



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES



# ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD – ASIS

Cáceres – 2023

Versión 2

Documento elaborado en el marco  
del Modelo enfoque de los  
determinantes sociales en salud,  
bajo la Metodología establecida por  
el Ministerio de Salud y Protección  
Social

**Damiana María Monterrosa Pérez**  
Alcalde

**Tatiana Lorena Hernández**  
Secretaría de Salud y protección  
Social

1

Correo: [Gobierno@caceres-antioquia.gov.co](mailto:Gobierno@caceres-antioquia.gov.co)  
[Alcaldia@caceres-antioquia.gov.co](mailto:Alcaldia@caceres-antioquia.gov.co)  
(57)+(4)836 2203 / 317 535 0093  
Dirección Carrera 50 N49-15 – Parque Principal

  
[www.caceres-antioquia.gov.co](http://www.caceres-antioquia.gov.co)  
Alcaldía de Cáceres-Cuenta Oficial

## TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
METODOLOGÍA.....	13
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES.....	16
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	17
1. CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO.....	19
1.1 Contexto Territorial.....	19
1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica.....	19
• Extensión Territorial.....	20
• Accesibilidad geográfica.....	22
1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio.....	26
Zonas de Riesgo.....	28
1.2 Contexto poblacional y demográfico.....	32
1.2.1 Estructura demográfica.....	36
1.2.2 Dinámica demográfica.....	44
1.2.3. Movilidad forzada.....	48
1.2.4 Población LGBTIQ+.....	50
1.2.5 Población migrante.....	51
• Atenciones en salud a población migrante.....	53
1.2.6 Población campesina.....	54
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud.....	55
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud.....	59
2. CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL.....	66
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	66
2.2 Condiciones de vida del territorio.....	66
2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio.....	73
3. CAPITULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES.....	74
3.1 Análisis de la morbilidad.....	74
3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad.....	74



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

• Principales causas de morbilidad .....	74
• Morbilidad específica por subgrupo .....	82
• Morbilidad específica por subcausa-salud mental .....	86
3.1.2 Morbilidad de eventos de alto costo .....	95
Morbilidad de eventos precursores .....	96
3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria .....	97
3.1.4 Análisis de la población en condición de discapacidad .....	103
3.1.5 Identificación de prioridades principales en la morbilidad .....	106
Conclusiones de morbilidad .....	107
3.2 Análisis de la mortalidad .....	108
3.2.1 Mortalidad general por grandes causas .....	110
3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo .....	121
3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez .....	140
Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez .....	140
• Mortalidad relacionada con salud mental .....	155
• Mortalidad por COVID .....	156
3.2.4 Identificación de prioridades en la mortalidad .....	158
4. CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO .....	164
5. CAPÍTULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO .....	179
6. CAPITULO IV. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO - PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD .....	192

**LISTA DE TABLAS**

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DEL MUNICIPIO DE CÁCERES POR EXTENSIÓN TERRITORIAL Y ÁREA DE RESIDENCIA .....	21
TABLA 2 DISTRIBUCIÓN VEREDAS Y CORREGIMIENTOS. CÁCERES 2023 .....	22
TABLA 3 TIEMPO DE TRASLADO Y TIPO DE TRANSPORTE DE LA CABECERA MUNICIPAL A LA CAPITAL DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA CÁCERES 2022.....	24
TABLA 4 TIEMPO DE TRASLADO Y TIPO DE TRANSPORTE DE LA CABECERA MUNICIPAL A LAS VEREDAS MÁS ALEJADAS CÁCERES 2022 .....	24
TABLA 5 TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE, DISTANCIA EN KILÓMETROS DESDE EL MUNICIPIO DE CÁCERES HACIA LOS MUNICIPIOS VECINOS, 2022. ....	25
TABLA 6. POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA DEL MUNICIPIO DE CÁCERES 2023.....	33
TABLA 7 COMUNIDADES INDÍGENAS, SEGÚN SU UBICACIÓN, CÁCERES 2023.....	35
TABLA 8 POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA MUNICIPIO DE CÁCERES, 2023 .....	35
TABLA 9 PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CURSO DE VIDA DEL MUNICIPIO DE CÁCERES 2015, 2023 Y 2030 .....	40
TABLA 10 OTROS INDICADORES DE ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA EN EL MUNICIPIO DE CÁCERES ANTIOQUIA 2015, 2023, 2030... ..	43
TABLA 11 TASAS DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 10 A 14 Y 15 A 19 AÑOS, MUNICIPIO DE CÁCERES DE 2005 Y 2021 .....	45
TABLA 12. TASA BRUTA DE NATALIDAD, CÁCERES 2005 - 2021.....	47
TABLA 13 SERVICIOS HABILITADOS IPS MUNICIPIO DE CÁCERES, 2022 .....	56
TABLA 14. OTROS INDICADORES DE SISTEMA SANITARIO MUNICIPIO DE CÁCERES, 2022 .....	57
TABLA 15 DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD -SISTEMA SANITARIO DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2006 – 2021.....	58
<b>TABLA 16. POBLACIÓN AFILIADA AL SGSS MUNICIPIO DE CÁCERES 2022 .....</b>	<b>58</b>
<b>TABLA 17 DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS POR EAPB. CÁCERES 2022.....</b>	<b>59</b>
<b>TABLA 18.INDICADORES TRAZADORES EAPB RÉGIMEN SUBSIDIADO MUNICIPIO DE CÁCERES 2020.....</b>	<b>59</b>
<b>TABLA 19 POLÍTICAS PÚBLICAS APROBADAS E IMPLEMENTADAS. CÁCERES .....</b>	<b>60</b>
TABLA 20. COBERTURAS DE VACUNACIÓN PAI. CÁCERES 2022 .....	69
TABLA 21 DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - FACTORES PSICOLÓGICOS Y CULTURALES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES 2020.....	73
TABLA 22 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, CÁCERES 2009 – 2022.....	76
TABLA 23 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOMBRES, CÁCERES 2009 – 2022 .....	79
TABLA 24 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MUJERES, CÁCERES 2009 – 2022 .....	81
TABLA 25 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ESPECÍFICA TOTAL, CÁCERES 2009 – 2022 .....	84
TABLA 26 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN HOMBRES, CÁCERES 2009 – 2022 .....	85
TABLA 27 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN MUJERES CÁCERES 2009 – 2022.....	86
TABLA 28 MORBILIDAD POR SALUD MENTAL POR CICLO VITAL EN LA POBLACIÓN TOTAL. CÁCERES 2009 – 2022.....	89
TABLA 29 MORBILIDAD POR SALUD MENTAL POR CICLO VITAL EN HOMBRES. CÁCERES 2009 – 2022.....	92
TABLA 30 MORBILIDAD POR SALUD MENTAL POR CICLO VITAL EN MUJERES. CÁCERES 2009 – 2022.....	94
TABLA 31 SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LOS EVENTOS DE ALTO COSTOS DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2006 - 2021 .....	96
TABLA 32 SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LOS EVENTOS PRECURSORES, CÁCERES, 2006-2021.....	97
TABLA 33 SEMAFORIZACIÓN DE LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2006-2020 .....	98
TABLA 34 EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA NOTIFICADOS. CÁCERES 2020 – 2022.....	100



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

TABLA 35 DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTERACIONES PERMANENTES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2022 .....	104
TABLA 36 PRIORIDADES IDENTIFICADAS EN LA MORBILIDAD ATENDIDA, EVENTOS DE ALTO COSTO, EVENTOS PRECURSORES Y EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CÁCERES 2022 .....	106
TABLA 37 TABLA DE SEMAFORIZACIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005-2021 .....	138
TABLA 38 SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y NIÑEZ, CÁCERES, 2005- 2021 .....	140
TABLA 39 TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 1 AÑO, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	147
TABLA 40 TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 1 AÑO, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS EN HOMBRES, MUNICIPIO DE CÁCERES 2005 – 2021 .....	148
TABLA 41 TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 1 AÑO, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS EN MUJERES, MUNICIPIO DE CÁCERES 2005 – 2021 .....	149
TABLA 42 TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 1 A 4 AÑOS, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	150
TABLA 43 TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 1 A 4 AÑOS, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS EN HOMBRES MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	150
TABLA 44 TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 1 A 4 AÑOS, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS EN MUJERES MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	151
TABLA 45 TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	152
TABLA 46 TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS EN HOMBRES MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	153
TABLA 47 TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN LA LISTA DE LAS 16 CAUSAS EN MUJERES MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	153
TABLA 48. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ETNIA EN EL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2009 - 2021 .....	154
TABLA 49. RAZÓN DE MORTALIDAD NEONATAL POR ETNIA EN EL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2010 - 2021 .....	154
TABLA 50. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ÁREA DE RESIDENCIA EN EL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2009 – 2021 .....	155
TABLA 51. RAZÓN DE MORTALIDAD NEONATAL POR ÁREA DE RESIDENCIA EN EL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2009 – 2021 .....	155
TABLA 52 IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES EN SALUD POR MORTALIDAD DEL MUNICIPIO DE CÁCERES 2021 .....	159
TABLA 53. CRONOGRAMA MESAS DE TRABAJO EN TERRITORIO .....	180
<b>TABLA 54 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS 2023</b> .....	181
<b>TABLA 55. NÚCLEOS DE INEQUIDAD SOCIO SANITARIA</b> .....	184
<b>TABLA 56. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022 – 2031</b> ....	192

**LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE CÁCERES ANTIOQUIA, 2015, 2023, 2030.....	38
FIGURA 2 CAMBIO EN LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO ETARIOS, MUNICIPIO DE CÁCERES 2015, 2023 Y 2030 .....	41
FIGURA 3 POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPO DE EDAD DEL MUNICIPIO DE CÁCERES ANTIOQUIA, 2023.....	42
FIGURA 4 COMPARACIÓN ENTRE LAS TASAS BRUTAS DE NATALIDAD, TASA DE CRECIMIENTO NATURAL Y MORTALIDAD DEL MUNICIPIO DE CÁCERES 2005 – 2021 .....	45
FIGURA 5 POBLACIÓN VÍCTIMA DE DESPLAZAMIENTO POR GRUPO DE EDAD, SEXO, MUNICIPIO DE CÁCERES, 2022 .....	49
FIGURA 6 POBLACIÓN MIGRANTE DEL MUNICIPIO DE CÁCERES Y EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, 2021 .....	52
<b>FIGURA 7. DEMANDAS SOCIALES MUNICIPIO DE CÁCERES AGENDA 2040.....</b>	<b>62</b>
<b>FIGURA 8. PRIORIDADES DE INVERSIÓN AGENDA 2040 MUNICIPIO DE CÁCERES .....</b>	<b>62</b>
FIGURA 9 PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN CON DOSIS APLICADAS DE COVID 19 CÁCERES 2023.....	70
FIGURA 10 PROPORCIÓN DE CONSULTAS POR ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL, POR CICLO VITAL, CÁCERES 2009 - 2022 .....	87
FIGURA 11 TASA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES - ETV. CÁCERES 2022 .....	101
FIGURA 12. CASOS DE COVID, SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO. CÁCERES 2020 - 2024 (22/02/2024) .....	103
FIGURA 13 PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN EN DISCAPACIDAD POR GRUPOS DE EDAD EN EL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2022 .....	105
FIGURA 14. TASA DE MORTALIDAD GENERAL. CÁCERES 2005 - 2021 .....	109
FIGURA 15 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	110
FIGURA 16 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LOS HOMBRES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	112
FIGURA 17 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS MUJERES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2020 .....	113
FIGURA 18 AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	114
FIGURA 19 AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021.....	116
FIGURA 20 AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN LAS MUJERES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	116
FIGURA 21 TASA DE AVPP AJUSTADAS POR EDAD POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 GENERAL DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	117
FIGURA 22 TASA DE AVPP AJUSTADAS POR EDAD POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 AJUSTADA EN LAS MUJERES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021.....	119
FIGURA 23 TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 AJUSTADO EN LOS HOMBRES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021.....	120
FIGURA 24 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021.....	122
FIGURA 25 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021.....	123
FIGURA 26 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021.....	124
FIGURA 27 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021.....	126



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

FIGURA 28 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	128
FIGURA 29 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	129
FIGURA 30 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA CAUSAS EXTERNAS EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	130
FIGURA 31 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA CAUSAS EXTERNAS EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	132
FIGURA 32 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS CAUSAS EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	133
FIGURA 33 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS CUSAS EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	135
FIGURA 34 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	136
FIGURA 35 TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005 – 2021 .....	137
FIGURA 36. CAUSAS DE MORTALIDAD ESPECIFICA SIN AGRUPAR. CÁCERES 2021 .....	139
FIGURA 37 RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA CÁCERES, 2005 -2021 .....	141
FIGURA 38 TASA DE MORTALIDAD NEONATAL, MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005- 2021 .....	142
FIGURA 39 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005- 2021 .....	143
FIGURA 40 TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ, MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005- 2021 .....	144
FIGURA 41 TASA DE MORTALIDAD POR EDA, MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005- 2021 .....	144
FIGURA 42 TASA DE MORTALIDAD POR IRA, CÁCERES, 2005- 2021 .....	145
FIGURA 43 TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN, MUNICIPIO DE CÁCERES, 2005- 2021 .....	146
FIGURA 44 DEFUNCIONES POR EPILEPSIA Y GENERO CÁCERES, 2005 – 2021 .....	156
FIGURA 45 DEFUNCIONES POR COVID – 19, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD. CÁCERES 2020-2023 .....	157
FIGURA 46 TASA DE LETALIDAD, SEGÚN SEXO Y EDAD MUNICIPIO DE CÁCERES 2020 - 2023 .....	157



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 LOCALIZACIÓN DEL MUNICIPIO DE CÁCERES EN COLOMBIA Y ANTIOQUIA .....	20
MAPA 2 DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA Y LIMITES, MUNICIPIO DE CÁCERES.....	21
MAPA 3. VÍAS DE COMUNICACIÓN DEL MUNICIPIO DE CÁCERES, 2022 .....	25
MAPA 4. RELIEVE, HIDROGRAFÍA, DEL MUNICIPIO DE CÁCERES .....	28
MAPA 5. CONTROL TERRITORIAL DE GRUPOS ARMADOS ILEGALES EN EL BAJO CAUCA.....	31





DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

## PRESENTACIÓN

Históricamente los análisis de situación de Salud han sido vistos como “una serie de procesos sistemáticos y analíticos que permiten caracterizar, medir y explicar el proceso salud-enfermedad en una unidad geográfica definida, para orientar la construcción de políticas públicas e impactar la situación de salud de los individuos, familia y comunidad”, sin embargo, en los últimos 4 años, con situaciones como la pandemia por COVID - 19, la evaluación del Plan Decenal de Salud 2012 - 2021, el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031, el estado Colombiano ha buscado incorporación nuevas miradas en donde se trascienda del enfoque de determinantes sociales al enfoque participativo, buscando incorporar la visión sobre la situación de salud de actores claves en el territorio.

El análisis de situación de salud como la primera de las competencias esenciales en salud pública, de acuerdo con lo propuesto por la Organización Panamericana de la Salud OPS, se convierte en una herramienta que busca condensar el conocimiento de diferentes disciplinas en donde el centro es el reconocimiento de las particularidades del territorio para dar respuesta a las necesidades de sus habitantes.

El presente documento de ASIS busca aportar al reconocimiento de la salud desde elementos propuestos en la guía conceptual y metodológica con el enfoque de los determinantes sociales en salud (2014) e incorporar algunos de los propuestos en la guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del análisis de situación de salud (ASIS) en el territorio socializada por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en febrero de 2024, dado el tiempo con que se dispuso para este proceso, se considera un producto terminado para el año 2024, en consonancia con los procesos contractuales de las entidades territoriales enmarcadas en los planes de desarrollo departamentales y municipales, atendiendo que cumple su propósito de orientar el proceso de planeación de la salud en función del reconocimiento del territorio, y sus habitantes.

Con la elaboración del ASIS se busca orientar procesos de planificación, líneas de bases para la elaboración de políticas públicas, toma de decisiones, acciones de regulación y de Inspección, Vigilancia y Control ya que se encuentra orientado a disminuir la brecha entre la generación de información y los procesos de planeación y toma de decisiones. La complejidad de aprovechar de manera efectiva la información que se genera en las diversas intervenciones, se deriva en parte por las dificultades para articular la información resultante de cada acción en pro de un análisis integral y de lograr la articulación de diferentes tipos de información (cualitativa y cuantitativa) y la perspectiva de diferentes actores (institucionales y comunitarios) que permita cumplir los objetivos y alcances del análisis de situación de salud.



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

El presente documento da cuenta de la actualización de aspectos claves en el Análisis de situación de Salud del Municipio de Cáceres, en armonía con el comportamiento epidemiológico del Departamento de Antioquia como la mortalidad, la morbilidad y los determinantes sociales; pero también incorpora temáticas como la relación de salud y el ambiente teniendo en cuenta los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales se presentan a través de cifras estadísticas, gráficas e interpretación de las mismas, con el fin de que el lector pueda hacerse una visión del municipio.

El ASIS vigencia 2023 es un instrumento de Salud pública, esencial para la administración en salud, es un instrumento guía y de consulta a la hora de proyectar estrategias que busquen mejorar la salud de la comunidad desde los diferentes determinantes en salud, buscando mitigar riesgos y permitiendo la adecuada distribución de los recursos de acuerdo a las problemáticas, situaciones y condiciones de vida dentro del territorio.



## INTRODUCCIÓN

Para llegar a comprender la problemática de salud del municipio de Cáceres, se hace necesario analizar mediante el enfoque de determinantes sociales, el nivel de afectación del proceso salud-enfermedad en el territorio, determinando tres elementos fundamentales: el contexto territorial demográfico, la afectación de la salud (mortalidad y morbilidad) y a partir de los dos anteriores, definir prioridades para la intervención, identificando los grupos de riesgo desde cada dimensión de la salud, para emprender de forma asertiva acciones tanto en lo individual como en lo colectivo, que viabilicen resultados positivos para la salud, evidenciados finalmente en el mejoramiento de indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del municipio.

El principal objetivo de este documento no solo se suscribe a caracterizar, medir y a su vez explicar el perfil de salud-enfermedad en el municipio de Cáceres, sino que permite identificar afectaciones, problemas de salud, la influencia de los determinantes sociales subyacentes y priorizaciones, para orientar la toma de decisiones que satisfagan las necesidades de salud de la población, decisiones que propicien la equidad, eficiencia y promuevan la participación social, en aras de mejorar las condiciones de salud de los habitantes del municipio, que en el mediano y largo plazo contrarresten la progresión y ocurrencia de eventos graves en la salud, mitigar los efectos de la transición epidemiológica hacia las enfermedades crónicas, y procurar un mínimo de inequidades en salud.

Es así como los ASIS, se vuelven una herramienta fundamental ya que 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, basado 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.

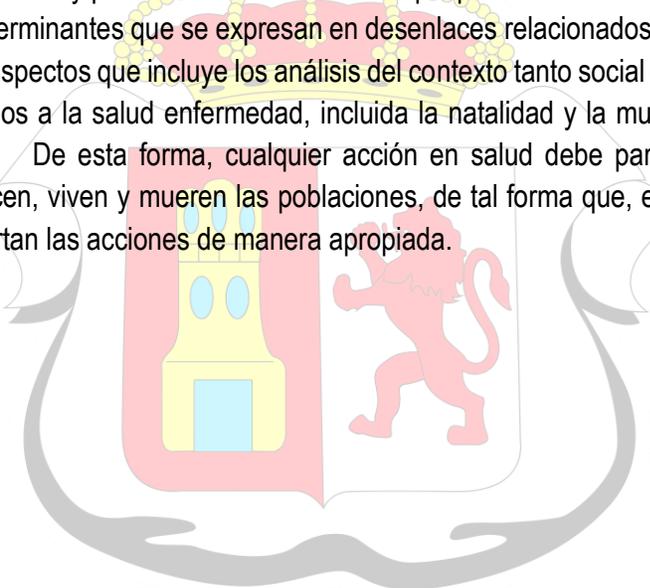
El ASIS del municipio de Cáceres ha sido construido bajo el enfoque participativo, teniendo en cuenta el componente poblacional, de derechos y diferencial definido por el Ministerio de Salud y Protección Social como: el “método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades 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”.



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

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.

Es así que el Documento de análisis de situación de salud se ha convertido en un proceso básico que orienta las acciones del sector salud y organiza la respuesta desde diferentes sectores. Su abordaje implica el desarrollo de técnicas y procedimientos de análisis que permitan una visión general, pero a la vez particular de los determinantes que se expresan en desenlaces relacionados con la salud y con la enfermedad, mediante aspectos que incluye los análisis del contexto tanto social como histórico, así como los eventos asociados a la salud enfermedad, incluida la natalidad y la muerte, así mismo la morbilidad y los traumas. De esta forma, cualquier acción en salud debe partir de conocer las características en que nacen, viven y mueren las poblaciones, de tal forma que, en la búsqueda del objetivo de la salud, se surtan las acciones de manera apropiada.



Alcaldía de  
**Cáceres**

## METODOLOGÍA

La presente actualización de ASIS como proceso transitorio entre las metodologías propuestas por el Ministerio en el año 2015, y la más reciente en noviembre de 2023 y socializada a los municipios de Antioquia en febrero de 2024, incorpora elementos de ambas, se propone inicialmente las cuatro fases de la guía 2015: preparación, búsqueda y uso de la información, análisis y divulgación, con apoyo en los documentos prioritarios del municipio, conocimiento de personas expertas en campo y documentos institucionales que guardan información esencial para cada capítulo del presente documento.

### Primera fase: Preparación del ASIS

Es importante precisar que algunos procesos de la preparación son homologables con el proceso de alistamiento de la nueva metodología y consta de dos pasos que permiten definir los alcances del ejercicio en lo local y el inicio del proceso de gestión de la información con la identificación de actores y fuentes. El primer paso consiste en la definición del alcance y las temáticas que serán objeto del análisis, buscando reconocer cómo está la situación de salud de la población según ciclo vital, analizando diferencias por condición de etnia y de identidad de género, por condiciones socioeconómicas, educativas u otras perspectivas que requiera el análisis planteado, incorporando un fuerte componente de la relación de las comunidades con el territorio.

El segundo paso está dado por la identificación y actualización de espacios, actores sociales y fuentes de información consolidando un inventario donde se describa el plan de abordaje de dichos escenarios y actores y los mecanismos para la captación de información.

### Segunda fase: búsqueda y uso de la información

La segunda fase se centró en el proceso de gestión de la información que implicó depurar y definir los usos de la información disponible, su naturaleza (cuantitativa o cualitativa), alcance, periodicidad y forma de sistematizarla. Dadas las nuevas temáticas a incorporar se incluyeron algunos procesos de análisis con información propia que no tiene alcance de documento científico pero que aporta al análisis de la relación con el ambiente como reportes y ejercicios de diagnósticos sectoriales. Algunos elementos son homologables con la fase de análisis y comprensión de la nueva metodología.

### Tercera fase: análisis de la información

En esta fase se diseñaron los diferentes planes de análisis que orientaron el procesamiento y análisis de la información. Este plan de análisis se debe apoyar en los enfoques de determinantes sociales, enfoque territorial y enfoque poblacional de acuerdo a los objetivos y consideraciones específicas del análisis que se busca desarrollar. El Ministerio de Salud y Protección Social ha brindado las herramientas necesarias para la elaboración y posteriormente la actualización anual del presente documento, los resultados presentados corresponden a la información que se encuentra disponible en la bodega de datos del Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO. Para el análisis de la mortalidad se utilizó la información del periodo comprendido entre el 2005 al 2021, de acuerdo a las bases de datos de Estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y dispuestas en SISPRO. Se utilizó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud, que recoge en 6 grandes grupos, 67 subgrupos de diagnósticos según la clasificación Internacional de Enfermedades CIE10: 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.

Se realizó estimación de medidas de frecuencia, tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo mediante el método directo, también se midió la carga de la enfermedad se calcularon los Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP. Por otra parte, se realizó un análisis a profundidad de la salud materno – infantil y la niñez a través de los índices de razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años y tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

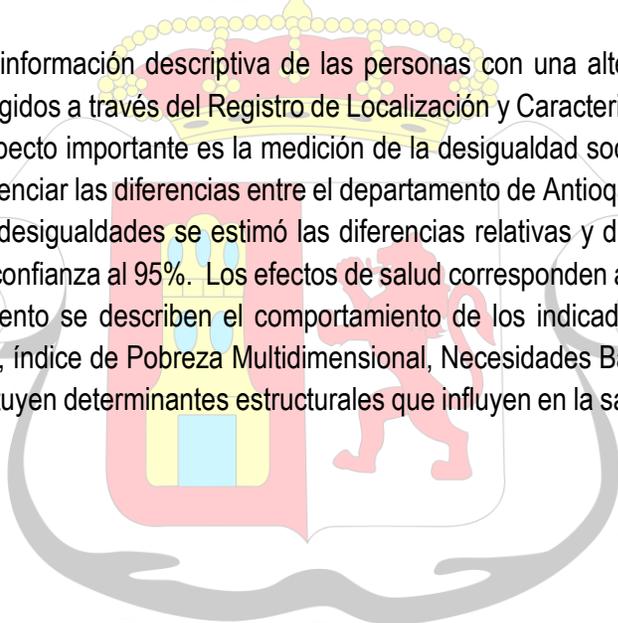
En el análisis de las causas de mortalidad infantil se realizó con la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño de 67 causas y todas las demás enfermedades. Se construyeron tasas específicas para los menores de un año usando como denominador los nacidos vivos. El análisis de morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, las bases de datos de los eventos de alto costo, el Sistema de Vigilancia de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud. El periodo del análisis para los RIPS fue del 2006 al 2021; para los eventos de alto costo fue el periodo comprendido entre el 2006 al 2021 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2007 al 2021; Se estimaron las medidas de frecuencia (proporciones, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad para estas medidas se les estimó los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S. La lista



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

empleada para el análisis de morbilidad fue la del estudio mundial de carga de la enfermedad modificada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que agrupa las causas de morbilidad atendida en las siguientes categorías: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluyen en todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; y condiciones mal clasificadas.

En morbilidad se presenta información descriptiva de las personas con una alteración permanente disponible en los datos recogidos a través del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. Otro aspecto importante es la medición de la desigualdad social que nos permite reconocer las causas y evidenciar las diferencias entre el departamento de Antioquia y el Municipio de Cáceres, para conocer las desigualdades se estimó las diferencias relativas y diferencias absolutas junto con sus intervalos de confianza al 95%. Los efectos de salud corresponden a la educación, etnia e ingresos, en este documento se describen el comportamiento de los indicadores de la Tasa de Cobertura Bruta por niveles, índice de Pobreza Multidimensional, Necesidades Básicas Insatisfechas como elementos que constituyen determinantes estructurales que influyen en la salud de la población.



Alcaldía de  
**Cáceres**



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

## AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Se agradece especialmente al Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Epidemiología y Demografía por facilitar la metodología, a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia por su acompañamiento técnico continuo y su apoyo en la elaboración del documento, así mismo a la Alcaldesa Damiana María Monterrosa Pérez, por su compromiso en el desarrollo de este documento que servirá de base para el proceso de planeación territorial en salud, y por generar los espacios para la articulación con las diferentes dependencias de la Administración Municipal durante el proceso de actualización del documento, quienes desde sus campos de acción aportaron estrategias de intervención para impactar los determinantes bajo un enfoque intersectorial.



## GLOSARIO DE TÉRMINOS

- APS:** Atención Primaria en Salud  
**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  
**CNPV:** Censo Nacional de Población y Vivienda  
**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
**DNP:** Departamento Nacional de Planeación  
**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  
**MIAS:** Modelo Integral de Atención en Salud  
**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social  
**NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas  
**NNAJ:** Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes  
**ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud  
**OPS:** Organización Panamericana de Salud  
**PAIS:** Política de Atención Integral en Salud  
**PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública  
**PEP:** Permiso Especial de Permanencia



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

**PIB:** Producto Interno Bruto

**RAP:** Riesgo Atribuible Poblacional

**RIAM:** Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud

**RIAS:** Rutas de Atención Integral en Salud

**RIPS:** Registro Individual de la Prestación de Servicios

**SARS-CoV-2:** del inglés (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2)

**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



Alcaldía de  
**Cáceres**

## 1. CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

Antes de la llegada de los españoles, el territorio donde se asienta el municipio de Cáceres estaba habitado por indígenas Nutabes y Tahamíes, es uno de los pueblos más antiguos del departamento de Antioquia. Su historia está ligada a la explotación de oro y sus habitantes son, en buena medida, descendientes de los negros llegados desde Cartagena de Indias en los años de la Colonia.

El territorio de Cáceres, considerado de los más antiguos del departamento de Antioquia, fue descubierto por Alonso de Heredia y fundado en el año de 1.576 por el Capitán Gaspar de Rodas, quien llegó a las riberas del Río Cauca avanzando por la margen derecha por donde él había iniciado su exploración de los territorios aledaños al Río Cauca y Nechí, su fundación inicial la realizó cerca a la Quebrada Valdivia, ordenando la instalación de 30 ranchos y con una ceremonia muy animada, aquel poblado recibió el nombre de San Martín de Cáceres, el mismo sitio donde antes el conquistador Andrés Valdivia fundó a Úbeda, quien fue asesinado por los indígenas Nutabes.

Los indígenas Yamesies, que eran un pueblo pacífico y expertos mineros, fueron obligados por Gaspar de Rodas a trabajar las minas de estas tierras y así enviar sus ganancias a los españoles. La población de Cáceres fue trasladada varias veces, y en 1.588 fue ubicada por Francisco Redondo en el sitio donde se encuentra hoy en día; entre sus moradores había 20 encomenderos y sus habitantes eran más de cien.

### 1.1 Contexto Territorial

#### 1.1.1 Localización y accesibilidad geográfica

El municipio de Cáceres hace parte de la subregión del Bajo Cauca, ubicada al norte del territorio antioqueño, es considerado como la Capital católica de esta región, a una distancia de 266 kilómetros de Medellín, limita al norte con el Departamento de Córdoba y el Municipio de Caucasia, por el este con Caucasia y Zaragoza, por el sur con Anorí y Tarazá y por el oeste con Tarazá y el Departamento de Córdoba. Su localización geodésica es: 7°34'46" de Latitud Norte y 75°21'1" de Longitud Este con respecto al meridiano de Greenwich. Es el municipio más extenso de la Subregión del Bajo Cauca con 1.973 Km<sup>2</sup>. Actualmente el municipio tiene 64 veredas y 5 corregimientos, es por ello que la mayor parte de la población se encuentra concentrada en el área rural, por tener un territorio tan extenso, algunas veredas quedan a días de camino, el transporte se realiza en moto taxis, buses, semovientes y vía fluvial otros como Johnson; chalupa y canoas; el transporte intermunicipal se realiza en taxis, moto taxis y buses de transporte público.

Cáceres es un municipio de Categoría 6 conforme a la Ley 617 de 2000, de acuerdo con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE- 2018) y los cálculos presentados por el Departamento Nacional de Planeación - DNP

### Mapa 1 Localización del Municipio de Cáceres en Colombia y Antioquia



- **Extensión Territorial**

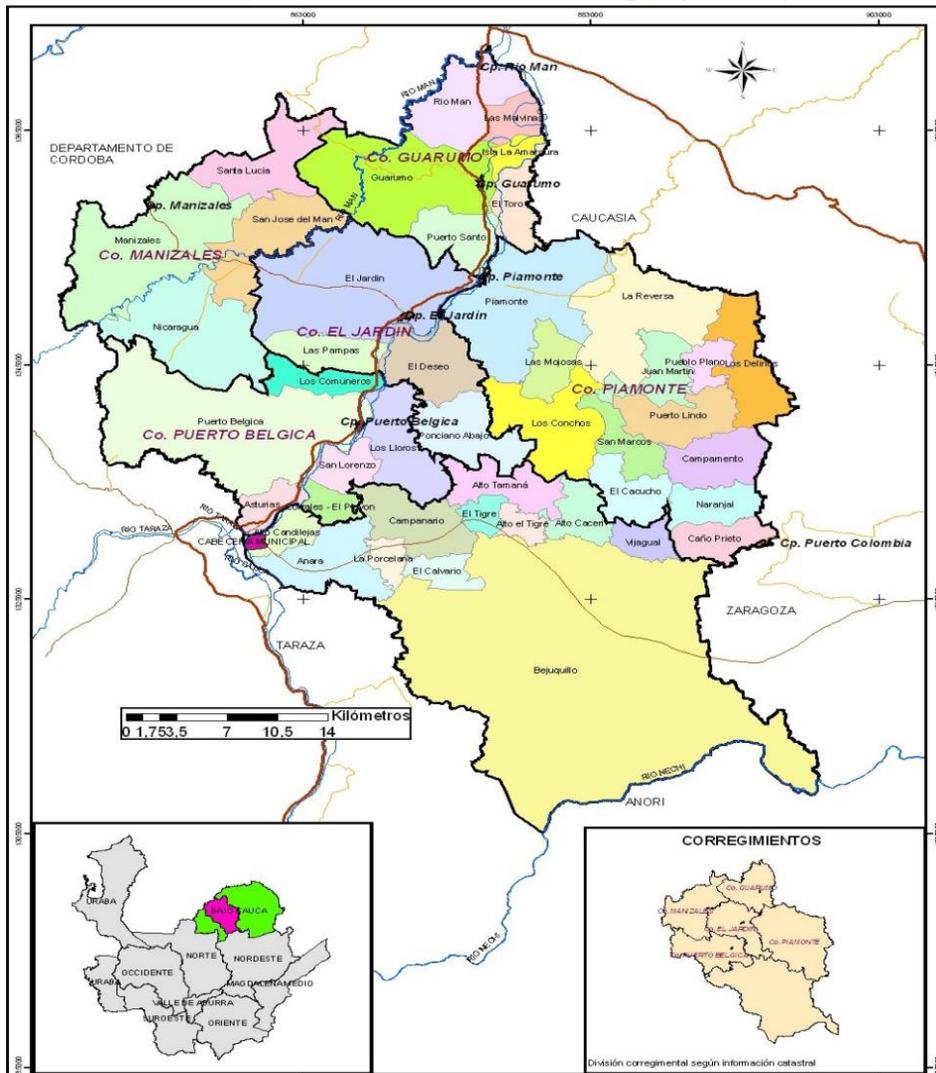
Siendo Cáceres el municipio más extenso del Bajo Cauca Antioqueño, y el segundo del departamento de Antioquia, su área urbanizada equivale solo al 3.2% del territorio total, ver tabla 1, debido a esto, en el municipio se puede observar con facilidad zonas boscosas, haciendas con áreas extensas y familias dedicadas al cultivo del campo, lo que también influye de manera directa o indirecta en los aspectos culturales, ambientales, económicos y sociales de los habitantes y por ende la accesibilidad a los servicios de salud.

Tabla 1 Distribución del municipio de Cáceres por extensión territorial y área de residencia

Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
0.063 KM <sup>2</sup>	3,20%	1.91 KM <sup>2</sup>	96,80%	1.973 KM <sup>2</sup>	100%

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Anuario Estadístico de Antioquia 2007.

Mapa 2 División política administrativa y límites, municipio de Cáceres



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Anuario Estadístico de Antioquia 2007.

El municipio cuenta con 5 corregimientos: Guarumo, Jardín Tamaná, Puerto Bélgica, Manizales y Piamonte, El Municipio cuenta con 63 veredas y tres resguardos indígenas legalizados (Las palmas, El tigre y comunidad Carupia):

**Tabla 2 Distribución veredas y corregimientos. Cáceres 2023**

<b>CABECERA MUNICIPAL</b>	Vereda anara	<b>CORREGIMIENTO GUARUMO</b>	<b>CORREGIMIENTO PIAMONTE</b>
	Vereda tacuyarca		
	Vereda el tigre	Vereda Isla la amargura	Vereda el rizo
	Vereda alto tigre	Vereda Rio Man	Vereda la unión
	Vereda vijagual	Vereda Puerto Santo	Vereda caño prieto
	Vereda muriba	El toro	Vereda de campamento
	Vereda la floresta	Puerto santo	Vereda puerto lindo
	Vereda san juan	Vereda Las Malvinas	Vereda la reversa
	Vereda ponciano alto	<b>CORREGIMIENTO PUERTO BÉLGICA</b>	Vereda los conchos
	Vereda ponciano bajo		Vereda alto Cacucho
	Vereda las conchas	Vereda los Lloros	Vereda la Granja
	Vereda pablo pablo	Vereda Asturias	Vereda las mojosas
	Vereda peladero	Vereda los Comuneros	Vereda Naranjal
	Vereda mal abrigo	Vereda San Lorenzo	Vereda San Marcos
	Vereda vaquero	Vereda Corrales	Vereda los delirios
	Vereda bejuquillo	Vereda Medellín	Vereda Pueblo plano
	Vereda Alto Tamaná	<b>CORREGIMIENTO DE MANIZALES</b>	Vereda Juan Martín
	Vereda Alto candilejas		<b>CORREGIMIENTO JARDIN</b>
	Vereda la porcelana	Vereda Nicaragua	
	Vereda alto caceri	Vereda Quebradona	Vereda las Pampas
Vereda Campanario	Vereda San Jose del Man	Vereda el deseo	
Vereda el calvario	Vereda Santa Lucía	Vereda Ponciano abajo	

Fuente: Elaboración propia

- **Límites Geográficos**

Limita al norte con el departamento de Córdoba y el municipio de Caucasia, por el este con Caucasia y Zaragoza, por el sur con Anorí y Tarazá y por el oeste con Tarazá y el departamento de Córdoba. Es el municipio más extenso de la Subregión del Bajo Cauca con 1.973 Km<sup>2</sup>

- **Accesibilidad geográfica**



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**  
**MUNICIPIO DE CÁCERES**  
**ALCALDÍA DE CÁCERES**

El municipio de Cáceres se encuentra a 230 km de Medellín capital del departamento de Antioquia, a este se llega por la vía Medellín Cauca o también conocida como la vía a la costa, la cual es una autopista en buenas condiciones, Ver tabla 2. Para el municipio de Cáceres, la Troncal Occidental es su principal arteria de comunicación, entre la cabecera municipal y los corregimientos de Puerto Bélgica, Jardín Tamaná, Guarumo y de este con Cauca. La vía Jardín tamaná a Manizales es un camino de herradura que también comunica con las veredas Nicaragua, Quebradona y Santa Lucía, la cual sirve de arteria de comunicación con una rica región, donde predomina la ganadería. También posee la carretera Cáceres- Zaragoza que se encuentra en mejoramientos por parte de la alcaldía municipal, es una carretera destapada por la que transitan motos, carros, camionetas, buses y camiones de carga pesada, esta vía unirá el nordeste con el bajo cauca, se proyecta que sea una de las principales vías del municipio, por ser un potencial minero y maderero. Es bueno destacar también la vía Piamonte Puerto Colombia- Zaragoza de la cual se espera mucho desarrollo agrícola y ganadero en la margen derecha del río Cauca, la cual se encuentra en regulares condiciones y se empeora en épocas de lluvia. A algunas veredas se acceden en canoas con motor, tales como Ponciano, el Toro, y a la Isla la Dulzura desde el corregimiento de Guarumo atravesando el río Cauca, al corregimiento de Piamonte se accede de la misma forma o en ferry desde la troncal a la altura de la vereda Puerto Santo, ver tabla 4.

El tiempo de transporte hasta las veredas depende del estado de las vías, la mayoría de las vías del municipio que comunica con las veredas son con capa de rodadura en afirmado las cuales debido a las afectaciones por las épocas de lluvia se encuentran en mal estado. Las veredas como San Pablo y las Negritas se encuentran a 12 horas de recorrido desde la cabecera municipal, ya que el último tramo para llegar a las veredas se realiza en mulas o caballos; El acceso a veredas como Manizales, Nicaragua, Quebradona, se dificulta en época de invierno pues las vías son de material arcilloso, para acceder a las veredas que se desprenden del corregimiento de Piamonte se debe pasar primero en ferry y luego dependiendo del estado de las vías en moto o en caballos, pues también están construidas en material arcilloso, Ver tabla 3.

Cáceres, Es un territorio extenso con zonas planas, y algunas irregulares boscosas, bañado por el río Cauca, y algunas zonas por el río Man, quebradas, y humedales, que facilitan a la población la pesca, la agricultura y la minería; otros habitantes se dedican a la ganadería y a los trabajos informales; por ser una zona tropical se presentan enfermedades producidas por vectores como lo son la Malaria plasmodium vivax y plasmodium falciparum, y en sus formas mixtas, también leishmaniosis cutánea.

**Tabla 3 Tiempo de traslado y tipo de transporte de la cabecera municipal a la capital del departamento de Antioquia Cáceres 2022.**

<b>Cáceres</b>	Tiempo de llegada desde el municipio hasta la ciudad de Medellín capital del departamento de Antioquia, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio hasta la ciudad de Medellín capital del departamento de Antioquia.	Tipo de transporte desde el municipio hasta la ciudad de Medellín del departamento de Antioquia
	310 minutos	230 Km	-Taxis de transporte Público y particular
			- Buses y busetas de transporte público
			-Motos

Fuente: Departamento de Planeación Nacional.

**Tabla 4 Tiempo de traslado y tipo de transporte de la cabecera municipal a las veredas más alejadas Cáceres 2022.**

Vereda	Tiempo de llegada desde la cabecera Municipal de Cáceres a la vereda.		Tipo de transporte desde la cabecera Municipal de Cáceres a la Vereda.
	Horas	Minutos	
San Pablo	7	20	- (2 horas) Buses y busetas de transporte público, Motos ( 5 horas, 20 minutos) Mula, caballo*
Peladero	6	0	- (2 horas) Buses y busetas de transporte público, Motos ( 4 horas) Mula, caballo*
Vaquero	8	20	- (2 horas) Buses y busetas de transporte público, Motos ( 6 horas, 20 minutos) Mula, caballo*
El Carmen	8	0	- (2 horas) Buses y busetas de transporte público, Motos ( 6 horas) Mula, caballo*
*El tiempo de traslado aumenta en las épocas de invierno pues los senderos son de herradura y se ven afectados por las lluvias.			

Fuente: Oficina de Planeación Municipal

**Tabla 5 Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Cáceres hacia los municipios vecinos, 2022.**

MUNICIPIO	MUNICIPIO VECINO	Distancia en Kilómetros entre Cáceres y el Municipio vecino.	Tipo de transporte entre Cáceres y el Municipio vecino.	Tiempo estimado del traslado entre el Cáceres y el Municipio vecino.	
				horas	minutos
CÁCERES	Tarazá	5	Terrestre (moto, carro)	0	8
	Caucasia	57	Terrestre (moto, carro)		50
	Zaragoza (Vía Cáceres – La Chilona)*	80	Terrestre (moto, carro, wass)	3	10
	Zaragoza (Vía Cáceres – Caucasia - Zaragoza)	144	Terrestre (moto, carro)	3	40
	Montelibano (Manizales – Montelibano)*	120	Terrestre (Wass)	2	10
	Montelibano (Cáceres – Caucasia - Montelibano)	75	Terrestre (moto, carro)	1	20

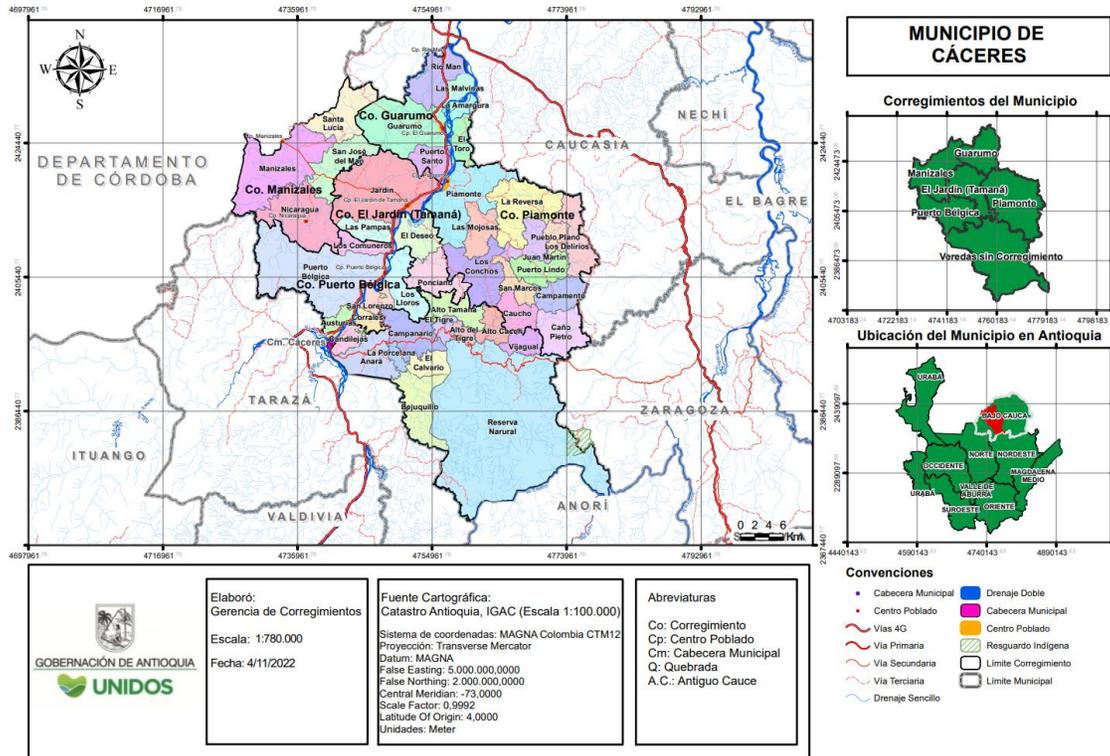
\*Observaciones: estas vías son caminos de herradura, actualmente son sometidas a mejoramiento por parte del Gobierno Departamental; el Invierno y los problemas de Orden público dificultan los recorridos por estas vías y aumenta el tiempo de traslado.

Fuente: Oficina de Planeación Municipal

**Mapa 3. Vías de comunicación del municipio de Cáceres, 2022**



Alcaldía de  
**Cáceres**



Fuente: Página de la Gerencia de Corregimientos (<https://corregimientos.antioquia.gov.co/caceres-3/>)

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

- **Altitud y Relieve**

El municipio de Cáceres tiene una altitud 150 y 200 m.s.n.m, y su relieve es plano en los alrededores de la cuenca del río Cauca y de una geografía abrupta, con alturas que no superan los 1000 Mts sobre el nivel del mar en el Alto de San Juan y en el llamado Espinazo del Diablo.

- **Temperatura y Humedad**

Se distinguen dos estaciones claramente marcadas: una estación de verano que va desde noviembre a marzo, y una estación invernal que va desde marzo hasta noviembre. Durante el período húmedo se precipita el 82.5% del total de las lluvias del año. El municipio de Cáceres se caracteriza por un clima bimodal con dos estaciones claramente marcadas, una de verano con meses secos y alto brillo solar que abarca los meses de noviembre, diciembre, enero, febrero y marzo, y se alcanzan

temperaturas hasta de 36° y otra invernal con promedios de precipitación de 2.700 m<sup>3</sup> en abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre.

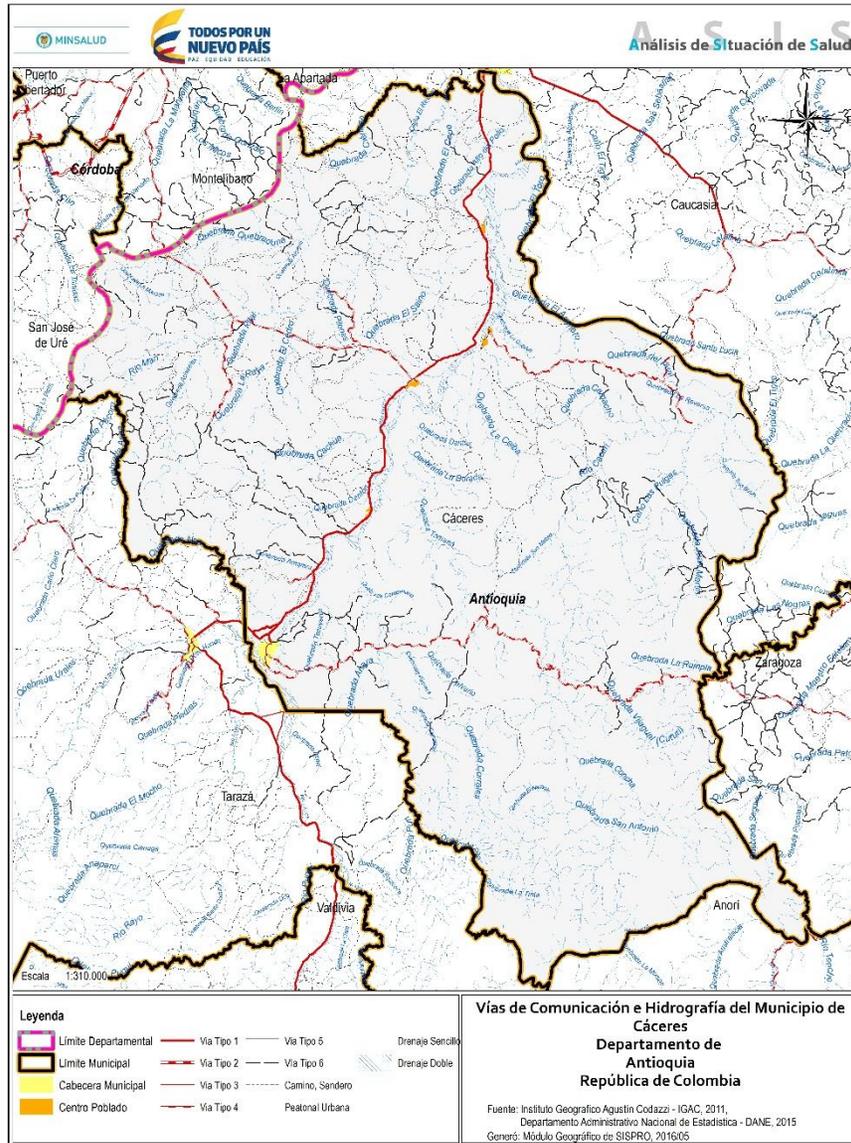
- **Hidrografía**

**Río Cauca:** Después de un recorrido encañonado por su cuenca media, abriéndose paso entre las cordilleras Occidental y Central, es a partir de las tierras del bajo cauca que se abre un valle amplio con un recorrido sinuoso, recibiendo afluentes importantes como los ríos Rayo, Tarazá y Man, antes de desembocar al río Magdalena en tierras del departamento de Bolívar.

A la altura del municipio de Cáceres, el río Cauca es caudaloso y navegable, pese a sus más bajos niveles presentados en períodos secos; contrastan los altos niveles de las aguas en el período del mes de noviembre, en el que se ven anegados muchos terrenos aledaños al cauce principal, incluidos algunos sectores del área urbana y corregimientos y veredas del municipio de Cáceres.

Algunas de las principales quebradas son, La quebrada Corrales: Esta se ubica en la hacienda Porcelana la cual los dueños de los predios dejan que los lugareños y visitantes disfruten de este hermoso paisaje, como para descanso o paseo, La quebrada Puerto Lindo: Esta hermosa quebrada se ubica en la Vereda El Riso uno de los paisajes más hermosos y naturales del municipio de Cáceres, y considerado uno de los recursos naturales más importantes del municipio, el Saltillo de la quebrada el Tigre: reserva natural del bajo cauca, como Patrimonio Biológico de Colombia. El área aproximada de la reserva es de 136.000 hectáreas, de las cuales el 49% corresponde al municipio de Cáceres, quebrada Noa ubicada en la vereda Asturias, a este sitio se puede acceder bien sea caminando, a caballo, en carro o en lancha. Allí los visitantes pueden disfrutar de la belleza del paisaje: quebrada Nicapa: Candilejas desde la cabecera municipal a 1 Km, el atractivo de este sitio son las aguas claras, ideales para bañarse.

Mapa 4. Relieve, hidrografía, del municipio de Cáceres



Fuente: DANE, 2015

Zonas de Riesgo

El municipio de Cáceres se ve expuesto a diferentes tipos de amenazas por fenómenos naturales y climáticos, entre los que se destacan las amenazas hidrometeorológicas. Igualmente tiene un alto grado de vulnerabilidad frente a otros tipos de riesgo, como riesgos socio naturales y antrópicos.

- **Riesgos naturales**

Las amenazas naturales constituyen restricciones al uso del territorio, ya que son fenómenos naturales que por su origen y magnitud pueden escapar al control del hombre y generar desastres, no obstante que sus efectos pueden mitigarse. Teniendo en cuenta las características geográficas del municipio de Cáceres, este tipo de amenazas no es muy frecuente, como sí lo son las amenazas socio natural, que representan un alto grado de vulnerabilidad en la medida que son muy comunes las inundaciones en el municipio

- **Riesgos Socio naturales**

Las inundaciones son un fenómeno de ocurrencia común en costas y áreas aledañas a las redes fluviales, como consecuencia de fenómenos meteorológicos y de actividad marina y fluvial. Éstas son de común ocurrencia en el municipio de Cáceres, debido esencialmente a las altas precipitaciones, que originan crecientes y desbordes de los ríos caudalosos, especialmente en zonas planas con duración de días o semanas y fácilmente predecible, pero también existen crecientes repentinos de ríos pequeños, causadas por aguaceros fuertes, difícilmente predecibles.

Las amenazas por sobresaturación y desborde fluvial se concentran en todas las zonas de planicies de inundación, aledañas a los ríos, Cauca y Río Taraza y Río Man sujetas a estar inundadas casi en todos los períodos de mayor precipitación, especialmente en el invierno de final de año. En este tipo de eventos es difícil que se presenten víctimas, pero su característica principal es la ocurrencia de daños a bienes, generando cuantiosas pérdidas, sobre todo en las cosechas y las viviendas.

Los sectores que presentan mayor afectación por las inundaciones en la zona urbana son los barrios Marquetalia, Madrid, villa del Río, El matadero, Orilla del Río, la paz; y en zona rural las localidades más afectadas son los corregimientos de Puerto Bélgica, vereda Asturias, loma fresca, Los comuneros, Veredas las Pampas, corregimiento Jardín, corregimiento Piamonte, corregimiento Guarumo, Isla la Amargura, vereda Río Man. Barrio Marquetalia; todas estas zonas presentan un riesgo alto por inundación; el Corregimiento de Jardín, presenta un Riesgo alto por Inundación en las Viviendas ubicadas sobre la orilla del río Cauca (Oc), al igual que el Corregimiento del Guarumo donde todas las viviendas del sector Guarumo Bajo, la capilla y la escuela, presentan esta amenaza natural, puesto que ninguna de estas viviendas tiene estructura alguna que las proteja contra una eventual

inundación por parte del río Cauca. En algunas viviendas el agua llega hasta 1.2 metros con respecto al piso de la misma, todas están construidas desde el piso. Además, la Isla de la Amargura, es afectada por inundaciones periódicas, este centro poblado cuenta con una escuela rural que se ve afectada cada invierno.

- **Riesgos antrópicos**

Los riesgos antrópicos se refieren a aquellos riesgos o peligros que son resultado de las actividades humanas y que tienen el potencial de causar impactos negativos en el medio ambiente, la salud humana, la sociedad y otros sistemas naturales. Estos riesgos son producto de la influencia directa o indirecta de las acciones humanas en el entorno. De acuerdo a la caracterización socioeconómica del municipio de Cáceres, los riesgos antrópicos que se presentan están relacionados con la contaminación ambiental, deforestación, contaminación del suelo, agotamiento de recursos naturales, contaminación sonora, entre otros.

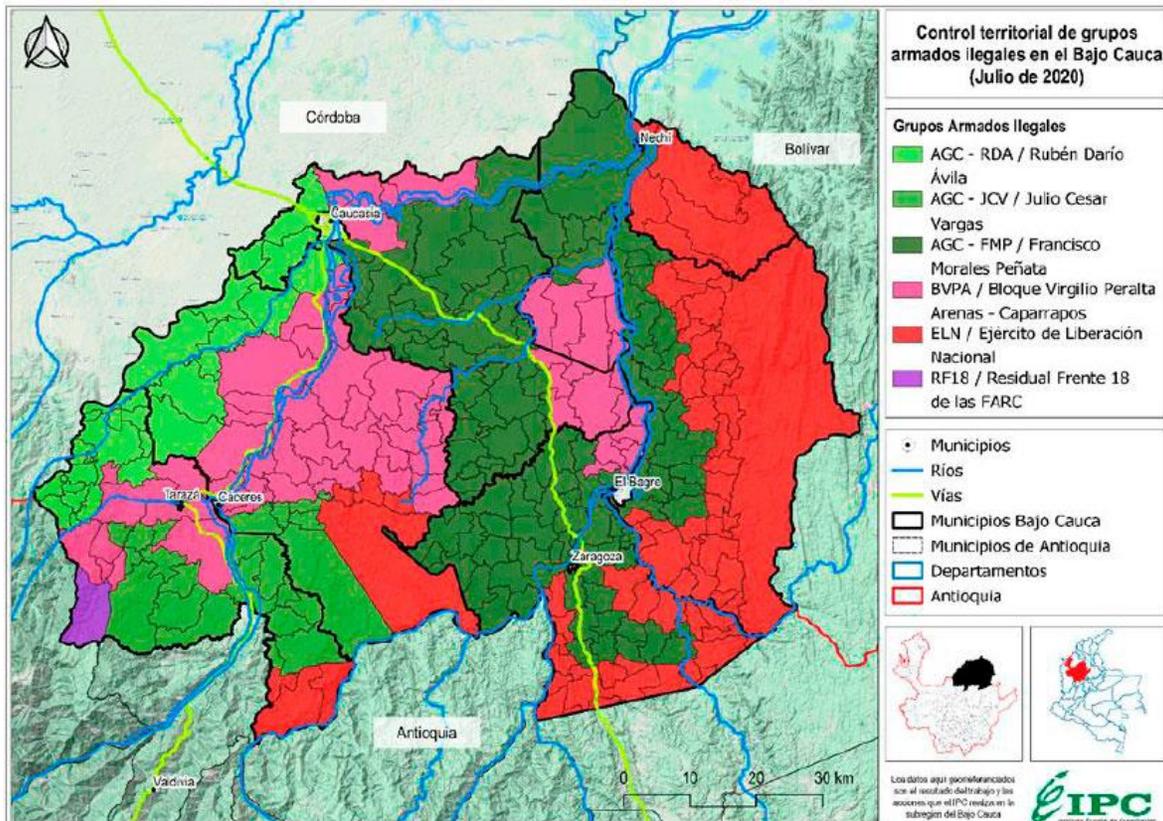
La principal actividad económica del municipio tiene un gran impacto sobre el medio ambiente y los ecosistemas ubicados en el territorio como son la minería, la ganadería y la explotación maderera que cada vez toman más fuerza en el territorio. Desde la década de 1980, se da en la región del Bajo Cauca un auge de la explotación del oro, que trajo consigo cambios en el ambiente como la degradación y contaminación de la tierra y las aguas. Con el incremento e intensificación de la explotación minera se da la llegada de la maquinaria pesada para la explotación del oro, con lo cual se agrava la erosión de la tierra. Igualmente, la actividad de la extracción de madera sin ningún tipo de manejo sostenible, quemas indiscriminadas, cultivos ilícitos, prácticas culturales inadecuadas, alteraciones en la calidad y cantidad de aguas superficiales y subterráneas, causadas por prácticas inadecuadas de actividades ganaderas, agrícolas y mineras, vertimientos.

Otro aspecto relevante dentro de este tipo de riesgos es a consecuencia de la construcción del proyecto Hidroituango, en ejecución por las Empresas Públicas de Medellín, lo que ha generado variaciones en el caudal del Río Cauca y la posibilidad de colapso de la represa, cuyos efectos han colocado a la población y bienes localizados aguas abajo, a lo largo de las riberas del río, en condición de riesgo, específicamente en los municipios de Valdivia, Tarazá, Cáceres, Caucasia, y Nechí en el Departamento de Antioquia; Ayapel en el Departamento de Córdoba; Guaranda, San Marcos, Sucre, Caimito, San Benito Abad y Majagual en el Departamento de Sucre; San Jacinto del Cauca, Achí y Magangué en el Departamento de Bolívar

También se presenta alto riesgo por socavación lateral del río en las viviendas ubicadas en el sector del matadero que da hacia el río Cauca, al igual que en la zona de la terraza, el barrio la paz y puerto Bélgica donde ha sido intenso durante los últimos años. en el sector de guarumo viejo se han perdido varias viviendas debido a la socavación lateral de las orillas del río. esto debido a que las viviendas ubicadas a lo largo de la orilla del brazo del río Cauca no tienen ninguna barrera que las proteja de este fenómeno.

Finalmente, dentro de los riesgos antrópicos uno muy característico de la región del Bajo Cauca es la crítica situación de orden pública que históricamente ha venido afectando a la región y el municipio de Cáceres no ha sido al impacto generado, tanto en lo económico como en lo social. En el siguiente mapa se presentan la influencia territorial de los grupos armados que tienen influencia en la región, siendo la causa del alto número de homicidios que se registran en el municipio, como se describe en el análisis de las diferentes causas de mortalidad en la población del municipio de Cáceres:

**Mapa 5. Control territorial de grupos armados ilegales en el Bajo Cauca**



Fuente: Verdad Abierta - <https://verdadabierta.com/en-el-bajo-cauca-logica-de-aniquilacion-del-enemigo-afecta-a-la-poblacion-civil/>

## 1.2 Contexto poblacional y demográfico

- **Población total**

El Municipio de Cáceres es un territorio altamente rural, con una población estimada por el Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV 2018 para el año 2023 de 30.925 habitantes equivalente al 0,45% de los 6.848.360 habitantes estimados para el departamento de Antioquia. Con respecto al año anterior la variación es de un 0,92% más población en el año 2023. El aumento con respecto al año 2015 es de un 11,19% (3.114 personas más) tomando la población según retroproyección que hace el DANE con el último censo.

- **Densidad poblacional por kilómetro cuadrado**

La extensión total del municipio de Cáceres es de 1.973 Km<sup>2</sup>, lo que representa una densidad poblacional de aproximadamente 15,5 personas por Km<sup>2</sup>.

- **Población por área de residencia urbano/rural**

Cáceres es un municipio principalmente rural, con un 76,2% de población dedicada a la explotación del oro, la agricultura, la ganadería, la pesca, además del comercio informal que tiende a incrementarse, entre otros; esta población está distribuida en 64 veredas, y cinco corregimientos, en cuanto a las infraestructura para el acceso a los servicios de salud de esta población, 4 corregimientos cuentan con puestos de salud con una auxiliar de enfermería permanente y prestan servicio de consulta médica general una vez por semana; en todos los corregimientos hay instituciones educativas que garantizan hasta media académica. Cáceres es un municipio con alto índice de informalidad en la tenencia de la tierra rural, así como una inequidad en la distribución de la tierra, producida por fenómenos como los procesos de colonización, apropiación del territorio, y las dinámicas del conflicto armado que han tenido efectos adversos en las condiciones de apropiación y uso del territorio rural.

Con relación a la cabecera municipal esta ocupa una pequeña porción del extenso territorio en el que se encuentra situado el municipio, con solo un 23,8% de la población concentrada en esta área, lo que equivale a 7.351 habitantes, ver tabla 5.

**Tabla 6. Población por área de residencia del municipio de Cáceres 2023**

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
N°	%	N°	%		
7,351	23.8	23,574	76.2	30,925	23.8

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

- **Grado de urbanización**

El municipio de Cáceres tiene un grado de urbanización bajo, en donde para el año 2023 este indicador fue del 23,8%, debido a que tiene grandes centros poblados que cuentan con una concentración similar a la población de la cabecera municipal, es el caso de los corregimientos Jardín Tamaná y el Guarumo, además cuenta con 64 veredas que se distribuyen en el territorio municipal. Cáceres no cuenta con empresas muy reconocidas, son la Alcaldía Municipal y la ESE Hospital Isabel La Católica, las empresas que generan más empleo, las haciendas, graneros, discotecas y restaurantes se convierten en otras fuentes de ingreso, así como la explotación de recursos naturales, forestales y minerales; en el municipio hacen presencia empresas nacionales como lo son EPM (Empresas Públicas de Medellín), Surtigas y de telecomunicaciones, Claro y Tigo.

- **Número de viviendas**

Según Catastro Municipal están debidamente registradas en su base de datos 4.671 viviendas en el área Urbana, esta incluye los centros urbanos, en el área rural se registran 1.852 predios, para un total de 6.523 predios registrados. En la base de datos SISBEN municipal a 2022 se encuentran registradas 7.145 viviendas, las cuales se encuentran construidas de diferentes materiales, donde predominan las viviendas edificadas en adobe, ladrillo y cemento las cuales son aproximadamente 3.222 casas, en madera, tabla o tablón hay alrededor de 2.600 viviendas en todo el municipio, en zinc, cartón y plástico hay 269 casas fabricadas en estos materiales, estas viviendas se encuentran ubicadas en invasiones, y en las laderas del río, construidas en guadua y/o caña 245 y de bareque 24 casas aproximadamente. Los materiales utilizados para la construcción de las viviendas se relacionan directamente con el poder adquisitivo de las familias, estas no guardan relación con preferencias climáticas.

- **Número de hogares**

Según datos del SISBEN municipal para el año 2022 hay en Cáceres 7.653 hogares censados y un total de 24.500 personas registradas. El 80% están ubicados en la zona rural del municipio. El promedio de personas por hogar es de 3.5 personas; las familias en su gran mayoría son familias extensas, y/o familias simultáneas, la falta de los jefes del hogar es común entre las familias, algunos se desplazan por cuestiones laborales y otros han sido víctimas de la violencia, lo que delega la responsabilidad de la crianza de los niños a las abuelas, o a madres solteras, que a su vez constituyen nuevas familias, el municipio no cuenta con mapa con la distribución de hogares.

- **Población por pertenencia étnica**

La población indígena del municipio de Cáceres corresponde al 6,33% (tabla 6), ésta se encuentra distribuida a lo largo del territorio del municipio, en su mayoría de la etnia Zenú, esta población se encuentra concentrada en algunas veredas como Puerto Santo, Alto Ponciano, y Campanario. Es de particular preocupación la situación de riesgo que viven las comunidades indígenas Zenú y Emberá del municipio, teniendo en cuenta que se encuentran en medio del conflicto de orden pública que sufre el municipio de Cáceres, y en general todo el Bajo Cauca, estas comunidades han estado en condición de confinamiento (declarado o no declarado) en 2020 y 2021.

Los controles de los grupos armados en estas zonas generan restricciones al acceso a casi todos los derechos y servicios (educación, agua, alimentación), y al desarrollo de la vida cotidiana; así como impedimentos a la movilidad, a la comunicación e imposición de normas de comportamiento. Los frecuentes enfrentamientos entre grupos armados y la contaminación por armas también son un factor común en los resguardos indígenas, ocasionando accidentes con minas antipersonales, reclutamiento y uso de menores, y delitos contra la libertad y la integridad sexual. A continuación, se relacionan los resguardos y comunidades indígenas que hacen presencia en el municipio de Cáceres, según su ubicación en los territorios:

**Tabla 7 Comunidades indígenas, según su ubicación, Cáceres 2023**

N°	UBICACIÓN	NOMBRES	COMUNIDAD
1	PUERTO SANTO	RESGUARDO EL MANANTIAL	ZENÚ
2	VDA TACUYARCA	RESGUARDO EMBERA CHAMI	RESGUARDO - EMBERA CHAMI
3	CORREGIMIENTO PUERTO BELGICA	RESGUARDO BELGICA LAS PALMAS	RESGUARDO - ZENÚ
4	VDA TACUYARCA	OMAGA	RESGUARDO - ZENÚ
5	VDA CAMPANARIO	COMUNIDAD VEREDA CAMPANARIO	RESGUARDO - ZENÚ
6	VDA ALTO EL TIGRE	RESGUARDO ALTO DEL TIGRE	RESGUARDO - ZENÚ
8	VEREDA PUERTO SANTO	COMUNIDAD EL MANANTIAL	COMUNIDAD - ZENÚ
9	VEREDA ISLA LA AMARGURA	COMUNIDAD ISLA LA DULZURA	COMUNIDAD - ZENÚ
10	CORREGIMIENTO GUARUMO	COMUNIDAD EL BALAY	COMUNIDAD - ZENÚ
11	CORREGIMIENTO JARDÍN	COMUNIDAD LA ESPERANZA TAMANA	COMUNIDAD - ZENÚ
12	VDA EL TOPACIO	COMUNIDAD JOSE DE LOS SANTOS	COMUNIDAD - ZENÚ

Fuente: Elaboración propia

La población afrodescendiente es común en el municipio debido a la cercanía con la costa atlántica y pacífica, además por los yacimientos de oro esta población ha llegado a este municipio y se han radicado definitivamente. La ubicación del municipio sobre la troncal de la costa también favorece la llegada de personas de todas partes del país, por lo que convergen diferentes tipos de cultura dentro de la dinámica social del municipio.

La dinámica de la población étnica en general se ha visto afectada por la presencia de grupos armados y otros grupos no estatales, situación que genera riesgos y afectaciones importantes como son los desplazamientos forzados, homicidios y además casos de reclutamiento forzado de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes - NNAJ.

**Tabla 8 Población por pertenencia étnica municipio de Cáceres, 2023**

Autorreconocimiento étnico	N°	%
Gitano(a) o Rom	0	0.00
Indígena	1,674	6.33
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	594	2.24
Ningún grupo étnico	23,824	90.04
No informa	365	1.38
Palenquero(a) de San Basilio	0	0.00
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	3	0.01
<b>Total</b>	<b>26,460</b>	<b>100</b>

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

### 1.2.1 Estructura demográfica

Las pirámides poblacionales son de gran utilidad para analizar patrones de crecimiento y cambio en una población a lo largo del tiempo. Estas representaciones son herramientas valiosas para entender la dinámica demográfica y planificar políticas y servicios en función de las necesidades de diferentes grupos de edad.

De acuerdo a su forma pueden clasificarse en expansiva, cuando es ancha en su base y angosta en la cima, progresiva muy ancha en la base y muy angosta en la cima, propias de poblaciones con un crecimiento poblacional muy rápido y regresiva cuando la base de la pirámide es más pequeña que los escalones siguientes, la pirámide adquiere esta forma en poblaciones cuya natalidad ha descendido en los últimos años y es baja. Este fenómeno genera un envejecimiento de la población.

El municipio de Cáceres tiene una pirámide poblacional expansiva, caracterizada por ser ancha en la base y estrecharse hacia la cima, lo que indica una población con una alta tasa de natalidad y, posiblemente, una alta tasa de mortalidad infantil relacionada con condiciones de salud, barreras de acceso a los servicios de salud y condiciones socioeconómicas. La forma de la pirámide poblacional del municipio de Cáceres, también implica un rápido crecimiento poblacional debido a la gran cantidad de personas jóvenes que eventualmente contribuirán al crecimiento de la población a medida que alcancen la edad reproductiva, lo que puede indicar un crecimiento poblacional positivo, pero también representa grandes desafíos para el municipio, como la necesidad de recursos educativos y económicos para satisfacer las necesidades de una población joven en crecimiento, así como el fortalecimiento de la atención en salud materno-infantil, son aspectos clave que debe abordar la Administración Municipal en la formulación de las estrategias de promoción, prevención y gestión del riesgo en salud en el marco de la elaboración del Plan Territorial de Salud. Este análisis conduce a la priorización de las intervenciones a través de planes, programas y proyectos dirigidos a mitigar los riesgos de niños, niñas y adolescentes, con especial atención a la implementación de las Rutas integrales de atención en salud, de acuerdo con las características de cada ciclo de vida. De igual forma, desarrollar acciones de promoción y prevención que alejen a los jóvenes de problemáticas latentes y crecientes, relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, la delincuencia, y el tráfico de drogas.

Por otro lado, la tendencia al envejecimiento evidenciada en éste análisis, orienta a la autoridad sanitaria y a todos los sectores a tener un enfoque diferencial para garantizar la atención social y el goce de una salud integral para el adulto mayor, apuntando a garantizar una vejez digna, reducir el abandono social y fortaleciendo los programas para la promoción de la salud en la adultez y vejez y la



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

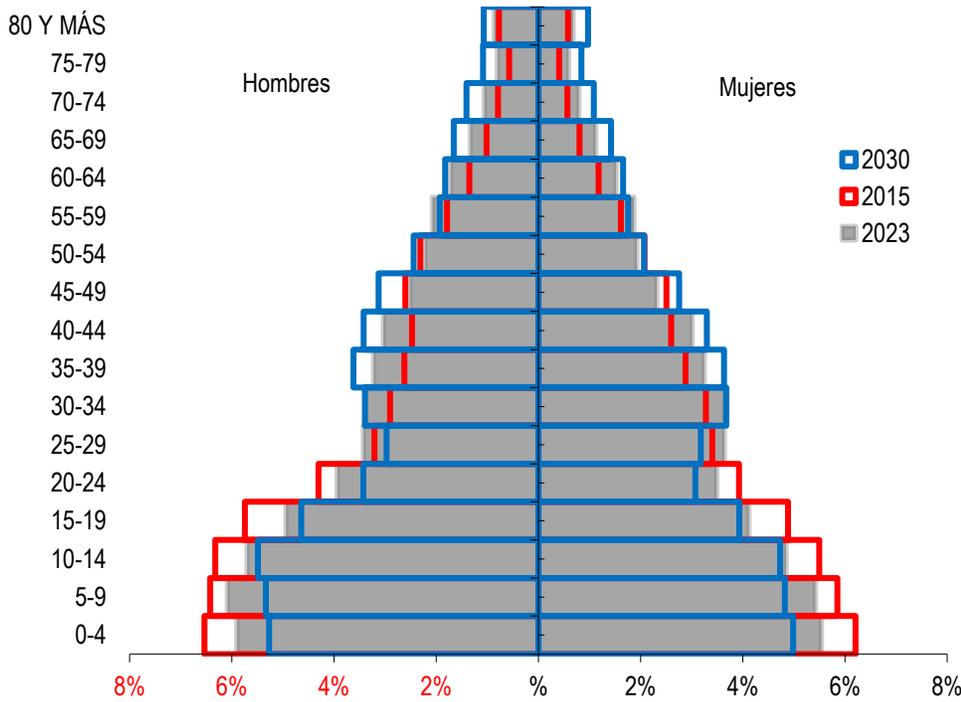
prevención de las enfermedades crónicas o de sus complicaciones, por lo que se hace necesitando ampliar las coberturas con calidad de los diferentes programas o acciones en salud que se dirigen a esta población

En este sentido también es importante resaltar la variación proporcional que presenta la pirámide poblacional para el año 2023 con relación al año 2015, teniendo en cuenta que para el año 2023 la población de los grupos entre 0 hasta 24 años es relativamente inferior a la registrada en el año 2015, mientras que en los grupos de 25 a 44 años la población en el año 2023 es mayor a la del año 2015, proyectándose una pirámide para el año 2030 con una base menos ancha y con una concentración de población similar en estos dos grandes grupos poblacionales en ambos sexos, lo cual se podría explicar por la migración de población en edad económicamente activa a las grandes ciudades en busca de mejores oportunidades laborales y académicas.

Cuando se realiza un análisis entre los años 2015 a 2023, se puede determinar que la población infantil y adolescente tiende a disminuir, y la población adulta joven tienden a aumentar fortaleciendo la población económicamente activa y disminuyendo la población dependiente; también se puede observar una población no homogénea dado el crecimiento entre hombre y mujeres entre los 0 y 24 años es mayor en el género masculino. Se observa como consecuencia de una natalidad alta y de una mortalidad progresiva según la edad, la estructura poblacional es eminentemente joven y con perspectivas de crecimiento. Sin embargo, es necesario el mejoramiento continuo de la calidad de vida de los habitantes del municipio a través de la promoción de estilos de vida saludables, para contribuir a la reducción tasas de mortalidad y el fortalecimiento de la atención en salud.

La mayoría de la población del municipio de Cáceres es adolescente y adulta joven, concentrándose los mayores volúmenes en el grupo de edad 15 a 44 años, que representan el 43,08% del total de la población. Entre el año 2015 al 2023 se observa un descenso en el grupo de edad de la primera infancia de 0 a 4 años, y un aumento de las personas mayores de 55 años.

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



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

- **Población por grupos de edad**

El curso de vida son las fases por las que transcurre la vida de una persona desde su nacimiento hasta su muerte, es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano, en este sentido el análisis de la población por ciclo vital, permiten identificar en salud, los factores protectores o vulnerabilidades para un cierto grupo de enfermedades, estos ciclos son muy acertados para el análisis de la morbilidad y mortalidad.

Consecuente con el enfoque por curso de vida que establece la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en el municipio de Cáceres para el año 2023, las personas que cursan la etapa de la Adulthood (27 a 59 años) representan la mayor proporción con un 36,7% del total de la población, variando 3,2 puntos porcentuales más con respecto al año 2015; igual cambio experimentó la etapa de la Vejez (60 años y más) con 2,5 puntos porcentuales más en el año 2023 y un peso porcentual del 10,5%, es decir que el 47,2% de la población del municipio de Cáceres son adultos y viejos superando con 6,3 puntos más de diferencia la población joven e infantil, que se distribuye entre Jóvenes de 19 a 26 años con el 11,9%, la Primera infancia y la Infancia con el 13% cada uno y la adolescencia con un 13,6%. No hay

variaciones significativas en el tamaño de la población por curso de vida en los tres años de comparación, excepto en los cambios que se registran en el grupo etario de mayores de 60 y más años, el cual representaba el 8 % del total de la población para el año 2015, aumentó al 10,5% para el año 2023 y se espera un peso del 13,0% para el año 2030, lo que indica que la población adulta mayor tiende a aumentar, este comportamiento es similar en la población adulta. En el grupo de menores de 5 años ocurre a la inversa ya que esta población tiende a disminuir y pasa de representar el 15,2% del total de la población para el año 2015 al 13,8% en el año 2023 y según la proyección para el año 2030 representaría un 12,3%.

Según estas proyecciones, a lo largo de los años el municipio cada vez será más viejo y la población menor de edad cada vez serán menos. Para el año 2023 la mayor parte de la población se encuentra en el ciclo vital de la adultez con un total de 11.345 habitantes (36,7%), seguido por el ciclo vital de Primera infancia, Infancia y Adolescencia que representan en promedio el 14% del total de la población.

En este sentido las políticas municipales, la planeación y los programas de salud deben estar dirigidos al mantenimiento de una adultez saludable a raíz de que en la población adulta hay alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y altas prevalencias de enfermedades del sistema circulatorio. Si se realiza una política pública encaminada a la prevención y los estilos de vida saludables que realmente genere impacto se disminuirán los eventos de alto costo, eventos de cuidado intensivo y discapacidades.

Igualmente es necesario continuar fortaleciendo el proceso de implementación de las Rutas de Atención Integral en Salud – RIAS, de acuerdo a las responsabilidades y competencias por parte de aseguradores, prestadores y entidad territorial dispuestas en la Resolución 3202 de 2016 y la Resolución 3280 de 2018 emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de garantizar la accesibilidad a los servicios de salud, en condiciones de calidad, de forma oportuna y suficiente a la población del municipio bajo un enfoque diferencial y en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud - APS.

Como respuesta a esta necesidad y de acuerdo a la caracterización de la población del municipio de Cáceres, la Secretaría de Salud desde el año 2020 viene implementando procesos de seguimiento y auditoría en el marco de lo establecido en las normas antes mencionadas, así como la ejecución de intervenciones de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y

comunidades del municipio, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones; la protección específica y la educación para la salud.

**Tabla 9 Proporción de la población por curso de vida del municipio de Cáceres 2015, 2023 y 2030**

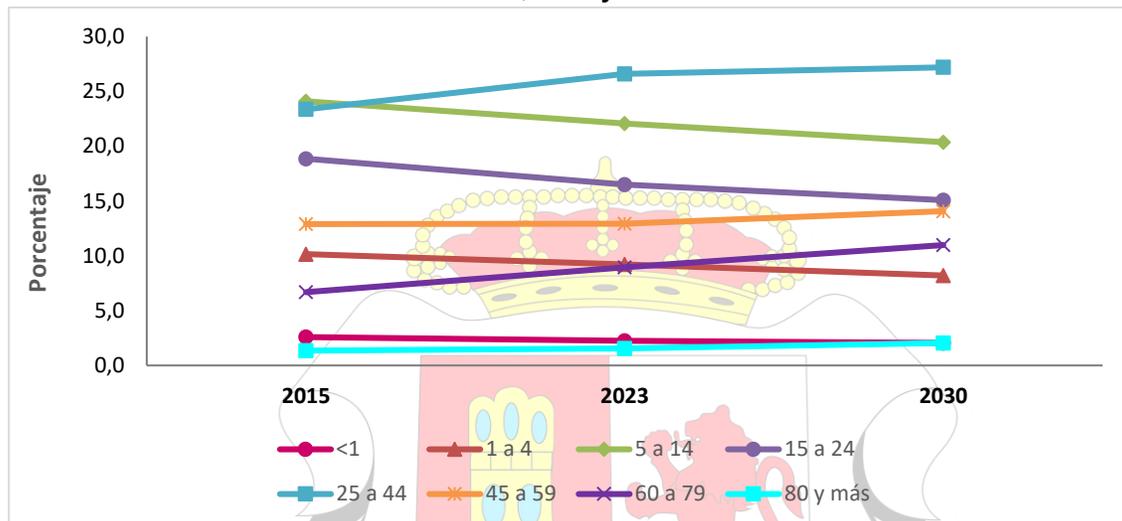
Ciclo vital	2015		2023		2030	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	4.237	15,2	4.265	13,8	3.960	12,3
Infancia (6 a 11 años)	4.057	14,6	4.184	13,5	3.960	12,3
Adolescencia (12 a 18)	4.367	15,7	4.202	13,6	4.212	13,1
Juventud (19 a 26)	3.602	13,0	3.685	11,9	3.357	10,4
Adultez (27 a 59)	9.312	33,5	11.345	36,7	12.513	38,9
Persona mayor (60 y más)	2.236	8,0	3.244	10,5	4.194	13,0
<b>TOTAL</b>	<b>27.811</b>	<b>100</b>	<b>30.925</b>	<b>100</b>	<b>32.196</b>	<b>100</b>

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

- **Cambio en la proporción de población por grupos etarios**

Entre los años 2015 al 2023 la población del municipio de Cáceres se observa un incremento en el grupo de edad de los 25 a 44 años al pasar del 23,4% al 26,6% de peso porcentual y se espera se incremente 0,6 puntos más al año 2030; por su parte las personas de 60 a 79 años aumentaron 2,2 puntos porcentuales más en el 2023 al pasar de 6,7% al 8,9%, siendo los únicos que muestran incremento en los tres años de comparación. Las edades extremas como son los menores de 1 año (2,2%), de 1 a 4 años (16,5%) y los mayores de 80 años (1,5%) no proyectan cambio alguno, ya que conservan el mismo peso porcentual en ambas vigencias, mientras que la población de 5 a 14 años (22,1%) y de 15 a 24 años (16,5%) experimentaron cambios negativos de dos y de un punto menos.

**Figura 2 Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, municipio de Cáceres 2015, 2023 y 2030**



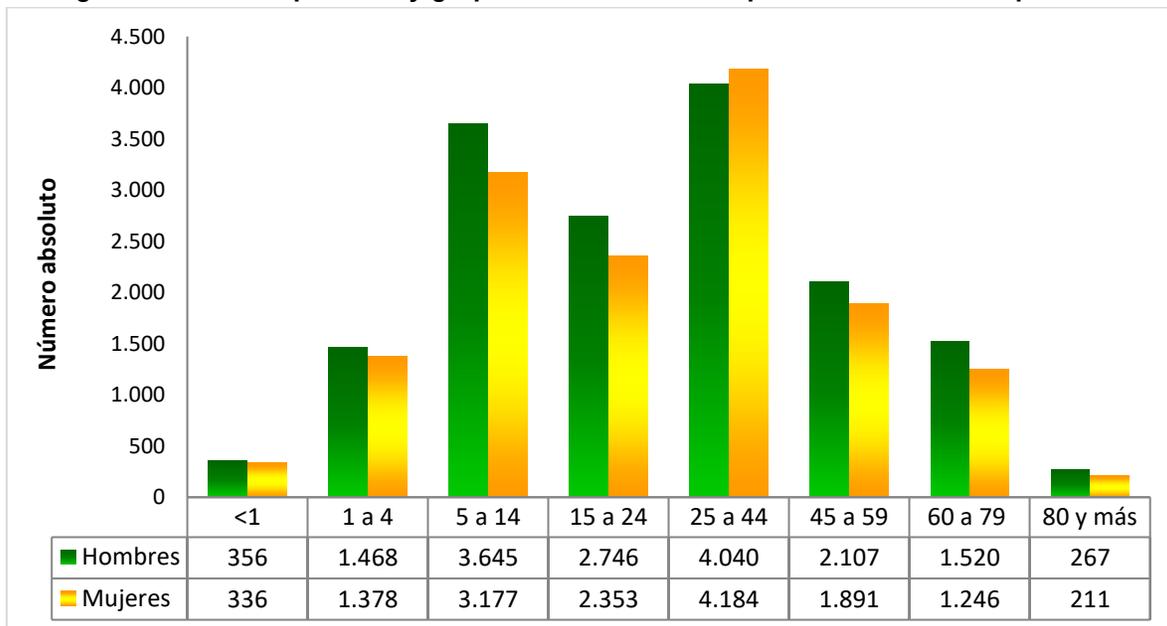
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

Respecto a la distribución poblacional por sexo y grupo de edad, en el municipio de Cáceres para el año 2023, la población se encuentra en mayor proporción en las edades de 25 a 44 años, lo que indica que es una población joven adulta; y en segundo lugar está ubicada la población con edades entre de 5 a 14 años. Es importante indicar que la salud y el bienestar se ven afectados por múltiples factores de riesgo tales como fisiológicos, demográficos, medioambientales y genéticos; la discapacidad, la enfermedad o la muerte, por tal razón es indispensable reforzar y dar continuidad a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la comunidad Cacerense, ya que con una población mayormente joven adulta cada vez hay más demanda de atención sanitaria, lo que supone una mayor inversión en el sector salud que no siempre se satisface. Además, es importante que se comprenda los efectos que tiene en la salud de la población factores geográficos, sociales, económicos y de orden público, en las causas y los factores de riesgo de las enfermedades, por lo tanto, es necesaria la participación activa en los programas disponibles y rentables de prevención y tratamiento con que cuenta el municipio.

En la figura 3, se puede observar una mayor proporción de hombres en la mayoría de los grupos de edad, contribuyendo a la masculinización del grupo de adultos mayores. En el grupo de edad de 25-45 años donde se concentra la mayoría de la población del municipio, el género femenino tiene una mayor proporción representada en un 5% más respecto al género masculino, el sexo masculino predomina en los niños y adolescentes de 0 a 14 años mientras que el sexo femenino prepondera en

el resto de población, especialmente en la etapa reproductiva que explicarían el aumento de la natalidad de los dos últimos años

**Figura 3 Población por sexo y grupo de edad del municipio de Cáceres Antioquia, 2023**



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

- **Otros indicadores demográficos**

Los indicadores demográficos estiman una relación hombre/mujer superior, lo que indica que hay más hombres que mujeres, cuya razón en el año 2023 es de 109 hombres por cada 100 mujeres; un índice de infancia que varía dos puntos porcentuales pasando de 37% en el año 2015 a 34% en el año 2023 y se estima en 31 para el año 2030; se reduce el índice de dependencia infantil por la disminución que experimentó la población menor de 15 años y el aumento de población de 15 a 64 años, mientras que el índice de envejecimiento, por el contrario, experimenta un aumento de 9 puntos porcentuales más al 2023 y se estima al 2030 con 12 puntos más por el aumento que experimenta la población mayor de 60 años como se apreció en la pirámide.

Se aumenta a la vez el índice de dependencia de mayores 3 puntos porcentuales más entre los años confrontados. Por su parte el índice de Friz confirma la estructura de población joven en el municipio de Cáceres para el año 2030, avanzando rápido a ser más madura, teniendo en cuenta que el valor es mayor de 60 pero menor de 160 en el 2030. Tabla 8

**Tabla 10 Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Cáceres Antioquia  
2015, 2023, 2030**

Índice Demográfico	Año		
	2015	2023	2030
Población total	27.811	30.925	32.196
Población Masculina	14.392	16.149	16.779
Población femenina	13.419	14.776	15.417
Relación hombres: mujer	107,25	109,29	109
Razón niños: mujer	54	49	44
Índice de infancia	37	34	31
Índice de juventud	25	24	21
Índice de vejez	8	10	13
Índice de envejecimiento	22	31	43
Índice demográfico de dependencia	73,46	68,78	67,15
Índice de dependencia infantil	63,90	56,54	51,19
Índice de dependencia mayores	9,56	12,24	15,95
Índice de Friz	217,14	174,68	145,63

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

A continuación, se describen una serie de indicadores demográficos que permiten el análisis de la estructura poblacional por edades y dependencia económica para el municipio de Cáceres:

**Relación hombres/mujer:** En el año 2015 por cada 107 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2023 por cada 109 hombres, había 100 mujeres.

**Razón niños mujer:** En el año 2015 por cada 54 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2023 por cada 49 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil

**Índice de infancia:** En el año 2015 de 100 personas, 37 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 34 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 24 personas

**Índice de vejez:** En el año 2015 de 100 personas, 8 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 10 personas

**Índice de envejecimiento:** En el año 2015 de 100 personas, 22 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 31 personas

**Índice demográfico de dependencia:** En el año 2015 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 73 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2023 este grupo poblacional fue de 69 personas

**Índice de dependencia infantil:** En el año 2015, 64 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 57 personas

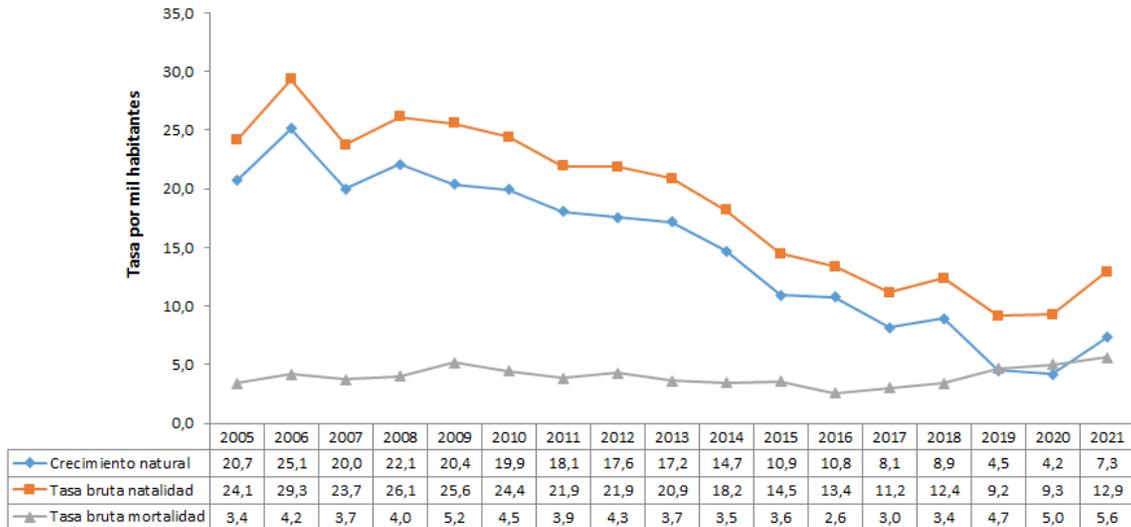
**Índice de dependencia mayores:** En el año 2015, 10 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023 fue de 12 personas

**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

### 1.2.2 Dinámica demográfica

La tasa de crecimiento natural de una población se refiere a la diferencia entre la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad en un determinado período de tiempo. Esta medida proporciona una indicación de cómo la población de un área determinada está cambiando debido a la reproducción y la mortalidad, excluyendo el impacto de la migración. La fórmula básica para calcular la tasa de crecimiento natural es la siguiente: Tasa de crecimiento natural=Tasa de natalidad-Tasa de mortalidad

**Figura 4 Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad, Tasa de Crecimiento Natural y Mortalidad del municipio de Cáceres 2005 – 2021**



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

En el periodo comprendido entre el 2005 y 2021 el comportamiento de la mortalidad ha sido relativamente estable con un incremento en los años 2019-2021, se pasó de tener una tasa del 3,4 en el año 2018 a 5,6 en el año 2021 por cada 1000 habitantes, este aumento se podría explicar por las olas de violencia del conflicto armado que presenta la región del Bajo Cauca en los últimos años, así como la mortalidad presentada a causa de la pandemia por Covid-19. La tasa de natalidad en este mismo periodo, pasó de 24,1 a 12,9 nacidos vivos por cada 1000 habitantes, con una tendencia a la disminución. Finalmente, la tasa de crecimiento natural pasó de 20,7 a 7,3 por cada 1000 habitantes.

### Otros indicadores de la dinámica de la población

**Tabla 11 Tasas de fecundidad en mujeres de 10 a 14 y 15 a 19 años, municipio de Cáceres de 2005 y 2021**

Tasa de fecundidad específica	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
De 10 a 14	9,5	9,4	8,6	9,0	9,3	10,7	6,8	10,1	8,8	3,3	6,0	4,1	4,9	7,9	3,3	4,5	5,1
De 15 a 19	139,3	138,8	117,5	114,8	120,4	99,9	104,6	103,0	96,1	79,6	57,6	62,7	52,8	48,6	56,3	58,1	89,7
De 10 a 19	73,2	72,7	61,6	60,1	62,5	53,2	53,1	53,9	49,9	39,2	30,3	31,8	27,7	27,5	28,1	29,5	44,4

Fuente: Estadísticas Vitales – DANE

En la tabla 9, se observa una disminución constante en el número de embarazos que ocurren durante el período de 2005 al 2021, en las mujeres en edad entre 10 y 14 años del municipio de Cáceres. Para el año 2021, se observa una disminución en la tasa de fecundidad para este grupo de edad pasando de 7,91 en el 2018 a 5,1 por cada 1.000 mujeres de este grupo de edad. El desafío es reducirla a 2 embarazos por cada 1.000 mujeres, teniendo en cuenta que un embarazo a temprana edad obstaculiza el desarrollo psicosocial de la menor, se asocia con resultados deficientes en materia de salud tanto para ellas como para sus hijos, repercute negativamente en sus oportunidades educativas y laborales, y contribuye a perpetuar los ciclos reiterativos de pobreza y mala salud.

De acuerdo a lo anterior es necesario formular y desarrollar estrategias integrales, tendientes a disminuir la problemática del embarazo en adolescentes; velando por los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y el establecimiento de un sistema de vigilancia frente a esta situación. En este sentido la Secretaría de Salud y Protección Social viene trabajando de la mano de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en fortalecer los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, que les garantice una atención integral sin barreras de acceso para este grupo poblacional. Igualmente, desde el Plan de Intervenciones Colectivas se ha venido sensibilizando a los jóvenes y adolescentes para que tengan un proyecto de vida planificado y aplacen la maternidad de manera responsable, así como el uso de anticonceptivos también se realizó en el municipio la celebración de la semana andina para la prevención del embarazo en adolescentes, mediante carrusel recreativo, también se han realizado conversatorios, entrega de material didáctico y cultural con el fin de promocionar comportamientos sexuales responsables que permitan prevenir el embarazo en adolescentes.

Al analizar la fecundidad en el grupo de edad entre 15 a 19 años, se observa una disminución del 43% entre el año 2005 (139,3) y el año 2021 (89,7). Para el año 2021 se presenta un aumento del 54,5% con respecto al año anterior. Los embarazos en estos grupos de edad, siguen siendo altos, lo que requiere intervención de las autoridades en materia de salud para un mayor control de la natalidad con programas efectivos de planificación familiar pues el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública en Colombia, y más en una zona como el bajo cauca donde en algunas localidades es socialmente aceptado que la niña se “case” con un adulto porque así la carga económica se hace más liviana.

### **Tasa de natalidad**

La tasa de natalidad en el municipio de Cáceres durante el periodo 2005 al 2021, pasó de 24,1 en el año 2005 a 12,9 nacidos vivos por cada 1000 habitantes en el año 2021, con una tendencia a la disminución.

Tabla 12. Tasa bruta de natalidad, Cáceres 2005 - 2021

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	COMPORTAMIENTO
24,1	29,3	23,7	26,1	25,6	24,4	21,9	21,9	20,9	18,2	14,5	13,4	11,2	12,4	9,2	9,3	12,9	

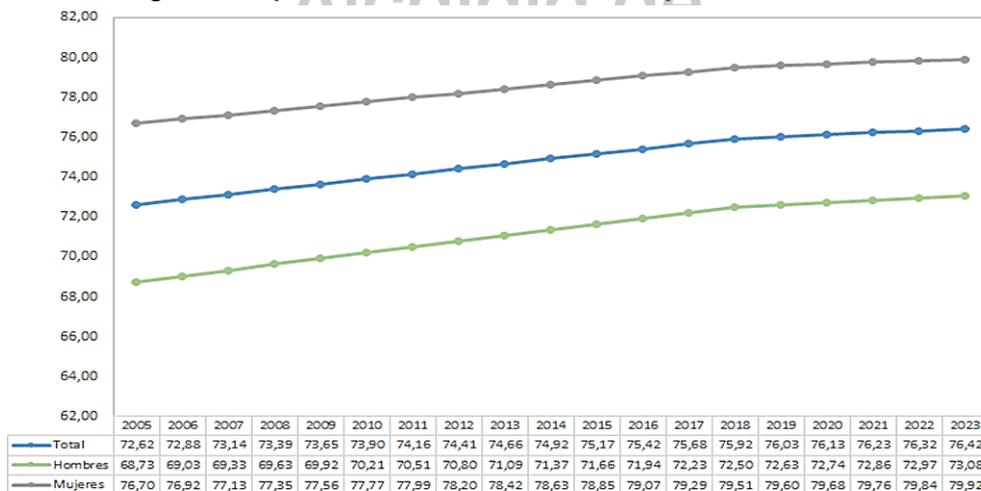
Fuente: Estadísticas Vitales – DANE

### Esperanza de vida al nacer

La Esperanza de Vida es la expresión del desarrollo socioeconómico del país, el desarrollo integral del sistema de salud, esta representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad.

Evaluando su comportamiento desde el año 2005 al año 2023, se observa que la esperanza de vida en el departamento de Antioquia ha ido aumentando paulatinamente pasando de 72,62 años en el año 2005 a 76,42 en el 2023 con estimación de 75,6 años para el periodo 2022 y proyección de 76,64 para el 2030. La esperanza de vida en el departamento es mayor en las mujeres, observándose similar comportamiento a la esperanza de vida del país (76,79), se refleja una diferencia de aproximadamente 6 años entre géneros, para el año 2022 en Norte de Santander. Se estima que para el periodo 2018 – 2030 la expectativa de vida aumente en 1,19 años para ambos géneros

Figura 6. Esperanza de vida al nacer, Antioquia 2005 - 2023



Fuente: DANE.

### 1.2.3. Movilidad forzada

La presencia de la violencia a causa del conflicto armado ha generado en la región del Bajo Cauca una serie de desplazamientos en la población del municipio de Cáceres, lo que se constituye como una situación de vulneración de derechos humanos, estos acontecimientos han aumentado los índices de desempleo, ya que el municipio no cuenta con fuentes directas de empleo, algunas de estas familias desplazadas se han dedicado al trabajo del campo, y se integran con facilidad a la sociedad y a las rutinas diarias, porque residen con familiares que ya hacían parte del municipio; otro inconveniente que se presenta es la situación de salud de este grupo poblacional ya que algunas mujeres víctimas del desplazamiento llegan en estado de embarazo, sin ningún tipo de controles, sin documentación y solo con la declaración en proceso, lo que contribuye a aumentar los índices de morbilidad por bajo peso al nacer, complicaciones durante el parto, sin mencionar los menores que llegan con algún tipo de desnutrición y los adultos mayores en iguales condiciones.

En las áreas urbanas de los municipios del Bajo Cauca Antioqueño se ha venido presentando un proceso de reconfiguración de diferentes facciones armadas que, posterior a la desmovilización del Bloque Mineros y del Bloque Central Bolívar de las AUC, utilizan indistintamente varias denominaciones entre ellas “Autodefensas Gaitanistas de Colombia”, “Los Paisas”, “Los Rastrojos”, “Caparros” “Urabeños” y que están conformadas por reductos no desmovilizados de las AUC, excombatientes que se han rearmado al servicio del narcotráfico, cuyos integrantes son de la subregión del Bajo Cauca o procedentes de otras regiones del país, especialmente de Urabá y Córdoba, quienes se disputan el control territorial para la producción y comercialización de la coca en la subregión.

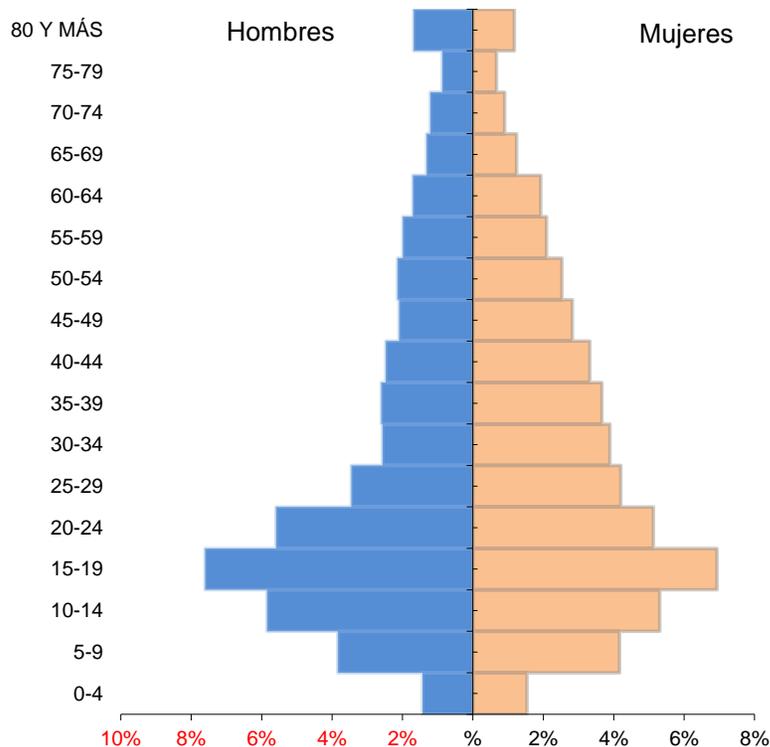
La disputa de estas bandas se ha venido contra la población civil que se ve en medio de dicha confrontación pues se han generado estigmatizaciones y señalamientos que han ocasionado amenazas, desplazamientos y asesinatos, no solo de líderes, sino de personas que han sido catalogadas como colaboradores o pertenecientes a una u otra organización. El accionar de los grupos armados, relacionado principalmente con la disputa por diferentes rentas legales e ilegales, y por el control territorial, ha desembocado en una crisis humanitaria alimentada por el aumento del desplazamiento forzado, los asesinatos, las prácticas de control social, el abuso y la explotación sexual contra niñas, adolescentes y mujeres, sumado al temor a retaliaciones y señalamientos, y falta de conocimiento de las rutas de atención y de los diferentes tipos de violencias sexuales.

La movilidad forzada es un fenómeno complejo que tiene implicaciones humanitarias, sociales y políticas. Las respuestas efectivas a este problema requieren la colaboración y coordinación de la

comunidad internacional, gobiernos, organizaciones no gubernamentales y otros actores relevantes. La búsqueda de soluciones duraderas para las personas desplazadas a menudo implica esfuerzos para abordar las causas subyacentes de la movilidad forzada, la promoción de soluciones duraderas como el retorno voluntario, la integración local o la reubicación.

La movilidad forzada puede tener impactos significativos en la vida de las personas afectadas. Además de la pérdida de hogar y posesiones, los desplazados a menudo enfrentan desafíos psicológicos, sociales y económicos. La falta de acceso a servicios básicos, empleo y educación puede complicar aún más su situación. En la región del Bajo Cauca hay presencia de organizaciones que realizan acciones de intervención para proporcionar asistencia a las personas desplazadas, incluyendo refugio, alimentos, atención médica y servicios de protección.

**Figura 5 Población víctima de desplazamiento por grupo de edad, sexo, municipio de Cáceres, 2022**



Fuente: Registro Único de Víctimas, RUV 202209

El total de las personas víctimas del desplazamiento del municipio de Cáceres para el año 2022 es de 13.586, el mayor número de personas en esta condición, se presentaron en las edades de 10 a 34 años, con 6.867 personas aportando un 50,5 % de la población desplazada del municipio, la cual corresponde a la población joven del municipio. De acuerdo al género, son las mujeres quienes aportan el mayor número de casos con un 51,5%. Es de anotar que los casos de desplazamiento en Cáceres por lo general se dan en familias completas, lo que hace que encontremos víctimas en todos los rangos de edades. La población LGTBI no se encuentra caracterizada dentro de los datos que posee el municipio.

Se evidencia que todos los ciclos vitales han sido víctimas de esta problemática, redundando en afectaciones diferenciales en los aspectos de desarrollo económico y social, configurando riesgos para la salud a partir de los determinantes sociales que emergen de las carencias en acceso a educación, vivienda, atención psicosocial, empleo que derivan a su vez en deserción escolar, consumo de sustancias psicoactivas, aumento de embarazos no deseados por adolescentes, entre otros. En el caso de la población de adolescentes y jóvenes, resulta ser la más afectada con la inducción a la delincuencia por grupos al margen de la ley, así como al consumo de alcohol, drogas, al microtráfico, etc.; y en los grupos de 10 a 14 años la influencia recae en la deserción escolar, la búsqueda del dinero fácil, inducidos a ser informantes de las bandas delincuenciales, siendo explotados mediante el trabajo infantil o incluso a través de la prostitución.

#### 1.2.4 Población LGBTIQ+

De acuerdo a lo dispuesto en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, se da relevancia al grupo de población LGBTIQ+ como grupo de población vulnerable, estos grupos han sido históricamente discriminados y no se hacían visibles en la información estadística oficial, por esta razón es muy limitada la información dispuesta en fuentes oficiales sobre la caracterización de esta población, por lo tanto es indispensable desde los entes territoriales iniciar procesos de identificación y caracterización de la población LGBTIQ+, teniendo en cuenta que las estadísticas sobre diversidad sexual son de reciente inclusión y se encuentran en la frontera del conocimiento en la producción estadística oficial y pueden requerir procesos constantes de aprendizaje, mejoramiento y actualización.

En este sentido para el ejercicio de la construcción del ASIS participativo, se toman algunos datos de encuestas nacionales como “La gran encuesta Integrada de Hogares – GEIH realizada por el DANE, para febrero de 2023, se estima que en Colombia hay un total de 471 mil personas lesbianas, gais, bisexuales, trans y no binarias, lo que equivale al 1,3% de la población mayor de edad en el país.

Otra fuente de información utilizada para este análisis es la dispuesta en la Página de la Organización Colombia Diversa, en la que se presentan datos desagregados por municipios en lo relacionado con los atentados y casos de violencia hacia esta población, en este sentido tenemos que para el municipio de Cáceres, durante el periodo comprendido entre 1993 a diciembre de 2021, la comunidad GBTIQ ha enfrentado situaciones de violencia de forma esporádica, los registros muestran 4 casos. Estos datos, si bien reflejan eventos aislados, resaltan la importancia de continuar trabajando en la promoción de la seguridad y los derechos de la comunidad LGBTIQ+ en el municipio.

El incluir estos grupos poblacionales en los procesos de planeación territorial en salud, es importante garantizar la formulación de acciones y estrategias de intervención específica teniendo en cuenta lo dispuesto en el Decreto 762 de 2018, con relación que al hablar de la identidad de género se “hace referencia a la vivencia individual y personal del género. Es independiente del sexo asignado al momento del nacimiento e incluye la vivencia personal del cuerpo, que puede o no involucrar transformaciones corporales escogidas libremente y teniendo en cuenta otras expresiones de género, tales como la forma de vestir, el modo de hablar y la expresión corporal.

Con relación al aspecto laboral, en el territorio existen pocas fuentes de empleo, que se dificulta en mayor medida para la población LGBTIQ+, debido a la discriminación por causa de su condición sexual; por otra parte, se generan barreras laborales por la no tenencia de la libreta militar, y no existen proyectos productivos sólidos que mejoren e impacten las condiciones materiales de las personas LGBTIQ+ y sus grupos organizados.

Con relación a la educación, existe presión social dentro de las instituciones educativas contra las personas LGBTIQ+, provocando que los jóvenes que deciden exponer su identidad sexual sean víctimas de discriminación y maltrato. Además, son víctimas de matoneo y bullying, generando deserción escolar y prevención para continuar los procesos de formación en la universidad, por otra parte, faltan recursos económicos y convocatorias educativas diferenciales para la población LGBTIQ+ en la región.

### 1.2.5 Población migrante

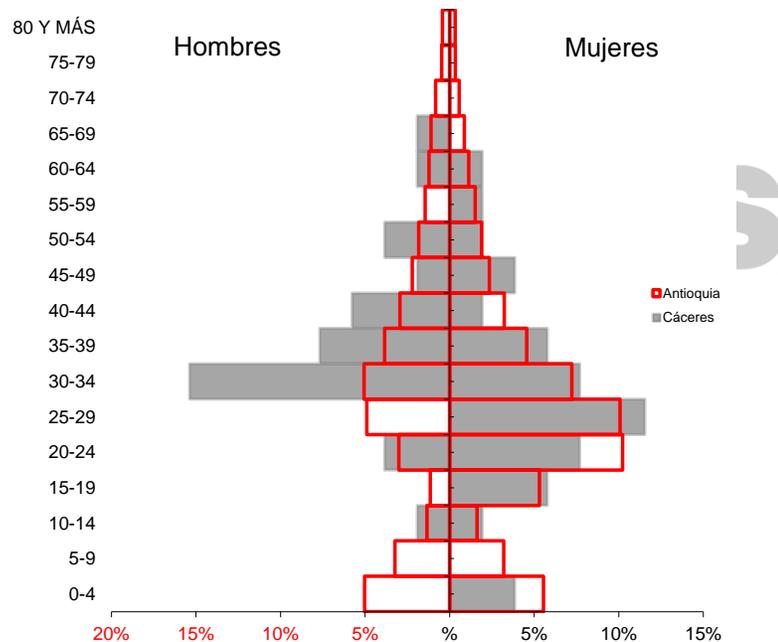
La dinámica migratoria puede tener varias afectaciones a la salud, tanto para las personas que se desplazan como para las comunidades de origen y destino. Estas afectaciones pueden ser el resultado de factores relacionados con el proceso de migración, las condiciones durante el desplazamiento y la adaptación a un nuevo entorno; el proceso de migración, especialmente cuando está motivado por conflictos, persecución o desastres, puede exponer a las personas a situaciones

estresantes y traumáticas, lo que aumenta el riesgo de problemas de salud mental como trastornos de estrés postraumático y depresión.

La mayor dificultad ante el constante flujo migratorio, tanto para la población, como para la entidad territorial y los actores de salud, son las limitaciones para el acceso a los servicios de salud, lo que limita los recursos teniendo en cuenta que es responsabilidad de la entidad territorial garantizar el acceso a los servicios de salud de primer nivel de atención a esta población, debido a que por su condición de migrantes irregulares no pueden acceder al SGSSS, limitando así sus condiciones de vida.

Es fundamental abordar estas afectaciones a la salud a través de políticas y programas que reconozcan las necesidades específicas de las poblaciones migrantes. La colaboración entre los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las agencias internacionales es crucial para garantizar que las personas migrantes tengan acceso adecuado a servicios de salud y apoyo integral. De acuerdo a los registros de atenciones en salud en el municipio de Cáceres el número de población migrante serían sólo de 52 personas, a continuación, se presenta la pirámide poblacional de este grupo de personas:

**Figura 6 Población migrante del municipio de Cáceres y el Departamento de Antioquia, 2021**



Fuente: Datos atención extranjeros 31122021

Como se puede observar en la gráfica 6, en el municipio de Cáceres, se tiene identificada muy poca población migrante que habite en la localidad, 52 personas 23 hombres y 29 mujeres para el año 2021.

- **Atenciones en salud a población migrante**

El análisis de la morbilidad atendida en población migrante está contenida en el anexo 26 de los insumos dispuestos en Sispro-Minsalud, que para el caso del municipio de Cáceres se dispone solo de 23 personas atendidas que generaron 69 atenciones de diferentes tipos, lo que significó una concentración de 3, es decir que cada migrante atendido recibió más de tres tipos de atenciones en un periodo de tiempo. Este número de atenciones no reflejan la magnitud de esta problemática en el municipio, teniendo en cuenta el contexto territorial descrito en el primer capítulo y el carácter receptor del mismo para acoger a los foráneos y extranjeros.

El número de atenciones en cada servicio y las veces que lo demandan determinan el grado de uso de los servicios de salud por parte de la población migrante, y para el municipio de Cáceres, el servicio más solicitado fue el de procedimientos con 71% del total sin ser significativo el peso porcentual sobre el total del departamento en el cual represento el 35%.

La Consulta Externa fue otro de los servicios más utilizados con 14% de las atenciones, 23 puntos menos de lo observado en a nivel del departamento, el servicio de hospitalización representó el 7% de las atenciones, mientras que para el total del departamento representó solo el 4%, y un 3% corresponde a nacimientos.

**Tabla 12 Total de atenciones en salud a la población migrante en el municipio de Cáceres y el departamento de Antioquia, 2021**

Tipo de atención	Cáceres		Antioquia		Concentración Entidad territorial
	2021	Distribución	2021	Distribución	2021
Consulta Externa	10	14%	111.457	37%	0,0%
Servicios de urgencias	2	3%	19.371	6%	0,0%
Hospitalización	5	7%	13.029	4%	0,0%
Procedimientos	49	71%	103.968	35%	0,0%
Medicamentos	1	1%	47.808	16%	0,0%
Nacimientos	2	3%	5.310	2%	0,0%
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>	<b>300.943</b>	<b>100%</b>	<b>0,0%</b>

Fuente: Datos atención extranjeros 31122021

**Tabla 13 Total de atenciones en salud a la población migrante en el municipio de Cáceres y el departamento de Antioquia por lugar de procedencia, 2021**

05120	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	2021
Entidad territorial	Brasil	0	0%	Entidad territorial de referencia	Brasil	178	0%	0,0%
	Ecuador	0	0%		Ecuador	449	0%	0,0%
	Nicaragua	0	0%		Nicaragua	17	0%	0,0%
	Otros	30	57%		Otros	38.372	21%	0,1%
	Panamá	4	8%		Panamá	206	0%	1,9%
	Perú	1	2%		Perú	434	0%	0,2%
	República Bolivariana de Venezuela	13	25%		República Bolivariana de Venezuela	111.897	60%	0,0%
	Sin identificador de país	5	9%		Sin identificador de país	34.106	18%	0,0%
	<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>		<b>Total</b>	<b>185.659</b>	<b>100%</b>	<b>0,0%</b>

Fuente: Datos atención extranjeros 31122021

En la tabla 36, observamos que en el municipio se atendieron para el año 2021, 13 personas de Venezuela, 4 de Panamá, 30 de otros países y 5 sin país identificado.

**Tabla 14 Total de atenciones en salud a la población migrante en el municipio de Cáceres y el departamento de Antioquia por régimen de afiliación, 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	45	84,9	55.721	34,9	0,1%
Subsidiado	0	0,0	9.514	6,0	0,0%
No afiliada	0	0,0	46.767	29,3	0,0%
Particular	0	0,0	26.451	16,6	0,0%
Otro	8	15,1	20.317	12,7	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	0	0,0	316	0,2	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	0	0,0	164	0,1	0,0%
En desplazamiento no asegurado	0	0,0	345	0,2	0,0%
Sin dato	0	0,0	0	0,0	0,0%
<b>Total de migrantes atendidos</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>159.595</b>	<b>100</b>	<b>0,0%</b>

Fuente: Datos atención extranjeros 31122021

En la tabla 37, se puede observar los migrantes atendidos en el municipio para el año 2021, de los cuales 45 pertenecen al régimen contributivo y 8 tiene otro régimen.

### 1.2.6 Población campesina

La población campesina, no solo comprende las personas que se ocupan de la agricultura, ganadería, la trashumancia, las artesanías relacionadas con la agricultura u otras ocupaciones similares, sino que también es importante tener en cuenta el auto reconocimiento por su relación compleja con la

naturaleza, sus territorialidades, así como sus manifestaciones culturales y organizativas. Este grupo poblacional históricamente ha atravesado circunstancias relacionadas con la precariedad estructural en las condiciones materiales de la ruralidad, pasando por ser los sujetos con una mayor victimización del conflicto armado, hasta desembocar en razones de desigualdad material y simbólica frente al particular sistema de derechos multicultural del país.

Son limitadas las fuentes oficiales con que se cuenta para realizar una caracterización de este grupo poblacional, por lo que, desde el Equipo de formulación del ASIS, se sugiere la formulación de un proyecto que permita realizar una plena identificación de la población del municipio de Cáceres bajo un enfoque diferencial, y así formular estrategias de intervención específica a los diferentes grupos poblacionales.

Por lo anterior se parte del análisis de información dispuesta en el Documento de Caracterización Sociodemográfica del Campesinado Colombiano, emitido por el DANE, partiendo de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020, la cual se aplicó en 88.310 hogares, conformados por 267.085 personas, señalando que en Colombia la población que se identifica subjetivamente como campesina equivale al 26,4% de la población mayor de 15 años (10.2 millones), mientras que la población no campesina equivale al 73,6% de la población mayor de 15 años. En lo que respecta al sexo, del total nacional de hombres (15 años o más), el 28,2% son población campesina, en el caso de las mujeres, del total nacional de mujeres (15 años o más), el 24,8% son población campesina. En general, sobre el total de la población campesina, el 48,8% son mujeres y el 51,2% son hombres.

En temas de educación se observa que, del total de población campesina, el 90,7% sí sabe leer y escribir, mientras que el 9,3% no sabe leer ni escribir. En cuanto a las mujeres campesinas, el 90,9% sí sabe leer y escribir, mientras que el 9,1% no. De los hombres campesinos, el 90,4% sí sabe leer y escribir, y el 9,6% no. Se trata de un analfabetismo que de manera preocupante llega casi al 10% de la población campesina.

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

- **Capacidad instalada**

**Tabla 13 Servicios habilitados IPS municipio de Cáceres, 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	3	3	3	3	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia							1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	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	3	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	5	5	5	5	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citológicas cervico-uterinas	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	7	7	7	7	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	3	3	3	3	3	3	3	3
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria					1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia					1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	7	7	7	7	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna					1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología					1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	1	1	1	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	4	4	4	4	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología					1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología					1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	1	1	1	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología					1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	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
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	2	2	2	2	2	2	2	2
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			4					
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	4	4		4	3	3	3	3
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo ( menor a 10 años)	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven ( de 10 a 29 años)	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto ( mayor a 45 años)	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	2	2	2	2	2	2	2	2
	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	5	5	5	5	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	6	6	6	6	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	6	6	6	6	2	2	2	2
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	2	2	2	2	2	2	2	2
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	2	2	2	2	2	2	2	2

Fuente: DANE-SISPRO –MSPS

Respecto a la capacidad instalada, con corte al año 2022, en el municipio de Cáceres, la razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes es de 0,26, reduciéndose 0,20 puntos en comparación con el año 2021, la razón de camas de adulto por 1.000 habitantes es de 0,10 y la razón de camas por 1.000 habitantes es de 0,19

**Tabla 14. Otros indicadores de sistema sanitario municipio de Cáceres, 2022**

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,10	0,26	0,06
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	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,10	0,26	0,06
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,10	0,10	0,10
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Razón de camas por 1.000 habitantes	0,26	0,26	0,25	0,24	0,24	0,33	0,19	0,19

Fuente: DANE-SISPRO –MSPS

- **Sistema sanitario**

Los indicadores del sistema sanitario del municipio de Cáceres que se encuentran en estado crítico dan muestra del especial cuidado que se debe tener con la población infantil, las coberturas de vacunación con BCG entre los nacidos vivos es de solo el 15,7%, mientras que en Antioquia la cobertura es del 89,6%. El 20% de los habitantes del territorio a 2021 no cuentan con afiliación al SGSSS lo cual indica que existen barreras de acceso a los servicios de salud encontrándose este indicador 19 puntos por debajo del departamento. El porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud para el cuidado de la primera infancia es estadísticamente significativo en comparación con el departamento, encontrándose el municipio en peor situación con un 9,7% a diferencia del departamento que es de 4,5%.

Las coberturas de vacunación de los biológicos DPT 3 dosis, Polio 3 dosis y triple viral, no llega al 80%, aunque en estas coberturas no hay diferencias significativas con respecto al departamento, es una situación que requiere del diseño de estrategias para mejorar dichos indicadores, dado que se considera una cobertura óptima por encima del 95%. Es importante mencionar que en la vigencia 2021 se encontraba el país en pandemia por Covid 19, lo que dificultó la aplicación de biológicos en todo el país, y el municipio no fue ajeno a dicha situación. Por lo anterior se debe fortalecer el programa ampliado de vacunación con el fin de obtener coberturas óptimas, como una prioridad dentro del fortalecimiento de la autoridad sanitaria, así como establecer los mecanismos para garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud de la población del municipio.

**Tabla 15 Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del municipio de Cáceres, 2006 – 2021**

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Cáceres	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	4,4																			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE)	4,5	9,7																			
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	99,6	80,2																			
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	89,6	15,7																			
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	85,4	77,4																			
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	84,6	75,2																			
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	84,1	67,9																			
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	87,2	78,8																			
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	99,1	96,7																			
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	99,2	97,8																			

Fuente: Departamento Nacional de Planeación – DNP y DANE

- **Caracterización EAPB**

La población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el municipio de Cáceres en la vigencia 2022 es de 24.671 personas, con una mayor concentración en el régimen subsidiado con el 73,9%, en el régimen contributivo es del 4,3% y el régimen especial y de excepción un 1,1%, para una cobertura total del aseguramiento del 79,4%

**Tabla 16. Población afiliada al SGSS municipio de Cáceres 2022**

RÉGIMEN	VALOR	%
CONTRIBUTIVO	1.351	4,3%
SUBSIDIADO	22.975	73,9%
EXCEPCIÓN Y ESPECIALES	345	1,1%
TOTAL AFILIADOS	24.671	<b>79,4%</b>
POBLACIÓN DANE	31.070	

Fuente: MSPS

A continuación, se relaciona la distribución de usuarios por EAPB, siendo Coosalud quien cuenta con el mayor número de usuarios, con el 83,52%, seguido por la EAPB AIC con el 9,52% de usuarios, el resto se distribuye en las EAPB Savia Salud (3,13%) y Nueva EPS (2,08%)

**Tabla 17 Distribución de usuarios por EAPB. Cáceres 2022**

EAPB	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	EXCEPCION/ESPECIAL	Total general
COOSALUD	1.065	19.778	-	20.843
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	51	2.437	-	2.488
SAVIA SALUD EPS	19	406	-	425
LA NUEVA EPS S.A	348	140	-	488
MAGISTERIO	-	-	338	338
Total general	1.483	22.761	338	24.582

Fuente: MSPS

**Tabla 18. Indicadores trazadores EAPB régimen subsidiado municipio de Cáceres 2020**

Indicador	Numerador	Denominador	Valor
Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	261	580	45,00
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	14	580	2,41
Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	150	580	25,86
Proporción de gestantes con suministro de micronutrientes	123	580	21,21
Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B	37	580	6,38
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	74	580	12,76
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH	261	580	45,00
Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	1.304	5.147	25,34
Proporción de mujeres con consulta de planificación familiar	354	6.298	5,62
Proporción de mujeres con suministro de método de planificación familiar	782	6.298	12,42
Proporción de mujeres con toma de citología cervico uterina	400	5.331	7,50
Proporción de mujeres con toma de mamografía	8	2.113	0,38
Proporción de personas con consulta del adulto	1.011	2.519	40,14
Proporción de personas con consulta del joven	1.367	9.883	13,83
Proporción de personas con consulta por oftalmología	10	1.602	0,62
Proporción de personas con control de placa bacteriana	10.751	23.634	45,49
Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual	1.506	3.727	40,41
Proporción de población con valoración e intervención del riesgo	21.982	24.377	90,18
Razón de condones entregados a personas con ITS	9	20	0,45

Fuente: MSPS

#### 1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

- Políticas públicas municipales

Como parte del fortalecimiento de la autoridad sanitaria es necesario formular o adoptar políticas públicas mediante la utilización de herramientas de planificación estratégica, de gestión y procesos que permitan llevar a cabo las acciones en forma coordinada y realizar un seguimiento que dé cuenta de los avances logrados y así poder medir el efecto de las intervenciones, así como establecer lineamientos técnicos y operativos para enmarcar las acciones y los programas en un periodo determinado, en este sentido desde la Secretaría de Salud del municipio de Cáceres se logra un avance significativo mediante la aprobación y/o adopción de las siguientes políticas públicas municipales:

**Tabla 19 Políticas públicas aprobadas e implementadas. Cáceres**

NOMBRE	TIPO DE ACTO ADMINISTRATIVO	N° DE ACTO ADMINISTRATIVO	FECHA DE ADOPCION
Por medio del cual se adopta la Política Pública de Participación Social en Salud (PPPSS)	Decreto	Nro. 144	28/07/2023
Por medio de la cual se adopta la Política Pública de Discapacidad en el municipio de Cáceres -Antioquia - para la vigencia 2022 -2032	Acuerdo Municipal	Nro. 010	25/11/2022
Por medio del cual se actualiza la Política Pública de Salud Mental, la política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas y ruta futuro pilar 1 del municipio de Cáceres, para el periodo 2021-2031"	Acuerdo Municipal	Nro. 005	4/09/2023
Por el cual se adopta e implementa la Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez en el municipio de Cáceres.	Acuerdo Municipal	Nro. 011	13/09/2019
Por medio del cual se adopta la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional en el municipio de Cáceres para el periodo 2021-2031	Acuerdo Municipal	Nro. 012	3/12/2021
Por medio del cual se adopta la Política Pública de Salud Mental y la Política Integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas del municipio de Cáceres - Antioquia para el periodo 2021-2031	Acuerdo Municipal	Nro. 005	4/06/2021
Por medio del cual se actualiza la Política Pública de Salud Mental, la Política Integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas y ruta futuro pilar 1 del municipio de Cáceres - Antioquia, para el periodo 2021 -2031	Acuerdo Municipal	Nro. 005	4/09/2023

Fuente: Secretaría de Salud Cáceres

- **Agenda 2040**

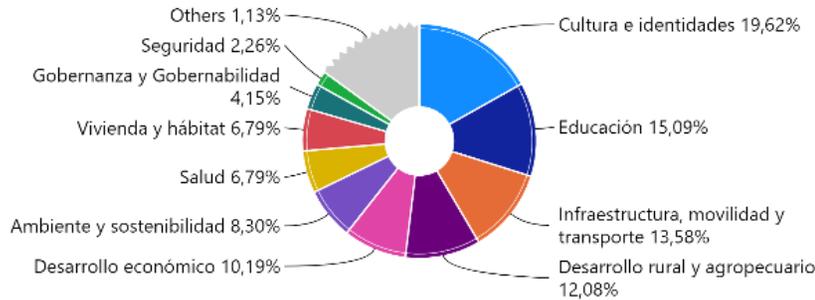
La Agenda Antioquia 2040 tiene como objetivo proyectar la Antioquia que la gente se sueña y trazar una ruta de trabajo como sociedad Antioqueña para alcanzarla; esto implica que la base de esta proyección sea el “Diálogo Social”, siendo necesario para ello, garantizar una amplia convocatoria que permita la escucha activa, la reflexión, la validación, el acuerdo social y una estructura técnica que soporte dicho proceso. A través de cinco pilares específicos que son: territorio de vida, de oportunidades, verde, diverso y unido; los cuales se impulsarán desde 30 movilizadores y 100 caminos estratégicos se plantea la visión de futuro en el departamento, y es el llamado a la acción de este plan. Territorio de vida se relaciona, por ejemplo, con el cierre de brechas en Antioquia, a través de estrategia de educación, salud y soberanía alimentaria; mientras que el de oportunidades tiene un enfoque en la economía verde, desarrollo rural integral y campesinado; y así funciona con cada uno.

A partir del diálogo social, más el ejercicio que se efectuó con el Consejo Rector del departamento, se construyó la Visión 2040 y sus propósitos de futuro en lo que se llama: **Antioquia corazón verde de América, equitativa, educada, competitiva, sostenible, multicultural, y en paz**. Esta estrategia busca potencializar el crecimiento social, ambiental y económico de la región y se contó con la participación de la academia, sector privado y sector público, que estuvieron presentes desde el 2021 con comisiones relacionadas a lo que hoy son los pilares del plan. La Agenda Antioquia 2040 contempla la transformación plena en conectividad física y digital de todos los municipios, los proyectos de autonomía para las mujeres y otros de carácter social, la cobertura universal de servicios públicos, y un plan ambicioso de vivienda para 2040, entre otros.

La Agenda 2040 ha permitido diseñar planes y rutas territoriales, así como conocer los sueños de los habitantes de Antioquia para el año 2040, en el marco de las demandas ciudadanas relacionadas con equidad están vinculadas a temas como salud, desarrollo rural y agropecuario para la seguridad alimentaria, vivienda y hábitat, recreación, deporte y seguridad. La educación y la formación fueron identificados por la sociedad antioqueña como el primer criterio asociado a la visión del desarrollo departamental. También hay una meta ambiciosa es la de representar la noción de qué significa ser antioqueño y qué transformaciones culturales requieren asuntos como, por ejemplo, el propósito de una Antioquia constructora de paz. Esos propósitos van acompañados, a su vez, de una serie de proyectos, algunos que aún están en proceso de formularse

De acuerdo a los resultados de los ejercicios de participación de los diferentes grupos poblacionales del municipio de Cáceres en el marco de la agenda 2040, las demandas sociales para el municipio fueron principalmente en cultura e identidades (19,62%), Educación (15,09), e infraestructura movilidad y transporte (13,58%).

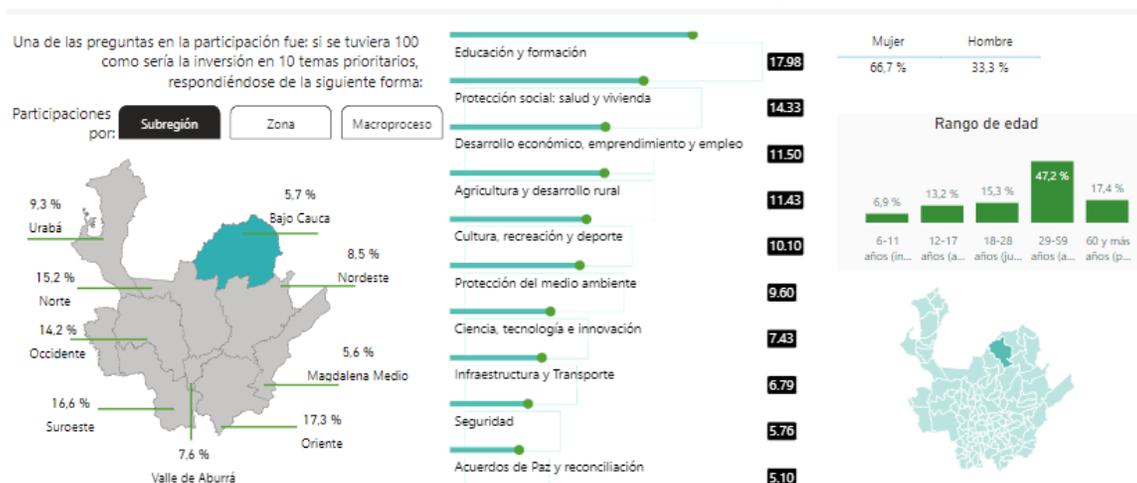
Figura 7. Demandas sociales municipio de Cáceres Agenda 2040



Fuente: Power Bi Agenda Antioquia 2040

En cuanto a las prioridades de inversión, las personas participantes de estos encuentros en el marco de la agenda 2040 en el municipio de Cáceres principalmente mujeres (66,7), manifestaron en un 17,98% que se requiere inversión principalmente en educación y formación, también en protección social: salud y vivienda (14,33%) y en tercer lugar el desarrollo económico emprendimiento y empleo (11,50).

Figura 8. Prioridades de inversión agenda 2040 Municipio de Cáceres



Fuente: Power Bi Agenda Antioquia 2040

## Conclusiones

El municipio de Cáceres está ubicado al noroeste del país, es considerado la capital católica del departamento. Posee un clima cálido tropical con una estación de sequía y una de lluvias a lo largo del año con temperatura promedio anual de 28 °C y picos superiores a 40 °C en temporada canicular. La humedad relativa promedio es de 78%. Estas condiciones posibilitan la aparición de enfermedades transmitidas por vectores, así como la infección respiratoria aguda.

El medio de transporte que prevalece es el terrestre en vías internas en la cabecera municipal en buen estado, vías destapadas para el acceso a algunas veredas, algunos corregimientos y algunas. El estado de la vía terrestre intermunicipal es la troncal de occidente

Para el año 2023 la población del municipio de Cáceres asciende a 30.925 habitantes de los cuales el 52,2% son hombres, y el 47,8% mujeres. El 76,2% (23.574 habitantes) están ubicados en el área rural y el 23,8% (7.341 habitantes) en la cabecera municipal, con una densidad poblacional de 15,5 personas por cada km<sup>2</sup> del territorio, según fuente DANE.

Es importante tener en cuenta que el tipo de pirámide poblacional para el año 2023 en el municipio de Cáceres es progresiva, donde se aprecia un equilibrio entre todos los grupos de edad, consecuencia de una natalidad y mortalidad que se mantienen sin variaciones significativas durante un periodo de tiempo largo. Al comparar la tasa natalidad del año 2005 frente a la del año 2021, se observa una reducción de 12 casos, pasando de 24,1 a 12,9 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, lo que representa una reducción en la población de 0 a 14 años y un aumento en los jóvenes y en los adultos. Por lo que se puede concluir que existe un aumento en la población económicamente activa y se espera que en los próximos años se registre un incremento en la población joven y adulta, por lo que se requiere fortalecer los programas por curso de vida e implementación de acciones individuales y colectivas que permitan el mejoramiento continuo de la calidad de vida en especial en la población adulta y vejez.

Este análisis conduce a la priorización de intervenciones a través de planes, programas y proyectos dirigidos a mitigar los riesgos de niños, niñas y adolescentes, con especial atención a la implementación de las Rutas integrales de atención en salud, de acuerdo con las características de cada ciclo de vida. De igual forma, desarrollar acciones de promoción y prevención que alejen a los jóvenes de problemáticas latentes y crecientes, relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, la delincuencia, el tráfico de drogas, y el pandillismo

La tendencia al envejecimiento de la población, orienta a la autoridad sanitaria y a todos los sectores a tener un enfoque diferencial para garantizar la atención social y el goce de una salud integral para el adulto mayor, apuntando a garantizar una vejez digna, reducir el abandono social y fortaleciendo los programas para la promoción de la salud en la adultez y vejez y la prevención de las enfermedades crónicas o de sus complicaciones, por lo que se hace necesario ampliar las coberturas con calidad de los diferentes programas o acciones en salud que se dirigen a esta población

La tasa de crecimiento natural y de mortalidad, para el año 2021 se encuentran con valores muy cercanos, en donde por cada 1.000 habitantes de la población total, su tamaño crece en 7,3 personas y por cada 1.000 habitantes de la población, mueren en un año 6 personas, lo que puede significar que la población de relevo se mantiene estable en los próximos años si se conserva esta tendencia.

El municipio es aún joven, a pesar de una disminución progresiva de la natalidad y una mortalidad estable, lo cual nos lleva a un crecimiento natural tendiente a la disminución.

Se observa una disminución de la población de niños y adolescentes y un aumento progresivo de la población perteneciente a la adultez (27 - 59 años) con un 36,7% en el año 2023, lo que amerita el establecimiento de políticas públicas que favorezcan la atención integral para esta población en este grupo de edad.

En cuanto a la distribución de la población por grupo de edad y sexo, se puede observar que los hombres predominan en casi todos los grupos de edad, solo en el grupo edad de 25- 45 años lo hacen las mujeres, en este grupo de edad está concentrada la mayoría de la población en un 26,5%, seguido del grupo de edad de los 5 a los 14 años con un 22,0%. Por lo anterior, es de suma importancia prestar atención al cuidado de los niños, los cuales requieren buenos hábitos de salud como vacunación, crecimiento y desarrollo, educación y respeto por sus derechos fundamentales y cuidado especial a su integridad.

El crecimiento de la población económicamente activa requiere las intervenciones para generar y promover el empleo digno, estimular el emprendimiento y formalización como reto importante para fortalecer la capacidad económica de las familias que le permitan acceder a una buena calidad de vida, que se traduzca en una buena salud.

En el municipio de Cáceres, la implementación de políticas públicas demuestra un compromiso con el bienestar integral de la comunidad, abordando diversas temáticas cruciales, la adopción de la Política de Participación Social en Salud destaca la importancia de involucrar a la comunidad en decisiones



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

relacionadas con su bienestar, fortaleciendo la transparencia y la colaboración en el ámbito de la salud pública, así mismo, la Política Pública de Envejecimiento y Vejez, señala un enfoque hacia la atención y el respeto a las personas mayores, reconociendo sus necesidades específicas. La existencia del Comité Municipal de Discapacidad y su Política Pública evidencian un esfuerzo por garantizar la inclusión y el apoyo a aquellos con capacidades diferentes.

Considerando estos logros, sería beneficioso evaluar la posibilidad de ampliar el alcance de las políticas públicas para abordar otras temáticas relevantes, así como mejorar la gestión para garantizar su eficacia y sostenibilidad a largo plazo. La revisión constante y la adaptación de estas políticas pueden contribuir significativamente a la resolución de conflictos y problemáticas emergentes, consolidando un marco sólido para el desarrollo y la equidad en el municipio de Cáceres.



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

### 2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

- **Ocupación / empleo**

De acuerdo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida del Departamento de Antioquia para el 2019, la tasa de desempleo de Cáceres es del 5.92%, ubicándose muy por debajo de la tasa de desempleo de la subregión del Bajo Cauca, 9.1%, y también por debajo de la del Departamento de Antioquia. Esto sin duda pone al municipio en una situación favorable en comparación con otros casos, no obstante, es importante tener en cuenta que el mercado laboral en el municipio es bastante informal, considerando como ocupado formal a los trabajadores que son afiliados como cotizantes a salud y pensión. La tasa de informalidad de Cáceres es del 92.2%, mientras que en el Bajo Cauca es del 94.6%. Esto implica que el 92.2% de los trabajadores no podrían acceder a subsidios al cesante en caso de quedar desempleados. El PIB para 2018 de Cáceres es cercano a los 400 mil millones de pesos. La estructura productiva del municipio indica que el sector minero aporta el 28% del valor agregado. Mientras que el sector agropecuario el 17%, el sector de servicios sociales, comunales y personales el 13%.

### 2.2 Condiciones de vida del territorio

Las condiciones de vida son analizadas a través de los indicadores de cobertura de servicios de electricidad, acueducto, alcantarillado y calidad del Agua, oficialmente estos indicadores son tomados del Censo DANE 2018 y otras fuentes del sistema de único de información SUI, sin embargo es importante decir que a pesar que en los últimos años se han realizado grandes esfuerzos sobre todo en materia de electrificación y acueducto, aun este indicador se encuentra en estado crítico frente al departamento, esto por la baja cobertura que hay en la zona rural.

Así se tiene que las coberturas de acueducto y alcantarillado se encuentran en peor situación al compararlo con los indicadores departamentales, por razones antes mencionadas, situación que incide en el incremento de las enfermedades infecciosas de origen hídrico, además de las ocasionadas por prácticas inadecuadas en el almacenamiento de agua por la falta del servicio domiciliario especialmente en zona rural. Las inadecuadas condiciones higiénico-sanitarias del ambiente se convierten también en un riesgo para la proliferación de vectores responsables de enfermedades infecciosas como la leptospirosis, entre otras.

Se debe resaltar que la problemática se agudiza en la zona rural donde la cobertura se ve disminuida por ausencia de sistemas de alcantarillado o el direccionamiento de estos a fuentes de agua, o problemas de saneamiento por inadecuado manejo de sistemas séptico y pozos artesanales y por la administración, muchas veces improvisada, de las comunidades de los sistemas de acueductos veredales, ya que las empresas prestadoras del servicio no cubren estas zonas. La ampliación y optimización de los sistemas y del servicio se hace una necesidad no solo para ampliar la cobertura sino el recaudo y con ello mejorar condiciones de habitabilidad, la protección de fuentes hídricas, el no uso de pozos artesanales, la potabilización del agua para consumo humano y tratamiento de aguas residuales y con ello evitar posibles problemas de saneamiento

**Tabla 19 Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida de Cáceres por área de residencia, 2021**

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	100,0	85,4
Cobertura de acueducto	56,8	12,6
Cobertura de alcantarillado	56,8	27,6

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas 2021

**Tabla 20 Determinantes intermedios de la salud, condiciones de vida de Cáceres 2018-2020**

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	Cáceres
Cobertura de servicios de electricidad	99,4	94,7
Cobertura de acueducto	90,3	26,7
Cobertura de alcantarillado	80,9	36,9
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	6,7	28,4
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	13,1	43,6
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	14,3	35,9

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas 2020

- **Disponibilidad de alimentos**

Para los determinantes relacionados con la disponibilidad de alimentos, se toma la información del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer para hacer el comparativo con el departamento; esta condición se constituye en una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, teniendo en cuenta que el bajo peso al nacer es una causa multifactorial, entre los múltiples factores asociados se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, las alteraciones fetales, así como los problemas ambientales.

En este sentido la proporción para el municipio de Cáceres en relación al departamento es inferior en todos los años analizados, sin embargo, el porcentaje de bajo peso al nacer en el municipio de Cáceres registra un comportamiento estable en la zona urbana, mientras que en la zona rural se registra un incremento significativo a partir del año 2011 hasta terminar el año 2018, para el año 2020 la proporción de nacido vivos con bajo peso al nacer es del 5,8%.

**Tabla 21 Determinantes intermedios de la salud-seguridad alimentaria del municipio de Cáceres, 2006 – 2020**

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	Cáceres	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	5,8	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

### Coberturas de vacunación

- **Cobertura de vacunación Plan Ampliado de Inmunizaciones – PAI**

El control de las enfermedades inmunoprevenibles comprende el continuo compromiso y participación tanto de la institucionalidad como de la comunidad, independiente de la diversidad étnica, de género, cultural y geográfica, para garantizar coberturas de vacunación óptimas, garantizando que los beneficios de la vacunación se extiendan en forma equitativa en toda la población objeto, para así, disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades inmunoprevenibles.

En este sentido es importante resaltar la importancia de la inmunización contra el sarampión y la rubéola, que a pesar de ser dos enfermedades eliminadas en la región de las Américas, y que

Colombia fue certificada como país libre de circulación autóctona del virus del Sarampión y la Rubéola en el 2014 y ratificada en septiembre de 2019; sin embargo, ante la alerta epidemiológica emitida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y al riesgo que representan los casos importados y relacionados con la importación en el país, se requiere continuar fortaleciendo las acciones de búsqueda de población susceptible, puesta al día con las dosis del esquema permanente de vacunación correspondientes para la edad y coberturas de vacunación iguales o superiores al 95% en el municipio, que para el municipio de Cáceres se alcanza una cobertura del 100%.

Para la cobertura del Programa en el municipio de Cáceres, se toma la información dispuesta en la Página de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, siendo la más actualizada la del año 2022.

**Tabla 20. Coberturas de vacunación PAI. Cáceres 2022**

POLIO	<b>3a Dosis</b>	<b>%</b>
	370	85,6%
DPT	<b>3a Dosis</b>	<b>%</b>
	383	88,7%
BCG	<b>Dosis Unica</b>	<b>%</b>
	66	15,3%
HEPATITIS B	<b>3a Dosis</b>	<b>%</b>
	383	88,7%
Haemophilus Influenzae b	<b>3a Dosis</b>	<b>%</b>
	383	88,7%
ROTA VIRUS	<b>3a Dosis</b>	<b>%</b>
	399	92,4%
NEUMOCOCO	<b>2a Dosis</b>	<b>%</b>
	437	101,2%
SRP	<b>Dosis Unica</b>	<b>%</b>
	451	100,9%
FIEBRE AMARILLA	<b>Dosis Unica</b>	<b>%</b>
	244	54,6%
HEPATITIS A	<b>Dosis Unica</b>	<b>%</b>
	453	101,3%
Difteria, tétanos y tosferina DPaT	<b>Dosis única</b>	<b>%</b>
	302	69,9%
Influenza	<b>Dosis única</b>	<b>%</b>
	307	71,1%
VARICELA	<b>Dosis Unica</b>	<b>%</b>
	448	100,2%

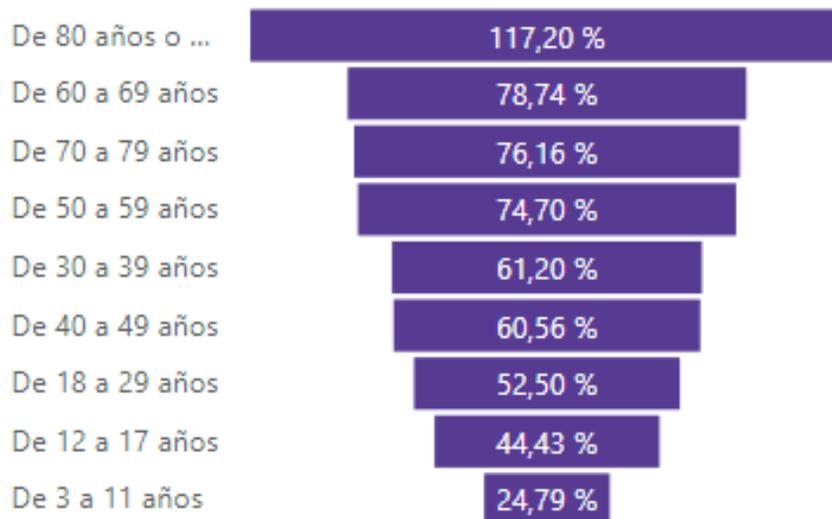
Fuente: <https://dssa.gov.co/coberturas-de-vacunacion>

- Cobertura de la vacunación contra el COVID-19

En el municipio de Cáceres, desde el inicio del proceso de vacunación con Covid-19 en febrero de 2021 y con corte al 26 de noviembre de 2023, se han aplicado 35.812 dosis de vacunas; a la fecha se cuenta con 15.615 personas con esquema completo, de estos el 51% son mujeres y el 47,5% son hombres, en cuanto a la distribución por grupo de edad, es el grupo de 18 a 29 años con mayor número de personas que han completado esquema de vacunación. La cobertura general de vacunación Covid-19 en el municipio de Cáceres es de 49,11%, por lo que se hace necesario fortalecer las acciones de promoción frente a la importancia de la vacunación, así como para desestimar estigmas que aún persiste en algunos grupos de población frente a la inmunización para esta enfermedad. Con respecto a la cobertura de vacunación en la población por grupos de edad, en la población mayor han completado esquema, mientras que los grupos restantes no alcanzan coberturas superiores al 79%

**Figura 9 Pirámide de la población con dosis aplicadas de Covid 19 Cáceres 2023**

### Cobertura por grupo de edad



Fuente: MSPS 2023

## Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

El concepto de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de las personas, estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud; la exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud.

Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano inclusivo en la Región y obstaculizan las estrategias de lucha contra la pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. La discriminación racial y por razón de género agrava aún más la exclusión social y la inequidad.

- **Cobertura Bruta de educación**

Los indicadores de coberturas en educación que presenta el municipio de Cáceres frente al departamento de Antioquia, implican para el gobierno local un reto de grandes proporciones y un replanteamiento de las diferentes estrategias que hoy se tiene, con el fin de reconsiderar ajustes que sean efectivos y pertinentes, teniendo en cuenta que el gobierno nacional a través de la Estrategia Gratuidad en la Educación, ha querido y obliga a los entes territoriales a hacer reducción en el analfabetismo y la tasa de deserción escolar, que hoy por hoy a nivel de país se convierten en un elemento de gran trascendencia y de alto riesgo para ser caldo de cultivo de las situaciones sociales generadas por diferentes causas de distintos órdenes en otros aspectos del desarrollo económico y social del país.

Es bastante preocupante el comportamiento del porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP – DANE 2018) que presenta un porcentaje bastante alto, situación que está relacionada con la deserción escolar en este grupo poblacional, originada esta por factores económicos y sociales ligados a la dinámica social y de orden público que presenta el municipio, generados por la presencia de grupos armados alrededor de las instituciones educativas, en áreas rurales y urbanas, lo que genera riesgos de protección y de deserción escolar para NNA y docentes. La deserción escolar ha ido en aumento en diferentes zonas del municipio desde el año 2019, relacionados con el temor a los enfrentamientos armados junto a las escuelas o a los ataques directos, como los ocurridos en los corregimientos de Piamonte, Puerto Bélgica y Guarumo, así como los frecuentes casos de

desplazamiento forzado individual que han dejado despoblados algunos espacios rurales y urbanos - como en los corregimientos Manizales y Piamonte; otro factor desencadenante para esta situación es lo relacionado con la economía, en el sentido que por el nivel de vulnerabilidades económicas familiares, han llevado a los menores a ser inmiscuidos en prácticas de trabajo infantil, en particular, esta situación se agravó tras el cierre de las escuelas en el marco de la pandemia por COVID durante 2020 y parte del 2021, pues tras la reapertura de éstas varios menores no regresaron a sus actividades académicas.

**Tabla 22 Tasa de cobertura bruta de educación del Municipio de Cáceres, 2005 – 2021**

Eventos de Notificación Obligatoria	Antioquia	Cáceres	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	31,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	☑	☑	-	-
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	105,4	101,0	-	-	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	119,6	98,6	-	-	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	90,7	66,8	-	-	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas 2021

### Pobreza NBI

Según el DANE La metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI busca determinar, con ayuda de algunos indicadores simples, si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas; para el municipio de Cáceres para el año 2021, en el que se cuenta con 49,8% de personas con NBI, mientras que en el departamento de Antioquia fue de 10,73%, siendo evidente la identificación de ciertas carencias críticas y la caracterización de la pobreza de la población Cácerense, asociadas estas con la infraestructura de servicios, la alimentación, las condiciones de vivienda, los niveles educativos y las condiciones sanitarias. El índice de pobreza multidimensional para el municipio de Cáceres, de acuerdo a la información dispuesta por el DANE para el año 2018 era de 66,4% (61% de la cabecera municipal, y 68% de los corregimientos y zonas rurales), además de las afectaciones por el conflicto armado, la falta de empleos formales dificulta la generación de ingresos monetarios en el municipio.

Por otra parte, la presencia y las acciones descritas de los grupos armados en los territorios han generado pérdida de cultivos y semillas, e incapacidad de sembrar o cosechar en los tiempos

adecuados a comunidades indígenas y campesinas víctimas de desplazamiento, confinamiento y restricciones a la movilidad hacia zonas de cultivo. La misma situación se vive derivada de los retenes de control e imposición de normas de los grupos armados sobre las actividades económicas ligadas a los ríos Cauca, Nechí y afluentes, ocasionando impedimentos a la pesca, retenes ilegales, extorsión, establecimiento de horarios, entre otros.

### 2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

- **Condiciones factores, psicológicos y culturales**

Para los factores psicológicos y culturales, se establecen los determinantes relacionados con el comportamiento en la incidencia de violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer, en estos dos indicadores el año 2020 muestran tasas inferiores en relación con el departamento, comportamiento generado por las acciones que se vienen desarrollando desde el componente de salud mental, en este sentido se reactivó el comité de salud mental y prevención de sustancias psicoactivas, además se formuló y se puso en marcha la política pública de salud mental y prevención de sustancias psicoactivas, con la participación de diferentes actores se han venido realizando actividades de promoción y prevención de la salud mental dirigidas a la población en general, pero haciendo énfasis en niñas, niños, adolescentes y jóvenes, donde se focalizan gran parte de la problemática social que vive el municipio de Cáceres.

Se han realizado, talleres, foros, capacitaciones, ferias e intervenciones directas a toda esta población vulnerable de la ciudad, dentro del equipo de trabajo se cuenta con profesionales diversos que apoyan de manera continua y permanente todos los planes programas y proyectos coordinados por el comité de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas. De igual forma, en el año 2022 se pone en marcha la Estrategia Salud para el alma, estrategia de coordinación intersectorial con la Secretaría de Salud Departamental y otras instituciones.

**Tabla 21 Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del municipio de Cáceres 2020**

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Cáceres
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Intituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2020	35,3	3,3
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Intituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) 2019	118,9	7,0

Fuente: SISPRO

### 3. CAPITULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES

#### 3.1 Análisis de la morbilidad

##### 3.1.1 Principales causas y subcausas de morbilidad

Se realizó un análisis de la morbilidad agrupada, de 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, y del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – Sivigila, y otra información que contribuye al análisis de la morbilidad en el Municipio.

- **Principales causas de morbilidad**

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, la cual permitió 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 incluyó todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; así como condiciones mal clasificadas.

- **Morbilidad atendida**

Durante el periodo comprendido de 2009 a 2022, en el municipio de Cáceres se llevaron a cabo 270.826 atenciones en salud, de acuerdo con los RIPS. El mayor número de atenciones se realizó a la población del ciclo vital Adultez con 93.927 atenciones lo que representa un 34,7%, seguido de las personas de 60 y más años, 57.158 atenciones para un 21,1%, la principal gran causa de acuerdo con el número de atenciones en el periodo, de acuerdo a la población total, es el grupo de las enfermedades no transmisibles con un 54,9%, seguida de las condiciones transmisibles y nutricionales con un 13,5% y condiciones mal clasificadas con 12,9%, evidencia falencias el diagnóstico sesgando el análisis de las causas de morbilidad. En el año 2022, las enfermedades no transmisibles aportaron el 43,8% de las atenciones en Cáceres, las Condiciones mal clasificadas el 19,0%, las Condiciones transmisibles y nutricionales el 19,0%, las lesiones 14,9% y las condiciones perinatales el 3,3%.

### Primera infancia (0 – 5 años)

Las Condiciones transmisibles y nutricionales durante el periodo 2009-2022 representaron la mayor morbilidad en este ciclo vital durante el periodo, con una proporción de atenciones de 38,8%, para el año 2022 reportan una proporción de 36,4% ocupando el primer puesto, aumentando 6,69 puntos porcentuales respecto al año 2021; en el segundo lugar en el periodo están las enfermedades no transmisibles con el 28,7% de las atenciones en el periodo, igualmente se establece como segunda causa en el año 2022 con una proporción de 28,0%, disminuyendo 6,24 puntos porcentuales respecto al año 2021; en el tercer lugar están las condiciones perinatales con un 16,6%.

### Infancia (6 a 11 años)

En este ciclo, la mayor proporción de atenciones en el periodo 2009 - 2022 se registraron para las Enfermedades no transmisibles con el 42,7% y el 43,5% en el año 2022, año en que disminuye 2,70 puntos porcentuales respecto al año 2021; en el segundo lugar están las Condiciones transmisibles y nutricionales seguido de las Condiciones mal clasificadas. Adolescencia (12 – 18 años) En adolescentes las Enfermedades no transmisibles son la principal causa de morbilidad con 53,37% de las atenciones de 2009 a 2021 y el 59,11% para el último año. En segundo lugar, se ubican las Condiciones mal clasificadas con el 23,9% en el periodo y 22,9% en el año 2022, aumentándose respecto al año 2021 en 0,28 puntos porcentuales; en tercer lugar, están las Condiciones transmisibles y nutricionales con el 16,3% en el año 2022.

### Juventud (14 a 26 años)

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo 2009 – 2022 en el ciclo vital Juventud con el 41,3% de las atenciones, las cuales en el año 2022 fueron 38,8%; en segundo lugar, están las condiciones perinatales con 27,3%, en el periodo y 27,0% en el año 2022, aumentándose 4,27 puntos porcentuales respecto al año 2021; y en tercer lugar se encuentran las Condiciones mal clasificadas con el 14,3% en el año 2022.

### Adulthood (27 a 59 años)

En el ciclo vital adultez, se reportaron el mayor número de atenciones por enfermedades no trasmisibles, por lo que están en primer lugar en este grupo con una proporción de atenciones de 53,7% en el año 2022, registrando una reducción frente al año 2021 de 6,04 puntos porcentuales; en

el segundo lugar están las condiciones mal clasificadas con el 21,2% y en un tercer lugar están las condiciones perinatales con una proporción de 13,5% en el año 2022.

### Persona mayor (>60 años)

Para este ciclo vital durante el periodo de estudio 2009 - 2022 la gran causa enfermedades no transmisibles generó el mayor número de atenciones con una proporción de 71,3%, para el año 2022, en segundo lugar, en el periodo correspondió a las condiciones mal clasificadas con una proporción de 13,6%, para el año 2022.

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

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. Consulta al CUBO RIPS – SISPRO, MSPS

- **Principales causas de morbilidad en hombres**

### **Primera infancia (0 – 5 años)**

Las Condiciones transmisibles y nutricionales durante el periodo 2009 - 2022 representaron la mayor morbilidad en este ciclo vital en los hombres durante el periodo con una proporción de atenciones de 38,9%, para el año 2022 se reporta una proporción de 33,1% ocupando el primer puesto, aumentando 1,91 puntos porcentuales respecto al año 2021, el segundo lugar en el periodo están las condiciones no transmisibles con el 27,8% de las atenciones en el periodo, para el año 2022 tiene una proporción de 29,7%, disminuyendo 3,69 puntos porcentuales respecto al año 2021, en el tercer lugar están las condiciones mal clasificadas con 14,8% en el año 2022.

### **Infancia (6 a 11 años)**

En este ciclo, para el sexo masculino, la mayor proporción de atenciones en el periodo 2009 - 2022 se registraron para las Enfermedades no transmisibles con el 41,1% y el 41,1% en el año 2022, año en que disminuye 0,35 puntos porcentuales respecto al año 2021, en el segundo lugar en este grupo de edad en el municipio de Cáceres, están las Condiciones mal clasificadas, con un 21,9% en el año 2022, seguido por las lesiones con un 19,2%.

### **Adolescencia (12 – 18 años)**

En adolescentes las Enfermedades no transmisibles son la principal causa de morbilidad en hombres con 41,0% de las atenciones durante el periodo 2009 a 2022 y el 29,3% para el último año, en segundo lugar, se ubican las condiciones mal clasificadas 25,8% de concentración de atenciones durante periodo, mientras que para el año 2022 fue la causa que aportó mayor número de consultas, con el 33,8% de las atenciones en el año 2022 y con un incremento significativo de 15,42 puntos porcentuales con relación al año 2021, y en tercer lugar están las Condiciones trasmisibles y nutricionales con un 16,8% del total de las consultas para el año 2022.

### **Juventud (14 a 26 años)**

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención en hombres durante el periodo 2009 – 2022 en el ciclo vital Juventud con el 43,5% de las atenciones, las cuales en 2022 fueron 42,9%; en segundo lugar, están las Condiciones transmisibles y nutricionales con 13,0%, en el



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

periodo y 18,5% en el año 2022, aumentando 7,94 puntos porcentuales respecto al año 2021; y en tercer lugar se encuentran las Condiciones mal clasificadas con un 15,6% para el año 2022.

### Adulthood (27 to 59 years)

In the adult life cycle for men, the highest number of attendances for non-communicable diseases was reported, as they are in first place in this group with a proportion of 59,7% in the period and 52,1% in the year 2022, recording a slight decrease compared to 2021 of 4,25 percentage points, in second place are the communicable and nutritional conditions with a proportion of 9,8% in the period and 18,5% in the year 2022, increasing by 2,18 percentage points compared to 2021, in third place are the poorly classified conditions with a 15,6% in the year 2022 for the adult group.

### Older person (>60 years)

For this life cycle in men, during the study period 2009 - 2022 the main cause of non-communicable diseases generated the highest number of attendances with a proportion of 71,4%, for the year 2022 the proportion of attendances for this cause was 67,9%, decreasing slightly by 4,15 percentage points compared to 2021; the second place in the period corresponded to the poorly classified conditions with a proportion of 13,7%, for the year 2022 a concentration was recorded compared to the other causes of 14,1%, followed by the communicable and nutritional conditions with a 9,4% in the year 2022.

Tabla 23 Principales causas de morbilidad en hombres, Cáceres 2009 – 2022

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

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. Consulta al CUBO RIPS – SISPRO, MSPS

• Principales causas de morbilidad en mujeres

Primera infancia (0 – 5 años)

Las Condiciones transmisibles y nutricionales durante el periodo 2009 - 2022 representaron la mayor causa de morbilidad en este ciclo vital en las mujeres durante el periodo, con una proporción de atenciones de 38,8%, para el año 2022, reportan una proporción de 40,4%, aumentando significativamente 12,55 puntos porcentuales respecto al año 2021, el segundo lugar en el periodo

están las condiciones no transmisibles con el 29,8% de las atenciones en el periodo, con una proporción de 25,9% en el año 2022, disminuyendo 9,37 puntos porcentuales respecto al año 2021 y en el tercer lugar están las condiciones mal clasificadas con 13,5% en el año 2022.

### **Infancia (6 a 11 años)**

En este ciclo, para el sexo femenino, la mayor proporción de atenciones en el periodo 2009 - 2022 se registraron para las Enfermedades no transmisibles con el 44,5% y el 46,1% en el año 2022, año en que disminuye 5,27 puntos porcentuales respecto al año 2021, en el segundo lugar están las condiciones mal clasificadas con 24,5% en el periodo y 23,9 % en el año 2022, seguido por las condiciones trasmisibles y nutricionales con un 15,0% en el año 2022.

### **Adolescencia (12 – 18 años)**

En adolescentes las Enfermedades no transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad en mujeres con 41,4% de las atenciones durante el periodo 2009 a 2022 y el 30,6% para el último año, en segundo lugar, en este grupo se ubican las Condiciones mal clasificadas con el 28,1% durante el periodo y 37,1% en el año 2022, aumentado respecto a 2021 en 15,15 puntos porcentuales, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales con el 8,0% en el año 2022

### **Juventud (14 a 26 años)**

Las Enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención en mujeres durante el periodo 2009 – 2022 en el ciclo vital Juventud con el 42,7% de las atenciones, las cuales en el año 2022 fueron 37,2%; en segundo lugar, están las Condiciones maternas con 19,6%, en el periodo y 37,1% en el año 2022, incrementándose en 5,38 puntos porcentuales respecto al año 2021; y en tercer lugar se encuentran las condiciones mal clasificadas con el 13,7% en el año 2022.

### **Adulthood (27 a 59 años)**

En el ciclo vital adultez en mujeres, se reportaron el mayor número de atenciones por enfermedades no trasmisibles, por lo que están en primer lugar en este grupo con una proporción de atenciones de 64,2% el periodo y 54,3% en el año 2022, registrando una disminución frente al año 2021 de 6,81 puntos porcentuales; en el segundo lugar están las condiciones mal clasificadas con una proporción de 20,5% en el periodo y 23,6% en el año 2022, aumentando en 4,16 puntos porcentuales respecto al año 2021; seguido por las condiciones transmisibles y nutricionales con un 11,3% en el año 2022.

Persona mayor (>60 años)

Para este ciclo vital en las mujeres, durante el periodo de estudio 2009 - 2022 la gran causa enfermedades no transmisibles generó el mayor número de atenciones con una proporción de 74,4% durante el periodo analizado, y de 73,9% para el año 2022, disminuyendo levemente respecto al año 2021; el segundo lugar en el periodo correspondió a las condiciones mal clasificadas con una proporción de 14,3% en el periodo y un 13,2% para el año 2022, y en tercer lugar están las condiciones transmisibles y nutricionales con 7,9% en el año 2022.

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

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. Consulta al CUBO RIPS – SISPRO, MSPS

- **Morbilidad específica por subgrupo**

Para el análisis de la morbilidad específica por subgrupo se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupada por los códigos CIE10 modificada por el MSPS, se realizó estimación de cambios en las proporcionales durante el periodo 2009 a 2022.

### **Condiciones trasmisibles y nutricionales**

Se inicia el análisis con las condiciones trasmisibles y nutricionales, siendo las infecciosas y parasitarias la principal sub causa en este grupo, este comportamiento es el mismo en población total, hombres y mujeres del municipio de Cáceres, presentando un comportamiento fluctuante durante todo el periodo de análisis, con una concentración del 45,1% durante el periodo y un 56,1% para el año 2022 con una disminución de 8,89 puntos porcentuales con respecto al año 2021; en hombres en el año 2022 el 55,3% de la morbilidad atendida relacionada a condiciones trasmisibles y nutricionales estuvo directamente asociada a las enfermedades infecciosas y parasitarias, disminuyendo con respecto al año 2021 10,55 puntos porcentuales. En mujeres esta causa específica (Enfermedades infecciosas) presenta un comportamiento similar al grupo de los hombres, con un 56,9% de concentración para el año 2022.

La segunda causa de morbilidad específica en el grupo de las enfermedades trasmisibles y nutricionales son las infecciones respiratorias en población total, este porcentaje ha sido irregular durante el periodo de observación y ha oscilado entre 66,2% en el año 2012, y 29,9% en el año 2021, para el año 2022 registra un 35,3% del total de las atenciones. En hombres, las infecciones respiratorias también ocupan el segundo lugar en causas de morbilidad en el año 2022, con 37,7% de la morbilidad atendida por estas causas, similar comportamiento registra las mujeres con un 33,0% en el año 2022, con un leve incremento de 2,57 puntos porcentuales en comparación con el registrado en 2021.

Con respecto a las deficiencias nutricionales, se consideran la tercera causa de consulta en el grupo de las enfermedades trasmisibles y nutricionales, en los grupos de población total, en hombres y en mujeres se evidencia un leve aumento de este indicador en los últimos años de observación y la proporción en el 2022 es mayor en mujeres, que en el total de población y en hombres.

### **Condiciones materno-perinatales**

La subcausa condiciones maternas generó el mayor número de atenciones, en el grupo de las mujeres con una proporción de 90,0% en el año 2022, y con una disminución de 3,11 puntos porcentuales con respecto al año 2021; en el grupo de los hombres la principal causa son las condiciones derivadas durante el periodo perinatal, con una proporción de 92,6%, para el año 2022, mostrando una disminución de 1,46 puntos porcentuales respecto al año 2021.

### Enfermedades no transmisibles

En población general, La subcausa enfermedades cardiovasculares generó el mayor número de atenciones durante el año 2022, con una proporción de 22,2%, con un incremento de 3,31 puntos porcentuales con relación al año 2021, el segundo lugar para este mismo año correspondió a la subcausa de enfermedades genitourinarias con una proporción de 15,3%.

En el grupo de los hombres, para el período de estudio, la subcausa enfermedades cardiovasculares presentó la mayor proporción de atenciones con 23,2%, aumentando 2,71 puntos porcentuales con respecto al año 2021. Igual que en el total de la población la segunda subcausa durante el periodo de estudio correspondió a las enfermedades genitourinarias con una proporción de 16,3% para el año 2022, sin variaciones significativas con respecto al año.

En el grupo de las mujeres, para el período de estudio 2009 – 2022 la subcausa enfermedades cardiovasculares presentó la mayor proporción con 20,5% en el año 2022, mientras para el año 2021 la proporción reportada de atenciones por esta subcausa fue de 16,0%, la segunda subcausa durante el periodo de estudio en mujeres correspondió a las enfermedades genitourinarias con una proporción de 13,6% en el año 2022.

### Lesiones

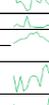
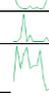
Con respecto a esta gran causa, durante el periodo 2009 - 2022 la subcausa traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas concentró el mayor número de atenciones en población general con una proporción de 94,6% en el año 2022, con un incremento de 1,88 puntos porcentuales respecto al año 2021, en segundo lugar, para el periodo correspondió a la subcausa lesiones no intencionales con una proporción de 3,8% en el año 2022.

En cuanto a los hombres, la subcausa traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas también fue la que presentó la mayor proporción de atenciones con 91,4% en el año 2022, con una disminución de 2,77 puntos porcentuales respecto al año 2021, así mismo la

segunda subcausa de morbilidad en hombres del municipio de Cáceres durante el año 2022 correspondió a las lesiones no intencionales con una proporción de 5,3% en el año 2022.

En las mujeres, al igual que en hombres y población general la subcausa traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas presentó la mayor proporción con 96,9% en el año 2022, con un incremento significativo de 4,98 puntos porcentuales con relación al año inmediatamente anterior, la segunda subcausa en atenciones para mujeres durante el el año 2022 fueron las lesiones no intencionales con una proporción de 2,9%.

**Tabla 25 Principales causas de morbilidad específica total, Cáceres 2009 – 2022**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													A PP 2021- 2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	30,29	48,15	30,02	25,81	55,12	36,41	45,00	45,71	39,60	42,66	48,91	62,93	65,04	56,15	-8,99	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	64,91	43,70	66,29	69,12	41,90	59,88	49,14	43,84	58,66	52,71	47,36	34,81	29,99	35,32	5,33	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	4,80	8,15	3,69	5,06	2,98	3,71	5,86	10,45	1,73	4,63	3,74	2,26	4,97	8,52	3,66	
		100,00															
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	9,09	11,89	3,56	12,92	3,03	3,10	2,62	2,35	2,11	4,81	14,67	14,64	11,37	16,04	4,67	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	90,91	88,11	96,44	87,08	96,97	96,90	97,38	97,65	97,89	95,19	85,33	85,36	88,63	83,96	-4,66	
		100,00															
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,68	7,71	1,61	1,40	1,47	1,51	1,18	0,27	0,75	0,53	1,14	2,91	3,81	4,23	0,41	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,42	2,14	0,73	0,52	0,98	1,04	0,83	0,57	1,21	0,77	0,89	0,91	1,40	1,74	0,83	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,40	4,00	1,79	2,02	2,89	2,50	1,99	2,08	2,91	3,33	5,34	5,54	5,79	4,62	-1,17	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1,75	1,95	1,66	2,34	3,95	2,76	1,28	1,88	2,16	2,87	4,00	3,34	5,06	5,02	-0,03	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9,65	5,58	4,89	3,85	4,91	3,90	4,88	4,24	5,07	6,34	6,95	6,95	8,16	8,84	0,68	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	4,41	3,81	3,83	2,84	4,22	4,41	4,37	4,33	3,62	4,33	3,75	3,05	6,55	6,11	-0,44	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	8,18	15,24	20,95	28,15	25,72	17,61	10,38	16,44	25,20	20,41	20,92	23,88	18,97	22,26	3,29	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	2,59	4,46	3,89	4,02	2,55	3,29	3,11	2,74	3,44	2,94	2,99	3,64	2,48	2,72	0,24	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	13,57	9,67	6,26	5,42	4,49	4,73	4,27	4,89	4,65	4,02	6,52	7,68	7,34	6,68	-0,66	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	24,27	19,14	19,62	15,14	13,97	14,71	18,31	11,71	14,34	14,99	16,63	15,95	15,42	15,35	-0,07	
Enfermedades de la piel (L00-L98)	9,44	5,30	7,30	6,36	5,46	4,69	5,22	4,96	3,73	5,01	6,13	6,40	6,81	5,62	-1,19		
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	18,04	11,15	11,97	10,69	8,64	9,18	15,03	11,82	11,21	13,87	11,65	10,54	11,66	10,96	-0,69		
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,21	0,74	0,35	0,19	2,49	0,25	0,21	0,07	0,18	0,14	0,53	0,53	0,71	0,92	0,21		
Condiciones orales (K00-K14)	4,41	9,11	15,15	17,04	18,28	29,43	28,93	34,00	21,54	20,46	12,55	8,68	5,84	4,93	-0,92		
		100,00															
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,15	1,68	5,01	1,95	2,45	4,68	5,08	4,81	2,88	6,54	7,42	5,42	4,99	3,88	-1,11	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	2,06	0,56	0,19	0,00	0,00	0,36	0,00	0,23	0,00	0,13	0,82	2,86	2,17	1,45	-0,72	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,19	1,41	0,00	0,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,05	0,00	-0,05	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,78	97,77	94,61	96,65	97,55	94,60	94,92	94,97	97,12	93,33	91,52	91,73	92,79	94,67	1,88	
		100,00															
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: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. Consulta al CUBO RIPS – SISPRO, MSPS

Tabla 26 Principales causas de morbilidad específica en hombres, Cáceres 2009 – 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2021- 2022	Tendenci a
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	34,48	51,54	30,32	25,85	53,77	36,10	41,45	45,95	38,38	38,51	60,44	62,80	65,89	55,33	-10,55	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	63,60	40,00	67,46	69,76	43,97	60,67	54,03	43,98	58,92	60,14	47,02	35,15	29,48	37,75	8,27	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,93	8,46	2,21	4,39	2,26	3,23	4,53	10,07	2,70	1,35	2,53	2,05	4,63	6,92	2,35	
		100,00															
Condiciones maternas perinatales (O00-O09, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O09)	47,83	100,00	57,14	100,00	88,89	91,67	66,67	33,33	0,00	100,00	94,83	97,32	93,18	90,07	-8,11	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	52,17	0,00	42,86	0,00	11,11	8,33	33,33	66,67	100,00	0,00	5,17	2,68	6,82	9,93	3,81	
		100,00															
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,21	6,09	2,12	1,69	3,06	2,28	2,00	0,08	0,78	0,15	1,20	3,86	6,61	5,97	-0,64	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,20	0,45	0,19	0,39	0,87	1,16	0,48	0,63	1,31	0,87	0,52	0,61	1,42	1,90	0,88	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,43	1,81	1,61	2,43	2,93	2,36	1,43	1,74	2,88	3,54	3,77	4,27	4,99	3,27	-1,73	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	2,43	1,35	0,96	1,81	3,40	2,86	0,76	1,50	3,14	3,08	2,46	3,37	3,41	3,45	0,04	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,89	8,13	7,13	4,78	5,73	4,06	4,14	3,63	5,62	7,72	9,26	7,11	9,56	10,81	1,85	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	5,47	3,61	4,50	3,53	5,00	3,95	4,75	5,77	3,79	5,44	4,06	3,05	7,20	6,00	-1,20	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,93	17,38	21,19	23,84	24,52	15,95	8,84	14,45	27,71	18,79	21,51	24,11	16,08	20,50	4,42	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,44	4,97	5,91	6,44	2,86	4,56	3,55	2,45	4,71	4,11	3,43	2,76	3,14	3,79	0,86	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	10,73	11,96	6,29	6,06	4,00	5,09	3,82	4,58	4,84	3,42	7,18	8,96	8,60	7,03	-1,67	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9,31	13,32	11,30	9,41	8,53	8,95	12,43	4,74	10,20	9,89	12,48	14,75	12,95	13,69	0,74	
Enfermedades de la piel (L00-L98)	15,59	7,90	10,53	9,29	5,53	5,43	6,39	7,11	4,84	4,98	7,53	7,11	9,24	6,51	-2,73		
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	20,65	14,90	12,85	10,12	7,73	8,49	15,84	12,09	9,80	14,23	11,89	10,87	10,73	10,82	0,09		
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,40	0,45	0,64	0,12	2,07	0,29	0,13	0,00	0,26	0,27	0,52	0,77	0,69	1,45	0,77		
Condiciones orales (K00-K14)	9,31	7,67	14,77	20,07	23,78	34,59	35,45	41,23	20,13	23,51	14,19	8,41	5,39	4,82	-0,58		
		100,00															
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,69	1,52	3,93	1,98	2,27	4,64	5,48	2,92	1,78	6,74	7,59	6,05	4,91	2,91	-1,89	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	3,25	0,76	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,36	0,00	0,22	0,52	3,47	3,10	0,19	-2,91	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,30	0,76	0,00	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26	0,00	0,08	0,00	-0,08	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	91,06	97,73	95,47	97,26	97,73	94,81	94,52	96,72	98,22	93,04	91,63	90,48	91,92	96,90	4,88	
		100,00															
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: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. Consulta al CUBO RIPS – SISPRO, MSPS

**Tabla 27 Principales causas de morbilidad específica en mujeres Cáceres 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-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	25,26	45,00	29,81	25,79	56,33	36,69	47,88	45,56	40,64	45,29	47,75	63,06	64,22	56,92	-7,31	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	66,49	47,14	65,45	68,58	40,05	59,19	45,18	43,76	58,45	48,00	47,61	34,49	30,49	33,06	2,31	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	8,25	7,86	4,74	5,63	3,62	4,12	6,94	10,68	0,91	6,71	4,64	2,46	5,29	10,02	4,73	
		100,00															
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	5,56	9,28	2,85	10,86	1,19	1,76	1,94	1,22	2,53	2,73	7,45	9,98	5,86	7,31	1,85	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	94,44	90,72	97,15	89,14	98,81	98,24	98,06	98,78	97,47	97,27	92,55	90,02	94,14	92,69	-1,46	
		100,00															
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88), E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,92	8,85	1,35	1,25	0,67	1,05	0,72	0,35	0,73	0,75	1,10	2,34	2,27	3,22	0,96	
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,53	3,32	1,01	0,59	1,03	0,97	1,03	0,54	1,17	0,70	1,11	1,10	1,39	1,65	0,25	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,85	5,53	1,89	1,81	2,86	2,58	2,31	2,22	2,92	3,22	6,23	6,31	6,23	5,40	-0,83	
	Desórdenes endocrinos (D65-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1,39	2,37	2,02	2,62	4,23	2,70	1,57	2,03	1,80	2,75	4,87	3,31	5,97	5,93	-0,04	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	10,58	3,79	3,71	3,36	4,50	3,80	5,30	4,48	4,87	5,56	5,64	6,86	7,38	7,71	0,33	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	3,85	3,95	3,48	2,48	3,83	4,69	4,16	3,75	3,56	3,71	3,57	3,05	6,19	6,18	-0,01	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	6,73	13,74	20,82	30,42	26,32	18,59	11,25	17,24	24,26	21,32	20,59	23,74	20,57	23,27	2,71	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	2,14	4,11	2,83	2,76	2,40	2,54	2,86	2,86	2,97	2,28	2,73	4,17	2,12	2,10	-0,02	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	15,06	8,06	6,24	5,09	4,73	4,51	4,52	5,02	4,58	4,35	6,15	6,91	6,64	6,48	-0,16	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	32,16	23,22	23,99	18,14	16,69	18,13	21,65	14,51	15,88	17,84	18,98	16,67	16,79	16,31	-0,48	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,20	3,48	5,60	4,83	5,43	4,26	4,57	4,10	3,31	5,03	5,33	5,98	5,46	5,11	-0,36	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	16,67	8,53	11,50	10,98	9,09	9,59	14,58	11,72	11,74	13,66	11,52	10,34	12,17	11,04	-1,13	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,11	0,95	0,20	0,23	2,70	0,22	0,26	0,10	0,15	0,06	0,54	0,38	0,73	0,61	-0,12	
	Condiciones orales (K00-K14)	1,82	10,11	15,35	15,45	15,52	26,36	25,22	31,09	22,07	18,76	11,63	8,84	6,09	4,99	-1,10	
		100,00															
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,23	2,13	6,91	1,87	2,81	4,76	4,35	7,98	5,41	6,27	7,14	4,49	5,12	5,30	0,17	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,04	0,00	0,00	0,00	0,00	1,32	1,96	0,70	3,30	2,60	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	2,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,77	97,87	93,09	95,15	97,19	94,20	95,65	92,02	94,59	93,73	91,33	93,55	94,17	91,40	-2,77	
		100,00															
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	

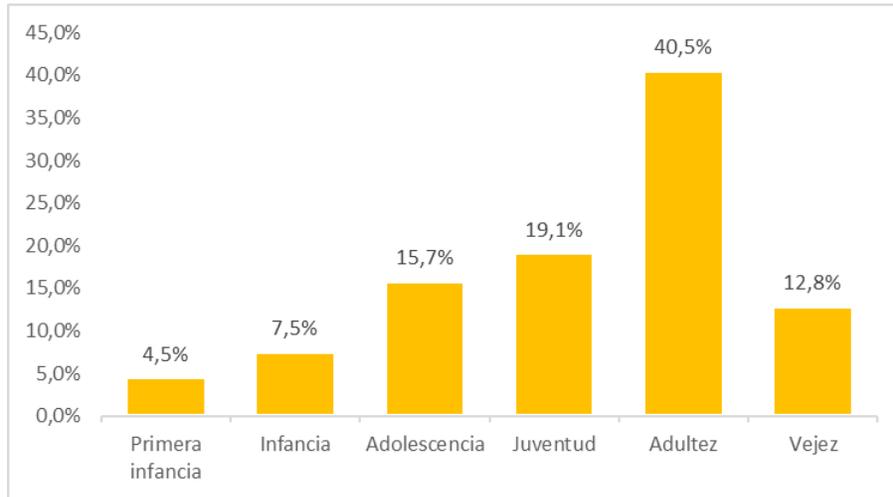
Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. Consulta al CUBO RIPS – SISPRO, MSPS

• **Morbilidad específica por subcausa-salud mental**

Las condiciones de salud mental de la población en sus diferentes cursos de vida presentan grandes diferencias en cognición, comportamiento y funcionamiento emocional entre niños, adolescentes y adultos. A la mano de estas observaciones, la noción de cómo la salud mental se manifiesta y cómo se altera a lo largo de la vida ha sido el motivo de discusiones en varios campos, en la medida en que se ha venido observando el incremento de la carga de enfermedad por los problemas y trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia, los años de vida potencialmente perdidos por el suicidio, las elevadas cifras relacionadas con las diferentes formas de violencia y otros factores que inciden en el bienestar y la calidad de vida de las personas y su comunidad.

En las siguientes graficas se observa la proporción general de consultas por enfermedades relacionada con la salud mental por ciclo de vida durante el periodo 2009 - 2022, así como la concentración por grandes causas:

**Figura 10 Proporción de consultas por enfermedades de salud mental, por ciclo vital, Cáceres 2009 - 2022**



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. Consulta al CUBO RIPS – SISPRO, MSPS

## Morbilidad salud mental - Población total

### Primera Infancia

En este ciclo de vida, durante el periodo 2009 - 2022 los trastornos mentales y del comportamiento concentraron el mayor número de atenciones con una proporción de 40,1%; para el año 2022 la proporción de atenciones por esta causa fue de 65,77% con una disminución significativa con relación al año 2021 de 32,89 puntos porcentuales, en segundo lugar durante el periodo está la epilepsia, con una proporción de 38,40% durante el periodo 2009 - 2022, registrando para el año 2022 una proporción de 34,23% con un marcado incremento de 32,89 puntos porcentuales respecto al año 2021.

### Infancia

En este ciclo de vida los trastornos mentales y de comportamiento son la primera causa de consulta en el periodo con una proporción de atenciones de 66,98% durante el periodo de análisis, para el año 2022 las consultas por esta causa representaron el 96,46%, lo que comparado con el año inmediatamente anterior mostró un alto incremento de 37,88 puntos porcentuales; las epilepsias, que ocuparon el segundo lugar en atenciones registraron para el año 2022 una proporción de 3,54%.

## Adolescencia

En el periodo 2009 – 2022, la mayor parte de atenciones correspondieron a los trastornos mentales y del comportamiento con una proporción de atenciones de 53,69%, y para el año 2022 82,49 con una diferencia de 27,12 puntos porcentuales más que la registrada en el año 2021, en segundo lugar, están las epilepsias con una proporción en 2022 de 9,73% la cual disminuyó 34,62 puntos porcentuales respecto al año a2021. Las atenciones por trastornos del comportamiento debido al uso del consumo de sustancias psicoactivas se incrementaron en 7,51 puntos porcentuales comparando los años 2022 con el 2021.

## Juventud

Los trastornos mentales y del comportamiento son la principal causa de morbilidad asociada a salud mental en este ciclo; en el último año de observación la proporción de consultas por esta causa aumentó en 4,51 puntos porcentuales, pasando de 73,93% de las consultas en el año 2021 al 78,44% en el año 2022; en cuanto a las epilepsias, se puede observar un incremento en la proporción de consultas por esta causa, pasando de 11,54% en el año 2021 a 18,58 en el año 2022; los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas aportaron el 2,98% de las consultas relacionadas con la salud mental en este ciclo vital, preocupando el hecho de que se observa una tendencia al aumento durante los últimos años del periodo analizado.

## Adultez

En el periodo, la mayor parte de la morbilidad en este ciclo de vida, relacionada con salud mental está determinada por los trastornos mentales y del comportamiento, reportándose una proporción de 73,83% durante el periodo 2009 - 2022; en las atenciones para estos trastornos durante el año 2022 se observa una disminución de 5,10 puntos porcentuales con respecto a las consultas del año 2021; las epilepsias presentaron un comportamiento similar durante el periodo de análisis, registrando un 22,73% en el año 2022, en cuanto a las atenciones por trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas, durante los últimos cinco años ha venido presentando un incremento, siendo el más alto el registrado para el año 2022, que fue de 1,74 puntos porcentuales con relación al año 2021.

## Persona Mayor

Los trastornos mentales y del comportamiento siguen siendo la principal causa de consulta salud mental de la población total de este ciclo, mostrando un aumento en la proporción de atenciones de 11,20 puntos porcentuales en el año 2022, pasando de 74,35% en el año 2021 a 85,54% en el año 2022; las atenciones por epilepsia correspondieron a la segunda causa de morbilidad con el 14,46% de atenciones en este ciclo vital para el año 2022; durante el periodo de análisis, no se han presentado atenciones por trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas en este ciclo vital.

**Tabla 28 Morbilidad por salud mental por ciclo vital en la población total. Cáceres 2009 – 2022**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	0,00	0,00	11,11	0,00	31,82	64,71	0,00	0,00	60,00	34,69	95,65	98,67	65,77	-32,89	
	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	0,00	0,00	100,00	88,89	100,00	68,18	35,29	0,00	0,00	40,00	65,31	4,35	1,33	34,23	32,89	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	100,00	100,00	52,94	22,22	67,50	50,00	30,00	83,33	69,23	72,22	35,19	58,59	96,46	37,88	
	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	0,00	0,00	0,00	47,06	77,78	32,50	50,00	70,00	16,67	30,77	27,78	64,81	41,41	3,54	-37,88	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	66,67	15,79	30,77	38,46	60,00	74,19	75,00	55,56	65,38	64,17	67,74	55,37	82,49	27,12	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,67	6,45	0,00	0,00	0,00	2,50	1,08	0,28	7,78	7,51	
	Epilepsia	100,00	33,33	84,21	69,23	61,54	33,33	19,35	25,00	44,44	34,62	33,33	31,18	44,35	9,73	-34,62	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	100,00	69,23	23,81	61,90	47,89	35,48	33,33	50,00	45,00	69,00	54,26	73,93	78,44	4,51	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	19,05	2,82	0,00	0,00	0,00	7,50	6,11	4,93	14,53	2,98	-11,55	
	Epilepsia	100,00	0,00	30,77	76,19	19,05	49,30	64,52	66,67	50,00	47,50	24,89	40,81	11,54	18,58	7,61	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	94,44	64,44	49,40	70,91	71,56	79,57	72,73	73,17	59,26	71,36	73,65	79,11	74,01	-5,10	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	0,00	2,27	0,00	4,94	0,23	0,25	1,53	3,26	1,14	
	Epilepsia	0,00	5,56	35,56	50,60	29,09	28,00	20,43	25,00	26,83	35,80	28,41	26,11	19,37	22,73	3,37	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	100,00	71,43	62,50	24,07	88,89	61,11	91,67	87,50	50,00	82,66	84,13	74,35	85,54	11,20	
	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	0,00	0,00	28,57	37,50	75,93	11,11	38,89	8,33	12,50	50,00	17,34	15,87	25,65	14,46	-11,20	

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. Consulta al CUBO RIPS – SISPRO, MSPS

## Morbilidad salud mental - hombres

### Primera Infancia

En el grupo de los hombres de la primera infancia del municipio de Cáceres, se evidencia un aumento en el porcentaje de consultas por trastornos mentales y del comportamiento en los últimos cuatro años, excepto en el año 2022 que registró una significativa disminución de 66,47 puntos porcentuales con respecto al año 2021, por otra parte, las consultas por epilepsia para el año 2022 se consolidan como la primera causa de morbilidad en este grupo poblacional con 71,01% del total de los casos en este año. La atención registrada de consultas por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas no registra casos durante el periodo.

### Infancia

En la infancia los trastornos mentales y del comportamiento son la primera causa de morbilidad en hombres en el grupo de enfermedades de salud mental, registrando el 42,25% de las atenciones en salud mental durante el periodo 2009 – 2022, para el año 2022 esta proporción es del 97,44%, con un significativo incremento de 41,73 puntos porcentuales en el año 2022, con respecto al año 2021; en segundo lugar, están las consultas por epilepsia que en el año 2022 disminuyeron 41,73 puntos porcentuales respecto al año 2021; con relación a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas en este ciclo vital no se registraron consultas por esta causa durante el periodo de análisis en el municipio de Cáceres.

### Adolescencia

En hombres adolescentes el porcentaje de consultas por trastornos mentales y del comportamiento ocupa el primer puesto en el periodo analizado con una proporción promedio de 47,01% de atenciones realizadas durante el periodo 2009 - 2022, aumentando en el año 2022 con respecto al año 2021 de 6,08 puntos porcentuales; el segundo lugar lo ocupan la epilepsia con 8,61% del total de las consultas en el año 2022; en cuanto a los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso y de sustancias psicoactivas, no registró casos del año 2009 al 2018, a partir del año 2019 registra consultas por esta causa en el grupo de los hombres adolescentes, siendo la proporción mayor la registrada en el año 2022 con 11,92% de las consultas en este ciclo vital, las atenciones por epilepsias representan la tercera causa en este grupo para el año 2022 con 8,61% del total de las consultas, con una disminución de 17,20 puntos porcentuales con relación a la registrada en el año 2021.

## Juventud

El porcentaje más alto de morbilidad en salud mental en este ciclo vital, estuvo asociado a trastornos mentales y del comportamiento con una proporción de atenciones de 47,91% en el periodo 2009 – 2022, esta causa para el año 2022 registra un 73,42% de las consultas en este grupo, incrementándose en 15,29 puntos porcentuales respecto al año 2021; en segundo lugar están las consultas por epilepsia con un 22,78% de las consultas en el año 2022; las atenciones por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, que para el periodo de análisis representan el 5,25% del total de las atenciones en salud mental en el municipio de Cáceres y para el año 2022 registra 3,80% del total de las consultas en este grupo que para el año 2022 se registra una disminución de 19,73 puntos porcentuales respecto al año 2021.

## Adultez

La principal causa consulta por eventos de salud mental en hombres adultos son los trastornos mentales y del comportamiento con 70,36% durante el periodo 2009 – 2022, en el último año de observación se registró un porcentaje de consulta del 58,44%, evidenciando una disminución de 18,92 puntos porcentuales con respecto al año 2021; las epilepsias están en el segundo lugar de atenciones por salud mental en este ciclo concentrando el 31,49% de atenciones en el año 2022, incrementándose 12,58 puntos porcentuales respecto al año anterior; la morbilidad por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas en hombres adultos ha tenido un comportamiento variable en el periodo, pero para el último año toma un valor de 10,06% incrementándose respecto al año 2021 un total de 6,34 puntos porcentuales.

## Persona Mayor

En este ciclo para los hombres, durante período de análisis 2009 – 2022 la causa de trastornos mentales y del comportamiento presentó la mayor proporción con 66,51%, para el año 2022 la proporción registrada por esta causa fue de 86,11% con un incremento de 37,50 puntos porcentuales respecto al año 2021; la segunda causa durante el periodo de estudio correspondió a epilepsia con una proporción de 33,49% y para el año 2022 la proporción fue de 13,89% con una disminución de 37,50 puntos porcentuales respecto al año 2021.

**Tabla 29 Morbilidad por salud mental por ciclo vital en hombres. Cáceres 2009 – 2022**

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres													Δ pp 2020-2022	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	100,00	0,00	0,00	25,00	0,00	31,25	52,63	0,00	0,00	100,00	35,56	92,31	95,45	28,99	-66,47	
	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	0,00	0,00	100,00	75,00	100,00	68,75	47,37	0,00	0,00	0,00	64,44	7,69	4,55	71,01	66,47	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	100,00	50,00	50,00	0,00	50,00	30,00	0,00	56,25	75,41	26,67	55,70	97,44	41,73	
	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	0,00	0,00	0,00	50,00	50,00	100,00	50,00	70,00	0,00	43,75	24,59	73,33	44,30	2,56	-4,73	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	66,67	11,11	0,00	0,00	100,00	72,22	71,43	57,14	60,87	27,59	38,20	73,39	79,47	6,38	
	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	5,17	1,12	0,81	11,92	11,11	
	Epilepsia	0,00	33,33	88,89	100,00	100,00	0,00	27,78	28,57	42,86	39,13	67,24	60,67	25,81	8,61	-17,20	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	100,00	72,73	31,58	53,33	34,69	20,00	33,33	40,00	40,63	72,54	40,38	58,13	73,42	15,29	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	4,08	0,00	0,00	0,00	9,38	5,70	7,05	23,53	3,80	-19,73	
	Epilepsia	100,00	0,00	27,27	68,42	26,67	61,22	80,00	66,67	60,00	50,00	21,76	52,56	18,34	22,78	4,45	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	100,00	63,64	19,35	71,43	66,67	77,78	86,67	71,43	60,00	66,26	66,04	77,36	58,44	-18,92	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,67	0,00	17,78	0,41	0,00	3,72	10,06	6,34		
	Epilepsia	0,00	0,00	36,36	80,65	28,57	33,33	22,22	6,67	28,57	22,22	33,33	33,96	18,91	31,49	12,38	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	100,00	66,67	60,00	100,00	82,35	12,50	92,31	0,00	25,00	72,16	85,47	48,61	86,11	37,50	
	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	0,00	0,00	33,33	40,00	0,00	17,65	87,50	7,69	100,00	75,00	27,84	14,53	51,39	13,89	-37,50	

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. Consulta al CUBO RIPS – SISPRO, MSPS

## Morbilidad salud mental - mujeres

### Primera Infancia

En este ciclo vital para las mujeres en el período de estudio 2009 – 2022 la causa de trastornos mentales y del comportamiento presentó la mayor proporción en el año 2022 con 97,50% de las atenciones, pero por concentración de proporciones la epilepsia representa una mayor concentración de consultas durante el periodo de análisis, por las proporciones registradas en los años 2011, 2012, 2013 y 2014.

### Infancia

En mujeres para el período analizado, la causa de trastornos mentales y del comportamiento presentó la mayor proporción con 62,59%, registrando para el año 2022 una proporción de 92,86% con un incremento de 25,51 puntos porcentuales respecto al año 2021; como segunda causa de morbilidad por causas relacionadas con salud mental durante el periodo se situó la epilepsia con una proporción de 23,13%, registrando en el año 2022 una proporción de 7,14% con una significativa disminución de 25,51 puntos porcentuales respecto al año 2021

### Adolescencia

En mujeres adolescentes, para el período 2009 - 2022 los trastornos mentales y del comportamiento tuvieron la mayor proporción de atenciones en salud mental con 70,45%, registrando para el año 2022 una proporción de 86,79% con un aumento significativo de 40,77 puntos porcentuales respecto al año 2021; la segunda causa de morbilidad en salud mental para este ciclo durante el periodo correspondió a epilepsia con una proporción de 20,31%, evidenciando en el año 2022 una proporción fue de 11,32% con disminución de 42,65 puntos porcentuales respecto al año 2021; los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, registran porcentajes de atención variables en el periodo, aumentando en 2022 1,89 puntos porcentuales respecto al año anterior.

### Juventud

En este ciclo vital los trastornos mentales y del comportamiento presentaron la mayor proporción de atenciones durante el periodo con 55,27%; tomando para el año 2022 un valor de 91,67% con disminución de 7,77 puntos porcentuales respecto al año 2021; la segunda causa de morbilidad en salud mental durante el periodo fue la epilepsia con una proporción de 28,60%, registrando para el año 2022 una proporción de 7,50% con un incremento de 6,94 puntos porcentuales respecto al año 2021.

### Adultez

En las mujeres adultas, durante el periodo analizado, los trastornos mentales y del comportamiento aportaron la mayor proporción de atenciones en salud mental con 75,85%, concentrando en el año 2022 una proporción de atenciones de 81,13% con un aumento de 0,81 puntos porcentuales respecto al año 2021; la segunda causa en el periodo fue la Epilepsia con una proporción de 24,07%, mostrando

para el año 2022 una proporción de 18,72% con una disminución de 0,96 puntos porcentuales respecto al año 2021.

### Persona Mayor

En el ciclo de persona mayor, la primera causa de morbilidad en salud mental para las mujeres fue trastornos mentales y del comportamiento aportando el 69,09% de las atenciones, las cuales para el año 2022 registraron una proporción de 85,11%, con una leve disminución de 4,81 puntos porcentuales respecto al año 2021; la segunda causa de atenciones en salud mental en personas mayores fue la epilepsia con una proporción del 16,63%, la cual para el año 2022 fue de 14,89% con un incremento de 4,81 puntos porcentuales respecto al año 2021.

**Tabla 30 Morbilidad por salud mental por ciclo vital en mujeres. Cáceres 2009 – 2022**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2020-2022	Tendencia	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,33	80,00	0,00	0,00	33,33	25,00	100,00	100,00	97,50	-2,50	
	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	0,00
	Epilepsia	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00	66,67	20,00	0,00	0,00	66,67	75,00	0,00	0,00	2,50	2,50	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	100,00	0,00	66,67	14,29	79,41	50,00	0,00	83,33	90,00	54,55	77,78	67,35	92,86	25,51	
	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	0,00
	Epilepsia	0,00	0,00	0,00	33,33	85,71	20,59	50,00	0,00	16,67	10,00	45,45	22,22	32,65	7,14	-25,51	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00	33,33	76,92	100,00	50,00	100,00	98,39	94,85	46,03	86,79	40,77	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,11	15,38	0,00	0,00	0,00	0,00	1,03	0,00	1,89	1,89	
	Epilepsia	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	55,56	7,69	0,00	50,00	0,00	1,61	4,12	53,97	11,32	-42,65	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	50,00	17,39	83,33	77,27	55,56	33,33	66,67	62,50	50,00	86,57	99,44	91,67	-7,77	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	16,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,33	0,00	0,00	0,83	0,83	
	Epilepsia	0,00	0,00	50,00	82,61	0,00	22,73	44,44	66,67	33,33	37,50	41,67	13,43	0,56	7,50	6,81	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	91,43	65,22	67,31	69,23	74,00	80,70	65,52	74,07	58,97	77,86	76,33	80,32	81,13	0,81	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	0,00	0,15	0,15	
	Epilepsia	0,00	8,57	34,78	32,69	30,77	25,33	19,30	34,48	25,93	41,03	22,34	23,33	19,68	18,72	-0,96	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	80,00	66,67	4,65	94,74	100,00	90,91	100,00	83,33	96,05	75,86	89,92	85,11	-4,81	
	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	0,00
	Epilepsia	0,00	0,00	20,00	33,33	95,35	5,26	0,00	9,09	0,00	16,67	3,95	24,14	10,08	14,89	4,81	

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. Consulta al CUBO RIPS – SISPRO, MSPS

### 3.1.2 Morbilidad de eventos de alto costo

Teniendo en cuenta la Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del municipio de Cáceres del periodo 2006 – 2021, se puede observar lo siguiente:

- Prevalencia en diagnóstico de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal: Durante el año 2021, la prevalencia de esta enfermedad disminuyó respecto al año anterior. En el municipio de Cáceres 55,57 de cada 100.000 personas fueron diagnosticados con enfermedad renal crónica en fase 5 con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, mientras que la prevalencia del departamento es de 110,0 lo que ubica al municipio en mejores condiciones que las registradas a nivel departamental.
- Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados: Para el año 2021 de cada 100.000 afiliados del municipio de Cáceres, aproximadamente 10 tuvieron el riesgo de desarrollar la enfermedad, siendo similar a la del departamento, con una diferencia de 0,42 más lo que semaforiza el indicador en amarillo frente a la situación departamental.
- Tasa de incidencia de VIH notificada: en el año 2021 el municipio de Cáceres aproximadamente 33 de cada 100.000 habitantes del Municipio de Cáceres tuvieron el riesgo de infectarse con el virus del VIH, este indicador se encuentra por encima del indicador departamental debido a que en ese mismo periodo en el departamento aproximadamente 24 de cada 100.000 habitantes podrían adquirir la enfermedad. De acuerdo a la información dispuesta en el SIVIGILA para el año 2021 se notificaron en el municipio de Cáceres 4 casos de VIH.
- En cuanto a la tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) y la tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años), no se registraron casos durante el periodo

**Tabla 31 Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del Municipio de Cáceres, 2006 - 2021**

Evento	Antioquia 2021	Cáceres	Comportamiento																					
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021						
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	110,00	55,57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘
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	9,81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de VIH notificada	24,14	32,68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mielóide (menores de 15 años)	0,80	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	2,91	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Cuenta de Alto Costo – Ministerio de Salud y Protección Social

### Morbilidad de eventos precursores

Las enfermedades precursoras, se definen como un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y son las causantes primarias que generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacidad y tienen una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible y presentan varios factores de riesgo

- **Prevalencia de diabetes mellitus:** En el año 2021 de cada 100.000 habitantes del municipio de Cáceres, aproximadamente 2 tuvieron o ingresaron a este grupo de las diabetes mellitus, mostrando tendencia al aumento en los últimos tres años del periodo de análisis, en el departamento el riesgo se tiene 4 de cada 100.000 habitantes, sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa.
- **Prevalencia de hipertensión arterial:** La prevalencia de hipertensión arterial para el municipio de Cáceres en el año 2021 es inferior a la del departamento, pero con una tendencia a incrementarse por lo que se semaforiza en amarillo frente al departamento.

**Tabla 32 Semaforización y tendencia de los eventos precursores, Cáceres, 2006-2021**

Evento	Antioquia 2021	Cáceres	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prevalencia de diabetes mellitus	3,63	2,16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	11,54	5,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↗	↗

Fuente: Dirección de Epidemiología y Demografía y MSPS – SISPRO

### 3.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

El Decreto 3518 de 2006 definió el Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA), para la gestión y análisis de forma sistemática y oportuna de información sobre el comportamiento de los eventos que afecten la población, con el objetivo de orientar la toma de decisiones en salud pública para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgos en salud, entre otras acciones; a fin de propender por la protección de la salud individual y colectiva, la notificación de estos eventos se hace de manera semanal y de manera inmediata de acuerdo a la caracterización del evento, desde la Secretaría de Salud y Protección Social a la Secretaría de Salud Departamental.

En el marco de esta vigilancia, hoy por hoy en Colombia se vigilan alrededor de 142 eventos de interés en salud pública, para este análisis de eventos de notificación obligatoria (ENOS) se realizó un análisis descriptivo mediante la estimación de la razón letalidad, el comportamiento durante los años 2006 al 2020, la estimación de la diferencia relativa de razones para el año 2020 y su intervalos de confianza al 95%, este último se realizó tomando como referencia los datos del nivel departamental, posterior a esto se realizó un análisis de la magnitud y tendencia de los eventos que presentan una situación desfavorable en el Municipio de acuerdo al análisis comparativo con el departamento.

**Tabla 33 Semaforización de los eventos de notificación obligatoria del municipio de Cáceres, 2006-2020**

Causa de muerte	Antioquia	Municipio	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Letalidad de accidente ofídico	1,95	10,00	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	-	-	-	↗	↘	-	↗		
Letalidad de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de dengue	0,14	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Dengue grave	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de eventos adversos seguidos a vacunación	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de fiebre tifoidea y paratifoidea	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de hepatitis A	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de hepatitis B, C y infección B-D	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de hipotiroidismo congénito	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,61	0,11	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘		
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	28,72	50,00	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘		
Letalidad de intoxicaciones	0,97	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de leishmaniasis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de leishmaniasis cutánea	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de leishmaniasis mucosa	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Lepra	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de leptospirosis	83,33	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Malaria	0,02	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de malaria asociada	1,52	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de malaria falciparum	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de malaria vivax	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Meningitis Neisseriameningitidis	7,69	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Meningitis por Haemophilus	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Meningitis	14,29	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Streptococopneumoniae (Spr)	8,45	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de meningitis tuberculosa	0,15	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de parotiditis	0,56	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de sífilis congénita	66,67	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de tétanos accidental	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de tétanos Neonatal	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de tosferina	6,81	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	7,50	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Tuberculosis farmacorresistente	7,01	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de tuberculosis pulmonar	0,10	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Letalidad de Varicela	0,10	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
<b>Tasas de incidencia PDSP</b>																			
Tasa de incidencia de chagas	0,11	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de incidencia de dengue	95,41	295,24	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘		
Tasa de incidencia de dengue grave	1,56	0,00	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	-	↗	↘	-	-		
Tasa de incidencia de leptospirosis	0,20	0,00	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	-		
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,00	0,00	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	-	-	-	↗	↘		

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística y SIVIGILA



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

En el año 2020, el municipio de Cáceres presentó una letalidad por accidente ofídico (10,0 por 100.000 casos de accidente ofídico) superior a la del departamento de Antioquia (1,95 por 100.000 casos de accidente ofídico) siendo esta estadísticamente significativa. Además, se observó que en la letalidad de infección respiratoria aguda no se encuentran diferencias estadísticamente significativas respecto al departamento, sin embargo, en la letalidad por infección respiratoria aguda grave (IRAG), hay diferencias estadísticamente significativas encontrándose el municipio en peor situación con respecto al departamento, presentando una letalidad de 50 por cada 100.000 casos de IRAG.

La tasa de incidencia de dengue clásico del municipio de Cáceres, tiene diferencias significativas respecto al departamento de Antioquia, siendo la tasa del municipio mucho más alta (295,24 por cada 100.000 habitantes) ubicándolo en una situación desfavorable para este indicador. Para la intervención de esta problemática el municipio por medio de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), ha realizado jornadas de recolección de inservibles, lavado de tanques y limpieza de áreas comunes para fomentar espacios amigables, eliminación de potenciales criaderos evitando así la propagación del vector, sin embargo se requiere realizar intervenciones oportunas, en el momento de presentarse un evento y fortalecer las acciones de promoción y prevención para el control de enfermedades transmitidas por vectores.

Con el fin de actualizar y complementar el análisis del comportamiento de los eventos de interés en salud pública y de acuerdo a la información registrada en SIVIGILA Municipal, se toman los datos de los casos notificados durante el periodo de 2010 al 2022, teniendo en cuenta el municipio de procedencia y residencia y los ajustes realizados a los casos, estos eventos se relacionan en la siguiente tabla, discriminando número de casos por año de ocurrencia:

Cáceres

Tabla 34 Eventos de interés en salud pública notificados. Cáceres 2020 – 2022

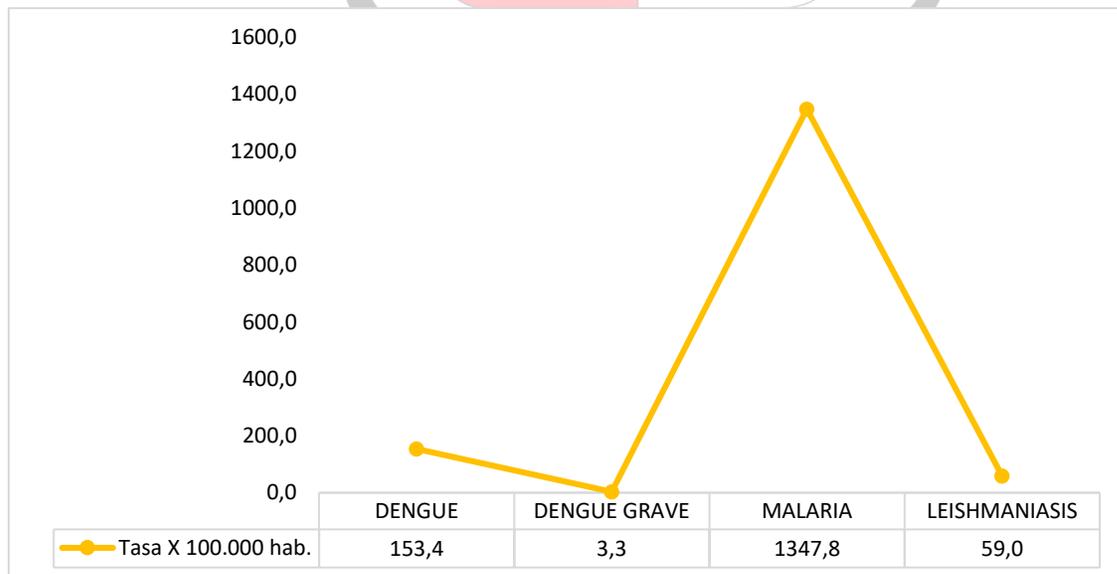
EVENTO	AÑOS														TENDENCIA
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
MALARIA	5.833	1.888	2.570	4.902	1.404	691	328	81	195	184	78	68	456		
DENGUE	9	4	5	6	41	15	8	4	81	26	18	17	54		
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0	22		
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	0	0	16	15	14	28	20	20	29	26	37	44	45		
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	0	0	0	0	0	0	4	5	18	8	20	37	32		
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	16	22	11	6	34	10	26	30	35	22	29	19	28		
ACCIDENTE OFIDICO	8	10	21	7	11	12	21	13	24	20	22	17	20		
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	29	49	20	8	4	16	18		
LEISHMANIASIS	31	24	19	35	48	110	74	28	6	15	33	6	16		
INTENTO DE SUICIDIO	0	0	0	0	0	0	0	6	6	8	10	5	14		
SIFILIS GESTACIONAL	21	27	9	6	1	1	5	2	5	3	2	12	11		
TUBERCULOSIS	6	3	2	1	4	0	6	8	5	4	2	7	9		
BAJO PESO AL NACER	0	0	1	7	2	1	9	8	7	9	12	9	7		
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	10	11	5	0	0	0	1	1	1	0	37	2	6		
VIH/SIDAMORTALIDAD POR SIDA	6	5	2	1	4	1	9	11	9	7	8	2	6		
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	2	3	2	2	1	0	8	6	2	5	2	5	5		
INTOXICACIONES	4	8	2	3	0	0	6	6	1	3	6	6	4		
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL)	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	4	7	3		
DENGUE GRAVE	7	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3		
IAPMQ	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	3		
VARICELA INDIVIDUAL	5	6	12	19	19	12	26	19	2	27	1	2	2		
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	2	1	2		
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	2		
VIRUELA SÍMICA (MONKEYPOX)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
ENFERMEADES HUERFANAS - RARAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	2	1		
LEPTOSPIROSIS	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	3	1	1		
VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN < 5 AÑOS POR IRA, EDA Y/O DNT	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	1	1		
PAROTIDITIS	4	0	3	0	2	0	1	24	112	2	0	1	0		
CHIKUNGUNYA	0	0	0	0	34	38	1	0	0	0	0	0	0		
DEFECTOS CONGENITOS	0	0	0	0	0	0	2	4	7	7	3	2	0		
SIFILIS CONGENITA	1	4	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0		
HEPATITIS A	5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
ZIKA	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0		
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	0	0	0	0	0	0	1	3	0	1	2	0	0		
MORTALIDAD MATERNA	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0		
IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVIDUAL	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	0		
MENINGITIS MENINGOCOCCICA	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
MORTALIDAD POR IRA	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0		
TOS FERINA	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0		
SARAMPION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0		
MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0		
CANCER	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0		
LESIONES DE CAUSA EXTERNA	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0		
LEPRA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
TETANOS ACCIDENTAL	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
EXPOSICIÓN A FLÚOR	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		

Fuente: SIVIGILA Municipio

### Enfermedades Trasmittidas por Vectores - ETV

De acuerdo a la información del SIVIGILA Municipal, las enfermedades transmitidas por vectores, son históricamente las que mayor cantidad de casos registran en el municipio de Cáceres, específicamente Malaria y Dengue, esto por las condiciones eco epidemiológicas propicias para la circulación del Aedes Aegypti, así como el Anopheles, el mayor número de casos se presentan en zona rural y afectan en mayor proporción a la población económicamente activa, se hace énfasis en que a pesar de que el municipio tiene una alta incidencia de la ETV, no se han registrado muertes por estas causas durante el periodo 2010 – 2022; en cuanto a las estrategias de prevención, a nivel institucional es importante continuar con la capacitación del personal asistencial encargado del manejo y seguimiento de los pacientes y la apropiación del conocimiento y manejo del protocolo, las guías y las fichas de notificación de estos eventos, con el fin de generar datos que puedan llevar al procesamiento y emisión de información que permita tomar medidas que contribuyan al control y prevención, y a nivel comunitario continuar realizando acciones de socialización sobre la intervención de factores de riesgo que predisponen a estas enfermedades, así como la identificación de signos y síntomas para una consulta oportuna, a continuación se presenta el comportamiento de las ETV para el año 2022:

**Figura 11 Tasa de Enfermedades Trasmittidas por Vectores - ETV. Cáceres 2022**



Fuente: SIVIGILA Municipal

Otro evento que presenta una condición crítica y con una tendencia a incrementarse son las violencias de género e intrafamiliar, en este evento comprende las violencias físicas, sexual y psicológica, en

todas sus manifestaciones este evento es una problemática de salud pública que involucra a todos los actores de salud, instituciones defensoras de derechos y comunidad, teniendo en cuenta que aunque no constituye propiamente una enfermedad en el sentido tradicional de su comprensión, en el sentido social resulta un problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial, por la magnitud del daño y la invalidez que provoca, con consecuencias múltiples y diversificadas en los planos social, psicológico y biológico. En el municipio de Cáceres para el año 2022 la tasa por este evento fue de 146,9 casos por cada 100.000 habitantes.

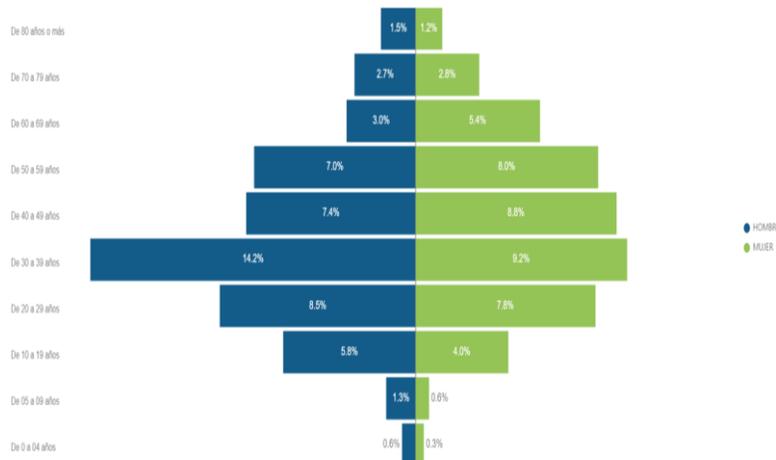
### IRAG por virus nuevo – Covid 19

La pandemia por Covid-19 que se originó en China finalizando el año 2019 y se extendió por todo el mundo colapsando las economías de los países y la vida social en general en el año 2020 y que ha continuado estando presente en los motivos de consulta en las IPS, desde el año 2020 al año 2024, con corte al 22 de febrero, se han registrado en el país 6.400.173 casos positivos, de los cuales 3.434 casos se encuentran activos y se han registrado 143.200 fallecidos por esta causa, con un tasa de letalidad del 2,24%.

El departamento de Antioquia a la fecha registra un total de 956.287 casos, de los cuales 499 están activos y un total de 18.724 fallecidos, para una tasa de letalidad del 1,96%. El municipio de Cáceres no ha sido ajeno a esta problemática, donde a la fecha se han registrado 867 casos, sin casos activos a la fecha y un total de 33 personas fallecidas por esta causa, para una letalidad de 3,81 siendo significativamente superior a la registrada en el departamento de Antioquia y a la del País.

Del total de casos registrados en el municipio de Cáceres, el 51,9% son hombres y el 48,1% mujeres, la edad promedio de las personas afectadas fue de 37 años. El periodo de mayor afectación en el municipio fue durante los meses de julio y agosto de 2020, periodo en el que se presentaron el 59,5% del total de los casos que se han registrado a la fecha y donde a su vez se registraron el mayor número de fallecidos (39,7%).

Figura 12. Casos de Covid, según grupo de edad y sexo. Cáceres 2020 - 2024 (22/02/2024)



Fuente: PowerBI MSPS

### 3.1.4 Análisis de la población en condición de discapacidad

De acuerdo con la información reportada en el Cubo de información de discapacidad del Ministerio de salud, con corte al año 2022, en el municipio de Cáceres hay un total de 567 personas en condición de discapacidad, equivalentes al 2,2% de la población del municipio.

El municipio de Cáceres cuenta con el comité municipal de discapacidad conformado por 20 integrantes. Se realiza atención integral a las personas con discapacidad y sus familias, garantizado la ruta de atención en salud. Además, se tiene el RLCPD (Registro, Localización y Caracterización de personas con discapacidad). Para el año 2022, Se actualizó la base de datos de la población con discapacidad y se le brindo atención en salud en articulación con la cruz roja donde se convocaron en promedio 500 personas con discapacidad y sus cuidadores, se les brindo capacitación sobre la política pública y los derechos de las personas con discapacidad. Además, se realizaron capacitaciones a cuidadores de personas con discapacidad sobre la higiene además se realizó la celebración de la semana de las personas con discapacidad con temas de sensibilización y fortalecimiento de la salud mental de las personas con discapacidad.

A continuación, se muestra la distribución porcentual de las alteraciones de las personas en condición de discapacidad, detallando el tipo de discapacidad para el municipio de Cáceres en la vigencia 2022.

**Tabla 35 Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de Cáceres, 2005 – 2022**

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	157	27,69
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	60	10,58
El sistema genital y reproductivo	24	4,23
El sistema nervioso	105	18,52
La digestión, el metabolismo, las hormonas	5	0,88
La piel	6	1,06
La voz y el habla	77	13,58
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	6	1,06
Los oídos	42	7,41
Los ojos	85	14,99
<b>Total</b>	<b>567</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad, agosto de 2022

Observando la Tabla de distribución de las alteraciones permanentes de las personas en situación de discapacidad del municipio de Cáceres y teniendo en cuenta la información reportada en el año 2022, se puede evidenciar que las cinco primeras alteraciones de mayor proporción en el municipio son:

**El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas:** es la principal alteración que predomina en las personas en situación de discapacidad en el municipio con una proporción de 27,69%; por este motivo, podemos decir que la discapacidad física es la que hace mayor presencia en nuestra población.

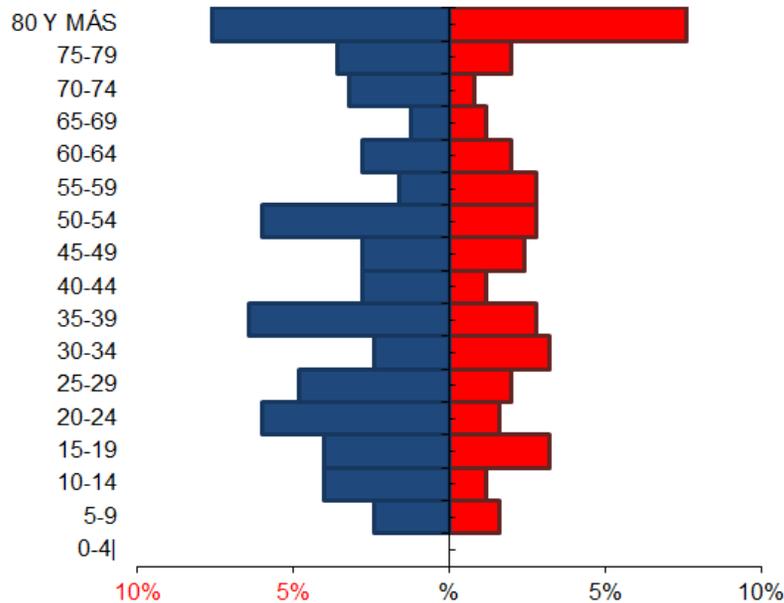
**El sistema nervioso:** es la segunda alteración que predomina en las personas en situación de discapacidad en el municipio con una proporción de 18,52%

**Los ojos:** corresponden a la tercera alteración de las personas en situación de discapacidad en el municipio con una proporción de 14,99%; por este motivo, podemos decir que la discapacidad visual también es predominante en nuestra población.

**La voz y el habla:** es la cuarta alteración permanente que predomina en las personas en situación de discapacidad en el municipio con una proporción de 13,58%

**El sistema cardiorrespiratorio y las defensas:** es la quinta alteración permanente que predomina en las personas en situación de discapacidad en el municipio con una proporción de 10,58%

Figura 13 Pirámide de la población en discapacidad por grupos de edad en el municipio de Cáceres, 2022



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad, agosto de 2022

Según los quinquenios de edad, se observa que el grupo de edad con mayor número de personas en condición de discapacidad es el grupo de 80 años y más con un 14% del total de población en esta condición, en este grupo, el sexo femenino concentra mayor número de personas, el 53%. En los primeros años de vida (de 0 a 9 años) se registran el menor número de personas con discapacidad.

**Población masculina:** El 62% de la población en condición de discapacidad en el municipio de Cáceres son hombres. El grupo etario donde se presenta mayor número de discapacidades en el año 2022 en este sexo es el de 80 y más años, lo que corresponde al 17,14% del total de la población masculina en condición de discapacidad, seguido del grupo de edad de 25 a 29 años, lo que corresponde al 7,3%.

**Población femenina:** Las mujeres en condición de discapacidad reportadas en el municipio de Cáceres en el año 2022, corresponden al 38%, el grupo etario que presentó mayor número de mujeres en condición de discapacidad fue el de 80 y más años, con 20,2% casos registrados, seguido del grupo de 55 a 59 años con 6,3%.

### 3.1.5 Identificación de prioridades principales en la morbilidad

**Tabla 36 Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria Cáceres 2022**

Morbilidad	Prioridad	Cáceres 2022	Antioquia 2022	Tendencia 2009-2022	Grupos de población riesgo (MIAS)	Grupo de riesgo MIAS
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles en persona mayor	71,3	78,3	Aumentó	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio- cerebro - vascular - metabólicas manifiestas	1
	2. Enfermedades no trasmisibles en adultez	53,7	61,6	Disminuyó	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio- cerebro - vascular - metabólicas manifiestas	1
	3. Enfermedades no trasmisibles en infancia	43,5	53,4	Aumentó	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio- cerebro - vascular - metabólicas manifiestas	1
Específica por Subcausas o subgrupos	1. traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas.	94,7	94,2	Se mantuvo igual	12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	12
	2. Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	83,9	81,4	Disminuyó	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio- cerebro - vascular - metabólicas manifiestas	1
	3. Enfermedades infecciosas y parasitarias	56,1	41,8	Aumentó	9. RIAS para población con riesgo de Enfermedades infecciosas y parasitarias	9
	4. Enfermedades cardiovasculares	22,2	18,8	Aumentó	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio- cerebro - vascular - metabólicas manifiestas	1
Alto Costo	Prevalencia en diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	55,57	110	Variable	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio- cerebro - vascular - metabólicas manifiestas	1
Precursores	Prevalencia de hipertensión arterial	5,60	11,54	Aumentó	1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio- cerebro - vascular - metabólicas	1
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Tasa de incidencia de malaria	1347,8	112,7	Disminuyó	9. RIAS para población con riesgo de Enfermedades infecciosas y parasitarias	9
	1. Tasa de incidencia de dengue	153,4	31,13	Variable	9. RIAS para población con riesgo de Enfermedades infecciosas y parasitarias	9
	Tasa de violencia intrafamiliar y de género	279,4	619,81		5. RIAS para población con riesgo de trastornos psicosociales y del comportamiento	5
Discapacidad	1. Porcentaje de personas con discapacidad por alteración permanente en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	27,7	48,7	Variable	16. RIAS para población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.	16

Fuente: Elaboración propia – Secretaría de Salud y Protección Social Cáceres Antioquia

## Conclusiones de morbilidad

Se entiende por morbilidad el número de individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad, la cual permite conocer el comportamiento de la ocurrencia del evento en un espacio y tiempo determinados. La medición de la morbilidad permite comprender la progresión o regresión de una enfermedad, por qué ocurre y las posibles soluciones. En este sentido, durante el periodo comprendido de 2009 a 2022, en el municipio de Cáceres se reportaron un total de 270.826 atenciones en salud, de acuerdo con los RIPS.

El mayor número de atenciones se realizó a la población del ciclo vital Adultez, correspondiente al 34,68% del total de las atenciones, seguido de las personas de 60 y más años con el 21,10% del total y de la Juventud, con el 15,76%, siendo el grupo de las Enfermedades no transmisibles la mayor causa de morbilidad, 54,97% del total de las atenciones; seguida de las condiciones transmisibles y nutricionales (13%) y Condiciones mal clasificadas (12%). En el año 2022 las Enfermedades no transmisibles aportaron la mayor parte de las atenciones en el municipio de Cáceres (67,6%), de acuerdo con los diferentes de cursos de vida, las enfermedades no transmisibles fueron las primeras causas de morbilidad en infancia, adolescencia, juventud, vejez y adultez, mientras que en el curso de vida de la infancia la principal causa fueron las condiciones transmisibles y nutricionales durante el periodo 2009 - 2022.

Por otra parte, las principales causas de morbilidad en salud mental en la población total del municipio de Cáceres durante el periodo 2009 - 2022 fueron los trastornos mentales y del comportamiento, siendo este evento predominante en todos los cursos de vida, igual comportamiento se da para hombres y mujeres. Teniendo en cuenta la Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del municipio de Cáceres 2006 – 2021, se evidencia que los indicadores de 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 VIH notificada, se encuentran por encima de los valores del nivel de referencia departamental, aunque esta diferencia no es significativa y han presentado variaciones en el último año.

La morbilidad de eventos precursores en el año 2021 reporta para el Municipio prevalencias de hipertensión arterial y de diabetes mellitus por debajo de las presentadas a nivel departamental, aunque con tendencia al aumento con respecto a año 2020. El municipio de Cáceres para el 2021 registró un total de 63 atenciones en los servicios de salud para personas de otros países, lo que corresponde al 0,03% del total de reportes establecidos por el Departamento de Antioquia sobre la

atención de esta población; el mayor monto de asistencia para migrantes se registra con el país de origen: la República Bolivariana de Venezuela, siendo el servicio de consulta externa el de mayor número de atenciones. El mayor número de personas extranjeras atendidas en el municipio de Cáceres en 2021 fueron personas al régimen contributivo.

Del total de eventos notificados en el Municipio de Cáceres, durante el año 2022, las situaciones más críticas se dieron en las tasas de incidencia de Malaria, Dengue y violencia intrafamiliar y de género.

En el municipio de Cáceres se registran un total de 657 personas en condición de discapacidad, equivalentes al 2,2% de la población del municipio, por grupos de edad el mayor porcentaje es el grupo de 80 años y más con 14% y por sexo el mayor porcentaje de la población en condición de discapacidad es del sexo masculino con el 62%. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas es la principal alteración que predomina en las personas en situación de discapacidad en el municipio con una proporción de 27,69%.

La morbilidad por grandes causas se concentra en las enfermedades no transmisibles en todos los ciclos vitales con excepción de la primera infancia donde predominan las condiciones transmisibles y nutricionales. En cuanto a los trastornos mentales y del comportamiento son la principal causa de morbilidad en salud mental en todos los ciclos vitales, la tendencia de estos eventos ha sido al aumento en la mayoría de ellos, exceptuando la infancia donde se observa una disminución para el año 2022. La morbilidad por subgrupos de causa se evidencia un aumento en la morbilidad ocasionada por las infecciones respiratorias y un aumento para la proporción de atenciones por condiciones maternas y enfermedades cardiovasculares.

En el municipio de Cáceres, los eventos de alto costo a nivel municipal registraron una disminución importante para el año 2021 frente al año inmediatamente anterior y se reflejan diferencias significativas del municipio en relación a lo registrado a nivel departamental, en la prevalencia de la población diagnosticada con la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, con una tasa de 55,57 casos (nuevos y antiguos), encontrándose el municipio en mejor situación en comparación con el departamento.

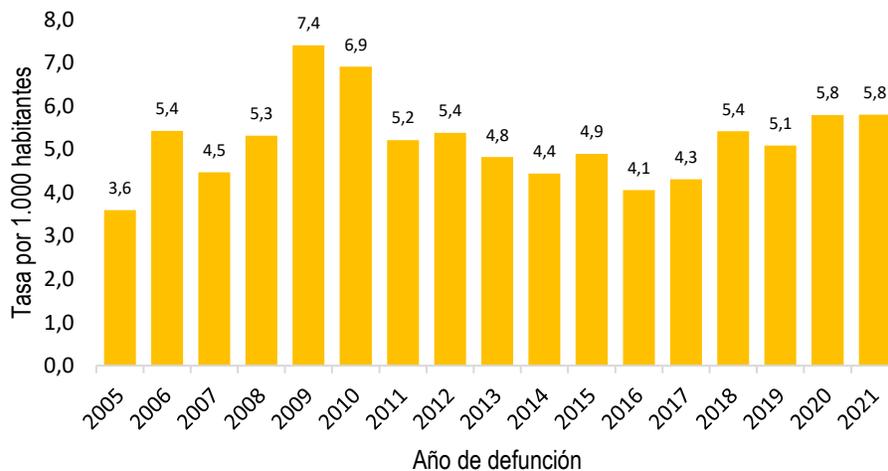
### 3.2 Análisis de la mortalidad

Para el análisis de la mortalidad se toman como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la OPS. Este análisis se basa en el método estadístico tasas ajustadas por edad y se desagregó por sexo en el periodo comprendido de 2005 al 2021 utilizando población estándar para

mostrar la carga de la mortalidad del municipio de Cáceres por las principales causas de esta, tanto en hombres como mujeres, y en grupos vulnerables como la población infantil y las maternas. En ese sentido el análisis incorpora las variables que muestren diferencias entre los grupos como el género, el nivel educativo, área de residencia, afiliación, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad.

A manera de introducción en la siguiente gráfica se presenta el comportamiento de la mortalidad general durante el periodo 2005 al 2021, siendo los años 2009 y 2010 los que más muertes se reportaron aportando el 15% del total de fallecimientos durante el periodo analizado; siendo Cáceres un municipio de alta ruralidad, el mayor porcentaje de defunciones por área de residencia se da en el área rural con un 79,3% de los casos, en cuanto al régimen de afiliación de los fallecidos tenemos que la gran mayoría estaban cubiertos por el régimen subsidiado, razón por la cual 71,2% de los fallecidos estaban afiliados a este tipo de régimen, con acceso a la seguridad social, un 6,0% al régimen contributivo y el porcentaje restante pertenecían al régimen de excepción, especial y no afiliados.

**Figura 14. Tasa de mortalidad general. Cáceres 2005 - 2021**

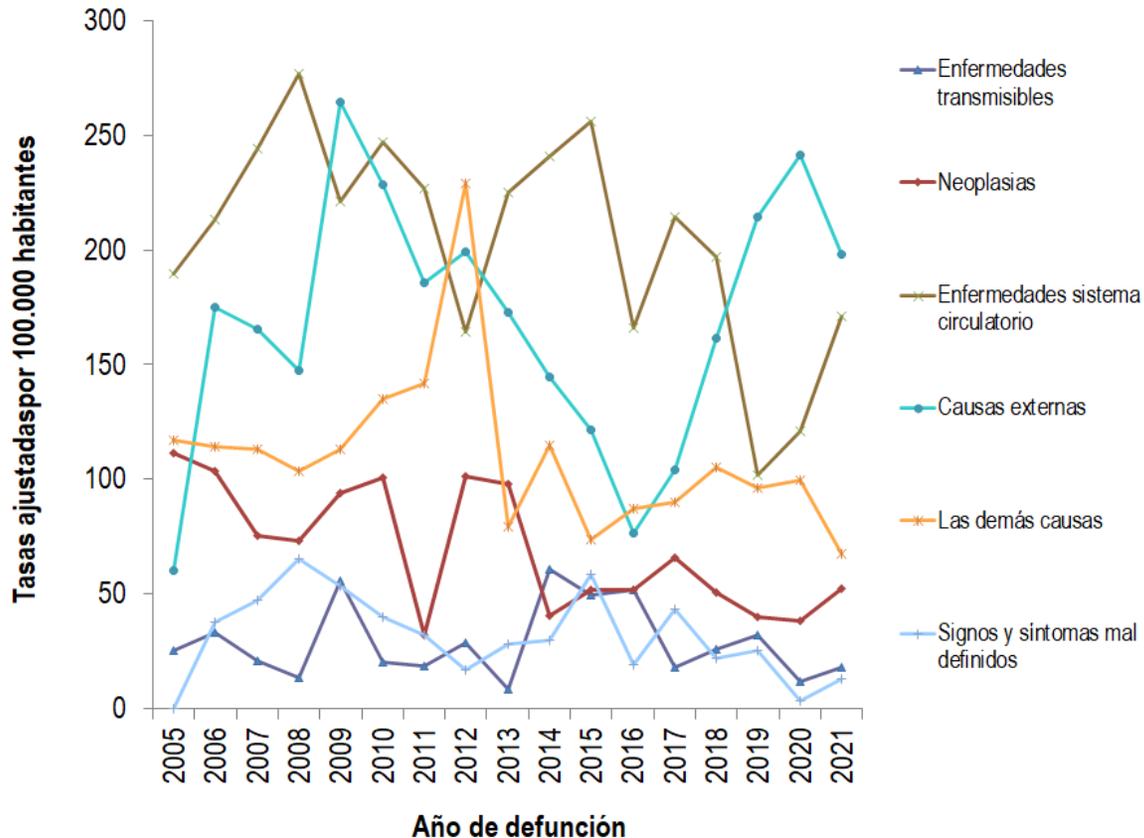


Fuente: Elaboración propia a partir de datos dispuestos por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (tasa x 1.000 habitantes)

En el periodo comprendido entre 2005 al 2021, en el municipio de Cáceres se registraron un total de 2.277 defunciones, siendo más frecuente en los hombres con un total de 1.497 muertes las cuales representan un 65,7%, siendo las causas externas las que ocupan el primer lugar como se describe a continuación en el análisis de la mortalidad general por grandes causas.

### 3.2.1 Mortalidad general por grandes causas

Figura 15 Tasa de mortalidad ajustada por edad del municipio de Cáceres, 2005 – 2021



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

Para el año 2021 la primera causa de muerte fueron las causas externas, que han presentado un comportamiento fluctuante durante el periodo de análisis; estas causas de muerte fueron las que aportaron la tasa más alta para el año 2021, con 197,8 casos de muertes por cada 100.000 habitantes. Dentro de las causas externas la que mayor aporta para que se registren estas altas tasas son los homicidios, situación generada por la crítica situación de orden público que ha atravesado la región del Bajo Cauca en las últimas décadas y de la cual el municipio de Cáceres no ha sido ajeno, sufriendo las consecuencias por la presencia de grupos insurgentes, disidentes de grupos al margen de la ley y los cultivos ilícitos.

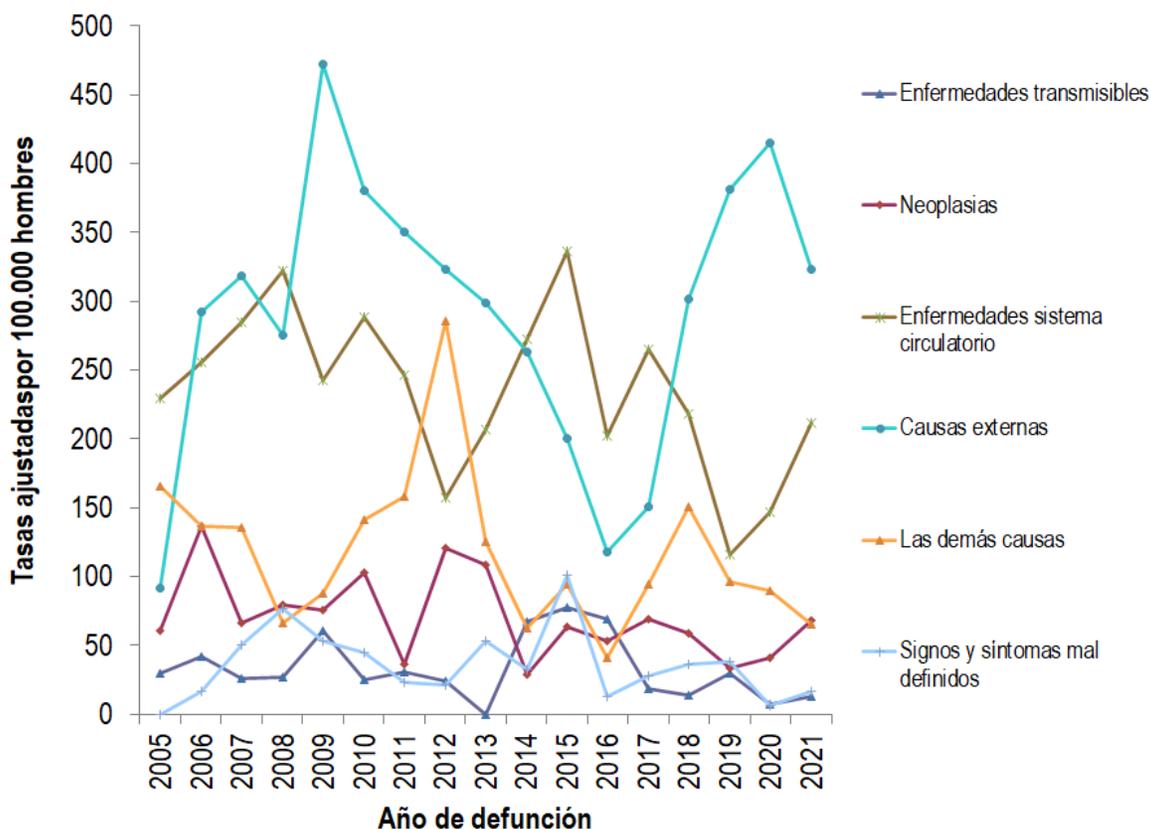
Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de mortalidad en el municipio de Cáceres y han sido junto a las causas externas, las que mayor número de casos de muerte concentran durante el periodo 2005 – 2021, que, aunque han registrado un leve descenso, durante los 3 últimos años han registrado tasas superiores, pasando de una tasa 189,4 muertes en el año 2005 a una tasa de 171,0 por cada 100.000 habitantes del municipio en el año 2021. Estas causas de muerte se concentran principalmente en población adulta y adulto mayor, aunque durante los 2 últimos años se han registrado casos de muerte relacionados con estas causas en población joven, también es importante resaltar que además del impacto en la salud individual, las enfermedades del sistema circulatorio también pueden tener un impacto significativo en los sistemas de salud y en la economía en general, debido a los costos asociados con el tratamiento y la pérdida de productividad laboral.

El acceso oportuno a la atención médica, diagnóstico temprano y tratamiento efectivo son fundamentales para abordar las enfermedades cardiovasculares, al igual que la prevención y el control de los factores de riesgo, a través de la promoción de estilos de vida saludables, como estrategia clave para reducir la incidencia de enfermedades del sistema circulatorio.

En tercer lugar, se encuentran las demás causas, con 67,4 defunciones por cada 100.000 personas en el año 2021, con una tendencia relativamente estable durante el periodo 2005 – 2021, con una tasa promedio de 110,6 casos por cada 100.000 habitantes, pero para el año 2012 registró un significativo incremento con una tasa de 228,7 casos de muerte por cada 100.000 habitantes, siendo la primera causa de muerte en ese año. En este grupo de causas se incluyen las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las del sistema digestivo y la Diabetes Mellitus entre otras. Con el propósito de intervenir las principales causas de muerte de la población del municipio, se han realizado actividades con el fin de educar a la comunidad sobre estilos de vida saludable, teniendo en cuenta el enfoque diferencial, además para detectar factores de riesgo, signos y síntomas de las enfermedades, también, se ha promocionado el ejercicio y la actividad física como factores protectores de las enfermedades crónicas no transmisibles, mediante la realización de ciclovías, jornadas de aeróbicos, caminatas y campeonato tanto en la zona urbana como rural.

Al comparar las causas ajustadas entre hombres y mujeres se evidencio que tanto en hombres como en mujeres las tres principales causas de mortalidad está dada por las mismas patologías sin embargo se observa una diferencia en el posicionamiento de estas, como se observa en las siguientes gráficas:

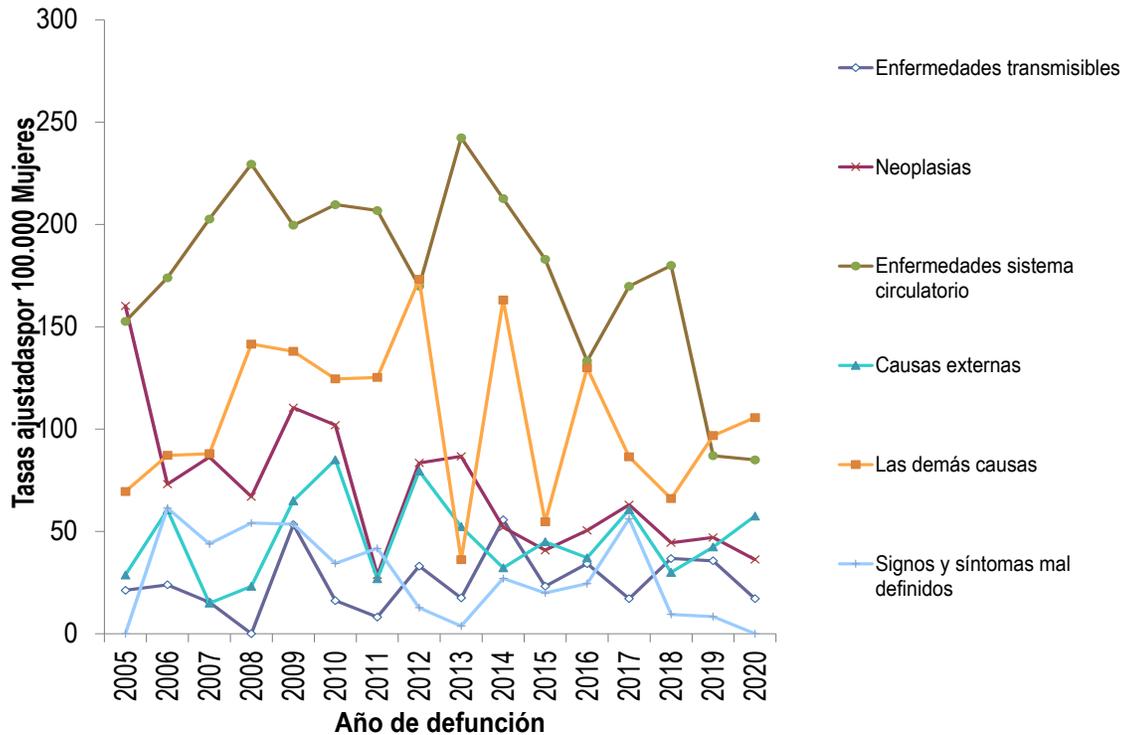
Figura 16 Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

Al realizar la desagregación por sexo, en los hombres, el comportamiento es similar al total, puesto que las causas externas son la principal causa de mortalidad en este grupo poblacional del municipio de Cáceres para el año 2021, en donde se registraron 323,2 defunciones por cada 100.000 hombres, seguido de las enfermedades del sistema circulatorio con 212,1 defunciones por cada 100.000 hombres y en tercer lugar se encuentran las neoplasias con una tasa de mortalidad ajustada de 68,1 muertes por cada 100.000 hombres. Estas tres causas presentan un comportamiento fluctuante durante el periodo de análisis, ver figura 8.

Figura 17 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio de Cáceres, 2005 – 2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

En el grupo de las mujeres son las enfermedades del sistema circulatorio la principal causa de mortalidad durante el periodo 2005 - 2021, con una tasa que pasó de 152,6 a 119,9 muertes por cada 100.000 mujeres, esta tasa tiene un comportamiento fluctuante, siendo el año 2014 en el que se registró el mayor número de casos alcanzando una tasa de 242,4 casos por cada 100.000 mujeres y la tasa más baja se registra en el año 2020 con 85 casos por cada 100.000 mujeres. Al analizar las diferencias de las tasas entre hombres y mujeres se denota que las mujeres tienen un 76,9% menos riesgo que los hombres de fallecer por esta gran causa, con un equivalente de 92 muertes menos por cada 100.000 mujeres.

En segundo lugar, para las mujeres, están las demás causas, con una tasa que pasó 69,5 a 70,3 defunciones atribuibles a este factor por cada 100.000 mujeres en el periodo 2005 - 2021 con un comportamiento variable. La tercera causa de mortalidad en el grupo de las mujeres fueron las causas externas, con una tasa ajustada de 66,6 defunciones por cada 100.000 mujeres para el año 2021, pero

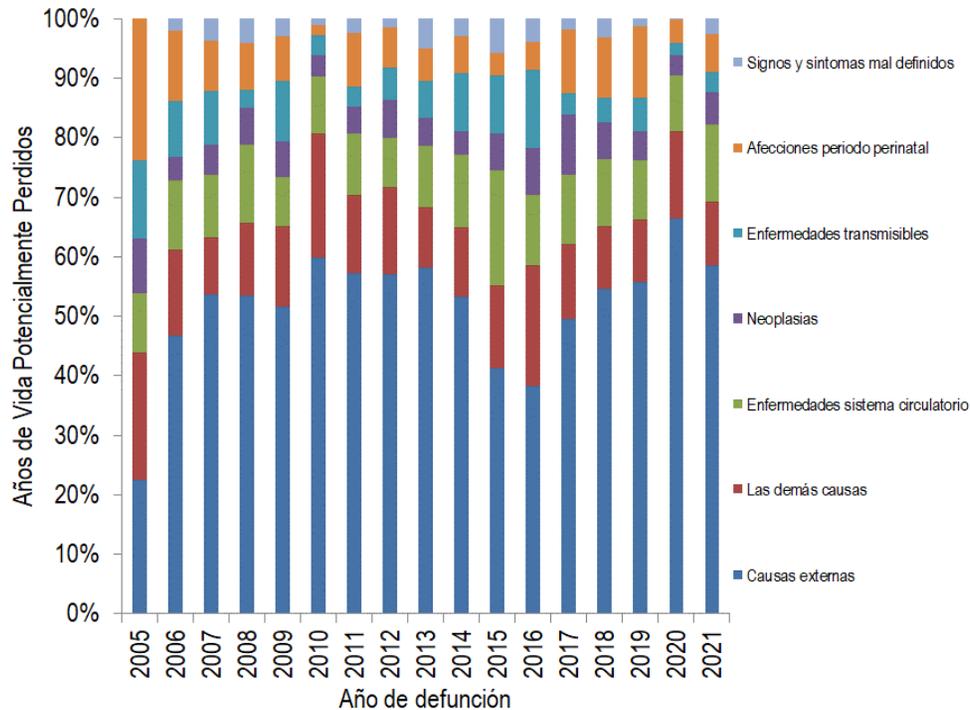
con una diferencia de 256 casos por cada 100.000 personas en comparación con los hombres, por lo que se puede concluir que el mayor número de fallecimientos por causas externas como homicidios, suicidios y accidentes de tránsito los aporta el sexo masculino.

- **Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP**

El indicador Años de Vida Potencialmente Perdidos, hace referencia a la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimiento prematuro, es así que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de años de vida representa. Este indicador permite priorizar y determinar cuáles son las causas de muerte que más pérdidas de años tienen y en que grupos de edad se están presentando para así poder realizar intervenciones que permitan alargar los años de vida de la población.

El cálculo de los AVPP se basa en la diferencia entre la edad al morir y la esperanza de vida Estándar, que para el departamento de Antioquia es de 78,2 años, siendo esta una función de la pérdida de tiempo dependiente de la edad a la que ocurre la muerte, la cual permite cuantificar los años de vida perdidos debido a muertes tempranas, esto sujeto a la calidad de las estadísticas de mortalidad, evaluada por el nivel de cobertura del registro, oportunidad, integridad y precisión del diagnóstico y codificación de las causas básicas de muerte.

**Figura 18 Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**

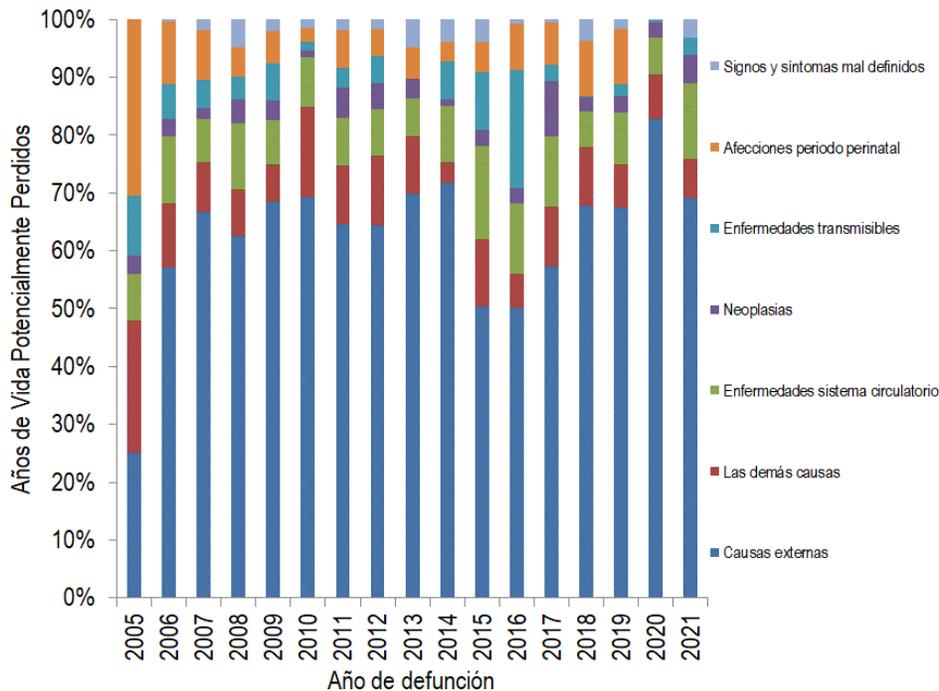


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

En el Municipio de Cáceres durante el período 2005 - 2021 el grupo que aporta el mayor número de años de vida potencialmente perdidos son las causas externas las cuales aproximadamente aportan una carga del 52,0% del total de muertes en el periodo de análisis, de este grupo de causas las más representativas son los homicidios y los accidentes de tránsito. La mortalidad por estos grupos causales tiene alto impacto en los AVPP, dado que afectan en mayor proporción a población joven, los años que mayor número de años aportaron a los AVPP fueron el 2009 y 2010 con un 16% del total de años durante el periodo informado.

En segundo lugar, para el periodo de análisis, se encuentran las demás causas con un 13,8% de AVPP y la tercera gran causa de AVPP, fueron las enfermedades del sistema circulatorio con un 11,1%. Es importante resaltar que, al analizar el comportamiento de las enfermedades trasmisibles, no se observan diferencias significativas durante los 2 últimos años del periodo de análisis, contrario a lo que se podía esperar por los fallecimientos registrados durante la Pandemia de Covid-19.

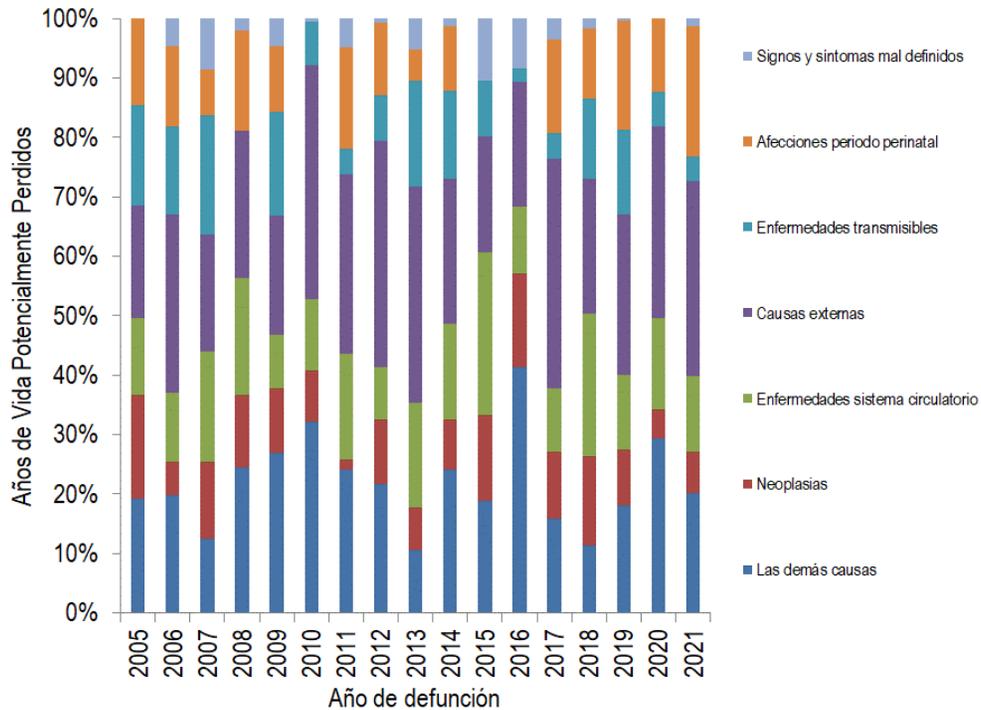
**Figura 19 Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

Las causas externas fueron las que más aportaron a los AVPP en los hombres durante el periodo 2005 - 2021 con 32.102 años lo que representó el 63,5% de la carga total de AVPP por todas las causas, en el consolidado general la segunda causa para que mayor número de años ha arrebatado a la población Cacerense, son las demás causas, pero para el año 2021 se consolidan las enfermedades del sistema circulatorio como segunda causa.

**Figura 20 Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**

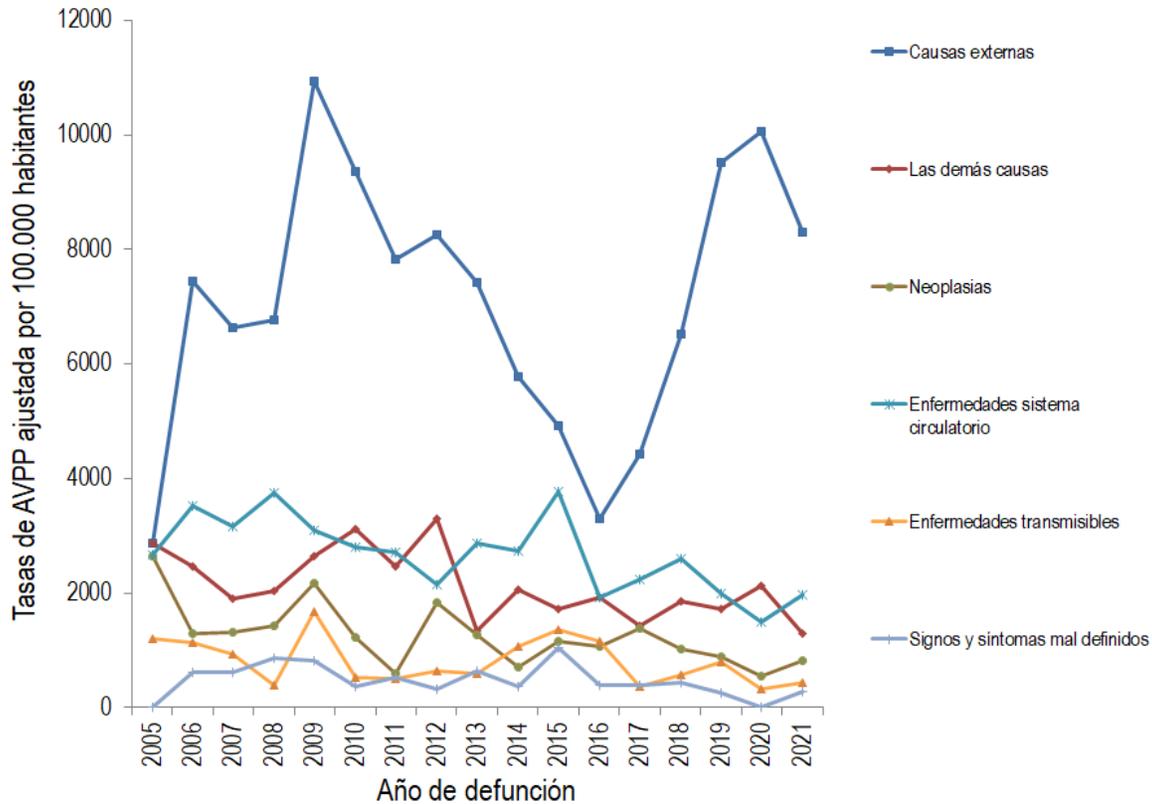


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

Para el último año del periodo analizado, las causas externas fueron las que aportaron mayor cantidad de AVPP (370) en las mujeres con un 32,8%, seguido de las Afecciones periodo perinatal con un 22,0%, el tercer lugar lo ocuparon las demás causas con un 20,2%. El comportamiento de estas 3 principales causas de AVPP en los años 2005 - 2021 ha sido variable. Comparando los AVPP entre sexos, cabe resaltar que los AVPP por causas externas en hombres sobrepasan ampliamente el conteo en las mujeres, aunque igualmente continúan siendo la primera causa en ambos sexos.

- **Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP**

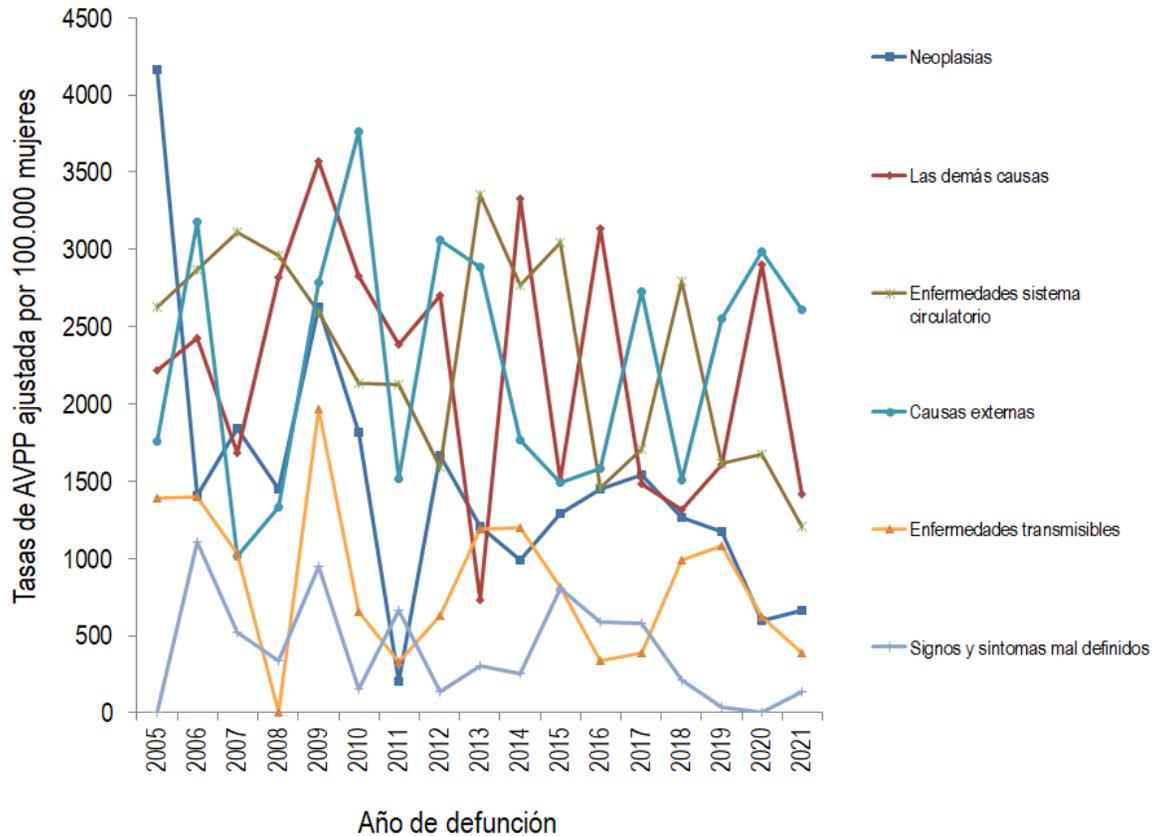
**Figura 21 Tasa de AVPP ajustadas por edad por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

Las tasas de AVPP ajustadas por edad permiten comparar diferentes grupos poblacionales lo cual nos permite comparar los años de vida potencialmente perdidos de una población con otra; para la población del municipio de Cáceres, durante el periodo 2005 - 2021 la principal causa de muerte en población general fueron las causas externas, con un incremento marcado desde el año 2017. En segundo lugar, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 1.969,0 por cada 100.000 habitantes en el año 2021 y en el tercer lugar aparecen las demás causas, con una tasa ajustada de 1.302,0 por cada 100.000 habitantes.

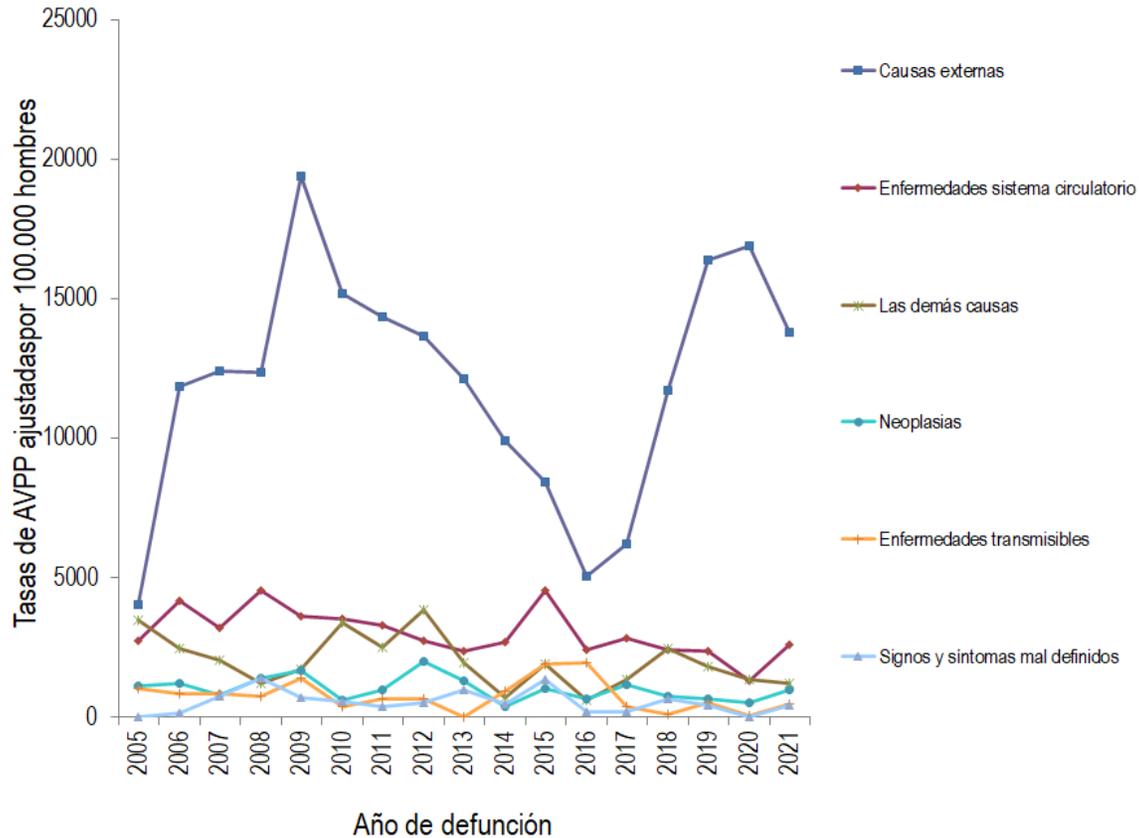
Figura 22 Tasa de AVPP ajustadas por edad por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

En el periodo de estudio, entre las mujeres del municipio, las causas externas ocuparon el primer lugar de AVPP con una tasa ajustada de 2.608,9 por cada 100.000 mujeres para el año 2021, en segundo lugar, con una tasa de 2904,8 por cada 100.000 mujeres se encuentran las demás causas con una tasa de 1.418,3 por cada 100.000 mujeres en el año 2021, desplazando las enfermedades del sistema circulatorio al tercer lugar con una tasa ajustada de 1.204,4 por cada 100.000 mujeres. En los años analizados estos 3 grupos que causan los principales AVPP en las mujeres han tenido un comportamiento variable.

Figura 23 Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

En el periodo comprendido entre los años 2005 – 2021, las causas externas ocupan el primer lugar en AVPP en los hombres del municipio de Cáceres, con una tasa que aumentó significativamente pasando de 4.034,1 a 13.808,4 por cada 100.000 hombres, esta tasa venía en disminución hasta el año 2016, a partir del año 2017 se evidencia un aumento muy marcado. El segundo lugar lo tienen las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa que pasó de 2.731,0 a 2.600,5 por cada 100.000 hombres con una tendencia fluctuante durante el periodo de análisis. El tercer lugar lo ocupan, las demás causas con una tasa que pasó de a 3.487,4 a 1.219,0 por cada 100.000 hombres con una tendencia la disminución.

### 3.2.2 Mortalidad específica por subgrupo

A continuación, se realiza un análisis más detallado que permitirá identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grandes grupos de mortalidad conocidos, como lo son las enfermedades transmisibles; las neoplasias; las enfermedades del sistema circulatorio; las causas externas; todas las demás causas y, los síntomas, signos y afecciones mal definidas que afectan a la población general de Cáceres Antioquia, de manera independiente se realiza análisis de las afecciones del periodo perinatal, los cálculos se exportan de la información disponible en la bodega de datos SISPRO y se representan en las gráficas prediseñadas y estandarizadas por el Ministerio de Salud y la Protección Social.

Para obtener un panorama general de la mortalidad específica por cada subgrupo se identificaron los valores más altos de cada una de las causas contenidas en las seis grandes causas de mortalidad, luego estos valores fueron ordenados y se tomaron los diez mayores valores para identificar aquellas causas responsables de la mayor mortalidad entre la población de Cáceres para el periodo 2005 - 2021.

#### Enfermedades transmisibles

Este grupo de enfermedades afectan desproporcionadamente a las comunidades con recursos limitados y se vinculan con una compleja variedad de determinantes de la salud que se superponen, como la disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, las condiciones de la vivienda, los riesgos del cambio climático, las inequidades por razones de género, los factores socioculturales y la pobreza, entre otros, aspectos todos relacionados con las dinámicas propias del municipio de Cáceres. Además de los costos económicos, las enfermedades transmisibles imponen costos sociales intangibles a las personas, las familias y las comunidades. En síntesis, la carga que generan estas enfermedades, con sus costos económicos, sociales y de salud, impide que se alcance la salud plena y destaca la necesidad de redoblar los esfuerzos para impactar de manera positiva los factores de riesgo relacionados con estas causas.

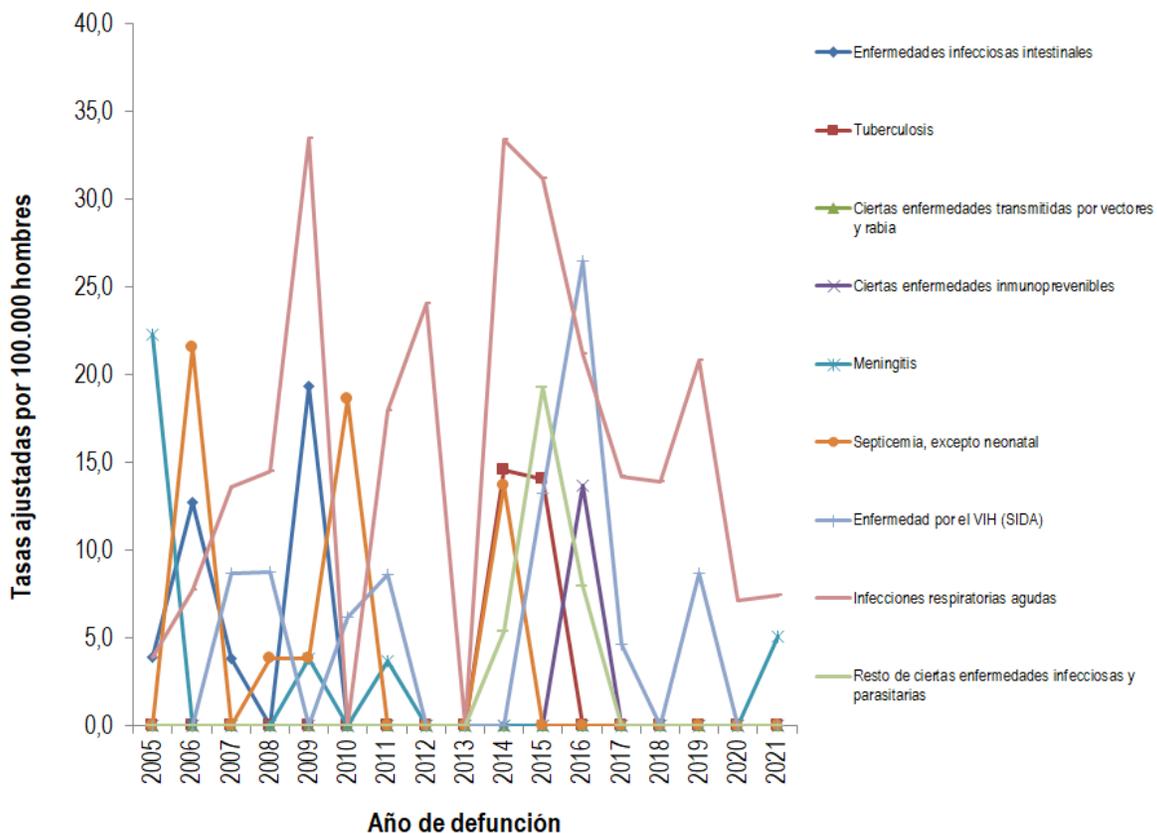
Como se evidenció en el análisis de la mortalidad general, para el año 2021, las enfermedades transmisibles son la cuarta causa de mortalidad en el Municipio de Cáceres, y dentro de esta durante los años en observación la mortalidad por infecciones respiratorias agudas son las tasas más altas con diferencia significativas. Dentro de las subcausas de mortalidad por enfermedades transmisibles encontramos: las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis, septicemia, enfermedad por VIH,

enfermedades infecciosas intestinales, ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, ciertas enfermedades inmunoprevenibles, meningitis, resto de ciertas enfermedades infecciosas.

Es importante resaltar que los 2020 y 2021 son años que se tratan de años atípicos y el comportamiento del indicador en este grupo de enfermedades se encuentra influenciado por los efectos directos e indirectos de la pandemia por COVID-19 y el exceso de mortalidad que se presentó en la población que padecía alguna condición crónica de base. En este sentido a continuación se presenta el análisis de este grupo de enfermedades por sexo:

### Enfermedades transmisibles en hombres

Figura 24 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021

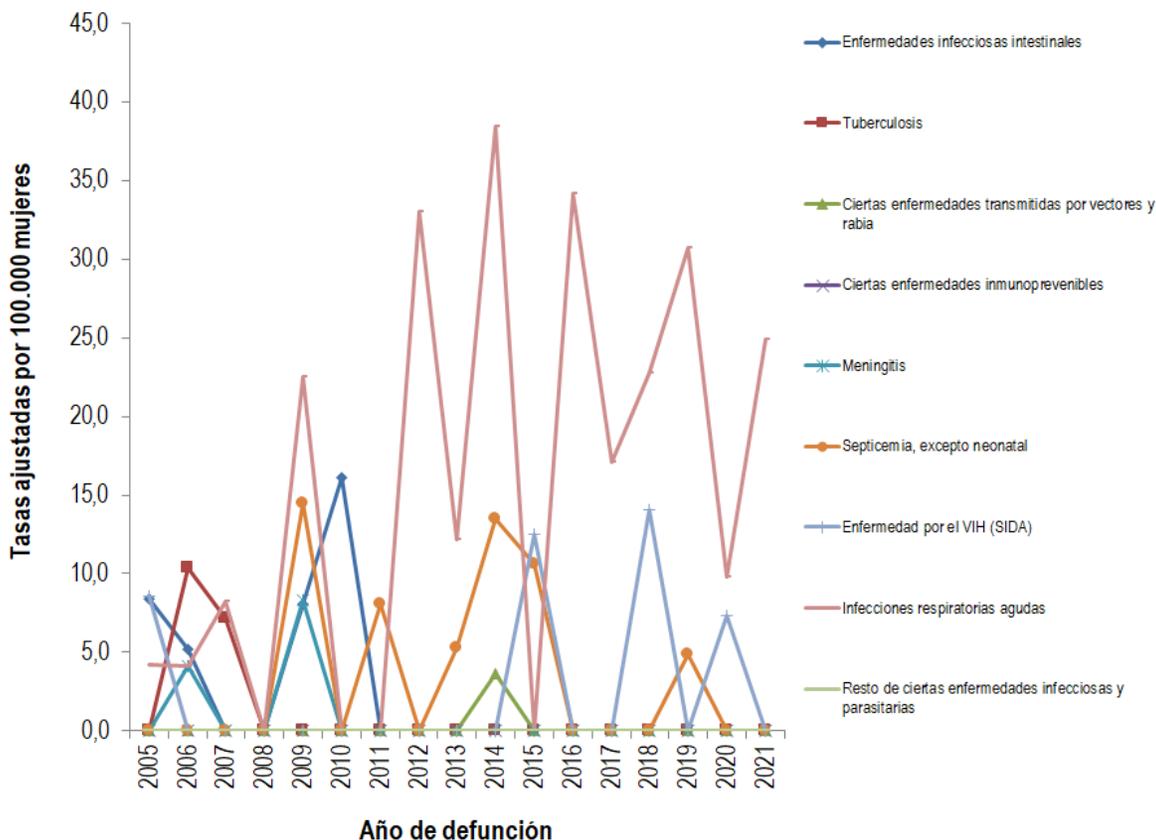


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

Durante el periodo de 2005 - 2021 en el grupo de las enfermedades transmisibles en los hombres del municipio de Cáceres, la primera causa de mortalidad fueron las infecciones respiratorias agudas, para el año 2021 se registra una tasa de 7,1 por cada 100.000 hombres, siendo igual a la tasa registrada el año inmediatamente anterior, en los años analizados esta tasa ha tenido una tendencia variante. Otra causa que presentó casos para el año 2021 fue la meningitis con una tasa de 5,1 casos por cada 100.000 hombres, desde el año 2011 no se registraban casos por esta causa en el municipio de Cáceres. A pesar que durante los años 2020 – 2021 la Pandemia por Covid-19 generó un aumento en las tasas de mortalidad para las infecciones respiratorias agudas, el municipio de Cáceres presento un comportamiento estable en la mortalidad por esta causa en el grupo de los hombres.

### Enfermedades transmisibles en mujeres

**Figura 25 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

Dentro de las enfermedades transmisibles en las mujeres del municipio de Cáceres, el principal evento que afectó a esta población fueron las infecciones respiratorias agudas, contrario al comportamiento registrado en el grupo de los hombres, presentando un incremento durante el periodo de análisis, pasando de una tasa de 4.2 a 24,9 casos por cada 100.000 mujeres, con un incremento muy marcado de 15,1 puntos en el año 2021 con relación al año 2020. En segundo lugar, durante el periodo 2005 - 2021, se encuentran las muertes por Enfermedad por el VIH (SIDA), aunque para el año 2021 no se registraron casos por esta causa, presentando un comportamiento muy fluctuante en ocasiones incluso sin presentar casos.

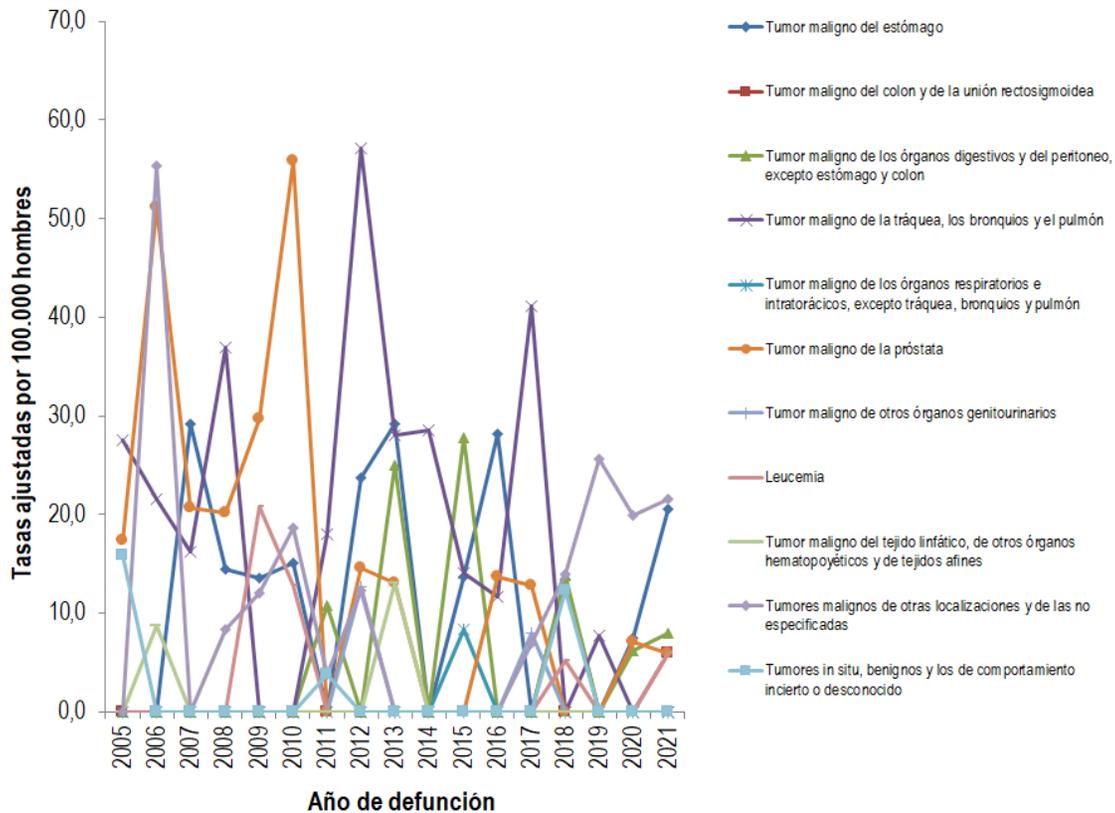
### Neoplasias

Las neoplasias son la cuarta causa de muerte en el municipio de Cáceres en el periodo comprendido del año 2005 al 2021, el tumor maligno de la próstata y el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, fueron las dos primeras causas de mortalidad en hombres y mujeres, causando el 34,5% de las defunciones a nivel de la población total del municipio. En el año 2010 se registró el mayor número de casos de muerte por estas causas con un 11% del total de los casos, todas con fluctuaciones constantes durante el periodo de análisis.

La reducción de la mortalidad por neoplasias, está directamente relacionada con un diagnóstico oportuno y el garantizar una atención integral sin ningún tipo de barreras de acceso, por lo que la responsabilidad de las EAPB son un factor desencadenante en el comportamiento del indicador, igualmente las acciones que se realicen desde los programas de promoción de estilos de vida saludables y la identificación de signos y síntomas relacionados.

### Neoplasias en hombres

**Figura 26 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**



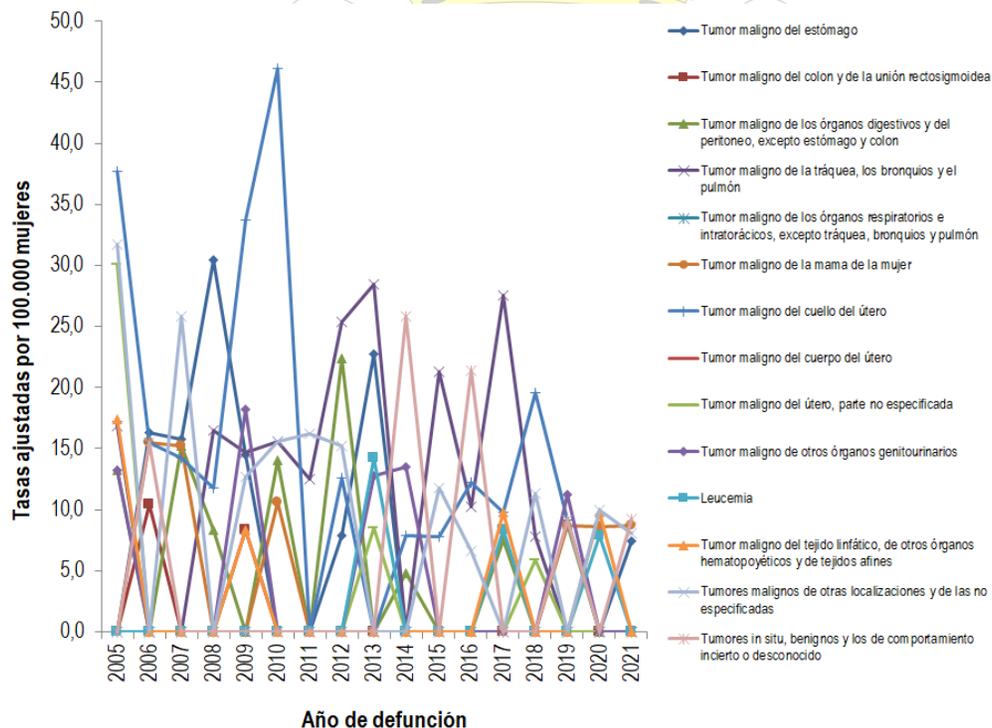
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

En primer lugar, la mayor tasa de mortalidad en el grupo de los hombres del municipio de Cáceres durante el periodo 2005 – 2021 por neoplasias, fue debido al Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, presentando un comportamiento oscilante desde el 2005 con tendencia a la disminución pues paso de 27,5 por cada 100.000 hombres en el 2005, a 7,8 casos en el año 2019 por cada 100.000 hombres en los años 2020 y 2021 no se registraron casos por esta causa, siendo su mayor tasa registrada la que presentó en el año 2012 y la menor tasa (0) la presentada en los años 2009, 2010, 2018, 2020 y 2021. Es necesario, además, resaltar el hecho de que con la falta de cifras que se hace evidente en la figura 18, se hace muy complejo sacar conclusiones o deducir información del comportamiento de las causas de mortalidad. Sin embargo, también se debe destacar el hecho de que en los últimos 3 años el reporte de las tasas ha sido constante, lo que muestra una gran mejora en lo que respecta a la calidad del dato de las diferentes fuentes de información requeridas para este análisis de salud.

La segunda causa con mayor concentración de casos de muerte durante el periodo de análisis es el Tumor maligno de la próstata, con 6 casos por cada 100.000 hombres en el año 2021 y con un comportamiento fluctuante durante el periodo, siendo el año 2010 donde se presentó el mayor número de casos de muerte por esta causa.

### Neoplasias en mujeres

Figura 27 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

Con respecto a las mujeres, los tres primeros subgrupos con mayor carga en la mortalidad para las neoplasias durante el periodo 2005 – 2021 son el Tumor maligno del cuello del útero, el Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, y los Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas. Las tasas de mortalidad ajustadas de estos subgrupos han tenido un comportamiento variable en el periodo, pero cabe destacar que respecto al año 2005 se ha presentado una disminución en la mortalidad por estas causas, mientras en 2005 fallecían aproximadamente 38 de cada 100.000 mujeres por Tumor maligno del cuello del útero, en 2021 no se presentaron casos. Para el caso del

Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón ha tenido un comportamiento variante, sin casos registrados en los 3 últimos años del periodo de análisis, mientras que para los Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, se registra una tasa de 8 casos de muerte por cada 100.000 mujeres en el año 2021.

De acuerdo a los tiempos establecidos en el proceso de auditoría a la calidad, es preocupante las demoras identificadas desde la fecha de la primera consulta y nivel asistencial de ésta, pruebas diagnósticas solicitadas y tiempo hasta que están disponibles, hasta la derivación del paciente y hasta el diagnóstico definitivo, generando complicaciones y aceleración de la enfermedad en los pacientes, teniendo en cuenta que el diagnóstico definitivo de las neoplasias malignas se realiza, por lo general, en el nivel especializado. En este sentido urge implementar en el municipio el Equipo Básico de Atención en Salud – EBAS, integrado por un equipo interdisciplinario que garantice la atención en las localidades y permita al paciente comunicar los primeros síntomas a su médico de atención primaria en salud, constituyéndose en la puerta de entrada al sistema.

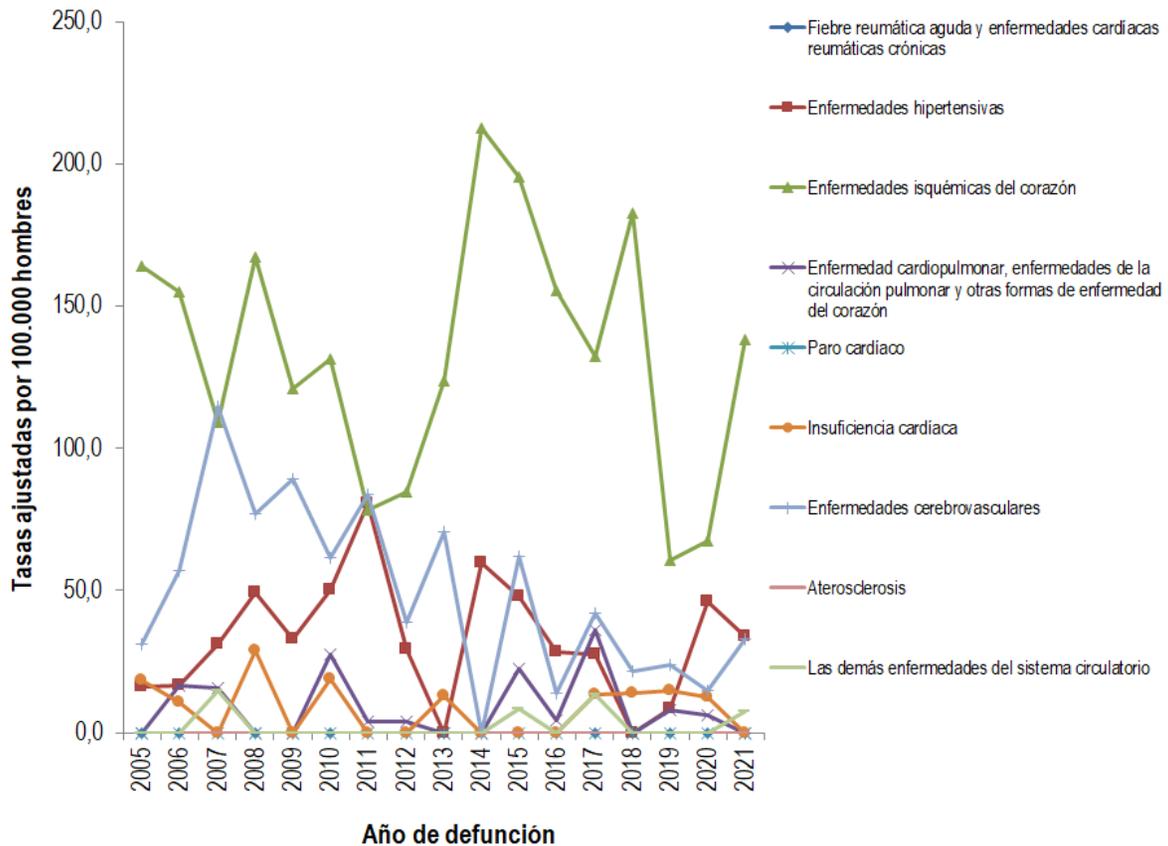
#### **Enfermedades del sistema circulatorio**

Las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo, con el 33,4% del total de los casos de muerte en el periodo 2005 - 2021, la principal causa de muerte en el municipio de Cáceres, dentro de estas, durante todos los años en observación 2005 - 2021, la tasa más alta, es representada por las enfermedades isquémicas del corazón como se observa en la figura 21, la segunda causa son las enfermedades cerebrovasculares su máximo pico en el año 2021; en tercer lugar están las enfermedades hipertensivas,

Es importante resaltar entonces que las tres primeras causas de mortalidad están asociadas a la hipertensión arterial, que desencadena inicialmente la enfermedad y posteriormente la muerte, la prevención y la captación temprana de la población a riesgo debe ser un factor a fortalecer, así como la prevención y el tratamiento adecuado son fundamentales para manejar estas enfermedades y prevenir complicaciones graves; adoptar un estilo de vida saludable, que incluya una dieta equilibrada, ejercicio regular y control del estrés, puede ayudar a reducir el riesgo de muchas de estas afecciones. A continuación, se presenta el análisis del comportamiento desagregado por casos según el sexo:

#### **Enfermedades del sistema circulatorio en hombres**

Figura 28 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021

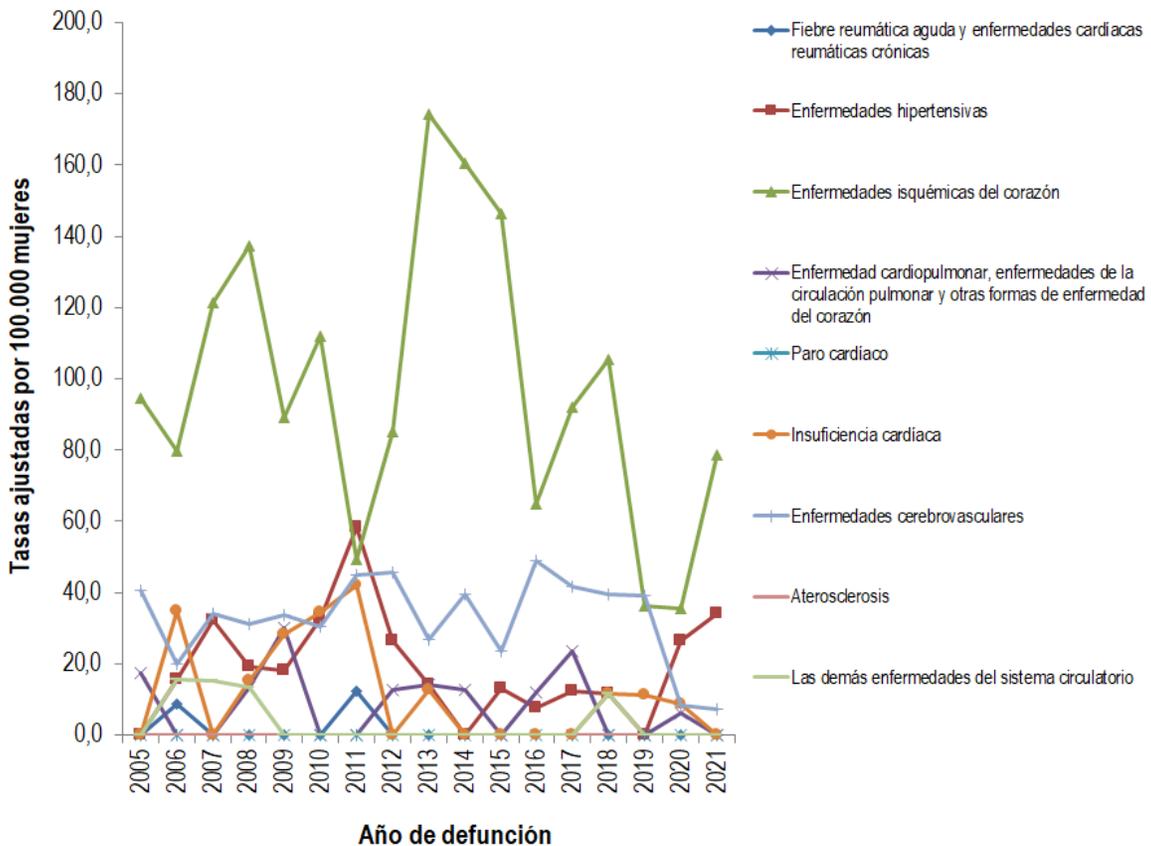


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

El comportamiento en los hombres respecto a la Enfermedades del Sistema Circulatorio es el mismo que en población general, siendo las Enfermedades Isquémicas de corazón el subgrupo que aporta las mayores tasas ajustadas de mortalidad en el periodo comprendido 2005 – 2021 en el municipio de Cáceres, con tasas que varían entre 180,4 (en el año 2014) y 78,5 (en el año 2021) muertes por 100.000 hombres. Las Enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar, con tendencia variable y disminución en el año 2021 respecto al año anterior. En el tercer lugar se ubicaron las Enfermedades hipertensivas a las cuales se adjudican 34 muertes por cada 100.000 hombres en el año 2021, lo que comparado con 2006, año inicial de la serie analizada, representa casi 19 muertes más por cada 100.000 hombres.

Enfermedades del sistema circulatorio en mujeres

Figura 29 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

La situación de las mujeres no es diferente a la población general y masculina, los principales subgrupos dentro de las enfermedades del sistema circulatorio son igualmente las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebro vasculares e hipertensivas. Las Enfermedades isquémicas del corazón, las cuales presentaron un comportamiento oscilante con tendencia a la disminución, pasando de una tasa ajustada por la edad de 164,2 por cada 100,000 mujeres en el 2005 a una tasa de 138,0 por cada 100,000 mujeres en el año 2021. Su pico más alto fue el que presentó en el año 2014 y el más bajo corresponde al año 2019 con una tasa de 60,6 muertes por cada 100.000 mujeres. La segunda causa fue las producidas por las Enfermedades cerebrovasculares, las cuales presentaron un comportamiento estable, siendo su pico más elevado en el año 2007 con 114 casos de muerte por

cada 100.000 mujeres; la tercera causa fue las producidas por las Enfermedades hipertensivas, las cuales presentaron un comportamiento oscilante con tendencia a aumentar, es decir, paso de una tasa ajustada de 16 casos por cada 100.000 mujeres en el año 2005 a una tasa de 33,8 casos por cada 100,000 mujeres en el año 2021; siendo el pico más alto en el 2011 y el pico más bajo fue el presentado en el año 2018 con cero casos.

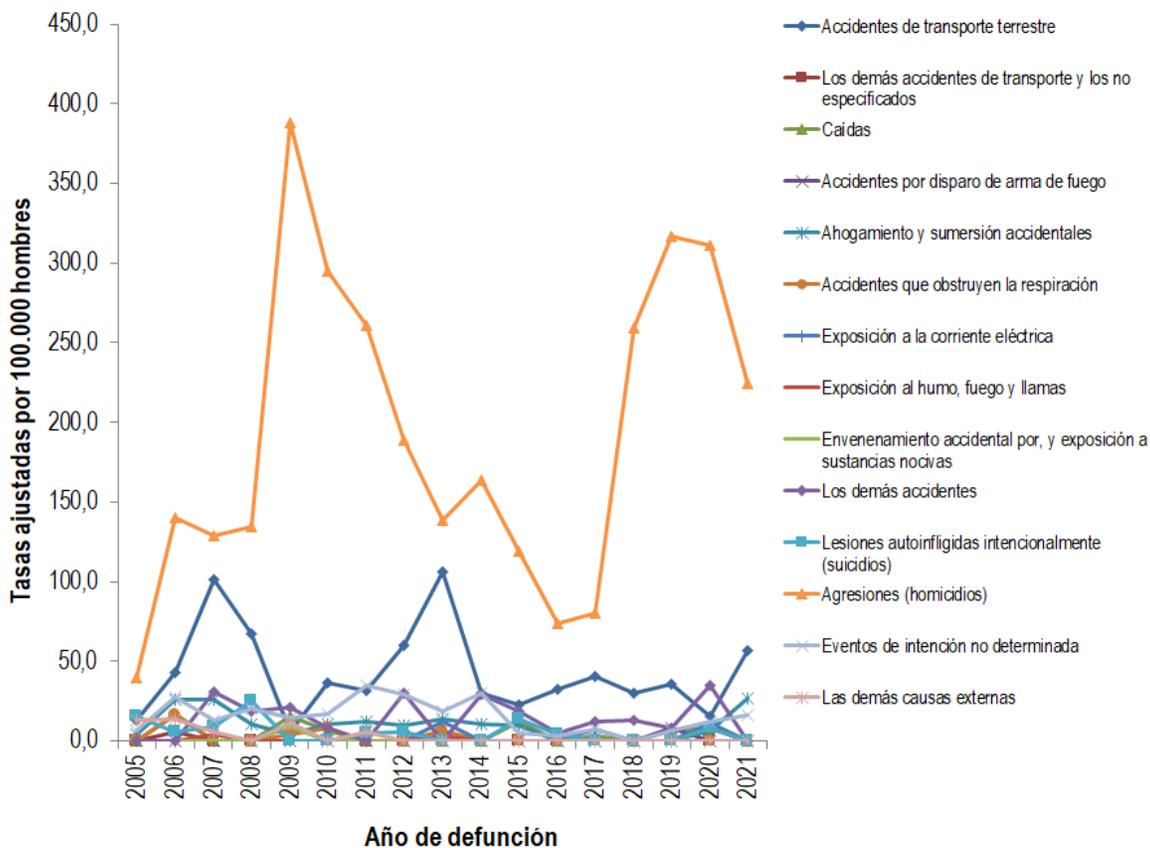
### Causas externas

Las causas externas de mortalidad están relacionadas con los homicidios, accidentes de tránsito, suicidios y otras lesiones, que como se mencionó anteriormente son las que generan mayor número de AVPP en el municipio y la región, siendo uno de los principales problemas de salud pública, teniendo en cuenta que es un indicador de desigualdades e inequidades en salud, y tiene gran impacto social y económico en la población; las causas externas de mortalidad se clasifican generalmente en intencionales o violentas (suicidio y homicidio), no intencionales (accidentes de tráfico u otros accidentes) y de intención no determinada.

Las defunciones por causas externas han generado una gran afectación en todos los grupos de edades; sin embargo, es el grupo de 15 a 49 años de edad donde tienen una mayor incidencia, siendo estas de las principales causas de muerte en el municipio. Una característica importante es que, además del alto número de fallecimientos, también anualmente, un gran número adicional de personas sufren lesiones no fatales muchas de ellas graves por lo que requieren de cuidados médicos, psicológicos o de rehabilitación, lo que acarrea costos sociales y económicos al sistema de salud.

### Causas externas en hombres

**Figura 30 Tasa de mortalidad ajustada por edad para causas externas en hombres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**

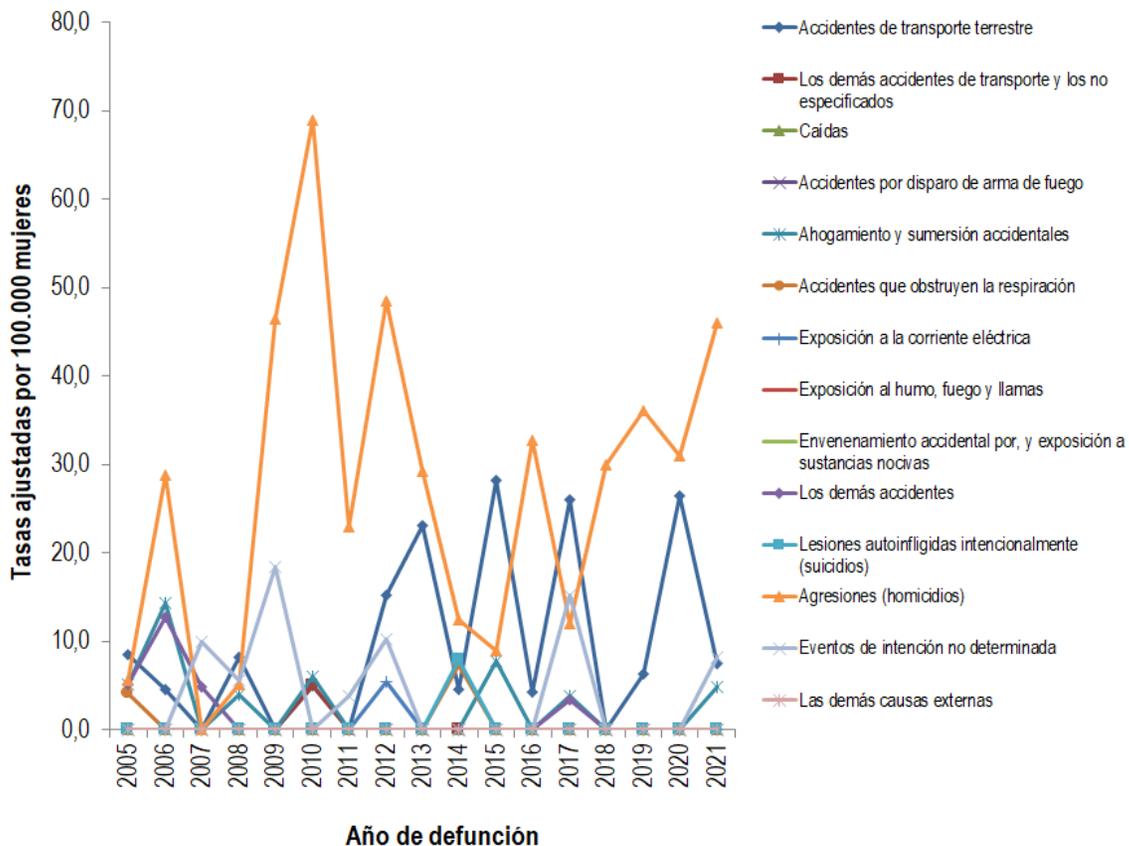


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

En el sexo masculino, las tasas más elevadas en el grupo de causas externas se presentaron igual que en población general en el subgrupo de Agresiones (homicidios), que se incrementaron súbitamente entre 2009 y 2012 y un nuevo pico se registra durante el periodo 2018 al 2021, con una leve tendencia decreciente. Siguen en segundo lugar los Accidentes de transporte terrestre con 56,5 muertes por cada 100.000 hombres en el año 2021 en el municipio de Cáceres, manteniendo una tendencia variable en el periodo. En tercera posición están los Eventos de intención no determinada, que ha presentado comportamiento fluctuante con tasas entre 3,4 y 35,1 muertes por cada 100.000 hombres en el municipio de Cáceres. En el año 2021 esta tasa fue de 16 muertes por cada 100.000 hombres incrementándose en 4 puntos con respecto al año 2021.

### Causas externas en mujeres

**Figura 31 Tasa de mortalidad ajustada por edad de mortalidad ajustada por edad para causas externas en mujeres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

El comportamiento normal de la mortalidad por causas externas en el periodo 2005 – 2021 en el grupo de las mujeres, se ve afectado por el aumento en las agresiones (homicidios) observados en el año 2006, 2009, 2010, 2012 y 2021, alcanzando tasas de 28,8 – 46,5 – 69,0 – 48,5 y 45,9 por cada 100.000 mujeres respectivamente. Es importante resaltar el comportamiento de la causa de accidente de tránsito, que inicia el periodo de análisis con una tasa de 8,6 fallecimientos por cada 100.000 mujeres en el año 2005 con una tendencia al fluctuante, con un marcado descenso en el año 2018 con una tasa de 0 casos por cada 100.000 mujeres.

### Demás causas

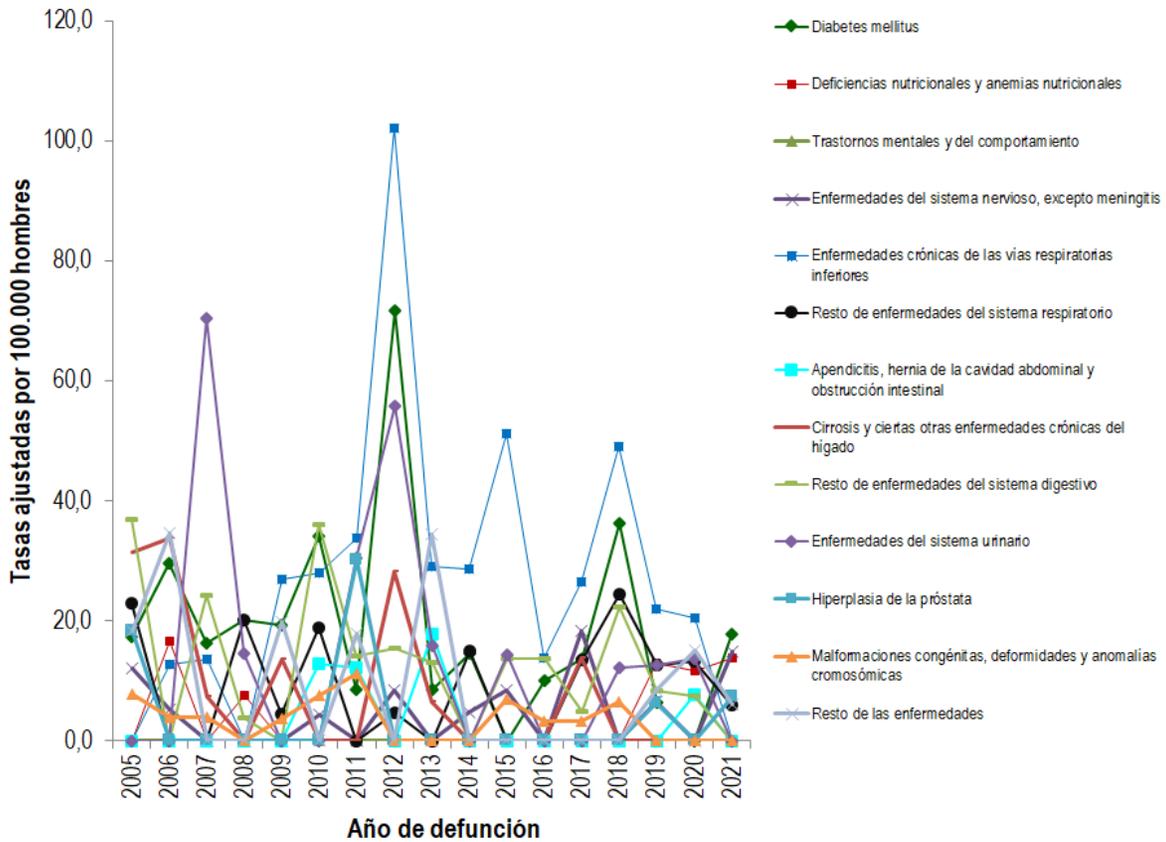
En este sub grupo de causas se ubican entre otras, la diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, trastornos mentales y de comportamiento, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y resto de enfermedades del sistema respiratorio. En el año 2021 los tres primeros subgrupos con mayores tasas ajustadas de mortalidad en este grupo en población total fueron las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (12,9 casos por cada 100.000 habitantes), seguido de Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis (12,4 por cada 100.000 habitantes), y Diabetes Mellitus (10,0 por cada 100.000 habitantes).

El municipio para intervenir esta problemática, viene realizando a través de la Secretaría de Salud y Protección Social, la conmemoración de la semana de la Seguridad alimentaria y nutricional (SAN), para promover la diversidad gastronómica y los buenos hábitos alimenticios, en veredas y zona urbana del municipio (feria gastronómica, estrategias educativas, presentación de videos, jornadas ludicopedagogicas), además se está realizando el diagnóstico nutricional en las familias de la zona urbana y rural del municipio de Cáceres, sin embargo, se requiere implementar programas que garanticen una mejor seguridad alimentaria y nutricional para la población del municipio.

### Demás causas en hombres

**Figura 32 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás causas en hombres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**

Alcaldía de  
**Cáceres**

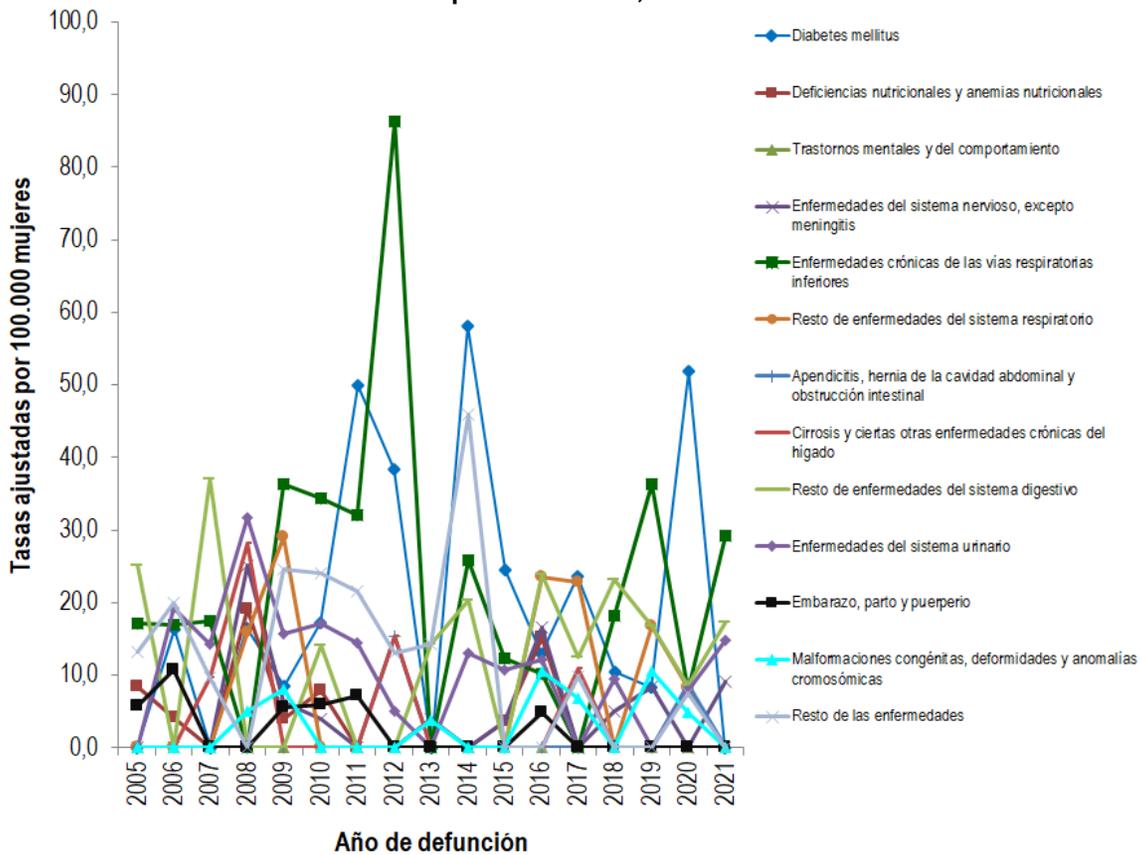


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

Para el año 2021 la Diabetes mellitus fue la causa que aportó la mayor carga de mortalidad en el grupo de las demás causas, con una tasa de 17,9 defunciones por cada 100.000 hombres Cacerenses, seguido de las Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis con una tasa de 14,8 y en tercer lugar se encuentran las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales con 13,9 defunciones por cada 100.000 hombres. Es importante mencionar que las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales no se habían presentado como causa de muerte en el municipio desde el 2009 hasta el 2018.

### Demás causas en mujeres

**Figura 33 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás causas en mujeres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**



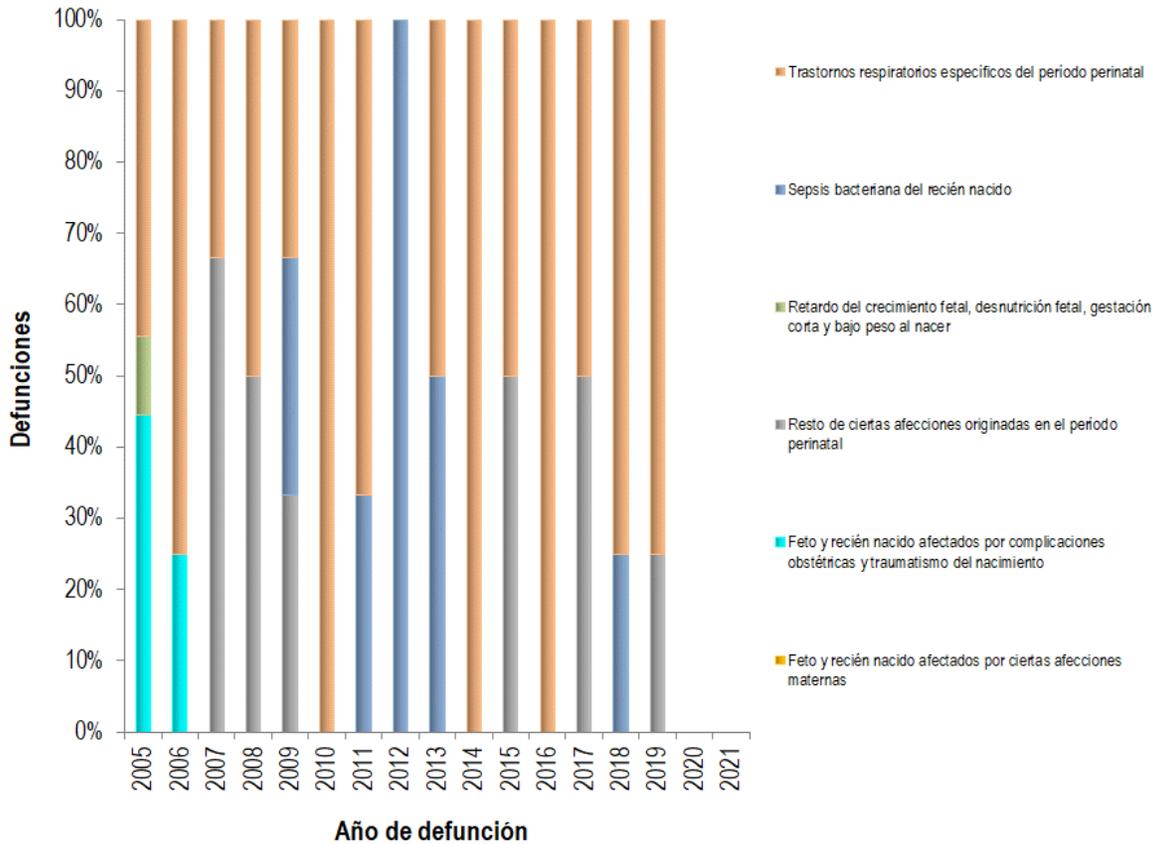
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

En el último año evaluado 2021, las tasas más altas en el grupo de las demás causas para las mujeres del municipio, las aportaron en primer lugar las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una tasa de 29,2 casos de muerte por cada 100.000 mujeres. En segundo lugar, se encuentran el resto de enfermedades del sistema digestivo con 17,3 defunciones por cada 100.000 mujeres. Las enfermedades del sistema urinario se ubican en el tercer lugar en esta vigencia con 14,7 defunciones por cada 100.000 mujeres cacereñas.

### Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

### Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres

**Figura 34 Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**

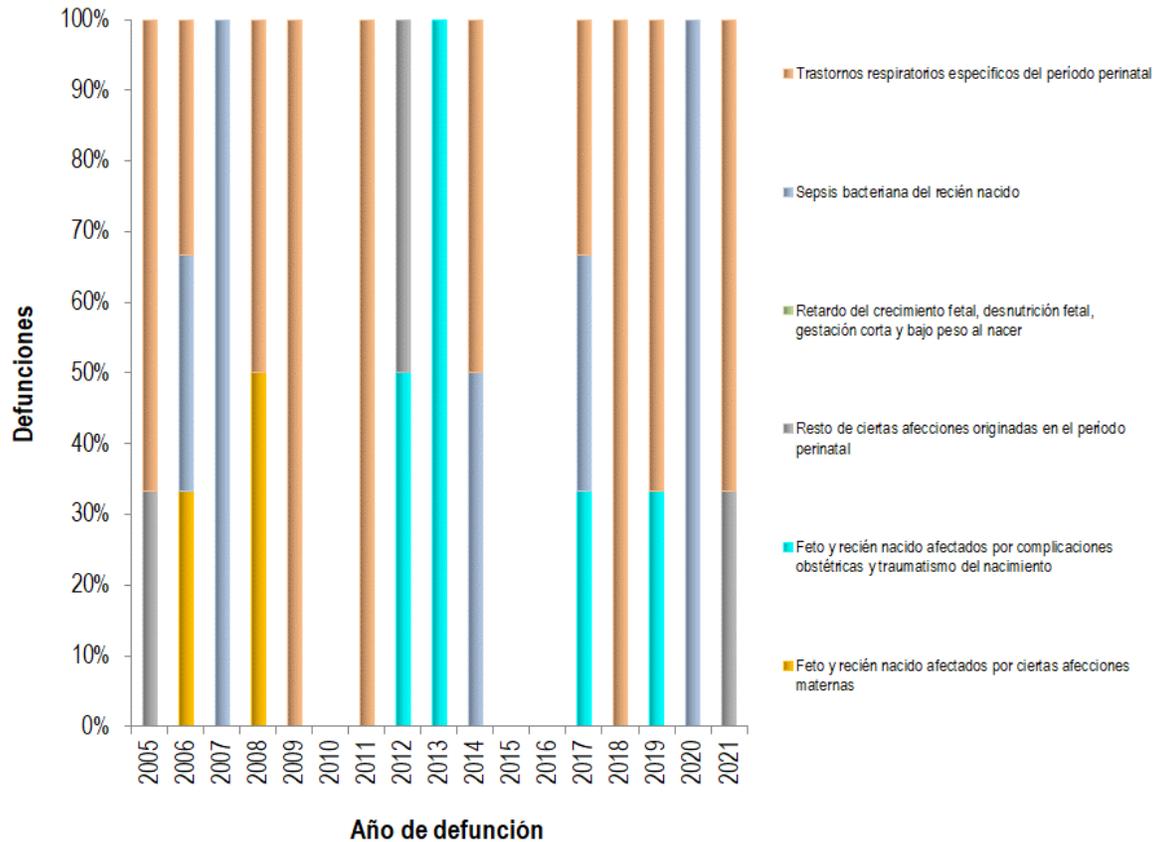


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

En cuanto a las defunciones en hombres, debido a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, para los años 2020 y 2021 no se registraron casos, en el año 2019, se presentaron 3 muertes atribuibles a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, esta es la causa de muerte que más casos ha presentado durante todo el periodo evaluado 2005 - 2021 con 25 defunciones en hombres. En segundo lugar, se encuentra el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 7 casos en el periodo analizado y un caso para la vigencia 2019.

### Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres

**Figura 35 Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del municipio de Cáceres, 2005 – 2021**



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

Al revisar las muertes registradas debido a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal para el género femenino del municipio de Cáceres, en el año 2021, se encontró que se presentaron un caso de resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y dos muertes debido a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, siendo la causa que mayor número de casos aportó durante el periodo 2005 – 2021 con un total de 42 casos.

### Semaforización de los indicadores de mortalidad del Plan Decenal de Salud Pública

Para el análisis de esta mortalidad se tuvo en cuenta la visualización de las prioridades de acuerdo a una semaforización estandarizada en colores amarillo, verde y rojo donde se calcularon los intervalos

de confianza de acuerdo a las diferencias relativas de los indicadores o eventos de mortalidad trazadores en el Plan Decenal de Salud Pública.

**Tabla 37 Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas del municipio de Cáceres, 2005-2021**

Causa de muerte	Antioquia	Cáceres	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	33,3	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,2	8,7	⬆	⬆	⬆	-	⬆	⬆	-	-	-	-	-	-	-	⬆	⬆	⬆	⬆		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	4,9	0,0	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	-		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	13,7	6,0	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	-	⬆	⬆	⬆	-		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	9,1	14,6	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	12,5	10,0	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinflingidas intencionalmente	6,8	0,0	⬆	⬆	⬆	⬆	-	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	-	-	-	-	⬆		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	30,2	136,0	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	32,2	18,1	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆	⬆		

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

El Plan Decenal de Salud Pública contempla indicadores de relevancia en cada uno de sus componentes incluyendo los de mortalidad por determinadas causas específicas. En el seguimiento a estos indicadores se observa que la Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios) en el municipio de Cáceres el año 2021 fue superior a la del departamento de Antioquia y se encuentra semaforizada en rojo, porque esta diferencia fue estadísticamente significativa, presentando tendencia al aumento respecto al año 2020. También la tasa de mortalidad ajustada por accidentes de transporte terrestre, es mayor que la del departamento en el último año con diferencia estadísticamente significativa, incrementándose respecto al año inmediatamente anterior. La tasa de mortalidad ajustadas por edad por Tumor maligno del estómago, estuvieron por encima de la cifra para el departamento sin existir diferencias estadísticamente significativas. Los indicadores que mostraron comportamiento inferior a los departamentales en el último año de la serie fueron Tasa de mortalidad ajustada por Tumor maligno de la próstata y la tasa ajustada por edad por enfermedades trasmisibles, el primero de éstos con tendencia a disminución y el segundo al aumento, con respecto al año inmediatamente anterior.

La tasa ajustada por la edad de mortalidad por tumor maligno de Cuello uterino, en el Municipio de Cáceres no hay estadísticas significativas con respecto al departamento de Antioquia durante el año 2021; teniendo en cuenta que el municipio registró una tasa de 0 por cada 100.000 habitantes,

mientras que el departamento registró una tasa de 4,9 casos por cada 100.000 habitantes. Con una tendencia a disminuir desde el año 2012 donde presentó su tasa más alta.

La tasa ajustada por la edad de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, el Municipio de Cáceres no presentó registros con respecto al departamento de Antioquia en el año 2021, es decir, el municipio registró una tasa de 0 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el departamento registró una tasa de 6,8 casos por cada 100,000 habitantes; presentando un comportamiento fluctuante en el periodo evaluado, con tendencia a disminuir con respecto a los años anteriores.

### Causas de mortalidad específica sin agrupar

**Figura 36. Causas de mortalidad específica sin agrupar. Cáceres 2021**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV-DANE dispuestos en SISPRO

### 3.2.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

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

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

Para el análisis de mortalidad materno – infantil y en la niñez se tuvo en cuenta los indicadores de razón de mortalidad materna y la razón de las tasas de mortalidad neonatal, de mortalidad infantil, de mortalidad en la niñez, de mortalidad por IRA, de mortalidad por EDA y mortalidad por desnutrición en menores de cinco años de edad en el período de 2005 al 2021; para el municipio de Cáceres se toma como referencia el valor del indicador del departamento de Antioquia para el año 2021.

**Tabla 38 Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Cáceres, 2005- 2021**

Causa de muerte	Antioquia	Cáceres	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	7,6	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗			
Tasa de mortalidad infantil	9,5	10,2	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗			
Tasa de mortalidad en la niñez	11,5	15,3	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗			
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: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

En lo que respecta al análisis de semaforización la tasa de mortalidad por EDA y la tasa de mortalidad

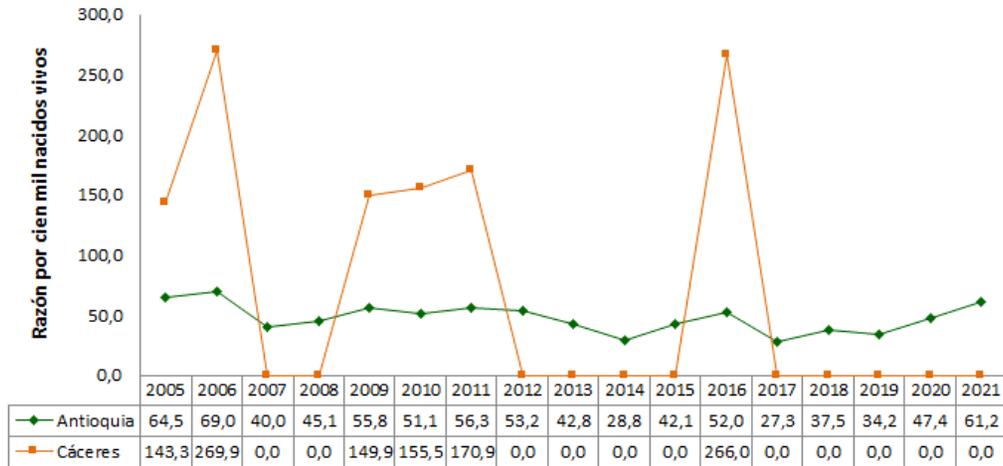
por desnutrición ambas en menores de 5 años y la tasa de mortalidad materna no se presentaron casos en el municipio de Cáceres para el año 2021. En cuanto a las de mortalidad neonatal, mortalidad infantil y mortalidad en la niñez, se encuentran en una posición crítica con respecto al departamento de Antioquia, según la información dispuesta en la plataforma de SISPRO, con tasas mayores a las registradas a nivel departamental y se observa una variación fluctuante con una tendencia al aumento. En este sentido se hacen necesario priorizar estos indicadores en la formulación de proyectos donde se definan acciones específicas que impacten directamente en la prevención de estas patologías. Es importante resaltar que los mayores efectos sobre la mortalidad infantil se enfocan a factores asociados al cuidado del niño, seguido de los factores reproductivos de la madre, los factores de saneamiento del hogar y los factores socioeconómicos, siendo estos los que representan mayor riesgo en este grupo poblacional por tal razón, reducir la mortalidad infantil a la vez que la inequidad presente en ella, tan sólo será posible en la medida en que se integren políticas en salud que mejoren el cuidado del niño y de la madre con políticas de desarrollo social que optimicen las condiciones socioeconómicas de los hogares.

Teniendo en cuenta que el comportamiento de los indicadores está determinado por las condiciones de vida de la población, se convierte en un insumo fundamental para la planeación de acciones y construcción de políticas no solo a nivel del sector salud, sino intersectorial y así dar respuesta a las necesidades tanto en la población general como en grupos poblacionales específicos en los diferentes sectores del municipio.

### Mortalidad materna

Entre los años 2005 a 2021, en el municipio de Cáceres, la razón de mortalidad materna ha presentado un comportamiento variable caracterizándose por periodos de aumento y disminución, en los años 2006, 2009, 2011 y 2016 se registraron casos, el año con mayor número de casos fue 2006 con una tasa de 269,9 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Para el año 2016 este indicador registró un valor de 266 casos por cada 100.000 nacidos vivos, valor muy superior al registrado a nivel departamental que presentó una tasa de 52,0 casos por cada 100.000 nacidos vivos, experimentando una diferencia relativa de un 37% mas alto el riesgo en el municipio de Cáceres.

**Figura 37 Razón de mortalidad materna Cáceres, 2005 -2021**

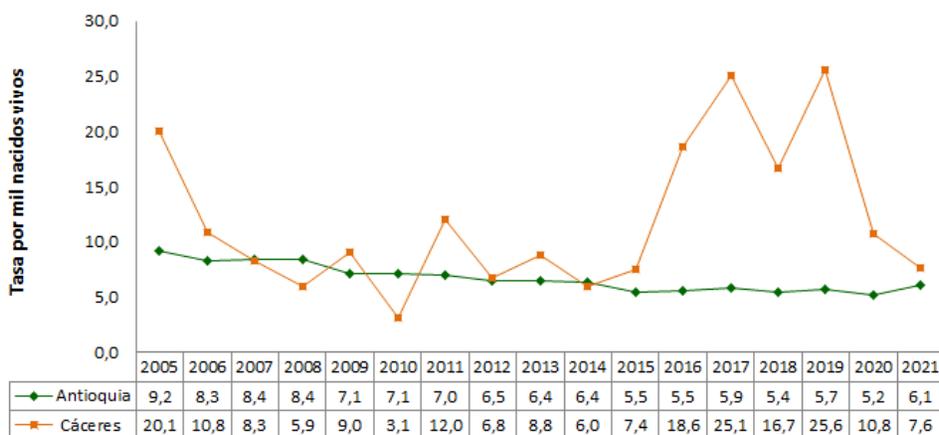


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

### Mortalidad Neonatal

Se puede observar que las tasas de muertes neonatales en el municipio de Cáceres han estado por encima de las tasas departamentales, excepto en los años 2008 y 2010. Alcanzando una tasa de 25,6 muertes neonatales por 1.000 nacidos vivos en el año 2019, con una marcada reducción en el año 2012, con una tasa de 2,83 casos por cada 1.000 nacidos vivos, aumentándose de igual manera en los años 2020 y 2021, terminando el periodode análisis con una tasa de 7,6 por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2021, lo que marca una tendencia de referencia hacia el aumento, en contraposición a la referencia del departamento que es a la disminución.

Figura 38 Tasa de mortalidad neonatal, Municipio de Cáceres, 2005- 2021



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

### Mortalidad infantil

El comportamiento de la tasa de mortalidad infantil en los años 2005 a 2021 se ha mantenido con variabilidades muy poco significativas con una tendencia hacia el aumento, siempre por encima de la tasa departamental, excepto en los años 2008 y 2010. La diferencia más alta se observó en los años 2014 y 2015 y en el 2018 la diferencia fue de un 35% más alto el riesgo de muerte infantil en el municipio de Cáceres comparado con el departamento.

Figura 39 Tasa de mortalidad infantil, municipio de Cáceres, 2005- 2021

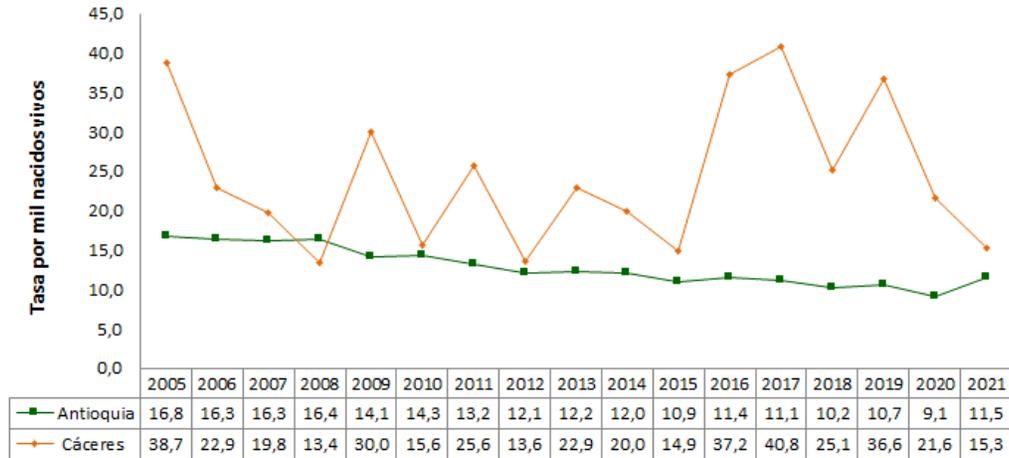


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

### Mortalidad en la niñez

En la figura 36, se muestra el comparativo durante los años 2005 al 2021 de la tasa de mortalidad en la niñez del municipio de Cáceres y del departamento de Antioquia, en la cual se puede observar que, en todos los años a excepción del año 2008, el municipio supero la tasa departamental. Para el año 2021 la tasa es de 16,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos continuando por encima de la tasa departamental en 3,8 unidades más, esta tasa desde el año 2015 tiene un comportamiento tendiente al aumento a diferencia de los 2 últimos años donde se presentó una disminución en promedio de 3 unidades en comparación con el año 2019 (36,6).

**Figura 40 Tasa de mortalidad en la niñez, municipio de Cáceres, 2005- 2021**

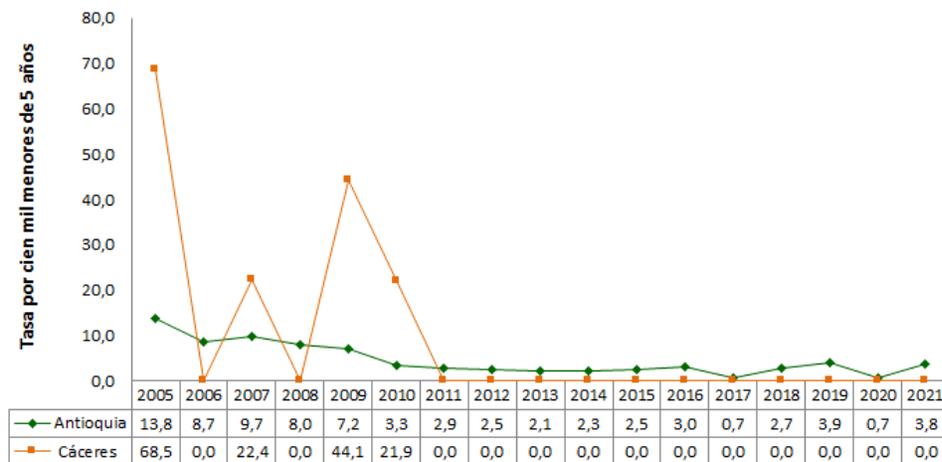


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

### Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

Al realizar en comparativo de las tasas de mortalidad por EDA, del municipio de Cáceres con respecto al departamento de Antioquia, podemos observar que entre los años 2005 y 2010 ocurrieron muertes por esta causa en el municipio y la tasa se encontraba por encima del departamento, es de resaltar que para el año 2005, la tasa del municipio excedía a la del departamento en más de 50 puntos porcentuales. Para los años 2011 a 2021 no se presentaron muertes por esta enfermedad como observamos en el tablero de semaforización.

**Figura 41 Tasa de mortalidad por EDA, municipio de Cáceres, 2005- 2021**

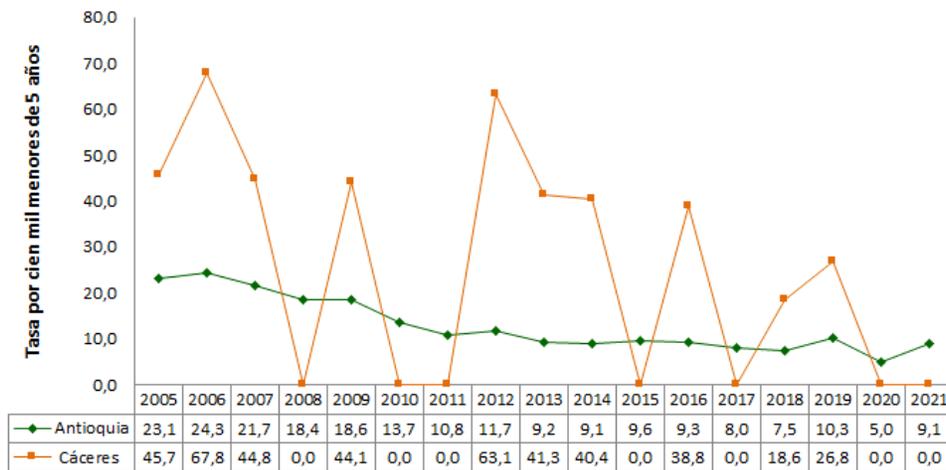


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

### Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

En la figura 38, se muestra el comparativo de las tasas mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de 5 años del municipio de Cáceres y el departamento de Antioquia durante los años 2005 al 2021, en la cual se puede visualizar que en la mayoría de los años, esta tasa está muy por encima con respecto al departamento presentando una diferencia de hasta 30 casos por cada 100.000 menores de 5 años en el año 2016. Sin embargo, se nota una disminución en los últimos años, es importante resaltar que en los años 2008-2010-2011-2015-2017, 2020 y 2021 no se presentaron casos.

Figura 42 Tasa de mortalidad por IRA, Cáceres, 2005- 2021



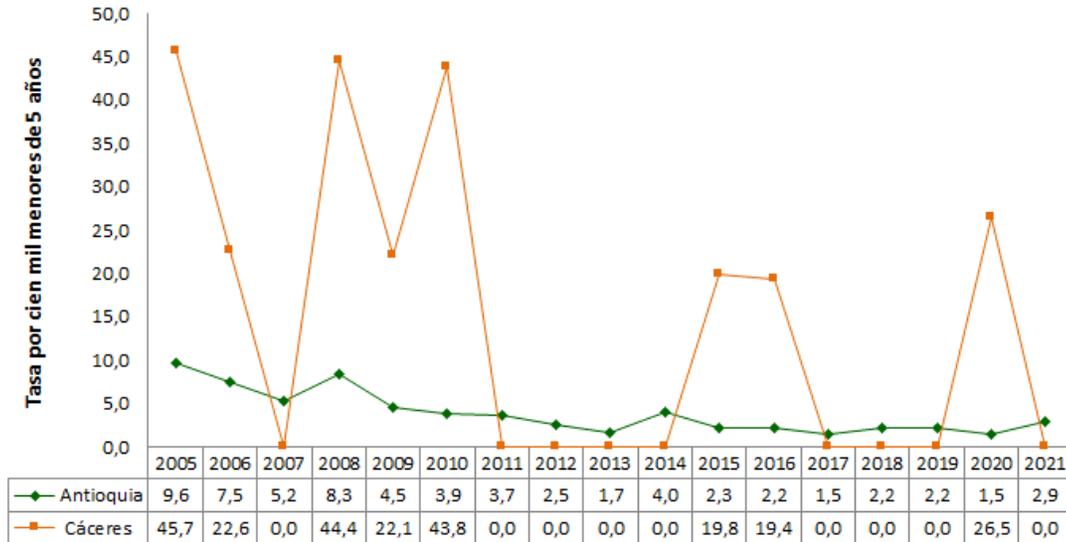
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

### Mortalidad por desnutrición crónica

Las tasas de mortalidad por desnutrición crónica en el municipio de Cáceres en los años 2005 a 2021, han tenido comportamiento muy variable, que no permite definir una tendencia marcada, teniendo en cuenta que se inicia en el año 2005 con una tasa de 45,7 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años, bajando a cero casos en el año 2007, subiendo a pico en el año 2008 y 2010 con una tasa de 44,4 y 43,8 muertes y volviendo a la reducción hacia los años 2011 al 2014, donde no se presentaron casos, presentándose un incremento para el año 2015 y 2016 con una tasa de 19 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años, terminando el periodo de análisis con una tasa representativa de cero casos, este comportamiento llama altamente la atención, teniendo en cuenta que este se constituye en un indicador trazador para medir el impacto que tienen las acciones de

promoción y los programas de alimentación.

**Figura 43 Tasa de mortalidad por desnutrición, Municipio de Cáceres, 2005- 2021**



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

### Mortalidad infantil (menores de 1 año) - General

La tasa de mortalidad en menores de un año se conoce como la tasa de mortalidad infantil y se expresa como el número de muertes de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos en un determinado período de tiempo; este es un indicador crucial de la salud de la población y de la calidad de los servicios de atención médica y las condiciones de vida. El municipio de Cáceres durante el periodo de 2005 a 2021, registra el mayor número de casos de muerte en hombres y mujeres relacionadas principalmente con ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y en tercer lugar Enfermedades del sistema respiratorio.

Con relación a las diferencias por sexo, se registra una mayor incidencia en el grupo de los hombres en las 2 primeras causas, mientras que las enfermedades del sistema respiratorio tienen un mayor peso en el grupo de las mujeres. Para el año 2021 las responsables de las tasas más altas de mortalidad en menores de 1 año fueron similares en todo el periodo de estudio.

Es importante tener en cuenta que la tasa de mortalidad infantil no solo refleja la calidad de la atención médica, sino también factores socioeconómicos, ambientales y de estilo de vida que influyen en la

salud materna e infantil. Para el caso del municipio de Cáceres estos factores están relacionados con el acceso limitado a servicios de salud de segundo y tercer nivel, condiciones sanitarias deficientes y desnutrición, reflejándose en el comportamiento presentado de este indicador. En este sentido desde la Secretaría de Salud y Protección Social del municipio de Cáceres, desde el componente de fortalecimiento de la autoridad sanitaria, se viene realizando seguimiento a la implementación de las Rutas Integrales para la Atención Materno Perinatal – RIAMP en la ESE Hospital Isabel la Católica, en el marco de lo establecido en la Resolución 3280 de 2015 y garantizar así la atención en salud materno infantil, de acuerdo a las competencias según nivel de atención.

Lo anterior partiendo del entendido de que la gestión de la salud pública es la herramienta que potencia la rectoría sanitaria territorial orientada a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, mediante la articulación de esfuerzos, recursos y capacidades con todos los integrantes del SGSSS en el municipio, así como los diferentes sectores y la comunidad, aplicando el marco de política, asegurando su legalidad, institucionalidad, legitimidad y fortaleciendo la gobernanza en salud, constituyéndose en el elemento esencial para la operación de las intervenciones colectivas, familiares e individuales que constituyen esta ruta.

**Tabla 39 Tasas específicas de mortalidad infantil en menores de 1 año, según la lista de las 16 causas municipio de Cáceres, 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	4,30	0,00	0,00	0,00	4,50	1,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,66	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,43	1,35	0,00	2,97	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,48	2,66	0,00	0,00	0,00	3,60	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	2,87	1,35	0,00	0,00	1,50	0,00	1,71	0,00	0,00	0,00	2,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,71	1,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	5,73	4,05	1,65	0,00	3,00	0,00	0,00	3,40	3,53	4,00	0,00	5,32	0,00	2,79	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	1,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,76	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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	17,19	9,45	6,60	5,93	9,00	1,56	8,55	6,79	5,29	6,00	4,96	5,32	15,67	16,71	25,64	7,19	7,63
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,87	1,35	1,65	0,00	4,50	3,11	5,13	0,00	1,76	0,00	4,96	7,98	9,40	5,57	3,66	3,60	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	1,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,53	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,54
Todas las demás enfermedades	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	2,70	1,65	0,00	1,50	1,56	0,00	0,00	3,53	2,00	0,00	2,66	6,27	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

### Mortalidad infantil (menores de 1 año) - Hombres

En el periodo comprendido entre el año 2005 a 2021 según la lista de tabulación para la mortalidad infantil, se encontró que en el municipio de Cáceres la causa de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres ocasionó la mayor tasa de muertes por todas las causas en la infancia,

siendo los años 2005, 2018 y 2019, cuando se registraron las mayores tasas (25,9, 21,9 y 27,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos respectivamente). Aunque la tendencia general en el periodo 2005 – 2021 es fluctuante, llama la atención que se registran casos de muerte en este grupo poblacional por Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de la que no se presentaban casos desde el año 2008 y para el año 2020 vuelve y se registran casos para una tasa de 6.9 casos por cada 1.000 nacidos vivos; se observa reducción en la tasa de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas que se ubican como tercera causa de muerte en el grupo de hombres menores de un año.

**Tabla 40 Tasas específicas de mortalidad infantil en menores de 1 año, según la lista de las 16 causas en hombres, municipio de Cáceres 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	2,87	0,00	0,00	0,00	2,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	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 de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	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 endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	5,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,99
Enfermedades del sistema nervioso	5,75	0,00	0,00	0,00	2,89	0,00	3,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,42	3,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	8,62	2,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,83	0,00	4,27	0,00	10,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	2,62	0,00	0,00	0,00	0,00	3,24	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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	25,86	10,42	9,12	5,25	8,67	2,95	10,27	6,83	6,47	4,27	9,17	10,70	11,24	21,98	27,78	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,75	2,60	3,04	0,00	2,89	5,90	10,27	0,00	0,00	0,00	9,17	5,35	5,62	10,99	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	3,24	4,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,08
Todas las demás enfermedades	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	2,60	0,00	0,00	2,89	2,95	0,00	0,00	6,47	0,00	0,00	5,35	5,62	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

### Mortalidad infantil (menores de 1 año) – Mujeres

La causa de mortalidad infantil y niñez en mujeres más frecuente en el año 2021 en el municipio de Cáceres, fueron ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, con una tasa de 15,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, y malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas que aunque para el año 2021 no registra casos, por concentración de casos durante el periodo de análisis se ubica como segunda causa de muerte en el grupo de las niñas menores de 1 año, ambas, mostrando una tendencia al aumento durante el periodo de análisis.

**Tabla 41 Tasas específicas de mortalidad infantil en menores de 1 año, según la lista de las 16 causas en mujeres, municipio de Cáceres 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	5,71	0,00	0,00	0,00	6,23	3,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,75	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,86	2,80	0,00	0,00	6,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,41	5,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	2,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 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	2,86	5,60	3,61	0,00	6,23	0,00	0,00	0,00	7,75	3,76	0,00	0,00	0,00	5,65	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	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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,57	8,40	3,61	6,83	9,35	0,00	6,83	6,76	3,88	7,52	0,00	0,00	21,28	11,30	23,26	14,81	15,31
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	6,23	0,00	0,00	0,00	3,88	0,00	0,00	10,58	14,18	0,00	7,75	7,41	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	3,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	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	2,80	3,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,76	0,00	0,00	7,09	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

### Mortalidad en menores entre 1 y 4 años - General

La tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años se refiere a la cantidad de fallecimientos de niños entre el primer y el cuarto año de vida por cada 1,000 niños de esa misma edad en un periodo de tiempo determinado. Al igual que la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años es un indicador clave de la salud y el bienestar de una población infantil. Este indicador puede estar influenciado por diversos factores, como la calidad de los servicios de salud, las condiciones socioeconómicas, el acceso a la nutrición adecuada, la prevención de enfermedades y lesiones, entre otros.

La reducción de la mortalidad en niños de 1 a 4 años es un objetivo desde el Programa de Salud Pública de la Secretaría de Salud y Protección Social de municipio de Cáceres mediante intervenciones que buscan mejorar la atención médica, la nutrición, la educación y otras condiciones que afectan la salud y el desarrollo de los niños en esta edad.

Durante el periodo 2005 – 2021 en el municipio de Cáceres las principales causas que han afectado este grupo poblacional son en su orden, causas externas de morbilidad y mortalidad con un peso porcentual durante el periodo de análisis del 52,4% del total de casos, seguido por enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con el 13% y 10% respectivamente, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres de este grupo de edad.

**Tabla 42 Tasas específicas de mortalidad infantil en menores de 1 a 4 años, según la lista de las 16 causas municipio de Cáceres, 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	28,19	27,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,49	24,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	53,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	28,89	0,00	0,00	0,00	0,00	81,94	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 nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	27,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 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	28,51	28,19	0,00	0,00	27,31	0,00	26,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,61	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	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	33,30
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	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	24,50	0,00	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
Todas las demás enfermedades	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	57,77	28,51	56,39	27,87	55,19	0,00	80,54	0,00	0,00	25,95	50,98	24,50	71,93	0,00	0,00	66,34	33,30

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

### Mortalidad en menores entre 1 y 4 años - Hombres

Para el año 2021 no se presentaron casos de muerte de menores de 1 a 4 años en el municipio de Cáceres, con relación a la concentración de casos durante el periodo de análisis 2005 – 2021, las causas externas de morbilidad y mortalidad son las que representa el mayor número de casos y con un comportamiento fluctuante, en cuanto a los tumores (neoplasias), sólo se registraron casos en el año 2011, pero una tasa considerablemente alta.

**Tabla 43 Tasas específicas de mortalidad infantil en menores de 1 a 4 años, según la lista de las 16 causas en hombres municipio de Cáceres, 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	54,53	54,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	48,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	105,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 nervioso	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 oído y de la apófisis mastoides	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 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	55,04	0,00	0,00	0,00	53,48	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	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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	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	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
Todas las demás enfermedades	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	55,68	0,00	109,05	0,00	53,73	0,00	105,10	0,00	0,00	0,00	49,95	48,03	94,03	0,00	0,00	64,27	0,00

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

### Mortalidad en menores entre 1 y 4 años - Mujeres

En las mujeres al igual que en los hombres las causas externas de morbilidad y mortalidad son las que aportan mayor número de defunciones en el grupo de edad de 1 a 4 años, con 69,1 defunciones por cada 100.000 niñas de 1 a 4 años para el año 2021, igualmente para el año 2021 se registra una tasa de 69,1 fallecimientos por cada 100.000 niñas de 1 a 4 años del municipio de Cáceres por enfermedades del sistema genitourinario, siendo más común en este grupo poblacional.

**Tabla 44 Tasas específicas de mortalidad infantil en menores de 1 a 4 años, según la lista de las 16 causas en mujeres municipio de Cáceres, 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	52,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	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 de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	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 endocrinas, nutricionales y metabólicas	60,02	0,00	0,00	0,00	0,00	167,50	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 nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	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 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	58,38	0,00	0,00	0,00	0,00	53,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	69,11	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	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	69,16
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	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	50,03	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
Todas las demás enfermedades	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	60,02	59,17	0,00	57,50	56,72	0,00	54,88	0,00	0,00	53,02	52,06	0,00	48,92	0,00	0,00	68,54	69,16

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

### Menores de 5 años - General

La tasa de mortalidad en menores de 5 años es un indicador clave que se utiliza para evaluar la salud infantil a nivel poblacional y es una medida importante para evaluar la efectividad de los sistemas de salud, la disponibilidad de servicios médicos, el acceso al agua potable y saneamiento, la nutrición infantil y otros factores que afectan la salud y el bienestar de los niños, por lo tanto es fundamental abordar múltiples factores para reducir la mortalidad infantil, como mejorar la atención prenatal y perinatal, garantizar la disponibilidad de servicios de salud accesibles, promover prácticas de nutrición adecuadas, y abordar las causas subyacentes de la pobreza y la falta de acceso a recursos básicos. Este indicador incluye la mortalidad neonatal (muertes en los primeros 28 días de vida) y la mortalidad en niños de 1 a 4 años.

En el grupo poblacional de menores de 5 años se destacan como principal causa de muerte, las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, que alcanzaron su mayor incidencia en el año 2005, en el que se registraron 273,97 fallecidos por cada 100.000 niños menores de 5 años, y la incidencia

más baja se registra en el año 2010 con una tasa de 21,89 fallecidos por cada 100.000 niñ@s de este grupo. La tendencia general en el periodo 2005 – 2021 es fluctuante.

El segundo grupo de eventos con mayor incidencia en la población menor de 5 años son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas que registraron casos en casi todo el periodo analizado, la tasa de mortalidad más alta se registró en el año 2016 con 77,58 casos de muerte por cada 100.000 menores de 5 años y las más bajas fueron en los años 2008, 2012, 2014, y 2021 con cero casos por estas causas.

Al comparar las tasas del año 2021 con las del año 2005, se evidencia una reducción de 47,5 muertes por cada 100.000 menores de 5 años. Otras causas que registran casos en este grupo, son enfermedades del sistema respiratorio y las causas externas de morbilidad y mortalidad, el resto de las causas no presentan mayor número de casos durante el periodo de análisis. Para todos los años de estudio se observan comportamientos similares en ambos sexos y una tendencia a la disminución.

**Tabla 45 Tasas específicas de mortalidad infantil en menores de 5 años, según la lista de las 16 causas municipio de Cáceres, 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	68,49	0,00	22,41	22,22	66,18	21,89	0,00	0,00	0,00	20,22	0,00	19,39	0,00	0,00	26,79	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	42,92	0,00	0,00	0,00	0,00	19,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	45,66	22,60	0,00	44,44	44,12	65,67	0,00	0,00	0,00	0,00	19,82	19,39	0,00	0,00	0,00	26,46	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	45,66	22,60	0,00	0,00	22,06	21,89	21,46	0,00	0,00	0,00	19,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,46	21,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	31,32	30,42	44,82	0,00	44,12	21,89	0,00	63,12	41,26	40,44	0,00	38,79	0,00	18,59	26,79	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	22,22	0,00	0,00	0,00	0,00	20,63	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	26,57
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	273,97	158,23	89,65	88,89	132,36	21,89	107,30	84,16	61,89	60,67	39,64	38,79	94,97	111,54	187,52	52,91	79,70
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	45,66	22,60	22,41	0,00	66,18	43,78	64,38	0,00	20,63	0,00	39,64	77,58	56,98	37,18	26,79	26,46	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	22,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	41,26	20,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,57
Todas las demás enfermedades	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	45,66	67,81	67,23	22,22	66,18	21,89	64,38	0,00	61,89	60,67	0,00	38,79	94,97	0,00	0,00	52,91	26,57

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

### Menores de 5 años – hombres

En el grupo de los hombres menores de 5 años la causa que representa mayor peso en la mortalidad continúa siendo ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, con un incremento significativo en los años 2005, 2006, 2018 y 2019. Un segundo lugar lo ocupan las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que registra su mayor tasa el año 2022; para el año 2021 la única causa que registra casos fueron los signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio.

**Tabla 46 Tasas específicas de mortalidad infantil en menores de 5 años, según la lista de las 16 causas en hombres municipio de Cáceres, 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	44,03	0,00	43,37	43,16	43,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	38,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	84,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	86,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	51,28	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	88,07	0,00	0,00	0,00	43,01	0,00	42,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	42,05	141,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	132,10	87,34	0,00	0,00	0,00	42,90	0,00	82,47	0,00	39,65	0,00	176,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	43,16	0,00	0,00	0,00	0,00	40,44	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
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	396,30	174,67	130,10	86,32	129,03	42,90	126,16	82,47	80,87	39,65	77,70	176,07	74,54	145,93	208,55	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	88,07	43,67	43,37	0,00	43,01	85,80	126,16	0,00	0,00	0,00	77,70	38,04	37,27	72,97	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	40,44	39,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	51,28
Todas las demás enfermedades	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	44,03	43,67	86,73	0,00	86,02	42,90	84,10	0,00	80,87	39,65	0,00	176,07	11,82	0,00	0,00	51,28	0,00

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

### Menores de 5 años - mujeres

Las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, al igual que en los hombres, fue la primera causa de mortalidad en las niñas menores de 5 años en el municipio de Cáceres durante el periodo 2005 - 2021, con altas tasas en los años 2005 (142,25 muertes por cada 1.000 niñas menores de 5 años), 2009 (140,58 muertes por cada 1.000 niñas menores de 5 años), 2019 (165,29 muertes por cada 1.000 niñas menores de 5 años) y 2021 (165,38 muertes por cada 1.000 niñas menores de 5 años) y registra una tendencia variable durante el periodo de análisis. En segundo lugar, se ubican las malformaciones, deformidades y anomalías congénitas con las tasas más significativas en el año 2009 (90,58 muertes por cada 1.000 niñas menores de 5 años) y en el año 2016 (118,72 muertes por cada 100.000 niñas menores de 5 años). En tercer lugar, están las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con la tasa más alta en el año 2010 donde se registra una tasa de 134,11 muertes por cada 100.000 niñas menores de 5 años.

**Tabla 47 Tasas específicas de mortalidad infantil en menores de 5 años, según la lista de las 16 causas en mujeres municipio de Cáceres, 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	94,83	0,00	0,00	0,00	90,58	44,70	0,00	0,00	0,00	41,27	0,00	0,00	0,00	0,00	55,10	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	39,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 endocrinas, nutricionales y metabólicas	94,83	46,86	0,00	0,00	90,58	134,11	0,00	0,00	0,00	40,45	39,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	46,86	0,00	0,00	0,00	44,70	0,00	0,00	0,00	40,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 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	47,42	93,72	92,76	0,00	90,58	0,00	42,96	84,25	41,27	0,00	0,00	0,00	37,91	55,10	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	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	55,13
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	142,25	140,58	46,38	91,62	90,58	87,64	85,91	42,12	82,54	0,00	118,72	77,46	116,19	75,82	165,29	109,29	165,38
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	90,58	0,00	0,00	0,00	42,12	0,00	118,72	77,46	0,00	55,10	54,64	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	46,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	42,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	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	47,42	93,72	46,38	45,81	45,29	0,00	43,82	42,12	82,54	0,00	0,00	77,46	0,00	0,00	54,64	55,13	0,00

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

- Razón de mortalidad materna y neonatal por etnia

En las particularidades que presenta el municipio de Cáceres está, el que a nivel de su territorio, sólo existen 2 etnias: indígena y afro, con un porcentaje de población relativamente bajo con relación a las demás, lo que hace que las tasas numéricamente sean altas y que a la visión de cualquier observador y sin tener en cuenta en detalle, se tornan exorbitantes, con relación a otras etnias sucede que su conformación es de más alta población, lo que refleja que las tasas estén dentro de los rangos normales. En cuanto a la razón de mortalidad materna es de destacar que desde el año 2016 no se han registrado casos en poblaciones étnicas del municipio de Cáceres, con igual comportamiento en la razón de mortalidad neonatal.

**Tabla 48. Razón de mortalidad materna por etnia en el municipio de Cáceres, 2009 - 2021**

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - INDÍGENA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 - ROM (GITANO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 - OTRAS ETNIAS	196,08	180,18	189,75	0	0	0	0	271,00	0	0	0	0	0
NO REPORTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total General	149,93	155,52	170,94	0	0	0	0	265,96	0	0	0	0	0

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 - 2021

**Tabla 49. Razón de mortalidad neonatal por etnia en el municipio de Cáceres, 2010 - 2021**

Etnia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - INDÍGENA	0	0	0	0	0	0	0	0	250	0	0	0
2 - ROM (GITANO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	1.000,00	0	0	0	0
6 - OTRAS ETNIAS	0	11,39	6,94	9,09	6,07	7,56	18,97	19,05	14,20	25,93	10,91	7,73
NO REPORTADO	14,71	24,39	0,00	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0
Total General	3,11	11,97	6,79	8,82	6,00	7,44	18,62	25,08	16,71	25,64	10,79	7,63

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 - 2021

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

La razón de mortalidad materna en el municipio de Cáceres durante el periodo 2009 – 2021, está referido a la presencia de casos en la zona urbana sólo en el año 2009 con una tasa de 313,13 casos por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en la zona rural, se registran casos para los años 2010, 2011 y 2016, lo que indica que el grado de vulnerabilidad a nivel de estas poblaciones está en su mínima expresión, situación que se admite, se debe a que se ha venido trabajando en el fortalecimiento de los programas de control prenatal a través de la Estrategia Maternidad Segura y los

programas de promoción y prevención que se desarrollan a través de la Estrategia de Atención Primaria en Salud – APS, que tiene una cobertura del 100% en la zona rural. Otros elementos de gran valor y que afectan de manera muy positiva a estos indicadores es que el promedio de controles prenatales está por encima de 6,7 y el 98% de los partos se atienden en el ámbito institucional.

El comportamiento de la tasa de mortalidad neonatal por área de residencia de la gestante es, tanto a nivel urbano como rural es muy similar. Debido a que la variabilidad en el número de casos no es notoria de un periodo a otro, se hace difícil predecir una tendencia hacia el aumento o hacia la disminución. Lo que si llama la atención es la contradicción con relación a la mortalidad materna, que teniendo en cuenta lo que ya se anotaba en el análisis de este indicador, debería presentar el mismo comportamiento, teniendo en cuenta que las actividades y acciones de intervención son comunes para los dos indicadores analizados.

**Tabla 50. Razón de mortalidad materna por área de residencia en el municipio de Cáceres, 2009 – 2021**

Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - CABECERA	373,134	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 - CENTRO POBLADO	0	480,769	400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DISPERSA	0	0	0	0	0	0	0	1351,35	0	0	0	0	0
SIN INFORMACION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total General	149,925	155,521	170,94	0	0	0	0	265,957	0	0	0	0	0

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 - 2021

**Tabla 51. Razón de mortalidad neonatal por área de residencia en el municipio de Cáceres, 2009 – 2021**

Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 - CABECERA	11,19	0	15,63	5,71	0	0	0	0	13,51	18,29	27,21	6,94	12,10
2 - CENTRO POBLADO	3,95	9,62	8,00	10,79	15,63	0	15,75	34,48	45,45	27,03	27,78	0	0
3 - AREA RURAL DISPERSA	8,20	0	16,26	0	8,93	25,00	8,62	40,54	24,10	0	18,52	30,77	0
SIN INFORMACION	41,67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total General	9,00	3,11	11,97	6,79	8,82	6,00	7,44	18,62	25,08	16,71	25,64	10,79	7,63

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 - 2021

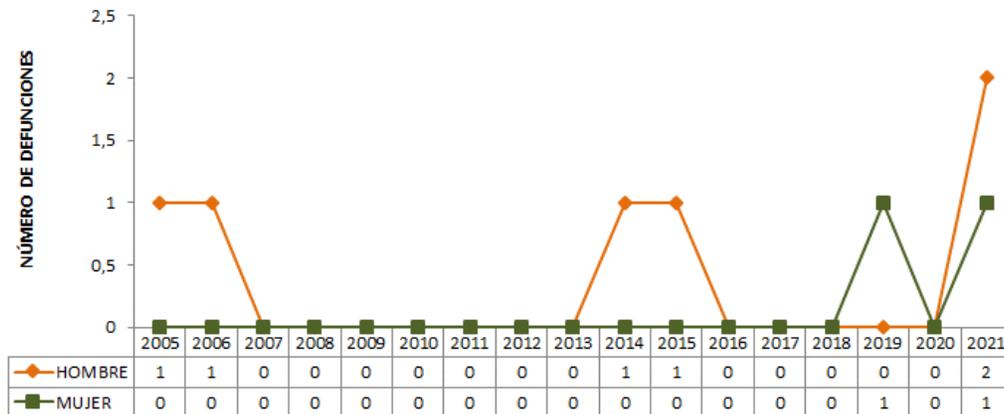
- **Mortalidad relacionada con salud mental**

Las enfermedades mentales son un fenómeno de salud pública que incluye factores sociales y culturales, la afectación de estas patologías se ha incrementado en los últimos años a nivel mundial. Partiendo de la idea de que la salud mental incluye el bienestar subjetivo, la autonomía, competencia, reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente, no se desconoce el deterioro que ha habido en la población en cuanto a estas características. La depresión es una de las

enfermedades que genera más discapacidad en la población nacional, impidiendo el desarrollo emocional y físico de la persona y así afectando su libre desarrollo en los diferentes entornos que la acompañan. He aquí la importancia de incrementar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dada la afectación a los diferentes ciclos de vida de la persona.

El análisis de la mortalidad relacionada con Salud Mental para el municipio de Cáceres se realizó para el periodo 2005 a 2021, para esto se empleó la información de la bodega de datos SISPRO y se construyó la lista de tabulación para mortalidad relacionada con salud mental la cual agrupa 3 grandes grupos: trastornos mentales y del comportamiento, trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas y epilepsia. En el periodo comprendido entre 2005 y 2021 la única causa de muerte que registró casos fue Epilepsia, presentándose 8 fallecimientos por esta causa durante el periodo de análisis, de estos 6 eran hombres y 2 mujeres, siendo el año 2021 en el que se presentaron el mayor número de casos durante este periodo (3 casos).

**Figura 44 Defunciones por Epilepsia y genero Cáceres, 2005 – 2021**



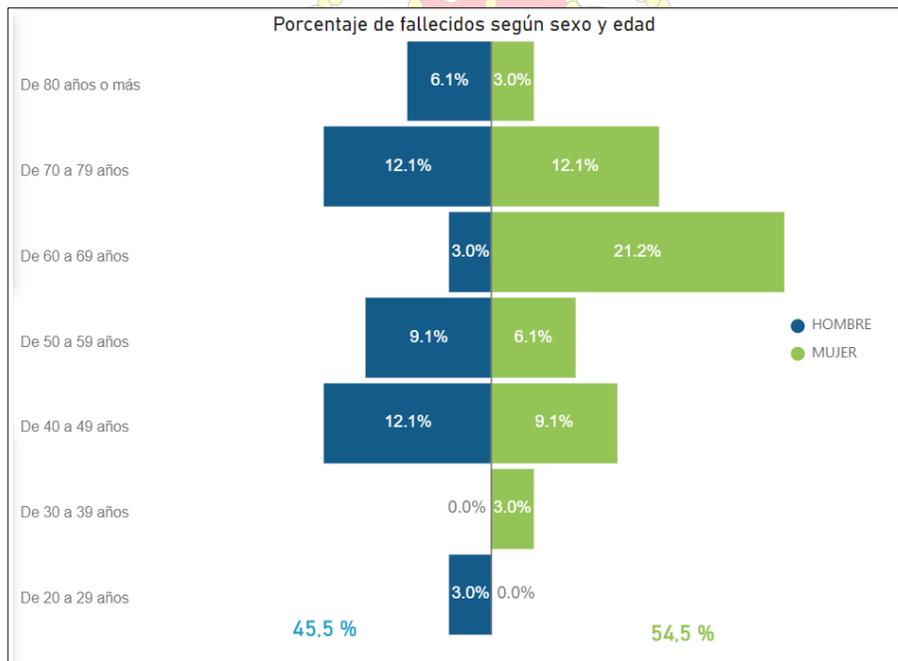
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

- **Mortalidad por COVID**

No cabe duda de que la pandemia por Covid – 19, además de una emergencia sanitaria sin precedentes, también colocó de manifiesto la capacidad de respuesta que tenía la red de operadores de servicios de salud de los entes territoriales, más teniendo en cuenta de que el aprendizaje se hizo sobre la marcha, pues se trataba de una enfermedad nueva de la que no se contaba con ningún tipo de información para su diagnóstico y atención. Desde que se registró el primer caso en el municipio

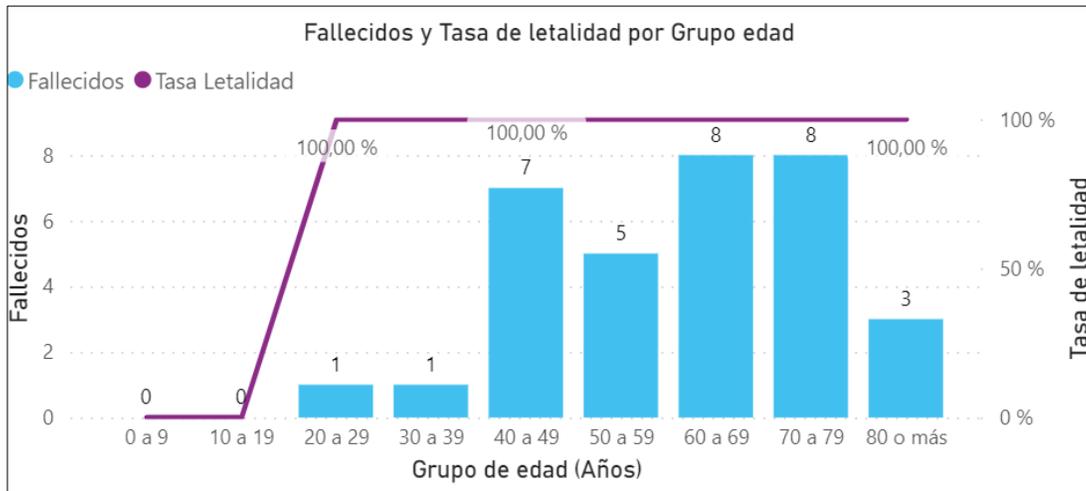
de Cáceres en marzo de 2020, al año 2023 con corte al 14 de octubre se han registrado un total de 826 casos de Covid-19, de estos 33 pacientes fallecieron, para una letalidad en el municipio de 3,81. El mayor número de casos fatales se registraron en población mayor de 60 años para un 57,5% del total de pacientes fallecidos, en cuanto a la distribución por sexo, tenemos que un 54,5% eran mujeres y un 45,5% hombres, el último caso fallecido a la fecha se registró el 9 de febrero de 2022.

**Figura 45 Defunciones por Covid – 19, según sexo y grupo de edad. Cáceres 2020-2023**



Fuente: PowerBe Casos Covid-19. Colombia, 2022 - 2023

**Figura 46 Tasa de letalidad, según sexo y edad municipio de Cáceres 2020 - 2023**



Fuente: PowerBe Casos Covid-19. Colombia, 2022 - 2023

De acuerdo al comportamiento de los casos de mortalidad por Covid19 por grupo de edad para el municipio de Cáceres, en los años 2020 a 2023 el grupo de edad que más casos se presentaron fue en los grupos de 60 a 69 años y en el de 70 a 79 años. La edad promedio de las personas fallecidas es de 65 años y la letalidad es de 3,91, es decir de cada 100 casos positivos de Covid el 3,91 fallecen. La tasa de mortalidad por Covid-19 es de 108,5 por 100.000 habitantes muy inferior a la tasa departamental que es de 275,42 por 100.000 habitantes. Es importante resaltar que el municipio de Cáceres tiene una tasa de letalidad muy por encima a la del departamento de Antioquia la cual es de 1,96, es decir de cada 100 casos positivos por Covid, fallecen 1,96 casos.

### 3.2.4 Identificación de prioridades en la mortalidad

A continuación, se describen 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 frente al Departamento, la tendencia 2005 a 2020 y el grupo de riesgo relacionado

**Tabla 52 Identificación de prioridades en salud por mortalidad del Municipio de Cáceres 2021**

Mortalidad	Prioridad	Cáceres 2021	Antioquia 2021	Tendencia 2005 a 2021	Grupos de población riesgo (MIAS)	Grupo de riesgo MIAS
General por grandes causas	1. Causas externas	197,8	68	Aumentó	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones accidentes y traumas	12
	2. Enfermedades del sistema circulatorio	171	147,9	Disminuyó	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas	1
	3. Las demás causas	67,4	114,7	Disminuyó	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas	1
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Agresiones (homicidios)	136	30,2	Aumentó	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones accidentes y traumas	12
	2. Enfermedades isquémicas del corazón	112,2	73,9	Aumentó	1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas	1
	3. Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	15,8	14	Variable	16. Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.	16
	4. Infecciones respiratorias agudas	15,3	18,3	Aumentó	2. población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas	2
	5. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	12,9	27,1	Disminuyó	2. población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas	2
Tasa AVPP	1. Causas externas por 100 mil habitantes	8.298,0	2.915,0	Aumentó	12. Población con riesgo o sujeto de agresiones accidentes y traumas	12
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal en menores de 5 años	52,91	73,5	Disminuyó	8. Población en condición materno perinatal	8
	2. Enfermedades del sistema genitourinario en menores de 1 a 4 años	33,3	0,3	Aumentó	8. Población en condición materno perinatal	8
	3. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal en menores de un año	7,6	4,8	Disminuyó	8. Población en condición materno perinatal	8
Mortalidad materno infantil y en la niñez: indicadores trazadores	1. Tasa de mortalidad en la niñez	15,3	11,5	Disminuyó	8. Población en condición materno perinatal	8
	2. Tasa de mortalidad infantil x 1000 NV	10,2	9,5	Disminuyó	8. Población en condición materno perinatal	8
	3. Tasa de mortalidad neonatal x 1000 NV	6,1	7,6	Variable	8. Población en condición materno perinatal	8

Fuente: Elaboración propia – Secretaría de Salud y Protección Social Cáceres

### Conclusiones de mortalidad

- Las principales causas de muerte en el municipio de Cáceres identificadas entre 2005 y 2021 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de las causas externas. De acuerdo con el sexo, los hombres tienen mayor riesgo de fallecer que las mujeres con respecto a las enfermedades del sistema circulatorio, pues en 2021 fallecieron aproximadamente 212 de cada 100.000 hombres por esta causa, mientras en mujeres murieron 119 de cada 100.000. Este panorama de la mortalidad se compagina con el fenómeno de transición demográfica y epidemiológica explicada en el primer capítulo, referente al proceso de envejecimiento poblacional que conduce al aumento de las patologías crónicas. Atendiendo a este contexto se hace necesario fortalecer los programas de control de factores de riesgo en personas adultas y adultos mayores,

y seguir apuntando a la promoción de estilos de vida saludable desde etapas tempranas y a lo largo de los ciclos de vida, para mitigar los efectos de esta problemática.

- En el periodo 2005 - 2021 la mayor pérdida de años de vida en el municipio de Cáceres estuvo determinada en primer lugar por las causas externas (52,0%), en segundo lugar, por las demás causas (13,8%) y en tercer lugar las enfermedades del sistema circulatorio (11,1%). En los hombres los años de vida perdidos, se asocian principalmente al grupo de causas externas (63,5%), seguido de las demás causas (13,7%) y las afecciones del periodo perinatal (9,3%). En el año 2021 las causas externas fue el grupo que aportó el mayor número de años de vida perdidos en hombres, seguido de las demás causas y enfermedades del sistema circulatorio. Comparando los sexos, los AVPP por causas externas en hombres sobrepasan ampliamente el conteo en las mujeres, constituyendo la principal causa de muertes prematuras, mientras que en las mujeres lo son igualmente las causas externas, pero con una proporción menor (32,8%), seguido por las afecciones originadas en el periodo perinatal (22%). Esta situación diferencial en hombres puede asociarse al mayor riesgo, tanto de las actividades laborales ligadas a oficios como la conducción, transporte terrestre, así como la mayor vinculación a actividades ilegales de grupos al margen de la ley, pandillismo, riñas y consumo de sustancias psicoactivas. De allí, la importancia de priorizar las intervenciones en salud mental, así como desde la dimensión salud y ámbito laboral para reducir la probabilidad y la magnitud, que necesariamente deben acompañarse de un trabajo intersectorial que propenda por la transectorialidad, a fin de reducir la carga de la mortalidad por estas causas.
- En cuanto a la mortalidad por subgrupos de causas, las enfermedades isquémicas del corazón tienen el mayor peso frente al resto de subgrupos de las enfermedades del sistema circulatorio, con tendencia al aumento; en segundo puesto están las enfermedades cerebrovasculares y en tercer lugar las enfermedades hipertensivas, estas últimas con tendencia al descenso en el último año.
- Para las causas externas, las agresiones (homicidios) evidenciaron las mayores tasas ajustadas en el periodo analizado, que aunque registraron una disminución frente al año inmediatamente anterior, el comportamiento durante el periodo ha sido fluctuante, con unas tasas que superan altamente las departamentales en los años 2009 al 2012 y en los años 2018 al 2021; en el segundo lugar, están los accidentes de transporte terrestre y de tercero está el subgrupo de lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) que ha presentado una tendencia variable en el periodo, disminuyendo en el año 2021 respecto a lo registrado en el año 2020. Con respecto a la problemática del suicidio el municipio ha venido trabajando en el impulso de la política municipal

de salud mental, la cual se actualizó en el año 2023 con respecto a los nuevos cambios incluidos, tanto en el marco estratégico internacional como nacional, con la subsiguiente estructuración de planes de acción, desde la estrategia intersectorial municipal, la cual se sugiere dar continuidad a su implementación para mitigar esta problemática y en general todas las relacionadas con la salud mental.

- Los subgrupos con mayor carga en la mortalidad para las demás causas fueron: las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, diabetes mellitus y enfermedades del sistema urinario. En el año 2021 los subgrupos de las demás enfermedades que presentaron mayor mortalidad correspondieron al de diabetes mellitus, seguido de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, y las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales
- En el subgrupo de enfermedades transmisibles se encuentran como principales subcausas: las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad por el VIH y la septicemia, excepto neonatal. Es importante anotar que durante los años 2014 y 2015, se presentaron mortalidades por tuberculosis, lo que está muy ligado a otras patologías de base, especialmente el VIH, en casos que su mayoría no tienen adherencia adecuada a la terapia antirretroviral, de igual forma, la presencia concomitante de diabetes o de EPOC; por lo que se requiere reforzar el trabajo articulado entre las dimensiones de vida saludable y enfermedades transmisibles, vida saludable y condiciones crónicas no transmisibles y sexualidad derechos sexuales y reproductivos, para la reducción de la carga de este evento sobre la mortalidad general.
- En las neoplasias, los subgrupos con mayor representatividad son: el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, así como el tumor maligno de la próstata y el tumor maligno de órganos digestivos.
- En el seguimiento a indicadores de relevancia del plan decenal de salud pública de mortalidad por determinadas causas específicas, se observó que la tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre y agresiones (homicidios), fueron superiores a las del departamento de Antioquia, mostrando diferencia estadísticamente significativa y tendencia al aumento respecto a 2021. Igualmente, las tasas de mortalidad ajustadas por edad de tumor maligno de la mama, tumor maligno del estómago y por diabetes mellitus, estuvieron en estado crítico para el año 2021, en este sentido se debe hacer énfasis en la detección temprana del cáncer, garantizando que las EAPB promuevan desde la ruta integral de salud específica el examen rutinario y las acciones de promoción.

- Con relación a la mortalidad infantil, durante el periodo 2005 - 2021, la principal causa de defunción entre los niños menores de 5 años fue por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de 79,7 casos por cada 100.000 menores de 5 años, así como en los menores de 1 año donde la tasa fue de 7,63 casos por 1.000 nacidos vivos. Seguidas de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Este comportamiento se presenta de manera similar en hombres y mujeres. En los menores de 1 a 4 años la principal causa de mortalidad fueron las causas externas de morbilidad y mortalidad las que causaron el total de muertes en el año 2021 en este grupo de edad, con una tasa de 33,3 casos por cada 100.000 menores de 1-4 años. Ante este panorama se hace necesario el fortalecimiento de las acciones de atención a la primera infancia y la garantía de una atención integral oportuna para esta población.
- En el análisis de desigualdad de la mortalidad materno infantil se evidencia que en el año 2021 los indicadores razón de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, y la tasa de mortalidad en la niñez, se encuentran por encima del valor departamental; no obstante, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Los indicadores tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años, tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años, tasa de mortalidad por desnutrición y la tasa de mortalidad materna para el año 2021 no registraron casos. Es importante destacar también que, según algunos hallazgos detectados en las diferentes unidades de análisis de mortalidad por las diferentes causas, se ha evidenciado que más del 60% de los casos presentaban fallas en adherencia a guías de manejo. Por lo que se recomienda, el seguimiento estricto de los planes de mejoramiento derivados de los análisis y el empoderamiento de los aseguradores para la captación oportuna de gestantes y el seguimiento del control prenatal.
- Los determinantes sociales en salud como el régimen de afiliación al sistema integrado de seguridad social en salud, el nivel educativo de la madre, la calidad en la atención, las barreras de acceso geográficas y administrativas, y las creencias de tipo cultural para el periodo en estudio probablemente influyeron en la mortalidad infantil y en la niñez. Al ser Cáceres un municipio que tiene como principal fuente de ingreso la minería y un área geográfica muy extensa, presenta barreras de tipo geográficas y administrativas que dificultan el acceso o negación de la atención en los servicios de salud. Adicionalmente la mortalidad por agresiones (homicidios) evidencian un cambio en el perfil de mortalidad a partir del año 2008, desplazando a enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares las cuales venían siendo las principales causas de muerte. Para los niños menores de 5 años el periodo perinatal se convierte en una etapa vulnerable del ciclo vital de los habitantes del municipio de Cáceres, esto mismo



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

puede guardar relación con embarazos mal controlados, ingresos tardíos y no canalización efectiva por parte de la red de apoyo y la ESE.

- Del análisis de determinantes estructurales se concluye entonces que existen desigualdades que indican que existe un riesgo mayor de morir en mujeres por causas relacionadas con la gestación, parto y puerperio y en neonatos, condicionados a la etnia o si se proviene del área rural. Por esta razón, es importante recalcar desde la autoridad sanitaria el enfoque diferencial en las atenciones en los prestadores, el manejo del riesgo individual en los aseguradores, además de focalizar acciones en el marco del plan de intervenciones colectivas para abordar estos determinantes con asertividad.



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

Dentro de la identificación y caracterización de problemáticas, es indispensable conocer cuáles son los actores tanto institucionales como sociales, con quienes se deben garantizar estrategias de articulación efectiva para dar respuesta a las necesidades planteadas, en este sentido es indispensable realizar el proceso de mapeo de actores, esta técnica busca identificar a los actores claves y analizar su interés, importancia, influencia y competencias sobre los programas a desarrollar en el Plan Territorial de Salud; de ahí la necesidad de vincular, comunicar y apropiar este proceso por parte de los diversos sectores propios de la organización del estado y de las organizaciones sociales y comunitarias, así como el sector privado.

Se hace énfasis en la importancia de realizar una adecuada identificación de los actores sociales, en la medida que son con los que se analizan los problemas y necesidades de salud, para luego establecer las responsabilidades de los distintos actores sociales según la naturaleza de los determinantes respectivos, que deben ser considerados y las manifestaciones que se derivan de los problemas de salud que es preciso atender. Para los servicios de salud y otros sectores la explicación y el análisis de los problemas de salud permite la identificación de los determinantes sociales de la salud local, su importancia y naturaleza. Esto, se convierte en insumo para las acciones e intervenciones de promoción de la salud que asumen los servicios de salud; a la vez, posibilita reconocer las que pertenecen a otros sectores o actores sociales para generar acciones intersectoriales. Es importante recordar que los servicios de salud no pueden resolver todos los problemas asociados a los determinantes sociales por su carácter interdisciplinario y de abordaje interinstitucional; corresponde a los servicios de salud del nivel local ejercer el liderazgo para denunciar las situaciones que afectan la salud e involucrar a los actores sociales que, con la participación activa, y desde sus instituciones, organizaciones o grupos, interpongan los recursos necesarios y eficaces.

N°	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
1	Falta de prestación de servicios básicos de salud en la zona rural del municipio de Cáceres, bajo la modalidad de brigadas de salud	Secretaría de Salud EAPB ESE Hospital Isabel la Católica	Juntas de Acción Comunal Asociaciones de usuarios Veeduría ciudadana	Garantizar una adecuada articulación institucional, de manera que se garantice una atención primaria en salud en el territorio y una adecuada accesibilidad a los servicios de salud	Realizar procesos comunitarios de identificación de necesidades específicas en salud, por grupos etarios y garantizar una comunicación constante con los actores institucionales para plantear y formular estrategias de intervención	Cooperantes Beneficiarios	Permitir la identificación de signos y síntomas de enfermedades, de manera que sea posible su diagnóstico y atención de manera oportuna	Formular un cronograma de brigadas de salud y garantizar la logística y el desplazamiento de los Equipos Básicos de Salud al territorio
2	Alta incidencia de casos de Enfermedad Diarreica Aguda - EDA	Secretaría de Salud Secretaría de Planeación Empresas de servicios públicos Corantioquia	Juntas de Acción Comunal	Desde la Secretaría de Salud se realizar gestión intersectorial ante la Secretaría de Planeación y otros actores para la formulación de proyectos de construcción y/o adecuación de redes de acueducto	Fortalecer y desarrollar estrategias para el empoderamiento comunitario y manifestación de necesidades	Cooperantes Perjudicados Beneficiarios	Bajas tasas de morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda - EDA, garantizando condiciones sanitarias adecuadas para mejorar la calidad de vida de la población	Gestión y articulación intersectorial



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
3	Altos índices de contaminación ambiental generada por el uso indiscriminado del mercurio en las actividades mineras	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud Secretaría de Planeación Secretaría de Gobierno ESE Hospital Isabel la Católica - Equipo PIC Instituciones educativas	Juntas de Acción Comunal Asociaciones de barequeros	Fortalecimiento de actividades que permitan reducir la exposición y proteger la salud y posterior a la exposición, asegurar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento al paciente expuesto o intoxicado, con esto también se fortalecerá el sistema de vigilancia epidemiológico, con el cual se podrá identificar el comportamiento del evento en tiempo real	Suministrar a nivel comunitario información relacionada con presencia de mercurio en fuentes hídricas que abastecen los sistemas de suministro de agua para consumo humano y generar espacios de articulación entre los sectores productivos y las entidades públicas para buscar otras alternativas en el proceso	Cooperantes Perjudicados Beneficiarios Oponentes	Garantizar procesos tecnificados con capacidad operativa y de recurso humano capacitado y utilizando alternativas de explotación amigables con el medio ambiente	Asistencia técnica y sensibilización a las comunidades afectadas

**Cáceres**



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
4	Alta tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y Diabetes Mellitus en la población del municipio de Cáceres	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud Secretaría de Educación - Deporte EAPB ESE Hospital Isabel la Católica - Equipo PIC Instituciones educativas Desarrollo comunitario Adulto Mayor Equidad de Género Secretaría de Juventud	Juntas de Acción Comunal Organizaciones sociales Asociaciones de usuarios de las EAPB Veeduría ciudadana	Realización de tamizajes para valoración de riesgo cardiovascular y glicemia para garantizar un diagnóstico oportuno y una atención integral a estas patologías	Práctica de hábitos saludables como ejercicio físico, alimentación equilibrada, control de los niveles de colesterol, peso corporal y de enfermedades como diabetes e hipertensión, además de evitar el consumo de tabaco,	Cooperantes Perjudicados Beneficiarios	Población practicando hábitos y estilos de vida saludable y con bajas tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	Sensibilización continua para la oportuna identificación de los factores de riesgo asociados a las enfermedades del sistema circulatorio y la Diabetes Mellitus

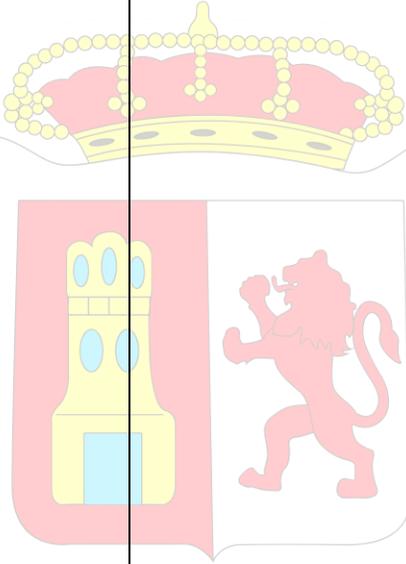


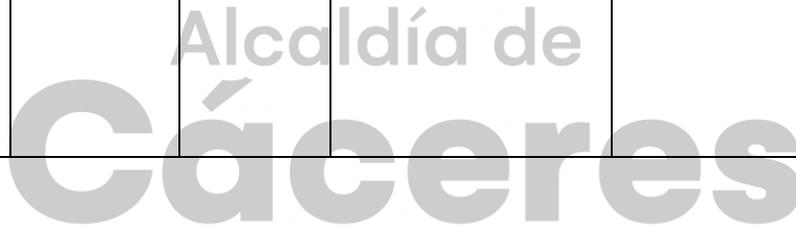
**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
5	Incremento en las tasas de intento de suicidio en el municipio de Cáceres	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud secretaria de Gobierno secretaria Educación EAPB ESE Hospital Isabel la Católica - Equipo PIC Policía Nacional - ejercito- infancia y adolescencia Comisaría de Familia ICBF Juzgados	Juntas de Acción Comunal Organizaciones de mujeres lideresas Asociación de usuarios	Entidades que tienen como misión ser respondientes a las situaciones relacionadas con la salud mental y el bienestar de las comunidades, de manera directa e indirecta. El trabajo en equipo, articulado, transectorial y la comunicación permanente deben ser fortalecidas.	Entidades que cuentan con recursos humanos y/o financieros que su finalidad es llegar directamente a las poblaciones y trabajar con el uno a uno en territorio. Se debe fortalecer el empoderamiento comunitario en relación con la salud mental	Cooperantes Beneficiarios Perjudicados	Factores protectores de la salud mental fortalecidos en la población para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.	Diagnóstico, activación de rutas, apropiación del conocimiento  Abogacía para apropiación de recursos, transferencias de capacidades e implementación de estrategia de intervención.



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

N°	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
		Personería Instituciones Educativas municipales Bomberos, y Defensa Civil Secretaría de Juventud Defensoría del Pueblo						





Alcaldía de  
**Cáceres**

**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

6	Alto número de casos de violencia basada en género	Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud Secretaría de Educación EAPB ESE Hospital Isabel la Católica ICBF Comisaría de Familia Personería Comité articulador de violencias de género	Juntas de Acción Comunal Organizaciones de mujeres lideresas Asociación de usuarios	Entidades que tienen como misión ser respondientes a las situaciones relacionadas con la salud mental y el bienestar de las comunidades, de manera directa e indirecta. El trabajo en equipo, articulado, transectorial y la comunicación permanente deben ser fortalecidas.	Entidades que cuentan con recursos humanos y/o financieros que su finalidad es llegar directamente a las poblaciones y trabajar con el uno a uno en territorio. Se debe fortalecer el empoderamiento comunitario en relación con la salud mental	Cooperantes Beneficiarios Perjudicados	Factores protectores de la salud mental fortalecidos en la población para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.	Diagnóstico, activación de rutas, apropiación del conocimiento  Abogacía para apropiación de recursos, transferencias de capacidades e implementación de estrategia de intervención.
---	--	---	---	--	--	--	--	--

Alcaldía de  
**Cáceres**



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
7	Alta tasa de fecundidad en las adolescentes del municipio de Cáceres	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud Secretaría de Educación EAPB ESE Hospital Isabel la Católica ICBF Comisaría de Familia Personería	Juntas de Acción Comunal Organizaciones de mujeres lideresas Asociación de usuarios	Construcción de rutas de atención intersectorial para el embarazo en adolescentes y formular acciones dirigidas a la prevención y atención del embarazo en adolescentes	Formulación y operativización de redes de apoyo comunitario	Cooperantes Beneficiarios Perjudicados	Jóvenes con proyectos de vida fortalecidos y enfocados a la formación profesional y laboral	Sensibilización en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, de los cuales son titulares las niñas y adolescentes y que pueden estar amenazados, inobservados o vulnerados, y que exigen del Estado acciones de restablecimiento de derechos y prevención de su vulneración.

# Cáceres



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

Nº	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
8	Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud EAPB ESE Hospital Isabel la Católica	Juntas de Acción Comunal Asociación de usuarios	Generar estrategias para garantizar el acceso de las gestantes al control prenatal en el primer trimestre del embarazo Eliminar barreras administrativas relacionadas con la afiliación al SGSSS	Socializar en el entorno comunitario estrategias para la identificación y canalización de gestantes a los servicios de salud	Cooperantes Beneficiarios Perjudicados	Reducción de la tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía	Disponibilidad de talento humano en salud fortalecimiento de la ruta materno perinatal
9	Alta Tasa de incidencia de Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud Secretaría de Agricultura EAPB ESE Hospital Isabel la Católica	Juntas de Acción Comunal COVECOM Asociación de usuarios	Campañas de difusión sobre prevención e intervención de factores de riesgo asociados a las ETV Jornadas de recolección de inservibles y lavado de tanques	Operativización del COVECOM, para generar empoderamiento comunitario y realizar estrategias de prevención	Cooperantes Beneficiarios Perjudicados	Atención, diagnóstico y tratamiento oportuno a pacientes diagnosticados con ETV	Captación y notificación oportuna de casos, acciones de vigilancia epidemiológica para determinar el comportamiento real del evento



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
		CMGR Técnicos Área de la Salud						
10	Inadecuadas coberturas útiles en vacunación en BCG, DPT, Triple viral y Polio en menores de 1 año	Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud Secretaría de Educación EAPB ESE Hospital Isabel la Católica ICBF Comisaria de Familia Personería	Juntas de Acción Comunal COVECOM Asociación de usuarios	Seguimiento mensual al cumplimiento de metas de vacunación de la población objeto	Activa participación en las jornadas nacionales de vacunación	Cooperantes Perjudicados Beneficiarios Oponentes	Coberturas útiles de vacunación	Garantizar el abastecimiento de biológicos, realizar sensibilización permanente sobre la importancia de cumplir con los esquemas de vacunación del PAI y los esquemas para Covid-19

**Cáceres**



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
11	Incremento en los casos de VIH	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud Secretaría de Educación EAPB ESE Hospital Isabel la Católica	Juntas de Acción Comunal COVECOM Asociación de usuarios	Garantizar acciones para la detección temprana, prevención y tratamiento de pacientes, brindar atención integral y evitar comorbilidades	Desestimular el estigma que todavía existe en torno al VIH y el sida, así como la desigualdad de acceso a los servicios de salud	Cooperantes Perjudicados Beneficiarios Oponentes	Pacientes diagnosticados recibiendo tratamiento oportuno y con seguimiento a su adherencia	Disminución de casos de VIH en el municipio y atención integral a los casos captados
12	Población de la economía informal del municipio de Cáceres sin caracterización	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud Secretaría de Educación Secretaría de Gobierno	Juntas de Acción Comunal Asociaciones de comerciantes Asociación de usuarios	Realizar caracterización de la población ocupada a partir de los principales criterios para medir el empleo informal	Establecer medidas de formalización destinadas a facilitar la transición a la formalidad	Cooperantes Beneficiarios Perjudicados	Población de la economía informal, caracterizada y con acciones de socialización sobre el uso de los elementos de protección personal y afiliación a ARL	Disponer de talento humano y logística necesarios para el proceso de caracterización de la población de la economía informal



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
		EAPB ESE Hospital Isabel la Católica - Equipo PIC						
13	Personas con discapacidad del municipio de Cáceres sin certificar	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud EAPB ESE Hospital Isabel la Católica	Juntas de Acción Comunal Comité Municipal de Discapacitados Asociación de usuarios	Contar con capacidad operativa, es decir, talento humano e infraestructura administrativa para la implementación de la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1239 de 2022, así como para realizar el reporte y soporte de la ejecución de los recursos asignados.	Presentación de historia clínica reciente donde se especifique el código CIE 10 relacionado con el diagnóstico de la discapacidad	Cooperantes Beneficiarios Perjudicados	Población en condición de discapacidad con autorreconocimiento con valoración clínica multidisciplinaria y certificado de discapacidad generado	Gestión ante la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, para la asignación de cupos para certificados de discapacidad

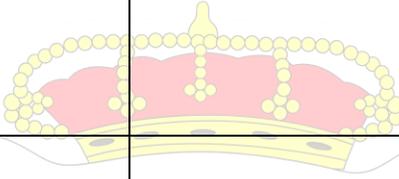


**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
14	Falta de reconocimiento de los saberes ancestrales en los procesos de atención en salud en el municipio de Cáceres	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud EAPB ESE Hospital Isabel la Católica Desarrollo Comunitario	Juntas de Acción Comunal Cabildos indígenas Asociación de usuarios	Realizar fortalecimiento y desarrollo de procesos y modelos basados en la interculturalidad y el respeto a la diversidad, y contar con modelos interculturales que aportan a la soberanía de las comunidades indígenas del municipio, quienes han configurado sistemas propios de gobernanza territorial, justicia, educación y salud	Fortalecimiento de la soberanía de los pueblos indígenas y su ejercicio efectivo de gobernanza a partir de las relaciones con el entorno y la influencia que estas tienen en la salud individual, familiar, comunitaria y territorial	Cooperantes Beneficiarios Perjudicados	Reconocimiento del derecho de los pueblos indígenas a servicios de salud adecuados a sus características socioculturales y bajo su responsabilidad y control	Promover espacios de articulación y garantizar el acceso a servicios de salud con enfoque intercultural
15	No se garantiza atención en salud con enfoque diferencial a población LGTBIQ+ del municipio de Cáceres	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud EAPB ESE Hospital Isabel la Católica	Juntas de Acción Comunal Asociaciones de población LGTBIQ+ Asociación de usuarios	Brindar servicios de salud apropiados desde el punto de vista científico y médico, garantizando atención con calidad, evitando la estigmatización y señalamientos por su orientación sexual o desconocimiento de su nombre identitario	Fomentar en la población LGTBIQ+ las prácticas de autocuidado, para la salud sexual y generar una cultura de la prevención de enfermedades	Cooperantes Perjudicados Beneficiarios Oponentes	Reconocimiento de las personas LGTBIQ+ como sujetos de derechos con necesidades específicas; sin estigmas que discriminen	Socialización continua al talento humano en salud



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problemática (Problema priorizado)	Actores Políticos e Institucionales (Instrumento 1 PTS)	Actores Sociales y Comunitarios (Instrumento 2 PTS)	Respuesta Institucionales, e Intersectoriales (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 1 PTS)	Respuesta Social (Conclusiones y Fortalezas Instrumento 2 PTS)	Posición o Rol del Actor o Sector	Intereses (Problema transformado)	Contribución / Gestión de Conflictos (Instrumento 1 y 2 PTS - pregunta: que puedo aportar)
		Católica Equidad de Género Desarrollo Comunitario						
16	Baja cobertura de afiliación al SGSSS de la población del municipio de Cáceres	Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Secretaría de Salud EAPB ESE Hospital Isabel la Católica	Juntas de Acción Comunal Veeduría ciudadana Asociación de usuarios	Garantizar el acceso oportuno, efectivo y equitativo de la población a los servicios de salud para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación	Actualización continua de sus condiciones y cambios para garantizar calidad del dato y oportunidad en el acceso	Cooperantes Beneficiarios Perjudicados	Cobertura de afiliación al SGSSS por encima del 95%	Implementación del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT

Alcaldía de  
**Cáceres**

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

Las manifestaciones por parte de la comunidad, de los problemas y necesidades del territorio, se convierten en insumos para definir las acciones de índole preventiva, promocional y curativas propias de la atención primaria en salud, en coordinación con los sectores externos al sistema de salud. Por tanto, este momento del ASIS es clave para articular responsabilidades, dar especificidad e integralidad al trabajo por la salud en las poblaciones.

El proceso de priorización de los problemas de salud se realizó bajo la Metodología Hanlon armonizada con la nueva metodología establecida por el Ministerio de Salud, donde de un listado general de problemáticas y necesidades descritas por la comunidad, durante los ejercicios de cartografía social realizados en sectores de la zona urbana y rural del municipio, igualmente de las prioridades en morbilidad y mortalidad, de esto se tomaron las que alcanzan un mayor nivel de afectación, priorizando la problemática con base a la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención.

En este sentido el ejercicio de priorización de problemas de salud del municipio de Cáceres, se realizó en diferentes espacios de participación tanto con actores institucionales como sociales y comunitarios, partiendo de una mirada desde la equidad a problemas de salud en el nivel local factibles de intervención, donde se consideró la calificación de cada variable según el método Hanlon a cada problema planteado, a cada uno de los elementos se les da un valor de 1 si es positivo y 0, si es negativo, si alguno de los elementos presenta un valor de 0, se considera un problema de salud no viable de solución. En la siguiente tabla se describen las mesas de trabajo realizadas con la comunidad para el proceso de identificación y priorización de problemas:

**Tabla 53. Cronograma mesas de trabajo en territorio**

MESA	FECHA	LUGAR	HORA	TOTAL PERSONAS	RESPONSABLE
<b>MESA 1,</b> (Mesa tecnica de Dialogo con los indigenas)	Febrero 14/2024	Auditorio Alcaldía Municipal	10:00am	30	Secretaría de Salud
<b>MESA 2,</b> (Mesa tecnica de Dialogo con los Afrodescendientes)	Febrero 14/2024	Auditorio Alcaldía Municipal	14:00 PM	30	Secretaría de Salud
<b>MESA 3: JAC,</b> Agricultores, Iglesias, Jovenes, Baraqueros, Ambientales, Concejales, trasportadores, Comunidad, LGTBIQ+, Discapacitados, Adulto Mayor	Febrero 18/2024	Polideportivo del Corregimiento de Jardin	10:00am	300	Secretaría de Salud
<b>MESA 5: JAC,</b> Agricultores, Iglesias, Jovenes, Baraqueros, Ambientales, Concejales, trasportadores, Comunidad, LGTBIQ+, Discapacitados, Adulto Mayor	Febrero 17/2024	Polideportivo de la Cabecera Municipal	10:00am	300	Secretaría de Salud
<b>MESA 6,</b> (Mesa tecnica de Dialogo Con veredas sector la chilona y sur). Alto ponciano, la colonia, alto el tigre, Vijagual, San pablo, Muriba, las conchas, Anara, Peladero, la floresta, alto vaquero, san juan, calvario, el 38, mina escondida, peñitas, tamana, mal abrigo, azules, el tigre	Febrero 15/2024	C.E.R EL TIGRE	10:00am	300	Secretaría de Salud
<b>MESA 7,</b> (Mesa tecnica de Dialogo con los mineros )	Febrero 19/2024	Auditorio Alcaldía Municipal	10:00AM	20	Secretaría de Salud

Fuente: Secretaría de Salud

En estos espacios se generaron ejercicios prácticos permitiendo y facilitando una mayor intervención de los participantes, la obtención de los diferentes puntos de vista y el hecho de poder llegar a un consenso de grupo y acuerdos sobre la priorización, así mismo, la participación activa de los actores permitió evidenciar los problemas reales de la población, que junto con la información estadística tomada del ASIS se contaba con un panorama real de las condiciones de salud, así como los determinantes sociales que intervienen en la salud de la población y así expresar recomendaciones sobre las estrategias a implementar para intervenir positivamente estas problemáticas, igualmente en estos espacios se reiteró la importancia de trabajar de manera articulada en la toma de decisiones, la formulación de acciones y las evaluaciones al impacto generado, para responder a las necesidades del municipio en materia de salud pública.

Luego de realizar la calificación final se determinó con todos los participantes priorizar los problemas que tuvieron una calificación mayor o igual de 10 puntos, quedando priorizados 16 problemas, siendo la poca práctica de estilos de vida saludable, el embarazo en adolescentes y la alta tasa de incidencia de Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV los problemas que obtuvieron un puntaje más alto, lo que refleja la efectividad del método, teniendo en cuenta que estas son problemáticas latentes en el municipio y que requieren una mayor asignación de recursos para fortalecer las intervenciones y generar un impacto positivo, a continuación se relacionan los problemas priorizados en el municipio de Cáceres para el proceso de formulación de objetivos y metas, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 100 de 2024:

**Tabla 54 Priorización de problemas 2023**

N°	Problemas	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia (Severidad)	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención
1	Falta de prestación de servicios básicos de salud en la zona rural del municipio de Cáceres, bajo la modalidad de brigadas de salud	MEDIA	MUY ALTA	MUY ALTA	MUY ALTA	MUY ALTA
2	Alta incidencia de casos de Enfermedad Diarreica Aguda - EDA	MUY ALTA	MUY ALTA	ALTA	MEDIA	MEDIA
3	Altos índices de contaminación ambiental generada por el uso indiscriminado del mercurio en las actividades mineras	MUY ALTA	MUY ALTA	MUY ALTA	BAJA	MEDIA
4	Alta tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y Diabetes Mellitus en la población del municipio de Cáceres	ALTA	ALTA	MUY ALTA	ALTA	ALTA
5	Incremento en las tasas de intento de suicidio en el municipio de Cáceres	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA
6	Alto número de casos de violencia basada en género	MEDIA	MEDIA	ALTA	MEDIA	MEDIA
7	Alta tasa de fecundidad en las adolescentes del municipio de Cáceres	MUY ALTA	MUY ALTA	MUY ALTA	ALTA	ALTA
8	Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA
9	Alta Tasa de incidencia de Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV	MUY ALTA	MUY ALTA	ALTA	ALTA	ALTA

N°	Problemas	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia (Severidad)	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención
10	Inadecuadas coberturas útiles en vacunación en BCG, DPT, Triple viral y Polio en menores de 1 año	ALTA	ALTA	MUY ALTA	MUY ALTA	MUY ALTA
11	Incremento en los casos de VIH	MEDIA	MEDIA	ALTA	BAJA	ALTA
12	Población de la economía informal del municipio de Cáceres sin caracterización	MEDIA	MEDIA	BAJA	ALTA	MUY ALTA
13	Personas con discapacidad del municipio de Cáceres sin certificar	MEDIA	MEDIA	MEDIA	MEDIA	MEDIA
14	Falta de reconocimiento de los saberes ancestrales en los procesos de atención en salud en el municipio de Cáceres	MEDIA	ALTA	ALTA	MUY ALTA	MUY ALTA
15	No se garantiza atención en salud con enfoque diferencial a población LGTBIQ+ del municipio de Cáceres	ALTA	ALTA	ALTA	MUY ALTA	MUY ALTA
16	Baja cobertura de afiliación al SGSSS de la población del municipio de Cáceres	MUY ALTA	MUY ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA

Fuente: Secretaría de Salud

Estos problemas son el punto de partida para el proceso de formulación y administración de las estrategias, así como la definición de las técnicas, enfoques e instrumentos a utilizar, que sean prácticos y sencillos, y que a su vez, permitan construir, analizar, interpretar y modificar de manera favorable y dinámica estas situaciones, para intervenir de manera eficiente y eficaz en la realidad, a partir de proyectos y planes de acción que contribuyan con el mejoramiento de la calidad de vida de la población Cacerense.

Finalmente es importante resaltar la importancia que tiene para el proceso de planeación en salud, la elaboración del ASIS, el cual se constituye en el insumo fundamental para la formulación del Plan Territorial de Salud y para generar insumos que, concertados por los actores del sistema de salud local, y actores sociales pueden contribuir en la reducción de inequidades. Otro punto importante, es que al identificarse los puntos críticos considerando la participación de los diversos actores, las acciones desarrolladas tendrán mayor aceptación y adhesión de éstos, ya que participaron de la discusión. Asimismo, las respuestas diseñadas serán más equitativas en la medida en que se utilice la información de los diferentes indicadores del ASIS.

- **Construcción de núcleos de inequidad sociosanitaria**

Como complemento al proceso de priorización de problemas en salud, se realiza una identificación y análisis de núcleos de inequidad sociosanitaria, para este análisis es importante hacer énfasis en que la desigualdad es diferente a la inequidad. La desigualdad se puede constatar como una categoría descriptiva de cualquier sociedad o de la comparación entre grupos humanos. La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta. Hay injusticia cuando se identifica una inequidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad.

Sobre el particular la Resolución 2367 de 2023 en su anexo técnico Capítulo 3. Diagnóstico Situacional de Condiciones de Salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades, señala algunas de las Circunstancias y condiciones injustas que producen inequidad sociosanitaria en Colombia: a) Injusticias socioeconómicas b) procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico; conflictos socio-ambientales y cambio climático; e Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas.

No sobra decir, que se entienden los determinantes sociales de la salud, como las Circunstancias y condiciones sociales injustas que inferen de manera diferenciada en los resultados de la salud de diferentes grupos poblacionales. Esta inferencia se da a través de relaciones, interacciones o vínculos, que se constituyen entre los determinantes sociales de la salud y el proceso de la salud-enfermedad y atención en un contexto territorial específico. Estas relaciones tienen características históricas, pueden ser dinámicas en el tiempo, y lo más relevante, pueden ser transformada.

En síntesis, el núcleo de inequidad socio-sanitaria reúne un conjunto de elementos, el determinante social de la salud, con las características propias que este tiene en un territorio, así como las relaciones que se establecen, entre el determinante social de la salud y el proceso de salud-enfermedad-atención, respecto de un evento o conjuntos de eventos en salud pública, que, a la vez, generan impactos en la vida de las personas, las familias y las comunidades.

**Tabla 55. Núcleos de inequidad socio sanitaria**

N°	Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
1	Falta de prestación de servicios básicos de salud en la zona rural del municipio de Cáceres, bajo la modalidad de brigadas de salud	Deficiencia en la formulación de estrategias para brindar atención en salud en el territorio	Territorio Servicios de salud	Injusticias socioeconómicas Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas	Permitir la identificación de signos y síntomas de enfermedades, de manera que sea posible su diagnóstico y atención de manera oportuna	Atención Primaria en Salud
2	Alta incidencia de casos de Enfermedad Diarreica Aguda - EDA	Falta de acceso al agua potable en la zona rural del municipio de Cáceres	Actores económicos y sociales Vivienda y situación material Entorno residencial	Conflictos socio-ambientales y cambio climático Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas	Bajas tasas de morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda - EDA, garantizando condiciones sanitarias adecuadas para mejorar la calidad de vida de la población	Determinantes Sociales de la Salud
3	Altos índices de contaminación ambiental generada por el uso indiscriminado del mercurio en las actividades mineras	No se cuenta con procesos tecnificados en la explotación minera	Gobierno y tradición política Actores económicos y sociales Cultura y valores Condiciones de empleo y trabajo Ingresos y situación económica	Injusticias socioeconómicas Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico Conflictos socio-ambientales y cambio climático Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas	Garantizar procesos operativos y de recurso humano capacitado y utilizando alternativas de explotación amigables con el medio ambiente	Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
4	Alta tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y Diabetes Mellitus en la población del municipio de Cáceres	Baja cultura de estilos de vida saludable en la población	Cultura y valores Edad Entorno residencial Factores psicosociales Factores conductuales y biológicos Servicios de salud	Conflictos socio-ambientales y cambio climático	Población practicando hábitos y estilos de vida saludable y con bajas tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria
5	Incremento en las tasas de intento de suicidio en el municipio de Cáceres	Desarticulación familiar, influencia de las redes sociales, Red de apoyo deficiente, Antecedentes familiares de enfermedades mentales	Actores económicos y sociales Políticas del estado de bienestar Entorno residencial Factores psicosociales Factores conductuales y biológicos Servicios de salud	Injusticias socioeconómicas Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico	Factores protectores de la salud mental fortalecidos en la población para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.	Atención Primaria en Salud

Alcaldía de  
**Cáceres**

185



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
6	Alto número de casos de violencia basada en género	Aspectos económicos, culturales y sociales (estereotipos en redes sociales, normalización de violencia, acoso por redes sociales)	Actores económicos y sociales Género Edad Entorno residencial Factores psicosociales Factores conductuales y biológicos Servicios de salud	Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico	Factores protectores de la salud mental fortalecidos en la población para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.	Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, género-diversidades Condiciones y situaciones
7	Alta tasa de fecundidad en las adolescentes del municipio de Cáceres	Proyecto de vida deficiente generado por la baja expectativa ante oportunidades de formación profesional y oportunidades laborales	Cultura y valores Actores económicos y sociales Género Edad Entorno residencial Factores psicosociales Factores conductuales y biológicos Servicios de salud	Injusticias socioeconómicas Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas	Jóvenes con proyectos de vida fortalecidos y enfocados a la formación profesional y laboral	Determinantes Sociales de la Salud

Alcaldía de  
**Cáceres**



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
8	Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía	Ingreso tardío, o no ingreso al control prenatal, barreras administrativas por las EAPB, debilidad en la implementación de la ruta de atención materno perinatal	Género Edad Territorio Ingresos y situación económica Entorno residencial Factores conductuales y biológicos Servicios de salud	Conflictos socio-ambientales y cambio climático Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas	Reducción de la tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía	Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria
9	Alta Tasa de incidencia de Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV	Alta presencia de factores de riesgo que predisponen la aparición de ETV	Actores económicos y sociales Territorio Condiciones de empleo y trabajo Servicios de salud	Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico Conflictos socio-ambientales y cambio climático Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas	Atención, diagnóstico y tratamiento oportuno a pacientes diagnosticados con ETV	Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias

Alcaldía de  
**Cáceres**

187



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
10	Inadecuadas coberturas útiles en vacunación en BCG, DPT, Triple viral y Polio en menores de 1 año	Falta de estrategias para garantizar la búsqueda efectiva de susceptibles	Actores económicos y sociales Políticas del estado de bienestar Entorno residencial Servicios de salud Edad Territorio	Injusticias socioeconómicas Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas	Coberturas útiles de vacunación	Personal de salud
11	Incremento en los casos de VIH	Relaciones sexuales sin protección, promiscuidad sexual	Actores económicos y sociales Entorno residencial Factores psicosociales Factores conductuales y biológicos Servicios de salud Entorno residencial	Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico Conflictos socio-ambientales y cambio climático	Pacientes diagnosticados recibiendo tratamiento oportuno y con seguimiento a su adherencia	Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria

Alcaldía de  
**Cáceres**



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
12	Población de la economía informal del municipio de Cáceres sin caracterización	Realizaciones de actividades económicas transitorias, bajos ingresos	Actores económicos y sociales Mercado de trabajo Políticas macroeconómicas Clase social Territorio Condiciones de empleo y trabajo Ingresos y situación económica Servicios de salud	Injusticias socioeconómicas Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico Conflictos socio-ambientales y cambio climático	Población de la economía informal, caracterizada y con acciones de socialización sobre el uso de los elementos de protección personal y afiliación a ARL	Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública
13	Personas con discapacidad del municipio de Cáceres sin certificar	Baja asignación de cupos para garantizar la continuidad en proceso de certificación a las personas con discapacidad	Actores económicos y sociales Políticas del estado de bienestar Entorno residencial Servicios de salud Edad Territorio	Injusticias socioeconómicas Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico Conflictos socio-ambientales y cambio climático Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas	Población en condición de discapacidad con autorreconocimiento con valoración clínica multidisciplinaria y certificado de discapacidad generado	Personal de salud



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

N°	Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
14	Falta de reconocimiento de los saberes ancestrales en los procesos de atención en salud en el municipio de Cáceres	Bajo reconocimiento y aceptación de las prácticas ancestrales relacionadas con los usos de la biodiversidad aplicadas a la medicina	Actores económicos y sociales Políticas de estado de bienestar Cultura y valores Etnia Territorio Servicios de salud	Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas	Reconocimiento del derecho de los pueblos indígenas a servicios de salud adecuados a sus características socioculturales y bajo su responsabilidad y control	Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, género-diversidades Condiciones y situaciones
15	No se garantiza atención en salud con enfoque diferencial a población LGTBQ+ del municipio de Cáceres	Poco esfuerzo por transformar las prácticas cotidianas y experiencias subjetivas para respetar, promover y garantizar el derecho a la salud de las personas LGTBQ+	Actores económicos y sociales Políticas del estado de bienestar Género Entorno residencial Servicios de salud Factores psicosociales Factores conductuales y biológicos Territorio	Injusticias socioeconómicas Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico	Reconocimiento de las personas LGTBQ+ como sujetos de derechos con necesidades específicas; sin estigmas que discriminen	Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, género-diversidades Condiciones y situaciones

Cáceres



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

N°	Problema Priorizado	Causas Directas	Determinantes Sociales de la Salud Afectados	Núcleos de Inequidad	Problema Transformado	Propuesta de Respuesta y Recomendaciones (Elementos PDM-PTS)
16	Baja cobertura de afiliación al SGSSS de la población del municipio de Cáceres	Desfase poblacional (Censo 2018), validación y depuración de bases de datos	Actores económicos y sociales Políticas del estado de bienestar Entorno residencial Factores psicosociales Territorio Servicios de salud	Injusticias socioeconómicas Procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas	Cobertura de afiliación al SGSSS por encima del 95%	Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

Alcaldía de  
**Cáceres**

191

## 6. CAPITULO IV. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PDSP 2022-2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO - PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

En términos más operativos, el proceso de planeación territorial en salud involucra un cumulo de acciones que van desde las estrategias enfocadas en garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de la población en los componentes sectoriales e intersectoriales, de manera intencionadas, planificadas, continuas, programáticas y efectivas y se convierte en la ruta a seguir para garantizar y materializar atenciones en salud a cada ciudadano, a su familia y a su comunidad, de forma integral e integrada, concurrente, complementaria, pertinente, adecuada y oportuna.

La Atención Integral en Salud reconoce el valor estratégico de la gestión de la salud pública como condición intrínseca para materializar las atenciones en salud poblacionales, colectivas e individuales en el continuo de la atención, con una mirada comprensiva y particular de la garantía del derecho a la salud de todas las personas a lo largo del curso de la vida

En el proceso de planeación es relevante establecer objetivos y metas que permitan avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud y la mejora del bienestar y calidad de vida de los habitantes del municipio de Cáceres, mediante la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud a través de la acción territorial, institucional y social de forma articulada, diferencial y sostenible.

En este sentido se hace énfasis en que al ser un proceso dinámico y participativo de los diferentes actores sociales e institucionales, las estrategias de respuesta planteadas estarán sujetas a modificaciones y perfeccionamiento durante el periodo de construcción del Plan Territorial de Salud - PTS, para garantizar así, que el PTS que finalmente se apruebe, de respuesta efectiva a las necesidades y problemáticas identificadas, y permita avanzar en superar brechas que históricamente han estado presentes en la comunidad Cacerfeña.



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

**Tabla 56. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del PDSP 2022 – 2031**

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorial dad.	 <p>Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública</p>	<p>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</p>	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Atención en salud	Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza
	Vigilancia en Salud Pública			Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Grupos y minorías étnicas	Respuesta en salud la aceptabilidad, el dialogo intercultural
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorial dad.					

Cáceres



Alcaldía de Cáceres

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)
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.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Grupos y minorías étnicas	Respuesta en salud la aceptabilidad, el dialogo intercultural
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorial dad			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 l intersectoriales v - transectorial ales.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Grupos y minorías étnicas	Respuesta en salud la aceptabilidad, el dialogo intercultural

Alcaldía de Cáceres



Alcaldía de Cáceres

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)
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.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Grupos y minorías étnicas	Respuesta en salud la aceptabilidad, el dialogo intercultural
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorial dad	Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Salud pública oportuna para todos	Aportar en la implementación del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud			Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Salud pública oportuna para todos	Identificar e intervenir las inequidades en salud y afectar



Alcaldía de Cáceres

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)
						positivamente los determinantes sociales de la salud.
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Salud pública oportuna para todos	Cambio climático y emergencias y desastres en el territorio
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.	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.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Atención en salud	Mejorar la distribución, formación y empleabilidad del TH en salud



Alcaldía de Cáceres

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)
	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.		Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad		Mejorar la distribución, formación y empleabilidad del TH en salud
	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Atención en salud	Aportar en la implementación del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo



Alcaldía de Cáceres

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)
				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,	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Atención en salud	Aportar en la implementación del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo

Alcaldía de  
**Cáceres**

197



**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES**

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)
	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS			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.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Atención en salud	Mejorar la distribución, formación y empleabilidad del TH en salud
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	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Atención en salud	Cambio climático y emergencias y desastres en el territorio
	Participación social en salud					

**Caceres**



Cáceres

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.		formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Salud pública oportuna para todos	Cambio climático y emergencias y desastres en el territorio
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública				Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Salud pública oportuna para todos	
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Salud pública oportuna para todos	Cambio climático y emergencias y desastres en el territorio

Alcaldía de  
**Cáceres**



Alcaldía de Cáceres

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)
Integridad del Sector Salud	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	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Salud pública oportuna para todos	Gestión del conocimiento para la soberanía sanitaria
				Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Salud pública oportuna para todos	Gestión del conocimiento para la soberanía sanitaria
	Soberanía Sanitaria			Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Atención en salud	Mejorar la distribución, formación y empleabilidad del TH en salud



Alcaldía de Cáceres

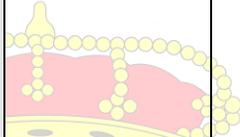
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)
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	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Salud pública oportuna para todos	Identificar e intervenir las inequidades en salud y afectar positivamente los determinantes sociales de la salud
				Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Atención en salud	Mejorar la distribución, formación y empleabilidad del TH en salud

Cáceres



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE CÁCERES  
ALCALDÍA DE CÁCERES

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA (PDM y PTS)	RECOMENDACIONES (PDM y PTS)
				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios	Línea estratégica 1: Calidad de vida Programa: Grupos y minorías étnicas	Respuesta en salud la aceptabilidad, el dialogo intercultural



Alcaldía de  
**Cáceres**

202