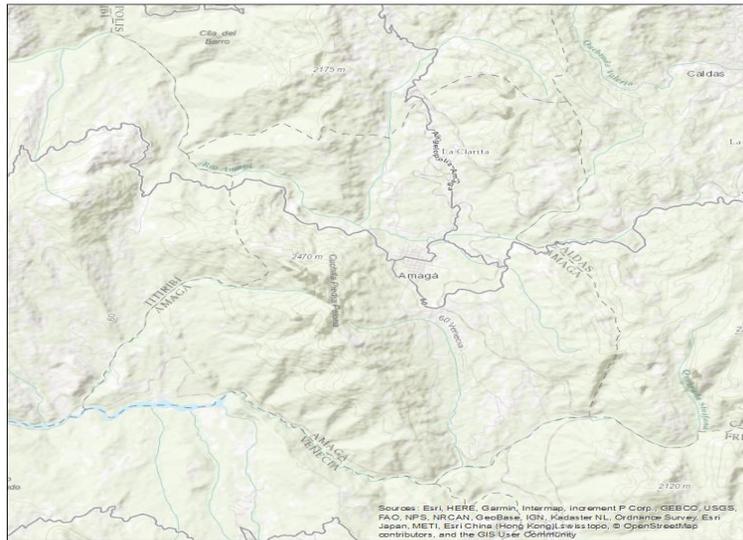
De las microcuencas que en su mayoría son abastecedoras de los sistemas de acueducto tanto urbanos como rurales, solo la microcuenca de la quebrada La Paja, abastecedora del sistema de acueducto de la cabecera municipal, presenta acciones integrales de protección como el hecho que el predio en el cual nace esta fuente es el único que ha sido adquirido por el municipio. El resto de las fuentes reciben una débil atención.

Contaminación del recurso hídrico: Es preocupante la problemática de contaminación que presenta el recurso hídrico y alarmante el hecho de que un alto porcentaje de los habitantes de la zona rural, estén consumiendo aguas contaminadas. La falta de adecuación y aislamiento de las bocatomas agravan aún más esta situación.

La ampliación, la deforestación, desprotección de nacimientos y retiros a fuentes de agua, la falta de control sobre las concesiones otorgadas; el crecimiento del área construida en las áreas urbanas de la cabecera y

centros poblados, el aumento de viviendas en la zona rural y las actividades agropecuarias van generando un futuro agotamiento del recurso hídrico que puede llevar a la pérdida de cauces y nacimientos, situación a la que hay que ponerle especial cuidado ante que se llegue a puntos de no retorno.

Mapa 3. Mapa hidrográfico, Municipio de Amagá.



Fuente: ESRI

Mapa 4. Mapa de Relieve, Municipio de Amagá.



Fuente: Google Maps, imágenes 2014 DigitalGlobs

Temperatura

Temperatura media entre 21°C y 25°C

Según plan de desarrollo 2020-2023 Se le denomina a un grupo de asociaciones vegetales similares con unas características específicas dentro de una división climática. Estas asociaciones son definidas de acuerdo con la composición florística del lugar, su temperatura, precipitación y altitud, según (JIMÉNEZ, 1982.) una zona de vida es la caracterización de un área específica que resulta de la aplicación de una metodología que usa como herramienta un sistema para la categorización de las diferentes áreas terrestres de acuerdo con su comportamiento global bioclimático. El sistema se basa en la apariencia de la vegetación y tres parámetros que clasifica una región, los parámetros son la biotemperatura media anual, expresada en grados centígrados; la precipitación anual en milímetros y la relación de la evapotranspiración potencial (EPT), que es la relación entre la evapotranspiración y la precipitación media anual.

Para el municipio de Amagá la clasificación de la vegetación se llevó a cabo siguiendo el método de Zonas de Vida de L. R. Holdridge (1978).

En la tabla siguiente se resume las características de cada una de las zonas de vida identificadas en el municipio de Amagá.

Humedad

Entre 81% y 86%

Tabla 5. Zonas de vida municipio de Amagá

Zona de vida	Distribución municipal (veredas)	Precipitación media anual (mm)	Biotemperatura media anual (°C)	Altura sobre el nivel medio del mar (msnm)
Bosque húmedo premontano (bh – PM)	Pueblito de San José, Pueblito de los Sánchez, Pueblito de los Bolívars, Travesías, El Cedro	1000 – 2000	17-24	1000 - 2000
Bosque muy húmedo montano bajo (bmh-MB)	Minas, Nicanor Restrepo	2000-4000	12-18	2000 a 3000
Bosque muy húmedo premontano (bmh – PM)	El Cedro, Travesías, Pueblito Bolívars, Guaymaral, Camilo C, Nechí, La Delgadita Yarumal, El Morro, Maní del Cardal, Paso Nivel de las Peñas, Zona Urbana, Malabrigo, La Gualí, La Ferrería, Pie de Cuesta, Minas, Nicanor Restrepo, Maní de las Mangas, La Clarita.	2000 – 4000	15-19	< a 2000
Bosque seco tropical (bs T)	Pueblito San José	1000 – 2000	> de 24°C	0-1000

Fuente: Esquema de ordenamiento territorial municipio de Amagá –Diagnostico 2017

Coberturas Vegetales

En el municipio de Amagá se identificaron, según CORANTIOQUIA las siguientes coberturas vegetales de acuerdo con la metodología de CORINE (Coordination of Information on the Environmental) Land Cover adaptada para Colombia.

Según (IDEAM, 2017) la metodología Corine Land Cover permite describir, caracterizar, clasificar y comparar las características de la cobertura de la tierra, interpretadas a partir de la utilización de imágenes de satélite de resolución media (Landsat), para la construcción de mapas de cobertura a diferentes escalas

Zonas de Riesgo

Según Plan de Desarrollo Municipal 2020 – 2023, ningún territorio está exento de los desastres, los cuales generan consecuencias nefastas en muchas ocasiones para la integridad de las personas, desafortunadamente la pobreza va ligada a esta situación. La eventualidad de ocurrencia de estos eventos va en aumento y que son ocasionados por la naturaleza, la intervención o irresponsabilidad del ser humano.

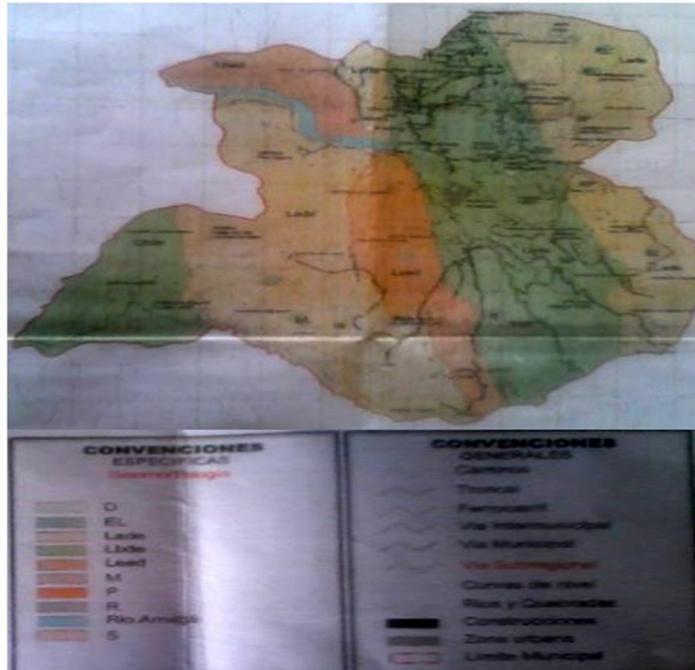
El riesgo de desastres surge por situaciones como condiciones demográficas, desarrollo de zona de alto riesgo, la degradación del medio ambiente, cambio climático, amenazas geológicas entre otras.

En riesgos, según el DNP a partir de información en la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD, 2017), los eventos de desastre para el periodo 2010-2017, correspondieron a inundaciones con 6 eventos, a incendios forestales y movientes en masa con 5 cada uno y acequias y avenidas torrenciales con un evento cada uno. El índice de vulnerabilidad y riesgo por cambio climático para el municipio corresponde a 17.97.

El PMGRD Plan Municipal del Gestión del Riesgo y Desastre, nos muestra las zonas de amenaza y riesgo que se estiman en el municipio, las cuales se dividen según sus factores de origen

- Origen Hidrometeorológico:
 - Avenida torrencial (Creciente súbita, Torrente, avalancha)
 - Sequía, Incendios Forestales y El Niño
 - Tormenta eléctrica y Vendavales
 - Inundaciones, tempestades y La Niña
- Origen Geológico:
 - Movimiento en masa (Deslizamiento - Derrumbe, Caída de rocas, Flujos, etc.)
 - Sismo (temblor, terremoto)
- Origen Tecnológico:
 - Derrame o fugas de materiales o sustancias peligrosas
- Origen Humano:
 - Accidentes de Transito
- Escenarios de riesgo asociados con otros fenómenos:
 - Escombreras
- Riesgo asociado con la actividad minera
 - Inundaciones
 - Explosiones

Mapa 5. Zonas de amenazas, Municipio de Amagá.



Fuente: Esquema de Ordenamiento Territorial Municipio de Amagá.

1.2. Contexto poblacional y demográfico - Población - Población por pertenencia étnica

Figura 2 Vista aérea Municipio de Amagá



Fuente: Colombian realty

Población total

El municipio de Amagá cuenta con 32142 habitantes, el 52% de su población se localiza en la cabecera municipal y el 48% restante en los centros poblados y la zona rural dispersa. El 49,15% son de sexo masculino y el 50.84 % de sexo Femenino, Encontrándose de esta manera una población algo homogénea teniendo en cuenta el sexo.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado:

Amagá tiene una de extensión de 85 km² y una población total de 32142 habitantes para el año 2023, lo que equivale a una densidad poblacional de habitantes por 378.1 km²

Población por área de residencia urbana y rural:

En el Municipio de Amagá, el mayor porcentaje de población se encuentra domiciliada en la zona urbana; para el año 2023, la población urbana fue de 16636 correspondiente al 51.8% de la población total y en la zona rural la población fue de 15506 correspondiente al 48.2% de la población total del municipio (Tabla 6).

Tabla 6 . Población por área de residencia Municipio de Amagá. 2023

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
N°	%	N°	%		
16.636	51,8	15.506	48,2	32.142	51,8

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE

Grado de urbanización

El grado de urbanización para el Municipio de Amagá es de 51.8%, lo cual indica que la mayoría de los habitantes del municipio se encuentran ubicados en la zona urbana

Número de hogares y viviendas

Según información fuente SISBEN municipal al 18 de noviembre de 2023, el número de viviendas es de 7728, hogares de 8075 y personas es de 22212 habitantes registrados.

A continuación, se relaciona información según base de datos Sisbén con fecha 18 de noviembre de 2023.

Tabla 7. Número de hogares y viviendas, municipio de Amagá. 2023

CLASIFICACIÓN	CANTIDAD			
	TOTAL	CABECERA	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO
Número de Hogares	8075	4082	2501	1492
Número de viviendas	7728	3921	2393	1414

Fuente: SISBEN Municipal

Tabla 8. Población por pertenencia étnica del Municipio de Amagá, 2023

Autorreconocimiento étnico	Casos	%
Gitano(a) o Rrom	2	0,01
Indígena	9	0,03
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	125	0,47
Ningún grupo étnico	26.608	99,21
No informa	74	0,28
Palenquero(a) de San Basilio	3	0,01
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0,00
Total	26.821	100

Fuente: DANE, Censo General 2022.

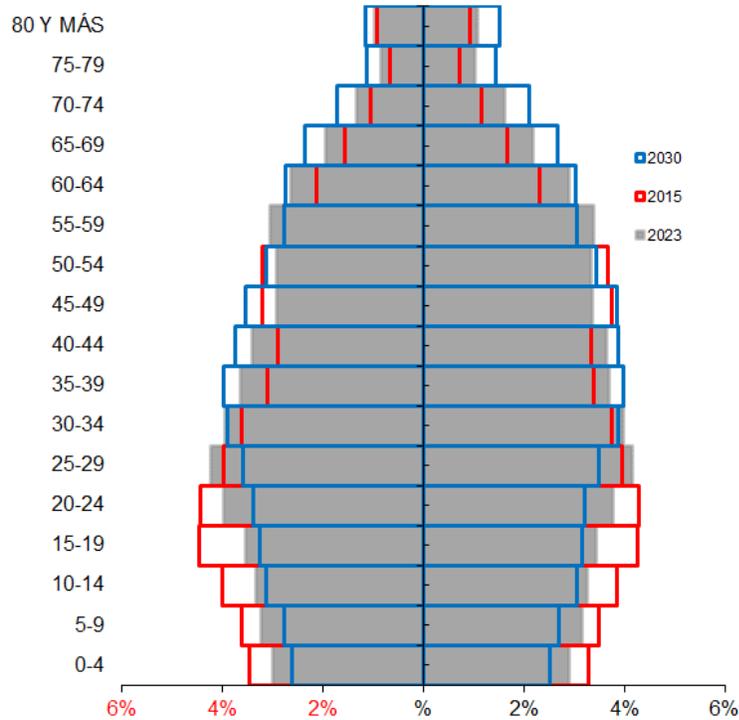
1.2.1. Estructura demográfica

La pirámide poblacional del municipio de Amagá es regresiva, según las proyecciones DANE; ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad en la población, con un estrechamiento en su base para los años 2023 y 2030 comparado con el año 2015, los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios de 25 a 34 años y a medida que se avanza la edad se evidencia el estrechamiento que representa la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para el año 2030 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas a partir de los 60 años y más.

Se observa una mayor población para el grupo de mujeres, a diferencia de los años anteriores que los hombres eran los que aportaban mayor cantidad, sin embargo, se observa mayor porcentaje de hombres en el grupo de edad de 0 a 4 años, y de 15 a 29 años los hombres, quienes representan fuerza de trabajo y mano de obra joven en el municipio, esto soportando que el municipio por su economía minera requiere de mano de obra fundamentalmente masculina, se considera una estructura de población adulta, indicando que la población menor de 30 años representan el 42% de la población total y la población mayor o igual a 60 años representa el 58%.

En el grupo de mayores de 55 años donde se encuentra ubicada la población adulta y los adultos mayores presenta tendencia al aumento, lo cual se podría relacionar con una mayor esperanza de vida de los Amagaseños y requiere una mayor intervención en el fortalecimiento de promoción y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Figura 3. Pirámide poblacional del Municipio de Amagá, 2015, 2023, 2030.



Fuente: DANE-. Proyecciones de la Población

Población por grupo de edad

En la tabla 9 se presenta según el ciclo vital de la población Amagaseña por grupo de edades, observándose un aumento progresivo en las poblaciones adultas y personas mayores, mientras que las poblaciones de la primera infancia, infancia y adolescencia presentan una tendencia a la disminución, motivo por el cual se requiere mayor intervención en la población adulta y adulto mayor, mediante programas y proyectos, reducción de enfermedades crónicas no transmisibles, a través de promoción del autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

En el año 2023, se observa disminución de la población en el primer ciclo vital al ser comparado con la población para el año 2015, en el grupo de la adolescencia se observa una disminución pasando de 3431 en 2015 a 3071 en 2023, en el grupo de la población de la juventud podría decirse que ha presentado una población estable, el grupo de la adultez y personas mayores aumentó su población, siendo estos dos últimos grupos de edad el que mayor población representa.

Se identifica disminución en proyección de la población del grupo de la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud para el 2030, en cambio para los grupos de edad de adultez y personas mayores se proyecta un aumento.

Tabla 9. Proporción de la población por ciclo vital, Municipio de Amagá, 2015, 2023 y 2030

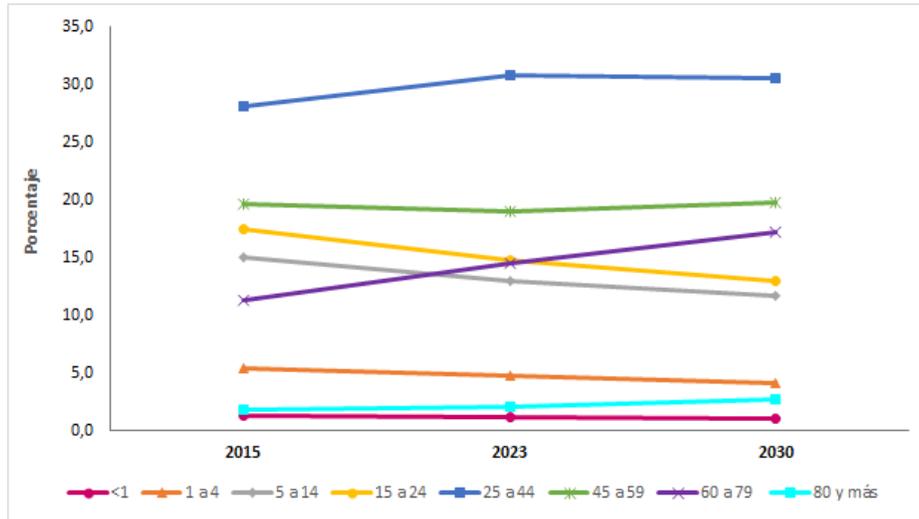
Ciclo vital	2015		2023		2030	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	2.368	8,1	2.302	7,2	2.080	6,2
Infancia (6 a 11 años)	2.560	8,8	2.491	7,7	2.299	6,9
Adolescencia (12 a 18)	3.431	11,8	3.071	9,6	2.974	8,9
Juventud (19 a 26)	4.019	13,8	4.027	12,5	3.563	10,6
Adultez (27 a 59)	12.944	44,4	14.920	46,4	15.930	47,6
Persona mayor (60 y más)	3.814	13,1	5.331	16,6	6.653	19,9
TOTAL	29.136	100	32.142	100	33.499	100

Fuente: Proyecciones de la población DANE

Según la figura 2, se observa que el grupo etario que ha representado en el municipio mayor concentración de personas se encuentra en el rango de 25 a 44 años con una tendencia estable para el año 2030, además, se resalta que en este grupo poblacional la población es la más económicamente activa, lo cual equivale a que en el municipio se debe continuar generando oferta laboral.

Los cambios en la proporción de la población desde el año 2015 a 2023 para la población ubicada en el ciclo vital menor de 1 año presenta una disminución pasando del 1,4% en 2015 a 1,1% a 2023, en el ciclo de vida de 1 a 4 años disminuyó de 5,4% a 4,8% la población, en el ciclo de vida de 5 a 14 años se observa una tendencia a la disminución de este grupo de edad pasando de 15 % en 2015 a 13% para el año 2023, en el ciclo de vida de 15 a 24 años disminuyó al pasar de 17,4% en 2015 al 14,7% para 2023, para el ciclo de vida entre 25 y 44 años es el grupo con mayor proporción de habitantes, en 2015 se tenía una población del 28,1% y se proyecta para 2030 una población de 30,8%. En el ciclo de vida de 45 a 59 años pasó en 2015 de 19,6% a 19 % en 2023 lo que puede decirse que es un grupo de población estable, proyectándose una constante del 19,9% para 2030, en el ciclo de vida de 60 a 79 años se presenta un aumento de 11,2% en 2015 a 17,2% en 2023, programándose un aumento del 6% en 2030. Y para el ciclo vital de 80 años y más se proyecta un aumento de la población 0,9 % para el 2030.

Figura 4. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios del Municipio de Amagá 2015, 2023, 2030.

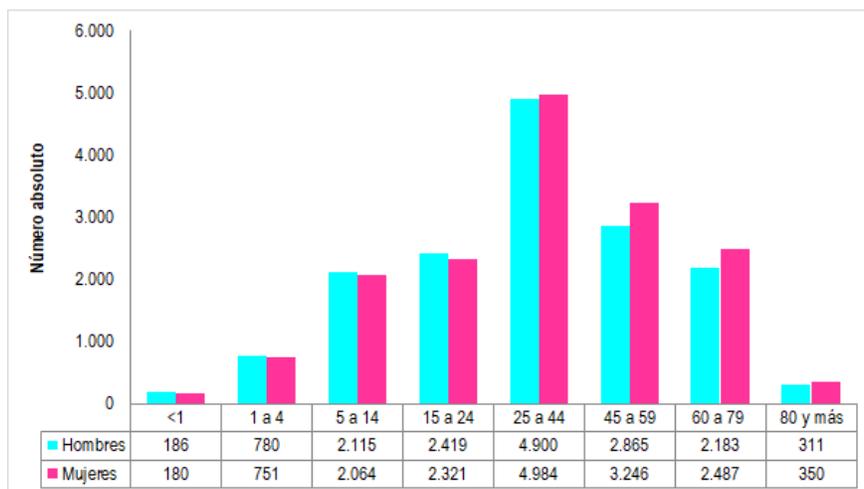


Fuente: DANE – Estimaciones de población

La proporción entre hombres y mujeres Amagaseñas para el año 2023 presenta una mayor proporción para el grupo de edad entre 25 a 44 años, con mayor porcentaje para las mujeres comparado con los hombres, como segundo grupo de edad con mayor porcentaje de población se encuentra el de 45 a 59 años, con mayor porcentaje para las mujeres, Se presenta mayor número de hombres en los grupos de población de los menores, menor de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años y de 15 a 24 años al contrario para los grupos de población de adolescentes, adulto y adulto mayor las mujeres representan el mayor número de la población

No es muy representativa la diferencia, el total de la población es de 32142 personas, de los cuales el 51% es población femenina y el 49% masculina.

Figura 5. Población por sexo y grupo de edad del Municipio de Amagá, 2023



Fuente: Proyecciones Departamento Nacional de Estadísticas DANE

Otros indicadores demográficos

Relación hombres/mujer: En el año 2015 por cada 97 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2023 por cada 96 hombres, había 100 mujeres.

Razón niños mujer: En el año 2015 por cada 25 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2023 por cada 23 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil.

Índice de infancia: En el año 2015 de 100 personas, 22 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 19 personas

Índice de juventud: En el año 2015 de 100 personas, 25 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 23 personas.

Índice de vejez: En el año 2015 de 100 personas, 13 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 17 personas.

Índice de envejecimiento: En el año 2015 de 100 personas, 60 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 83 personas.

Índice demográfico de dependencia: En el año 2005 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 44 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 43 personas.

Índice de dependencia infantil: En el año 2015, 31 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 27 personas.

Índice de dependencia mayores: En el año 2015, 12 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 16 personas.

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

Tabla 10. Otros indicadores de estructura demográfica en el Municipio de Amagá, 2015, 2023, 2030

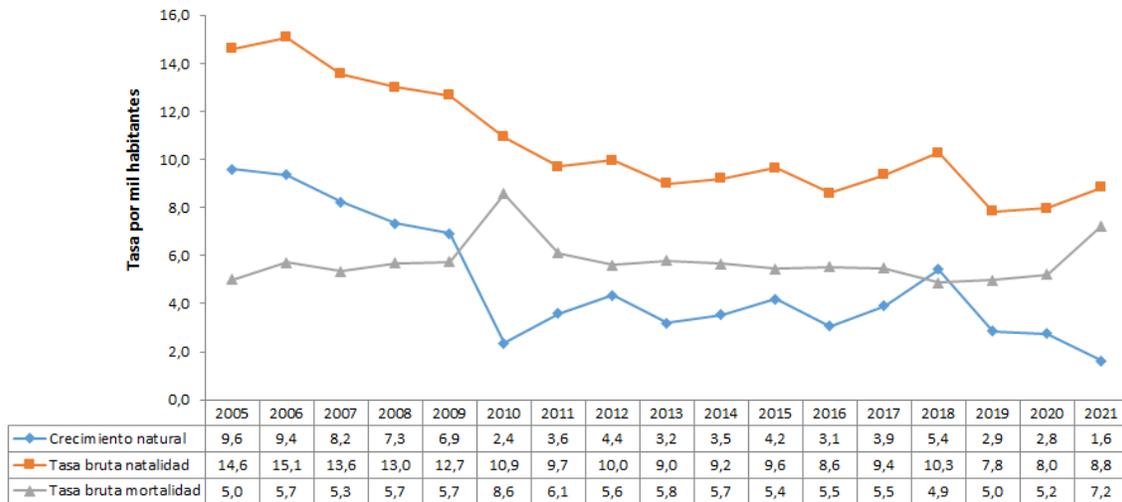
Índice Demográfico	Año		
	2015	2023	2030
Población total	29.136	32.142	33.499
Población Masculina	14.317	15.759	16.408
Población femenina	14.819	16.383	17.091
Relación hombres: mujer	96,61	96,19	96
Razón niños: mujer	25	23	20
Índice de infancia	22	19	17
Índice de juventud	25	23	20
Índice de vejez	13	17	20
Índice de envejecimiento	60	88	118
Índice demográfico de dependencia	43,67	42,76	44,76
Índice de dependencia infantil	31,24	26,99	24,36
Índice de dependencia mayores	12,43	15,77	20,40
índice de Friz	112,52	90,35	75,44

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE

1.2.2. Dinámica demográfica

- Tasa de crecimiento Natural: La tasa de crecimiento natural para el municipio de Amagá es positivo debido a que se registran mayor número de nacimientos que de defunciones. La tasa de crecimiento natural más alta se presentó en el año 2005 y para el año 2021 esta ha disminuido al llegar a 1.6
- Tasa Bruta de Natalidad: En el municipio de Amagá para el año 2015 por cada 100.000 habitantes se registraron 9 nacimientos, esta tendencia disminuye para el año 2017 y para el 2021 presentándose un descenso llegando a 8.8
- Tasa Bruta de Mortalidad: Entre los años 2005 y 2018 se presenta una tendencia estable de 6 muertes aproximadamente por cada 1.000 habitantes de la población, a excepción del año 2010 cuando aumentó a 9 debido una tragedia en población minera municipal, para el 2021 esta tasa presentó una disminución llegando a 7.2 muertes por cada 1000 habitantes.

Figura 6. Comparación entre las Tasas Brutas de crecimiento natural, Mortalidad y Natalidad del municipio de Amagá 2005, 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Otros indicadores de la dinámica de la población

Analizando la capacidad reproductiva del municipio en el año 2021 y teniendo en cuenta las tasas específicas de fecundidad en las mujeres entre 10 y 14 años encontramos que de acuerdo con datos del DANE para el municipio de Amagá se encuentra una proyección 0 nacido vivo por cada 1000 mujeres en el grupo de los 10 a 14 años y de 42,6 Nacidos vivos por 1000 mujeres entre los 15 y 19 años.

- Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: En el año 2021, por cada 1000 mujeres de 10 a 14 años no se embarazaron mujeres, presentándose una tasa baja en el periodo.
- Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: En el año 2021, por cada 1000 mujeres entre 15 a 19 años se presentaron aproximadamente 42,6 embarazos.
- Al analizar las tasas de fecundidad específicas en mujeres de 10 a 19 años en el municipio de Amagá a lo largo de los años, se observa una variabilidad significativa. Aunque existe una tendencia general hacia la disminución de las tasas de fecundidad, se destacan fluctuaciones anuales notables, especialmente en el grupo de 15 a 19 años. Esta tendencia descendente podría indicar una mayor conciencia sobre la salud sexual y reproductiva, así como un acceso mejorado a la educación y los servicios de salud. Sin embargo, persisten desafíos en la prevención del embarazo adolescente, subrayando la necesidad continua de programas y políticas dirigidas a abordar este tema. Es esencial seguir implementando estrategias efectivas para garantizar que las adolescentes tengan acceso a información y servicios que les permitan tomar decisiones saludables y evitar embarazos no deseados.

Tabla 11. Otros indicadores de la dinámica de la población del Municipio de Amagá, 2021.

Tasa de fecundidad específica	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
De 10 a 14	2,7	4,8	3,5	0,7	3,7	1,5	3,1	3,9	2,4	3,9	4,6	1,5	1,5	0,7	2,8	0	0
De 15 a 19	78,6	77,2	73,2	84,4	69	49,5	53,8	64,1	48,6	45,8	53,2	45,8	55,2	59,2	24,4	42,3	42,6
De 10 a 19	37,24	38,27	36,78	42,29	37,22	26,68	29,94	35,69	26,47	25,24	28,71	23,09	27,37	28,86	14,11	22,07	22,09

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Tasa Bruta de Natalidad

El análisis de la tasa bruta de natalidad en el municipio de Amagá, revela un panorama interesante sobre la dinámica demográfica de la región en el período comprendido entre 2005 y 2021. Durante este lapso, se observan fluctuaciones en la tasa de natalidad, sin una tendencia clara de aumento o disminución. Aunque se identifican años con tasas más altas y otros con tasas más bajas, desde 2016 hasta 2021 se registra una relativa estabilidad en torno al 8-10%. Estos resultados sugieren una situación demográfica que, si bien puede variar año tras año, muestra una tendencia a mantenerse en un rango relativamente estable en la última década. Este análisis proporciona una base sólida para comprender mejor la dinámica poblacional de Amagá y puede servir como punto de partida para futuras investigaciones y políticas públicas dirigidas al bienestar de la comunidad.

Tabla 12 Tasa bruta de Natalidad - Municipio de Amagá 2021

Tasa bruta de natalidad	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Amagá	14,6	15,1	13,6	13	12,7	10,9	9,7	10	9	9,2	9,6	8,6	9,4	10,3	7,8	8	8,8

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

1.2.3. Movilidad forzada

Según plan de desarrollo 2020-2023 de acuerdo con los datos de la Unidad de atención y registro para las Víctimas en el Municipio de Amagá el 7.9% de la población ha sufrido un daño como consecuencia de infracciones al derecho internacional humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de derechos humano, ocurridos en ocasión del conflicto armado interno y se encuentran incluidas en el registro único de víctimas. Del total de la población identificada como víctima a 31 de diciembre de 2019, existen 2065 personas sujetas a atención, es decir, que pueden acceder a las medidas de atención y reparación establecidas en la Ley.

Amagá, por su localización, estructura y conformación presenta condiciones para, así sea en menor grado, ser municipio receptor de población en situación de desplazamiento. Desde el enlace municipal de víctimas en el municipio de Amagá se tienen disponibles cuatro plataformas: VIVANTO, SGV, SIGO y RUSICST, establecidas para brindar ayudas y asesorías a los usuarios, a través del correo institucional llegan todas las solicitudes, se tiene disponible una línea de celular para atención de necesidades de los usuarios.

Se realiza plan de trabajo de la mesa de unidad de víctimas, se realizan los subcomités para comenzar a realizar funcionamiento, la administración municipal tiene 5 grupos familiares con los subsidios de arrendamiento. Se tienen identificadas las personas víctimas del conflicto armado más necesitadas para ayudas humanitarias en tiempo de contingencia sanitaria.

Se realizan comités de justicia transicional, capacitación virtual a los integrantes de la mesa de víctimas sobre la memoria de las víctimas del conflicto armado del municipio, se está llevando a cabo la socialización por los medios de comunicación sobre caracterización de la población Victimizante.

Tabla 13. Víctimas desplazamiento por sexo. Amagá 2022

Edad	Hombres	Mujeres
0-4	12	13
5-9	66	64
10-14	76	80
15-19	121	92
20-24	142	89
25-29	149	110
30-34	129	91
35-39	88	84
40-44	82	73
45-49	74	62
50-54	50	67
55-59	54	51
60-64	33	36
65-69	21	21
70-74	14	22
75-79	12	15
80 y más	19	20
Total	1142	990

Fuente: Cubo movilidad forzada

1.2.4. Población LGTBIQ+

Mediante el Acuerdo Municipal 100-02-10-010 del 19 de agosto de 2016, se creó la Mesa Técnica LGBTI. En el año 2023, a través del Acuerdo 200-02-010-006 del 13 de junio de 2023, se realizó una modificación parcial del artículo relacionado con dicha Mesa, esta quedó conformada de la siguiente manera:

- Artículo 7: Mesa técnica de identidades de género y orientaciones sexuales diversas. Para el cumplimiento de las responsabilidades asignadas en el artículo anterior, el alcalde, alcaldesa o su delegado presidirá una mesa técnica integrada por: A. Alcalde, alcaldesa o su delegado. B. Secretaría de Salud y Bienestar Social o su delegado permanente. C. Secretaría de Educación, Cultura, Turismo, Recreación o su delegado permanente. D. Director(a) de Deporte o su delegado permanente. E. El Personero(a) o su delegado permanente. F. Cuatro representantes de personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas, elegidos previamente en una reunión llevada a cabo en la mesa diversa. La Dirección de Bienestar Social, a través del funcionario encargado de los asuntos relacionados con identidades de género y orientaciones sexuales diversas, convocará y presidirá la reunión. G. Comisaría de Familia o su delegado permanente.

Asimismo, es importante mencionar que hasta la fecha se cuenta con un Colectivo denominado "Amagá Diverso", conformado por un grupo base de 39 personas que se auto reconocen como población sexualmente diversa. Se tiene prevista la conformación de nuevos colectivos dentro de la zona rural del municipio para el año 2024.

Hasta la fecha, no se dispone de una caracterización de la población LGBTIQ+ en el municipio. En una reunión llevada a cabo el 9 de febrero con el secretario de Inclusión Social y Familia de la Gobernación de Antioquia, señor Jovani Arias, se expresó la necesidad de dicha caracterización. Además, se informó que desde dicha dependencia se están elaborando los formatos para que cada dependencia municipal correspondiente realice dicha caracterización. Este constituye uno de los desafíos contemplados en la Política Pública Municipal sobre Identidades de Género y Orientaciones Sexuales Diversas, y se espera llevarlo a cabo y consolidarlo lo antes posible.

Aunque el Plan de Desarrollo Municipal está en proceso de construcción, las cuatro líneas estratégicas de la Política Pública son transversales. Desde la realización del diagnóstico, se han identificado algunos hallazgos en el sector salud, entre los cuales destacan:

- Necesidad de una atención integral en salud.
- Elaboración de indicadores diferenciales para la atención en salud, ya que se evidencia una vulneración de derechos, especialmente en la población trans.
- Ejecución de planes y programas de salud mental, dado que una gran proporción de la población LGBTIQ+ presenta trastornos de ansiedad, depresión e ideaciones suicidas.
- Implementación de programas de prevención y promoción de la salud que vayan más allá de la realización de pruebas rápidas de VIH, dado que en la mayoría de los casos esto aumenta la estigmatización de dicha población como principales portadores del virus.
- Necesidad de difundir y aplicar la Resolución 2138 del 19 de diciembre de 2023, la cual establece los Lineamientos de transversalización del enfoque de género en el sector salud para cerrar brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual.
- Capacitación del personal de salud para brindar atención con enfoque diferencial por identidad de género y orientación sexual.

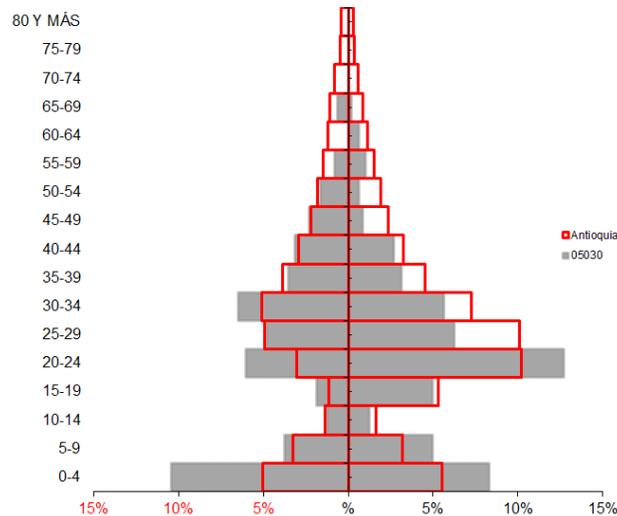
1.2.5. Población Migrante

Presentación atenciones en salud a la población extranjera en el municipio de Amagá.

Población Extranjera

En el municipio de Amagá recibe extranjeros, población migrante venezolana debido a la crisis actual que vive el vecino país. En el municipio de Amagá se registraron 960 atenciones en salud a población migrante

Figura 7. Población Migrante, Municipio de Amagá, 2023



Fuente: Reporte información Circular 029 de 2018 MSPS.

A nivel departamental se les han brindado 303100 atenciones a personas migrantes, de estas el 0,31% (960) se han brindado a personas en el municipio de Amagá, de las cuales el 44% fueron por consulta externa, el 29% por procedimientos, el 21% por servicio de hospitalización, el 3 % por urgencias, el 2% por nacimientos y el 1% por entrega de medicamentos.

En el año 2021 se realizaron 939 atenciones a población migrante, los servicios que más alto porcentaje de atención presentaron fueron las consultas externas con 44%, los procedimientos con un 29%, hospitalización con 21%, el total de atenciones a la población migrantes fue de 522 distribuidas, la mayoría fue atendida por otro régimen, el 29.3% por el régimen contributivo, el 26.2% atendidos sin afiliar, el 11.7% atendidos por el régimen subsidiado, la gran mayoría de migrantes tienen procedencia de Venezuela.

Tabla 14. Atenciones en salud de la población migrante Amagá 2021

Amagá	Tipo de atención	Amagá		Antioquia		Concentración Amagá
		2021	Distribución	2021	Distribución	2021
Amagá	Consulta Externa	416	44%	111.457	37%	0,4%
	Servicios de urgencias	26	3%	19.371	6%	0,1%
	Hospitalización	196	21%	13.029	4%	1,5%
	Procedimientos	277	29%	103.968	35%	0,3%
	Medicamentos	7	1%	47.808	16%	0,0%
	Nacimientos	17	2%	5.310	2%	0,3%
	Total		939	100%	300.943	100%

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tabla 15. Atenciones en salud de población migrante según procedencia. Amagá 2021

Amagá	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Antioquia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Concentración de la atención población migrante
		2021	Proporción			2021	Distribución	
Amagá	Brasil	0	0%	Antioquia	Brasil	178	0%	0,0%
	Ecuador	0	0%		Ecuador	449	0%	0,0%
	Nicaragua	0	0%		Nicaragua	17	0%	0,0%
	Otros	1	0%		Otros	38372	21%	0,0%
	Panamá	0	0%		Panamá	206	0%	0,0%
	Perú	0	0%		Perú	434	0%	0,0%
	República Bolivariana de Venezuela	467	97%		República Bolivariana de Venezuela	111897	60%	0,4%
	Sin identificador de país	12	3%		Sin identificador de país	34106	18%	0,0%
	Total	480	100%		Total	185659	100%	0,3%

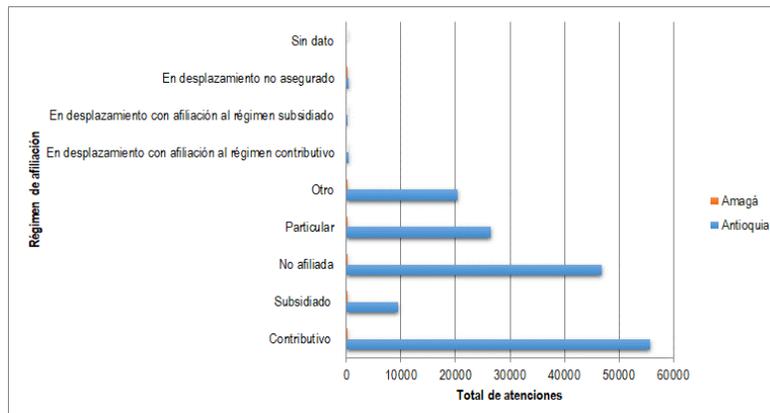
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tabla 16. afiliación en salud de la población migrante Amagá 2021

Regimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud en la entidad territorial	%	Total de migrantes con atenciones en salud en la entidad territorial de referencia	%	Concentración
Contributivo	153	29,3	55721	34,9	0,3%
Subsidiado	61	11,7	9514	6,0	0,6%
No afiliada	137	26,2	46767	29,3	0,3%
Particular	7	1,3	26451	16,6	0,0%
Otro	163	31,2	20317	12,7	0,8%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	0	0,0	316	0,2	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	0	0,0	164	0,1	0,0%
En desplazamiento no asegurado	1	0,2	345	0,2	0,3%
Sin dato	0	0,0	0	0,0	0,0%
Total de migrantes atendidos	522	100	159595	100	0,3%

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Figura 8. Atenciones en salud población migrante - según régimen de afiliación. Amagá 2021



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.2.6. Población campesina

Según datos del Ministerio de Salud, con corte al 31 de diciembre del 2023 la población campesina afiliada al régimen subsidiado en el municipio de Amagá era de 4281 personas, de las cuales 2326 son mujeres y 1955 son hombres. De este total, 2566 personas (el 60% del total) estaban afiliados a Coosalud, 1191 personas (el 28% del total) estaban afiliadas en la EPS Savia Salud, 473 (el 11% del total) en la Nueva EPS y 51 personas (el 1% restante) a la EPS Salud Total.

En cuanto al régimen contributivo, verificando con corte a la misma fecha, se contaba con 5983 campesinos afiliados en el municipio, 3171 son mujeres y 2812 hombres, representando el 53% y 47

La caracterización precisa del campesinado en el municipio de Amagá se encuentra en una etapa inicial de diseño de políticas y programas que impulsen su bienestar y fomenten un desarrollo sostenible en armonía con las particularidades de esta significativa región colombiana, es fundamental comprender las dinámicas socioeconómicas, culturales y territoriales específicas de la comunidad campesina del municipio para identificar las necesidades y desafíos que enfrenta. Este proceso de caracterización proporcionará una base sólida para la formulación de estrategias y acciones que promuevan la inclusión, el crecimiento económico y la preservación del patrimonio cultural y ambiental de esta importante zona rural de Colombia.

1.3. Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

Servicios habilitados IPS

A continuación, se relacionan los tipos de servicios habilitados con que cuenta la Empresa Social del Estado Hospital San Fernando como IPS en el municipio de Amagá.

Tabla 17. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud, municipio de Amagá, 2022.

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia							1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	2	2	2	2	2	2	2	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	1	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial								1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral							1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria		1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia							1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	2	2	2	2	2	2	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	2	2	2	2	2	2	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna							1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	2	2	2	2	2	2	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	2	2	2	2	2	2	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría							1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	1	1	1	1	1	1	1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad								1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia								1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	2	2	2	2	2	2	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral								1
Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	1	1	1	1	1	1	1	1	
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			2					
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	2	2		2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	2	2	2	2	2	2	2	2
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	1	1	1	1	1	1	1	1
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: SISPRO-MSPS

Otros indicadores del sistema sanitario

Tabla 18. Otros indicadores de sistema sanitario en el Municipio de Amagá, 2022.

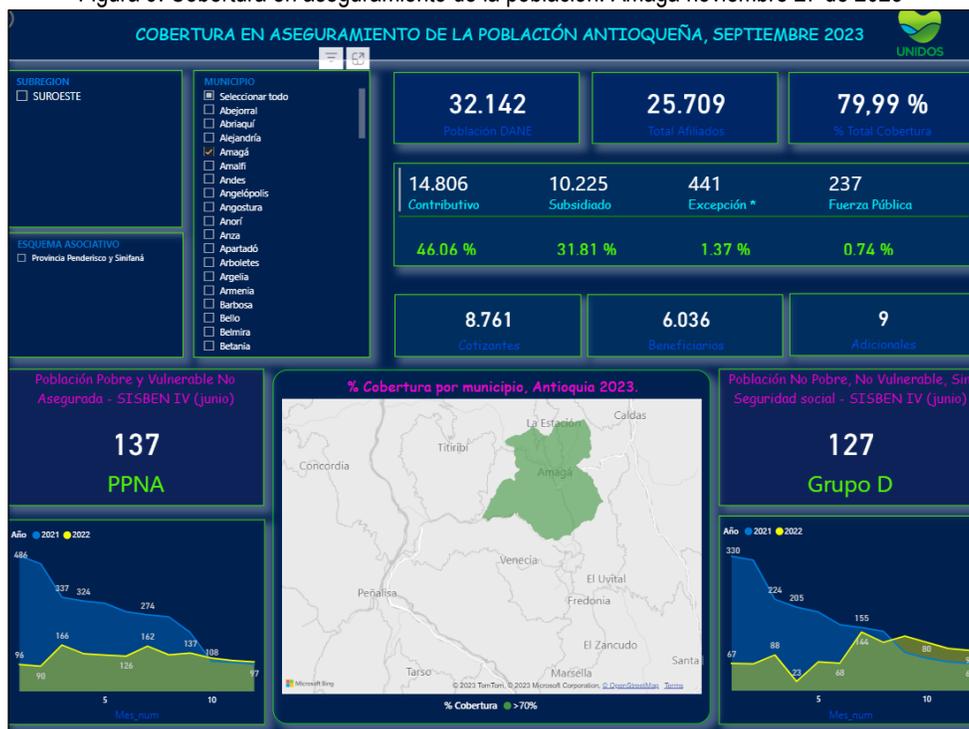
Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0.07	0.07	0.07	0.10	0.07	0.06	0.25	0.09
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0.07	0.07	0.07	0.10	0.07	0.06	0.25	0.09
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0.14	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.12
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Razón de camas por 1.000 habitantes	0.34	0.34	0.33	0.33	0.33	0.32	0.22	0.22

Fuente: SISPRO-MSPS

Caracterización EAPB

Con respecto al aseguramiento en el municipio de Amagá del total de la población según DANE se tiene una cobertura del 79,99%, distribuidos de la siguiente manera el 46,06% pertenecen al régimen contributivo, el 31,81% al régimen subsidiado, el 1,37% al régimen de excepción y el 0.74% se encuentran afiliados a la fuerza pública. El total de personas que cotizan son 8761 y tienen a 6036 beneficiarios, 9 personas se encuentran afiliadas como adicionales; en cuanto a población pobre y vulnerable no asegurada se tiene un total de 137 personas, y un total de 127 personas en el grupo D del Sisbén lo que indica que son personas que deben cotizar de acuerdo con la contribución solidaria según decreto 616 de 2022.

Figura 9. Cobertura en aseguramiento de la población. Amagá noviembre 27 de 2023



Fuente: DSSA

Según la gráfica a continuación el municipio de Amagá tiene varias EAPB que prestan servicios de salud en el territorio, para el régimen contributivo son Nueva EPS y salud total y en menor cantidad Coosalud, SURA y SAVIA y para el régimen subsidiado de mayor a menor cobertura son: Coosalud, SAVIA, Salud total, Nueva

EPS y SURA, en total en el régimen contributivo se tienen 14778 afiliados y para el régimen subsidiado 10225 afiliados.

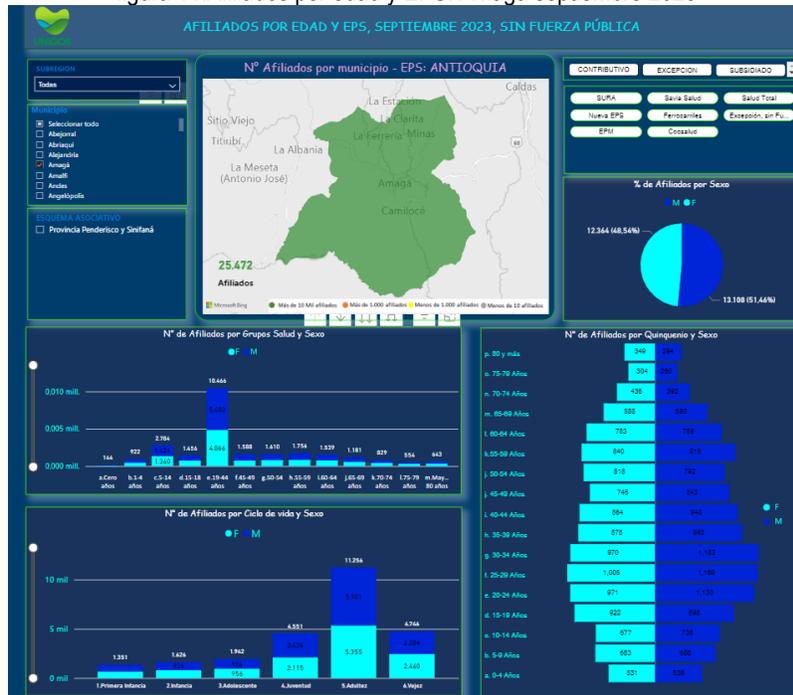
figura 10. Afiliados a la seguridad social por EAPB. Amagá septiembre 2023



Fuente: DSSA

En cuanto a la afiliación en salud por edad y EPS se observa que el 48,54% son mujeres y el 51,46% son hombres, por grupo de edad las personas que más se encuentran afiliadas son las que tiene entre 19 y 44 años, de acuerdo con la pirámide población por EAPB el grupo de edad de 25 a 29 años son los que representan una mayor afiliación siendo mayor el grupo de los hombres, el grupo que representa menor afiliación es el contemplado entre los 75 y 79 años y según el ciclo de vida y sexo el grupo de la adultez representa mejor cobertura comparado con los demás grupos.

figura 11. Afiliados por edad y EPS. Amagá septiembre 2023



Fuente: DSSA

Indicadores trazadores EAPB

Según la siguiente tabla de acuerdo con el indicador de bajo peso al nacer se tiene que por las EAPB del régimen contributivo del total de nacimientos donde nacieron niños con bajo peso al nacer fueron en SAVIA Salud con un 33.33%, seguido de Coosalud, Coomeva, Nueva EPS y salud total por la cual se debe solicitar a estas entidades los planes de contingencia que se realizan para disminuir el indicador.

Tabla 19. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer según EAPB del régimen contributivo. Amagá 2021

Geografía/EAPB	Valor
AMAGÁ	
EPS002 - SALUD TOTAL	2.86
EPS037 - NUEVA EPS	4.00
EPS016 - COOMEVA	8.70
ESSC24 - COOSALUD ESS COOPERATIVA DE SALUD Y DE	9.09
EPS040 - SAVIA SALUD EPS	33.33

Fuente: SISPRO

Según la siguiente tabla de acuerdo con el indicador de bajo peso al nacer se tiene que por las EAPB del régimen subsidiado del total de nacimientos donde nacieron niños con bajo peso al nacer fueron en Coomeva con un 40%, seguido de Nueva EPS y Coosalud para el régimen subsidiado no se presentaron nacimientos de bajo peso al nacer en Savia Salud.

Tabla 20. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer según EAPB del régimen subsidiado. Amagá 2021

Geografía/EAPB	Valor
AMAGÁ	
EPSS02 - SALUD TOTAL	0.00
EPSS40 - Alianza Medellín -savia Salud	0.00
ESS024 - COOSALUD E.S.S.	8.00
EPSS37 - NUEVA EPS SA - CM	16.67
EPSS16 - COOMEVA EPS SA	40.00

Fuente: SISPRO

De acuerdo con los porcentajes de nacidos vivos con cuatro consultas o más de control prenatal para las EAPB del régimen contributivo se observa que para las gestantes en savia salud y Coomeva todas asistieron a por lo menos cuatro controles, mientras que para Nueva EPS, Coosalud y salud total el indicador supera el 80% pero no llega al 100, lo que indica que sus gestantes no asisten a por lo menos cuatro consultas prenatales.

Tabla 21. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal por EAPB contributivo. Amagá 2021

Geografía/EAPB	Valor
AMAGÁ	
EPS002 - SALUD TOTAL	88.57
ESSC24 - COOSALUD ESS COOPERATIVA DE SALUD Y DE	90.91
EPS037 - NUEVA EPS	96.00
EPS016 - COOMEVA	100.00
EPS040 - SAVIA SALUD EPS	100.00

Fuente: SISPRO

De acuerdo con los porcentajes de nacidos vivos con cuatro consultas o más de control prenatal para las EAPB del régimen subsidiado se observa que para las gestantes en Nueva EPS, Coomeva y Salud Total todas

asistieron a por lo menos cuatro controles, mientras que para Coosalud y savia el indicador supera el 90% pero no llega al 100, lo que indica que sus gestantes no asisten a por lo menos cuatro consultas prenatales.

Tabla 22. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal por EAPB subsidiado. Amagá 2021

Geografía/EAPB	Valor	
AMAGÁ		
EPSS40 - Alianza Medellín - savia Salud	90.00	
ESS024 - COOSALUD E.S.S.	90.00	
EPSS02 - SALUD TOTAL	100.00	
EPSS16 - COOMEVA EPS SA	100.00	
EPSS37 - NUEVA EPS SA - CM	100.00	

Fuente: SISPRO

En cuanto a la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años por el régimen subsidiado, se observa que para las EAPB Coosalud y savia salud en el año 2021 se presentó notificación de mujeres gestantes en esta población, lo que indica generación de estrategias que eviten los embarazos en gestantes a temprana edad en este régimen para la población afiliada, que por el contrario para el régimen contributivo no se registraron casos en esta población.

Tabla 23. Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años por EAPB subsidiado. Amagá 2021

Geografía/EAPB	Valor	
COLOMBIA		
ANTIOQUIA		
AMAGÁ		
EPSS02 - SALUD TOTAL	0.00	
EPSS16 - COOMEVA EPS SA	0.00	
EPSS37 - NUEVA EPS SA - CM	0.00	
ESS024 - COOSALUD E.S.S.	7.30	
EPSS40 - Alianza Medellín - savia Salud	13.16	

Fuente: SISPRO

1.4. Gobierno y gobernanza en el sector salud

1.4.1. Políticas Públicas Municipales

Acuerdo 016 – 30 de agosto de 2004: Por lo cual se adoptan como Política Pública la estrategia de municipios saludables de Amagá Antioquia

Acuerdo 004 - 05 de septiembre de 2006: Por medio de la cual se fija la Política Pública en materia de atención Integral a la discapacidad.

Acuerdo 009 – 07 de junio de 2007: Por medio del cual se fijan las Políticas de Equidad de género para las mujeres en el municipio de Amagá Antioquia

Acuerdo 018 – 10 de diciembre de 2007: Por medio del cual se adopta la Política Pública de Infancia y Adolescencia

Acuerdo 012 – 29 de noviembre de 2010: Por medio de la cual se adopta un nuevo texto sobre la Política Pública de Infancia y Adolescencia

Acuerdo 011 – 23 de diciembre de 2014: Por medio de la cual se adopta la Política Pública de Envejecimiento y Vejez en el municipio de Amagá

Acuerdo 007 – 24 de mayo de 2016: Por el cual se autoriza la Política Pública Municipal de la juventud del municipio de Amagá.

Acuerdo 010 - 19 de agosto de 2016: Por medio de la cual se establecen lineamientos de Política Pública para la garantía, protección y restablecimiento de los Derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas e intersexuales LGTBI, y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el municipio de Amagá y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 014 – 28 de noviembre de 2016: Por medio del cual se adopta una Política Pública de salud mental y adicciones para el municipio de Amagá Antioquia, se crea la mesa municipal de salud mental y prevención de adicciones y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 015 – 13 de diciembre de 2022: Por medio del cual se adopta Política Pública Integral de Libertad Religiosa y de cultos en el municipio de Amagá

Acuerdo 005 - 13 de junio de 2023: Por medio de la cual se adopta Política Pública Municipal para las mujeres y el plan de Igualdad de oportunidades del Municipio de Amagá

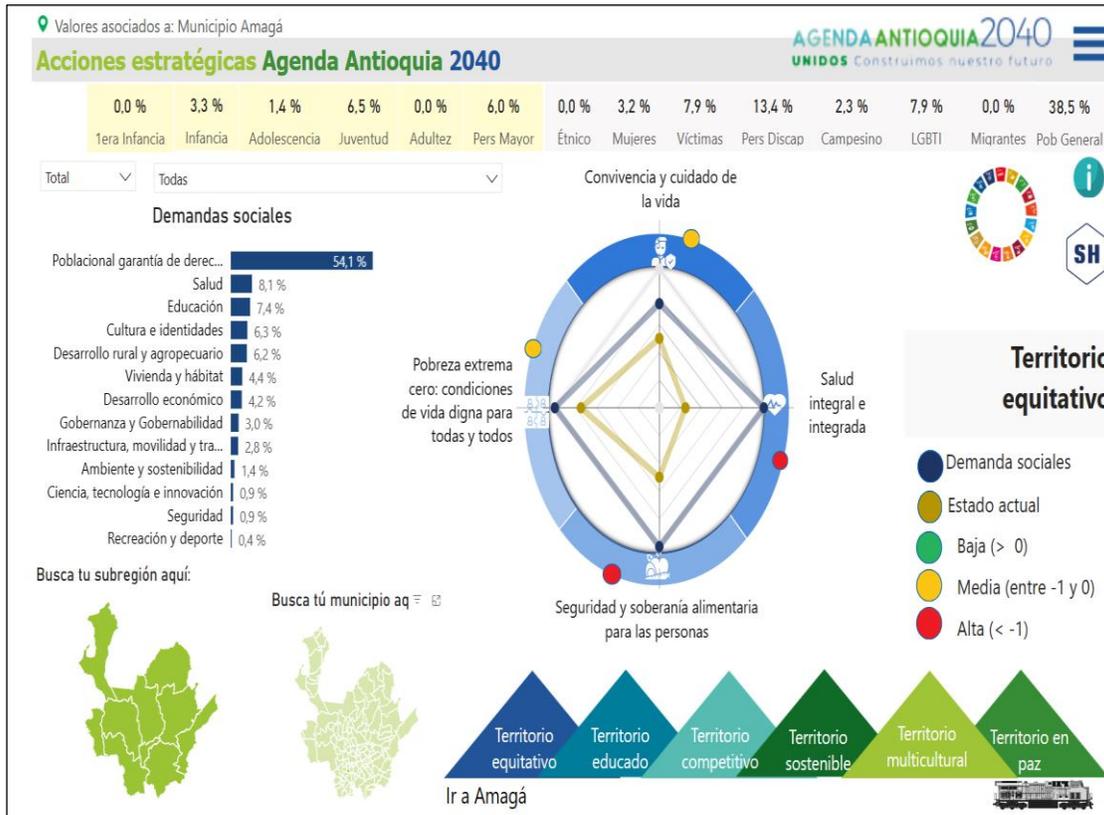
Acuerdo 006 – 13 de junio de 2023: Por medio del cual se adoptan lineamientos de la Política Pública para la Garantía, Protección y restablecimiento de Derechos de las personas con Identidades de Género y Orientaciones Sexuales Diversas en el municipio de Amagá, y se dictan otras disposiciones.

1.4.2. Agenda Antioquia 2040

La Agenda Antioquia 2040 es un programa Bandera del Plan de Desarrollo UNIDOS por la Vida 2020-2023, pertenece a la Línea 5: Nuestra Gobernanza. El principal objetivo es construir en conjunto con los antioqueños y antioqueñas un plan estratégico territorial para el desarrollo del Departamento, con fundamento en la participación de la ciudadanía, asociación de actores del desarrollo y generación de conocimiento colectivo y por supuesto: proyectos, programas e indicadores de largo plazo. Es una oportunidad para que UNIDOS soñemos y construyamos una Antioquia que ponga la vida en el centro de todo, una Antioquia equitativa, con identidad, sostenible y regenerativa, competitiva, y con buena gobernabilidad.

Dentro de la Agenda 2040 y según la participación los habitantes en territorio equitativo, en su movilizador salud integral e integrada, seguridad y soberanía alimentaria para las personas se observa que la población demanda garantía de derechos y participación, salud, educación, cultura e identidades y otros, es necesario prestar atención en estos temas para planear y priorizar actividades en salud.

Figura 12. Agenda Antioquia 2040 pilar territorio equitativo. Amagá 2023



Fuente: Agenda Antioquia 2040

Para el pilar territorio educado en su movilizador de educación para la vida y la paz las demandas sociales son garantía de derechos y participación, educación en mayor proporción comparada con las demás, indicando que desde la salud también se le debe apuntar a lo social.

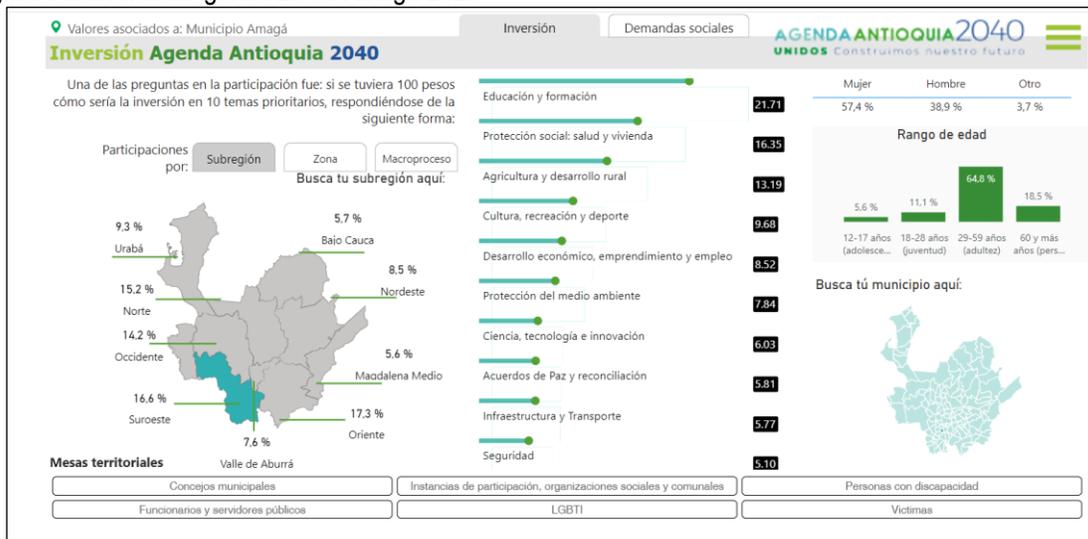
Figura 13. Agenda Antioquia 2040 pilar territorio educado. Amagá 2023



Fuente: Agenda Antioquia 2040

Según agenda 2040 en cuanto a la inversión y pregunta realizada si tuviera 100 pesos cómo sería la inversión en 10 temas prioritarios, al realizar esta pregunta a la comunidad la mayoría respondió que invertiría en educación y formación, salud y vivienda, agricultura y desarrollo rural, cultura recreación y deporte, desarrollo económico, emprendimiento y empleo, de las personas que participaron en esta consulta el 64,8% se encontraban en un rango de edad de 29 a 59 años, la mayoría con un 57,4% de las personas que participaron eran mujeres, es por ello que a estos cinco principales temas las administraciones municipales deberán priorizar en sus planes de desarrollo puesto que es algo que la comunidad solicita con importancia, aunque se indica que el estado actual es una buena posición con relación a las demandas sociales.

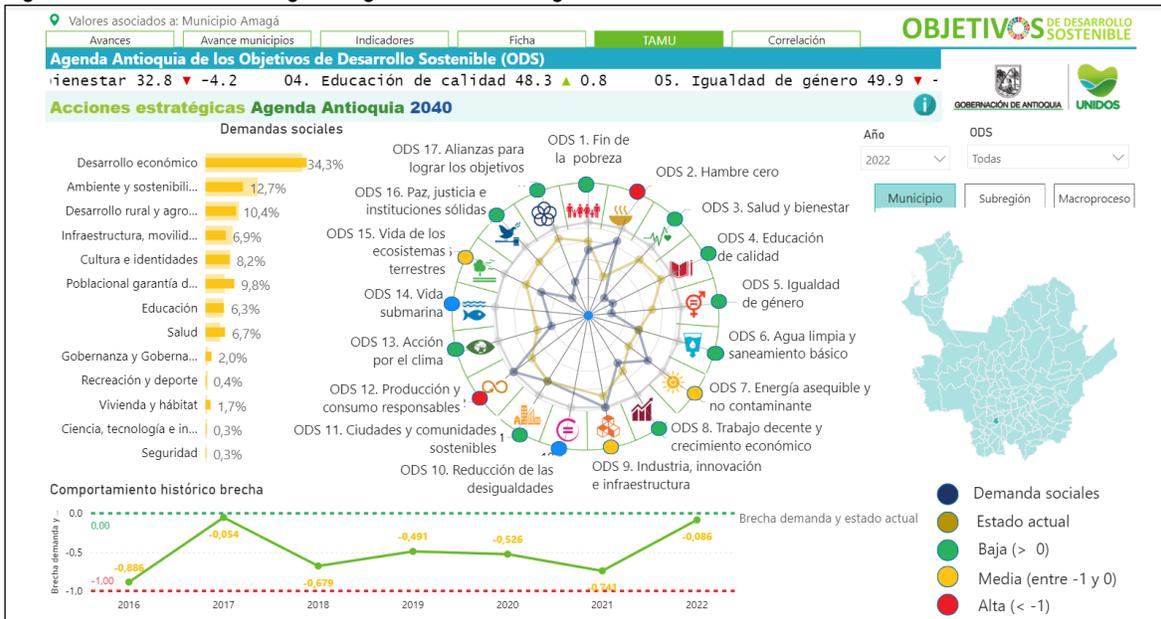
Figura 14. Inversión Agenda 2040. Amagá 2023



Fuente: Agenda Antioquia 2040

En cuanto a las demandas sociales de la agenda Antioquia 2040 con el abordaje de manera integral de las prioridades de inversión y las demandas sociales se logra identificar que para el municipio de Amagá la comunidad solicita con prioridad desarrollo económico, ambiente y sostenibilidad, desarrollo social y agropecuario, infraestructura, movilidad y transporte, cultura e identidades, con priorización alta de objetivos del desarrollo el hambre a cero y la producción y consumo responsables y priorización media energía asequible y no contaminante, industria innovación e infraestructura, y vida de los ecosistemas terrestres. En cuanto al comportamiento histórico de la brecha de estas demandas sociales indicando una alta demanda social lo que implica mayores prioridades de actuación por lo que se debe canalizar los recursos en estas áreas para lograr impactar significativamente en el desarrollo del municipio.

Figura 15. Acciones estratégicas agenda 2040. Amagá 2023



Fuente: Agenda Antioquia 2040

1.4.3. Cartografía social

La Secretaría de Salud llevó a cabo un exhaustivo trabajo de cartografía social como parte de sus estrategias participativas para entender mejor el territorio, comprender las necesidades de la comunidad, identificar los problemas de salud existentes y proponer posibles soluciones. Esta iniciativa no solo permitió mapear de manera detallada el contexto local, sino que también facilitó la colaboración directa con los residentes, quienes pudieron aportar su conocimiento y experiencia para abordar los desafíos de salud de manera más efectiva. Este enfoque participativo y basado en la comunidad es fundamental para desarrollar intervenciones que sean verdaderamente pertinentes y significativas para la población a la que se sirve.

Se realiza estrategia de cartografía social con los siguientes grupos de interés

- Mujeres.
- Comunidad LGTBI.
- Comunidad Rural vereda Minas, la Clarita.
- Sector de Minería.

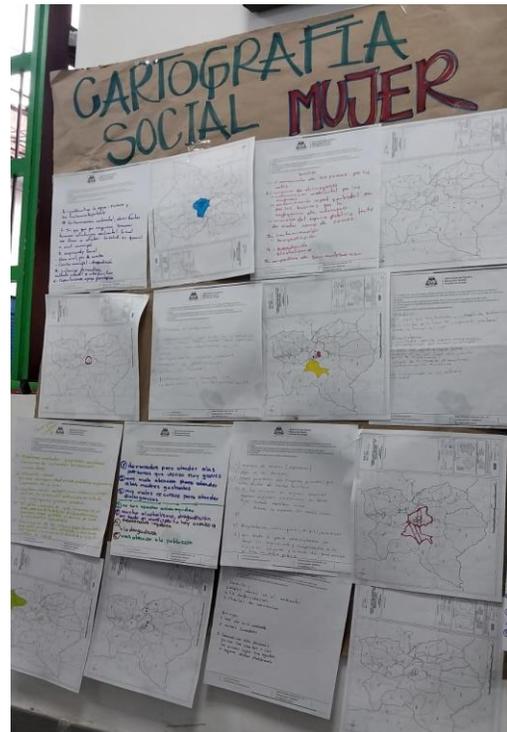
Identificación de problemas:

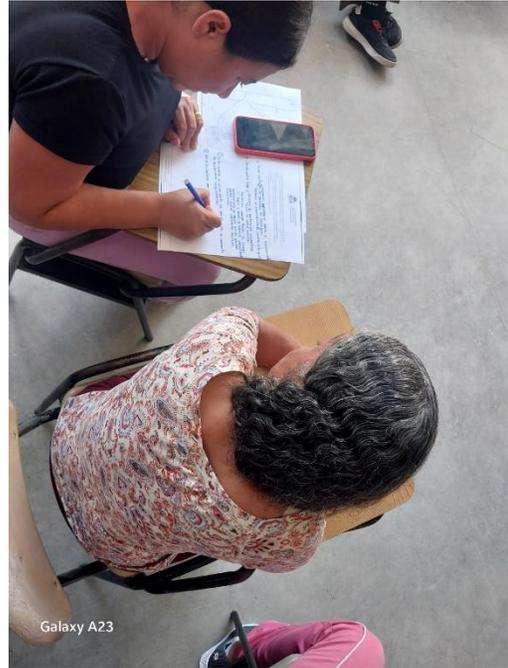
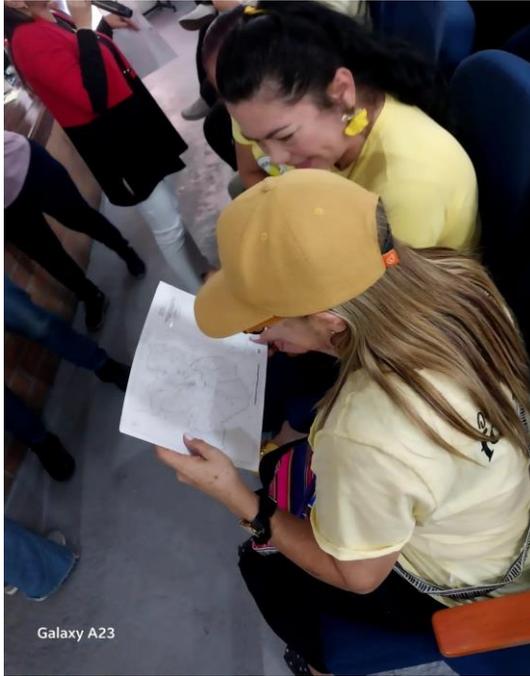
- El excremento de los perros en las calles.
- Contaminación visual y ambiental que genera la basura cuando no la recoge a tiempo interaseo y los perros la riegan por el camino.
- Contaminación ambiental por los olores de las empresas.
- Invasión del espacio público por tanta moto y tanto carro.
- Afectaciones auditivas y respiratorias.
- Drogadicción en la cancha municipal.
- La prostitución.
- Problemática de la escasez de agua y poco potable.
- El uso de sustancias psicoactivas que generan en las familias depresión, maltrato intrafamiliar e indicios al suicidio.
- Asma, Diabetes, ruido de las construcciones, las quemas.
- Deforestación.
- Demoras en la atención a las personas que llegan muy graves al hospital.
- Falta de apoyo a las familias que tienen familiares con discapacitados.
- Sector Nechi menos minería y más reserva.
- Incumplimiento en el pago de la seguridad social y los aportes del ARL.
- Patologías visuales.
- Problemas musculares.
- Control de sicoactivos en todos los sectores mineros.
- Atención y servicio de ambulancia los fines de semana en el sector de Minas de Amaga.
- Ansiedad, depresión, indicios al suicidio.
- Poca privacidad.
- Falta de actividades que promuevan la libre expresión y el respeto a la libre identidad sexual.
- Exceso de drogadicción, uso de bebidas alcohólicas y prostitución.
- Pocos espacios para compartir sin recibir maltrato verbal.
- Problemas respiratorios a causa de la contaminación ambiental.
- Brotes, insolación.
- Si afecta el oficio de la minería ya que el desgaste físico ha generado problemas como: mutilaciones, muertes, invalidez, discapacidades problemas psicológicos. Etc.
- la florida.
- La obstrucción de los alcantarillados que por su uso tan antiguo se encuentran en mal estado y presenta filtraciones de aguas residuales que riegan su contenido por los caminos
- Alcantarillados donde se sienten malos olores que provienen de una marranera, que sirve para la reproducción sancudos, causando dengue y otras enfermedades.
- Adulto mayor en condiciones precarias de salud, desnutrición, enfermedades respiratorias, del sector de la clarita y la florida.
- Identificamos problemas mentales, depresión en los jóvenes y falta de espacios recreativas y deportivos.
- Uno de los factores son la violencia intrafamiliar por el consumo excesivo de alcohol y drogas psicoactivas, afectando la sana convivencia en las familias y provocando en los jóvenes indicios al suicidio.
- Perros callejeros sin control de vacunas y sin un lugar digno para vivir.

Identificación de estrategias o posibles soluciones

- Control y seguimiento de los entes competentes junto con las acciones comunales.
- Sancionar a quienes arrojen las basuras a las quebradas, talen árboles y causen incendios forestales.
- Realizar brigadas con los profesionales del Hospital San Fernando Rey de Amaga en los lugares más vulnerables.
- Visitas periódicas a las instituciones educativas a Ciudad Don Bosco y hogares comunitarios entre otros.
- Charlas educativas de prevención de embarazos, consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo, prostitución, maltrato infantil, violencia de género, entre otros.
- Más seguridad en la comunidad con cámaras o más visitas de la Policía Nacional.
- Que la secretaria de medio ambiente y salud haga seguimiento a las empresas que queda ubicada en la clarita y que arrojan sus desechos a la quebrada causando malos olores en el sector.
- Capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo.
- Fortalecer campañas de apoyo psicosocial y depresión.
- Llevar capacitaciones de estilo de vida saludable.
- Brigadas de salud propia en el sector minero en especial para verificar el esquema de vacunación.
- mitigar las expulsiones de malos olores de las industrias, la quema de zonas verdes, el consumo de cigarrillo en sitios no adecuados.
- Campañas de sensibilización.
- Capacitaciones y apoyo psicológico.
- Realizar más talleres de entretenimiento, aprendizaje y recreación.
- Asma, Diabetes, ruido de las construcciones, las quemas.
- Tener más espacios lúdico recreativos y saludables para los niños y jóvenes.
- Un acompañamiento oportuno y asertivo por parte de la comisaria de familia y la secretaria de salud a los jóvenes de todas las instituciones con capacitaciones, foros, trabajos y lúdico recreativos, seminarios y otros recursos para poder identificar su problemática.
- Se Sugiere contratar más profesionales médicos para el centro de Salud de Minas de Amaga ya que en las noches no hay atención para una emergencia, y en el hospital de Amaga deben contratar más médicos para mejorar el servicio.
- Que se hagan efectivas los diferentes métodos de sanciones a las violaciones de los deberes y derechos de nuestra comunidad.
- Capacitaciones donde tengamos acompañamiento de profesionales para evitar enfermedades De transmisión sexual.
- Deseamos una línea donde podamos expresar nuestras necesidades, miedos y problemáticas.
- psicológico.
- Mejorar el servicio en el hospital

Figura 16. Cartografía Social aplicado a los grupos organizados municipio de Amagá





1.4.4. Resultados priorización de problemas Método Hanlon

De acuerdo con la participación de diferentes actores en salud a nivel municipal se realiza actividad para desarrollar las prioridades del ASIS mediante metodología Hanlon donde se explica a los asistentes y se centra en estas prioridades, se brindan explicaciones con respecto a la elección de estas problemáticas se presenta video metodología de Hanlon para evaluar problemáticas o prioridades encontradas en el ASIS por dimensión y se comienza con el ejercicio de asignación de puntaje según método Hanlon de priorización para cada una de las áreas (magnitud, severidad, pertinencia, economía, recursos, legalidad, aceptabilidad) así con cada uno de los problemas indicando esta calificación cual es la prioridad en cuanto a las problemáticas para el municipio y que deben estar incluidas en el plan de acción de salud y en las actividades del plan de intervenciones colectivas, también se realizó la armonización para los ejes estratégicos del plan decenal, se obtuvo muy buena participación por parte de los integrantes en la actividad.

Tabla 24. Prioridades metodología Hanlon. Amagá 2023

Prioridad	Magnitud (0-10)	Severidad (0-10)	Efectividad (0.5-1.5)	Factibilidad					calificación
				Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad (0-1)	
1 Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	3	1	0.5	1	1	0	1	1	0
2 Calidad de agua en las zonas rurales	10	5	0.5	1	0	0	1	1	0
3 Cobertura de servicios de alcantarillados en zona rural	10	5	0.5	1	0	0	1	1	0
4 Tasa de incidencia en leptospirosis	2	1	0.5	0	0	1	1	1	0
5 Disposición final de residuos sólidos	10	3	0.5	1	0	0	1	1	0
6 Enfermedades transmitidas por vectores (dengue, leishmaniasis, chikungunya, malaria)	1	0	1.5	1	1	1	1	1	1.5
7 Condiciones orales	5	2	1.5	1	0	1	1	1	0
8 Tumor maligno del estómago	4	6	0.5	1	1	1	1	1	5
9 Enfermedades isquémicas del corazón	6	9	1	1	1	1	1	1	15
10 Tumor maligno de la próstata	2	6	1	1	1	1	1	1	8
11 Actividad física y estilos de vida saludable	9	4	0.8	1	1	1	1	1	10.4
12 Hipertensión arterial	6	8	1	1	1	1	1	1	14
13 Diabetes mellitus	4	8	1	1	1	1	1	1	12
14 Agresiones (homicidios)	7	9	0.5	1	0	0	1	1	0
15 Violencia intrafamiliar	8	9	0.5	1	1	1	1	1	8.5
16 Intento de suicidio	3	2	0.5	1	1	1	1	1	2.5
17 Consumo de sustancias psicoactivas	8	6	0.5	1	1	1	1	1	7
18 Manipulación de alimentos	3	3	0.8	1	0	0	1	1	0
19 Alimentación saludable	7	6	0.8	1	1	1	1	1	10.4
20 Lactancia materna	4	1	0.8	1	1	1	1	1	4
21 Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años	4	4	1.5	1	1	1	1	1	12
22 Enfermedad por el VIH (SIDA)	3	7	0.5	1	1	1	1	1	5
23 Atención integral de violencia sexual	6	5	0.5	1	0	0	1	1	0
24 Infecciones respiratorias agudas	10	7	1	1	1	1	1	1	17
25 Tuberculosis	3	7	0.8	1	1	1	1	1	8
26 Cobertura de vacunación	10	6	1	1	1	1	1	1	16
27 Simulacros y capacidad de respuesta	4	4	0.5	1	0	0	1	1	0
28 Gestión del riesgo en emergencias y desastres	4	4	0.5	1	0	0	1	1	0
29 Población trabajadora informal (12 encuentros de 16 propuestos)	4	4	0.5	1	0	0	1	1	0
30 Educación a la población minera relacionado con los cuidados en el desarrollo de la actividad	4	6	0.5	1	0	0	1	1	0
31 Población discapacitada	3	8	0.5	1	0	0	1	1	0
32 Población víctima	4	4	0.5	1	0	0	1	1	0
33 Población migrante	7	5	0.5	1	0	0	1	1	0
34 Población LGTBI	2	2	0.5	1	0	0	1	1	0
35 Aseguramiento en salud	7	7	0.5	1	1	1	1	1	7
36 Fortalecimiento de acciones de vigilancia epidemiológica	7	5	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: Elaboración Propia – Secretaría de Salud Amagá

Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente

La priorización de problemas en salud se da con el fin de dar respuesta al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual debe confluir políticas sectoriales e intersectoriales, concertadas y coordinadas, que permitan impactar positivamente los determinantes sociales. Además de ello, el PDSP encuentra su mayor insumo en los Análisis de Situación de Salud que implementados por los Entes Territoriales.

Para la alcaldía municipal de Amagá es muy importante identificar las principales necesidades del municipio para la toma de decisiones y la priorización en sus planes de gobierno. En la tabla se reflejan en orden de importancia de acuerdo con los componentes del PDSP los problemas que dentro del municipio se considera deben ser priorizados.

Priorización de los problemas de salud

Los problemas más importantes que se encontraron con la realización del presente análisis para el municipio de Amagá, se obtuvieron analizando los valores de los indicadores durante el período de estudio y su tendencia para el último año 2021 para la mortalidad y 2022 para morbilidad.

En la mortalidad las enfermedades del sistema circulatorio como las enfermedades isquémicas del corazón, Las demás causas como enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, neoplasias como el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon y las causas externas como las agresiones presentaron indicadores que permitieron la priorización de estas causas de mortalidad.

En la morbilidad se priorizaron las enfermedades no transmisibles en la adultez, lesiones en la adolescencia, condiciones maternas en la juventud y las condiciones mal clasificadas en la adolescencia para lo cual se debe gestionar acciones y recursos a las poblaciones para prevenir la enfermedad de acuerdo con cada población.

La tabla siguiente, muestra el resumen de las situaciones priorizadas en el desarrollo de este análisis en salud del municipio de Amagá Antioquia. Se muestra la dimensión que corresponde según el Plan Decenal de Salud Pública y la caracterización según el modelo de Intervención de Atención en Salud. (MIAS).

Tabla 25. Priorización de los problemas de salud del Municipio de Amagá, 2023.

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1. Salud Ambiental	1. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	010
	2. Calidad de agua en las zonas rurales	000
	3. Cobertura de servicios de alcantarillados en zona rural	000
	4. Tasa de incidencia en leptospirosis	009
	5. Disposición final de residuos sólidos	000
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	1. Enfermedades transmitidas por vectores	009
	2. Condiciones orales	000
	3. Tumor maligno del estómago	007
	4. Enfermedades isquémicas del corazón	001
	5. Tumor maligno de la próstata	000
	6. Actividad física y estilos de vida saludable	000
	7. Hipertensión arterial	001
	8. Diabetes mellitus	001
3. Convivencia social y salud mental	1. Agresiones (homicidios)	012
	2. Violencia intrafamiliar	012
	3. Intento de suicidio	000
	4. Consumo de sustancias psicoactivas	004
4. Seguridad alimentaria y nutricional	1. Manipulación de alimentos	000
	2. Alimentación saludable	000
	3. Lactancia materna	008
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años	008
	2. Enfermedad por el VIH (SIDA)	009
	3. Atención integral de violencia sexual	012
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1. Infecciones respiratorias agudas	009
	2. Tuberculosis	009
	3. Cobertura de vacunación	009
7. Salud pública en emergencias y desastres	1. Simulacros y capacidad de respuesta	000
	2. Gestión del riesgo en emergencias y desastres	000
8. Salud y Ambito laboral	1. Población trabajadora informal	011
	2. Educación a la población minera relacionado con los cuidados en el desarrollo de la actividad	000
9. Gestion diferencial en poblaciones vulnerables	1. Población discapacitada	000
	2. Población víctima	000
	3. Población migrante	000
	4. Población LGTBI	000
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1. Aseguramiento en salud	000
	2. Fortalecimiento de acciones de vigilancia epidemiológica	000

Fuente: Elaboración Propia – Secretaría de Salud Amagá

Conclusiones territoriales y demográficas

Amagá es un municipio con un gran valor histórico y patrimonial, tierra de hombres trabajadores, emprendedores y visionarios, un municipio que aportó significativamente al desarrollo del Departamento Antioqueño, tierra alfarera, de trenes, carbón, piedra, arena, caña y café. Amagá puerta de oro del Suroeste antioqueño, donde nacieron personajes ilustres como Galiciano Arcila Vélez, antropólogo de la «UDA» Leonel Ospina, músico y compositor de María Teresa y el jardinero, Belisario Betancur Cuartas expresidente de la República de Colombia, Octavio Montoya Herrera escultor de la obra El Obrero del Parque de Itagüí, Juan de Dios Restrepo escritor, Rómulo Góngora poeta, entre otros personajes que se destacaron por sus grandes aportes culturales, políticos, sociales, económicos, religiosos y artísticos.

El municipio tiene 2 centros poblados y 18 veredas, la zona urbana representa un 51% y la zona rural el 49% de su territorio con una extensión de 85 km².

En Amagá hay 32142 habitantes que representa el 0.45% de la población antioqueña. Su población se encuentra en estratos socioeconómicos bajos (1 y 2), donde es necesario trabajar arduamente el sector social, educativo, cultural y laboral que beneficien al conjunto de la comunidad.

En 2023 la dinámica poblacional en el grupo de población de la primera infancia es mayor que la proyectada para 2030, además, se observó que la población adulta mayor de 80 años presenta aumento de la población comparada con 2015, y aumentando para 2030, por ciclos vitales se observa aumento en el grupo de edad de primera infancia e infancia, en los adolescentes y jóvenes aumenta, adultos jóvenes y adulto aumenta y adultos mayores disminuye, dichos cambios en los grupos de la población deben permitir crear estrategias focalizadas a fomentar estrategias para la atención y la prestación de los servicios de salud, por sexo se identificó que la proporción de mujeres es mayor, sin embargo, este aumento es más representativo a partir de la población adulta joven a partir de los 25 años, Amagá se considera una estructura de población madura.

En el periodo 2020-2023 juntos por la equidad se realizaron 11.53 kilómetros de placa huella, en el cedro 800 metros intervenidos, Piedecuesta 190 metros, Camilo C sector la virgen 264 metros., Camilo C sector la piscina 300 por iniciar, Guaimaral 300 metros por iniciar, Nicanor 170 metros, La Clarita sector rincón santo 55, La Ferrería 550 metros, Malabrigo 300 metros, La Gualí 500 metros, Maní de las casas 252 metros, Centro poblado La Clarita 335 metros, Yarumal 2100 en ejecución, vereda el morro 1300 metros en ejecución, Nicanor 1370 metros, vereda los pueblitos 1200 metros, Los alticos Minas 300 metros, vía la Ferrería sector la PTAR, vereda travesías 180 metros en ejecución, vereda el Cedro 200 en ejecución, Minas 14 de julio 60, Camilo C el Hoyo 160 metros, Camilo C la estación 100 metros, con la ejecución, realización de vías en el municipio se está avanzando en el desarrollo del territorio y por tanto en el mejoramiento de la atención a las comunidades puesto que se agiliza el traslado de pacientes a los servicios de salud y demás servicios que la comunidad lo requiera.

Desde la oficina de enlace de víctimas se trabaja por la comunidad de víctimas dando cumplimiento a las reuniones de mesa de víctimas, comités y diferentes acciones y actividades que requiere esta población, se tiene identificadas las personas víctimas del conflicto armado más necesitadas para ayudas humanitarias en tiempo de contingencia sanitaria.

Se presentaron 960 atenciones en salud, distribuidas en los diferentes servicios de salud que presta el primer nivel de atención como es consulta externa, procedimientos, hospitalización, urgencias, nacimientos y medicamentos.

El municipio se encuentra en un proceso activo de reconocimiento y atención de las necesidades de la población LGBTIQ+. La creación y modificación de la Mesa Técnica LGBTI demuestran un compromiso institucional para abordar estas cuestiones de manera integral. Sin embargo, persisten desafíos importantes, como la falta de caracterización de esta población, lo cual limita la capacidad de diseñar políticas y programas efectivos. Además, los hallazgos en el sector de salud resaltan la urgente necesidad de medidas específicas para garantizar una atención inclusiva y adecuada para las personas LGBTIQ+, particularmente en lo referente a salud mental y prevención de enfermedades.

El análisis realizado para el municipio de Amagá ha identificado una serie de problemas importantes en términos de mortalidad y morbilidad, destacando diversas enfermedades y condiciones que requieren atención prioritaria. En el caso de la mortalidad, se observa una prevalencia de enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias y causas externas, lo que señala la necesidad de intervenciones específicas para abordar estas condiciones y reducir su impacto en la población. Por otro lado, en la morbilidad, se destaca la importancia de enfocarse en enfermedades no transmisibles en la adultez, lesiones en la adolescencia, condiciones maternas en la juventud y condiciones mal clasificadas en la adolescencia. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar medidas preventivas adecuadas y asignar recursos de manera estratégica para atender las necesidades de salud de cada grupo poblacional, contribuyendo así a mejorar el bienestar y la calidad de vida en el municipio de Amagá.

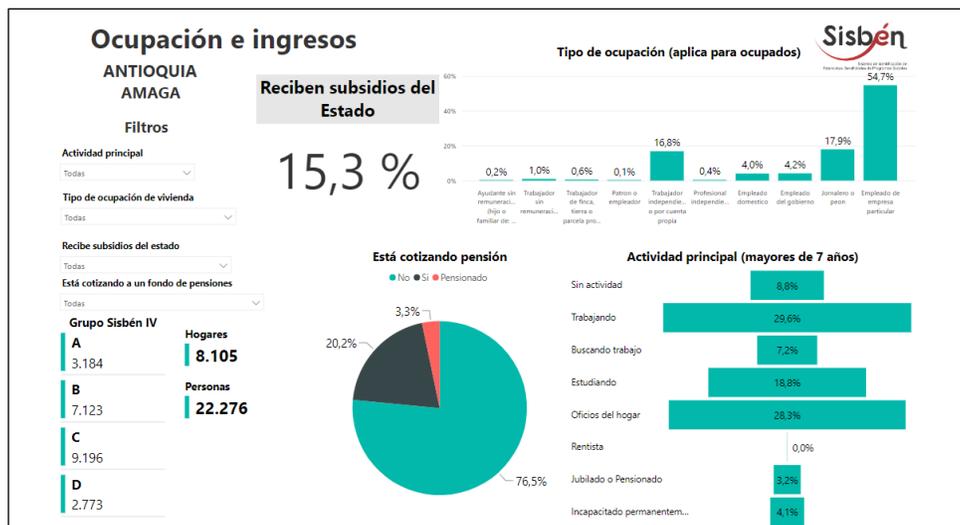
2. CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL

2.1. Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

Ocupación

Para el tema de ocupación a nivel municipal la información reportada por el Sisbén indica que el 29,6% de la población se encuentra trabajando, el 28,3% se encuentra realizando oficios del hogar, el 18,8% estudiando y un 7,2% buscando trabajo, de quienes están empleados el 54,7% se encuentran empleados en empresas particulares, el 16,8% trabajan de manera independiente y el 20,2% se encuentra cotizando pensión, además el 15,3% reciben subsidios del estado.

Figura 17. Ocupación e ingresos población municipio de Amagá. 2023



Fuente: SISBEN municipal corte 27 de noviembre 2023

Contexto económico

Tradicionalmente, las principales industrias del municipio han sido el carbón y la agricultura, con énfasis en el cultivo de café, destacándose en toda la región circundante; desde los inicios de esta comunidad, el tabaco y la caña de azúcar han ocupado un lugar de importancia. Asimismo, se resaltan cultivos como el plátano, el tomate, la yuca y diversas frutas.

Además de la generación de energía a través de la empresa carboeléctrica Amagá-Sinifaná, los habitantes de Amagá también se benefician de los yacimientos carboníferos naturales del distrito para otras actividades económicas como la extracción y comercialización de carbón, contribuyendo así al sustento y desarrollo económico de la comunidad.

En su legado cultural e industrial, Amagá recuerda haber establecido una de las primeras empresas siderúrgicas de Colombia, a pesar de enfrentar numerosas dificultades debido a la carencia de tecnología

adecuada, los Amagaseños han logrado mantener esta industria de la ferrería en su distrito durante muchos años.

En el ámbito de la producción pecuaria, la región ha mantenido una actividad constante en la cría y desarrollo de ganado caballar y mular, porcino y vacuno. Además, en los últimos años, ha experimentado un notable crecimiento en la cría, engorde y comercialización de ganado, así como en la producción porcina y avícola. Este dinamismo en el sector pecuario ha fortalecido la economía local y ha diversificado las fuentes de ingresos de los habitantes de la región.

La Minería

La actividad minera representa un uso del suelo importante para el desarrollo del municipio, como generadora de empleo y bienestar para sus habitantes por los recursos financieros que genera a través del porcentaje de las regalías que le corresponden al municipio.

El municipio de Amagá cuenta con un potencial considerable de recursos naturales no renovables, los cuales son aprovechados económicamente mediante la actividad minera, después del carbón que representa el máximo renglón de nuestra economía, en Amagá también existe minería de áreas, gravas y arcillas; estas últimas a su vez fortalece el sector industrial dentro del municipio, ya que el material explotado es objeto de transformación en niveles satisfactorios en la industria alfarera, que hacen de estas empresas unas fuentes de generación de empleo para la población propia y de municipios vecinos.

Con el avance técnico que se presentó en Antioquia (especialmente en titiribí) para la explotación de oro en la mina El Zancudo, la Salina de Guaca en Heliconia y para trapiches en la región, adquirió el carbón gran importancia. La rápida demanda de la hulla y coque para los primeros hornos y la perspectiva de ampliar a corto plazo, obligaron a la empresa minera a organizar la explotación directa de la mina de carbón.

Con la construcción del ferrocarril de Amagá se quiso facilitar la explotación de la zona carbonífera, generando una gran demanda debido a la facilidad de transporte desde las minas a Medellín. Durante la primera mitad del presente siglo, continuó siendo el ferrocarril el principal consumidor de carbón producido en Antioquia, en segundo término, figuraban las industrias textiles y de cemento, alcanzando las minas su desarrollo definitivo cuando se inicia la industrialización del Valle de Aburrá. Esta producción produjo en general y en Amagá en particular "la fiebre del carbón", dando lugar a la apertura de nuevas minas en todo el territorio, minas que en la mayoría de los casos se abrían sin ninguna técnica, dando lugar a la pérdida de numerosas vidas humanas y de importantes yacimientos.

La fiebre del carbón generó un desplazamiento de gentes de otros municipios que presionaban por viviendas y pequeñas parcelas, haciéndose así más fraccionada la tierra, hasta el punto de que la zona carbonífera es una de las regiones con mayor fraccionamiento o minifundio en el departamento después del Valle de Aburrá.

2.2. Condiciones de vida del territorio

El análisis de los determinantes intermedios de la salud se realiza utilizando las medidas de desigualdades sencillas como la diferencia relativa, la diferencia absoluta y para las medidas complejas como el índice de concentración, los índices basados en comparaciones de dos a dos. Las medidas de desigualdad tan solo se estimaran para los indicadores que resulten en peor estado, utilizando variables que causen gradiente como pobreza, ingreso, nivel educativo y otras variables que estén disponibles, además, se van a estimar una categoría de indicadores que corresponde a circunstancias materiales que está conformada por cinco subgrupos,

condiciones de vida; disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales, psicológicos, culturales y sistema sanitario.

Condiciones de vida

Con el análisis de los determinantes intermedios, existe una baja cobertura en alcantarillado e índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano comparado con el departamento, y buena cobertura de servicios de electricidad y acueducto, hogares con buen acceso a fuentes de agua mejorada y con adecuada eliminación de excretas comparado con el departamento, hay cobertura de electricidad, acueducto y alcantarillado en la zona urbana y se evidencia la falta de intervención en la zona rural para alcantarillado, en cuanto al tema desde el plan de desarrollo juntos por la equidad se ha realizado reposición de 635 metros lineales de alcantarillado en el sector la virgen del centro poblado Camilo C, sector alto de la Flores del centro Poblado Minas, así mismo, como la reparación de aproximadamente 200 metros de alcantarillados para la pavimentación de la vía Paso nivel - Angelópolis sector ecoparque Minero del centro poblado minas y Vereda Yarumal, estas obras permiten además evitar las enfermedades diarreicas agudas en la población Amagaseña.

En cuanto al tema de acueducto a nivel municipal desde el plan de desarrollo 2020-2023 se ha logrado realizar capacitación a representantes de las Juntas administradoras de los acueductos por parte de la superintendencia de servicios públicos en la prestación del servicio de acueducto, capacitación realizada en el mes de julio con la participación de 17 juntas administradoras, actualización y ajuste de los estudios y diseños del proyecto de la fuente alterna de captación para el acueducto urbano del Municipio.

Para el tema de agua se ha logrado realizar capacitaciones en ahorro y uso eficiente del agua a las juntas de acueducto de las veredales Camilo y Malabrido en las oficinas de Corantioquia y en las instalaciones de las juntas administradoras, se ha logrado la elaboración de proyecto para la construcción de la planta de tratamiento de agua potable para la vereda Nicanor con la Gerencia de Servicios Públicos, la ejecución del proyecto de la planta de tratamiento de agua Camilo C, el Morro y la Maní, en proceso de liquidación y se han realizado los estudios y diseños del plan maestro de acueducto y alcantarillado para el centro poblado de Camilo C para presentar proyecto ante el Ministerio de Vivienda, ciudad y territorio y al Plan Departamental de Agua.

Tabla 26. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Municipio de Amagá, 2021

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Amagá
Cobertura de servicios de electricidad	99,4	99,8
Cobertura de acueducto	90,3	100,0
Cobertura de alcantarillado	80,9	35,1
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	6,7	36,7
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	13,1	4,6
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	14,3	5,6

Fuente: SISPRO – MSPS

Seguridad alimentaria

Con una tendencia al aumento para el año 2020, se observa que en el bajo peso al nacer en el municipio de Amagá en el último año no presenta diferencias estadísticamente significativas con respecto al departamento de Antioquia, es importante resaltar que se debe tener una atención integral a las gestantes para una buena alimentación y nutrición y prevenir este tipo de determinantes en los recién nacidos.

Tabla 27. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del Municipio de Amagá, 2005-2020

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Amagá	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	9,2	14,5	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗			

Fuente: EE VV DANE 2020

Sistema sanitario

A continuación se describe el sistema sanitario según la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95%, tomando como valor de referencia el departamento. Para los determinantes del sistema sanitario en las coberturas de afiliación al sistema general de seguridad social en salud y en las coberturas de vacunación con BCG para nacidos vivos se encuentran más bajos que el departamento, estos dos indicadores tienen en común que la cobertura es medida por la población DANE y en realidad el municipio no logra tener dicha población en base de datos Sisbén lo que ocasiona que para algunos indicadores como estos el municipio presente coberturas por debajo de las esperadas, sumado a esto, se tiene la población del municipio es bastante flotante y para las coberturas al sistema de salud no se logra encontrar la población que indican las fuentes o bases de datos y para la cobertura de vacunación con BCG la mayoría de madres gestantes prefieren tener sus hijos en otras instituciones de salud, además, que para las IPS Promedan y Comfama que no tienen sala de cirugía, estas deben contratar dicha atención con otras instituciones, por lo que también los nacimientos se generan en otras instituciones por fuera del municipio de Amagá.

Afortunadamente tanto para el departamento como para el municipio se logran coberturas favorables como es el caso del porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la infancia y coberturas útiles en cuanto a vacunación de DPT con 3 dosis en menores de 1 año, polio con 3 dosis en menores de 1 año y triple viral en menores de 1 año, lo que va indicando que se están mejorando las estrategias de vacunación para la población menor de 1 año y se deberá continuar con la promoción de estrategias que continúen mejorando la prestación del servicio.

En cuanto al porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud, porcentaje de nacidos vivos con cuatro consultas o más, cobertura de parto institucional y porcentaje de partos atendidos por personal calificado no se tienen diferencias estadísticamente significativas con respecto al departamento, se deberá continuar con el aumento de estos indicadores.

Tabla 28. Determinantes intermedios de la salud - Sistema sanitario del Municipio de Amagá, 2006 – 2021.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia 2021	Amagá 2021	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE)	7.3	1.3																			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE)	4.5	4.3																			
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	99.6	75.1																			
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	89.6	2.9																			
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	85.4	85.5																			
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	84.6	84.4																			
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	84.1	72.0																			
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	87.2	85.9																			
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	99.1	99.6																			
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	99.2	99.6																			

Fuente: SISPRO – MSPS

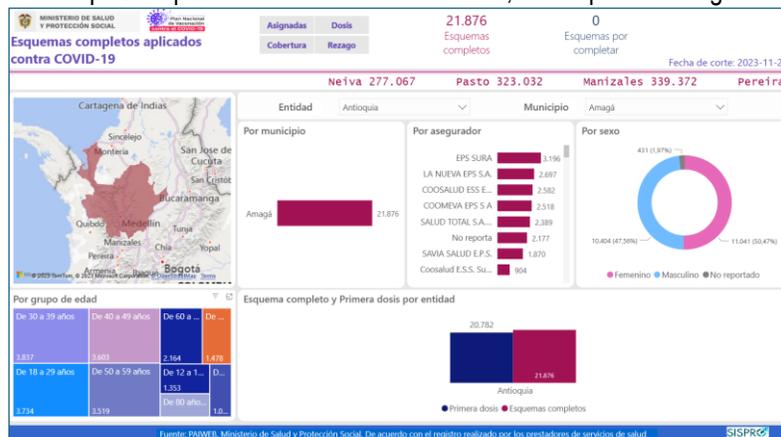
Cobertura de la vacunación contra el COVID-19

A nivel municipal se estableció el comité de vacunación, el cual se reunía semanalmente con el fin de mirar necesidades del servicio de vacunación COVID 19, esto para realizar cronograma de aplicación de biológico por grupo poblacionales, mirar necesidades y establecer compromisos.

Analizando los esquemas completos aplicados, se puede observar que los grupos de edad que más esquemas completos registra, es el de los 30 a 39 años con 3837 dosis, correspondientes a un 17,54% del total vacunado, seguido del grupo de 18 a 29 años con 3734 esquemas completos correspondiente a un 17,06% del total vacunado y en tercer lugar se ubica el grupo de 40 a 49 años con 3603 esquemas completos correspondiente a un 16,47%.

En cuanto al porcentaje de aplicación de esquemas completos por sexo para los hombres es de 47,56% y para las mujeres de 50,47%, para un total de esquemas completos de 21876 y esquemas por completar 0.

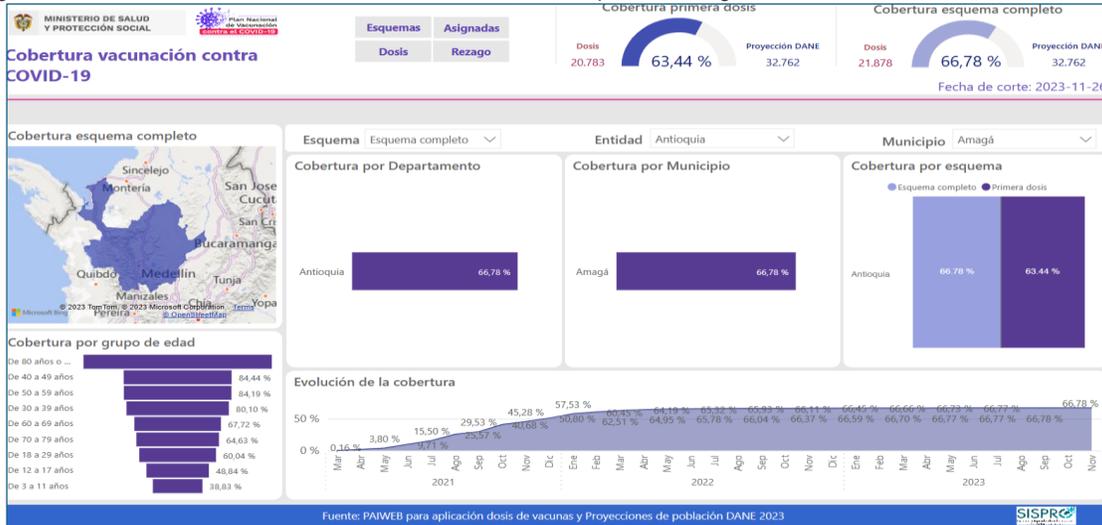
Figura 18. Esquemas completos aplicados vacunación COVID-19, municipio de Amagá 2023



Fuente: Base de datos Power Bi Seccional de Salud, corte 27 de noviembre 2023

Para el municipio de Amagá se observa que el esquema ajustado para primeras dosis está en un 63.44% y para esquemas completos tiene un porcentaje de cumplimiento de 66,78%. Los grupos de edad que mejor cobertura tienen es el de los mayores de 80 años con un porcentaje de 147,35% y quien menor cobertura tiene es el grupo de los 3 a 11 años con un porcentaje de 38.83%.

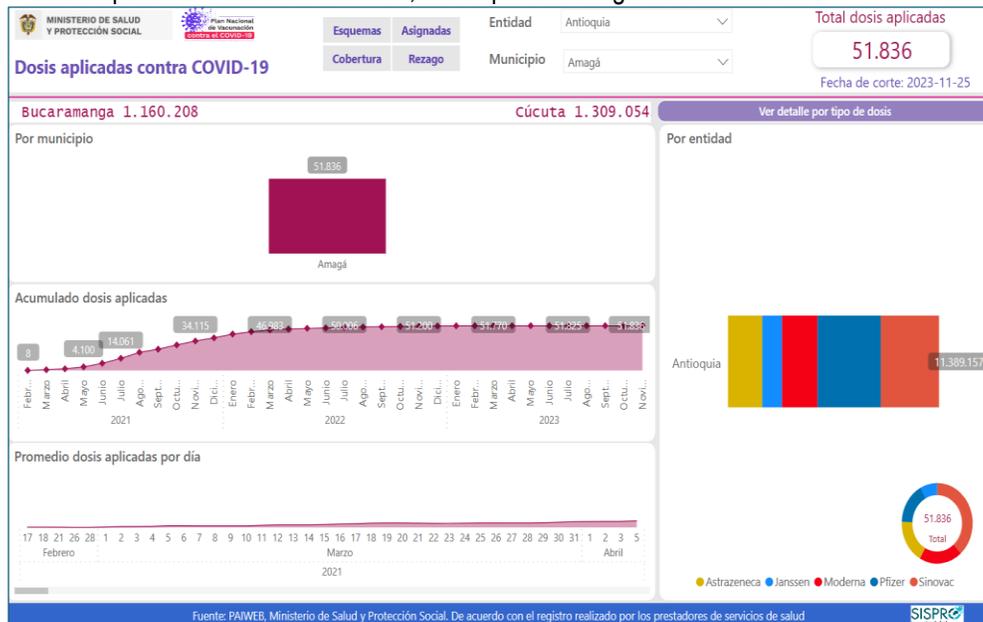
Figura 19. Cobertura vacunación contra COVID-19, municipio de Amagá 2023



Fuente: Base de datos Power Bi Seccional de Salud, corte 25 de noviembre 2023

Se puede observar en el municipio los biológicos aplicados por orden de mayor a menor aplicación Sinovac, Pfizer, Moderna, Janssen, y AstraZeneca. Además, se puede observar que hasta la fecha 27 de noviembre de 2023 se han aplicado un total de 51836 dosis.

Figura 20. Dosis aplicadas contra COVID – 19, municipio de Amagá vacunación COVID-19



Fuente: Base de datos Power Bi Seccional de Salud, corte 27 de noviembre 2023

Cobertura Bruta de educación

En el municipio de Amagá los indicadores, analfabetismo, educación categoría secundaria encuentran por debajo de los indicadores del departamento indicando que se debe mejorar la cobertura para estos, en cambio para la cobertura en educación primaria y media el municipio se encuentra por encima de las coberturas del departamento, el municipio realizó un curso para la población con analfabetismo donde convocada a la participación del programa a estas personas y se espera con dicha acción se disminuya el tema de analfabetismo a nivel municipal, por otro lado, se continua apostando para los estudiantes en tema del programa de alimentación escolar en los 24 establecimientos educativos, se presta servicio de transporte para estudiantes en zona rural, aunque estas acciones puede que no mejoren la cobertura si ayudan a que los estudiantes y padres de familia no tengan preocupaciones por temas relacionados a alimentación y transporte.

Tabla 29. Tasa de cobertura bruta de educación del Municipio de Amagá, 2005–2021.

Eventos de Notificación Obligatoria	Antioquia	Amagá	Comportamiento																		
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	8.5	15.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	105.4	86.7	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	119.6	97.7	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	90.7	76.8	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘

Fuente: SISPRO-MSPS

Pobreza (NBI)

En el periodo de gobierno 2020-2023 juntos por la equidad se aportó al saneamiento básico del municipio y alcantarillado, se acompañó la terminación de las obras del plan maestro de alcantarillado del área urbana, en el año 2020, en la carrera 49 Nariño entre las calles 47, 48,49 y 50, tramo desde el puente de calle larga hasta la carrera 48, calle 51 entre las carreras 48 y 50, segmento de la calle 52 con la carrera 52, interceptando la calle 53, 54 e ingresando al lote de los Arangos, a conectarse con el colector principal que va a la PTAR; Se gestionó con COVIPACIFICO para la construcción del sistema de alcantarillado para la recolección de aguas residuales del sector la virgen en Camilo C, hasta la vía nacional, aguas recogidas al sistema de alcantarillado del área urbana contribuyendo al saneamiento de la quebrada la Ceibala.

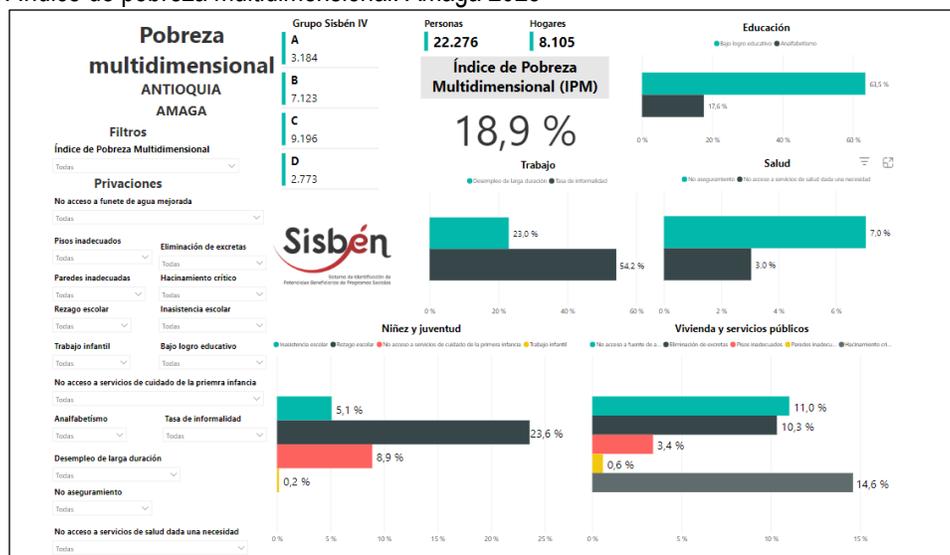
Se repusieron 1670 metros lineales de alcantarillado y redes domiciliarias rurales en las siguientes veredas: camilo C – sector la virgen 132 metros, Piedecuesta – sector maní de las casas 89,5 metros, minas – sector minitas 60,6, la clarita 16 metros, minas – sector alto de las flores 198 metros, puente la aurora – sector la clarita, vía paso nivel – Angelópolis 270 metros, centro poblado minas – sector 14 de julio 79.7 metros, Yarumal 224 metros, Nicanor 120 metros, vereda Piedecuesta y centro poblado la Clarita 306 y 44 domiciliarios.

En cuanto al tema del agua en el municipio se ha logrado realizar las siguientes actividades: Capacitaciones en ahorro y uso eficiente del agua a las juntas de acueducto de las veredales Camilo c y Malabrigo en las oficinas de Corantioquia y en las instalaciones de las juntas administradoras, elaboración de proyecto para la construcción de la planta de tratamiento de agua potable para la vereda Nicanor con la Gerencia de Servicios Públicos, ejecución del proyecto de la planta de tratamiento de agua Camilo C- el Morro y la Maní, en proceso de liquidación, Proyecto para la instalación de 30 Unidades de sistemas sépticos en distintas veredas del Municipio.

El Índice de Pobreza Multidimensional, es una medición de la pobreza que refleja las múltiples carencias que enfrentan las personas pobres al mismo tiempo en áreas como educación, salud, entre otros. El IPM refleja tanto la incidencia de la pobreza multidimensional (la proporción de personas en una población que son pobres multidimensionales), y su intensidad (el número promedio de carencias que cada persona pobre experimenta al mismo tiempo). Se puede utilizar para crear una imagen completa de las personas que viven en la pobreza, y permite hacer comparaciones tanto entre los países, las regiones y el mundo, y dentro de los países por grupo étnico, la ubicación urbana / rural, así como otras características de los hogares y de la comunidad.

Para el municipio de Amagá el índice de pobreza multidimensional se encuentra en 18,9% y según las medidas la pobreza multidimensional se considera pobre a aquellos hogares que tiene índice de pobreza multidimensional ponderado, igual o superior al 33% de las privaciones, para lo cual los hogares del municipio no se consideraran pobres con este porcentaje.

Figura 21. Índice de pobreza multidimensional. Amagá 2023



Fuente: Sisbén municipal corte 27 de noviembre 2023

2.2. Dinámicas de convivencia en el territorio

Condiciones factores, psicológicos y culturales

A continuación se describe los factores psicológicos y culturales de acuerdo con la estimación de la razón de tasa, razón de prevalencia y sus intervalos de confianza al 95%, tomando como valor de referencia el departamento. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar: Indica que las tasas son más altas para el municipio con respecto al departamento estadísticamente significativas entre el valor del municipio 67.1 con el departamento, es de anotar que este hecho se presenta más de los hombres hacia las mujeres debido a la intolerancia y al consumo de bebidas alcohólicas.

Tasa de incidencia de violencia contra la mujer: El indicador es más alto en el municipio 223.7 comparado con el departamento, lo que indica que esta problemática requiere ser intervenida en el municipio, plantear estrategias y articulación de programas y entidades que pueden contribuir a disminuir la incidencia de todo tipo

de violencia contra la mujer, como parte de las acciones ya implementadas por el municipio, se encuentra la adopción de la ruta para prevención y denuncia de la violencia contra la mujer.

Tabla 30. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Municipio de Amagá, 2020

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Amagá
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Intituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2020	35,3	67,1
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Intituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2019	118,9	223,7

Fuente: Forensis 2020.

3. CAPITULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES

3.1. Análisis de la morbilidad

Se realizará un análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes de información corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de datos de alto costo, del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – SIVIGILA, y otra información que contribuya al análisis de la morbilidad del municipio de Amagá.

3.1.1. Principales causas de morbilidad

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

Morbilidad atendida

Para el municipio de Amagá durante los años 2009 – 2022 la enfermedad más frecuente dentro de todos los grupos etarios son las enfermedades no transmisibles, el grupo de edad de 0-5 años presenta las menores tasas de enfermedad. En general, para el año 2022 se ve una variación en las causas de morbilidad en todos los ciclos vitales respecto al año 2021, las enfermedades no transmisibles disminuyeron para todos los grupos poblacionales en el último año con excepción del grupo de la juventud, para el grupo de la primera infancia e infancia aumentaron las condiciones transmisibles y nutricionales, en el grupo de la adultez y personas mayores se observa cambios relacionados con el aumento en las condiciones mal clasificadas.

Primera infancia (0 a 5 años)

Las condiciones transmisibles y nutricionales presentaron un aumento de 2021 a 2022 del 10,28. Las condiciones perinatales disminuyeron el 6,07. Las lesiones disminuyeron un 2,65. Las condiciones mal clasificadas presentaron un aumento del 1,30 y las enfermedades no transmisibles disminuyeron el 2,85

Infancia (6 a 11 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa de enfermedad que más aumentó su proporción fueron las condiciones transmisibles y nutricionales y la enfermedad que más disminuyó fueron las lesiones.

Adolescencia (12 a 18 años)

Presentando un aumento del 16,69 comparado con el año anterior las condiciones mal clasificadas obtuvieron el mayor aumento entre el año 2021 y 2022 y las que presentaron mayor disminución fueron las enfermedades no transmisibles.

Juventud (14 a 26 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron las condiciones transmisibles y nutricionales y las causas de mayor disminución fueron las condiciones mal clasificadas.

Adultez (27 a 59 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron las condiciones mal clasificadas mientras que la de mayor disminución fueron las enfermedades no transmisibles.

Persona mayor (60 y más años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa de mayor aumento fueron las condiciones mal clasificadas y la de mayor disminución fueron las enfermedades no transmisibles.

Tabla 31. Morbilidad atendida Municipio de Amagá 2009-2022.

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

Fuente: SISPRO – MSPS – RIPS

Principales causas de morbilidad en hombres

Para todos los grupos de población, la causa más frecuente de consulta la generaron las enfermedades no transmisibles.

Primera infancia – hombres (0 a 5 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron las condiciones transmisibles y nutricionales mientras que las de mayor disminución fueron las enfermedades no transmisibles.

Infancia - hombres (6 a 11 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron las condiciones trasmisibles y nutricionales, mientras que la de mayor disminución las enfermedades no transmisibles.

Adolescencia – hombres (12 a 18 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron las condiciones mal clasificadas, mientras que la de mayor disminución fueron las enfermedades no transmisibles.

Juventud – hombres (14 a 26 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron las condiciones mal clasificadas mientras que en la de mayor disminución se encuentran las condiciones mal clasificadas.

Adultez – hombres (27 a 59 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron las condiciones mal clasificadas, mientras que en la de mayor disminución se encuentran las enfermedades no transmisibles.

Persona mayor – hombres (60 y más años)

Entre el año 2021 y 2022 las causas que más aumentaron su proporción fueron las condiciones mal clasificadas, mientras que las de mayor disminución fueron las enfermedades no transmisibles.

Tabla 32. Principales causas de morbilidad en hombres, del municipio de Amagá Antioquia 2009 – 2022.

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

Fuente: SISPRO – MSPS – RIPS

Principales causas de morbilidad en mujeres

Para el grupo de las mujeres las causas de morbilidad muestran que para todos los grupos de población las enfermedades no transmisibles muestran mayor proporción.

Primera infancia – mujeres (0 a 5 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron las condiciones transmisibles y nutricionales, mientras que las de mayor disminución fueron las condiciones perinatales.

Infancia - mujeres (6 a 11 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron las condiciones transmisibles y nutricionales, mientras que la de mayor disminución fueron las lesiones.

Adolescencia – mujeres (12 a 18 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron las condiciones mal clasificadas, mientras que la de mayor disminución fueron las lesiones.

Juventud – mujeres (14 a 26 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron las enfermedades no transmisibles mientras que en la de mayor disminución se encuentran las condiciones mal clasificadas.

Adultez – mujeres (27 a 59 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fue condiciones mal clasificadas mientras que en la de mayor disminución se encuentran las enfermedades no transmisibles.

Persona mayor – mujeres (60 y más años)

Entre el año 2021 y 2022 las causas que más aumentaron su proporción fueron las condiciones mal clasificadas mientras que las de mayor disminución son las enfermedades no transmisibles

Tabla 33. Principales causas de morbilidad en mujeres, departamento del Municipio de Amagá, 2009 – 2022.

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

Fuente: SISPRO – MSPS – RIPS

Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales en la población total

Las enfermedades infecciosas y parasitarias en el último año representaron la mayor causa de consulta en 2022, pero la enfermedad que más aumentó entre 2021 y 2022 fueron las infecciones respiratorias con un aumento del 14,81, enfermedades infecciosas y parasitarias presentaron la mayor disminución entre 2021 y 2022 con un porcentaje del 15,79.

Condiciones maternas perinatales en la población total

En este subgrupo, las condiciones maternas presentaron el mayor número de consultas en 2022, y las que más aumentaron, entre 2021 y 2022 las condiciones derivadas durante el periodo perinatal fueron las que más disminuyeron.

Enfermedades no transmisibles en la población total

Para este subgrupo las enfermedades cardiovasculares (I00-I99) presentaron el mayor número de consultas en 2022 con un 19,28%, siendo las condiciones neuropsiquiátricas las de mayor aumento entre 2021 y 2022 con un porcentaje de 2,12, se observa, además, que las causas de mayor disminución entre 2021 y 2022 fueron las enfermedades cardiovasculares con una disminución del 3,41.

Lesiones en la población total

En este subgrupo los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas, representa el mayor número de consultas, con un porcentaje del 96,45 en el año 2022, las que más aumentaron entre 2021 y 2022 fueron las lesiones no intencionales y la de mayor disminución fueron los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externa con un 1,94.

Signos y síntomas mal definidos en la población total

Este subgrupo de causas por morbilidad no se encuentra dividido en otros a especificar

Tabla 34. Morbilidad específica atendida Municipio de Amagá 2009-2022.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Tendencia		
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		2022	Δ pp 2021-2022
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64 9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	45,01	52,42	45,24	45,04	50,82	45,00	52,63	62,53	50,99	43,45	50,09	66,01	62,64	46,86	-15,79	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	51,40	44,73	50,10	46,93	45,01	49,97	43,86	34,35	46,67	52,33	47,59	28,30	32,32	47,12	14,41	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64 9, E51-E64)	3,59	2,85	4,68	8,03	4,17	5,03	3,51	3,12	2,34	4,22	2,32	5,69	5,04	6,02	0,18	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	91,40	90,17	93,64	92,23	82,91	88,65	80,88	84,69	89,42	75,85	86,12	88,45	80,57	85,57	5,80	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	8,60	9,83	6,36	7,77	17,09	11,35	19,12	15,31	10,58	24,35	13,88	11,55	19,43	14,43	-5,00	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64 9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G05-G08, H00-H61, H68-H83, I00-I99, J30-J88, K00-K92, N00-N64, N75-N99, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,52	1,71	1,30	2,55	3,37	2,34	1,81	1,79	2,15	1,60	3,30	2,62	3,76	3,25	-0,51	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,09	1,14	1,32	1,81	1,86	1,15	1,37	0,86	1,00	0,85	1,39	1,62	1,39	1,74	0,34	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,17	1,95	2,16	2,74	3,13	3,21	3,33	3,88	4,41	5,22	5,28	5,71	5,14	4,31	-0,86	
	Trastornos endocrinos (D55-D64 excepto D64 9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	7,54	5,93	7,69	5,58	5,33	4,01	6,23	7,11	6,05	5,93	5,45	5,16	5,68	6,08	0,41	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G05-G08)	6,90	8,26	6,83	6,95	7,63	7,89	8,48	7,26	8,87	10,90	12,27	11,31	11,33	13,58	2,25	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H83)	8,16	6,86	5,75	5,64	5,48	5,47	5,59	6,38	5,62	6,01	5,96	5,63	7,48	8,30	0,81	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	17,95	18,43	24,60	19,84	22,42	23,15	22,81	21,27	23,80	23,33	22,87	27,22	23,34	19,92	-3,41	
	Enfermedades respiratorias (J00-J99)	6,39	5,58	6,80	8,17	7,12	7,43	5,68	3,98	5,07	4,93	5,26	5,71	3,33	4,88	1,54	
	Enfermedades digestivas (K00-K92)	6,08	7,80	6,35	7,79	6,98	7,15	8,10	5,64	5,02	5,24	6,07	5,95	5,70	5,18	-0,82	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N99)	16,88	17,46	9,39	8,29	7,83	9,39	8,05	6,07	6,51	6,25	6,12	6,09	5,10	5,16	0,06	
Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,81	7,02	6,88	5,04	4,91	4,14	4,14	4,33	3,87	4,18	3,86	3,41	3,16	3,18	0,02		
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	15,09	13,48	13,78	13,29	11,84	11,52	12,39	12,54	13,10	13,41	13,32	13,73	13,32	13,42	0,11		
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,51	0,46	0,47	1,00	1,09	0,79	0,73	0,86	0,40	0,41	0,71	0,40	0,77	0,69	-0,08		
Condiciones orales (K00-K14)	2,93	3,93	6,66	11,31	10,90	12,36	13,48	18,03	14,14	11,84	8,14	5,44	10,49	10,32	-0,17		
Lesiones (V01-Y89, S00-T89)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,76	4,46	3,70	4,86	4,23	2,51	3,91	3,84	3,38	4,96	4,75	5,26	3,01	4,59	1,58	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,50	0,41	0,75	0,96	1,08	0,22	0,67	0,27	0,74	0,29	1,24	0,46	0,60	0,96	0,36	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,07	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T89)	95,74	95,13	95,47	94,18	94,69	97,28	95,42	95,84	95,88	94,80	93,95	94,28	96,39	94,45	-1,94	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00		

Fuente: SISPRO – MSPS – RIPS

Condiciones transmisibles y nutricionales en hombres

Entre 2021 y 2022 las enfermedades infecciosas y parasitarias en los hombres representan la mayor disminución de atenciones por esta causa con una tendencia a la disminución, y las infecciones respiratorias el mayor número de consultas con una tendencia al aumento.

Condiciones maternas perinatales en hombres

En este subgrupo de los hombres los cambios porcentuales en las condiciones maternas presentan el mayor aumento de causas de atención y las de menor número de consultas las condiciones derivadas durante el periodo perinatal con una tendencia al aumento.

Enfermedades no transmisibles en hombres

Entre 2021 y 2022 las enfermedades respiratorias presentaron el mayor aumento en hombres. La causa de mayor disminución en hombres fueron las enfermedades cardiovasculares con una tendencia a la disminución.

Lesiones en hombres

En los hombres entre 2021 y 2022 las causas de consulta de mayor aumento fueron las lecciones no intencionales y las de mayor disminución fueron los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas con una tendencia a la disminución

Signos y síntomas mal definidos en hombres

Este subgrupo de causas por morbilidad no se encuentra dividido en otros a especificar

Tabla 35. Morbilidad específica por subgrupo de causas en hombres Municipio de Amagá 2009-2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres													Tendencia		
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		2022	Δ pp 2021-2022
Condiciones transmisibles y subtransmisibles (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J16, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E54)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	50,81	54,04	44,80	47,70	52,88	45,25	61,89	64,93	56,24	47,70	54,92	70,95	69,35	48,71	56,84	▲
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J16, J20-J22, H65-H66)	46,00	43,74	50,81	46,07	43,51	48,33	35,79	33,06	41,95	48,48	43,62	28,53	28,52	46,36	17,84	▲
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E54)	2,58	1,62	4,59	6,23	3,61	6,43	2,32	2,91	1,80	3,62	1,46	0,52	2,13	3,94	1,84	▲
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P99)	Condiciones maternas (O00-O99)	14,29	0,00	12,50	5,58	0,00	0,00	0,00	10,00	10,00	0,00	5,71	13,91	6,15	29,92	22,22	▲
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P99)	65,71	100,00	87,50	94,44	100,00	100,00	100,00	90,00	90,00	100,00	94,29	86,09	93,85	71,06	82,78	▲
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E55-E58, F01-F99, G00-G06, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J68, K00-K32, N00-N64, N75-N86, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,32	1,57	1,11	2,08	3,23	2,11	2,24	1,68	2,09	1,44	4,04	2,77	4,58	3,05	4,63	▲
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,05	0,84	1,89	1,96	1,34	0,79	0,98	0,57	0,81	0,89	1,13	1,06	1,07	1,40	0,83	▲
	Diabetes melittas (E10-E14)	1,83	1,28	2,40	1,84	2,26	3,04	3,00	3,57	4,53	5,17	4,77	4,81	4,75	3,94	4,61	▲
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E55-E58)	4,74	3,88	4,86	4,37	3,57	2,48	4,23	5,02	3,76	4,80	3,50	2,83	3,31	4,04	4,10	▲
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G00-G06)	5,18	9,25	7,76	7,70	10,35	10,50	9,83	8,13	9,25	11,00	13,55	13,27	14,04	14,84	16,10	▲
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H60-H61, H68-H93)	9,26	7,76	8,89	6,70	6,78	6,78	6,46	6,90	7,29	6,94	6,88	6,22	7,72	9,06	9,10	▲
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	15,74	13,84	24,61	19,46	19,13	22,13	20,89	19,75	22,69	22,01	21,78	26,31	22,60	19,82	20,79	▲
	Enfermedades respiratorias (J00-J68)	8,02	6,63	9,74	9,69	8,40	9,43	8,87	8,46	9,90	9,70	9,60	9,77	9,36	7,10	7,86	▲
	Enfermedades digestivas (K00-K93)	5,89	6,89	5,87	8,35	9,12	9,10	7,32	6,48	5,20	6,48	7,15	6,80	5,63	5,20	4,42	▲
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N86)	17,56	21,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	▲
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	8,32	9,60	9,01	7,57	7,78	5,49	5,58	5,74	5,08	5,18	4,89	4,27	4,17	3,85	4,82	▲
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	15,55	12,89	17,85	14,73	13,84	13,84	15,47	15,20	19,97	16,56	15,55	18,48	16,51	15,23	16,25	▲
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,87	0,49	0,62	1,18	1,77	1,12	1,14	0,46	0,33	0,40	1,07	0,44	0,74	0,89	0,14	▲
Condiciones otras (R00-R14)	3,67	4,53	8,48	14,52	12,44	13,31	16,00	21,94	16,10	13,53	8,80	5,28	10,52	11,66	11,66	▲	
Lesiones (V01-Y98, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-Y98, Y88, Y89)	4,38	4,61	3,16	2,34	3,37	2,04	3,83	4,20	3,15	4,58	3,83	4,53	2,78	3,73	4,16	▲
	Lesiones intencionales (S00-Y98, Y93-Y96, Y97, Y97)	3,11	3,30	0,30	0,58	0,67	0,13	0,39	0,16	0,46	0,23	0,75	0,28	0,16	0,34	0,16	▲
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y87)	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	▲
Trastornos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,51	95,00	95,83	97,08	95,95	97,83	95,68	95,57	96,30	95,19	95,32	95,22	97,06	95,93	95,13	▲	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	▲

Fuente: SISPRO – MSPS – RIPS

Condiciones transmisibles y nutricionales en mujeres

Entre 2021 y 2022 las infecciones respiratorias en las mujeres representan el mayor aumento de atenciones por esta causa y la que más disminución presentaron fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Condiciones maternas perinatales en mujeres

Las condiciones maternas entre 2021 y 2022 presentaron aumento y las condiciones derivadas durante el periodo perinatal presentaron disminución.

Enfermedades no transmisibles en mujeres

Entre 2021 y 2022 las condiciones neuropsiquiátricas presentaron el mayor aumento y las enfermedades cardiovasculares la mayor disminución.

Lesiones en mujeres

En las mujeres entre 2021 y 2022 el mayor aumento lo presentaron lesiones no intencionales, y las de mayor disminución fueron los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas

Signos y síntomas mal definidos en mujeres

Este subgrupo de causas por morbilidad no se encuentra dividido en otros a especificar

Tabla 36. Morbilidad específica por subgrupo de causas en mujeres Municipio de Amagá 2009-2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2021-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E54)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	38,71	50,52	45,72	42,89	48,53	44,81	42,86	60,24	45,84	39,84	44,63	59,70	52,51	43,40	5,11	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H96)	56,61	45,57	49,55	47,63	46,67	51,24	52,38	35,59	51,29	55,59	52,08	27,90	38,07	48,06	10,09	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E54)	4,68	3,91	4,73	9,47	4,80	3,94	4,76	4,17	2,87	4,57	3,29	12,30	9,43	8,54	-0,89	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	93,47	95,08	95,14	94,89	93,99	91,01	89,68	95,86	96,01	82,91	91,39	94,28	84,70	90,41	5,71	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	6,53	4,92	4,86	5,11	6,01	8,99	10,32	4,12	3,99	17,09	8,61	5,72	15,30	9,59	-5,71	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E55-E58, F01-F99, G05-G08, H00-H61, H6B-H93, I00-I99, J30-J38, K00-K32, N00-N84, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,64	1,79	1,41	2,82	3,45	2,47	1,56	1,86	2,19	1,89	2,83	2,52	3,19	3,37	0,18	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,12	1,46	1,18	1,73	1,84	1,34	1,59	1,02	1,10	1,10	1,56	2,91	1,61	1,94	0,33	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,37	2,39	2,04	3,26	3,63	3,29	3,52	4,06	4,34	5,26	5,00	6,47	5,41	4,60	-0,81	
	Desórdenes endocrinos (E50-E54 excepto E54.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	9,26	7,40	9,18	6,27	6,36	4,63	7,36	8,27	7,30	6,62	6,67	6,72	7,33	7,35	0,02	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G00-G98)	7,94	7,62	6,34	6,49	6,52	6,45	7,72	6,77	8,67	10,78	11,46	9,94	9,44	12,79	3,35	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H6B-H93)	7,49	6,27	5,16	5,02	4,73	4,77	5,10	6,09	4,72	5,45	5,51	5,21	7,32	7,82	0,51	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	19,29	21,40	24,49	20,06	24,33	23,69	23,58	22,10	24,41	24,12	23,56	27,85	23,85	19,99	-3,86	
	Enfermedades respiratorias (J30-J38)	5,39	4,89	5,79	7,30	6,37	6,37	5,01	3,72	4,61	4,47	3,85	4,27	2,62	3,49	0,87	
	Enfermedades digestivas (K20-K93)	6,20	8,40	6,60	7,46	5,74	6,12	5,42	5,18	4,92	4,49	5,39	5,49	5,75	5,17	-0,58	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N84, N75-N98)	16,47	14,99	14,30	13,99	12,38	14,39	12,58	9,44	10,65	10,01	9,69	10,35	9,69	8,39	-1,27	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,68	5,40	5,76	3,89	3,25	3,42	3,34	3,55	3,21	3,57	3,34	2,82	2,46	2,76	0,30	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	14,20	13,99	11,66	12,45	10,69	10,39	10,66	11,00	10,99	11,52	11,91	10,41	11,10	12,29	1,19	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,29	0,44	0,39	0,90	0,70	0,62	0,49	1,08	0,43	0,42	0,48	0,38	0,79	0,57	-0,22	
	Condiciones orales (K00-K14)	2,47	3,54	5,70	9,45	10,01	11,85	12,06	15,86	13,07	10,50	7,86	5,56	10,47	9,48	-0,99	
Lesiones (V01-Y89, S00-T86)	Lesiones no intencionales (V01-Y89, Y40-Y86, Y88, Y89)	1,96	4,12	4,79	9,18	5,76	3,39	3,85	3,06	3,89	5,74	6,75	6,98	3,47	6,35	2,88	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1,63	0,65	0,46	1,60	1,82	0,38	1,38	0,51	1,33	0,41	2,46	0,94	1,50	2,26	0,76	
	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	0,20	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T86)	96,41	95,23	94,75	89,22	92,42	96,24	94,77	96,43	94,77	83,65	90,58	92,08	95,03	91,38	-3,65	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00		

Fuente: SISPRO – MSPS – RIPS

Morbilidad por salud Mental

Morbilidad de eventos de salud mental

En general en los grupos de población: infancia, adolescencia, juventud, adultez, y el grupo de adultos mayores la causa más frecuente de consulta la generaron los trastornos mentales y del comportamiento.

Primera infancia (0 a 5 años)

Los trastornos mentales y del comportamiento presentaron un aumento de 2021 a 2022 del 26,37. La epilepsia presenta una disminución del 26,37.

Infancia (6 a 11 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa de enfermedad que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento y la de mayor disminución fue la epilepsia.

Adolescencia (12 a 18 años)

Presentando un aumento del 1.84 comparado con el año anterior los trastornos mentales y del comportamiento presentaron el mayor aumento entre el año 2021 y 2022 y la epilepsia una mayor disminución.

Juventud (14 a 26 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento la de mayor disminución fue la epilepsia.

Adulthood (27 a 59 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, mientras que la de menor disminución fue la epilepsia

Persona mayor (60 y más años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa de mayor aumento fueron los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas y la de mayor disminución fue la epilepsia.

Tabla 37. Morbilidad por salud mental atendida Municipio de Amagá 2009-2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2021-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	50,00	73,33	31,58	56,25	94,44	81,13	89,80	96,15	98,53	87,50	75,51	86,05	60,83	87,20	26,37	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	50,00	26,67	68,42	43,75	5,56	18,87	10,20	3,85	1,47	12,50	24,49	13,95	39,17	12,80	-26,37	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	75,00	73,17	72,22	66,67	91,43	80,51	91,19	85,71	87,50	94,55	88,91	61,46	61,81	90,25	28,65	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,32	0,40	0,00	0,00	0,42	0,42	
	Epilepsia	25,00	26,83	27,78	33,33	8,57	19,49	8,81	14,29	12,50	5,13	10,69	36,54	38,39	9,32	-29,07	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	58,41	73,33	65,06	72,34	88,37	94,38	93,22	89,77	84,21	89,70	81,08	80,79	77,82	87,65	9,83	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,13	11,11	3,61	2,13	0,00	0,00	3,39	1,14	11,18	5,96	12,62	4,30	6,14	1,84	-4,31	
	Epilepsia	38,46	15,56	31,33	25,53	11,63	5,62	3,39	9,09	4,61	4,34	6,31	14,90	16,04	10,52	-5,52	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	68,47	59,41	50,72	75,84	58,70	72,66	74,29	85,44	74,03	73,89	78,42	81,82	78,68	88,50	9,82	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	33,24	17,39	12,75	35,09	10,11	9,40	3,88	15,15	13,82	10,30	4,66	5,66	3,23	-2,43	
	Epilepsia	31,53	7,35	31,88	11,41	6,21	17,23	16,30	10,68	10,82	12,29	11,27	13,52	15,66	8,26	-7,40	
Adulthood (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	83,52	74,64	82,33	84,37	83,66	79,94	85,86	83,16	80,28	80,77	85,34	81,31	83,72	84,33	0,60	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	7,29	3,02	1,38	6,65	4,01	5,18	5,50	6,27	3,20	3,13	5,62	2,04	5,27	3,23	
	Epilepsia	16,48	18,08	14,65	14,25	9,70	16,05	8,96	11,35	13,44	16,03	11,54	13,06	14,23	10,40	-3,84	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	78,18	82,76	78,79	96,31	89,61	76,92	91,01	87,60	92,63	87,09	85,62	89,47	84,84	87,91	3,07	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	5,75	0,00	0,00	2,60	0,00	0,36	4,96	3,21	1,09	2,70	1,95	1,22	5,12	3,89	
	Epilepsia	21,82	11,49	21,21	3,69	7,79	23,08	8,63	7,44	4,17	11,82	11,68	8,58	13,94	6,98	-6,96	

Fuente: SISPRO – MSPS – RIPS

Principales causas de morbilidad de eventos en salud mental en hombres

En general para todos los grupos de población: infancia, adolescencia, juventud, adulthood, y el grupo de adultos mayores la causa más frecuente de consulta la generaron los trastornos mentales y del comportamiento.

Primera infancia – hombres (0 a 5 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento y la de mayor disminución fue la epilepsia.

Infancia - hombres (6 a 11 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento y la causa que más disminuyó fue la epilepsia.

Adolescencia – hombres (12 a 18 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento, mientras que la de mayor disminución fueron los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas

Juventud – hombres (14 a 26 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento mientras que la de mayor disminución fue la epilepsia.

Adultez – hombres (27 a 59 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, mientras que en la de mayor disminución se encuentra los trastornos mentales y del comportamiento

Persona mayor – hombres (60 y más años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, mientras que las de mayor disminución fue la epilepsia.

Tabla 38. Morbilidad por salud mental atendida en hombres Municipio de Amagá 2009-2022.

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres													Δ pp 2021-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	75,00	100,00	20,00	63,64	91,67	91,89	87,50	94,44	100,00	93,75	95,83	88,24	69,35	92,50	23,15	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	25,00	0,00	80,00	36,36	8,33	8,11	12,50	5,56	0,00	6,25	4,17	11,76	30,65	7,50	-23,15	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	85,00	83,33	100,00	77,78	96,08	83,33	92,86	90,32	85,71	93,22	90,65	60,07	54,55	86,55	32,00	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	0,00	0,00	0,58	0,58	
	Epilepsia	15,00	16,67	0,00	22,22	3,92	16,67	7,14	9,68	14,29	6,78	8,78	39,93	45,45	12,87	-32,59	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	86,67	66,67	56,67	75,76	89,29	88,37	87,80	90,38	75,00	82,41	74,10	76,21	69,59	82,40	12,81	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	13,33	18,52	5,00	3,03	0,00	0,00	4,88	0,00	20,24	10,19	17,83	5,73	9,28	2,30	-6,98	
	Epilepsia	0,00	14,81	38,33	21,21	10,71	11,63	7,32	9,62	4,76	7,41	8,26	18,06	21,13	15,31	-5,83	
Juventud (18 - 26 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	51,52	54,31	51,35	77,17	52,26	63,27	62,26	78,43	58,54	61,54	67,86	77,37	72,92	80,00	7,08	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	40,82	27,03	16,30	46,09	17,01	16,35	5,88	26,83	20,77	15,27	2,63	8,31	4,81	-3,50	
	Epilepsia	48,48	4,87	21,62	6,52	1,65	19,73	21,38	15,69	14,63	17,69	16,77	20,00	18,77	15,19	-3,58	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	71,83	64,95	76,16	83,49	71,33	76,51	79,32	73,28	69,23	71,43	78,94	73,24	83,60	79,11	-4,49	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	12,89	6,40	1,89	16,78	7,30	10,66	12,55	12,62	7,82	6,27	11,26	3,30	10,82	7,52	
	Epilepsia	28,17	22,16	17,44	14,62	11,89	16,19	10,02	14,17	18,15	20,95	14,79	15,50	13,10	10,07	-3,02	
Vejez (60 años y)	Trastornos mentales y del comportamiento	57,89	71,43	72,88	91,43	82,35	64,91	80,21	90,24	88,88	83,78	86,44	87,31	83,63	82,24	-1,39	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	5,88	0,00	0,00	0,00	7,94	1,54	1,36	2,28	1,00	10,04	9,04	
	Epilepsia	42,11	28,57	27,12	8,57	11,76	35,09	19,79	9,76	3,17	14,67	12,20	10,41	15,37	7,72	-7,65	

Fuente: SISPRO – MSPS – RIPS

Principales causas de morbilidad en salud mental en mujeres

En general para los grupos de población: infancia, adolescencia, juventud, adultez, y el grupo de adultos mayores la causa más frecuente de consulta la generaron los trastornos mentales y del comportamiento

Primera infancia – mujeres (0 a 5 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que mayor aumento presentó fueron los trastornos mentales y del comportamiento y la de mayor disminución fue la epilepsia.

Infancia - mujeres (6 a 11 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento mientras que la de mayor disminución fue la epilepsia

Adolescencia – mujeres (12 a 18 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento, mientras que la de mayor disminución fue la epilepsia.

Juventud – mujeres (14 a 26 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento mientras que en las de mayor disminución fue la epilepsia.

Adultez – mujeres (27 a 59 años)

Entre el año 2021 y 2022 la causa que más aumentó su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento, mientras que en la de mayor disminución fue la epilepsia.

Persona mayor – mujeres (60 y más años)

Entre el año 2021 y 2022 las causas que más aumentaron su proporción fueron los trastornos mentales y del comportamiento, mientras que la de mayor disminución fue la epilepsia.

Tabla 39. Morbilidad por salud mental atendida en mujeres Municipio de Amagá 2009-2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2021-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	33,33	33,33	44,44	40,00	100,00	56,25	100,00	100,00	93,75	80,00	56,00	77,78	51,72	77,78	26,05	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	66,67	66,67	55,56	60,00	0,00	43,75	0,00	0,00	6,25	20,00	44,00	22,22	48,28	22,22	-26,05	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	50,00	45,45	28,57	50,00	78,95	68,18	84,85	63,16	95,65	98,68	84,62	69,57	97,30	100,00	2,70	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	50,00	54,55	71,43	50,00	21,05	31,82	15,15	36,84	4,35	0,00	15,38	30,43	2,70	0,00	-2,70	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	37,50	83,33	86,96	64,29	86,67	100,00	97,89	88,89	95,59	100,00	95,45	64,67	93,94	97,58	3,65	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,11	2,78	0,00	0,00	2,27	0,00	0,00	0,97	0,97	
	Epilepsia	62,50	16,67	13,04	35,71	13,33	0,00	0,00	8,33	4,41	0,00	2,27	5,33	6,06	1,45	-4,61	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	93,33	78,08	50,00	73,68	78,48	84,17	86,25	92,31	91,67	83,74	91,94	85,36	87,80	96,14	8,33	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	5,48	6,25	7,02	1,27	1,67	2,50	1,92	1,85	8,28	3,89	6,28	1,46	1,82	0,85	
	Epilepsia	6,67	16,44	43,75	19,30	20,25	14,17	11,25	5,77	6,48	7,98	4,17	8,37	10,73	2,05	-8,69	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	87,62	87,25	86,43	85,20	91,74	83,44	90,86	90,85	88,16	86,95	89,87	88,88	83,84	88,94	5,10	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,78	0,90	0,00	0,65	0,98	0,00	1,75	0,27	0,90	0,34	0,88	0,37	-0,51	
	Epilepsia	12,38	12,75	12,79	13,90	8,26	15,91	8,16	9,15	10,09	12,78	9,23	10,78	15,28	10,68	-4,59	
Vejez (60 años y)	Trastornos mentales y del comportamiento	88,89	86,36	83,56	97,13	91,67	81,46	96,70	86,25	95,16	88,89	85,24	91,25	85,92	90,35	4,43	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	7,58	0,00	0,00	1,67	0,00	0,55	7,50	0,00	0,84	3,33	1,67	1,43	3,00	1,67	
	Epilepsia	11,11	6,06	16,44	2,87	6,67	18,54	2,75	6,25	4,84	10,27	11,43	7,08	12,66	6,66	-5,00	

Fuente: SISPRO – MSPS – RIPS
3.1.2. Morbilidad de eventos de alto costo

En cuanto a eventos de alto costo el municipio de Amagá para el último año de estudio presenta la prevalencia en diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal y la tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco, con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal sin diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el municipio con el departamento, así mismo, como la tasa de incidencia de VIH notificada.

Tabla 40. SemafORIZACIÓN y tendencia de los eventos de alto costos, Municipio de Amagá, 2006 – 2020.

Evento	Antioquia 2020	Amagá 2020	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	110,00	60,27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	9,39	3,17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	
Tasa de incidencia de VIH notificada	24,14	4,18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mielóide (menores de 15 años)	0,80	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	2,91	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Fuente: MSPS – Cuenta de alto costo

Morbilidad de eventos precursores

En el municipio de Amagá se observa que para el año 2020, la prevalencia de diabetes mellitus presentó aumento y el indicador de prevalencia de hipertensión arterial presentó disminución, en comparación con el departamento su prevalencia está por debajo, pero se debe trabajar fuertemente desde los programas preventivos y de control de los usuarios alto costo, para que lleven una mejor calidad de vida y sean responsables con sus tratamientos y se adhieran a ellos.

Tabla 41. SemafORIZACIÓN y tendencia de los eventos de alto costos, Municipio de Amagá, 2009 – 2020.

Evento	Antioquia 2021	Amagá 2021	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗
Prevalencia de diabetes mellitus	3,63	3,59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	11,54	8,14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗

Fuente: MSPS – Cuenta de alto costo

3.1.3. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

El municipio de Amagá en los eventos de notificación obligatoria durante el periodo de estudio 2006 al 2020 evidencia el indicador es significativamente más bajo para el municipio en comparación con el departamento, para el evento de la tasa de incidencia de violencia contra la mujer y para la letalidad de infección respiratoria aguda, no se observa diferencias significativas entre el municipio y el departamento.

La letalidad de tuberculosis pulmonar, la tasa de incidencia de dengue, la tasa de incidencia de leptospirosis, y la tasa de sífilis congénita aportaron mayores casos comparado con el departamento, presentando una tendencia al aumento, lo que significa que el indicador es significativamente más alto para el municipio comparado con el departamento. Es importante continuar con temas de vigilancia epidemiológica y educación a la población en general frente al manejo de las enfermedades que se puedan evitar promoción y prevención de manera articulada con todas las entidades y programas a nivel municipal, articulando estrategias desde el comité de vigilancia epidemiológica municipal.

Al consultar en base de datos SISPRO no se identifican valores para años como 2021 y 2022, solo se registra una tasa de 563,25 para la incidencia de violencia contra la mujer en 2021, lo que indica que va en aumento este indicador, para las letalidades no se encontraron datos en los años 2021 y 2022 según fuente SISPRO.

Tabla 42. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria del Municipio de Amagá, 2006 – 2022

Causa de muerte	Antioquia 2020	Amagá 2020	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,61	0,54	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘		
Letalidad de tuberculosis pulmonar	2,35	33,33	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasas de incidencia PDSP																				
Tasa de incidencia de dengue	39,77	498,49	↗	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗		
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer	334,87	222,94	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de incidencia de leptospirosis	0,09	3,20	↗	-	-	-	-	↗	↘	↘	-	-	-	↗	↘	-	-	↗		
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,48	8,03	↗	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	-	-	↗	↘	-	-	↗		

Fuente: MSPS/SISPRO

Análisis profundidad de la peor situación

En cuanto a los casos de notificación encontrados se observa que el municipio de Amagá presenta tasas que se encuentran por encima de las notificadas por el departamento en cuanto a las tasas de sífilis congénita, intoxicación por monóxido de carbono, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y defectos congénitos, además, existen otros indicadores que si bien no están por encima de los niveles departamentales son llamativos por su cercanía con estos puesto que sus tasas se encuentran altas al compararse con los demás eventos como lo son: la morbilidad materna extrema, cáncer de mama y de cérvix, desnutrición aguda en menores de 5 años, violencia física y la violencia psicológica.

Para la sífilis congénita a nivel municipal se deberá plantear estrategias de prevención y gestión en salud pública y de mejoramiento de pruebas de detección que permita la identificación de la sífilis gestacional para tomar medidas y evitar sífilis congénita, aunque el valor solo representa un caso para el año 2022, se debe continuar trabajando en la prevención de la enfermedad.

La economía del municipio de Amagá es la minería, esto puede conllevar a los accidentes en minas de manera laboral por intoxicación por monóxido de carbono, para el año 2022 una explosión de metanol dentro de una mina que operaba de manera ilegal de carbón ubicada en el corregimiento Minas, dejó un minero muerto y seis personas más intoxicadas por la alta concentración de monóxido de carbono (CO) en el lugar, lo que activa alarmas en cuanto a la vigilancia constante y operación de estas minas en el municipio, realización de visitas a minas para cancelación de operación por incumplimiento de condiciones de funcionamiento y/o entrega de título minero a aquellas que operen de manera legal.

Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia permanecen dentro de los tres primeros eventos de interés en salud pública para el municipio de Amagá, aunque es este un evento de mayor reporte se tiene desde la secretaría de salud un equipo de trabajo para vigilar a la mascota para que no se trate de un evento de rabia, como personal de vigilancia epidemiológica para vigilar las condiciones del paciente, teniendo en cuenta que la vigilancia, prevención y control de la rabia en humanos, perros y gatos es responsabilidad del sector salud, la articulación se da entre el técnico del área de la salud, vigilancia epidemiológica, GESIS e institución que presta los servicios de salud, mensualmente en las reuniones de comité de vigilancia

epidemiológica se generan informes que dan cuenta de las visitas de campo y seguimientos realizadas para estos casos.

En el caso de eventos como defectos congénitos fueron reportados por otras instituciones de salud de madres que residen en el municipio 6 de estos eventos en el año 2022, generando una tasa mayor para el municipio cuando se compara con el departamento, aunque no todos los defectos congénitos se pueden prevenir, se debe en todo momento brindar indicaciones desde la consulta médica a la madres antes y durante el embarazo para aumentar las posibilidades de tener un bebé sano, se debe prestar atención prenatal tan pronto como comience la gestación, vacunación a gestantes, indicar el consumo de ácido fólico, no consumo de alcohol o consumo de drogas ilegales. En la consulta, el médico debe brindar indicaciones de cómo prevenir las infecciones durante el embarazo y algunos trastornos congénitos, recomendaciones que también pueden ser brindadas desde el servicio de promoción y prevención y con el equipo de salud pública.

Existen otros eventos que si bien no representan la peor situación en salud en el municipio si están muy cerca a presentarlo es el caso de las siguientes enfermedades no transmisibles: morbilidad materna extrema, cáncer de mama y de cérvix, desnutrición aguda en menores de cinco años y dentro de los eventos de salud mental se encuentra la violencia física y la violencia psicológica, para cada uno de estos eventos se realiza el seguimiento correspondiente cuando se presentan, deben ser prioridad en el plan de acción en salud y el plan de acciones colectivas que permitan la educación y orientación para estas situaciones, así mismo, como desde las entidades que prestan el servicio de salud, las EAPB, y las diferentes instituciones, esto para aportar a la salud de la comunidad.

Tabla 43. Análisis de la peor situación en salud. Amagá 2022

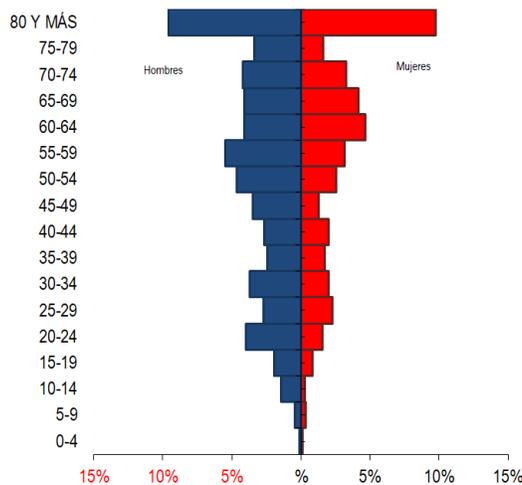
Subregión/Municipio	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL										MATERIDAD SEGURA		INTOXICACIONES																					
	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA		SIFILIS CONGÉNITA		SIFILIS GESTACIONAL		HEPATITIS B		HEPATITIS C		HEPATITIS B, C Y CONFECCIÓN HEPATITIS B Y C		MORBILIDAD MATERNA EXTREMA		MEDICAMENTOS		FLAGELICIDAS		SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		OTRAS SUSTANCIAS		INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO Y CÍTRICOS		SOLVENTES		METALES PESADOS		METANOL		TOTAL INTOXICACIONES			
	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * mil nacidos vivos	Casos	Tasa * mil Embarazos	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * mil Nacidos vivos	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes		
Total Departamento	2932	43.2	166	2.5	1229	17.6	331	4.9	176	2.8	507	7.5	3969	55.4	3822	56.3	697	10.3	1246	18.4	714	10.5	86	1.3	82	1.2	23	0.3	17	0.3	6687	98.5		
Amagá	4	12.6	1	3.7	1	3.6	1	3.1	1	3.1	2	6.3	14	51.7	5	15.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	34.5
Subregión/Municipio	ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES										ZOOZONOSIS																							
	DENGUE		DENGUE GRAVE		TOTAL DENGUE		VVAX		FALCIPARUM		MIXTA		TOTAL MALARIA		CUTÁNEA		LEISHMANIASIS MUCOSAS		TOTAL		CHAGAS		ZIKA		CHKUNGUNYA		AGRESIÓN POR ANIMALES		ACCIDENTE OFIDICO		LEPTOSPROSIS			
	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * población rural	Casos	Tasa * población rural	Casos	Tasa * población rural	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes	Casos	Tasa * cien mil habitantes		
Total Departamento	2112	31.1	52	0.8	2164	31.9	6497	95.7	1101	16.2	49	0.7	7647	112.7	1168	85.7	14	1.0	1192	86.7	1	0.01	0	0.0	6	0.1	16624	244.9	719	10.6	25	0.4		
Amagá	2	6.3	0	0.0	2	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	102	320.2	1	3.1	0	0.0		
Subregión/Municipio	CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES										ENFERMEDADES VEHICULIZADAS POR EL AGUA																							
	LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS		INTENSIFICADA POLVORA 2022-2023		DEFECTOS CONGENITOS		ENFERMEDADES HUÉRFANAS		CÁNCER EN MENORES DE 18		CÁNCER DE MAMA		CÁNCER DE CÉRVIX		DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS		HEPATITIS A		ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS		FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA													
	Casos	Tasa * cien mil hbtes.	Casos	Tasa * cien mil hbtes.	Casos	Tasa * mil Nacidos vivos	Casos	Tasa x cien mil hbtes.	Casos	Tasa * cien mil < de 18 años	Casos	Tasa * cien mil mujeres > 18 años	Casos	Tasa * cien mil mujeres > 18 años	Casos	Tasa * cien mil menores de 5 años	Casos	Tasa * cien mil habitante s	Casos	Tasa * cien mil habitante s	Casos	Tasa * cien mil habitante s												
Total Departamento	165	2.4	103	1.5	1194	17.9	4414	65.0	204	12.2	1787	67.6	1325	50.2	2050	465.3	625	9.2	842	12.4	11	0.2												
Amagá	0	0.0	1	3.1	6	22.1	12	37.7	0	0.0	5	40.6	5	40.6	6	310.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0												
Subregión/Municipio	EVENTOS DE SALUD MENTAL										VIOLENCIA CONTRA LA MUJER																							
	INTENTO DE SUICIDIO		VIOLENCIA FÍSICA		VIOLENCIA PSICOLÓGICA		VIOLENCIA SEXUAL		NEGLIGENCIA Y ABANDONO		VIOLENCIA TOTAL		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		VIOLENCIA FÍSICA		VIOLENCIA PSICOLÓGICA		VIOLENCIA SEXUAL		NEGLIGENCIA Y ABANDONO		VIOLENCIA TOTAL		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR									
	Casos	Tasa * cien mil hbtes.	Casos	Tasa * cien mil hbtes.	Casos	Tasa * cien mil hbtes.	Casos	Tasa * cien mil hbtes.	Casos	Tasa * cien mil hbtes.	Casos	Tasa * cien mil hbtes.	Casos	Tasa * cien mil hbtes.	Casos	Tasa * cien mil mujeres	Casos	Tasa * cien mil mujeres	Casos	Tasa * cien mil mujeres	Casos	Tasa * cien mil mujeres	Casos	Tasa * cien mil mujeres	Casos	Tasa * cien mil mujeres								
Total Departamento	5723	84.3	11101	163.5	4948	71.4	8616	126.9	814	12.0	25379	373.9	17645	259.9	9747	277.6	4155	118.3	7456	212.3	407	11.6	21765	619.8	15062	428.9								
Amagá	6	18.8	36	113.0	18	56.5	11	34.5	0	0.0	65	204.1	57	179.0	27	166.5	10	61.7	10	61.7	0	0.0	47	269.8	41	252.8								

Fuente: DSSA

3.1.4. Análisis de la población en condición de discapacidad

Para la población con condiciones de discapacidad se observa un modelo de pirámide regresiva donde la base es más pequeña que en los grupos de mayor edad. Se observa en los diferentes grupos de edad un promedio similar de personas, aunque se destaca una cantidad considerable en los grupos de edad de 80 años y más, además, los hombres (color azul) representan mayor número de personas con discapacidad que las mujeres, por lo tanto, puede deducirse que se deben dirigir actividades y acompañamiento a las poblaciones adultas con discapacidad aprovechando los programas sociales a través del municipio y la gobernación de Antioquia.

Figura 22. Pirámide población en Condición de Discapacidad, Municipio de Amagá, 2022.



Fuente: RLCD - SISPRO, MSPS

Distribución de las alteraciones permanentes en el municipio de Amagá

En la población del municipio de Amagá las alteraciones permanentes relacionadas al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas son las que representan el mayor número de alteraciones con 592 personas, el sistema nervioso con 548 personas, las del sistema cardiorrespiratorio y las defensas con 305 personas, los ojos 237 para esto es necesario que se centren las actividades a este tipo de alteraciones con el fin de mitigar dicha discapacidad y mejorar la calidad de vida de las personas que sufren alguna de estas alteraciones y de sus familias.

Tabla 44. Distribución de las alteraciones permanentes de las personas del municipio de Amagá, 2022.

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	592	26,03
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	305	13,41
El sistema genital y reproductivo	65	2,86
El sistema nervioso	548	24,10
La digestión, el metabolismo, las hormonas	135	5,94
La piel	36	1,58
La voz y el habla	190	8,36
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	10	0,44
Los oídos	156	6,86
Los ojos	237	10,42
Ninguna	0	0,00
Total	2274	100

Fuente: RLCD - SISPRO, MSPS

3.1.5. Identificación de prioridades principales en la morbilidad

En la siguiente tabla se realiza la priorización del capítulo de la morbilidad atendida, la morbilidad de eventos de alto costo, los eventos precursores, los eventos de notificación obligatoria (SIVIGILA) y la discapacidad. Se priorizan las causas de morbilidad más importantes para el municipio de Amagá, según la lista 6/67 para morbilidad de la OPS; También se utiliza el listado de prioridades por dimensiones PDSP y los grupos de riesgo (MIAS – Modelo Integral de Atención en Salud).

Tabla 45. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo y eventos de notificación obligatoria. Amagá 2022

Morbilidad	Prioridad	Amagá 2022	Antioquia 2022	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles en la adultez	70,34	67,82	Aumentó	000
	2. Lesiones en la adolescencia	22,67	13,14	Aumentó	012
	3. Condiciones maternas en la juventud	10,36	0,4	Aumentó	008
	4. Condiciones mal clasificadas en la adolescencia	34,93	26,78	Aumentó	000
Específica por Subcausas o subgrupos	1. No transmisibles: enfermedades cardiovasculares	19,92	19,41	Disminuyó	000
	2. Lesiones: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	94,45	94,25	Disminuyó	012
	3. Condiciones maternas perinatales: Condiciones maternas	85,57	80,98	Aumentó	008
	4. Condiciones transmisibles y nutricionales: Infecciones respiratorias	47,12	51,26	Aumentó	009
Alto Costo	1. Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia	3,17	9,39	Disminuyó	001
Precursores	1. Prevalencia de diabetes mellitus	3,59	3,63	Aumentó	001
	2. Prevalencia de hipertensión arterial	8,14	11,54	Disminuyó	001
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	320,2	244,9	Aumentó	010
	2. Tasa de incidencia de violencia contra la mujer	266,5	277,6	Aumentó	012
	3. Tasa de incidencia de sífilis congénita	3,7	2,5	Aumentó	009
Discapacidad	1. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	26,03	50,26		
	2. El sistema nervioso	24,10	53,70		
	3. El sistema cardiorespiratorio y las defensas	13,41	16,67		

Fuente: SIVIGILA – RIPS - SISPRO MSPS

Conclusiones

En general la población del municipio de Amagá se enferma debido a causas no transmisibles, generando el mayor cambio proporcional en las tasas de morbilidad en el grupo de los adultos, y que para el último año la tasa más alta se presentó en la población mayor a 60 años, dentro de las causas específicas se obtuvo el mayor cambio proporcional para el último año en las condiciones neuropsiquiátricas pasando de 11,33 a 13,58 por cien mil habitantes de 2021 a 2022, aunque para el último año la tasa más alta fue la de enfermedades cardiovasculares, con actividades de salud pública, actividad física y conciencia personal se debe conocer que el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular aumenta por una alimentación poco saludable, la cual se caracteriza por un bajo consumo de frutas y verduras y un consumo elevado de sal, azúcares y grasas. Una alimentación poco saludable contribuye a la obesidad y el sobrepeso, los cuales a su vez son factores de riesgo para las ECV, las personas que no hacen actividad física suficiente tienen más de probabilidades de morir prematuramente que aquellas que hacen actividad física suficiente, la inactividad física es un factor de riesgo clave para la aparición de las ECV, cáncer y diabetes.

Dentro de las grandes causas se presentaron, además, lesiones en la adolescencia, traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas con cambios porcentuales de disminución comparados con el año anterior, desde el sector gubernamental se deben implementar estrategias

que conlleven a las buenas prácticas de seguridad ciudadana y la prevención de traumas o prácticas inadecuadas que pueden llevar a la alteración de la salud, los traumatismos son lesiones que se presenta en cualquier parte del organismo, causados por alguna acción externa física o mecánica y que suele presentar síntomas como dolor, inflamación, hematomas, dificultad de movilidad, hemorragia, entre otros siendo la población adolescente la que más puede llegar a presentar estas situaciones por lo que se recomienda brindar educación a esta población en cuanto al cuidado y buenas prácticas de protección en el hogar, en lo laboral, en la calle y vías con la utilización de mecanismos de protección y de cuidado.

Las condiciones maternas, dentro del grupo de las condiciones materno-perinatales representan un buen aporte a las causas específicas de las enfermedades para el municipio, aunque indicando una disminución en el tiempo, el embarazo durante la adolescencia tiene gran impacto especialmente por sus implicaciones en la deserción escolar, los adolescentes que dejan de asistir a su educación lo hacen en razón a su paternidad o maternidad, con lo que se favorecen los círculos de la pobreza, dado que los embarazos tempranos no deseados en ausencia de redes sociales de apoyo, dificultan las oportunidades de desarrollo personal y el fortalecimiento de capacidades, limitan el acceso a oportunidades económicas y sociales e inciden en forma negativa sobre la conformación de hogares entre parejas sin suficiente autonomía e independencia económica para asumir la responsabilidad derivada y el fortalecimiento individual y familiar.

Dentro de las condiciones transmisibles y nutricionales se destacan las infecciones respiratorias con un aumento en el último año, en cuanto a la prevención de estas infecciones se debe continuar con las prácticas cotidianas de prevención del contagio y cuidado personal como lavado de manos con agua y jabón después de volver de la calle, antes de cocinar o comer y después de ir al baño, ventilar ambientes a diario, no fumar y mantener los ambientes libres de humo, no automedicarse. El consumo de remedios sin receta puede producir intoxicación, descansar en casa mientras continúen los síntomas, y cubrirse la boca al toser o estornudar con un pañuelo descartable o con el pliegue del codo para evitar contagiar a otros, estas medidas sencillas y de uso cotidiano pueden evitar la propagación de estas infecciones a la comunidad en general.

Dentro de los eventos de alto costo se evidencia la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal un indicador más bajo para el municipio al compararse con el departamento, la hipertensión arterial y la diabetes son dos enfermedades crónicas muy extendidas en la actualidad, sobre todo en la población adulta, y tienen incidencia (casos nuevos) y prevalencia (casos preexistentes) crecientes en la población general, ambas son enfermedades que aparecen a edades más tempranas respecto a lo que sucedía años atrás y afectan a ambos sexos, estas enfermedades, una vez que se manifiestan, necesitan un correcto seguimiento y adecuado tratamiento para poder controlar y disminuir el impacto que tendrán en el organismo de quienes conviven con alguna de ellas, para la prevención de la hipertensión lo más importante, es contar con un hábito nutricional que incluya poca sal, así como también realizar ejercicio aeróbico de manera regular, tener un peso adecuado y llevar una vida con menos estrés, tener controlado condiciones que también enferman nuestro sistema arterial como el colesterol alto, la diabetes o el tabaquismo, y en cuanto a la diabetes es importante aumentar la actividad física, el descenso de peso en casos de obesidad y sobrepeso y la mejora en la calidad de la alimentación mediante el consumo de más frutas y verduras y menos azúcares.

A nivel municipal se identifica información para el último año en cuanto a los eventos de interés en salud pública relacionados a las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, tasa de incidencia de violencia contra la mujer, tasa de incidencia de sífilis congénita, presentando tasas más altas para el municipio comparado con el departamento, se debe continuar con las medidas y compromisos a tomar para lograr reducir los eventos que son notificados al sistema de vigilancia epidemiológica, o en caso contrario continuar de manera correcta con la aplicación de protocolos para el seguimiento correcto y oportuno de estos eventos para la entidad que corresponda.

Según la discapacidad, el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, las alteraciones del sistema nervioso, el sistema cardiorrespiratorio y las defensas son las principales causas de discapacidad de la población del municipio, donde se deberán enfocar estrategias de acompañamiento a esta población al igual que a sus familias.

3.2. Análisis de la mortalidad

Para el análisis de mortalidad se tomarán como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, esto es, las muertas causadas por: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del aparato circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos; y las demás enfermedades. Este análisis se desagregará por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año 2018.

3.2.1. Mortalidad general por grandes causas

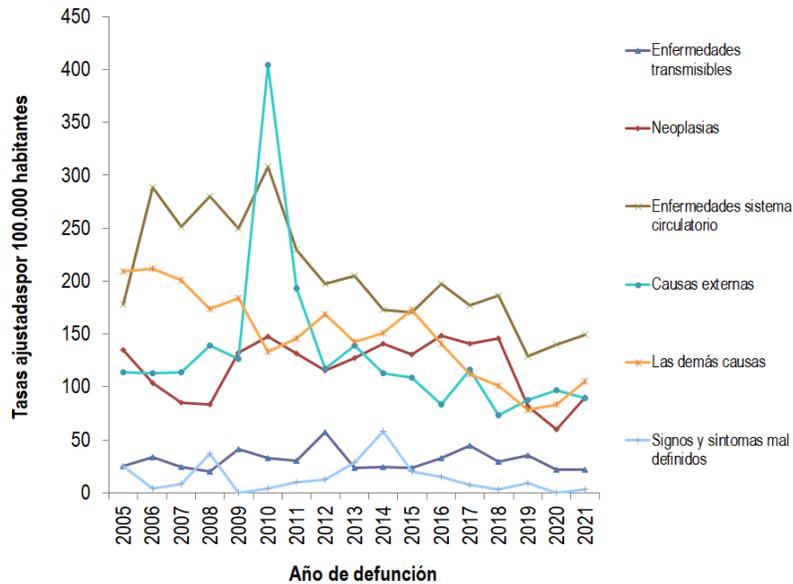
La primera causa de mortalidad en el municipio de Amagá desde el año 2005 y hasta el año 2021 está representada por las enfermedades del sistema circulatorio, así mismo para el departamento esta es la primera causa de muerte, al comparar los dos últimos años analizados con respecto a 2005 se observa una disminución en la mortalidad por esta causa. Las enfermedades isquémicas del corazón representan una mayor tasa en el último año analizado con mayor proporción para los hombres y las enfermedades cerebrovasculares representan la segunda causa.

Esta principal causa podría variar si se modifican factores de riesgo comportamentales en la población del municipio de Amagá tales como: el consumo de tabaco, inadecuados hábitos alimenticios, inactividad física y el consumo de alcohol. Así mismo, estimulando estrategias de detección temprana y tratamiento oportuno de hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemia, o cualquier otra enfermedad cardiovascular, lo que evitaría que avancen progresivamente y evitando el riesgo de morir por estas patologías en la población.

El segundo grupo de causas con mayor causa de muerte es el contemplado dentro del grupo de las demás causas, para el último año la tasa aumentó al pasar de 83,5 en 2020 a 105,6 en 2021 por cada cien mil habitantes, para los hombres la diabetes mellitus representa la mayor tasa en el último año y para las mujeres las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

La tercera causa de muerte la conforman las causas externas, observándose una disminución en el último año comparando 2020 y 2021, identificándose en el último año causas de muerte en hombres y mujeres por agresiones u homicidios.

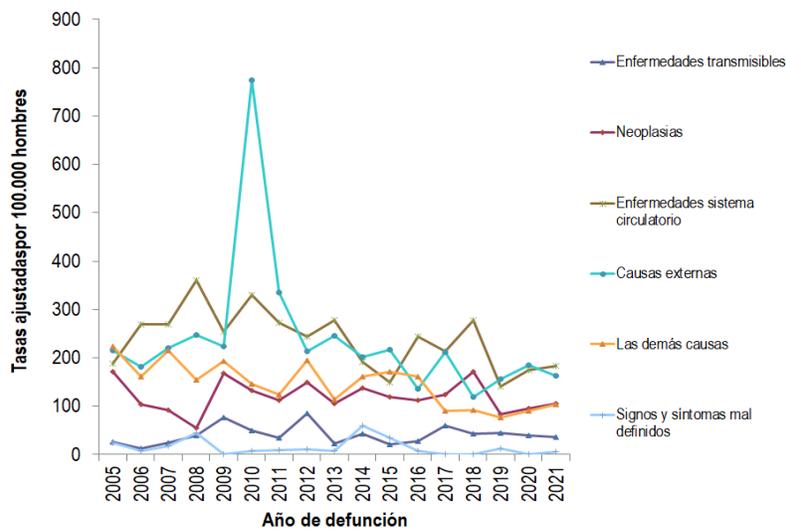
Figura 23. Tasa de mortalidad total según grandes causas del Municipio de Amagá, 2005–2021.



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Entre 2005 y 2021, las tasas ajustadas de mortalidad en los hombres están representadas por las causas externas, la segunda causa de muerte se encuentra asociada a las enfermedades del sistema circulatorio y la tercera causa de muerte está representada por las demás causas como enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, siendo la diabetes mellitus la enfermedad de mayor reporte para el último año.

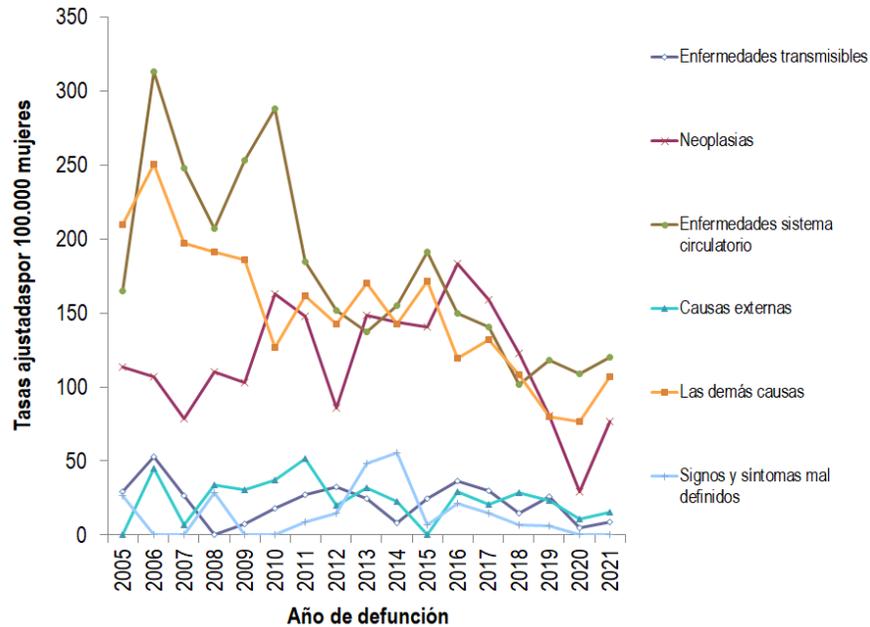
Figura 24. Tasa de mortalidad en hombres según grandes causas del Municipio de Amagá, 2005–2021.



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

La mortalidad en mujeres en el periodo 2005 – 2021, presenta un comportamiento similar a la tasa de mortalidad por grandes causas que en su población general, siendo la primera causa de muerte las enfermedades del sistema circulatorio con una disminución para el último año, como segunda causa de muerte se presentan las demás causas disminuyendo la tasa de muerte para el último año, por otro lado, como tercera causa de muerte en las mujeres, se encuentran las neoplasias, ubicándose el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, la causa más representativa para el último.

Figura 25. Tasa de mortalidad en mujeres, según grandes causas del Municipio de Amagá, 2005–2021.



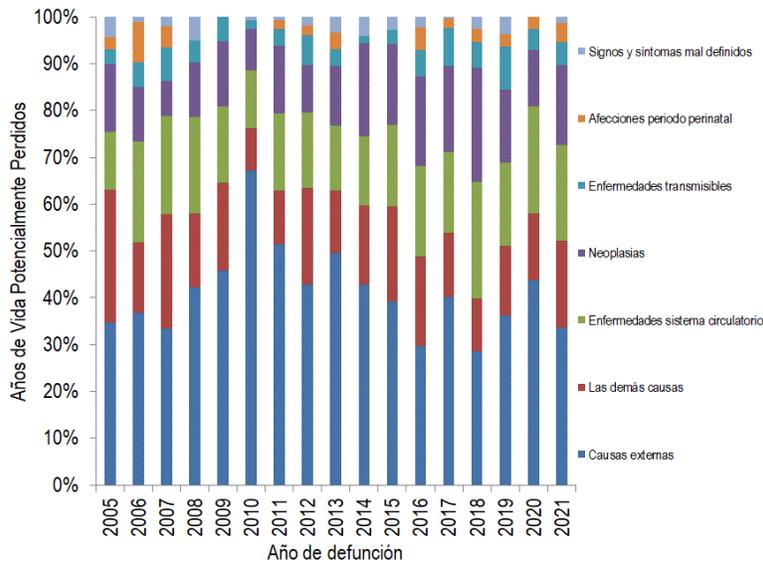
Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

El análisis de la carga de la enfermedad muestra el impacto o fuerza letal para la sociedad como consecuencia de muertes a edad temprana. Dentro de estas medidas se encuentran los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) que corresponden a la suma de todos los años que habrían vivido las personas que murieron por una cierta causa si hubieran vivido hasta una cierta edad.

En el periodo comprendido entre los años 2005 – 2021 en el municipio de Amagá, la causa de muerte que generó más Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) fue el grupo de las causas externas (homicidios, accidentes de tránsito, suicidios y otros accidentes) aportando el 42,85% de años perdidos, con un incremento en los años 2010 debido al accidente ocasionado en una de las minas del municipio presentando una disminución en el último año. En segundo lugar, se encuentra la mortalidad por las enfermedades del sistema circulatorio con un total de 17.60% AVPP. Las demás causas aportaron el 16.25% del total de AVPP. Las neoplasias aportaron el 14.20% AVPP.

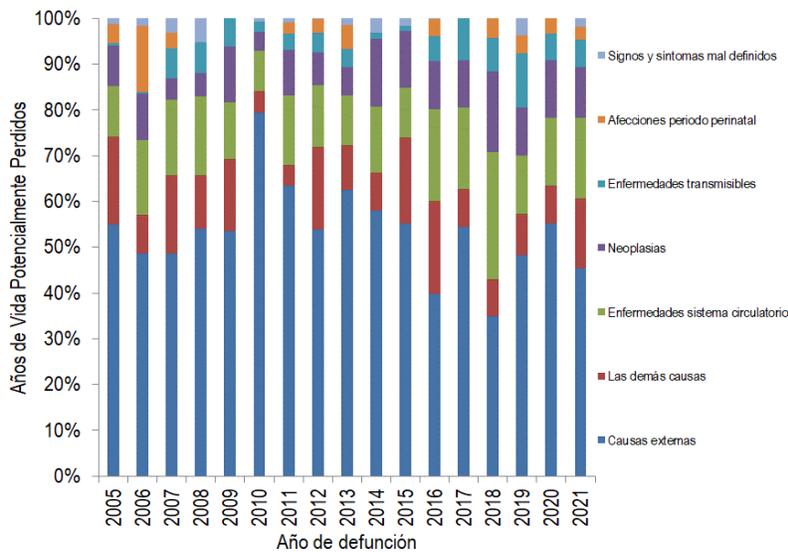
Figura 26. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 Municipio de Amagá, 2005–2021.



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

En los hombres, los años de vida potencialmente perdidos por grandes causas según listado 6/67, fueron las causas externas con un 55,95% del total, generando un aumento en el último año. En segundo lugar, aparecen las enfermedades del sistema circulatorio presentando el último un aumento en número de años perdidos por esta causa. Las demás causas representan la tercera causa de años perdidos en la población masculina.

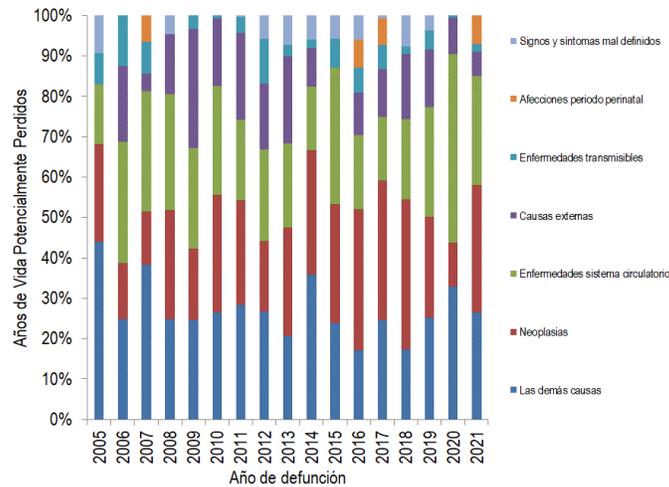
Figura 27. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del Municipio de Amagá, 2005–2021.



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

En la población de mujeres del municipio de Amagá durante los años 2005-2021. El mayor número de años perdidos en las mujeres lo aportaron las demás causas con un 25.27%, las neoplasias con un 25,27% con un aumento en el último año y las enfermedades sistema circulatorio con un 24,43%, presentándose un aumento en el número de años de vida potencialmente perdidos en el último año.

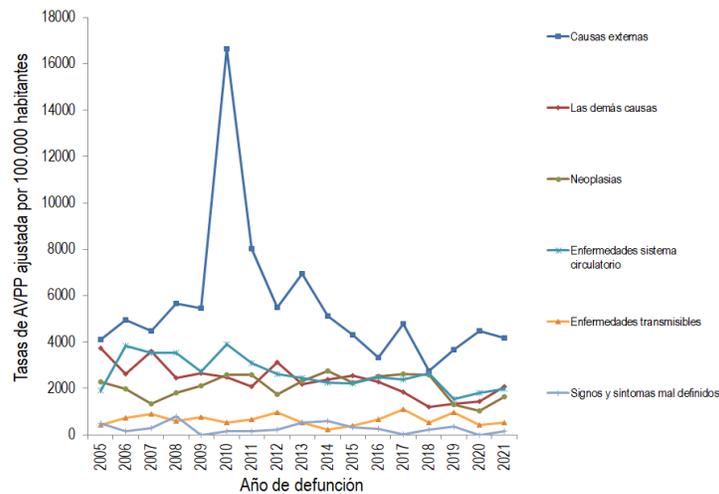
Figura 28. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del Municipio de Amaga, 2005–2021.



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Según la tasa ajustada por edad de AVPP por grandes causas, lista 6/67 general en el municipio de Amagá, se observa que la muerte por causas externas fue la que más se presentó durante el periodo 2005 al 2021, seguido de las enfermedades del sistema circulatorio con su mayor aporte en el año 2010 con 3892.6 AVPP y como tercer orden las demás causas presentando un leve aumento para el último año 2021 comparado con 2020

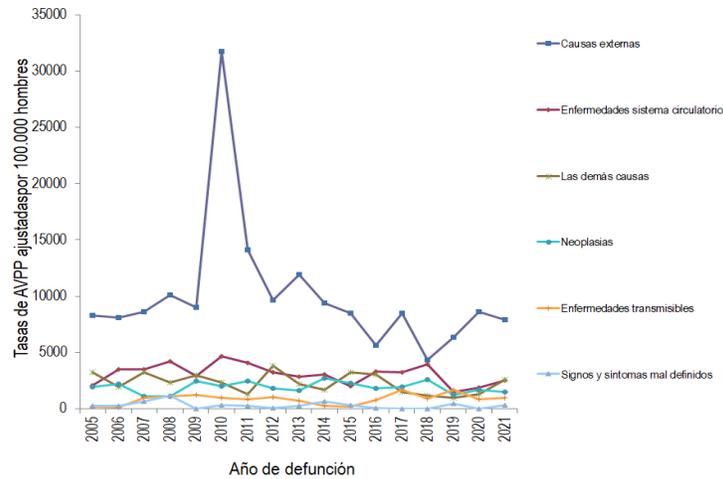
Figura 29. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Amagá, 2005, 2021.



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Según la tasa ajustada de AVPP por grandes causas lista 6/67, en los hombres de Amagá se analiza que la muerte por causas externas fue la que más se presentó durante el período del 2005 al 2021, siendo el año 2010 el de mayor aporte con 31763 AVPP, para el último año se evidencia una disminución. Seguido de las enfermedades del sistema circulatorio y de las demás causas. En general para el último año las causas de muerte por AVPP en los hombres aumentaron, pero en el grupo de las neoplasias y causas externas disminuyeron.

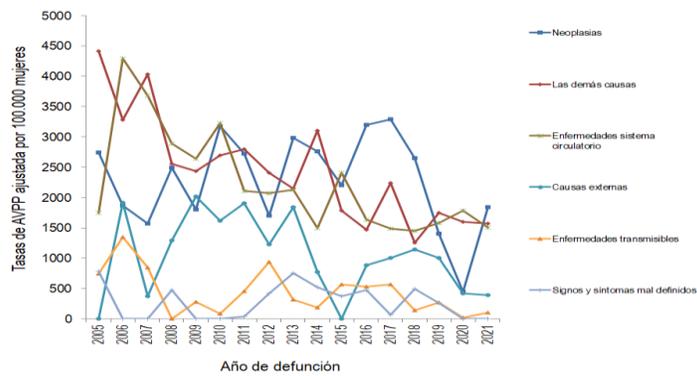
Figura 30. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Amagá, 2005–2021



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

En el grupo de las mujeres, las neoplasias son la principal causa de años de vida perdidos para el 2021, con 1838 años de vida potencialmente perdidos por cien mil mujeres, además de presentar un aumento cuando se compara con el año 2020. El grupo de las demás causas es el que ha aportado más AVPP durante el periodo 2005-2021. Para el último año las causas de muerte por AVPP en las mujeres disminuyeron en el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, causas externas, las demás causas, y signos y síntomas mal definidos, y aumentaron las enfermedades transmisibles y las neoplasias.

Figura 31. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del Municipio de Amagá. 2005-2021



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

3.2.2. Mortalidad específica por subgrupo

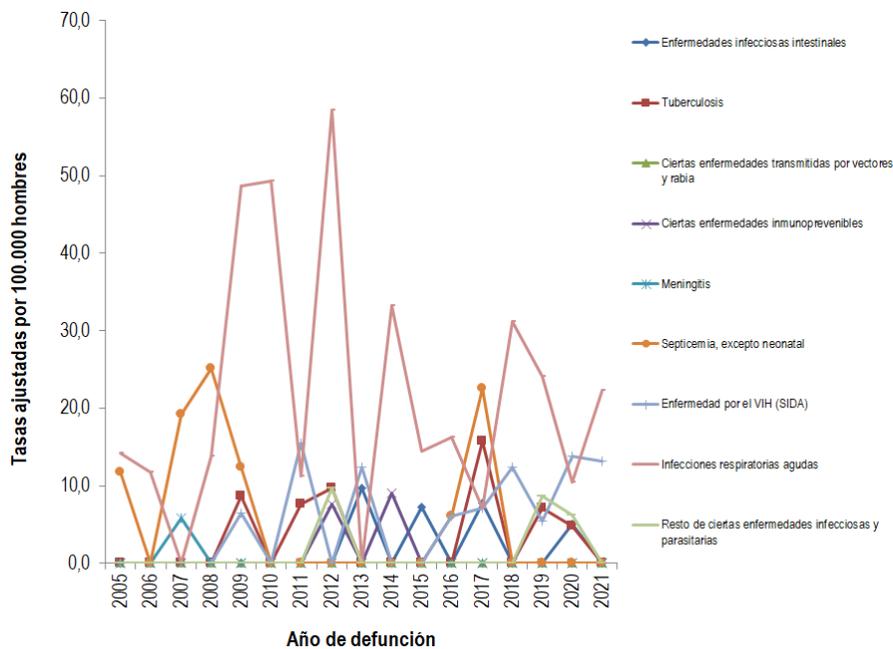
A continuación, se realiza un análisis que permite identificar dentro de los seis grandes grupos, los subgrupos de las causas de mortalidad.

Tasas ajustadas por la edad

Enfermedades Transmisibles

Las infecciones respiratorias agudas representan en los hombres el 53,4% de las muertes por enfermedades transmitidas en esta población ocurridas estas en 2005 y 2021, como segunda causa se presentaron las muertes ocurridas por septicemia, excepto neonatal, sin presentarse en el último año causas por esta muerte, la tercera causa de muerte en la población masculina es la causada por el VIH(SIDA) con registros en los dos últimos años 2020 y 2021 de 13 muertes por cada cien mil hombres respectivamente. Las muertes por tuberculosis se ubican en el cuarto lugar. Para el último año solo se presentaron muertes por enfermedad por el VIH (SIDA) e infecciones respiratorias agudas.

Figura 32. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Municipio de Amagá, 2005–2021

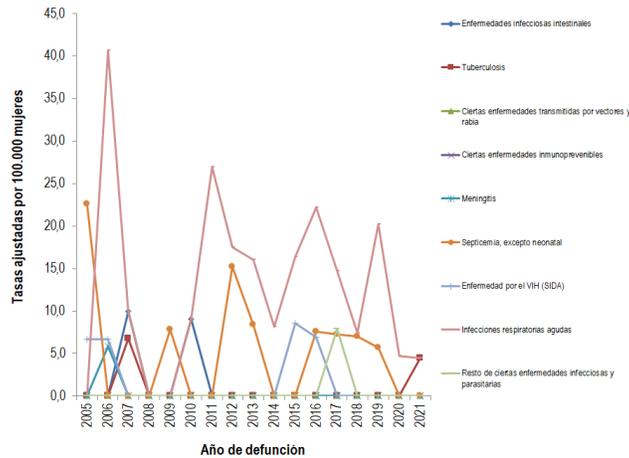


Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar de muertes por enfermedades transmisibles en mujeres, contribuyendo con el 58,26% del total de defunciones dentro del grupo de causas, presentándose en 2011 la mayor tasa de defunción por esta causa. La mayor tasa ajustada por septicemia, excepto neonatal en 2012 fue de 15.2 decesos por cada cien mil mujeres. La enfermedad por el VIH (SIDA) presentó en 2015 el 8.6% de muertes por cada cien mil mujeres, ocupando la tercera causa de mortalidad en mujeres dentro del

grupo de causas. Para el último año solo se presentaron muertes por tuberculosis e infecciones respiratorias agudas.

Figura 33. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del Municipio de Amagá 2005–2021

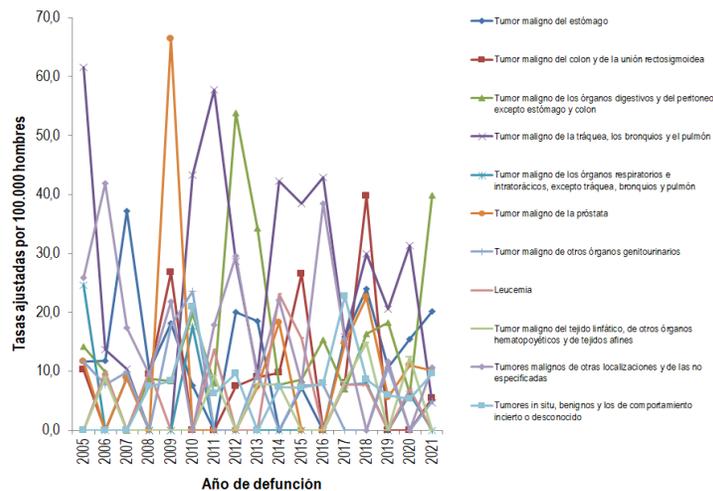


Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Neoplasias

El tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón representaron el 22,14% del total de defunciones por neoplasias en hombres, los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas ocupa el segundo lugar con un 13,69 % el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon ocupa el tercer lugar con un 13,56 % del total de muertes por neoplasias. Para el año 2021 no se evidencia aportes de muertes por tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón, leucemia y tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines

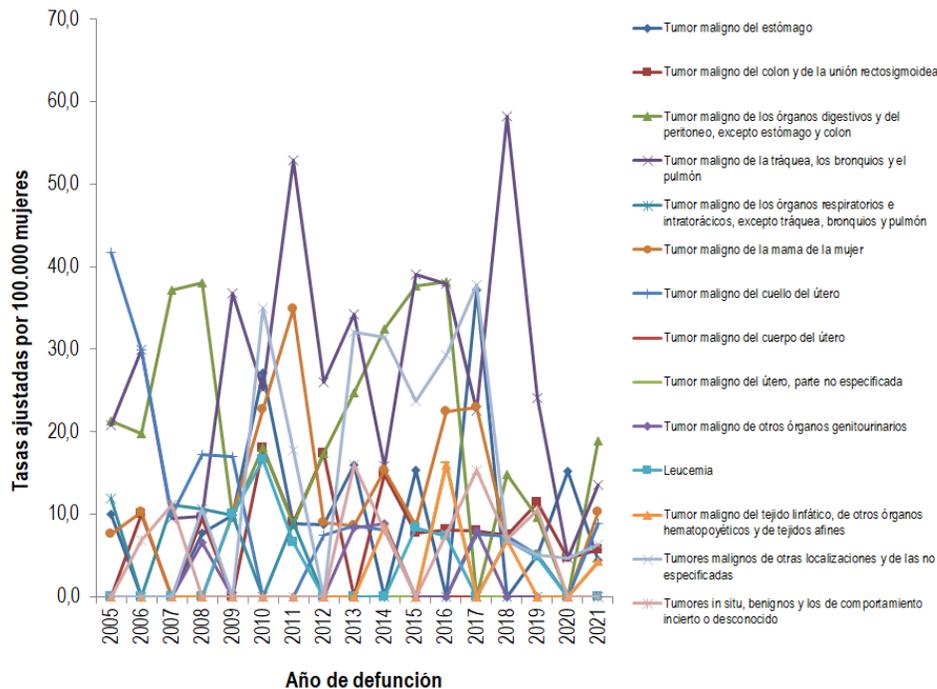
Figura 34. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Municipio de Amagá 2005–2021



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Los tumores malignos de la tráquea, los bronquios y el pulmón, ocuparon la primera causa de muerte por neoplasias en las mujeres en el periodo de estudio, ocupando el 23,1 % del total de defunciones en el grupo de causas, observándose una disminución en el último año con 13,5 decesos por cada cien mil mujeres, como segunda causa se ubican el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon y como tercera causa se encuentran los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas. Por otro lado, no se presentaron casos de muerte en el último año por causas de muerte como tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón, tumor maligno de otros órganos genitourinarios, leucemia y tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido

Figura 35. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del Municipio de Amagá 2005–2021.

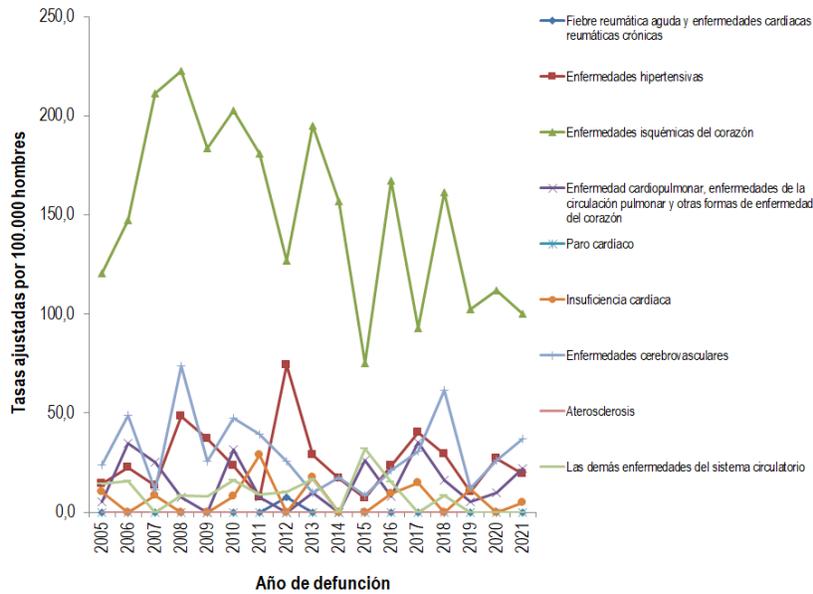


Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades isquémicas del corazón generaron el 63,3% de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio en hombres, el año de mayor aporte de muertes por esta causa fue en 2008, para el último año se presentó una disminución de los decesos por esta causa con respecto a 2020. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar dentro del grupo de causas presentándose en el último año un aumento de muertes por esta causa comparado con el año 2020 y las enfermedades hipertensivas representan la tercera causa de muerte en la población masculina, presentaron su aporte de muerte más importante en el año 2012.

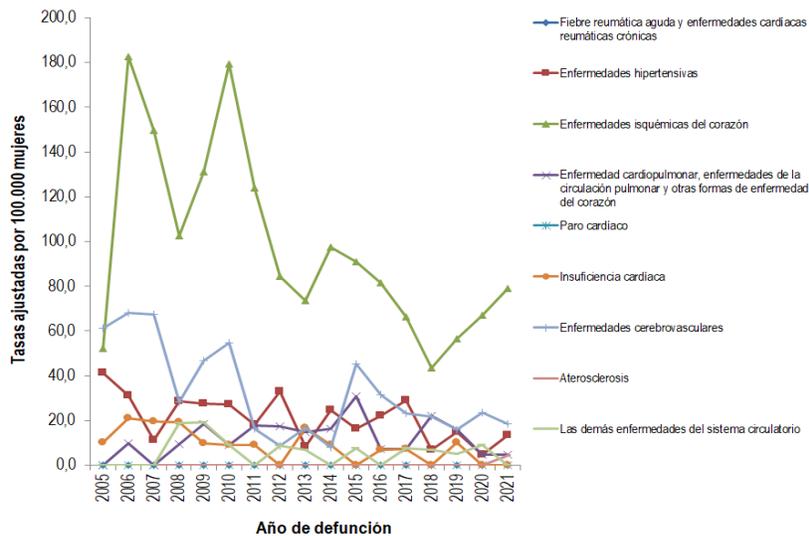
Figura 36. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del Municipio de Amagá 2005-2021



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS

Las enfermedades isquémicas del corazón generaron el 54.8% del total de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres, como segunda causa de muerte se presentó para las mujeres las enfermedades cerebrovasculares, aunque se observa que para el último año se presentó un leve aumento y como tercera causa se ubican las enfermedades hipertensivas, siendo el año 2005 su mayor aporte a las muertes, para el último año se presenta un aumento comparado con el 2020.

Figura 37. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del Municipio de Amagá 2005-2021.



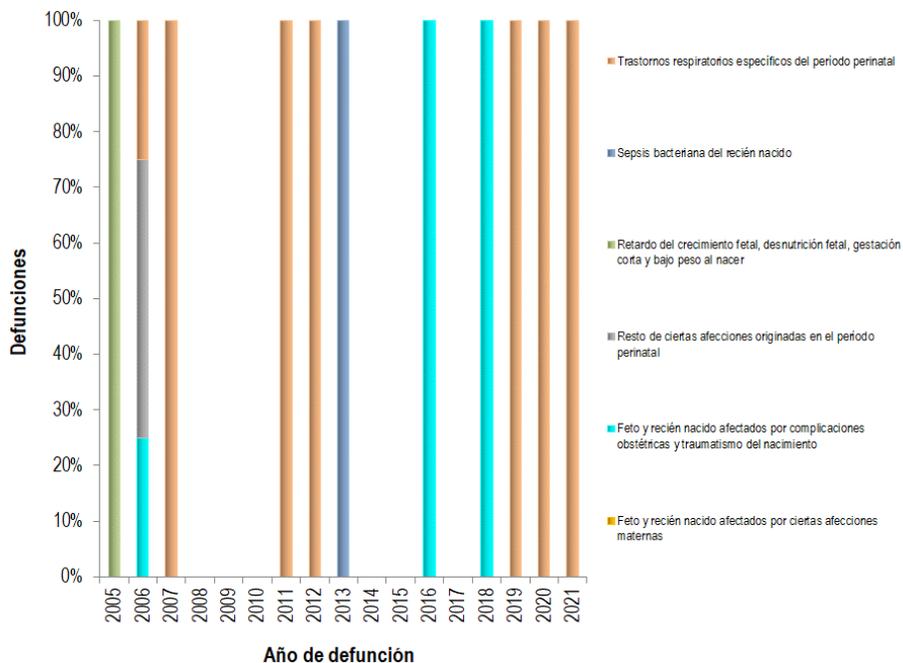
Fuente: DANE- SISPRO - MSPS

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Entre 2005 y 2021, como primera causa de muerte en el grupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal se presentaron 10 muertes debido trastornos respiratorios específicos del período perinatal del total de muertes, el mayor número de casos se presentó en el año 2006, se presentaron dos casos de muerte por el resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, tres por feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento y una por feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, una por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, dos por sepsis bacteriana del recién nacido

Los trastornos respiratorios específicos del período perinatal en los hombres ocuparon la primera causa de afectación en esta población, presentándose siete muertes, uno en cada uno de los siguientes años en 2006, 2007, 2011, 2012, 2019, 2020 y 2021, las causas de muerte por feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento aportaron tres muertes una en 2006, otra en 2016 y otra en 2018, por otro lado, dos muertes por sepsis bacteriana del recién nacido en el año 2013 y dos muertes por el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en 2006.

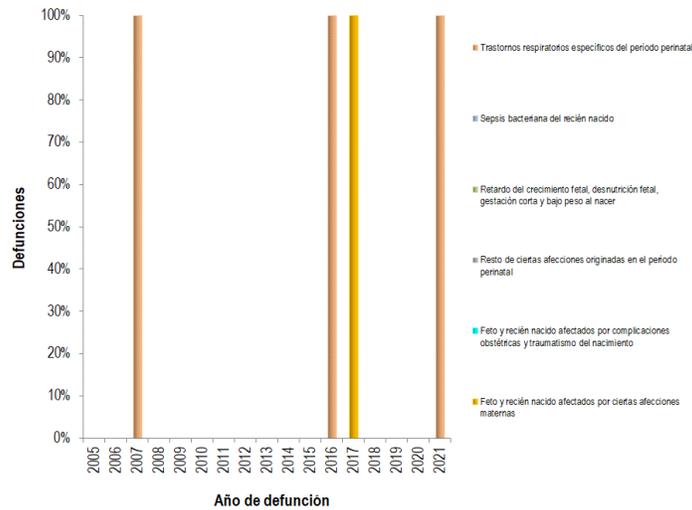
Figura 38. Número de casos para ciertas enfermedades originadas en el periodo perinatal en hombres del Municipio de Amagá 2005–2021.



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Los trastornos respiratorios específicos del período perinatal entre 2005 y 2021, han representado tres muertes en las mujeres 2007, 2016 y 2021 respectivamente, y un fallecimiento por feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas en 2017, en la población femenina no se observa fallecimientos por ciertas enfermedades en el periodo perinatal al compararse con la población masculina que refiere mayor número de muertes por estas causas.

Figura 39. Número de casos para ciertas enfermedades originadas en el periodo perinatal en mujeres del Municipio de Amagá 2005–2021.

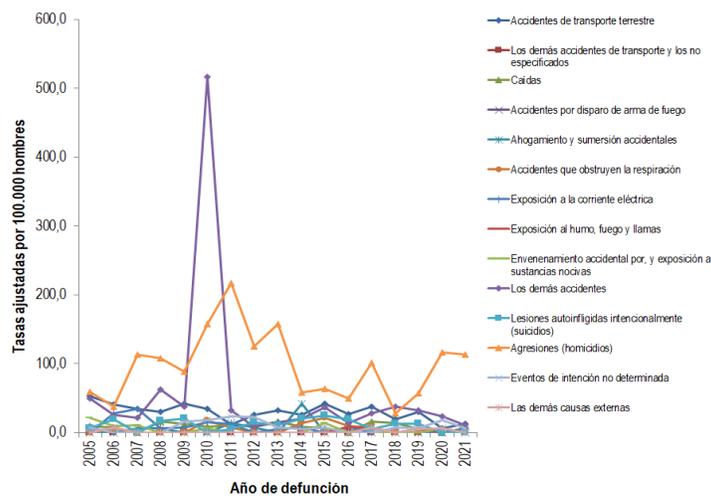


Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Causas externas

En los hombres las agresiones (homicidios) ocuparon el primer lugar de muertes por esta causa, evidenciándose un incremento en 2011 y un aumento en el último año llegando a 113,1 decesos por cada cien mil hombres, en el segundo orden se ubican los demás accidentes, las cuales aportaron el 24,1% del total de muertes por causas externas siendo el año 2010 el que aporta mayor número de decesos en total 516.9 por cada cien mil hombres, las causas de muerte debido a accidentes de transporte terrestre, ocupan el tercer lugar con 13,0 fallecimientos en 2021

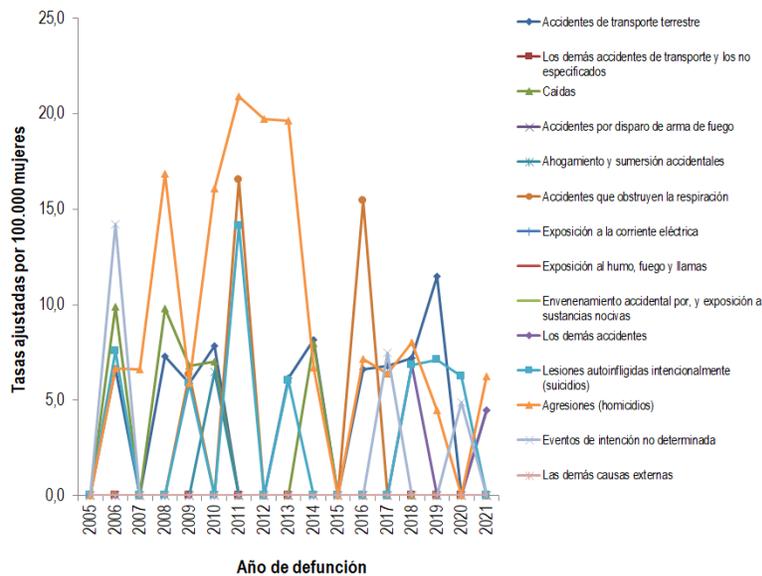
Figura 40. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del Municipio de Amagá 2005 – 2021



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Al igual que los hombres, para las mujeres la primera causa de muerte por causas externas la ocuparon los eventos de agresiones (homicidios) con 37,1% del total de las causas de muerte externas para esta población, siendo el año 2011 el de mayor decesos con 20.9 por cada cien mil mujeres, para el 2021 se presentaron 6,3 casos de estas muertes, los accidentes de transporte terrestre ocuparon la segunda causa de muerte en las mujeres con un aumento a una tasa de 4,5 en 2021, la tercera causa de muerte en mujeres se debe a lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) aunque para el último año no se presentaron fallecimientos por esta causa.

Figura 41. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del Municipio de Amagá 2005–2021.



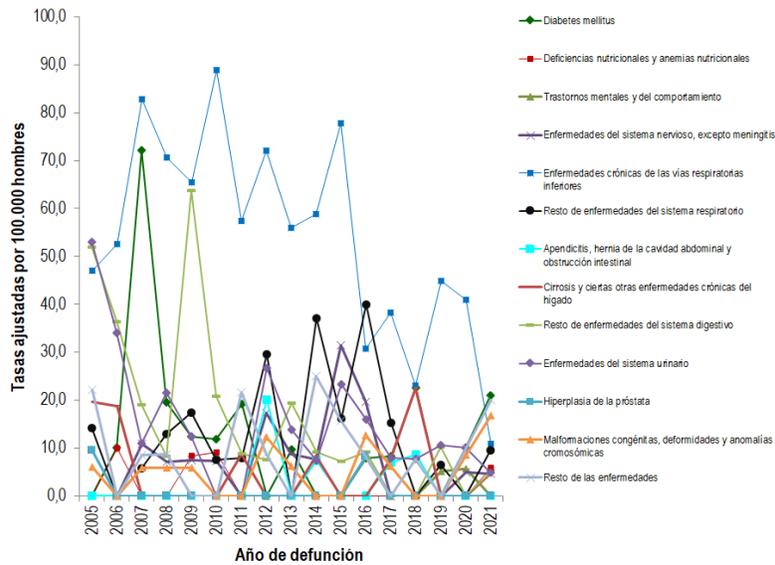
Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Las Demás Enfermedades

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores causaron el 37,1% de las muertes del total del grupo de las demás causas en hombres, para el año 2021 las tasas ajustadas fueron 10,8 muertes por cada cien mil hombres. El resto de las enfermedades del sistema digestivo causó el 11,2% de muertes en el grupo de las demás causas del total de estas en los hombres.

En tercer lugar, las enfermedades del sistema urinario causaron el 10,5% de los decesos del total del grupo de las demás causas en el grupo de hombres, se observa que, por esta causa, la mayor tasa de muerte se presentó en 2005 con 53.1% muertes por cada cien mil hombres, para el año 2021 está disminuyó al pasar a una tasa del 4,9 % muertes por cada cien mil hombres.

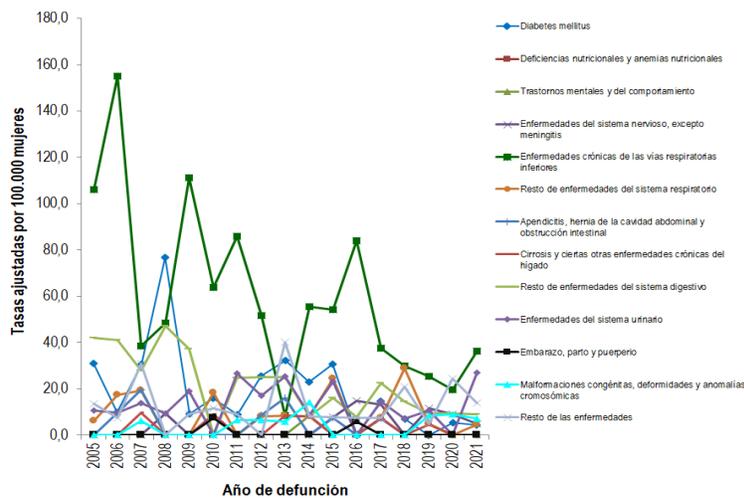
Figura 42. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres del Municipio de Amagá 2005–2021.



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores causaron el 39,3% del total de muertes en el grupo de las demás causas en mujeres, presentándose en el último año una disminución del 36,3% por cada cien mil mujeres. El resto de las enfermedades del sistema digestivo ocupa el segundo lugar de muerte en las mujeres, siendo el año 2008 donde ocurrió la mayor tasa de muerte, para el último año la tasa fue de 8,9 por cada cien mil mujeres. La diabetes mellitus ocupa la tercera causa de muerte, con 4,5 fallecimientos por cada cien mil mujeres por esta causa para el último año.

Figura 43. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en Mujeres del Municipio de Amagá 2005–2021



Fuente: DANE– SISPRO – MSPS

Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas

Al comparar el departamento de Antioquia con el municipio de Amagá, se aprecia que en la mayoría de los indicadores se aprecia que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador del municipio con el departamento, podría decirse que la tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios), la tasa que representa el mayor reporte de fallecimientos por las causas externas tanto en hombres como en mujeres, se encuentra en peor condición para el municipio en el último año 2021, para la tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinfligidas y la tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento el municipio presentó tasas de cero.

Cabe anotar que entre el municipio de Amagá y el departamento de Antioquia no hay diferencias estadísticamente significativas en la tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre ocupando esta la tercera causa de muerte en la población masculina y la segunda en la femenina, la tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama, categorizado como la tercera causa de muerte dentro de las neoplasias en las mujeres, tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino, representando la cuarta causa de muerte dentro de las neoplasias, la tasa ajustada por edad por tumor maligno de la próstata es la tercera causa de muerte por fallecimiento en los hombres, la tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estómago es la segunda causa de fallecimiento por neoplasias en el municipio, la tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus es la sexta causa de muerte dentro del grupo de las demás causas, tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinfligidas intencionalmente y la tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento no ha presentado reporte para el último año, la tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios) es la tasa que representa el mayor reporte de fallecimientos por las causas externas, siendo los hombres quienes más reportan a estas causas de muertes, además, de estar por encima de las tasas de mortalidad ajustada para el departamento y la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles no presenta diferencias estadísticamente significativas comparadas con el departamento.

Tabla 46. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas municipio de Amagá, 2005-2021.

Causa de muerte	Antioquia	Amagá	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	11,3	9,0	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,2	10,2	↗	↘	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	4,9	8,9	↘	↘	↗	↘	↘	-	↗	↗	↘	↘	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	13,7	10,1	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	↗	↗	↘	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estómago	9,1	11,8	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	12,5	12,3	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinfligidas intencionalmente	6,8	0,0	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	30,2	59,8	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	32,2	21,4	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

3.2.3. Mortalidad materno – infantil y en la niñez

La mortalidad infantil y materna en la última década, evidencia cambios en las muertes infantiles, lo que indica el aumento y la disminución en algunos de sus indicadores. Las diferencias entre la tasa de mortalidad neonatal y mortalidad infantil, con un intervalo de confianza del 95%, muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el municipio con respecto al departamento de Antioquia.

En cuanto a la razón de mortalidad neonatal, infantil y de la niñez no se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre el valor del departamento y el valor del municipio de Amagá, y no se presentaron tasas de muerte por IRA, EDA y desnutrición en menores de cinco años en el municipio, tasas que si refieren para el departamento.

Tabla 47. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Municipio de Amagá, 2005-2021

Causa de muerte	Antioquia	Amagá	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Razón de mortalidad materna	61,2	0,0	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad neonatal	6,1	10,8	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad infantil	9,5	10,8	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad en la niñez	11,5	10,8	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	9,1	0,0	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,8	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	2,9	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

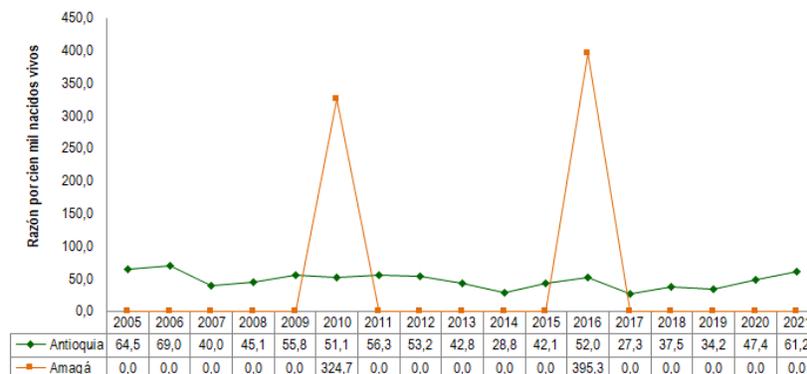
Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Razón de mortalidad materna

La razón de mortalidad materna entre los años 2005 y 2021 respecto a la del departamento se mantuvo por debajo exceptuando los años 2010 y 2016 donde la razón fue más alta para el municipio de Amagá, para el año 2016 la razón fue de 395.3 por cien mil nacidos vivos, no se presentaron muertes por esta causa para el último año

Entre los planes de intervención con que cuenta el municipio en relación con la salud pública es reducir la tasa de mortalidad materna, sensibilizando a las maternas la importancia en el ingreso oportuno a los controles prenatales, con los cuales se puede detectar e intervenir posibles complicaciones al momento del parto.

Figura 44. Razón de mortalidad materna, Municipio de Amagá, 2005–2021.

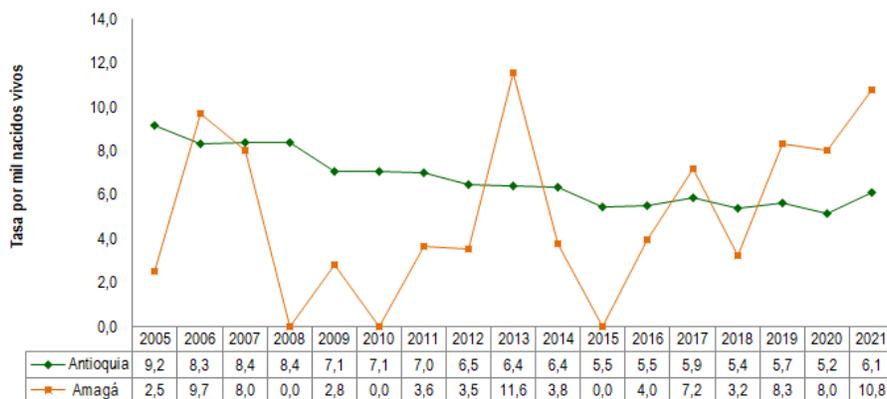


Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Mortalidad Neonatal

La tasa de mortalidad neonatal (número de recién nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad, por cada 1.000 nacidos vivos), presentó para el último año una tasa de 10,8 muertes por cada 1000 nacidos vivos en el municipio de Amagá con respecto al departamento que fue de 6,1 muertes por cada mil nacidos vivos en 2021. Al comparar la tasa de muerte neonatal municipal con la departamental, se observan diferencias importantes en el año 2006 la cual estuvo sobre una tasa de 9.71 muertes por cada 1000 nacidos vivos en Amagá, de la misma manera más alta en 2013, 2017 y 2019 con 11,6, 7,2 y 8,3 muertes respectivamente, sobre 1000 nacidos vivos con respecto al departamento.

Figura 45. Tasa de mortalidad neonatal Municipio de Amagá, 2005 - 2021.



Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Mortalidad infantil

Observando la tasa de mortalidad infantil se evidencia diferencias significativas entre el municipio de Amagá y el departamento de Antioquia en los años 2007, 2012, 2013, 2017 y 2021, siendo para el municipio más altas al ser comparadas con el departamento, ubicándose las más altas por el municipio en 2007 y 2012. En 2012 el municipio de Amagá presentó la tasa más alta de mortalidad infantil con 17.6 muertes por cada 1000 nacidos vivos. El departamento de Antioquia ha venido presentado una disminución en las tasas de mortalidad infantil al pasar de 13,7 muertes a 9,5 muertes por cada 1000 nacidos vivos. El municipio de Amagá presentó causas de mortalidad infantil para el último año de 10,8 muertes por cada 1000 nacidos vivos superiores al departamento.

Figura 46. Tasa de mortalidad infantil, Municipio de Amagá, 2005–2021.



Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Mortalidad en la niñez

La mortalidad en la niñez es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños y niñas menores de cinco años. Se observa que para el municipio de Amagá la tasa de mortalidad en la niñez presentó su mayor aporte de muertes para el año 2007 con 24,1 muertes por cada 1000 nacidos vivos que en el mismo año para el departamento de Antioquia fue de 16,3 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

El municipio de Amagá ha presentado tasas de mortalidad en la niñez más altas comparadas con el departamento de Antioquia, se evidencia que en el año 2021 el municipio aportó 10,8 muertes por cada 1000 nacidos vivos, mientras que para el departamento de Antioquia fue de 11,5

Figura 47. Tasa de mortalidad en la niñez, Municipio de Amagá, 2005- 2021

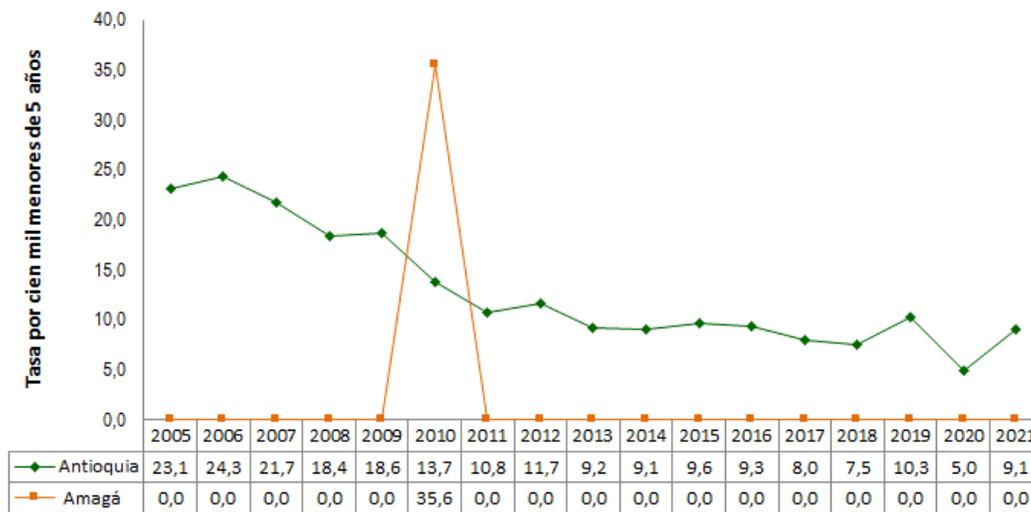


Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

Las tasas de mortalidad por IRA en el municipio de Amagá han tenido una tendencia de cero casos de muerte hasta el año 2010, donde se presentó una tasa de 35.6 muertes por cada 100.000 menores de cinco años que al compararse con el departamento de Antioquia representa un aumento del 21%, por otro lado, se observa que el departamento a lo largo del periodo se ha encontrado entre un rango de 5 y 24,3 (más alta) muertes por cada 100.000 menores de cinco años, para el último año se presentaron 9,1 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. El municipio de Amagá solo registra muertes por IRA desde el año 2010.

Figura 48. Tasa de mortalidad por IRA, Municipio de Amagá, 2005- 2021.

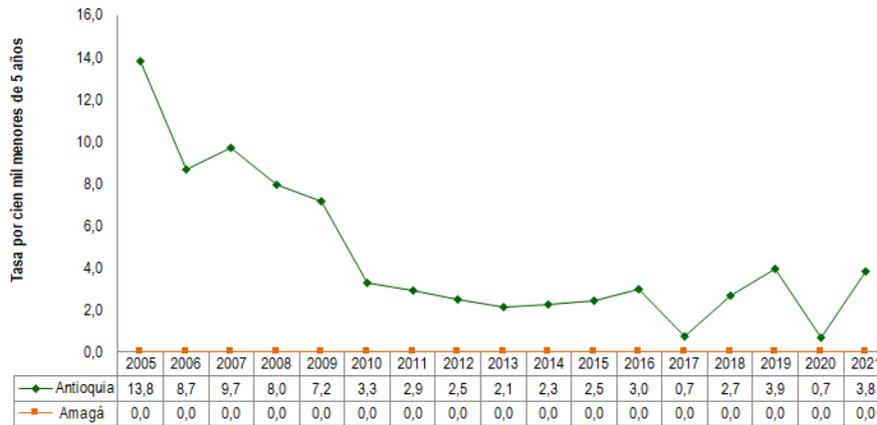


Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA

Las tasas de mortalidad por EDA no presentaron aporte de estas muertes en menores de cinco años en el municipio de Amagá, en cambio para el departamento de Antioquia las tasas se presentaron en un rango de 0,7 a 13,8 muertes por esta causa en el periodo de estudio, ubicándose la mayor pérdida por esta causa en 2005, para el último año se presentaron 3,8 muertes por 100.000 menores de cinco años reduciendo el número de muertes por esta causa.

Figura 49. Tasa de mortalidad por EDA, Municipio de Amagá, 2005- 2021.

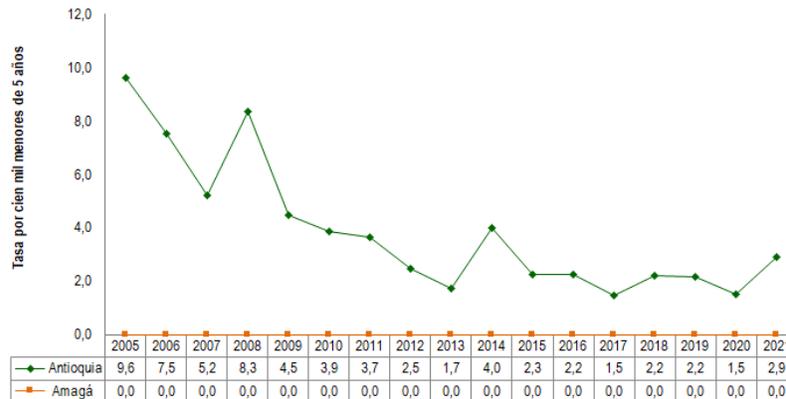


Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Mortalidad por desnutrición crónica

La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en el municipio de Amagá, no refleja casos de muertes por esta causa en el periodo de estudio, para el departamento de Antioquia las tasas se presentaron en un rango de 1,5 a 9,6 muertes por esta causa en el periodo de estudio, ubicándose la mayor pérdida por esta causa en 2005, el último año presentó un aporte de 2,9 muertes por 100.000 menores de cinco años.

Figura 50. Tasa de mortalidad por desnutrición crónica, Municipio de Amagá, 2005- 2021



Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Entre el periodo 2005 y 2021, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal representaron la principal causa de muerte en menores de un año, en 2021 se presentaron 7,17% muertes por cada cien mil niños y niñas menores de 1 año, representando la primera causa de muerte dentro del grupo de causas. La segunda causa de muerte infantil es presentada por malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas con 3,58%. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ocupan la tercera causa de muerte en menores de 1 año.

Tabla 48. Tasa específica de muertes en la infancia y niñez en menores de un año, Amagá Antioquia, 2005 – 2021.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	2,68	0,00	0,00	0,00	0,00	3,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,15	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	2,68	0,00	0,00	0,00	3,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	2,68	0,00	0,00	3,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	2,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	2,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2,52	9,71	5,36	0,00	0,00	0,00	3,64	3,52	7,72	0,00	0,00	7,91	3,60	3,22	4,15	4,02	7,17
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,52	0,00	5,36	2,77	2,82	0,00	3,64	10,56	3,86	3,76	0,00	0,00	3,60	0,00	0,00	8,03	3,58
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Entre el periodo 2005 y 2021, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal representaron la principal causa de muerte en menores de un año, en 2021 ocurrieron 6,76 muertes por cada niño menor de un año. La segunda causa de muerte infantil es presentada por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas dentro del grupo de los niños menores de 1 año. Las Enfermedades del sistema circulatorio ocupan el tercer orden de mortalidad en niños menores de 1 año.

Tabla 49. Tasa específica de muertes en la infancia y niñez en menores de un año en niños, Amagá Antioquia, 2005 – 2021.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	5,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,04	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	5,52	0,00	0,00	0,00	6,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	5,52	0,00	0,00	6,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	5,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4,98	19,86	5,52	0,00	0,00	0,00	6,80	6,21	15,50	0,00	0,00	7,63	0,00	5,10	7,04	8,13	6,76
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,98	0,00	5,52	5,35	5,78	0,00	0,00	12,42	7,75	0,00	0,00	0,00	7,52	0,00	0,00	8,13	6,76
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

La causa que más afectó a las niñas menores de 1 año fueron las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas ocupando el primer lugar. En su segundo orden lo ocupan ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y en el tercer lugar ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

Tabla 50. Tasa específica de muertes en la infancia y niñez en menores de un año en niñas, Amagá Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	5,21	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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	5,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,20	6,90	0,00	0,00	0,00	7,63
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas	0,00	0,00	5,21	0,00	0,00	0,00	7,81	8,13	0,00	7,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,94	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

En el grupo de niños y niñas de 1 a 4 años, las causas externas de morbilidad y mortalidad presentaron la primera causa de muerte en este grupo de población, no se evidencia aportes de muertes en el último año por ninguna causa.

Tabla 51. Tasa específica de muertes en la infancia y niñez en niños y niñas entre 1 y 4 años, Amagá Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	43,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	44,13	43,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	44,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	44,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	44,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	44,13	43,88	0,00	0,00	43,61	44,17	88,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

En el grupo de niños de 1 a 4 años, las causas externas de morbilidad y mortalidad presentaron la primera causa de muerte en este grupo de población, no se evidencia aportes de muertes en el último año por ninguna causa.

Tabla 52. Tasa específica de muertes en la infancia y niñez entre 1 y 4 años en niños, Municipio de Amagá Antioquia, 2005 – 2021.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	84,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	85,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	87,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	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
Causas externas de morbilidad y mortalidad	86,28	85,54	0,00	0,00	0,00	0,00	85,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

En el grupo de niñas de 1 a 4 años, las causas externas de morbilidad y mortalidad presentaron la primera causa de muerte en este grupo de población, no se evidencia aportes de muertes en el último año por ninguna causa.

Tabla 53. Tasa específica de muertes en la infancia y niñez entre 1 y 4 años en niñas, Municipio de Amagá Antioquia, 2005 – 2021

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	90,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	90,25	91,24	91,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Entre el periodo 2005 y 2021, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal representan la principal causa de muerte en menores de cinco años. La segunda causa de muerte infantil es presentada por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Causas externas de morbilidad y mortalidad, son la tercera causa muertes de niños y niñas, solo se evidencian muertes en el último año por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Tabla 54. Tasa específica de muertes en la infancia y niñez menores de 5 años, Municipio de Amagá Antioquia, 2005 – 2021.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	68,05	0,00	0,00	0,00	0,00	35,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	49,75	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	34,03	0,00	0,00	0,00	35,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	35,78	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	34,65	34,26	34,03	0,00	0,00	35,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	34,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	34,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	35,79	0,00	35,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	34,65	137,03	68,05	0,00	0,00	0,00	35,75	35,78	71,58	0,00	0,00	71,48	35,78	35,91	49,75	49,41	98,81
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	34,65	0,00	68,05	34,11	34,57	0,00	35,75	107,33	35,79	35,79	0,00	35,74	35,78	0,00	0,00	98,81	49,41
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	34,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	34,65	34,26	0,00	0,00	34,57	35,60	71,51	0,00	0,00	0,00	35,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Los niños menores de cinco años aportaron la primera causa de muerte por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y las causas externas de morbilidad y mortalidad.

Tabla 55. Tasa específica de muertes en la infancia y niñez menores de 5 años en niños, Amagá Antioquia, 2005 – 2021.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	131,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	97,28	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	65,75	0,00	0,00	0,00	69,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	69,54	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	65,75	0,00	0,00	69,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	66,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	69,64	0,00	69,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	67,52	265,78	65,75	0,00	0,00	0,00	69,54	69,59	139,28	0,00	0,00	69,49	0,00	69,78	97,28	96,43	96,34
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	67,52	0,00	65,75	65,83	66,84	0,00	0,00	139,18	69,64	0,00	0,00	69,49	69,54	0,00	0,00	96,43	96,34
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	67,52	66,45	0,00	0,00	0,00	0,00	69,54	0,00	0,00	0,00	69,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Las niñas menores de cinco años aportaron como primera causa de muerte las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, como segunda causa malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y como tercera causa externa de morbilidad y mortalidad.

Tabla 56. Tasa específica de muertes en la infancia y niñez menores de 5 años en niñas, Amagá Antioquia, 2005 – 2021.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	71,17	70,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	70,52	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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	70,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,58	73,59	0,00	0,00	0,00	101,42
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	70,52	0,00	0,00	0,00	73,58	73,64	0,00	73,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	101,32	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	71,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	71,58	73,31	73,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

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

En el municipio de Amagá para el periodo comprendido entre 2009 y 2021, se presentaron casos por mortalidad neonatal por etnia, aunque el registro se da por otras etnias, para el último año se presentó una tasa de 10,83 muertes por 1000 niños nacidos vivos. La mortalidad materna por etnia solo presentó registros para los años de 2010 y 2016 por otras etnias

Tabla 57. Indicadores tasa de mortalidad neonatal por etnia del Municipio Amagá, 2009 – 2021.

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - indígena													
3 - raizal (san andrés y providencia)													
5 - negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente			1000										
6 - otras etnias	2,91			3,53	11,67	3,76		3,97	7,22	3,23	8,3	8,06	10,83
no reportado													
Total General	2,82		3,64	3,52	11,58	3,76		3,95	7,19	3,22	8,3	8,03	10,75

Fuente: RUAF

Tabla 58 Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia Municipio Amagá, 2009 – 2021

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - indígena													
3 - raizal (san Andrés y providencia)													
5 - negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente													
6 - otras etnias		331,13						396,83					
no reportado													
Total General		324,68						395,26					

Fuente: RUAF

Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia

La mortalidad materna por área se presentó en centro poblado en 2016 en rural disperso en 2010 no se presentó mortalidad materna en los cinco últimos años. Frente a la mortalidad neonatal por área se presentaron muertes en la mayoría de los años a con una tendencia al aumento para la cabecera pasando de 8,33 en 2011 a una tasa de 7,04 en el último año, además de presentar una tasa de 17,4 en el área rural dispersa para el último año por cada 1000 niños nacidos vivos.

Tabla 59 Indicadores de Razón de mortalidad materna por área de residencia Municipio Amagá, 2009 – 2021

área geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - cabecera													
2 - centro poblado								4761,9					
3 - área rural dispersa		934,58											
sin informacion													
Total General		324,68						395,26					

Fuente: RUAF

Tabla 60 Indicadores tasa de mortalidad neonatal por área del Municipio Amagá, 2009 – 2021

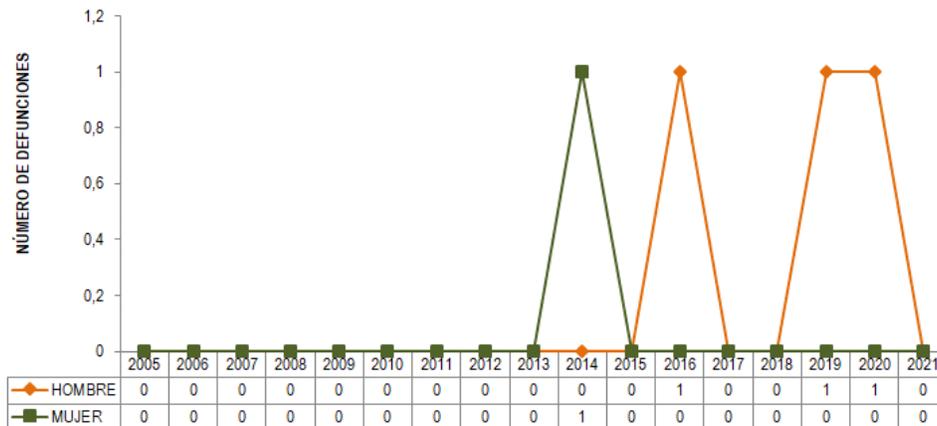
Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - cabecera			8,33	8	7,75	6,99		6,49	6,41			15,87	7,04
2 - centro poblado					55,56						37,04		
3 - area rural dispersa					8,93			8,85	9,43		8,93		17,24
sin informacion	58,82												
Total General	2,82	3,64	3,52	11,58	3,76			3,95	7,19	3,22	8,3	8,03	10,75

Fuente: RUAF

Mortalidad relacionada con la salud mental

En el municipio de Amagá las muertes por trastornos mentales y del comportamiento representan una muerte en 2014 en una mujer y 2016, 2019 y 2020 en un hombre en cada año.

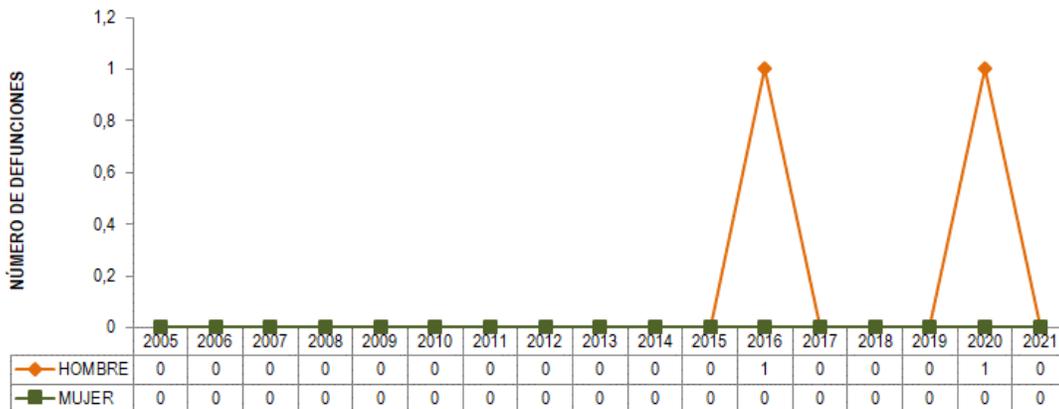
Figura 51. Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento. Municipio de Amagá 2005-2021



Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

Las muertes por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas representaron un caso por esta causa en 2016 y 2020 en un hombre para cada año.

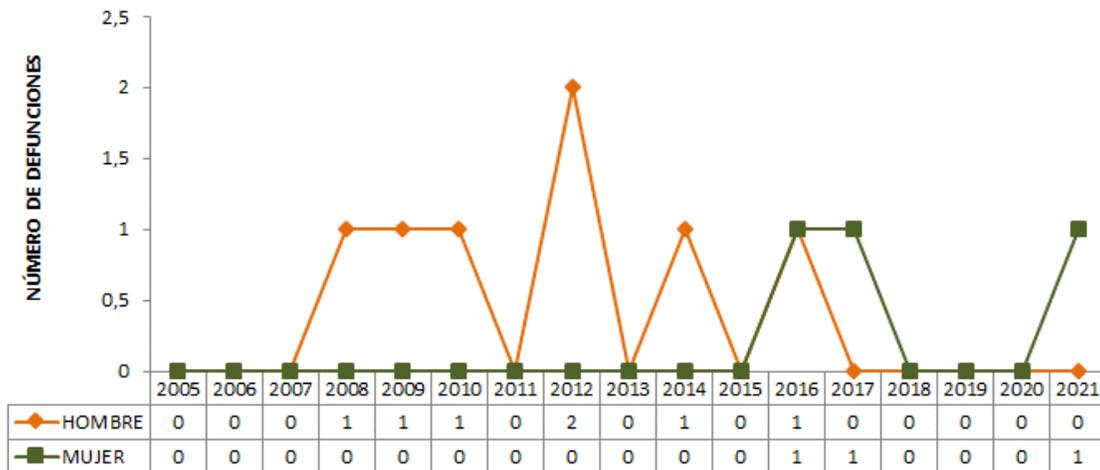
Figura 52. Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas. Amagá 2005-2021



Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

En el municipio de Amagá se observa que en el periodo comprendido entre 2005 y 2021 se han presentado 10 fallecimientos por epilepsia, de ellos 7 han ocurrido en hombres, de 2008 a 2010 un caso por año, en 2012 se presentaron dos fallecimientos, 2014 uno y 2016 un caso; por el contrario, para el caso de las mujeres se presentó un fallecimiento en 2016, 2017 y 2021

Figura 53. Mortalidad por epilepsia. Municipio Amagá 2005-2021



Fuente: DANE – SISPRO – MSPS

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

Se enlistarán las prioridades identificadas en la mortalidad general por las grandes causas, mortalidad específica por subgrupo y la mortalidad materno – infantil y niñez, de acuerdo con las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes estructurales de salud, durante el periodo 2005-2021

Tabla 61. Identificación de prioridades por mortalidad en salud Municipio de Amagá, 2005-2021

Mortalidad	Prioridad	Amagá 2021	Antioquia 2021	Tendencia 2005 a 2021	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades sistema circulatorio	149.4	147.9	disminuyó	001
	2. Las demás causas	105.6	114.7	disminuyó	000
	3. Las neoplasias	90.1	96.9	disminuyó	007
	4. Causas externas	89.1	68	disminuyó	012
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades sistema circulatorio: Enfermedades isquémicas del corazón	88	88.6	aumentó	001
	2. Las demás causas: Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	24.2	27.1	disminuyó	000
	3. Neoplasias: Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	28.8	16.1	disminuyó	007
	4. Causas externas: Agresiones (homicidios)	59.8	30.2	aumentó	012
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en la niñez	98.81	73.56	aumentó	008
	2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	49.41	44.57	aumentó	008
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Mortalidad neonatal	10.8	6.1	aumentó	009
	2. Mortalidad infantil	10.8	9.5	disminuyó	008
	3. Mortalidad en la niñez	10.8	11.5	disminuyó	009

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD)

Conclusiones

La primera causa de tasas de mortalidad ajustadas por la edad se presenta por enfermedades del sistema circulatorio presentándose una disminución en el último año, los hombres fueron quienes aportaron mayor cantidad de muertes para el último año, entre las actividades a realizar con la población para prevenir estas enfermedades es implementar la educación en el consumo de alimentos frescos y variados, que incluyan en cada una de las comidas frutas enteras y verduras, se deberá trabajar con la población desde la infancia el consumo de alimentos de paquetes comidas rápidas y bebidas azucaradas gaseosas, así mismo, manejar en la población desde la adolescencia con educación el consumo de sal y alimentos embutidos, enlatados y grasas de origen animal como la manteca, implementar la realización de actividad física de forma regular relacionada con el movimiento corporal que se hace en las actividades cotidianas o recreativas, por otro lado, es importante evitar el consumo de tabaco y la exposición al humo, brindar indicaciones a la población en cuanto al consumo e ingesta de bebidas alcohólicas por las complicaciones de salud que esto puede generar y finalmente es importante que la población en sus diferentes cursos de vida aprenda a manejar los problemas, así como controlar la presión arterial y los niveles de azúcar en sangre, esto para mejorar la salud en general y la del corazón, la valoración del riesgo cardiovascular y metabólico es una intervención de obligatorio cumplimiento en el sistema de salud, teniendo en cuenta el grupo de edad al que pertenezca el paciente; es deber de las EPS y la red de prestadores de salud detectar tempranamente enfermedades cardiovasculares en las personas mayores de 18 años y el control mediante tratamiento adecuado, estos procesos se deben trabajar de manera educativa desde los diferentes programas de salud pública, APS, estilos de vida saludable, promoción y prevención y desde la parte educativa y familiar.

Las tasas de mortalidad por las demás causas ocupan la segunda gran causa de muerte en el municipio, que al compararla con el año anterior 2020 presentó un aumento, este grupo de causas ha generado mayor mortalidad para el grupo de las mujeres a lo largo de los años, la principal causa específica de mortalidad dentro de este grupo la conforman las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores siendo esta

la causa específica más importante en el grupo de las mujeres, las enfermedades de transmisión respiratoria emergentes representan un riesgo sustancial para la población debido a su elevado potencial de diseminación, afectan notoriamente a la población adulta joven productiva y cursan con letalidad relativamente alta en su fase inicial de propagación, además del impacto económico que se produce por el cese de actividades y el colapso de los servicios de salud pues suelen evolucionar a formas graves que requieren hospitalización y provocan emergencias sanitarias, que en algunos casos son de importancia internacional como lo sucedido con la pandemia por COVID 19.

Dentro del grupo de las muertes por neoplasias, el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon, representan la cuarta causa de muerte específica con unas 24,2 muertes en el último año por cien mil habitantes, El cáncer colorrectal es un tumor frecuente del tracto digestivo. La alta incidencia de diseminación abdominal, el pobre pronóstico de estos pacientes deberá activar alarmas para la realización de pruebas periódicas de detección a partir de los 45 años desde las diferentes IPS y para los pacientes que se sospeche alguna anomalía relacionada, realizar diagnósticos oportunos desde los primeros niveles de atención, lograr en la población una alimentación baja en grasas animales y rica en frutas, verduras y granos integrales, así mismo, como la consulta con prioridad para tamizajes que permitan analizar acertadamente diagnósticos de tumores en nivel de mayor atención podría disminuir en parte las causas de muerte por esta condición.

El grupo de las causas externas representaron para el último año el cuarto grande grupo de muerte en el municipio, siendo la población masculina la que más se ve afectada por dicha causa, por tasas de mortalidad ajustadas por la edad entre 2005 y 2021 las agresiones u homicidios representan un aporte importante en hombres, así mismo, los accidentes de transporte terrestre es la segunda causa de muerte específica dentro de estas causas con una importante pérdida de población por estas, desde el nivel municipal se debe trabajar con la comunidad el tema del comportamiento y la tolerancia por el otro, el control de la corrupción y la inversión en el desarrollo socioeconómico, incluida la educación, como elementos fundamentales para reducir la tasa de delitos violentos para la reducción de causas de muerte por agresiones u homicidios, el conducir en vehículos bajo el efecto del alcohol y otras sustancias psicoactivas, el mal uso del casco, elementos de distracción, somnolencia y la fatiga, todas las causas pueden prevenirse y así disminuir la probabilidad de siniestros viales y disminución de causas de muerte por accidentes de tránsito, es importante que a nivel municipal se generen políticas públicas para reducir el número de siniestros en calles y vías, se deberán analizar estrategias de movilidad y tránsito, como el fortalecimiento de normas de tránsito y seguridad vial.

Por otro lado, en cuanto a las tasas de mortalidad infantil y de la niñez se encuentra representada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en la niñez y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de mortalidad para el último año de 98,81% y 49,41% por cada cien mil habitantes respectivamente, la tasa neonatal, infantil y de la niñez con una tasa de 10,8% por cada cien mil nacidos vivos, sin diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el municipio de Amagá y el departamento de Antioquia, aun así, debe continuarse con la implementación de estrategias que eviten el aumento y el riesgo de morir de esta población ya que son quienes más años de vida potencialmente de vida perdidos aportan en caso de fallecimiento.

Se deben tomar medidas para evitar la muerte en menores, la atención prenatal en las IPS, la alimentación de la madre gestante, la toma de sulfato ferroso en gestantes a partir del cuarto mes de embarazo, reconocimiento de signos de alarma del embarazo y del recién nacido, acudir oportunamente a la institución de salud, cuidados para el recién nacido de bajo peso, apoyo para madres gestantes que viven en zonas rurales, lactancia materna, atención de calidad disponiendo de personal capacitado y de los suministros necesarios, referencia inmediata y en buenas condiciones de la gestante y recién nacidos con complicaciones a los establecimientos de salud con mayor capacidad resolutive, visitas comunitarias en particular a los hogares con gestantes y recién



nacidos para proporcionar información, atención y vigilancia de complicaciones, garantizar el aseguramiento en salud a través del sistema general de seguridad social en salud para todas las gestantes y recién nacidos, formular y aplicar planes de intervención de prevención y control de la muerte neonatal, infantil y de la niñez a nivel nacional y regional, focalizada en las zonas más vulnerables tomando medidas que contribuyan a la disminución de la mortalidad de esta población.

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

El análisis detallado de la información proporcionada mediante la cartografía social, revela una serie de desafíos significativos que afectan la salud y el bienestar de la comunidad, se pueden identificar varios temas recurrentes que atraviesan diferentes aspectos de la vida cotidiana y la salud pública.

En primer lugar, la contaminación ambiental se identifica como una preocupación importante, con múltiples manifestaciones que incluyen la contaminación visual y ambiental debido a la gestión inadecuada de los desechos, los olores molestos de las empresas y la quema de materiales que contribuyen a problemas respiratorios, esta contaminación no solo afecta la calidad de vida de los residentes, sino que también tiene un impacto directo en la salud física, exacerbando condiciones como el asma y otras enfermedades respiratorias.

En cuanto a la salud pública, se destacan problemas crónicos como el asma, la diabetes y las patologías visuales, junto con desafíos emergentes como la desnutrición en adultos mayores, estos problemas de salud están estrechamente relacionados con factores ambientales, sociales y económicos, lo que subraya la necesidad de enfoques integrales y colaborativos para abordarlos de manera efectiva.

En términos de seguridad y bienestar comunitario, se identifican preocupaciones sobre el uso indebido del espacio público, la presencia de drogas y prostitución, así como la falta de actividades recreativas para promover una convivencia sana, estos problemas sociales no solo afectan la seguridad física de los residentes, sino que también tienen implicaciones en su bienestar emocional y mental.

En el ámbito de los servicios de salud y atención médica, se señala la necesidad de mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención hospitalaria, así como de brindar un mayor apoyo a las familias con miembros discapacitados. Además, se destaca la importancia de garantizar servicios de emergencia los fines de semana en áreas específicas para garantizar una atención médica oportuna y adecuada.

La actividad minera se identifica como un tema crítico, con impactos significativos en la salud física y mental de los trabajadores, así como en el medio ambiente y la salud de la comunidad en general, es fundamental implementar medidas de control y regulación para mitigar los efectos negativos de esta actividad y promover alternativas sostenibles que protejan tanto a los trabajadores como al entorno natural.

Finalmente, el bienestar animal también se destaca como una preocupación importante, con la presencia de perros callejeros sin control que representan un riesgo para la salud pública y el bienestar de la comunidad en general, abordar la situación de los perros callejeros no solo es importante para proteger la salud pública y el bienestar humano, sino también para garantizar el bienestar de estos animales y mantener el equilibrio ecológico en las comunidades locales.

Tabla 62 Mapeo de actores, Municipio de Amagá

Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales	Actores Sociales y Comunitarios	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales	Respuesta Social	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos
Contaminación visual y ambiental generada por la basura y desechos generados por las empresas	Gobernación de Antioquia Administración Municipal ESE Hospital San Fernando Instituciones Educativas	Líderes comunales Juntas de Acción Comunal COPACO Veedurías	Promover el uso de tecnologías limpias y combustibles menos contaminantes. Fomentar la participación ciudadana en la toma de decisiones ambientales	Campañas de sensibilización, educación y empoderamiento comunitario	Beneficiarios cooperantes	Promover el manejo adecuado de reciclaje, cuidado del agua, promover la educación ambiental y responsabilidad ciudadana. Exigir a las empresas la implementación de planes de manejo integral de sus residuos, incluyendo separación, reciclaje, reutilización y disposición final adecuada.	Tejido social comunitario fortalecido, fomentando la organización, la solidaridad y el control social sobre el medio ambiente
Problemas respiratorios a causa de la contaminación ambiental y quemaduras	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Administración Municipal ESE Hospital San Fernando EPS activas en el Municipio Instituciones educativas municipales	Líderes comunales escuela de padres Grupos juveniles	Fortalecer las estrategias de informar, educar y comunicar a toda la comunidad para la prevención de infecciones respiratorias Fortalecer la vigilancia a las empresas respecto al desecho de los residuos	Participación activa en los talleres de sensibilización y prevención	Beneficiarios cooperantes	Incrementar la prevención de infecciones respiratorias mediante educación a la comunidad en general	Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida en prevención de infecciones respiratorias
Problemas de salud pública como Asma, diabetes, problemas musculares y patologías visuales	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Administración Municipal ESE Hospital San Fernando EPS activas en el municipio	Juntas de acción comunal Grupos juveniles Programas de Adulto Mayor	Fortalecer los programas de estilos de vida saludable, acciones de protección específica y detección temprana logrando prevención y control de enfermedades.	Participación activa en los programas de estilos de vida saludable, campañas de sensibilización y conocimiento de los factores de riesgo	Beneficiarios cooperantes	Incrementar estilos de vida saludable y adherencia a programas de detección y protección específica	Diagnóstico, activación de rutas, comunidad sensibilizada y fortalecida

Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales	Actores Sociales y Comunitarios	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales	Respuesta Social	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos
Enfermedades relacionadas a la contaminación del agua	Gobernación de Antioquia Alcaldía Municipal Oficina de Servicios públicos	Juntas de Acciones comunales Lideres sociales Centros Educativos Rurales Hogares comunitarios	Promover el cuidado del agua en la comunidad en general, Capacitar a los agricultores en prácticas agrícolas sostenibles y uso racional de fertilizantes y plaguicidas.	Campañas de sensibilización, educación y empoderamiento comunitario	Beneficiarios cooperantes	La comunidad tiene conciencia sobre el cuidado de las fuentes de agua y los riesgos de la contaminación	Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida
Desnutrición y enfermedades respiratorias en los adultos mayores	Secretaría Seccional de Salud y Protección social de Antioquia Administración municipal Personería ESE Hospital San Fernando EPS activas en el Municipio Comisaria de Familia	Juntas de Acciones comunales Lideres sociales Centros Educativos Hogares comunitarios Adulto Mayor Veedurías	Fortalecer proyectos productivos como huertas caseras, productividad de alimentos. Fortalecer la educación en alimentación balanceada Fortalecer los programas de educación en prevención de enfermedades respiratorias	Adherencia a proyectos productivos de huertas caseras empoderamiento o en la alimentación sana y balanceada	Beneficiarios cooperantes	Incrementar la educación a la población en alimentación balanceada. Fortalecer los programas de complementación nutricional	Apropiación y aplicación del conocimiento, disminución de desnutrición.
Tenencia irresponsable de mascotas	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia secretaría de Salud secretaría de Medio Ambiente secretaría de Gobierno Comisaria de Familia Personería ESE Hospital San Fernando Instituciones educativas municipales	Lideres sociales Junta de acción comunal COPACO Grupos juveniles Veeduría Ciudadana CMSSS	Implementar programas de educación y concientización sobre la tenencia responsable de mascotas, dirigidos a diferentes públicos (escuelas, comunidades, etc.). Estos programas deben abordar temas como la importancia de la esterilización, la vacunación, la identificación, el cuidado adecuado, entre otros.	Participación activa en los talleres de sensibilización y prevención	Beneficiarios cooperantes	Incrementar la tenencia responsable de mascotas en la comunidad	Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida en tenencia responsable de mascotas

Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales	Actores Sociales y Comunitarios	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales	Respuesta Social	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos
Consumo de sustancias psicoactivas	<p>Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia</p> <p>Hospital Mental ESE Carisma</p> <p>Administración Municipal</p> <p>Personería ESE Hospital San Fernando</p> <p>EPS Activas en el Municipio</p> <p>Policía Nacional</p> <p>Instituciones educativas municipales</p>	<p>Lideres comunales</p> <p>Alcohólicos Anónimos</p> <p>Junta de acciones comunales</p> <p>Grupos Juveniles</p>	<p>Garantizar la disponibilidad de servicios de atención y rehabilitación para consumidores, con enfoque de reducción de daños. mediante centros de atención primaria.</p> <p>fortalecer programas de integración social y productiva para jóvenes en riesgo</p> <p>Promover alianzas con el sector privado y facilitar la vinculación laboral de población en riesgo o en proceso de rehabilitación.</p> <p>Evaluar y ajustar periódicamente las estrategias implementadas con base en indicadores de consumo, incautaciones, atenciones y caracterización de la población afectada.</p>	<p>Campañas de sensibilización, educación y empoderamiento comunitario</p>	Beneficiarios cooperantes	<p>Incrementar factores protectores de la salud mental en la población, para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.</p>	<p>Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida</p>
Violencia intrafamiliar debido al consumo de alcohol y drogas	<p>Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia</p> <p>secretaría de Salud</p> <p>secretaría de Gobierno</p> <p>Comisaria de Familia</p> <p>Personería ESE Hospital San Fernando</p>	<p>Lideres sociales</p> <p>Junta de acción comunal</p> <p>COPACO</p> <p>COVE</p> <p>COVECOM</p> <p>Grupos juveniles</p> <p>Veeduría Ciudadana</p> <p>CMSSS</p>	<p>Implementar programas de educación y concientización sobre el trato digno, el respeto y la prevención del consumo de sustancias</p>	<p>Participación activa en los talleres de sensibilización y prevención</p>	Beneficiarios cooperantes	<p>Incrementar la sana convivencia en la comunidad en general</p>	<p>Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida en prevención de la violencia intrafamiliar</p>
Intentos de suicidio en jóvenes y adultos	<p>Gobernación de Antioquia</p> <p>Hospital Mental</p> <p>secretaría Seccional de Salud y Protección social de Antioquia</p> <p>Administración Municipal</p> <p>Personería ESE Hospital San Fernando</p> <p>EPS Activas en el municipio</p> <p>Bomberos</p>	<p>Lideres comunales</p> <p>Alcohólicos Anónimos</p> <p>Junta de acciones comunales</p> <p>Grupos Juveniles</p>	<p>Fortalecer el programa de centros de escucha y línea vida para brindar apoyo emocional</p> <p>Involucrar a líderes comunitarios, escuelas y organizaciones en la difusión de información y capacitaciones.</p>	<p>Campañas de sensibilización, educación y empoderamiento comunitario</p>	Beneficiarios cooperantes	<p>Incrementar factores protectores de la salud mental en la población, para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.</p>	<p>Activación de rutas de atención, apropiación del conocimiento, comunidad fortalecida</p>

Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales	Actores Sociales y Comunitarios	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales	Respuesta Social	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos
Demoras en la atención medica hospitalaria y no atención los fines de semana	Gobierno Nacional Supersalud secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Administración Municipal ESE Hospital San Fernando EPS activas en el municipio	Asociación de usuarios Juntas de acción comunal Veeduría ciudadana COPACO CMSSS	Fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia para mejorar la coordinación interinstitucional y la integralidad de la atención Realizar auditorías periódicas a las EPS para detectar y corregir malas prácticas de negación u obstaculización al acceso.	Adherencia a los procesos de las EPS Comunidad activa en los diferentes programas de participación social en salud	Beneficiarios cooperantes	Mejoramiento del acceso a las citas con especialistas de la población activa en las EPS suscritas en el municipio	Diagnóstico, activación de rutas, comunidad sensibilizada y fortalecida
Problemas de salud asociados a la minería	Gobierno nacional Gobernación de Antioquia Administración municipal ESE Hospital San Fernando EPS activas en el municipio	Juntas de acción comunal Lideres sociales COPACO Veedurías	Fortalecer la institucionalidad ambiental local con mayores recursos para vigilancia y control a la minería. fortalecer las campañas educativas sobre los efectos ambientales y sociales negativos de la minería, promoviendo una conciencia ambiental.	Campañas de sensibilización, educación y empoderamiento comunitario	Beneficiarios cooperantes	Promover la formalización minera acompañamiento técnico para el trabajo adecuado de los mineros	Tejido social comunitario fortalecido, fomentando la organización, la solidaridad y el control social sobre las actividades minera

Fuente: Elaboración propia

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

Al utilizar la metodología Hanlon, se puede seguir un proceso riguroso que implica la recopilación y análisis de datos epidemiológicos y socioeconómicos pertinentes, así como la consulta a expertos y la comunidad. A través de este proceso, se pueden identificar los problemas de salud más urgentes y relevantes que afectan a la población en el territorio específico. Luego, se pueden aplicar los criterios y criterios de selección de la metodología Hanlon para priorizar estos problemas de salud, teniendo en cuenta factores como la carga de enfermedad, el impacto en la calidad de vida, la equidad en el acceso a la atención médica y la viabilidad de las intervenciones. Con la priorización de los problemas de salud establecida, se pueden desarrollar planes de acción estratégicos que incluyan objetivos específicos, actividades a realizar, recursos necesarios y un cronograma de implementación. Estos planes de acción pueden ayudar a orientar la asignación de recursos y la toma de decisiones para abordar eficazmente los desafíos de salud identificados y mejorar el bienestar de la población en el territorio.

A continuación, se relaciona la aplicación de la metodología Hanlon a la priorización de problemáticas arrojada en los talleres de cartografía social realizados en los diferentes grupos organizados del municipio de Amaga y los núcleos de inequidad de las mismas problemáticas.

Tabla 63 Priorización problemáticas identificadas Cartografía Social, Municipio de Amaga

Crterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Trascendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la intervención
Contaminación ambiental					
Contaminación visual y ambiental generada por la basura y los desechos que no son recogidos a tiempo.	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Alto
Contaminación ambiental por los olores de las empresas.	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Alto
Problemas respiratorios a causa de la contaminación ambiental.	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Olores provenientes de alcantarillados en mal estado, causando enfermedades.	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Alto
Quemas que contribuyen a problemas respiratorios.	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Alto	Alto
Problemas de salud pública					
Asma.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto
Diabetes.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto
Problemas musculares.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto
Patologías visuales.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto
Brotos e insolación.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto
Enfermedades asociadas a la contaminación del agua.	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Desnutrición y enfermedades respiratorias en adultos mayores.	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Seguridad y bienestar comunitario:					
Excremento de perros en las calles.	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto
Invasión del espacio público por vehículos.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto
Drogadicción en áreas como la cancha municipal.	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Prostitución.	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Falta de privacidad.	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Medio
Violencia intrafamiliar debido al consumo de alcohol y drogas.	Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto
Indicios de suicidio en jóvenes y adultos.	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto
Falta de actividades recreativas y deportivas para promover una sana convivencia.	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Servicios de salud y atención médica:					
Demoras en la atención hospitalaria.	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Falta de apoyo a familias con miembros discapacitados.	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Necesidad de atención médica los fines de semana en áreas específicas como Minas de Amaga.	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Impactos de la actividad minera:					
Desgaste físico y problemas de salud asociados a la minería.	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Necesidad de control de sustancias psicoactivas en áreas mineras.	Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Muy Alto
Reducción de la actividad minera en sectores como Nechi para preservar el medio ambiente y la salud de la comunidad.	Muy Alto	Muy Alto	Alto	Alto	Alto
Bienestar animal:					
Perros callejeros sin control de vacunas y sin refugio adecuado.	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 64 Construcción de núcleos de inequidad. Municipio de Amagá

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
<p>Contaminación visual y ambiental generada por la basura y desechos generados por las empresas</p>	<p>Falta de infraestructura y sistemas integrales de reciclaje: carencia de contenedores separados, centros de acopio y plantas de separación de residuos necesarios para facilitar el reciclaje efectivo.</p> <p>Cultura ciudadana deficiente: Desinterés, desconocimiento o falta de hábito de la población para separar adecuadamente sus residuos domésticos dificulta los procesos de reciclaje posterior.</p> <p>Bajos niveles de reutilización: Gran proporción de productos de un solo uso, poco interés corporativo en modelos de negocio circular y escasos programas gubernamentales de reutilización perpetúan altos volúmenes para disposición final.</p> <p>Deficiencias en la normativa: Legislaciones poco exigentes o específicas sobre etiquetado de productos, uso de empaques amigables con el ambiente y responsabilidad extendida de productores y fabricantes sobre el ciclo de vida de sus productos.</p>	<p>Nivel socioeconómico: Las comunidades de bajos ingresos no suelen tener acceso a servicios de recolección selectiva de residuos ni conciencia ambiental.</p> <p>Políticas públicas deficientes: La falta de legislación, controles e inversión estatal en infraestructura y programas de reciclaje perpetúan las malas prácticas.</p> <p>Cultura y hábitos: La falta de cultura ciudadana, valores comunitarios y hábitos de consumo sostenible dificultan la adopción de prácticas de separación de residuos en los hogares.</p> <p>Educación ambiental: La desinformación o conocimientos limitados de gran parte de la población sobre la importancia del reciclaje adecuado y sus beneficios contribuye al problema.</p> <p>Responsabilidad corporativa limitada: El interés comercial y de industrias para reducir costos de empaques y disposición final de residuos posconsumo alimenta altos volúmenes de desechos.</p> <p>Globalización: Patrones insostenibles de sobreproducción y consumo, obsolescencia programada de productos y complejas cadenas de comercialización global dificultan el control público efectivo del ciclo de reciclabilidad local.</p>	<p>Injusticias Socioeconómicas:</p> <p>Recolectores y clasificadores informales: Al carecer de equipos de protección, capacitación y derechos laborales, están expuestos directamente a materiales peligrosos e insalubres que deterioran su salud.</p> <p>Comunidades en asentamientos precarios: Habitan áreas no reconocidas por el Estado donde no llega el servicio formal de recolección de residuos, por lo que conviven con la acumulación de basura.</p>	<p>Promover el manejo adecuado de reciclaje, cuidado del agua, promover la educación ambiental y responsabilidad ciudadana.</p> <p>Exigir a las empresas la implementación de planes de manejo integral de sus residuos, incluyendo separación, reciclaje, reutilización y disposición final adecuada.</p>	<p>Fortalecer la regulación y el cumplimiento de la normativa ambiental: Revisar y actualizar las ordenanzas y reglamentos municipales relacionados con la gestión de residuos industriales.</p> <p>Implementar programas de inspección, vigilancia y control rigurosos para asegurar el cumplimiento de las normas por parte de las empresas. Implementar programas masivos de educación ambiental y cultura ciudadana para separación de residuos desde la fuente mediante campañas escolares, públicas laborales.</p> <p>Invertir en infraestructura pública como plantas de selección y tratamiento, camiones diferenciados de recolección selectiva, contenedores separados de colores en calles y espacios públicos.</p> <p>Implementar sistemas de depósito-reembolso de envases retornables de bebidas y otros productos para incentivar la devolución y reutilización de empaques por parte de los consumidores.</p>

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

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

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
<p>Enfermedades relacionadas a la contaminación del agua</p>	<p>Aguas residuales no tratadas: Las aguas residuales domésticas e industriales sin un adecuado tratamiento pueden introducir nutrientes en exceso, bacterias patógenas y otros contaminantes en las fuentes de agua.</p> <p>Agricultura: El uso excesivo de fertilizantes y pesticidas puede contaminar el agua subterránea y superficial. Falta de saneamiento adecuado:</p> <p>Sistemas de alcantarillado deficientes: La falta de sistemas adecuados de recolección y tratamiento de aguas residuales puede provocar la contaminación de las fuentes de agua.</p> <p>Disposición inadecuada de desechos sólidos: La acumulación de desechos sólidos en áreas inadecuadas puede generar lixiviados que contaminen el agua subterránea y superficial.</p> <p>Erosión del suelo: La erosión puede arrastrar sedimentos, nutrientes y otros contaminantes hacia las fuentes de agua.</p> <p>Eventos climáticos extremos: Inundaciones, sequías y otros eventos climáticos pueden afectar la calidad y disponibilidad del agua.</p> <p>Falta de planificación y regulación: La ausencia de políticas y normas adecuadas para la gestión del agua puede conducir a su deterioro.</p>	<p>Pobreza y desigualdad: Las comunidades de bajos ingresos y marginadas a menudo carecen de acceso a servicios básicos como agua potable, saneamiento adecuado y gestión de desechos. Esta situación aumenta el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua y condiciones insalubres.</p> <p>Educación y concientización: El nivel educativo y el conocimiento sobre la importancia del agua limpia, el saneamiento y la higiene influyen en los hábitos y prácticas de las personas.</p> <p>Cultura y tradiciones: Las creencias culturales, las normas sociales y las tradiciones pueden influir en la percepción y el uso del agua, así como en las prácticas de higiene y saneamiento.</p> <p>Gobernanza y políticas públicas: Las políticas gubernamentales, la legislación, la regulación y la asignación de recursos para el suministro de agua, el saneamiento y la gestión de desechos pueden tener un impacto significativo en la calidad del agua y las condiciones de salubridad.</p> <p>Participación comunitaria y empoderamiento: La participación activa de las comunidades en la toma de decisiones, la gestión de los recursos hídricos y las iniciativas de saneamiento puede promover soluciones más sostenibles y adaptadas a las necesidades locales.</p>	<p>Injusticias Socioeconómicas:</p> <p>Las poblaciones en situación de pobreza y marginación suelen tener un acceso limitado o nulo a fuentes de agua potable segura y saneamiento básico. Esto se debe a la falta de recursos económicos, infraestructura inadecuada y escasa inversión pública en estas zonas.</p> <p>Falta de gobernanza y políticas adecuadas: La ausencia de un marco regulatorio sólido, una gobernanza deficiente, la corrupción y la falta de inversión en infraestructura y mantenimiento de los sistemas de agua y saneamiento perpetúan las inequidades.</p> <p>Conflictos socio-ambientales y cambio climático</p> <p>Conflictos y desastres naturales: Las situaciones de conflicto armado, desplazamiento forzado y desastres naturales como sequías, inundaciones o terremotos pueden interrumpir o dañar las fuentes de agua y los sistemas de saneamiento, afectando a las poblaciones vulnerables.</p> <p>Contaminación y degradación ambiental: La contaminación industrial, minera, agrícola y las prácticas insostenibles de gestión de residuos pueden contaminar las fuentes de agua y poner en riesgo la salud de las poblaciones cercanas.</p>	<p>La comunidad tiene conciencia sobre el cuidado de las fuentes de agua y los riesgos de la contaminación</p>	<p>Mejorar las redes de distribución de agua para reducir fugas y contaminación.</p> <p>Construir y mantener sistemas de alcantarillado y tratamiento de aguas residuales en zonas urbanas y rurales.</p> <p>Implementar programas de conservación de cuencas hidrográficas y zonas de recarga de acuíferos.</p> <p>Regular y controlar la contaminación industrial y agrícola que afecta las fuentes de agua.</p> <p>Fomentar prácticas sostenibles en la agricultura y la gestión de desechos.</p> <p>Instalar puntos de agua públicos y letrinas en comunidades carentes de infraestructura.</p> <p>Promover la participación comunitaria en la gestión del agua y el saneamiento.</p> <p>Implementar programas de educación sobre el uso responsable del agua y prácticas de higiene.</p> <p>Asignar presupuestos adecuados para proyectos de agua y saneamiento a largo plazo.</p> <p>Establecer sistemas de monitoreo de la calidad del agua y el impacto en la salud pública.</p> <p>Evaluar periódicamente la efectividad de las políticas y programas implementados.</p> <p>Promover la transparencia y rendición de cuentas en la gestión de los recursos hídricos.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
<p>Desnutrición y enfermedades respiratorias en los adultos mayores</p>	<p>Ingesta insuficiente de alimentos: ya sea por falta de disponibilidad, acceso económico limitado a alimentos nutritivos o requerimientos aumentados durante etapas especiales como embarazo, lactancia o crecimiento.</p> <p>Enfermedades infecciosas: infecciones gastrointestinales, respiratorias y otras enfermedades infecciosas aumentan los requerimientos nutricionales y disminuyen la absorción de nutrientes.</p> <p>Conocimientos deficiente sobre nutrición: desinformación de cuidadores y público en general sobre requerimientos nutricionales y alimentación saludable.</p>	<p>Pobreza: La pobreza limita el acceso tanto a alimentos como a educación nutricional e incrementa el riesgo de infecciones, impactando negativamente el estado nutricional.</p> <p>Empleo informal y bajos salarios: Trabajos informales o mal remunerados donde no se tiene acceso a prestaciones sociales acrecientan la probabilidad de sufrir algún tipo de malnutrición</p> <p>Escolaridad: Bajos niveles educativos, especialmente en los cuidadores a cargo de nutrición de los adultos, se asocian a peores indicadores nutricionales por menor conocimiento.</p> <p>Ubicación geográfica: Zonas rurales o semiurbanas marginales suelen tener peor acceso a alimentos variados, agua potable e información sobre nutrición adecuada.</p> <p>Cultura y etnicidad: Prácticas culturales, alimentarias o de cuidado de algunos grupos étnicos podrían exacerbar ciertos tipos específicos de malnutrición.</p> <p>Políticas públicas: La ausencia de regulaciones, programas de apoyo alimentario, subsidios o iniciativas multisectoriales también perpetúan el problema.</p>	<p>Injusticias Socioeconómicas:</p> <p>Población rural dispersa: El limitado acceso a alimentos variados, agua limpia y servicios básicos de salud los hace más vulnerables a deficiencias de micronutrientes.</p> <p>Adultos mayores: El deterioro fisiológico, enfermedades crónicas, pobreza, aislamiento social y problemas dentales o digestivos los predisponen a malnutrición.</p> <p>Migración forzada:</p> <p>Personas desplazadas o refugiadas: Las carencias y traumas asociados a su condición precaria los hacen proclives a sufrir todo tipo de malnutrición.</p>	<p>Incrementar la educación a la población en alimentación balanceada. Fortalecer los programas de complementación nutricional</p>	<p>Implementar programas de educación nutricional a nivel comunitario, especialmente enfocados en cuidadores de los adultos mayores.</p> <p>Mejorar el acceso a alimentos nutritivos a bajo costo con subsidios, huertos comunitarios, bancos de alimentos y regulación de la publicidad y etiquetado nutricional.</p> <p>Invertir en agua potable, saneamiento e infraestructura básica de salud en zonas marginadas o de pobreza extrema.</p> <p>Establecer redes de protección social como programas de alimentación, apoyos alimentarios para adultos mayores de escasos recursos.</p> <p>Diseñar políticas intersectoriales que aborden determinantes como pobreza, desigualdad de género, acceso a educación e inserción laboral.</p> <p>Generar alianzas público-privadas que promuevan investigación, desarrollo de alimentos enriquecidos, fortificación de productos básicos, y mapeo de focos de malnutrición.</p>

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

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
	<p>Falta de campañas masivas y asequibles de esterilización y castración de mascotas. Dificultades para acceder a estos servicios en algunas zonas del municipio.</p> <p>Factores culturales y sociales: Creencias y costumbres arraigadas que no promueven la tenencia responsable de animales. Falta de sensibilidad y respeto hacia los derechos de los animales en ciertos sectores de la población.</p>	<p>implementación de iniciativas al respecto.</p> <p>Normativas y regulaciones: La ausencia o debilidad en las normativas y leyes que regulan la tenencia de mascotas puede contribuir a prácticas irresponsables. La falta de monitoreo y cumplimiento efectivo de las regulaciones existentes puede perpetuar el problema.</p> <p>Políticas públicas: La falta de políticas públicas integrales y sostenidas para abordar la tenencia responsable de mascotas desde un enfoque multisectorial puede dificultar su prevención y control.</p>	<p>mayores dificultades económicas y sociales para la tenencia responsable de mascotas.</p> <p>Ciertas comunidades étnicas o culturales pueden tener creencias y prácticas arraigadas que dificulten la adopción de la tenencia responsable de mascotas.</p> <p>La falta de enfoque intercultural en los programas puede perpetuar estas inequidades.</p>		<p>locales y voluntarios en las iniciativas de tenencia responsable de mascotas. Fomentar la colaboración entre autoridades municipales, sector salud, educación y organizaciones de protección animal.</p> <p>Políticas públicas integrales: Desarrollar e implementar políticas públicas integrales que aborden la tenencia responsable de mascotas desde un enfoque multisectorial, incluyendo aspectos educativos, de salud pública, ambientales y de bienestar animal.</p>

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

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
<p>Violencia intrafamiliar debido al consumo de alcohol y drogas</p>	<p>Abuso y dependencia de sustancias: El consumo excesivo y prolongado de alcohol y drogas puede generar adicción y dependencia, lo cual afecta la capacidad de control y juicio de las personas, bajo los efectos de estas sustancias, es más probable que los individuos pierdan el control de sus impulsos y se comporten de manera violenta o agresiva.</p> <p>Desinhibición y comportamientos impulsivos: El alcohol y las drogas actúan como desinhibidores, reduciendo la capacidad de autocontrol y aumentando la impulsividad, en este estado, los conflictos familiares pueden escalar rápidamente a situaciones de violencia física o verbal.</p> <p>Problemas de salud mental no tratados: El consumo de sustancias puede exacerbar o desencadenar trastornos de salud mental como la depresión, la ansiedad o los trastornos de personalidad, estos problemas no tratados pueden aumentar el riesgo de comportamientos violentos en el entorno familiar.</p> <p>Estrés y problemas familiares: El consumo de alcohol y drogas puede ser una forma de afrontamiento negativo ante situaciones estresantes o problemas familiares como conflictos de pareja, dificultades económicas o problemas laborales, en lugar de resolver los problemas, el consumo de sustancias puede agravar la situación y desencadenar episodios de violencia.</p>	<p>Nivel socioeconómico y pobreza: Las comunidades de bajos recursos suelen enfrentar mayores niveles de estrés, falta de oportunidades y acceso limitado a servicios de salud mental y tratamiento de adicciones, estas condiciones pueden aumentar el riesgo de consumo de sustancias como forma de afrontamiento y contribuir a la violencia intrafamiliar.</p> <p>Desempleo e inestabilidad laboral: La falta de empleo estable y los problemas financieros pueden generar estrés, frustración y tensiones dentro del núcleo familiar, estas situaciones pueden aumentar el consumo de alcohol y drogas como mecanismo de afrontamiento negativo, lo que a su vez puede desencadenar episodios de violencia.</p> <p>Nivel educativo y conocimientos sobre adicciones y violencia: Un bajo nivel educativo y la falta de información sobre los efectos del consumo de sustancias y la violencia intrafamiliar pueden perpetuar estos problemas, la desinformación y la normalización de estos comportamientos dificultan su prevención y tratamiento.</p> <p>Entorno comunitario y exposición a la violencia: Las comunidades con altos niveles de delincuencia, consumo de drogas y violencia pueden normalizar estos comportamientos y aumentar el riesgo de reproducirlos en el entorno familiar.</p> <p>La falta de cohesión social y programas comunitarios también puede contribuir a esta problemática.</p>	<p>Injusticias Socioeconómicas:</p> <p>Las familias de bajos recursos económicos pueden enfrentar mayores niveles de estrés, falta de oportunidades y acceso limitado a servicios de salud mental y tratamiento de adicciones, estas condiciones pueden aumentar el riesgo de consumo de sustancias como mecanismo de afrontamiento y, a su vez, incrementar la probabilidad de violencia intrafamiliar.</p> <p>Las comunidades más desfavorecidas pueden tener un acceso deficiente a servicios de salud mental, tratamiento de adicciones y programas de apoyo familiar, esta falta de recursos dificulta la prevención y el manejo adecuado de la violencia intrafamiliar relacionada con el consumo de sustancias.</p> <p>Las mujeres y niñas en situaciones de pobreza y marginación pueden ser más vulnerables a sufrir violencia intrafamiliar, especialmente cuando se combina con el consumo de alcohol y drogas por parte de sus parejas.</p> <p>Las zonas rurales o alejadas del municipio pueden carecer de infraestructura y recursos adecuados para abordar la prevención y el tratamiento de las adicciones y la violencia intrafamiliar.</p> <p>Ciertos grupos étnicos o culturales pueden enfrentar barreras adicionales debido a creencias y prácticas arraigadas relacionadas con el consumo de sustancias y la violencia intrafamiliar.</p>	<p>Incrementar la sana convivencia en la comunidad en general</p>	<p>Programas de prevención y educación comunitaria: Implementar campañas de concientización sobre los efectos del consumo de sustancias y la violencia intrafamiliar en escuelas, centros comunitarios y medios de comunicación locales. Desarrollar programas educativos para promover habilidades de afrontamiento saludable, resolución de conflictos y paternidad/maternidad responsable.</p> <p>Fortalecimiento de servicios de salud mental y tratamiento de adicciones: Aumentar la disponibilidad y acceso a servicios de consejería, terapia psicológica y programas de rehabilitación para el consumo de alcohol y drogas. Capacitar a profesionales de la salud en la detección temprana y el manejo de casos de violencia intrafamiliar y adicciones.</p> <p>Programas de apoyo familiar y comunitario: Implementar grupos de apoyo y terapia familiar para víctimas y perpetradores de violencia intrafamiliar y consumo de sustancias. Promover la participación de líderes comunitarios y organizaciones locales en la prevención y atención de estos problemas.</p> <p>Fortalecimiento de la respuesta institucional y legal: Mejorar los mecanismos de denuncia, protección y atención a víctimas de violencia intrafamiliar. Fortalecer la capacitación y coordinación entre autoridades locales, policía, sistema judicial y servicios sociales para una respuesta integral.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
	<p>Modelado y aprendizaje social: Crecer en entornos familiares donde se normalizaba el consumo de sustancias y la violencia puede aumentar la probabilidad de repetir estos patrones en la edad adulta, los niños y adolescentes expuestos a estos comportamientos tienen un mayor riesgo de adoptarlos en sus propias relaciones familiares.</p> <p>Factores socioeconómicos y comunitarios: La pobreza, el desempleo, la falta de oportunidades y los entornos comunitarios desfavorables pueden contribuir al consumo de sustancias y a la violencia intrafamiliar. La falta de acceso a servicios de salud mental y de apoyo también puede perpetuar estos problemas.</p>	<p>Factores culturales y normas de género: Ciertas normas culturales o creencias sobre el rol de género pueden fomentar la tolerancia hacia el consumo de alcohol y drogas, así como la violencia intrafamiliar. El machismo y la desigualdad de género pueden aumentar el riesgo de violencia hacia las mujeres y los niños.</p> <p>Acceso a servicios de salud y apoyo: La falta de acceso a servicios de salud mental, tratamiento de adicciones y programas de apoyo familiar puede dificultar la prevención y el manejo de la violencia intrafamiliar relacionada con el consumo de sustancias.</p> <p>Políticas públicas y regulación: La ausencia de políticas y regulaciones efectivas para prevenir el consumo excesivo de alcohol y drogas, así como la falta de respuesta ante la violencia intrafamiliar, pueden perpetuar estos problemas.</p>	<p>Las comunidades más marginadas pueden tener una participación limitada en la toma de decisiones y el diseño de políticas y programas para abordar la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias</p> <p>Migración Forzada</p> <p>Las poblaciones migrantes o desplazadas internamente pueden enfrentar mayores obstáculos para acceder a servicios de salud y programas de apoyo, lo que puede aumentar su vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias.</p>		<p>Promoción de entornos familiares y comunitarios seguros: Implementar programas de desarrollo comunitario que fomenten la cohesión social, la recreación sana y la resolución pacífica de conflictos. Promover espacios públicos seguros y libres de alcohol y drogas.</p> <p>Políticas públicas integrales y regulación: Desarrollar políticas públicas que aborden los determinantes sociales y económicos que influyen en la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias. Regular y controlar la venta y consumo de alcohol y drogas, especialmente en zonas residenciales y cercanas a centros educativos.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
Intentos de suicidio en jóvenes y adultos	<p>Problemas de salud mental: La presencia de trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y el trastorno bipolar pueden aumentar significativamente el riesgo de conductas suicidas si no se tratan adecuadamente. Consumo de sustancias psicoactivas: El abuso de drogas y alcohol puede alterar el estado mental y emocional de las personas, disminuyendo su capacidad de afrontamiento y aumentando las ideas suicidas.</p> <p>Factores socioeconómicos: Condiciones como la pobreza, el desempleo, la violencia doméstica y la falta de oportunidades pueden generar desesperanza y sentimientos de desesperación en algunas personas.</p> <p>Aislamiento social y falta de apoyo: La soledad, la falta de redes de apoyo familiar y comunitario pueden agravar los problemas emocionales y conducir a pensamientos suicidas.</p> <p>Eventos traumáticos: Experiencias como abusos, pérdidas significativas, acoso escolar o laboral pueden tener un impacto psicológico profundo y desencadenar ideas suicidas.</p> <p>Acceso limitado a servicios de salud mental: La falta de recursos y programas adecuados para la atención de la salud mental puede dificultar la detección temprana y el tratamiento oportuno de las personas en riesgo.</p> <p>Estigma y falta de concientización: El estigma social asociado a los problemas de salud mental y el suicidio puede impedir que las personas busquen ayuda a tiempo.</p>	<p>Nivel socioeconómico: Las condiciones de pobreza, desempleo y falta de oportunidades económicas pueden generar desesperanza, estrés y sentimientos de desesperación que aumentan el riesgo de conductas suicidas.</p> <p>Entorno familiar y comunitario: Un entorno familiar disfuncional, con violencia doméstica, abuso o falta de apoyo emocional, puede aumentar la vulnerabilidad al suicidio. Además, la falta de cohesión y redes de apoyo comunitarias también pueden contribuir a este problema.</p> <p>Acceso a servicios de salud mental: La disponibilidad y accesibilidad limitada a servicios de atención en salud mental, consulta y terapia psicológica pueden dificultar la detección y el tratamiento oportuno de personas en riesgo.</p> <p>Estigma y discriminación: El estigma social asociado a los trastornos mentales y el suicidio puede impedir que las personas busquen ayuda y reciban el apoyo adecuado.</p> <p>Educación y concientización: La falta de programas educativos y de concientización sobre la importancia de la salud mental y la prevención del suicidio puede perpetuar la desinformación y el tabú en torno a este tema.</p>	<p>Injusticias Socioeconómicas:</p> <p>Las condiciones de pobreza, desempleo y falta de oportunidades económicas pueden generar mayor estrés, desesperanza y vulnerabilidad a los problemas de salud mental y conductas suicidas, especialmente en los grupos de menores recursos.</p> <p>La disponibilidad y accesibilidad limitada a servicios de atención en salud mental, consulta y terapia psicológica pueden ser mayores en las comunidades de bajos ingresos, dificultando la detección y el tratamiento oportuno de personas en riesgo.</p> <p>Las comunidades con menor nivel educativo y acceso a información pueden tener mayor desinformación y estigma asociado a los trastornos mentales y el suicidio, lo que impide la búsqueda de ayuda.</p> <p>Las familias y comunidades con mayores niveles de violencia, abuso, falta de cohesión y apoyo emocional pueden presentar un riesgo más elevado de conductas suicidas, particularmente en poblaciones vulnerables.</p> <p>Las mujeres y las personas LGBTQ+ pueden enfrentar mayores niveles de discriminación, violencia y falta de oportunidades, lo que puede aumentar su riesgo de desarrollar problemas de salud mental y conductas suicidas.</p> <p>Ciertos grupos étnicos o culturales pueden tener mayores barreras de acceso a servicios de salud mental, así como creencias y estigmas que dificultan la prevención y atención del suicidio.</p>	<p>Incrementar factores protectores de la salud mental en la población, para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.</p>	<p>Fortalecer los servicios de salud mental comunitarios: Aumentar la disponibilidad y accesibilidad a servicios de atención psicológica y terapia a nivel local.</p> <p>Capacitar a los profesionales de la salud en la detección temprana y manejo de riesgos suicidas. Implementar líneas de ayuda telefónica y servicios de intervención en crisis las 24 horas.</p> <p>Implementar programas de prevención en entornos clave: Desarrollar programas de educación y concientización sobre salud mental y prevención del suicidio en escuelas, lugares de trabajo y comunidades.</p> <p>Formar líderes comunitarios y pares en técnicas de detección de señales de riesgo y primeros auxilios psicológicos.</p> <p>Abordar los determinantes sociales y económicos: Promover políticas públicas que mejoren las condiciones de vida, el empleo y las oportunidades económicas de la población.</p> <p>Fortalecer las redes de apoyo familiar y comunitario mediante programas de inclusión social y desarrollo comunitario.</p> <p>Reducir el estigma y la discriminación: Implementar campañas de sensibilización para reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y el suicidio.</p> <p>Promover el respeto, la inclusión y la no discriminación hacia las personas con problemas de salud mental.</p> <p>Mejorar la vigilancia y el seguimiento: Establecer sistemas de vigilancia epidemiológica para</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
					<p>monitorear los intentos de suicidio y sus factores de riesgo.</p> <p>Implementar protocolos de seguimiento y acompañamiento a personas con riesgo suicida después de un intento.</p> <p>Fortalecer la coordinación intersectorial: Promover la colaboración entre autoridades locales, sector salud, educación, organizaciones comunitarias y otros sectores relevantes. Desarrollar un plan de acción integral y coordinado para la prevención del suicidio a nivel municipal.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
<p>Demoras en la atención médica hospitalaria y no atención los fines de semana</p>	<p>Ausencia de un sistema de información integrado: No existe una plataforma tecnológica que permita el registro, seguimiento y gestión eficiente de las solicitudes, quejas y reclamos de los usuarios. La información está dispersa y no actualizada.</p> <p>Insuficiente personal de atención al usuario: Faltan funcionarios dedicados exclusivamente a orientar, informar y atender las necesidades de los ciudadanos. Los pocos disponibles están sobrecargados y no cuentan con capacitación en servicio al cliente.</p> <p>Trámites complejos y demorados: Los procedimientos para solicitar citas, autorizaciones, información o presentar quejas son engorrosos, requieren muchos documentos y pasos. No están diseñados pensando en las necesidades de los usuarios.</p> <p>Horarios de atención limitados: Las oficinas de atención al usuario y los canales de comunicación (teléfono, correo electrónico) solo funcionan en horarios de oficina, dificultando el acceso para quienes trabajan o viven lejos.</p> <p>Falta de estrategias de información y educación: El hospital no realiza suficientes campañas para informar a la comunidad sobre los servicios disponibles, los derechos y deberes en salud, y los mecanismos de participación social.</p> <p>Infraestructura física</p>	<p>Bajo nivel educativo de la población: La escasa escolaridad dificulta la comprensión de información técnica en salud, el conocimiento de derechos y deberes, y la habilidad para navegar trámites burocráticos. Esto genera barreras para una comunicación efectiva con el hospital.</p> <p>Pobreza y falta de recursos: Las condiciones de precariedad económica limitan el acceso a tecnologías de información y comunicación (teléfono, internet), así como la capacidad para transportarse al hospital. Esto restringe las posibilidades de interacción con la institución.</p> <p>Ruralidad y dispersión geográfica: La lejanía de las comunidades rurales dificulta su desplazamiento al hospital para realizar trámites presenciales. La falta de infraestructura vial y conectividad telefónica/internet en estas zonas también obstaculiza la comunicación.</p> <p>Desconfianza institucional: Experiencias previas negativas, falta de respuestas oportunas pueden generar escepticismo y resistencia de la comunidad para comunicarse y participar en instancias hospitalarias.</p> <p>Débil cultura de participación social: La escasa tradición de organización comunitaria y control social a lo público limita la capacidad de la población para exigir rendición de cuentas, presentar quejas y propuestas al hospital.</p> <p>Inequidades de género: Las mujeres suelen tener menor autonomía, movilidad y acceso a recursos que los hombres, lo que puede restringir sus</p>	<p>Injusticias Socioeconómicas:</p> <p>Los habitantes de zonas alejadas enfrentan mayores barreras geográficas y tecnológicas para interactuar con el hospital. La falta de infraestructura vial, telefónica e internet en estos territorios genera una brecha comunicativa frente a la población urbana.</p> <p>Quienes tienen escasa escolaridad enfrentan mayores dificultades para comprender información en salud, conocer sus derechos y navegar los trámites institucionales. Esto limita su capacidad de interlocución con el hospital.</p> <p>En entornos donde persisten inequidades de género, las mujeres suelen tener menor autonomía y movilidad para participar en espacios públicos e interactuar con instituciones como el hospital. Sus necesidades en salud pueden quedar invisibilizadas.</p> <p>Si el hospital no cuenta con canales de atención adaptados (lengua de señas, braille, rampas), las personas con discapacidad visual, auditiva o motora verán limitada su capacidad de comunicación y acceso a servicios.</p> <p>Los adultos mayores que viven solos o no cuentan con familiares que los asistan pueden tener dificultades para desplazarse al hospital, hacer trámites, comprender indicaciones médicas y expresar sus necesidades.</p> <p>Trabajadores informales: Quienes laboran por cuenta propia o en oficios inestables suelen tener horarios extensos e impredecibles que les impiden acudir al hospital en los momentos establecidos para trámites y atención. No cuentan</p>	<p>Mejoramiento del acceso a las citas con especialistas de la población activa en las EPS suscritas en el municipio</p>	<p>Implementar una plataforma digital interactiva que permita a los usuarios solicitar citas, consultar resultados, presentar quejas y obtener información sobre servicios, horarios y trámites. Asegurar su facilidad de uso y acceso desde celulares.</p> <p>Fortalecer la oficina de atención al usuario con más personal capacitado, horarios extendidos y un sistema de turnos eficiente. Establecer indicadores de oportunidad y satisfacción en la atención de solicitudes.</p> <p>Simplificar y digitalizar los trámites administrativos, reduciendo requisitos innecesarios y facilitando la realización de procedimientos en línea o por teléfono.</p> <p>Ofrecer orientación personalizada a usuarios con bajo nivel educativo.</p> <p>Crear una línea telefónica gratuita de atención para brindar información, orientación y apoyo en caso de emergencias. Integrarla con un sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la continuidad de la atención.</p> <p>Descentralizar puntos de atención al usuario en centros de salud, escuelas y otros espacios comunitarios de corregimientos y veredas alejadas. Establecer jornadas periódicas de atención rural con equipos extramurales.</p> <p>Implementar una estrategia de información, educación y comunicación que incluya campañas en medios locales, redes sociales, carteles, folletos y actividades comunitarias para difundir derechos en salud y servicios</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
	<p>inadecuada: Los espacios destinados a la atención de usuarios son reducidos, incómodos, sin privacidad para consultas. Faltan señalizaciones claras y puntos de información.</p> <p>Actitudes poco empáticas del personal: Algunos funcionarios no tienen habilidades comunicativas, muestran desinterés, maltrato o poca disposición para resolver las necesidades de los usuarios. Falta mayor humanización del servicio.</p> <p>Centralización de los servicios: La mayoría de trámites y atenciones se concentran en el hospital, dificultando el acceso para comunidades rurales alejadas. Faltan puntos de atención descentralizados en corregimientos y veredas.</p> <p>Poca articulación con líderes comunitarios: El hospital no establece suficientes alianzas con juntas de acción comunal, asociaciones de usuarios y otras organizaciones locales para difundir información y retroalimentar la calidad de los servicios.</p>	<p>posibilidades de interactuar directamente con el hospital para gestionar necesidades de salud propias y de sus familias.</p> <p>Estigma frente a ciertas condiciones: El temor al señalamiento social por padecer enfermedades estigmatizadas (VIH, salud mental, ITS) puede llevar a que las personas eviten comunicarse con el hospital o participar en espacios grupales.</p> <p>Normalización de la enfermedad y el dolor: En contextos de alta vulnerabilidad social, la experiencia cotidiana de sufrimiento puede generar una percepción de que los problemas de salud son inevitables, desestimulando la búsqueda activa de atención.</p> <p>Priorización de necesidades básicas: Ante carencias apremiantes en alimentación, vivienda o empleo, la interlocución con el hospital para trámites o participación puede percibirse como algo secundario, no prioritario.</p>	<p>con permisos laborales.</p> <p>Población LGBTQI+ en contextos homofóbicos: Si el personal del hospital reproduce actitudes discriminatorias, las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas pueden sentirse desestimuladas a expresar sus necesidades de salud o denunciar vulneraciones.</p> <p>Migración Forzada:</p> <p>Quienes han llegado recientemente al municipio por razones económicas o de violencia pueden desconocer los servicios del hospital, enfrentar barreras administrativas por falta de documentos o experimentar discriminación que les desestime a comunicarse con la institución.</p>		<p>ofrecidos.</p> <p>Mejorar la infraestructura física de espacios de atención al usuario con ambientes cómodos, privados y accesibles para personas con discapacidad. Asegurar una señalética clara y puntos visibles de información.</p> <p>Promover la participación comunitaria en la gestión hospitalaria a través de la conformación de asociaciones de usuarios, veedurías y comités consultivos que representen a diferentes grupos poblacionales.</p> <p>Implementar un sistema de seguimiento y evaluación de las estrategias de atención al usuario que permita identificar brechas, medir impacto y realizar ajustes pertinentes con base en la retroalimentación ciudadana.</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
<p>Problemas de salud asociados a la minería</p>	<p>Altos precios de metales y minerales preciosos, que incentivan su extracción sin regulaciones.</p> <p>Pobreza y necesidades económicas básicas insatisfechas que impulsan a comunidades a involucrarse en esta actividad por supervivencia.</p> <p>Escasa presencia institucional del Estado en ciertos territorios rurales lo que dificulta monitorear, investigar y sancionar las actividades mineras fuera de la ley.</p> <p>Limitada oferta laboral formal en zonas mineras debido a bajos niveles educativos, lejanía geográfica y poco desarrollo empresarial para absorber mano de obra local.</p> <p>Legados históricos de explotación informal en algunas regiones que han normalizado las dinámicas de extracción sin títulos mineros ni licencias ambientales.</p>	<p>Pobreza y necesidad económica: La falta de oportunidades laborales y productivas en zonas marginadas genera que sus pobladores se involucren en las actividades informales e ilegales de extracción minera.</p> <p>Bajo capital humano: Los bajos niveles educativos y de capacitación técnica de las comunidades dificultan su acceso a trabajos formales bien remunerados.</p> <p>Cultura extractivista: En regiones con tradición minera artesanal, las prácticas informales poco amigables con el medio ambiente se han transmitido históricamente de generación en generación.</p> <p>Desigualdad regional: Zonas con menor inversión en infraestructura básica y productiva, concentrándose la riqueza solo alrededor de los centros urbanos principales.</p> <p>Falta de opciones productivas: Los territorios mineros suelen tener economías poco diversificadas y mercados de trabajo poco líquidos, dependiendo sobremanera de la pequeña minería para subsistir.</p>	<p>Injusticias Socioeconómicas:</p> <p>Niños y adolescentes: Abandonan los estudios para trabajar en la minería o son utilizados por sus familias en labores peligrosas dentro de las minas dado que representan mano de obra más barata.</p> <p>Indígenas y campesinos: Son desplazados de sus territorios ancestrales al ser invadidos por la extracción ilegal de recursos o se ven obligados a participar de estas actividades por grupos criminales.</p> <p>Conflictos socioambientales:</p> <p>Líderes ambientales: Al denunciar la contaminación y los daños ambientales generados por la minería ilegal son amenazados e incluso asesinados en algunas regiones.</p>	<p>Promover la formalización minera acompañamiento técnico para el trabajo adecuado de los mineros</p>	<p>Fortalecer la regulación y supervisión de las actividades mineras: Implementar normas y reglamentos estrictos sobre medidas de seguridad, uso de equipos de protección personal y controles ambientales en las minas. Realizar inspecciones periódicas y auditorías de cumplimiento en las operaciones mineras.</p> <p>Implementar programas de salud ocupacional y vigilancia epidemiológica: Exigir a las empresas mineras la implementación de programas de salud ocupacional y vigilancia médica de los trabajadores. Monitorear la exposición a riesgos como el polvo, el ruido, los productos químicos y otros contaminantes en los lugares de trabajo. Establecer sistemas de registro y seguimiento de enfermedades ocupacionales y accidentes relacionados con la minería.</p> <p>Mejorar el acceso a servicios de salud especializados: Fortalecer la infraestructura y los recursos para la atención médica de enfermedades respiratorias, auditivas y otras patologías asociadas a la minería. Capacitar al personal de salud en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades ocupacionales relacionadas con la minería. Facilitar el acceso a servicios de rehabilitación y terapia física para los trabajadores afectados.</p> <p>Promover la educación y capacitación en salud y seguridad: Implementar programas de formación y concientización sobre riesgos laborales y</p>

Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
					<p>medidas preventivas para los trabajadores mineros. Capacitar a los empleadores y supervisores en la gestión de riesgos y la implementación de medidas de control adecuadas. Fomentar la participación de los trabajadores en la identificación de riesgos y el diseño de soluciones.</p> <p>Fortalecer la gestión ambiental en las operaciones mineras: Exigir la implementación de planes de manejo ambiental para controlar la contaminación del aire, agua y suelo. Promover la adopción de tecnologías y prácticas mineras más limpias y sostenibles. Realizar monitoreos ambientales periódicos y tomar medidas correctivas en caso de impactos negativos.</p> <p>Promover la colaboración intersectorial: Fomentar la coordinación entre autoridades locales, empresas mineras, sector salud, organizaciones comunitarias y trabajadores. Establecer mesas de trabajo y comités de seguimiento para abordar de manera integral los problemas de salud asociados a la minería.</p> <p>Implementar medidas de rehabilitación y recuperación ambiental: Desarrollar planes de rehabilitación y recuperación de las áreas mineras abandonadas o degradadas. Involucrar a las comunidades locales en los procesos de recuperación ambiental y generación de alternativas productivas sostenibles.</p>

Fuente: Elaboración propia

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

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

Tabla 65 Propuestas de respuesta y en el marco del PDSP 2022-2031. Municipio de Amaga

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	LINEA ESTRATEGICA: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA	La implementación del Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud implica para su desarrollo compromiso de todos los actores del sistema de salud en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, en el ejercicio de la Gobernabilidad, Gobernanza y Rectoría del sistema. Se evidencia grandes retos de articulación intersectorial y transectorial para que las acciones propuestas realmente impacten los determinantes sociales de la salud y se mejoren las condiciones de bienestar de la comunidad, donde los individuos y sus familias deben también asumir grandes corresponsabilidades en el autocuidado de su salud y del ambiente
	Sistema único público de información en salud.				LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA	
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA	
	Vigilancia en Salud Pública			Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA	
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.				LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA	

				del derecho fundamental a la salud.	
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad			Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales - transectoriales.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
				Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población,	Entorno económico favorable para la salud	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA

Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud		mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, mas humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RISS.	Eje 4. Atención Primaria en Salud		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RISS.		Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad,	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas,	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA

			derecho fundamental a la salud.	permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la Población de su territorio	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RISS			Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
	Participación social en salud				LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.			Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA

Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública		políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	emergencias, desastres y pandemias.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública,	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.	Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
	Soberanía Sanitaria			Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
				Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud	Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.	Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
				Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA



				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios,	LINEA ESTRATEGICA 1: Mas social, más humana COMPONENTE SECTOR SALUD PROGRAMA: SALUD PUBLICA
--	--	--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia